

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA Tn. M
DENGAN DIAGNOSIS MEDIS INFARK MIOKARD AKUT DI RUANG
ICCU-CPU RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**



OLEH :

REYDIAN ARDYANO, S.Kep
2030094

**PROGRAM PROFESINERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA Tn. M
DENGAN DIAGNOSIS MEDIS INFARK MIOKARD AKUT DI RUANG
ICCU-CPU RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



OLEH :

REYDIAN ARDYANO, S.Kep
2030094

**PROGRAM PROFESIONERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah 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 plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 23 Juli 2021

Penulis



Reydian Ardyano, S.Kep
NIM. 2020094

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Reydian Ardyano

NIM : 2030094

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn. M dengan
Diagnosis Medis Infark Miokard Akut di Ruang ICCU-CPU RSPAL
Dr. Ramelan Surabaya.

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

NERS (Ns,)

**Surabaya, 23 Juli 2021
Pembimbing**



Sri Anik Rustini, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03054

**Mengetahui,
STIKES HANG TUAH SURABAYA
KAPRODI PROFESINERS**

Nuh Huda, M.Kep., Ns.Sp. Kep. MB
NIP.03.020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Reydian Ardyano

NIM : 2030094

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn. M
dengan Diagnosis Medis Infark Miokard Akut di Ruang
ICCU-CPU 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 “Ners” pada program pendidikan profesi Ners di Stikes
Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Sri Anik Rustini, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03054



Penguji II : Nur Muji Astuti, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP. 03044



Penguji III : Dedi Irawandi, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP. 03050



Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : 23 Juli 2023

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan karunia dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn. M dengan Diagnosis Medis Infark Miokard Akut di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi 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 ini dibuat dengan sangat sederhana jauh dari sempurna.

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

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL, Sp. KL, selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktek untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Laksamana TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa Profesi Ners.

3. Puket 1, Puket 2, Puket 3, STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
4. Bapak Nuh Huda, M.Kep, Ns. Sp. Kep.MB, selaku Kepala Program Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
5. Ibu Sri Anik Rustini, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Pembimbing I yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep.,Ns., M.Kep, selaku Penguji I yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan serta masukkan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Bapak Dedi Irawandi, S.Kep.,Ns., M.Kep, penguji II yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan serta masukkan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Almarhum Ayah bapak Sugeng Riwayadi dan Ibuku Selly Sylviana tercinta beserta kedua adik saya yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari agar tetap menjadi lelaki yang tangguh.
9. Teman – teman se-almamater, dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Semoga budi kebaikan yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah SWT. Akhirnya peneliti berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua.

Surabaya, 23 Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

COVER	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis.....	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Penulisan Sistematika	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit IMA.....	8
2.1.1 Konsep Dasar Penyakit IMA	8
2.1.2 Klarifikasi	9
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Patofisiologi.....	11
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	13
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.1.7 Komplikasi.....	17
2.1.8 Penatalaksanaan.....	20
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan IMA	24
2.2.1 Pengkajian	24
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	31
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	32
2.2.4 Impelentasi Keperawatan.....	36
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	36
2.3 Kerangka Masalah Pada IMA	37
BAB 3 TINJAUAN KASUS	38
3.1 Pengkajian	38
3.1.1 Data Dasar	38
3.1.2 Primary Survey.....	39
3.1.3 Secondary Survey.....	40
3.1.4 Pemeriksaan Penunjang.....	43
3.1.5 Pemberian Terapi.....	46

3.2	Diagnosis Keperawatan.....	46
3.2.1	Analisa Data.....	46
3.2.2	Intervensi.....	48
3.2.3	Implementasi dan Evaluasi.....	49
BAB 4	Pembahasan.....	53
4.1	Pengkajian Keperawatan.....	53
4.1.1	Data Dasar.....	53
4.1.2	Pemeriksaan Fisik.....	54
4.2	Diagnosis Keperawatan.....	58
4.3	Intervensi Keperawatan.....	60
4.4	Implementasi Keperawatan.....	62
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	63
BAB 5	PENUTUP.....	66
5.1	Simpulan.....	66
5.2	Saran.....	66
	DAFTAR PUSTAKA.....	68
	LAMPIRAN.....	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambaran EKG pada pasien IMA	15
Gambar 2.2 Pohon masalah pada pasien dengan IMA	37
Gambar 3.1 Hasil EKG dari tinjauan kasus pasien IMA	45

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Gambaran EKG pembacaan EKG pada pasien IMA	16
Tabel 2.2 Perencanaan keperawatan yang sering muncul pada pasien IMA	32
Tabel 3.1 Terapi yang didapat dari tinjauan kasus pasien IMA.....	46
Tabel 3.2 Analisa data yang didapat dari tinjauan kasus pasien IMA	46
Tabel 3.3 Intervensi yang didapat dari tinjauan kasus pasien IMA	48
Tabel 3.4 Implementasi dan evaluasi tinjauan kasus pasien IMA	49

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

Singkatan

CABG	: Coronary Artery Bypass Grafting
EKG	: Elektrokardiografi
GCS	: Glasgow Coma Scale
ICCU	: Intensive Coronary Care Unit
IMA	: Infark Miokard Akut
IV	: Intravena
mmHg	: Milimeter Merkuri (Hydragyrum)
N	: Nadi
PCA	: Percutaneous Coronary Angiografi
PCI	: Percutaneous Coronary Intervention
RR	: Rate Respiratory
S	: Suhu
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPO ₂	: Saturasi Oksigen
TD	: Tekanan Darah
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization

Simbol

<	: Lebih kecil/kurang dari
>	: Lebih Besar/besar dari
/	: Atau

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran SOP pemasangan oksigenasi.....	71
Lampiran SOP pengukuran tanda-tanda vital	72
Lampiran SOP pemberian obat intravena	75
Lampiran SOP pemasangan EKG.....	76

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infark miokard akut (IMA) atau yang lebih dikenal dengan serangan jantung adalah suatu keadaan dimana suplai darah pada suatu bagian jantung terhenti sehingga sel otot jantung mengalami kematian (Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, 2007 dalam Patricia, 2011). Masyarakat sering menganggap nyeri dada yang menjalar hanyalah rasa capek biasa, kemungkinan besar itu tanda dari penyakit jantung. Nyeri pada infark miokard akut tidak bisa hilang sendirinya, meskipun gejala berkurang saat istirahat. Pada masyarakat masih salah persepsi ketika mereka istirahat, gejala mereka hilang berarti mereka sembuh. Salah satu penyebab adalah anggapan bahwa penyakit yang ia derita hanya gejala masuk angin atau angin duduk biasa. Cara yang paling sering ditempuh untuk mengatasi gejala masuk angin adalah dengan menggosokkan balsam atau minyak rempah pada tubuh penderita. Setelah itu sering kali dilanjutkan dengan mengerik, yaitu menggosokkan uang logam pada punggung dan dada hingga meninggalkan bekas berwarna kemerahan dan berpola seperti tulang sirip ikan. Bekas goresan yang berwarna lebih merah sampai kehitaman adalah pertanda banyaknya angin yang masuk ke dalam tubuh. Adapun jika penderita bersendawa saat digosok atau dikerik, maka angin dianggap sudah berhasil dikeluarkan dari tubuh (Yahya, 2011).

Dari data WHO tahun 2012 menunjukkan bahwa Infark Miokard Akut atau IMA merupakan penyebab kematian utama di dunia. Terhitung 12,2%

kematian di dunia di akibatkan oleh penyakit kardiovaskuler salah satunya adalah Infark Miokard Akut (WHO, 2012). Di Indonesia, penyakit IMA merupakan penyebab kematian pertama, dengan angka mortalitas 2.200.000 (14%) (WHO, 2008). Pada tahun 2009, IMA masuk dalam kategori 10 besar penyakit tidak menular yang menjadi penyebab kematian di rumah sakit di seluruh Indonesia yaitu sekitar 6,25% (Kemenkes, 2012). Di Jawa Timur, IMA merupakan salah satu dari 20 penyakit terbanyak di rumah sakit di provinsi Jawa Timur yaitu sekitar 1,45% (Dinkes Jawa Timur, 2012).

Penyebab utama dari terjadinya infark miokard adalah ketidakseimbangan antara pasokan dan kebutuhan oksigen di jaringan otot jantung. Kebutuhan oksigen di jaringan otot jantung yang tinggi, tetapi pasokan (supply) oksigen ke daerah tersebut kurang. Jika tidak mendapatkan oksigen dalam waktu yang cukup lama, lama kelamaan jaringan otot jantung dapat rusak dan bersifat menetap. Sehingga darah yang membawa oksigen tidak mencapai otot jantung. Infark miokard yang sering terjadi karena disebabkan sumbatan pembuluh darah jantung atau ischemia. Tanda dan gejala dari IMA terjadi nyeri dada yang terjadi secara mendadak dan terus menerus tidak mereda, nyeri sering disertai dengan sesak nafas, pucat, dingin, diaphoresis berat, pening atau kepala terasa melayang dan mual muntah. Keluhan yang khas ialah nyeri dada seperti diremas-remas, ditekan, ditusuk, panas atau tertindih barang berat, dan menjalar ke lengan (umumnya kiri), bahu leher, rahang bahkan kepongungan dan epigastriks (Kasron, 2012). Disritmia adalah komplikasi tersering pada infark, akibat perubahan keseimbangan elektrolit dan penurunan PH. Dapat terjadi syok kardiogenik apabila curah jantung sangat berkurang dalam waktu lama. Setelah infark miokard

sembuh, terbentuk jaringan parut yang menggantikan sel-sel miokardium yang mati. Apabila jaringan parut cukup luas, kontraktilitas jantung dapat berkurang secara permanen (Tao, 2014).

Mengingat begitu berbahayanya Infark Miokard Akut bagi kesehatan maka perlu diberikan asuhan keperawatan pada pasien Infark Miokard Akut (IMA). Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat yakni asuhan keperawatan yang efektif dan mampu ikut serta dalam upaya penurunan angka insiden Infark Miokard Akut melalui upaya promotif yang dilakukan dengan cara menganjurkan pada pasien sebisa mungkin menghindari faktor-faktor yang dapat memperberat penyakit dan menurunkan angka kematian. Preventif dilakukan dengan cara mengajarkan pasien cara untuk menanggulangnya. Kuratif yaitu memberikan terapi yang tepat sesuai dengan perintah dokter. Rehabilitatif yaitu memantau agar tidak terjadi komplikasi yang lebih berat pada organ tubuh lainnya.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah asuhan keperawatan kegawat daruratan pada pasien dengan diagnosis Infark Miokard Akut di ruang ICCU-CPU RSPAL dr Ramelan Surabaya?”.

1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir

1.3.1 Tujuan Umum

Menkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakit melalui proses asuhan keperawatan pada pasien kegawat daruratan pada Tn. M

dengan diagnosis medis IMA di Ruang ICCU-CPU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis IMA di Ruang ICCU-CPU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis IMA di Ruang ICCU-CPU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Merumuskan rencana keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis IMA di Ruang ICCU-CPU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis IMA di Ruang ICCU-CPU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis IMA di Ruang ICCU-CPU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dari segi akademis, menambah khasanah agar perawat lebih mengetahui dan meningkatkan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk perawatan yang lebih bermutu dan professional dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosis medis IMA.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis IMA.

2. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosis medis IMA.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan terutama pada keperawatan medikal bedah dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasiendengan diagnosis medis IMA.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan hingga evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

- a. Wawancara Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

- b. Observasi Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.
 - c. Pemeriksaan Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.
3. Sumber Data
- a. Data Primer Data yang diperoleh dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik pasien.
 - b. Data Sekunder Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti; catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.
4. Studi Kepustakaan
- Studi kepustakaan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini menggunakan sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan masalah yang dibahas, dengan sumber seperti: buku, jurnal dan KTI yang relevan dengan judul penulis.

1.6 Penulisan Sitematika

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 pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran serta daftar singkatan.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini :

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

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

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi fakta, teori dan opini penulis.

BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka, motto dan persembahan serta lampiran.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep Penyakit IMA, 2) Konsep Asuhan Keperawatan IMA, 3) Konsep Masalah Pada IMA.

2.1 Konsep Penyakit IMA

2.1.1 Konsep Dasar Penyakit IMA

Infark Miokard Akut (IMA) adalah penyakit jantung yang disebabkan karena sumbatan pada arteri koroner. Sumbatan akut terjadi karena adanya aterosklerotik pada dinding arteri koroner sehingga menyumbat aliran darah ke jaringan otot jantung (Nuralamsyah, 2016).

Infark Miokard Akut (IMA) disebut juga serangan jantung yaitu aliran darah ke arteri koroner jantung mengalami penyempitan, hal ini membuat otot jantung kekurangan oksigen dan mengalami kerusakan (Rendi & Margareth, 2012). Berdasarkan data penelitian Framingham, sekitar 85% dari semua kasus infark miokard akut terjadi pada orang yang lebih tua > 55 tahun dan 15% terjadi pada orang yang lebih muda 45 tahun. (M. Black, 2014).

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 resiko meliputi penambahan usia, keadaan hiperkoagulabel, vaskulitis dan faktor yang menjadi predisposisi aterosklerosis (M. Black, 2014)

2.1.2 Klarifikasi

a. Infark Miokard Akut Subendokardial

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

b. Infark Miokard Akut Transmural

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

2.1.3 Etiologi

Beberapa hal yang menimbulkan gangguan oksigenasi diantaranya :

a. Berkurangnya suplai oksigen ke miokard, Menurunnya suplai oksigen disebabkan oleh 3 faktor berikut ini : (Kasron, 2016)

1) Faktor Pembuluh Darah

Hal ini berkaitan dengan kepatenan pembuluh darah sebagai jalan darah mencapai sel-sel jantung. Beberapa hal yang bisa mengganggu kepatenan pembuluh darah yaitu atherosclerosis, spasme, dan arteritis. Spasme pembuluh darah bisa juga terjadi pada orang yang tidak memiliki riwayat penyakit jantung sebelumnya, dan biasanya dihubungkan dengan beberapa hal antara lain mengkonsumsi obat-

obatan tertentu, stress emosional atau nyeri, terpapar suhu dingin yang ekstrim, dan merokok.

2) Faktor Sirkulasi

Sirkulasi berkaitan dengan kelancaran peredaran darah dari jantung keseluruh tubuh sampai kembali lagi ke jantung. Sehingga hal ini tidak akan lepas dari faktor pemompaan dan volume darah yang dipompakan. Kondisi yang menyebabkan gangguan pada sirkulasi diantaranya kondisi hipotensi. Stenosis maupun isufisiensi yang terjadi pada katup-katup jantung (aorta, mitralis, maupun trikuspidalis) menyebabkan menurunnya cardiac output (COP). Penurunan COP yang diikuti oleh penurunan sirkulasi menyebabkan beberapa bagian tubuh tidak tersuplai darah dengan adekuat, termasuk dalam hal ini otot jantung.

3) Faktor Darah

merupakan pengangkut oksigen menuju seluruh bagian tubuh. Jika daya angkut darah berkurang, maka sebagus apapun jalan (pembuluh darah) dan pemompaan jantung maka hal tersebut tidak cukup membantu. Hal-hal yang menyebabkan terganggunya daya angkut darah antara lain anemia, hipoksemia, dan polisitemia. Oleh karena itu segala aktivitas yang menyebabkan meningkatnya kebutuhan oksigen akan memicu terjadinya infark.

- b. Faktor Resiko terjadinya infark miokard akut dibagi menjadi dua golongan, yaitu faktor risiko yang dapat diubah dan faktor risiko yang tidak dapat diubah:

- a) Faktor resiko yang dapat diubah
 - 1. Mayor, seperti merokok, hipertensi, obesitas, hiper lipidemia, hiperkolesterolemia, dan pada pola makan (diit tinggi lemak dan tinggi kalori)
 - 2. Minor, seperti stress, kepribadian tipe A (emosional, agresif, ambivalen) dan kurang aktivitas fisik. (Aspiani,2015)
- b) Faktor resiko yang tidak dapat diubah Faktor resiko ini meliputi hereditas/keturunan, usia lebih dari 40 tahun, ras (insiden lebih tinggi pada orang berkulit hitam), wanita post menopause, dan secara umum pria lebih sering mengalami penyakit infark miokard. (Aspiani,2015)

2.1.4 Patofisiologi

Iskemia yang berlangsung lebih dari 30 – 40 menit akan menyebabkan kerusakan seluler irreversibel dan kematian otot atau nekrosis. Bagian miokardium yang mengalami infark atau nekrosis akan berhenti berkontraksi secara permanen. Jaringan yang mengalami infark dikelilingi oleh suatu daerah iskemik yang berpotensi dapat hidup. Ukuran infark lahir tergantung dari nasib daerah iskemik tersebut. Bila pinggir daerah ini mengalami nekrosis maka besar daerah infark akan bertambah besar sedangkan perbaikan iskemia akan memperkecil daerah nekrosis. (Kusuma, 2013)

Infark miokardium biasanya menyerang ventrikel kiri. Infark digambarkan lebih lanjut sesuai letaknya pada dinding ventrikel. Misalnya, infark miokardium anterior mengenai dinding anterior ventrikel kiri. Daerah yang biasanya terserang infark adalah bagian inferior, lateral, posterior, dan septum. (Kusuma, 2013)

Otot yang mengalami infark akan mengalami serangkaian perubahan selama berlangsungnya proses penyembuhan. Mula – mula otot yang mengalami infark tampak memar dan sianotik akibat terputusnya aliran darah regional. Dalam jangka waktu 24 jam timbul edema pada sel – sel, respon peradangan disertai infiltrasi leukosit. Enzim – enzim jantung akan terlepas dari sel – sel ini menjelang hari kedua atau ketiga mulai proses degradasi jaringan dan pembuangan semua serabut nekrotik. Selama fase ini dinding nekrotik relatif tipis. Kira – kira pada minggu ke3 mulai terbentuknya jaringan parut. Lambat laun jaringan penyambung fibrosa menggantikan otot yang nekrosis dan mengalami penebalan yang progresif. Pada minggu ke-6 parut sudah terbentuk dengan jelas. (Kusuma, 2013)

Infark miokardium jelas akan mengurangi fungsi ventrikel karena otot yang nekrosis kehilangan daya kontraksi sedangkan otot yang iskemia disekitarnya juga mengalami gangguan daya kontraksi. Secara fungsional infark miokardium akan menyebabkan perubahan – perubahan seperti pada iskemia : (1) daya kontraksi menurun, (2) gerakan dinding abnormal, (3) perubahan daya kembang dinding ventrikel, (4) pengurangan curah sekuncup, (5) pengurangan fraksi ejeksi, (6) peningkatan vol. Akhir sistolic dan akhir diastolic ventrikel, dan (7) peningkatan tekanan akhir diastolic ventrikel kiri. (Kusuma, 2013)

Peningkatan frekuensi jantung dan daya kontraksi oleh refleks simpatic dapat memperbaiki fungsi ventrikel. Penyempitan arteriola menyeluruh akan mempertinggi resistensi perifer total, dengan demikian tekanan rata – rata artena akan meningkat. Penyempitan pembuluh vena akan mengurangi kapasitas vena, akan meningkatkan alir balik vena ke jantung dan pengisian ventrikel. Pengisian ventrikel yang meningkat akan meningkatkan daya kontraksi. Dengan

menurunnya fungsi ventrikel maka diperlukan tekanan pengisian diastolic yang lebih tinggi, agar curah sekuncup dapat dipertahankan. Peningkatan tekanan pengisian diastolic dan vol ventrikel akan merenggangkan seraput miokardium, dengan demikian meningkatkan kekuatan kontraksi sesuai hukum starling. Tekanan pengisian sirkulasi dapat ditingkatkan lebih lanjut lewat retensi natrium dan air oleh ginjal. Akibatnya, infark miokardium biasanya disertai pembesaran ventrikel kiri sementara akibat dilatasi kompensasi jantung. Bila perlu, dapat terjadi hipertrofi kompensasi jantung sebagai usaha untuk meningkatkan daya kontraksi dan pengosongan ventrikel. (Rohmah, 2012)

Secara ringkas, terdapat serangkaian refleks yang dapat mencegah memburuknya curah jantung dan tekanan perfusi : (1) peningkatan frekuensi jantung dan daya kontraksi, (2) vasokonstriksi umum, (3) retensi natrium dan air, (4) dilatasi ventrikel, (5) hipertrofi ventrikel. Tetapi semua respon kompensasi ini akhirnya dapat memperburuk keadaan miokardium dengan meningkatkan kebutuhan miokardium akan oksigen.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Keluhan yang khas ialah nyeri dada retrosternal, seperti diremas-remas, ditekan, ditusuk, panas atau ditindih barang berat. Nyeri dapat menjalar ke lengan (umumnya kiri), bahu, leher, rahang bahkan ke punggung dan epigastrium. Nyeri berlangsung lebih lama dari angina pektoris dan tak responsif terhadap nitrogliserin. Kadang-kadang, terutama pada pasien diabetes dan orangtua, tidak ditemukan nyeri sama sekali. Nyeri dapat disertai perasaan mual, muntah, sesak, pusing, keringat dingin, berdebardebar atau sinkope. Pasien sering tampak

ketakutan. Walaupun IMA dapat merupakan manifestasi pertama penyakit jantung koroner namun bila anamnesis dilakukan teliti hal ini sering sebenarnya sudah didahului keluhan-keluhan angina, perasaan tidak enak di dada atau epigastrium. Kelainan pada pemeriksaan fisik tidak ada yang spesifik dan dapat normal. Dapat ditemui BJ yakni S2 yang pecah, paradoksal dan irama gallop. Adanya krepitasi basal menunjukkan adanya bendungan paru-paru. Takikardia, kulit yang pucat, dingin, dan hipotensi ditemukan pada kasus yang relatif lebih berat, kadang ditemukan pulsasi diskinetik yang tampak atau berada di dinding dada pada IMA inferior (Kasron, 2016).

Tanda dan gejala infark miokard (TRIAGE AMI) adalah :

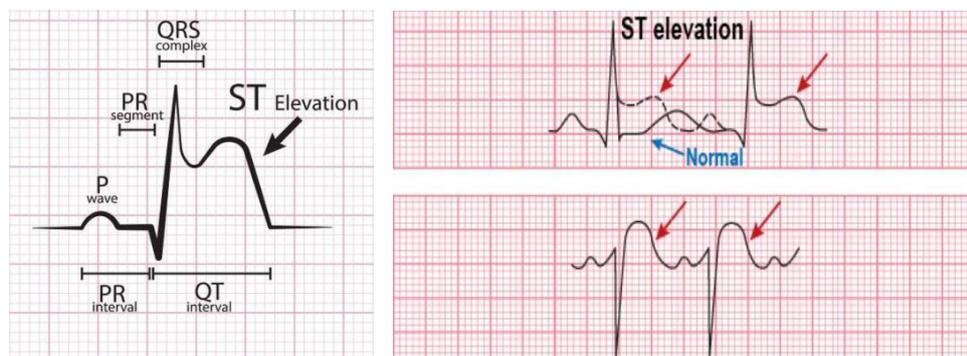
1. Nyeri dada yang terjadi secara mendadak dan terus-menerus tidak mereda, biasanya diatas region sternal bawah dan abdomen bagian atas, ini merupakan gejala utama.
2. Keparahan nyeri dapat meningkat secara menetap sampai nyeri tidak tertahankan lagi.
3. Nyeri tersebut sangat sakit, seperti tertusuk-tusuk yang dapat menjalar ke bahu dan terus ke bawah menuju lengan (biasanya lengan kiri).
4. Nyeri mulai secara spontan (tidak terjadi setelah kegiatan atau gangguan emosional), menetap selama beberapa jam atau hari, dan tidak hilang dengan bantuan istirahat atau nitrogliserin (NTG).
5. Nyeri dapat menjalar ke arah rahang dan leher.
6. Nyeri sering disertai dengan sesak nafas, pucat, dingin, diaforesis berat, pening atau kepala terasa melayang dan mual, muntah.

7. Pasien dengan diabetes mellitus tidak akan mengalami nyeri yang hebat karena neuropati yang menyertai diabetes dapat mengganggu neuro reseptor (menumpulkan pengalaman nyeri).

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Laboratorium

- a. Pemeriksaan enzim jantung :
 - a) CPK-MB/CPK, Isoenzim yang ditemukan pada otot jantung meningkat antara 4-6 jam, memuncak dalam 12-24 jam, kembali normal dalam 36- 48 jam
 - b) LDH/HBDH, meningkatkan dalam 12-24 jam dan memakan waktu lama untuk kembali normal.
 - c) AST/SGOT, meningkat (kurang nyata/khusus) terjadi dalam 6-12 jam, memuncak dalam 24 jam, kembali normal dalam 3 atau 4 hari.
- b. EKG : Perubahan EKG yang terjadi pada fase awal adanya gelombang T tinggi dan simetris. Setelah ini terdapat elevasi segmen ST. Perubahan yang terjadi kemudian ialah adanya gelombang Q/QS yang menandakan adanya nekrosis. Dengan pemeriksaan ini maka dapat ditegakkann diagnosis STEMI. Gambaran STEMI yang terlihat pada EKG antara lain:



Gambar 2.1 Gambaran EKG pada pasien IMA

No.	Lokasi	Gambaran EKG
1.	Anterior	Elevasi segmen ST dan / atau gelombang Q di V1-V4/V5
2.	Anteroseptal	Elevasi segmen ST dan / atau gelombang Q di V1-V3
3.	Anterolateral	Elevasi segmen ST dan / atau gelombang Q di V1-V6 dan I dan Avl
4.	Lateral	Elevasi segmen ST dan / atau gelombang Q di V5-V6 dan inverse gelombang T/elevasi ST/gelombang Q di I dan Avl
5.	Inferolateral	Elevasi segmen ST dan / atau gelombang Q di II-III, Avf, dan V5-V6 (kadang-kadang I dan aVL)
6.	Inferior	Elevasi segmen ST dan / atau gelombang Q di II, III, dan aVF

Tabel 2.1 Gambaran pembacaan EKG pada pasien IMA

- c. Radiologi, Hasil radiologi tidak menunjukkan secara spesifik adanya infark miokardium, hanya menunjukkan adanya pembesaran dari jantung (Aspiani, 2015).
- d. Echocardiogram : Digunakan untuk mengevaluasi lebih jauh mengenai fungsi jantung khususnya fungsi ventrikel dengan menggunakan gelombang ultrasound.
- e. Foto thorax : Foto thorax tampak normal, apabila terjadi gagal jantung akan terlihat pada bendungan paru berupa pelebaran corakan vaskuler paru dan hipertropi ventrikel.

- f. Percutaneous Coronary Angiografi (PCA) : Pemasangan kateter jantung dengan menggunakan zat kontras dan memonitor x- ray untuk mengetahui sumbatan pada arteri koroner.
- g. Tes Treadmill : Uji latih jantung untuk mengetahui respon jantung terhadap aktivitas.

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut (Aspiani, 2012) adalah sebagai berikut:

1. Komplikasi dini (0-48jam pertama)
 - a. Edema serebri Defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan tekanan intrakranial, herniasi dan akhirnya menimbulkan kematian
 - b. Infark miokard Penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal
2. Komplikasi jangka pendek (1-14 hari pertama)
 - a. Pneumonia: akibat mobilisasi lama
 - b. Infark miokard
 - c. Emboli paru: cenderung 7–14 hari pasca stroke, seringkali pada saat penderita mulai mobilisasi
 - d. Stroke rekuren : dapat terjadi setiap saat
3. Komplikasi jangka panjang
 - a. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberikan oksigenasi
 - b. Penurunan darah serebral
 - c. Embolisme serebral

4. Disritmia

Komplikasi paling sering dalam Infark Miokard Akut (IMA) adalah gangguan irama Jantung (90%). Faktor predisposisi adalah :

- a. Iskemia jaringan
- b. Hipoksemia
- c. Pengaruh sistem syaraf Para-Simpatis dan Simpatis
- d. Asidosislaktat
- e. Kelainan hemodinamik
- f. Keracunan obat, dan
- g. Gangguan keseimbangan elektrolit

5. Gagal jantung kongestif dan syok kardiogenik

Sepuluh dan sampai lima belas pasien infark miokard mengalami syok kardiogenik, dengan mortalitas antara 80-95%.

6. Tromboemboli

Kasus Infark Miokard Akut (IMA) yang meninggal mempunyai emboli arterial ke otak, ginjal, limfa, atau mesenterium.

7. Perikarditis

Sindrom ini dihubungkan dengan Infark Miokard Akut (IMA) yang digambarkan pertama kali oleh Dressler dan sering disebut Sindrom Dressler. Biasanya terjadi setelah infark transmural tetapi dapat menyertai infark subepikardial. Perikarditis biasanya sementara, yang tampak pada minggu pertama setelah infark. Nyeri dada dari perikarditis akut terjadi tiba-tiba dan berat serta konstan pada dada anterior. Nyeri ini memburuk

dengan inspirasi dan biasanya dihubungkan dengan takikardia, demam ringan, dan friksion rup pericardial yang trifasik dan sementara.

8. Gagal jantung kongestif dan syok kardiogenik : Sepuluh dan sampai lima belas pasien infark miokard mengalami syok kardiogenik, dengan mortalitas antara 80- 95%.

9. Tromboemboli : Kasus Infark Miokard Akut (IMA) yang meninggal mempunyai emboli arterial keotak, ginjal, limfa, atau mensenterium.

10. Ruptura miokardium

Ruptur dinding bebas dari ventrikel kiri menimbulkan kematian sebanyak 10% dirumah sakit karena Infark Miokard Akut (IMA).Ruptur ini menyebabkan tamponade jantung dan kematian. Ruptur septum interventrikular jarang terjadi pada kerusakan miokard luas, dan menimbulkan Defek SeptumVentrikel.

11. Aneurisma ventrikel

Kejadian adalah komplikasi lambat dari Infark Miokard Akut (IMA) yang meliputi penipisan, pembengkakan, dan hipokinesis dari dinding ventrikel kiri setelah infark transmural.Aneurisma ini sering menimbulkan gerakan proksimal pada dinding ventrikel, dengan pembengkakan keluar segmen aneurisma pada kontraksi ventrikel.Kadang-kadang aneurisma ini ruptur dan menimbulkan temponade jantung, tetapi biasanya masalah yang terjadi disebabkan penurunan kontraktilitas atau embolisasi

2.1.8 Penatalaksanaan

a. Medis

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). Tata laksana awal meliputi :

1. Pemberian oksigen tambahan melalui sungkup / kanula hidung dan pemantauan saturasi oksigen
2. Mengurangi nyeri dada dengan: - Nitrat : merupakan vasodilator pasten yang berguna untuk vasodilatasi sistemik, sehingga mengurangi aliran balik vena jantung untuk menurunkan kerja jantung - Morfin : Morfin adalah obat dengan fungsi untuk meredakan sakit atau nyeri yang parah. Morfin masuk ke dalam kategori analgesic narkotika. - Sedatif sedang seperti diazepam 3-4 x 2-5 mg peroral - Terapi fibrinolitik dengan pemberian tissue-type plasminogen activator (tPA), serta aspirin dan heparin dalam waktu 90 menit sejak onset gejala
3. Nitrogliserin : Merupakan golongan obat nitrat yang digunakan untuk mengurangi intensitas serangan angina (nyeri dada) guna untuk melebarkan pembuluh darah, serta meningkatkan pasokan darah dan oksigen ke otot jantung contoh nama merk dagang nitrat (tablet sublingual) dosis 1 tablet 300-600 mcg.
4. Aspilet : Aspilet merupakan salah satu nama obat dari aspirin. Aspirin mempunyai efek menghambat siklooksigenase platelet secara ireversibel. Proses tersebut mencegah formasi tromboksan A₂.

Pemberian aspirin untuk penghambatan agregasi platelet diberikan dosis awal paling sedikit 160 mg dan dilanjutkan dosis 80-325 mg per hari (Smelthzer, 2002, Nurarid & Kusuma, 2015).

5. Obat penghambat enzim pengonversi angiotensin (ACE inhibitor) untuk mengurangi preload dan afterload. - Beta blocker untuk menurunkan kecepatan denyut jantung, sehingga kerja jantung menjadi berkurang. - Statin untuk menurunkan kolesterol yang merupakan penyebab aterosklerosis.
6. Infasif : Percutaneous coronary intervention (PCI)
7. Pembedahan : Coronary artery bypass grafting (CABG)
8. Modifikasi pola hidup
 - a) Keseimbangan antara istirahat, olahraga, dan modifikasi gaya hidup untuk mengurangi resiko aterosklerosis dan hipertensi -
Menghentikan kebiasaan merokok
 - b) Menurunkan berat badan.
 - c) Mengurangi stress. Setelah tatalaksana awal dan stabilisasi pasien, tujuan berikutnya yaitu mengembalikan aktivitas normal dan mencegah komplikasi jangka panjang.

b. Keperawatan

Tindakan keperawatan ditujukan untuk mendeteksi terjadinya komplikasi : (Aspiani,2015)

1. Klien istirahat total 24 jam pertama
2. Posisi semi fowler
3. Beri O₂-4 L/m binasal

4. Pantau tanda-tanda vital tiap jam hingga keadaan stabil
5. Pantau EKG
6. Pasang jalur IV
7. Pemeriksaan laboratorium
8. Pemeriksaan EKG 12 sadapan setiap hari atau bila diperlukan
9. Pemberian obat sesuai dengan rencana pengobatan
 - a) Untuk mengurangi nyeri dada, misalnya: morfin sulfat, petidin
 - b) Obat anti aritmia
 - c) Sedatife bila klien gelisah
10. Diet
 - a) Biasanya dipuaskan selama 8 jam pertama setelah serangan
 - b) Bila keluhan berkurang/hilang diberikan diet bertahap dimulai dengan diet jantung I
11. Mobilisasi dan latihan
 - a) Hari I Latihan nafas dalam, melakukan pergerakan pasif dari ekstermitas dengan cara dorsofleksi dan ekstensi 3x/hari. Makan sendiri dengan posisi duduk, badan dan lengan bersandar. Perawatan diri seperti mandi dilakukan dengan bantuan perawat.
 - b) Hari II Melakukan gerakan aktif anggota gerak, tiap gerakan 5x, duduk dipinggir tempat tidur dengan kaki kebawah atau diletakkan diatas kursi selama 20 menit 2x sehari. Berikan pendidikan kesehatan tentang factor risiko dan pengendaliaanya.

- c) Hari III Mengulangi latihan hari II, boleh turun dari tempat tidur. Perawatan diri dilakukan sendiri tanpa bantuan, posisi makan dengan duduk ditempat tidur. Klien diizinkan membaca bacaan ringan.
- d) Hari IV Jalan disekitar ruangan 2x/hari. Berikan pendidikan kesehatan tentang serangan jantung

12. Tindakan pemasangan Stent Jantung

Ring jantung adalah sebuah alat berbentuk tabung kecil, tersusun dari kawat-kawat seperti jala yang ditempatkan pada pembuluh darah koroner di jantung. Tujuan dari pemasangan ring jantung adalah untuk membuka pembuluh darah yang menyempit dan mempertahankannya sehingga otot-otot jantung mendapatkan kembali suplai darah yang cukup. Pemasangan ring jantung atau sering juga disebut dengan stent jantung merupakan salah satu tindakan medis yang sering dikombinasikan dengan angioplasty.

Perbedaannya adalah pada angioplasty, tindakan medis yang dilakukan hanya bertujuan untuk mengembalikan diameter pembuluh darah jantung yang menyempit atau tersumbat. Sedangkan pemasangan ring jantung dilakukan sesaat setelah angioplasty dilakukan. Setelah lumen pembuluh darah terbuka, dokter akan memasukan ring atau stent di lokasi sumbatan untuk mempertahankan agar pembuluh darah tetap terbuka. Ring jantung tersebut berbentuk seperti tabung kecil yang tersusun dari kawat-kawat seperti jala. Pemasangan ring jantung ini bersifat menetap, sekali dipasang maka tidak dapat dilepas kembali.

Oleh karena itu penggunaan bahan untuk stent jantung harus yang aman bagi tubuh.

Pembuluh darah jantung yang dimaksud adalah arteri koroner, tugasnya memasok aliran darah ke otot-otot jantung sehingga jantung dapat bekerja dengan baik. Penyempitan atau sumbatan arteri koroner biasanya terjadi karena adanya timbunan lemak atau plak di dalam lumen pembuluh darah, yang disebut aterosklerosis. Adanya timbunan lemak di dalam lumen pembuluh darah dapat mengurangi aliran darah yang menuju otot jantung sehingga dapat menimbulkan nyeri dada dan apabila pembuluh darah sudah tersumbat secara total dapat terjadi serangan jantung (penyakit jantung koroner), bahkan infark miokard.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan IMA

2.2.1 Pengkajian

a. Identitas Pasien

Pada klien penderita Infark Miokard Akut (IMA) diantaranya terjadi pada usia > 45 tahun. Klien yang menderita umumnya adalah laki-laki.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang timbul pada pasien dengan Infark Miokard Akut (IMA) yaitu nyeri dada yang khas (seperti tertekan, berat, atau penuh) dan banyak ditemukan pada pekerja swasta atau karyawan swasta.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur . Pada pasien penyakit jantung koroner biasanya didapatkan adanya keluhan seperti nyeri pada dada. Keluhan nyeri dikaji menggunakan OLDCART sebagai berikut :

1. O : Nyeri
 2. L : Lokasi nyeri dibawah atau sekitar leher, dengan dagu belakang, bahu atau lengan
 3. D : berlangsung beberapa jam atau hari
 4. C: seperti ditusuk-tusuk
 5. A : nyeri semakin bertambah bila beraktivitas
 6. R : lengan sebelah kiri
 7. T : trobolitik streptokinase
- d. Riwayat kesehatan dahulu
- Riwayat pembuluh darah arteri, riwayat merokok, kebiasaan olahraga yang tidak teratur, riwayat Diabetes Melitus, hipertensi, gagal jantung kongestif, riwayat penyakit pernafasan kronis, riwayat kesehatan keluarga, riwayat keluarga penyakit jantung atau Infark Miokard Akut (IMA), Diabetes Melitus, stroke, hipertensi, penyakit vaskuler periver.
- e. Riwayat Penyakit Keluarga
- Seperti penyakit keturunan (diabetes melitus, hipertensi, asma, jantung) dan penyakit menular (TBC, hepatitis).
- f. Riwayat Psikososial Pada pasien penyakit jantung koroner didapatkan perubahan ego yaitu pasrah dengan keadaan, merasa tidak berdaya, takut akan perubahan gaya hidup dan fungsi peran, ketakutan akan kematian, menjalani operasi, dan komplikasi yang timbul. Kondisi ini ditandai

dengan menghindari kontak mata, insomnia, sangat kelemahan, perubahan tekanan darah dan pola nafas, cemas, dan gelisah.

g. Primary Survey

1. Airway

- a) Look keluhan yang muncul Dada terasa seperti sesak, terbakar, tertusuk-tusuk, atau tertekan
- b) Listen adalah mendengarkan suara pernafasan. Suara mengorok dan bunyi gurgling (bunyi cairan) menandakan adanya hambatan jalan nafas
- c) Feel nafas pendek
- d) Nafas paten adanya suara nafas tambahan misalnya stridor/wheezing

2. Breathing

- a) Inspeksi terpasang oksigen tidak lebih dari 96%, ada penggunaan otot bantu nafas, adanya sesak nafas
- b) Palpasi pengembangan paru
- c) Auskultasi adanya suara nafas tambahan seperti wheezing

3. Circulation

- a) Didapatkan nadi meningkat nadi berkisar 100-112 x/menit, ritme cepat berdebar-debar
- b) Tekanan darahsistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg
- c) Terdapat edema menandakan aliran darah terganggu menimbulkan gejala hypervolemia
- d) Berkeringat dingin

e) Jika ditemukan kulit pucat dan dingin menjadi indikasi syok

4. Disability

a) GCS456

b) Menilai kesadaran dengan cepat, apakah sadar, hanya respon terhadap nyeri atau sama sekali tidak sadar. Tidak dianjurkan mengukur GCS. Adapun cara yang cukup jelas dan cepat adalah

- A – Alert: Pasien terjaga, responsif, berorientasi, dan berbicara dengan petugas.
- V – Verbal: Petugas memberikan rangsangan berupa suara (memanggil pasien). Pasien akan memberikan respon berupa mengerang, mendengus, berbicara atau hanya melihat petugas.
- P – Painful: Jika pasien tidak memberikan respon dengan suara, maka anda perlu melakukan pemberian rangsangan nyeri dengan cara menggosok sternum atau sedikit cubitan pada bahu.
- U – Unresponsive: Tidak ada respon apapun dengan suara atau dengan nyeri.

5. Exposure

Lepaskan baju dan penutup tubuh pasien agar dapat dicari semua cedera yang mungkin ada, jika ada kecurigan cedera leher atau tulang belakang, maka imobilisasi in line harus dikerjakan.

h. Secondary Survey

a) Keadaan Umum

Pada pemeriksaan keadaan umum, kesadaran klien Infark Miokard Akut (IMA) biasanya baik atau kompos mentis (CM) dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat.

b) Tanda-tanda vital

Pasien PJK mengalami peningkatan pada tekanan darah, nadi, dan respirasinya. Tekanan darah berkisar antara 124/91 mmHg – 137/97 mmHg, RR sekitar 16-20 x/menit, nadi berkisar 100-112 x/menit, kulit akan menjadi lembab, dingin, dan berkeringat. Terjadi perubahan sesuai dengan aktivitas dan rasa nyeri yang timbul seperti suhu meningkat, takikardi, takipnea, dyspnea, tekanan darah sistolik meningkat dengan diastolik normal

i. Pemeriksaan fisik

a) B1 (Breathing)

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

1. Inspeksi bentuk dada untuk melihat seberapa berat gangguan sistem kardiovaskuler. Bentuk dada yang biasa ditemukan adalah :
Bentuk dada thoraks phfisis (panjang dan gepeng). Bentuk dada thoraks en bateau (thoraks dada burung). Bentuk dada thoraks emsisematous (dada berbentuk seperti tong). Bentuk dada thoraks pektus ekskavatus (dada cekung ke dalam). Gerakan pernapasan :
kaji kesimetrisan gerakan pernapasan pasien.

2. Palpasi rongga dada tujuannya : melihat adanya kelainan pada thoraks, menyebabkan adanya tanda penyakit paru dengan pemeriksaan sebagai berikut, Gerakan dinding thoraks saat inspirasi dan ekspirasi. Getaran suara : getaran yang terasa oleh tangan pemeriksa yang diletakkan pada dada pasien saat pasien mengucapkan kata – kata.
3. 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.
4. Auskultasi : Suara napas normal. Trakeobronkhial, suara normal yang terdengar pada trakhea seperti meniup pipa besi, suara napas lebih keras dan pendek saat inspirasi. Bronkovesikuler, suara normal di daerah bronkhi, yaitu sternum atas (torakal 3-4). Vesikuler, suara normal di jaringan paru, suara napas saat inspirasi dan ekspirasi sama.

b) B2 (Blood)

1. 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.
2. Palpasi : denyut nadi perifer melemah. Thrill pada infark miokard akut tanpa komplikasi biasanya ditemukan.

3. Perkusi : batas jantung tidak mengalami pergeseran.
4. 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.

c) B3 (Brain)

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.

- d) 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).

e) 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 berkeriput, 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.

- f) B6 (Bone) Pengakajian yang mungkin dilakukan adalah sebagai berikut :
- (1) Keluhan lemah, cepat lelah, pusing, dada rasa berdenyut, dan berdebar.
 - (2) Keluhan sulit tidur (karena adanya orthopnea, dispnea nokturnal paroksimal, nokturia, dan keringat pada malam hari).
 - (3) 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.
 - (4) Aktivitas : kaji aktivitas pasien dirumah atau dirumah sakit. Apakah ada kesenjangan yang berarti misalnya pembatasan aktivitas.

2.2.2 Diagnosis keperawatan

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien Infark Miokard Akut (IMA) :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi–perfusi
3. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Aliran Arteri atau Vena

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Perencanaan keperawatan yang sering muncul pada pasien IMA

No.	Diagnosis	Tujuan & Kriteria	Intervensi
1	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>SDKI, D.0077</p> <p>Kategori: Psikologis</p> <p>Subkategoris: Nyeri dan Kenyamanan</p> <p>Halaman: 172</p>	<p>Tingkat nyeri (L.08066)SLKI</p> <p>Hal : 145</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan keluhan nyeri berkurang, dengan</p> <p>Kriteri Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol 2. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis cukup meningkat 	<p>Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <p>(SIKI Hal 201)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri (PQRST) 2. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (hipnosis, terapi musik) 3. Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri 4. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Gangguan pertukaran gas	Pertukaran Gas	Pemantauan Respirasi

	berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi–perfusi SDKI, D.0003 Kategori: Fisiologis Subkategori: Respirasi Halaman: 22	(L.01003) SLKI Hal : 94 Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan petukaran gas pada pasien menjadi adekuat dengan Kriteria Hasil: 1. Fungsi paru dalam normal 2. Tidak ada otot bantu napas 3. Memelihara kesehatan paru– paru dan bebas dari tanda–tanda distress pernaafasan	(SIKI I.01014,247) 1. Monitor pola napas, frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2. Bersihkan sekret, pada mulut, hidung, trakea bila perlu 3. Pertahankan kepatenan jalan napas 4. Berikan posisi semi fowler 5. Bantu atau ajarkan batukefektif dan latihan napas dalam 6. Lakukan fisioterapi dada (postural drainage, clapping) 7. Kolaborasi penentuan dosis oksigen
3	Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan ddengan Penurunan	Perfusi perifer (L.02011) SLKI Hal : 84	Perawatan sirkulasi (1.02079) (SIKI Hal : 345)

	<p>Aliran Arteri atau Vena</p> <p>SDKI, D.0009</p> <p>Kategori: Fisiologis</p> <p>Subkategori : Sirkulasi</p> <p>Halaman: 37</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan aliran darah pembuluh darah distal menjadi adekuat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Pengisian kapiler membaik 3. Akral membaik 4. Turgor kulit membaik 5. Tekanan darah sistolik membaik 6. Tekanan darah diastolik membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (misal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (misal diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol, jika perlu 7. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
--	--	--	---

			8. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (misal makanan rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
4	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>SDKI, D.0056</p> <p>Kategori: Fisiologis</p> <p>Subkategori: Aktivitas/Istirahat</p> <p>Halaman: 128</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pasien dapat bertoleransi terhadap aktivitas kembali, dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR Mampu melakukan aktivitas sehari – hari (ADLs) secara mandiri 	<ol style="list-style-type: none"> Kaji hal – hal yang mampu dilakukan klien Bantu klien memenuhi kebutuhan aktivitasnya sesuai dengan tingkat keterbatasanklien Beri penjelasan tentang hal– hal yang dapat membantu dan meningkatkan kekuatan fisik klien Libatkan keluarga dalam pemenuhan Jelaskan pada keluarga dan klien pentingnya bedrest di tempat tidur ADL klien

		3. Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan alat	
--	--	---	--

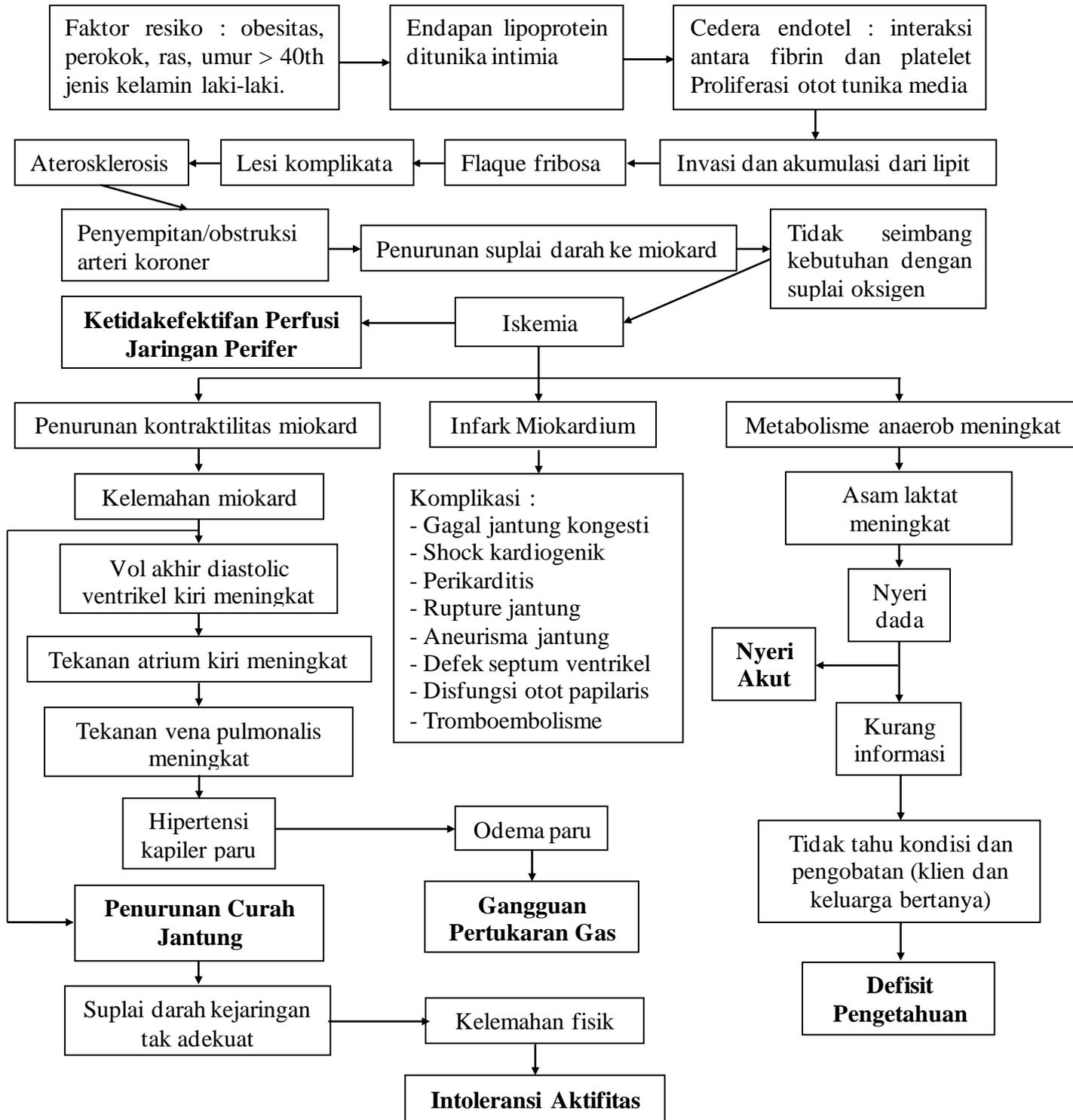
2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi kedalam suatu kasus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam pelaksanaan implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Kusuma, 2013).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahapan akhir yang ada di dalam proses keperawatan dimana tujuan dari evaluasi adalah untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak. Untuk mengatasi suatu masalah dari klien pada tahap evaluasi ini perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan sudah tercapai yang telah dilakukan oleh perawat (Kusuma, 2013).

2.3 Kerangka Masalah Pada IMA



Gambar 2.2 Pohon masalah pada pasien dengan IMA
(Sumber : Huda Nurarif, Kusuma, 2013)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. M dengan diagnosis medis IMA meliputi : 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Pasien bernama Tn.M, dengan rekam medis xxxx90, berjenis kelamin laki-laki, berusia 54 tahun, berasal dari suku Jawa/Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai pegawai swasta dan sudah menikah. Pasien masuk ke Ruang ICCU-CPU Bed 4 RSPAL dr. Ramelan Surabaya tanggal 25 Mei 2021 jam 02.00 WIB dengan diagnosis medis IMA.

a. Keluhan Utama

Pasien mengeluhkan dada berdebar-debar jika banyak gerak dan mengatakan nyeri dibagian ulu hati, mudah lelah merasa lemah dan susah untuk istirahat. Dengan nyeri seperti tertindih bahkan tertusuk – tusuk dengan skala 3 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul.

b. Riwayat kejadian/penyakit sekarang

Pada tanggal 24 Mei 2021 siang hari pasien mengatakan mengeluh nyeri dada di sebelah kiri dan tengah bawah sejak kemarin, kemudian memeriksakan ke PHC siang hari mendapat diagnose medis Nstemi, pasien belum sempat opname, karena pasien menolak untuk rawat nginap di RS PHC. Keluarga pasien meminta dirujuk ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, pasien mengeluh nyeri hebat pada

dada sebelah kiri dan tengah sejak 2 hari yang lalu. Nyeri terasa hebat dan tidak membaik saat istirahat, tidak tembus dan tidak menjalar. Lalu di IGD diberikan tindakan pemasangan infus dan pemasangan kateter DC. terapi Aspilet 300mg, CGP 300mg, Cedocard pump 1 mg/jam dan ISDN 5mg serta O2 nasal 4 lpm. Selanjutnya pasien masuk dan dirawat di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr Ramelan pada tanggal 25 Mei 2021 pukul 02.00 WIB.

c. Riwayat penyakit dahulu

pasien mengatakan tidak memiliki riwayat jantung, diabetes mellitus, ginjal namun memiliki riwayat hipertensi namun jarang meminum obat, bahkan sudah lama tidak pernah minum obat penurun hipertensi.

d. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan maupun alergi obat.

3.1.2 Primery Survey

a. Airway

tidak ada sumbatan jalan napas pada pasien, tidak ada suara gurgling, dan pasien dapat berbicara dengan jelas.

b. Breathing

tidak ada suara rhonki atau wheezing, suara napas vesikuler, pergerakan dada simetris.

c. Circulation

Nadi 88 x/menit, tidak terdapat edema, akral hangat, CRT < 2 detik

d. Disability

Kesadaran komposmentis, pasien berorientasi baik dapat berbicara dengan jelas.

3.1.3 Secondary Survey

Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : Lemah
Kesadaran : Composmentis
GCS : 456
- b. Tanda-tanda vital
Tekanan darah : 166/94 mmHg
Nadi : 88x/menit
Respirasi : 20x/menit
Suhu : 36,5⁰C
Saturasi Oksigen : 99%
- c. B1 (Breath)

Pada pemeriksaan B1 pasien tidak ada edema di bibir, lidah dan leher. Bentuk dada normal chest, tidak ada skoliosis pada susunan ruas tulang belakang, irama nafas reguler, perkusi thorax sonor, getaran sama kanan kiri pada vokal premitus, Tidak ada suara napas tambahan, tidak ada suara rhonki atau wheezing, suara napas vesikuler, pergerakan dada simetris, Pasien terpasang O2 nasal 4 lpm, RR 20x/m, saturasi oksigen 99%.

d. B2 (Blood)

Pada pemeriksaan fisik B2 (Blood) didapatkan hasil pemeriksaan akral teraba Hangat, bunyi jantung S1/S2 tunggal, irama regular, tidak terdapat odema,

CRT < 2 detik, tidak terdapat sianosis, tidak terdapat perdarahan pada gusi, tidak ada mimisan (epistaksis), tekanan darah 166/94 mmHg, nadi: 88x/menit, S: 36,5°C.

e. B3 (Brain)/Neurologi

Pada pemeriksaan fisik B3 (Brain/ Persarafan) didapatkan hasil pemeriksaan GCS total 15 (Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6), Kesadaran composmentis, tidak terdapat hemiparesis serta tidak ada kelemahan pada anggota tubuh. Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, tidak terdapat gangguan penglihatan pada pasien, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris, pasien dapat membuka dan menutup mata, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (Glosofaringeus, Vagus) mekanisme kemampuan menelan pasien normal, pasien dapat minum air putih, Nervus XI (Aksesorius) pasien mampu menggerakkan menggeser kanan dan kiri, Nervus XII (Hipoglosus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

f. B4 (Bladder)/Urinary

Pada pemeriksaan B4 (Bladder) didapatkan hasil pemeriksaan bentuk alat kelamin normal dan bersih, terpasang kateter dengan jumlah 300cc/4 Jam dengan

warna kuning dan bau khas. Tidak terdapat nyeri tekan dan tidak ada pembesaran kandung kemih.

g. B5 (Bowel)/Pencernaan

Pada pemeriksaan B5 didapatkan hasil pemeriksaan keadaan mulut bersih, mukosa bibir kering, terdapat caries, dan saat di RS tidak menggosok gigi tetapi melakukan oral hygiene menggunakan listerine. Pasien tidak mengalami kesulitan menelan dan tidak ada pembesaran tonsil. tidak kembung dan peristaltik usus 10 x/menit. Pasien mengatakan saat dirawat di RS belum BAB. Terdapat nyeri dibagian ulu hati. Saat masuk rumah sakit Nafsu makan 3 x sehari, berat badan sebelum masuk rumah sakit 65kg dan setelah masuk rumah sakit 65kg

P : Saat beraktivitas

Q : Seperti tertindih, tertusuk

R : Ulu hati

S : 3 (1-10)

T : Hilang timbul

h. B 6 (Bone)/muskuloskeletal

Pada pemeriksaan B6 didapatkan hasil pemeriksaan tidak terdapat fraktur, tidak ada dislokasi, akral hangat, turgor kulit baik, tidak ada oedema, dan kekuatan otot baik

5555	5555
5555	5555

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium (Tgl 24/05/2021) RS PHC

Hematologi	Nilai (Result)	Nilai Normal
Leukosit	11.33	(4.00-10.00 $10^3/\mu\text{L}$)
Hemoglobin	17.1	(13-17g/dL)
Hematokrit	47.8	(40.0-54.0%)
Eritrosit	6.20	(4.00-5.50 $10^6/\mu\text{L}$)
Limfosit	31	(25-40%)
Monosit	7	(3-9%)
Trombosit	258.00	(150-450 $10^3/\mu\text{L}$)
MCV	77.1 fL	(79-100fL)
MCH	27.6 pg	(26-34pg)
MCHC	35.8 g/dl	(32-36g/dL)
Elektrolit	Nilai (Result)	Nilai Normal
Natrium	136.7	(135-147mEq/L)
Kalium	4.26	(3.0-5.0mmol/L)

Kimia Klinik (Tgl 25/05/2021)

Fungsi Hati	Nilai (Result)	Nilai Normal
SGOT	18	(0-50U/L)
SGPT	74	(0-50U/L)
Diabetes	Nilai (Result)	Nilai Normal
Glukosa Darah Sewaktu	186	(74-106mg/dL)
Glukosa Darah Puasa	121	(74 - 106 mg/dL)

Fungsi Ginjal	Nilai (Result)	Nilai Normal
Kreatinin	1.04	(0.6-1.5mg/dL)
BUN	17	(10–24mg/dL)
Asam Urat	6.2	(2-7mg/dL)
LEMAK DARAH	Nilai (Result)	Nilai Normal
Trigliserida	179	(70-140mg/dL)
Kolesterol LDL	198	(< 130mg/dL)
Imunologi Fungsi Jantung	Nilai (Result)	Nilai Normal
Troponin Kuantitatif	0.03	(< 0.03 ng/mL)

USG (27/05/2021)

Upper abdomen dan Lower :

Hepar : besar normal; sudut tajam, tepi rata, intesitas echo level parenkhym normal homogen; diameter sistim vasculer normal; fibrotic peri portal (-), nodul (-).

Gall bladder : besar normal; sludge (+), tampak batu multiple ukuran 1,87 cm , 0,59 cm ; dinding menebal ukuran 0,73 cm ; CBD normal

Lien, pancreas : besar normal, nodul (-)

Ginjal kanan-kiri : besar normal, batu (-), ectasis (-), echo cortex normal, batas echo cortex dan medulla normal,

Buli : ukuran normal, dinding tidak menebal, batu (-). terpasang chateter

Prostat : Ukuran normal, parenkim homogen, volume 15.43 ml

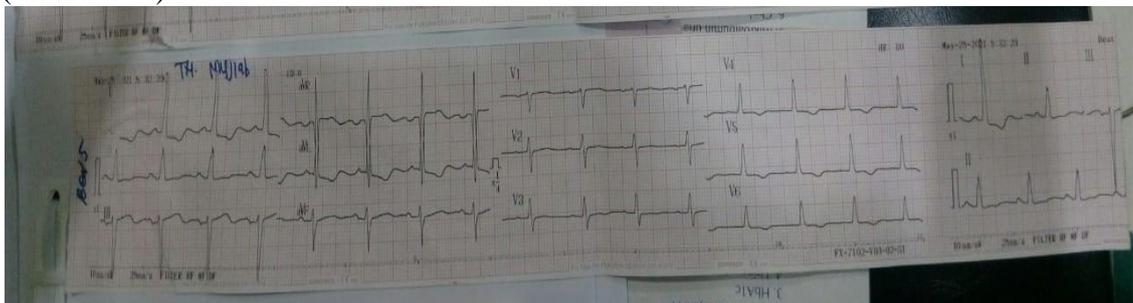
Mc burney ;appendix ; tak tampak oedematus, parenkhym normal, nyeri tekan (-)

KESAN :

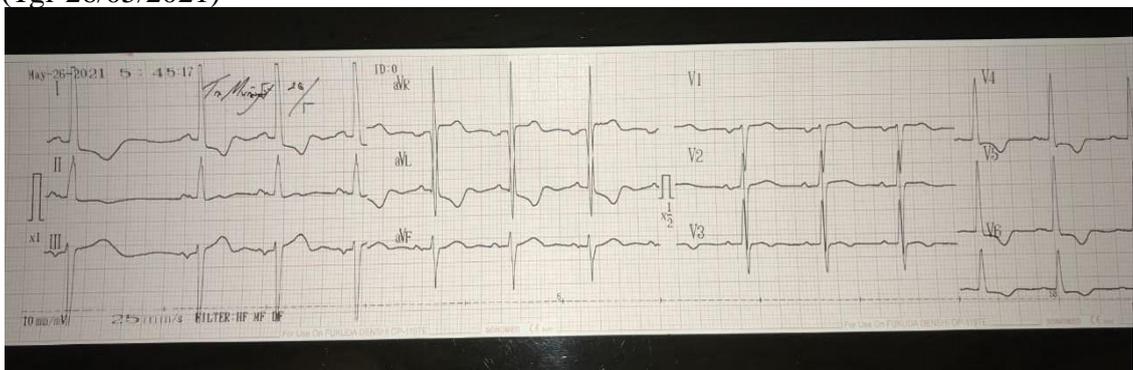
- Cholelithiasis multiple
- Sludge gall bladder
- Cholecystitis

EKG

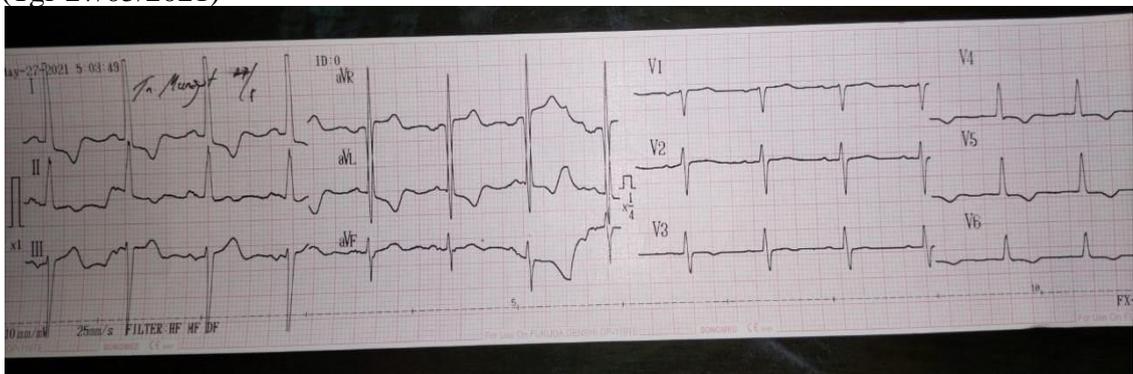
(25/05/2021)



(Tgl 26/05/2021)



(Tgl 27/05/2021)

**Gambar 3.1** Hasil EKG dari tinjauan kasus pasien IMA

3.1.5 Pemberian Terapi

Tabel 3.1 Terapi yang didapat dari tinjauan kasus pasien IMA

Medikasi	Dosis	Rute	Indikasi
Oksigen nasal kanul	4 lpm		Memberikan terapi oksigen
Cedocardpump (dihentikan)	0,5mg/jam	IV	Merupakan obat anti angina
Cedocard	5 mg	Oral	Merupakan obat anti angina
Arixtra	5 mg	SC	Mencegah venous thromboembolicevents (VTE)
Concor(Oral)	(2,5mg) 1-0-0 (Saat Pagi hari)	Oral	Menurunkan tekanan darah tinggi, mencegah stroke, serangan jantung dan masalah ginjal
Amlodipin(oral)	(10mg) 0-0-1 Saat malam hari	Oral	Menurunkan tekanan darah tinggi
Atorvastatin(Oral)	(40mg) 0-0-1 (Saat malam hari)	Oral	Menurunkan kadar kolesterol dalam darah
Aspilet	20 mg	Oral	Mencegah pembekuan dalam Pembuluh darah
Lisinopril	(10mg) 0-0-1 (Saat malam hari)	Oral	Mengobati hipertensi
Ranitidin	2x1	IV	Mengobati asam berlebih dalam lambung
CPG	75 mg	Oral	Mencegah penggumpalan darah
Tramadol	2ampul drip Ns	IV	Mengurangi sendasi rasa sakit
Novorapid	7	SC	Pengobatan Insulin untuk diabetes mellitus

3.2 Diagnosis Keperawatan

3.2.1 Analisa data

Tabel 3.2 Analisa data yang didapat dari tinjauan kasus pasien IMA

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS :</p> <p>pasien mengeluh dada berdebar-debar jika banyak gerak, mudah lelah</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N : 88x/menit - TD : 166/94mmHg - Nadi perifer teraba 	Perubahan Irama Jantung	<p>Penurunan Curah Jantung</p> <p>SDKI Kategori Fisiologis Subkategori Sirkulasi D.0008 Hal : 34</p>

	<p>lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gambaran EKG ST depresi 		
2	<p>DS :</p> <p>Pasien mengeluh nyeri ulu hati</p> <ul style="list-style-type: none"> P : Saat banyak gerak Q : Seperti tertindih, bahkan tertusuk R : Ulu hati S : 3 (1-10) T : Hilang timbul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Mengatakan sulit tidur - N : 88x/menit - RR : 20x/menit - SPO2 : 99%dengan O2 canul 4 lpm - TD : 166/94mmHg 	<p>Agen pencedera fisiologis (Iskemia)</p>	<p>Nyeri akut</p> <p>SDKI Kategori Psikologis Subkategori Nyeri dan Kenyamanan D.0077 Hal : 172</p>
3	<p>DS :</p> <p>Pasien mengeluh lelah dan merasa lemah</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 88 x/menit - TD : 166/94 mmHg - RR : 20 x/menit - Gambaran EKG menunjukkan ST depresi 	<p>Ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p> <p>SDKI Kategori Fisiologis Subkategori Aktivitas/Istirahat D.0056 Hal : 128</p>

3.3 Intervensi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi yang didapat dari tinjauan kasus pasien IMA

No	Diagnosis	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Penurunan curah jantung, berhubungan dengan perubahan irama jantung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan curah jantung membaik. Dengan kriteria hasil : 1. kekuatan nadi perifer meningkat (nadi teraba kuat) 2. lelah menurun 3. oliguria menurun 4. tekanan darah membaik (100-130 mmHg)	Perawatan Jantung (1.02075, Hal 317) 1. identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung 2. monitor tekanan darah 3. monitor EKG 4. kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu Terapi Oksigen (I.01026, Hal 430) 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. oksimetri, analisa gas darah), <i>jika perlu</i> 3. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen 4. Pertahankan kepatenan jalan napas 5. Kolaborasi penentuan dosis oksigen
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Iskemia)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Frekuensi nadi membaik (60-90 x/menit) 5. Pola napas membaik (reguler)	Manajemen Nyeri (1.08238, Hal 201) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Berikan teknik nonfarmakologis seperti tarik napas dalam 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti tarik napas dalam 6. Kolaborasi pemberian analgetik

3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat. Dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi membaik 60-90 x/menit) 2. Keluhan lelah menurun 3. Tekanan darah membaik (100-130 x/menit) 4. Frekuensi napas membaik (20 x/menit)	Manajemen Energi 1. Monitor pola dan jam tidur 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Anjurkan tirah baring 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 6. Fasilitasi duduk di tempat tidur 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
---	--	--	---

3.4 Implementasi

Tabel 3.4 Implementasi dan evaluasi yang didapat dari tinjauan kasus pasien IMA

No Dx	Tanggal dan Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi perkembangan
1,2,3	25/05/21 08.00	Monitoring TTV dan kepatenan jalan napas serta mukosa pada bibir TD : 166/94 mmHg N : 88 x/mnt RR : 20 x/mnt S : 36,5°C SPO2 : 99% dengan O2 nasal 4 lpm, mukosa lembab	Reydian	DX 1 S : Pasien mengatakan mudah lelah dan merasa lemah, dada berdebar-debar saat banyak gerak O : - N : 88x/menit - TD : 166/94mmHg - Nadi perifer teraba lemah - Gambaran EKG ST elevasi A : masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

08.15	Memonitor pola dan jam tidur pasien menganjurkan pasien untuk tirah baring Pasien tidur selama 4-5 jam	Reydian	
08.30	Mengidentifikasi tanda gejala penurunan curah jantung, dan memonitor EKG Pasien tidak merasa sesak, napas spontan	Reydian	DX 2 S : Pasien mengatakan masih nyeri, namun lebih baik daripada sebelumnya P : Saat banyak gerak Q : Seperti tertindih, tertusuk R : Ulu hati S : 2 (1-10) T : Hilang timbul
09.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P : Saat banyak gerak Q : Seperti tertindih, tertusuk R : Ulu hati S : 3 (1-10) T : Hilang timbul	Reydian	O : - Pasien tampak meringis - TD : 166/94 mmHg - N : 88x/m - RR : 20 x/m - SPO2 99% (nasal canul 4 lpm)
09.30	Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Pasien tampak meringis	Reydian	A : masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
09.45	Melatih teknik relaksasi napas dalam, mengajak mengobrol untuk mengalihkan perasaan nyeri	Reydian	DX 3 S : pasien mengeluh lemah dan merasa lemah
10.00	Melatih pasien untuk duduk di tempat tidur secara bertahap, memberikan posisi semi fowler, pasien merasa nyaman.	Reydian	O : - TD : 166/94 mmHg - N : 88x/m - RR : 20 x/m - SPO2 99% (nasal canul 4 lpm)
12.00	Kolaborasi dengan ahli gizi	Reydian	A : masalah belum teratasi

		diet rendah garam (telur bumbu tomat)		P : intervensi dilanjutkan
	12.05	Memberikan makan diet NTRG untuk kebutuhan energy pasien Pasien habis ½ porsi	Reydian	
	12.15	Memberikan obat aspilet secara oral Tidak ada alergi	Reydian	
1,2,3	27/05/2021			
	16.00	Monitoring TTV dan kepatenan jalan napas TD : 150/84 mmHg N : 71 x/mnt RR : 20 x/mnt S : 36,1°C SpO2 : 97% (O2 nasal 3 lpm), napas spontan	Reydian	DX 1 S : Pasien mengatakan lelah mulai berkurang, bisa beraktivitas, dada tidak berdebar lagi O : - N : 88x/menit - TD : 150/84mmHg - RR 20x/mnt - S 36,1°C
	16.05	Melatih pasien gerak pasif/aktif miring ke kanan dan ke kiri secara bertahap.	Reydian	A : masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
	16.15	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P : saat banyak gerak Q : tertindih R : Ulu hati S : 1 (1-10) T : hilang timbul Muncul nyeri bari P : saat banyak gerak	Reydian	DX 2 S : Pasien mengatakan nyeri ulu hati sudah berkurang namun merasakan nyeri perut di sebelah kanan. Muncul nyeri baru P : saat banyak gerak Q : tertusuk R : abdomen bagian kanan atas

		<p>Q : tertusuk R : abdomen bagian kanan atas S : 4 (1-10) T :hilang timbul</p>		<p>S : 4 (1-10) T :hilang timbul O : - Pasien tampak meringis - TD : 150/84 mmHg - N : 71x/m - RR : 20 x/m - SPO2 97% (O2 nasal 3 lpm) A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>
17.55	Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Pasien tampak tidak meringis		Reydian	
17.55	Menganjurkan klien untuk beristighfar jika nyeri timbul kembali dan melakukan teknik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan.		Reydian	
18.00	Melatih pasien untuk duduk di tempat tidur secara bertahap, pasien merasa nyaman.		Reydian	DX 3 S : pasien sudah bisa beraktivitas secara bertahap duduk menghadap ke kanan dan ke kiri.
18.00	Memberikan makan diet NTRG untuk kebutuhan energy pasien Pasien habis 1 porsi		Reydian	O : - TD : 150/84 mmHg - N : 71x/m - RR : 20 x/m - SPO2 97% (O2 nasal 3 lpm)
18.10	Memberikan obat oral : Atorvastatin 40mg, Lisinopril 10mg, Amlodipin 10mg, ISDN 5 mg Pasien tidak tampak alergi		Reydian	A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan
19.00	Mengidentifikasi tanda gejala penurunan curah jantung dan memonitor EKG Pasien tidak merasa sesak, napas spontan		Reydian	

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan pada Tn.M dengan diagnosis medis IMA di ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 25 Mei 2021 sampai dengan 27 Mei 2021 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Tn.M dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

4.1.1 Data Dasar

Data didapatkan, pasien bernama Tn.M, berjenis kelamin laki-laki, berusia 54 tahun. Faktor resiko penyebab Infark Miokard Akut (IMA) pada laki-laki umur diatas 45 tahun dan pada perempuan diatas 55 tahun umumnya setelah menopause, jenis kelamin laki-laki lebih sering terkena dari pada perempuan karena faktor seperti merokok, pendidikan rendah biasanya kurang pengetahuan tentang penyakit ini, biasanya pada pekerja kasar laki-laki terlatih dibandingkan dengan kelompok pekerja profesi (Kasron, 2016).

Pada riwayat kesehatan sekarang pasien tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, pasien datang dengan mengeluhkan dada berdebar-debar jika banyak gerak dan mengatakan nyeri dibagian ulu hati, mudah

lelah merasa lemah dan susah untuk istirahat. Dengan nyeri seperti tertindih bahkan tertusuk – tusuk dengan skala 3 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul.. Menurut Yuniarta (2011), pada pasien infark miokard akut mengeluh nyeri pada bagian dada yang dirasakan lebih dari 30 menit. Nyeri dapat menyebar sampai lengan kiri, rahang, bahu yang disertai badan lemah dan pusing.

Pada riwayat kesehatan dahulu pasien terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pasien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat penyakit jantung, ginjal, dan diabetes mellitus, namun memiliki riwayat hipertensi namun jarang meminum obat, bahkan sudah lama tidak pernah minum obat penurun hipertensi. Pada tinjauan pustaka pasien infark miokard akut mungkin pernah memiliki riwayat diabetes mellitus, karena diabetes mellitus terjadinya hilangnya sel endotel vaskuler 8 berakibat berkurangnya produksi nitri oksida sehingga terjadi spasme otot polos dinding pembuluh darah. (Karson, 2012).

4.1.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem yaitu :

a. B1 (Breath)

Pada tinjauan pustaka pasien infark miokard akut mengalami penyakit paru kronis, nafas pendek, perubahan kecepatan/kedalaman pernafasan, bunyi nafas tambahan (krekels, ronki, mengi), mungkin menunjukkan komplikasi 9 pernafasan seperti pada gagal jantung kiri (edema paru) (Bararah dan Jauhar, 2013).

Pada tinjauan kasus didapatkan hasil pemeriksaan B1 pasien tidak ada sumbatan jalan napas, pasien dapat berbicara dengan jelas, tidak ada edema di bibir, lidah dan leher. Bentuk dada normal chest, tidak ada skoliosis pada susunan ruas tulang belakang, irama napas reguler, perkusi thorax sonor, getaran sama kanan kiri pada vokal premitus, Tidak ada suara napas tambahan, tidak ada suara rhonki atau wheezing, suara napas vesikuler, pergerakan dada simetris, Pasien terpasang O2 nasal 4 lpm, RR 20x/m, saturasi oksigen 99%.

Menurut asumsi penulis pada sistem pernafasan tidak terjadi kesenjangan karena pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pasien mengalami perubahan kecepatan/kedalaman pernafasan, bunyi napas mengi. (Bararah dan Jauhar, 2013)

b. B2 (Blood)/sirkulasi

Pada tinjauan pustaka didapatkan adanya jaringan parut pada dada pasien. Keluhan lokasi nyeri biasanya didaerah substernal atau nyeri diatas perikardium. Denyut nadi perifer melemah, tekanan darah menurun akibat penurunan volume sekuncup yang disebabkan infark miokard akut, terdapat bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya tidak ditemukan, batas jantung tidak mengalami pergeseran (Bararah dan Jauhar, 2013).

Pada tinjauan kasus pemeriksaan fisik B2 (Blood/Sirkulasi) didapatkan hasil pemeriksaan akral teraba Hangat, bunyi jantung S1/S2 tunggal, irama reguler, tidak terdapat odema, CRT < 2 detik, tidak terdapat sianosis, tidak terdapat perdarahan pada gusi, tidak ada mimisan (epistaksis), tekanan darah 166/94 mmHg, nadi 88x/menit, Suhu 36,5°C.

Menurut asumsi penulis pada sistem kardiovaskuler ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan

tekanan darah 166/94 mmHg (tinggi), hal ini terjadi karena tidak terdapat penurunan volume sekuncup yang disebabkan infark miokard akut.

c. B3 (Brain)/persyarafan

Pada tinjauan pustaka didapatkan pasien biasanya composmentis, tidak ditemukan sianosis perifer, wajah meringis, merintih, dan menggeliat yang merupakan respon dari adanya nyeri dada akibat infark pada miokardium .(Bararah dan Jauhar, 2013)

Pada tinjauan kasus pemeriksaan fisik B3 (Brain/Persyarafan) didapatkan hasil pemeriksaan GCS total 15 (Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6), Kesadaran composmentis, tidak terdapat hemiparesis serta tidak ada kelemahan pada anggota tubuh. Tidak terdapat kelainan nervus

Menurut asumsi penulis pada sistem persyarafan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan pasien tidak mengalami penurunan kesadaran, dan tidak mengalami kerusakan nervus.

d. B4 (Bledder)

Pada tinjauan pustaka didapatkan adanya oliguria menandakan syok hipovolemi, dan haluaran urine menurun bila curah jantung menurun berat (Bararah dan Jauhar, 2013).

Pada tinjauan kasus pemeriksaan B4 (Bledder) didapatkan hasil pemeriksaan bentuk alat kelamin normal dan bersih, terpasang kateter dengan jumlah 300cc/4 Jam dengan warna kuning dan bau khas. Tidak terdapat nyeri tekan dan tidak ada pembesaran kandung kemih.

Menurut asumsi peneliti pada tinjauan kasus ditemukan pasien tidak mengalami oliguria dikarenakan intake cairan adekuat 300cc/4jam, pasien tidak mengalami nyeri tekan pada kandung kemih karena tidak terjadi distensi kandung kemih

e. B5 (Bowel)/gastrointestinal

Pada tinjauan pustaka didapatkan pasien biasanya hilang nafsu makan, anoreksia, mual muntah, perubahan berat badan, terdapat nyeri tekan pada ke empat kuadran, penurunan peristaltik usus yang merupakan tanda utama infark miokard akut (Bararah dan Jauhar, 2013).

Pada tinjauan kasus pemeriksaan B5 didapatkan hasil pemeriksaan keadaan mulut bersih, mukosa bibir kering, terdapat caires, dan saat di RS tidak menggosok gigi tetapi melakukan oral hygiene menggunakan listerine. Pasien tidak mengalami kesulitan menelan dan tidak ada pembesaran tonsil. tidak kembung dan peristaltik usus 10 x/menit. Pasien mengatakan saat dirawat di RS belum BAB. Terdapat nyeri dibagian ulu hati. Saat masuk rumah sakit Nafsu makan 3 x sehari, berat badan sebelum masuk rumah sakit 65kg dan setelah masuk rumah sakit 65kg

Menurut asumsi penulis pada tinjauan kasus ditemukan saat di rumah sakit pasien makan (3x sehari) sehingga tidak terjadi penurunan nafsu makan yang mengakibatkan penurunan berat badan.

f. B6 (Bone)/musculoskeletal

Aktivitas pasien biasanya mengalami perubahan. Pasien sering merasa lelah dan kelemahan, dispnea saat istirahat maupun saat aktivitas, kulit pucat, sianosis (Huda Nurarif dan Kusuma, 2015).

Pada tinjauan kasus pemeriksaan B6 didapatkan hasil pemeriksaan tidak terdapat fraktur, tidak ada dislokasi, akral hangat, turgor kulit baik, tidak ada oedema, dan kekuatan otot baik, CRT < 2 detik

Menurut asumsi penulis pada sistem muskuloskeletal dan integumen terdapat kesenjangan karena pasien tidak terjadi sianosis dikarenakan pasien tidak mengalami gangguan pertukaran gas.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada Ny.T dengan diagnosis medis DHF disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016):

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.

Data didapatkan dari pengkajian diagnosis tersebut adalah tekanan darah 166/94 mmHg, nadi 88x/menit teraba lemah, gambaran EKG ST-depresi.

Penurunan curah jantung adalah ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Penyebab terjadinya penurunan curah jantung : perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, perubahan afterload. Tanda dan gejala penurunan curah jantung : bradikardia/takikardia, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi, edema, distensi vena jugularis, central venous pressure (CVP) meningkat/menurun, tekanan darah meningkat atau menurun, nadi perifer teraba lemah, CRT > 3 detik, oliguria, warna kulit pucat atau sianosis, terdengar suara jantung S3 dan atau S4, ejection fraction (EF) menurun. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Menurut asumsi penulis bahwa pasien memiliki masalah utama yaitu penurunan curah jantung seperti data yang ditunjukkan tekanan darah 166/94 mmHg, nadi 88x/menit teraba lemah, gambaran EKG Aritmia ST-depresi. Jika masalah ini tidak diselesaikan maka bisa akan mengancam nyawa.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)

Data didapatkan dari pengkajian diagnosis tersebut adalah pasien tampak meringis, sulit tidur, tekanan darah 166/94 mmHg

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik 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. Penyebab dari nyeri akut : agen pencedera fisiologis (missalnya Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Tanda dan gejala nyeri akut : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

Menurut asumsi penulis bahwa nyeri akut disebabkan karena oksigen didalam jantung tidak terpenuhi sehingga mengakibatkan suplai oksigen berkurang dan menyebabkan nyeri pada pasien.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Data didapatkan dari diagnosis pengkajian tersebut adalah pasien mengeluh lelah dan merasa lemah, tekanan darah 166/94mmHg, gambaran EKG aritmia.

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penyebab terjadinya intoleransi aktivitas : ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton. Tanda dan gejala intoleransi aktivitas : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

Menurut asumsi penulis bahwa intoleransi disebabkan karena ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen sehingga menyebabkan pasien merasa mudah lelah dan lemah.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Tn.M dengan diagnosis medis IMA disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.

Tujuan keperawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan curah jantung membaik. Dengan kriteria hasil : kekuatan nadi perifer meningkat, lelah menurun, oliguria menurun, tekanan darah membaik.

Rencana keperawatan; Perawatan Jantung : identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung, monitor tekanan darah, monitor EKG, kolaborasi

pemberian antiaritmia, jika perlu; Terapi Oksigen : Monitor kecepatan aliran oksigen, Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. oksimetri, analisa gas darah), *jika perlu*, Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen, Pertahankan kepatenan jalan napas, Kolaborasi penentuan dosis oksigen.

Menurut asumsi peneliti penurunan curah jantung disebabkan akibat adanya gangguan pada jantung. Dimana pada pasien gagal jantung kongestif, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas dan afterload ditandai dengan perubahan irama jantung. Maka dilakukan perawatan jantung dan terapi oksigen.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia).

Tujuan keperawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik.

Rencana Keperawatan; Manajemen Nyeri : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, berikan teknik nonfarmakologis seperti tarik napas dalam, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti tarik napas dalam, kolaborasi pemberian analgetik.

Menurut asumsi penulis nyeri akut didefinisikan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan jaringan actual atau fungsional, maka dari itu dilakukan intervensi manajemen nyeri.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tujuan keperawatan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat. Dengan kriteria hasil : Frekuensi nadi membaik, Keluhan lelah menurun, Tekanan darah membaik Frekuensi napas membaik

Rencana keperawatan; Manajemen Energi : Monitor pola dan jam tidur, monitor kelelahan fisik dan emosional, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, Fasilitasi duduk di tempat tidur, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Menurut asumsi penulis intoleransi aktivitas berhubungan erat dengan kondisi klinis terkait penyakit jantung, maka sebab itu diberikan manajemen energy untuk meningkatkan toleransi aktivitas sesuai tujuan.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya.

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan asuhan keperawatan yaitu: mengidentifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung, memonitor tekanan darah, memonitor EKG, mengkolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu; Memonitor kecepatan aliran oksigen,

memonitor efektifitas terapi oksigen (mis. oksimetri, analisa gas darah), *jika perlu*, memonitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen, mempertahankan kepatenan jalan napas, mengkolaborasi penentuan dosis oksigen.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia).

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan asuhan keperawatan yaitu : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, memberikan teknik nonfarmakologis seperti tarik napas dalam, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti tarik napas dalam, mengkolaborasi pemberian analgetik.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan asuhan keperawatan : memonitor pola dan jam tidur, memonitor kelelahan fisik dan emosional, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, memfasilitasi duduk di tempat tidur, mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan

kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien.

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn.M sebagai berikut : Pasien mengatakan mudah lelah dan merasa lemah, dada berdebar-debar saat banyak gerak, nadi 88x/menit, teraba lemah, tekanan darah 166/94mmHg, Gambaran EKG ST depresi. Berada pada masalah belum teratasi, Intervensi tetap dilanjutkan.

Pada hari ke dua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn.M sebagai berikut : Pasien mengatakan lelah mulai berkurang, bisa beraktivitas secara bertahap, dada tidak berdebar lagi, nadi 88x/menit, tekanan darah 150/84mmHg, respirasi 20x/mnt, Suhu 36,1°C, gambaran EKG aritmia. Berada pada masalah belum teratasi, Intervensi tetap dilanjutkan.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia).

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn.M berikut : Pasien mengatakan masih nyeri jika bergerak, namun lebih baik daripada sebelumnya, terasa seperti tertindih dan tertusuk, dibagian Ulu hati

dengan skala nyeri 2 (1-10), hilang timbul. Pasien tampak meringis, tekanan darah 166/94 mmHg, nadi 88x/m, respirasi 20 x/m SPO2 99% (nasal canul 4 lpm). Berada pada masalah belum teratasi, Intervensi dilanjutkan

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn.M berikut : Pasien mengatakan nyeri ulu hati sudah hilang namun merasakan nyeri baru di bagian perut sebelah atas kanan saat banyak gerak, terasa seperti tertusuk, dengan skala nyeri 4 (1-10) hilang timbul. Pasien tampak meringis. Masalah belum teratasi, Intervensi dilanjutkan.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn.M berikut : pasien mengeluh lemah dan merasa lemah, tekanan darah 166/94 mmHg, nadi 88x/m, respirasi 20 x/m, SPO2 99% (nasal canul 4 lpm). Masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn.M berikut : pasien sudah bisa beraktivitas secara bertahap duduk menghadap ke kanan dan ke kiri. Tekanan darah 140/84 mmHg, nadi 71x/m, respirasi 20 x/m, SPO2 97% (O2 nasal 3 lpm), masalah teratasi, intervensi dihentikan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis IMA di Ruang ICCU-CPU RSPAL dr. Ramelan Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis IMA.

5.1 Simpulan

1. Pengkajian pada Tn.M pada tanggal 25 Mei 2021 di Ruang ICCU-CPU RSPAL dr. Ramelan Surabaya dengan diagnosis medis IMA, dengan keluhan utama dada berdebar-debar jika banyak gerak dan mengatakan nyeri dibagian ulu hati, mudah lelah merasa lemah dan susah untuk istirahat. Dengan nyeri seperti tertindih bahkan tertusuk – tusuk dengan skala 3 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul.
2. Diagnosis Keperawatan pada Tn.M dengan diagnosis medis IMA dan telah diprioritaskan menjadi: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen.
3. Intervensi Keperawatan pada Tn.M dengan diagnosis medis IMA disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan kriteria hasil untuk : penurunan curah jantung diharapkan curah jantung membaik, nyeri akut diharapkan tingkat nyeri menurun, intoleransi aktivitas diharapkan toleransi aktivitas meningkat.

4. Implementasi Keperawatan pada Tn.M dengan diagnosis medis IMA disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan: penurunan curah jantung dengan intervensi perawatan jantung dan terapi oksigen, nyeri akut dengan intervensi manajemen nyeri, intoleransi aktivitas dengan intervensi manajemen energy.
5. Evaluasi Keperawatan pada Tn.M dengan diagnosis medis IMA disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yaitu: diharapkan semua diagnosis dapat teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan

5.2 Saran

1. Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan pasien dengan diagnosis medis IMA seperti segera membawa pasien ke fasilitas kesehatan ketika timbul gejala-gejala pada IMA
2. Rumah sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal.
3. Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada pasien dengan diagnosis medis IMA.

DAFTAR PUSTAKA

- Asikin M, Nuralamsyah M, Susaldi. (2016). Keperawatan Medical Bedah Sistem Kardiovaskuler. Jakarta : Erlangga
- Aspiani, Renyyuli.(2015), Buku ajar Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Aplikasi NIC & NOC Jakarta: EGC
- Bararah, Jauhar. (2013). Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional. Jakarta : Prestasi Pustaka Publisher
- Huda Nurarif, Kusuma. (2013). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan NANDA NIC-NOC. Jakarta : MediAction Publishing
- Kasron. (2012). Kelainan dan Penyakit Jantung : Pencegahan dan Pengobatan. Yogyakarta : Nuha Medika
- Kasron. (2016). Keperawatan Sistem Kardiovaskuler. Jakarta : Transinfomedia
- M. Black. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : Salemba Medika
- Patricia Gonce. (2011). Keperawatan Kritis. Jakarta : EGC
- Rendy, M Clevo dan Margareth. (2012). Asuhan Keperawatan Medical Bedah Penyakit Dalam. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rohmah, Nikmatur & Saiful Walia. (2012). Proses Keperawatan Teori & Aplikasi. Yogyakarta : AR RUZZ MEDIA
- Tao. L & Kendall, K. (2014). Sinopsis Organ System Pulmonologi. Tangerang : Karisma Publishing Group
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Yahya, F. (2011). Mencegah dan Mengatasi Penyakit Jantung Koroner Secara Tepat dan Cepat. Bandung : Qanita

Lampiran

	<p>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMBERIAN OKSIGEN</p>
<p>A. Pengertian Terapi oksigen adalah salah satu tindakan untuk meningkatkan tekanan parsial oksigen pada inspirasi yang dapat dilakukan dengan menggunakan nasal kanul, simple mask, RBM mask dan NRBM mask.</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan dan meningkatkan oksigen 2. Mencegah atau mengatasi hipoksia <p>C. Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tabung oksigen (oksigen dinding) berisi oksigen lengkap dengan flowmeter dan humidifier yang berisi aquades sampai batas pengisian 2. Nasal kanul (pemilihan alat sesuai kebutuhan) 3. Plester (jika di butuhkan) 4. Gunting plester (jika di butuhkan) 5. Cotton budd <p>D. Persiapan perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji data-data mengenai kekurangan oksigen (sesak nafas, nafas cuping hitung, penggunaan otot pernafasan tambahan, takikardi, gelisah, bimbang dan sianosis) 2. Perawat mencuci tangan 3. Memakai sarung tangan <p>E. Persiapan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyapa pasien (ucapkan salam) 2. Jelaskan maksud dan tujuan tentang tindakan yang akan dilakukan 3. Pasien diatur dalam posisi aman dan nyaman (semi fowler) <p>F. Prosedur Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan nasal kanul 1 set tabung oksigen (oksigen central) 2. Hubungkan nasal kanul dengan flowmeter pada tabung oksigen atau oksigen dinding 3. Bila hidung pasien kotor, bersihkan lubang hidung pasien dengan cotton budd atau tissu 4. Cek fungsi flowmeter dengan memutar pengatur konsentrasi oksigen dan mengamati adanya gelembung udara dalam humidifier 5. Cek aliran oksigen dengan cara mengalirkan oksigen melalui nasal kanul ke punggung tangan perawat 6. Pasang nasal kanul ke lubang hidung pasien dengan tepat 7. Tanyakan pada pasien, apakah aliran oksigennya terasa atau tidak 8. Atur pengikat nasal kanul dengan benar, jangan terlalu kencang dan jangan terlalu kendur 9. Pastikan nasal kanul terpasang dengan aman 10. Atur aliran oksigen sesuai dengan program 	

<p>11. Alat-alat dikembalikan di tempat semula</p> <p>12. Perawat mencuci tangan setelah melakukan tindakan</p> <p>13. Mengakhiri tindakan dengan mengucapkan salam</p> <p>G. Evaluasi</p> <p>Respon pasien 15 menit setelah dilakukan tindakan dokumentasikan:</p> <p>a) Waktu pelaksanaan</p> <p>b) Respon pasien</p>

	PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL
PENGERTIAN	<p>Pemeriksaan tanda vital (Vital Sign) merupakan suatu cara untuk mendeteksi adanya perubahan sistem tubuh. Tanda vital meliputi suhu tubuh, denyut nadi, frekuensi pernafasan dan tekanan darah. Tanda vital mempunyai nilai sangat penting pada fungsi tubuh. Adanya perubahan tanda vital, misalnya suhu tubuh dapat menunjukkan keadaan metabolisme dalam tubuh; Denyut nadi dapat menunjukkan perubahan pada sistem kardiovaskuler; Frekuensi pernafasan dapat menunjukkan fungsi pernafasan; dan Tekanan darah dapat menilai kemampuan sistem kardiovaskuler yang dapat dikaitkan dengan denyut nadi.</p>
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui adanya kelainan pada pasien • Mengetahui kondisi dan perkembangan vital sign pasien • Mengetahui frekuensi, irama pernafasan, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu tubuh pasien
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien baru masuk rumah sakit • Pasien dengan sakit yang berhubungan dengan vital sign • Semua pasien dirawat • Pasien dengan gangguan sistem pernafasan, kardiovaskuler, dan suhu tubuh
PETUGAS	<p>Perawat</p>
PERALATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Handscoon 2. Thermometer air raksa 3. 3 botol masing-masing berisi: Cairan sabun, cairan desinfektan, air bersih. 4. Tissue

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Tensimeter : Spingomanometer/tensi air raksa 6. Stetoskop 7. Jam tangan/stopwatch 8. Baki beserta alasnya 9. Bengkok 10. Grafik perkembangan vital sign 11. Alat tulis
<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat dan pasien dengan benar 2. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 3. Menempatkan alat didekat pasien dengan benar dan posisi pemeriksa dengan benar <p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedurt indakan pada keluarga/pasien 3. Memberikan kesempatan pasien bertanya 4. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Mencuci tangan 11. Menjaga privasi pasien 12. Atur posisi yang nyaman : duduk atau berbaring dengan posisi tangan rileks 13. Memakai sarung tangan 14. Memposisikan perawat disisi sebelah kanan pasien 15. Keringkan ujung thermometer. Kemudian turunkan air raksa sampai skala nol. Sebelum meletakkan diaksila, bersihkan/keringkan aksila sebelah kiri pasien terlebih dahulu dengan menggunakan tissue. 16. Letakkan thermometer di aksila sebelah kiri. Selanjutnya sambil menunggunaiknya air raksa pada thermometer lakukan pemeriksaan nadi, pernafasan dan tekanan darah dengan cara: 17. Letakkan ujung tiga jari-jari tangan kecuali ibu jari pada arteri/nadi yang akan diukur, (mulai dari radialis, brakhialis, carotis, dan temporalis) tekan dengan lembut 18. Hitung frekuensi nadi mulai hitungan nol (0) selama 30 detik (kalikan 2x untuk memperoleh frekuensi dalam satu menit). Jika ritme nadi tidak teratur, hitung selama satu menit. Lanjutkan perhitungan pernafasan 19. Lalu sembari memegang arteri radialis (seolah-olah masih menghitung denyut nadi), hitung

	<p>jumlah pernafasan klien selama 1 menit (naik turunnya dada klien)</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Selanjutnya siapkan pasien untuk pemeriksaan tekanan darah (persiapan tensi meter). 21. bebaskan area brakhialis dengan cara gulung lengan baju klien. 22. Palpasi arteri brakhialis. Letakkan manset 2,5 cm diatas nadi brakhialis (ruangan tekubital). 23. Naikkan tekanan dalam manset sambil meraba arteri radialis sampai denyutnya hilang kemudian tekanan dinaikkan lagi kurang lebih 30 mmhg. 24. Letakkan stetoskop pada arteri brakhialis pada fossacubitti dengan cermat dan tentukan tekanan sistolik 25. Mencatat bunyi korotkoff I dan V atau bunyi detak pertama (systole) dan terakhir (diastole) pada manometer sebagaimana penurunan tekanan 26. Turunkan tekanan manset dengan kecepatan 4 mmhg/detik sambil mendengar hilangnya pembuluh yang mengikuti 5 fase korotkof 27. Ulang pengukuran 1 kali lagi dengan air raksa dalam spignomanometer dikembalikan pada angka 0. Lakukan tindakan seperti diatas. 28. Kemudian membuka manset, melepaskan manset dan merapikan kembali. 29. Melepaskan thermometer dari aksila membaca kenaikan suhu, kemudian mencuci thermometer kedalam air sabun kemudian air desinfektan terakhir ke air bersih 30. Keringkan thermometer dan turunkan kembali air raksanya 31. Merapikan kembali pasien dan alat-alat. 32. Melepaskan handscoon 33. Mencuci tangan <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 3. Berpamitan dengan klien 4. Membereskan alat-alat 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan
--	---

	SPO INJEKSI INTRAVENA
PENGERTIAN	Masukkan obat ke dalam tubuh melalui pembuluh darah vena
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempercepat penyerapan 2. Untuk pemeriksaan diagnostik, misal penyuntikan zat kontras
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan b. Bak injeksi steril dialasi kassa steril c. S spuit steril (ukuran disesuaikan) d. Jarum steril untuk mengoplos obat e. Obat obatan yang diperlukan f. Water for injection g. Kapas alkohol dalam tempat tertutup h. Perlak dan alasnya i. Tempat sampah medis (untuk alat tajam dan alat yang terkontaminasi) 2. <i>Persiapan Pasien</i> Menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan prosedur 3. Pelaksanaan: <ol style="list-style-type: none"> a. Mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan b. Mendekatkan alat ke pasien c. Memakai sarung tangan d. Mencocokkan identitas pasien dengan buku injeksi e. Mengambil obat, membaca etiket dan mencocokkan dengan buku injeksi f. Bila obat dalam sediaan serbuk, larutkan dengan menggunakan <i>water for injection</i>, gunakan spuit steril, jarum sendirikan dan simpan di bak injeksi g. Menentukan lokasi pemberian injeksi secara tepat h. Memasang perlak dan pengalas dibawahnya i. Cari tempat penyuntikan obat pada slang iv j. Lakukan desinfeksi dengan kapas alcohol pada daerah tempat penyuntikan k. Lakukan penyuntikan dengan menusukkan jarum spuit dan masukkan obat perlahan dalam intravena. l. Setelah selesai tarik spuit. m. Lakukan observasi terhadap reaksi obat.

	<p>n. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan</p> <p>o. Catat prosedur yang dilakukan (nama obat, dosis, waktu dan cara)</p>
--	---

	<p>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMASANGAN EKG</p>
<p>A. Definisi</p> <p>Suatu prosedur untuk menilai aktivitas kelistrikan jantung, yang dapat diinterpretasikan untuk melakukan penegakan diagnosis</p> <p>B. Alat dan Bahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kapas dan alkohol. 2. Mesin EKG beserta elektroda-elektrodanya. 3. Pasta EKG. 4. Kertas grafik garis horizontal dan vertical dengan jarak 1 mm. Garis lebih tebal terdapat pada setiap 5 mm. 5. Lembar pelaporan hasil EKG. <p>C. Tahap Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian penjelasan kepada pasien tentang tujuan dan prosedur pemeriksaan yang akan dilakukan. 2. Sebaiknya istirahat 15 menit sebelum pemeriksaan. 3. Bila menggunakan perhiasan/logam/gawai supaya dilepas dan diletakkan tidak dekat/menempel pada pasien 4. Pasien diminta membuka baju bagian dada. 5. Pasien dipersilakan tidur terlentang, posisi pemeriksa berada di sebelah kanan pasien. 6. Pasiendi usahakan untuk tenang dan bernafas normal. Selama proses perekaman tidak boleh bicara. 7. Bersihkan daerah yang akan dipasang elektroda dengan kapas beralkohol. 	

8. Oleskan pasta EKG pada elektroda untuk memperbaiki hantaran listrik.

9. Sebaiknya tidak merokok/makan 30 menit sebelumnya

D. Tahap Pelaksanaan

1. Pasang elektroda sesuai dengan lead masing-masing

a. Lead ekstremitas bipolar dan unipolar (jangan sampai terbalik). Lead I, II dan III dipasang pada pergelangan tangan kanan dan kiri serta pergelangan kaki kanan dan kiri. Pergelangan tangan kanan dipasang elektroda yang berwarna merah [kutub (-)/(-) dan aVR]. Pergelangan tangan kiri dipasang elektroda yang berwarna kuning [kutub (-)/(+) dan aVL]. Pergelangan kaki kanan dipasang elektroda yang berwarna hitam (netral). Pergelangan kaki kiri dipasang elektroda yang berwarna hijau [kutub (+)/(+) dan aVF].

b. Lead prekordial (jangan sampai terbalik)

1) Pasang lead V1 pada spatiuminter costale IV linea parasternalis kanan

2) Pasang lead V2 pada spatiuminter costale IV linea parasternalis kiri

3) Pasang lead V3 diantara V2 dan V4

4) Pasang lead V4 pada spatiuminter costale V linea medio klavikularis kiri

5) Pasang lead V5 pada spatiuminter costale V linea aksilaris anterior kiri

6) Pasang lead V6 pada spatiuminter costale V linea aksilaris media kiri

2. Tekan tombol ID (Cardimax®)

3. Isian untuk nomer ID: arahkan kursor ketulisan ID kemudian tekan enter kemudian tekan ↑ atau ↓

4. Isian untuk umur: arahkan kursor pada tulisan AGE kemudian tekan enter kemudian tekan ↑ atau ↓

5. Isian untuk jenis kelamin: arahkan kursor pada tulisan SEX kemudian

tekan enter kemudian tekan → atau ←

6. Apabila tersedia computer dan bisa disambungkan, isikan nama probandus. Pilih mode auto/manual kemudian tekan enter kemudian tekan mode lagi untuk keluar.
 - a. Auto : tekan start tunggu sampai tercetak semua lead dan kesimpulan interpretasi hasil EKG
 - b. Manual : tekan start untuk merekam satu persatu setiap lead secara manual kemudian tekan stop setelah didapatkan panjang elektrogram yang diinginkan (contohnya untuk merekam lead II panjang pada kasus aritmia)
7. Kalibrasi kertas EKG dengan kecepatan rekaman standar 25 mm/detik dan voltase 10 mm/milivolt (skala 1)
8. Rekam EKG dan hasil akan tampak pada kertas EKG. Lakukan interpretasi hasil EKG tersebut
9. Lepas semua lead dan bersihkan sisa pasta EKG dengan kapas beralkohol
10. Tuliskan keterangan nama pasien, tanggal dan jam pemeriksaan.