



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN. M
DENGAN INFARK MIOKARD AKUT DI RUANG INSTALASI
GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
MAKASSAR**

OLEH:

CLARA TIRA ARUNG MATANA (NS2114901026)

DARMA CAESARIA DABEN (NS2114901031)

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN. M
DENGAN INFARK MIOKARD AKUT DI RUANG INSTALASI
GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
MAKASSAR**

OLEH :

CLARA TIRA ARUNG MATANA (NS2114901026)

DARMA CAESARIA DABEN (NS2114901031)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

Clara Tira Arung Matana (NS2114901026)

Darma Caesaria Daben (NS2141901031)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 12 Juli 2022

yang menyatakan,

Clara Tira Arung Matana

Darma Caesaria Daben

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

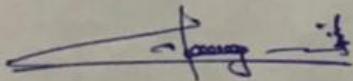
Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M dengan diagnose Infark Miokart Akut di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Clara Tira Arung Matana (NS2114901026)
2. Darma Caesaria Daben (NS2114901031)

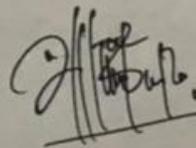
Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Mery Solon, Ns., M.Kes)
NIDN: 0910057502

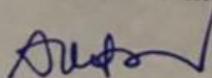
Pembimbing 2



(Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep)
NIDN: 0922019105

Menyetujui,

**Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**



(Fransiska Anita E.R.Sa'pang., Ns., Sp.Kep.MB)
NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Clara Tira Arung Matana (NIM: NS2114901035)
2. Darma Caesaria Daben (NIM: NS2114901031)

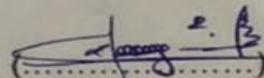
Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M dengan
Diagnosa Infark Miokart Akut di Ruang IGD Rumah
Sakit Bhayangkara Makassar.

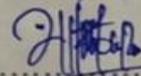
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

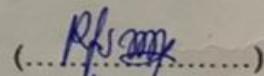
Pembimbing 1 : Mery Solon, Ns., M.Kes



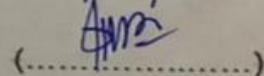
Pembimbing 2 : Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep (.....)



Penguji 1 : Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes



Penguji 2 : Wirmando, Ns., M.Kep



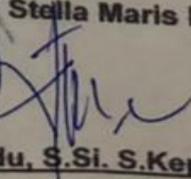
Ditetapkan di : STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Tanggal : 12 Juli 2022

Mengetahui,



Ketua STIK Stella Maris Makassar


Ciprianus Abdu, S.Si. S.Kep., Ns, M.Kes

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Clara Tira Arung Matana (NS2114901026)

Darma Caesaria Daben (NS2114901031)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 12 Juli 2022

Yang menyatakan

Clara Tira Arung Matana

Darma Caesaria Daben

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Infark Miokard Akut Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”. Adapun penulisan karya ilmiah akhir untuk memperoleh gelar Profesi Ners pada Program Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, NS., M.Kep, Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan.
5. Mery Sambo, Ns., M.Kep selaku Ketua Prodi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners.
6. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku dosen pembimbing I yang telah membagi waktunya dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
7. Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing II

- yang telah membagi waktunya dan memberikan pengarahannya serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
8. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti Pendidikan.
 9. Tn. M dan keluarga yang telah bersedia meluangkan waktu dan kerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
 10. Teristimewa kepada kedua orang tua penulis yang selalu memberikan dukungan, doa dan kasih sayang selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.
 11. Selaku rekan-rekan Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2021 yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu-persatu yang telah bekerja sama selama mengikuti praktek lapangan maupun dalam memberikan kritikan dan sarannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah akhir ini masih banyak terdapat kekurangan untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Akhir kata, kami berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya ilmiah akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu selanjutnya terutama bagi pembaca serta masyarakat pada umumnya.

Makassar, 12 Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----|
| HALAMAN SAMPUL | |
| HALAMAN JUDUL | |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | ii |
| HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI | iv |
| KATA PENGANTAR | vi |
| DAFTAR ISI | vii |
| Halaman Lampiran | x |
| Halaman Gambar | xi |
| Halaman Tabel | xii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Tujuan Penulisan | 3 |
| 1. Tujuan Umum | 3 |
| 2. Tujuan Khusus | 3 |
| C. Manfaat Penulisan | 4 |
| 1. Bagi Institusi Rumah Sakit | 4 |
| 2. Bgi Profesi Keperawatan | 4 |
| 3. Bagi Institusi Pendidikan | 4 |
| 4. Metode Penulisan | 5 |
| 5. Sitematika Penulisan | 5 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Konsep Dasar Keperawatan | 7 |
| 1. Pengertian | 7 |
| 2. Anatomi dan Fisiologi | 8 |
| 3. Etiologi | 15 |
| 4. Patofisiologi | 18 |
| 5. Manifestasi Klinik | 20 |
| 6. Tes Diagnostik | 20 |
| 7. Penatalaksanaan Medik | 22 |
| 8. Komplikasi | 23 |
| BAB III PENGAMATAN KASUS | |
| A. Pengkajian | 39 |
| 1. Airway | 39 |
| 2. Breathing | 39 |
| 3. Circulation | 40 |
| 4. Disability | 41 |
| 5. Ekspose | 41 |
| 6. Foly Cateter | 42 |
| 7. Gastric Tube | 42 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| 8. Pemeriksaan penunjang | 42 |
| 9. Daftar Obat | 43 |
| BAB III PENGAMATAN KASUS | |
| A. Pengkajian | 39 |
| 1. Airway | 39 |
| 1. Breathing | 39 |
| 2. Circulation | 40 |
| 3. Disability | 41 |
| 4. Ekposure | 41 |
| 5. Foley catheter | 42 |
| 6. Gastric Tube | 42 |
| 7. Pemeriksaan Penunjang | 42 |
| 8. Daftar Obat | 43 |
| 9. Identifikasi Masalah | 46 |
| 10. Intervensi Keperawatan | 48 |
| 11. Evaluasi Keperawatan | 52 |
| B. Konsep Dasar Keperawatan | 55 |
| C. Intervensi Keperawatan | 48 |
| D. Evaluasi Keperawatan | 52 |
| BAB IV PEMBAHASAN | |
| A. Pembahasan Askep | 53 |
| 1. Pengkajian Gawat Darurat | 53 |
| a) Airway | 53 |
| b) Breathing | 54 |
| c) Circulation | 54 |
| d) Disability | 55 |
| e) Ekposure | 55 |
| 2. Diagnosa Keperawatan | 57 |
| 3. Perencanaan Keperawatan | 58 |
| 4. Evaluasi Keperawatan | 59 |
| BAB V SIMPULAN DAN SARAN | |
| A. Kesimpulan | 64 |
| B. Saran | 65 |
| 1. Bagi Institusi Rumah Sakit | 65 |
| 2. Bagi Profesi Keperawatan | 65 |
| 3. Bagi Institusi Pendidikan | 66 |
| DAFTAR PUSTAKA | |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|-----------------------------------|---|
| Gambar 2.1: Anatomi Jantung | 8 |
|-----------------------------------|---|

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Table 3.3 Identifikasi Masalah | 46 |
| Table 3.3 Intervensi Keperawatan | 48 |
| Table 3.3 Evaluasi keperawatan | 52 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|-----------------------------------|---|
| Lampiran 1: Anatomi Jantung | 8 |
|-----------------------------------|---|

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring dengan berkembangnya gaya hidup yang moderen dan teknologi serta tingkat kesejahteraan masyarakat maka gaya hidup masyarakat mulai berubah terutama di kota-kota besar. Perubahan gaya hidup dapat berpengaruh pada derajat kesehatan masyarakat, sebagai contoh masyarakat yang sibuk dengan pekerjaannya dapat menyebabkan masyarakat jarang melakukan olahraga, dan perubahan pada gaya hidup yang kurang sehat. Pada zaman sekarang masyarakat lebih cenderung memilih hal-hal yang lebih instan atau praktis misalnya masyarakat yang lebih memilih makan makanan yang siap saji tanpa mereka ketahui dampak yang dapat ditimbulkan dari makanan yang sering mereka konsumsi, dimana makanan yang mereka konsumsi mengandung lemak dan jika mereka mengkonsumsi makan tersebut dalam jangka yang cukup lama dapat menimbulkan kolestrol. Dan apabila terjadi penumpukan lemak pada arteri koroner yang akan menyebabkan terjadinya penyempitan pada pembuluh arteri koroner yang disebabkan oleh aterosklerosis yang dimana jika terjadi penyempitan maka aliran darah yang mengandung oksigen ke otot jantung akan berkurang.

Penyakit Jantung koroner (PJK) merupakan kondisi yang terjadi akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah koroner, yang mengakibatkan suplai darah menuju otot jantung menjadi berkurang (Riungu et al., 2018). PJK merupakan gangguan pada fungsi jantung yang disebabkan karena terjadinya penyempitan pada pembuluh darah koroner atau arteri koroner yang mensuplai darah ke otot jantung sehingga jantung tidak mendapatkan pasokan darah yang cukup (Nuraeni et al., 2022). PJK merupakan penyakit yang

disebabkan karena terjadinya penyempitan atau penyumbatan pada pembuluh darah arteri koroner, hal ini dapat menyebabkan perubahan pada irama jantung dimana jika penyumbatan berlangsung lama akan menyebabkan kematian secara mendadak karena jantung tidak mendapatkan pasokan darah yang mengandung oksigen (Yuni & Aprianti, 2020).

Menurut *World Health Organization* (2019), menyatakan bahwa terjadi peningkatan jumlah kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskular, yaitu sebesar 17,7 juta kematian dan mencakup 31% dari total kematian di dunia dengan 6 juta kematian dikarenakan infark miokard akut. Penyakit IMA termasuk bagian dari penyakit kardiovaskuler. Dimana Indonesia merupakan negara berkembang dengan prevalensi penyakit jantung yang mengalami kenaikan jumlah penderita terutama penyakit pada IMA. Menurut RIKESDAS (2018) prevalensi penyakit IMA tertinggi berada pada wilayah Sulawesi Tengah (0,8%), Sulawesi Utara (0,3%), DKI Jakarta dan Aceh yang masing-masing sebanyak 0,7%. Berdasarkan data *Jakarta Acute Coronary Syndrome Registry* menyebutkan bahwa pada tahun 2015-2016 terdapat 654 pasien dengan STEMI dan hanya 59% yang mendapat terapi reperfusi. Sebanyak 478.000 pasien di Indonesia terdiagnosis penyakit jantung koroner dan prevalensi infark miokard akut dengan ST elevasi meningkat dari 25% ke 40% (Simbolon, 2021).

Menurut Lily Sulistyowati (2017), prevalensi penyakit *Infark Miokard Akut* tertinggi di Sulawesi yaitu Sulawesi Tengah 14,888 orang (0,8%) diikuti Sulawesi Utara 11,892 orang (0,7%), dan Sulawesi Tenggara 6,158 orang (0,4%). Sementara menurut Riani & Dessy (2019), mencatat angka kejadian penyakit jantung semakin meningkat dari tahun ke tahun. Insiden *Infark Miokard Akut* di Makassar 2019, yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Wahidin Sudirohusodo yaitu sebanyak 171 kasus

dengan jumlah UAP 59 kasus (37,8%), NSTEMI 48 kasus (27,9%) dan STEMI sebanyak 65 kasus (37,8%) dengan jumlah penderita lebih banyak pada laki-laki (74%) dibanding pada perempuan (63%), sedangkan pada tahun 2020 jumlah kasus untuk pasien *Infark Miokard Akut* mengalami peningkatan sebesar 255 kasus dengan jumlah laki-laki (87%) dibandingkan dengan kasus perempuan (51%).

Dari data-data di atas menunjukkan bahwa angka penderita *Infark Miokard Akut* mengalami kenaikan. Penyakit jantung seperti *Infark Miokard Akut* (IMA) mempunyai dampak bagi penderitanya, dimana dampak yang disebabkan dari penyakit *Infark Miokard Akut* yaitu penderita memiliki permasalahan pada fisik dan psikologis seperti penderita khawatir pada kondisi saat ini, khawatir jika penyakitnya tidak bisa sembuh dan akan menjalani pengobatan yang lama. Oleh karena itu perawat IGD harus dituntut mampu meningkatkan pengetahuan yang lebih mendalam mengenai asuhan kegawatdaruratan terutama mengenai penyakit *Infark Miokard Akut* dan memiliki kemampuan untuk mengetahui tanda dan gejala serta penanganan awal pada kasus ini. Dengan melihat hal tersebut penulis tertarik untuk mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas kasus ini dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul Asuhan Keperawatan pada pasien *Infark Miokard Akut* (IMA) di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Dengan harapan melalui pelayanan yang komprehensif tidak terjadi komplikasi dan mengurangi angka kematian dan jumlah *Infark Miokard Akut* (IMA).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk mendapatkan pengalaman yang nyata tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit *Infark Miokard Akut* di IGD RS. Bhayangkara Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian kegawatdaruratan dan analisa data pada pasien dengan *Infark Miokard Akut*.
- b. Menetapkan diagnosa kegawatdaruratan pada pasien *Infark Miokard Akut*
- c. Menetapkan rencana tindakan kegawatdaruratan pada pasien dengan *Infark Miokard Akut*.
- d. Melakukan tindakan kegawatdaruratan pada pasien dengan *Infark Miokard Akut* dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing (EBN)*.
- e. Melakukan evaluasi tindakan kegawatdaruratan pada pasien dengan *Infark Miokard Akut*.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam melakukan asuhan kegawatdaruratan yang tepat dalam memberikan pelayanan keperawatan terutama kepada pasien dengan *Infark Miokard Akut*.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat digunakan sebagai salah satu sumber informasi bacaan bagi tenaga keperawatan dalam melakukan asuhan kegawatdaruratan terutama pada pasien dengan *Infark Miokard Akut*.

3. Bagi Intitusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai literatur keperawatan untuk menambah pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan kegawatdaruratan terutama pada pasien dengan *Infark Miokard Akut*.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Infark Miokard Akut* penulis menggunakan beberapa metode yaitu:

1. Studi Kepustakaan

Mempelajari literatur-literatur yang berkaitan atau relevan dengan Karya Ilmiah Akhir baik dari buku-buku maupun internet.

2. Studi Kasus

Dalam studi kasus ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan:

a. Observasi

Melihat secara langsung keadaan serta kondisi pasien selama dalam perawatan di unit IGD.

b. Wawancara

Melakukan wawancara langsung dengan pasien dan keluarga pasien serta semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

d. Metode Diskusi

Dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya: pembimbing institusi Pendidikan, perawat beserta dokter jaga di unit IGD serta rekan-rekan mahasiswa.

e. Dokumentasi

Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien, termasuk hasil tes diagnostik.

E. Sistematikan Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematis antara lain:

BAB I (Pendahuluan), dalam bab ini membahas tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan Teoritis), membahas tentang konsep-konsep teori yang mendasari penulisan karya ilmiah akhir ini yaitu konsep dasar medik yang meliputi pengertian, anatomi fisiologis, etiologi, patofisiologis, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana Tindakan keperawatan dan perencanaan pulang (*Discharge Planning*). BAB III (Tinjauan Kasus), yang meliputi pengamatan kasus dimana dijelaskan tentang pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana Tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi. BAB IV (Pembahasan Kasus), menjelaskan tentang pembahasan kasus yang merupakan analisa dalam mengaitkan dan membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus. BAB V (Simpulan dan Saran), yang dapat diajukan sebagai masukan yang kiranya dapat bermanfaat bagi institusi, dan diakhiri dengan daftar Pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Infark Miokard Akut yang biasa dikenal dengan istilah IMA merupakan proses rusaknya jaringan jantung yang diakibatkan oleh ketidakadekuatan pasokan darah yang disebabkan oleh sumbatan akut pada arteri koroner (Indra et al., 2016). IMA atau yang sering dikenal sebagai serangan jantung merupakan keadaan di mana aliran darah ke jantung mengalami gangguan sehingga menyebabkan sel otot jantung mengalami iskemia atau kematian (Cookson & Stirk, 2019). IMA merupakan penyakit yang disebabkan oleh pecahnya plak arteroma yang ada di pembuluh darah koroner sehingga dapat mengakibatkan terbentuknya *thrombus* sehingga dapat menimbulkan suplai oksigen dan nutrisi menuju miokard terhambat atau berkurang (Artawan et al., 2019).

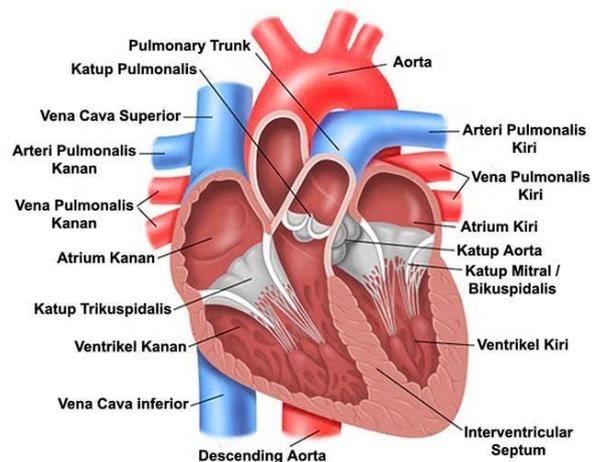
Menurut Indra et al., (2016), *Infark Miokard Akut* merupakan salah satu penyakit yang terjadi pada jantung, dimana terjadi kematian jaringan miokard akibat terjadinya penurunan aliran darah pada pembuluh koroner menuju miokard, sehingga cadangan oksigen tidak mencukupi oksigen pada miokard. *Infark Miokard Akut* merupakan kondisi dimana tidak tercukupinya pasokan darah dan oksigen ke miokardium karena adanya trombus yang menubrat arteri koroner yang mengakibatkan nekrosis miokard (Riani & Dessy, 2019). *Infark Miokard Akut* merupakan penyakit jantung yang disebabkan oleh sumbatan arteri koroner, sumbatan ini terjadi karena adanya aterosklerosis pada dinding arteri koroner sehingga menyumbat aliran darah ke jaringan otot jantung dimana akan terjadi kekurangan oksigen

yang cukup lama dan dapat mengakibatkan iskemik atau kematian pada jaringan otot jantung (Agiwahyunto, 2019).

Berdasarkan tinjauan teori di atas penulis menyimpulkan bahwa infark miokard akut atau yang sering dikenal sebagai serangan jantung yang terjadi secara mendadak. IMA merupakan suatu keadaan dimana berkurangnya atau tidak ada sama sekali aliran darah ke jantung, yang diakibatkan karena adanya sumbatan atau obstruksi yang menyebabkan otot jantung mengalami iskemik atau kematian karena tidak adekuatnya oksigen.

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi Jantung



Gambar 2.1 Anatomi Jantung (Budiarti, 2020)

Jantung memiliki ukuran Panjang sekitar 12 cm, lebar 8-9 cm dan tebal 6 cm. berat jantung sekitar 200-425 gram, dimana pada laki-laki sekitar 310 gram dan perempuan sekitar 225 gram. Jantung dilapisi oleh selaput yang disebut perikardium, terdiri dari atas dua lapisan yaitu perikardium parietal (lapisan luar yang melekat pada dada dan selaput

paru) dan perikardial viskeral (lapisan permukaan jantung yang disebut epikardium). Antara ke dua lapisan tersebut terdapat cairan perikardium yang berfungsi mengurangi gesekan akibat gerakan jantung saat memompa.

b. Fisiologi Jantung

Menurut Tisa Kurniati (2018), fisiologi jantung antara lain:

1) Ruang jantung

Jantung terdiri dari 4 ruang, yaitu dua ruang yang berdinding tipis disebut atrium (serambi) dan dua ruang yang berdinding tebal disebut ventrikel (bilik).

a) Atrium kanan

Berfungsi sebagai tempat penampungan darah yang rendah oksigen dari seluruh tubuh sebelum dipompa ke ventrikel kanan melalui katub trikuspidalis. Darah tersebut mengalir ke vena kava superior dan vena kava inferior serta sinus koronarius yang berasal dari jantung sendiri.

b) Ventrikel kanan

Berbentuk bulan sabit yang unik, berguna untuk menghasilkan kontraksi bertekanan rendah untuk mengalirkan darah ke dalam arteri pulmonalis pada pertemuan arteri besar dan ventrikel kanan terhadap katub semilunaris pulmonalis.

c) Atrium kiri

Atrium kiri berbanding tipis dan bertekanan rendah dan mengalirkan darah ke ventrikel kiri melalui katub mitralis dengan fungsi katup tersebut untuk mencegah aliran balik darah ventrikel kiri ke atrium kanan saat ventrikel kiri berkontraksi. Antara atrium kiri dan vena pulmonalis tidak ada katup sejati karena itu perubahan dari tekanan dari atrium kiri mudah sekali

membalik ke dalam pembuluh paru. Peningkatan tekanan atrium kiri yang akut akan menyebabkan bendungan paru. Atrium kiri berfungsi untuk menerima darah yang sudah teroksigenasi dari paru melalui ke 4 vena pulmonalis.

d) Ventrikel kiri

Memiliki dinding yang lebih tebal dari pada ventrikel kanan sehingga ventrikel kiri berkontraksi lebih kuat untuk memompa darah ke seluruh tubuh melalui aorta, arteri terbesar tubuh. Pada pertemuan aorta dan ventrikel kiri terdapat katup semilunaris aorta.

2) Katup jantung

Katup jantung terdiri atas katup atrioventrikular dan katup semilunaris

a) Katup atrioventrikular, memisahkan antara atrium dan ventrikel. Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel saat diastole ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel. Katup atrioventrikular ada dua, yaitu katup trikuspidalis dan bikuspidalis. Katup trikuspidalis memiliki tiga buah daun katup yang terletak antara atrium kanan dan ventrikel kanan. Katup bikuspidalis atau katup mitral memiliki dua buah daun katup dan terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri.

b) Katup semilunaris, memisahkan antara arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel. Katup semilunaris yang membatasi ventrikel kanan dan arteri pulmonalis disebut katup semilunaris pulmonal. Katup yang membatasi ventrikel kiri dan aorta disebut katup semilunaris aorta. Adanya katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri

pulmonalis atau aorta selama sistol ventrikel dan mencegah aliran balik ke ventrikel sewaktu diastole ventrikel.

3) Lapisan jantung

Jantung terdiri atas tiga lapisan, yaitu: epikardium, miokardium dan endocardium.

- a) Epicardium, merupakan lapisan terluar yang memiliki struktur yang sama dengan pericardium visceral.
- b) Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri dari otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
- c) Endokardium, merupakan lapisan terdalam yang terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan melapisi katup jantung.

4) Sirkulasi sistem kardiovaskuler

a) Sirkulasi sistemik

Sirkulasi sistemik dimulai saat dipompanya darah oleh ventrikel kiri menuju arteri terbesar, yaitu aorta. Aorta berjalan naik ke atas jantung, melengkung ke bawah pada arkus aorta dan menurun tepat di anterior kolumna yang menyuplai darah ke daerah pelvis dan tungkai. Arteri besar yang menyuplai kepala, lengan dan jantung berasal dari arkus aorta dan arteri utama yang menyuplai organ viseral, berasal dari percabangan aorta descendens. Oleh karena itu, semua organ kecuali hati, mendapat suplai darah dari arteri-arteri yang muncul dari aorta.

b) Sirkulasi pulmona

Sirkulasi pulmonal dimulai saat darah dipompa oleh ventrikel kanan ke arteri pulmonalis utama yang kemudian langsung bercabang dua menjadi arteri

pulmonalis kanan dan kiri yang menyuplai masing-masing paru. Darah vena ini mengalami oksigenasi saat alirannya melalui kapiler pulmonal. Selanjutnya darah kembali ke jantung melalui vena-vena pulmonalis ke arteri kiri yang mempompa ke ventrikel kiri. Kebutuhan metabolik paru tidak dipenuhi oleh sirkulasi pulmonal, namun oleh sirkulasi bronkial. Sirkulasi ini mulai muncul dari arteri interkostalis, yang merupakan percabangan dari aorta. Sebagian besar vena dari sirkulasi bronkial berakhir di dalam atrium kanan, namun beberapa berada di dalam vena pulmonalis.

c) Sirkulasi koroner

Jantung kaya akan pasokan darah yang berasal dari arteri koronaria kiri dan kanan. Arteri-arteri ini muncul secara terpisah dari sinus aorta pada dasar aorta, dibelakang tonjolan katup aorta. Arteri koronaria kanan berjalan di antara trunkus pulmonalis dan arteri kanan menuju silkus AV. Arteri koronaria kiri berjalan dibelakang trunkus pulmonalis dan kemudian berjalan di antara trunkus pulmonalis dan atrium kiri. Arteri ini terbagi menjadi cabang sirkumfleksa, marginal kiri dan desendens anterior.

5) Sirkulasi jantung

Sirkulasi jantung merupakan periode Ketika berkontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole (saat ventrikel berkontraksi) dan satu periode diastole (saat ventrikel relaksasi). Pada siklus jantung, sistole (kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium

akan diikuti relaksasi dan ventrikel mulai berkontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah dan melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri sehingga menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunaris aorta dan pulmonalis. Ke dua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus dimulai kembali.

6) Curah jantung

Curah jantung merupakan volume darah yang dipompakan selama satu menit. Curah jantung ditentukan oleh jumlah denyut jantung per menit dan *stroke volume*. Isi sekuncup ditentukan oleh:

a) Beban awal (*pre-load*)

Beban awal (*pre-load*) adalah jumlah darah yang berada dalam ventrikel pada akhir diastole. Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastole ini tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengambilan darah dari pembuluh vena ini juga tergantung pada jumlah darah yang beredar serta tonus otot. Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut miokardium. Dalam keadaan normal sarkomer (unit kontraksi dari sel miokardium) akan teregang $2,0 \mu\text{m}$ dan bila isi ventrikel makin banyak maka peregangan ini makin Panjang. Sesuai hukum Frank Starling bahwa semakin besar regangan otot jantung semakin besar pula kekuatan kontraksinya dan semakin besar pula curah jantung. Pada keadaan *pre-load* terjadi pengisian ventrikel sehingga semakin Panjang otot ventrikel meregang

semakin besar pula volume darah yang masuk dalam ventrikel. Peregangan sarkomer yang paling optimal adalah 2,2 μm . Dalam keadaan tertentu apabila peregangan sarkomer melebihi 2,2 μm , kekuatan kontraksi berkurang sehingga akan menurunkan isi sekuncup.

b) Daya Kontraksi

Kekuatan kontraksi otot jantung sangat berpengaruh terhadap curah jantung, makin kuat kontraksi otot jantung makin banyak pula volume darah yang dikeluarkan. Stimulasi saraf simpatis meningkatkan kontraktilitas otot jantung dan tekanan ventrikel. Kekuatan kontraksi yang terjadi tanpa tergantung dari Panjang serabut miokardium. Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elektrolit terutama kalium, natrium, kalsium dan keadaan konduksi jantung. Pada keadaan hipoksemia dan asidosis metabolik akan menurunkan kontraktilitas otot jantung dan menurunkan stroke volume. Pada kondisi kerusakan miokardium (seperti pada post infark) kekuatan kontraksi menurun. Apabila terjadi peningkatan kadar natrium maka akan meningkatkan besarnya potensial aksi dan jika terjadi penurunan kadar natrium akan menurunkan besarnya potensial aksi. Peningkatan kadar kalium dan penurunan kadar kalsium di ekstrasel akan menyebabkan otot jantung kurang peka terhadap rangsangan sehingga kontraksi jantung lemah dan berhenti pada keadaan diastole. Penurunan kadar kalium dan peningkatan kadar kadar kalsium diekstrasel akan menyebabkan otot jantung

sangat peka terhadap rangsangan sehingga tidak bisa relaksasi dan kemudian berhenti pada keadaan sistole.

c) Beban Akhir (*afterload*)

Afterload adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup seminalar aorta. *Afterload* secara langsung dipengaruhi oleh tekanan darah arteri, ukuran ventrikel kiri dan karakteristik katup jantung. Jika tekanan darah arteri tinggi, jantung akan berkerja keras untuk memompa darah ke sirkulasi. Hal ini terutama ditentukan terhadap tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah. Meningkatnya tahanan perifer dan ukuran pembuluh darah. Meningkatnya tahanan perifer misalnya akibat hipertensi atau vasokonstriksi akan mengakibatkan beban akhir. Demikian juga dilatasi ventrikel menyebabkan beban jantung dalam mengeluarkan darah akan meningkat. Kondisi yang menyebabkan beban akhir meningkat akan mengakibatkan penurunan isi sekuncup. Dalam keadaan normal isi sekuncup ini akan berjumlah ± 70 ml sehingga curah jantung diperkirakan ± 5 liter. Jumlah ini tidak tetap tetapi dipengaruhi oleh aktivitas tubuh. Curah jantung meningkat pada waktu melakukan kerja otot, stress, peningkatan suhu lingkungan, kehamilan dan setelah makan. Sedangkan saat tidur curah jantung akan menurun.

3. Etiologi

Menurut Yeni Wadu (2019), ada beberapa hal yang dapat menimbulkan gangguan oksigenasi antara lain:

a. Berkurangnya ssuplai oksigen ke miokard

Suplai oksigen disebabkan oleh tiga faktor antara lain:

1) Faktor pembuluh darah

Hal ini berkaitan dengan kepatenan prmbuluh darah sebagai jalan darah mencapai sel-sel jantung. Beberapa hal yang bisa mengganggu kepatenan pembuluh darah yaitu aterosklerosis, spasme dan arteritis. Spasme pembuluh darah juga bisa terjadi pada orang yang tidak memiliki riwayat penyakit jantung sebelumnya dan bisa berhubungan dari beberapa hal yakni mengkomsumsi obat-obatan tertentu, stress emosional, terpapar suhu dingin yang ekstrim dan merokok.

2) Faktor sirkulasi

Sirkulasi berkaitan dengan kelancaran pembuluh darah dari jantung ke seluruh tubuh sampai Kembali lagi ke jantung. Kondisi yang menyebabkan gangguan pada sirkulasi diantaranya kondisi hipotensi.

3) Faktor darah

Hal yang menyebabkan terganggunya daya angkut darah antara lain anemia, polisitemia dan hipoksemia.

b. Meningkatnya kebutuhan oksigen

Pada orang yang menginap penyakit jantung mekanisme kompensasi justru pada akhirnya makin memberat kondisinya karena kebutuhan oksigen tidak bertambah. Oleh karena itu segala aktivitas yang menyebabkan peningkatan oksigen akan memicu terjadinya infrak, aktivitas tersebut misalnya: aktivitas berlebihan, emosi dan makan terlalu banyak.

c. Faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya infark miokard akut yaitu:

1) Sumbatan pada arteri koroner

Plak aterosklerotik dapat menyebabkan suatu bekuan darah setempat (thrombus) dan akan menyumbat arteri.

2) Sirkulasi kolateral di dalam darah

Bila arteri koronaria perlahan menyempit dalam jangka bertahun-tahun, pembuluh kolateral dapat berkembang pada saat yang sama dengan perkembangan aterosklerotik. Jika proses sklerotik berkembang diluar batas penyediaan pembuluh kolateral untuk memberikan aliran darah yang diperlukan maka hasil kerja otot jantung menjadi sangat terbatas sehingga jantung tidak dapat memompa aliran darah normal yang diperlukan. Penurunan kemampuan pemompa jantung berhubungan dengan luas dan lokasi jaringan infark jika lebih dari separuh jaringan jantung akan mengalami kerusakan, biasanya tidak dapat berfungsi dan kemungkinan terjadi kematian.

3) Embolus

Terbentuk didalam jantung pecah dan tersangkut di arteri koroner. Spasme pada arteri koroner menyebabkan aliran darah berhenti, spasme ini berasal dari otak (seperti kokai) atau merokok namun terkadang tidak diketahui penyebabnya.

d. Faktor resiko

1) Faktor yang dapat di ubah pada infark miokard akut antara lain:

a) Merokok

Menimbulkan aterosklerosis, peningkatan trombogenesis, peningkatan tekanan darah, pemicu

aritmia jantung dan penurunan kapasitas pengangkutan oksigen.

b) Hipertensi sistemik

Menyebabkan peningkatan after load yang secara tidak langsung meningkatkan beban kerja jantung, kondisi ini akan menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri sebagai kompensasi dari meningkatnya after load yang akan meningkatkan kebutuhan oksigen.

c) Diabetes mellitus

Resiko terjadinya jantung dan pasien dengan DM 2-4 lebih tinggi dibandingkan dengan orang biasa.

d) Obesitas

Terdapat hubungan yang erat dengan berat badan, peningkatan kolesterol.

2) Faktor resiko yang tidak dapat diubah pada infark miokard akut antara lain:

a) Jenis kelamin

Pada laki-laki lebih besar dibandingkan pada perempuan hal ini berkaitan dengan estrogen endogen yang bersifat protektif pada perempuan. Hal ini terbukti pada pasien PJK meningkat lebih cepat dan akhirnya setara dengan laki-laki dan wanita setelah menopause.

b) Usia

Usia pria di atas 45 tahun dan Wanita di atas usia 55 tahun.

4. Patofisiologi

Menurut Lathifah (2018), infark miokard akut yang sering terjadi pada seseorang yang memiliki satu atau lebih faktor resiko seperti merokok, hipertensi, obesitas. Faktor ini disertai dengan

proses kimiawi berbentuk lipoprotein yang dapat menyebabkan interaksi fibrin dan platelet sehingga menyebabkan cedera endotel pembuluh darah koroner. Interaksi tersebut menyebabkan invasi dan akumulasi lipid yang akan membentuk plak fibrosa. Timbunan plak menimbulkan lesi yang dapat menyebabkan tekanan pada pembuluh darah meningkat dan apabila terjadi ruptur dapat mengakibatkan trombus.

Trombus akan menyumbat pembuluh darah dan menyebabkan aliran darah berkurang sehingga suplai oksigen yang diangkut darah ke jaringan miokardium berkurang yang berakibat penumpukan asam laktat. Asam laktat yang meningkat akan menyebabkan nyeri dan perubahan PH endokardium yang menyebabkan perubahan elektrofisiologi endokardium, yang pada akhirnya akan menyebabkan perubahan sistem konduksi jantung sehingga jantung mengalami disritmia. Iskemia yang berlangsung lebih dari 30 menit menyebabkan kerusakan otot jantung yang irreversibel dan kematian otot jantung (infrak).

Miokardium yang menyebabkan kerusakan otot jantung atau nekrosis tidak lagi dapat memenuhi fungsi kontraksi dan menyebabkan keluarnya enzim dari intrasel ke pembuluh darah yang dapat dideteksi dengan pemeriksaan laboratorium.

Infrak terjadi jika iskemia berlangsung lebih dari 30-45 menit. Bagian yang mengalami infrak dikelilingi oleh daerah iskemia. Infrak miokardium akan mengulangi fungsi ventrikel karena otot yang mengalami nekrosis kehilangan daya kontraksi, sedangkan otot yang mengalami iskemia disekitarnya akan juga mengalami gangguan kontraksi. Secara fungsional infrak miokardium akan menyebabkan perubahan daya kontraksi menurun, gerakan dinding abnormal, perubahan daya kembang dinding ventrikel, pengurangan curah sekuncup, pengurangan fraksi ejeksi, peningkatan volume akhir sistolik dan akhir diastolik ventrikel kiri.

Menurunnya fungsi ventrikel, diperlukan tekanan pengisian diastolik dan volume ventrikel untuk meregangkan serabut miokardium sehingga meningkatkan kekuatan kontraksi. Tekanan pengisian sirkulasi dapat ditingkatkan melalui retensi natrium dan air oleh ginjal sehingga infrak miokardium biasanya disertai pembesaran ventrikel kiri. Akibat dilatasi kompensasi kordis jantung dapat menjadi hipertrofi kompensasi jantung sebagai usaha untuk meningkatkan daya kontraksi dan pengosongan ventrikel.

5. Manifestasi Klinik

Menurut Simbolon (2021), manifestasi klinik *Infark Miokard Akut* antara lain:

- a. Nyeri dada yang dirasakan secara mendadak dan tidak meredah, biasanya menjalar ke dagu, leher, lengan kiri, punggung dan epigastrium.
- b. Nyeri dapat meningkat secara menetap bahkan dapat tidak tertahankan.
- c. Nyeri yang dirasakan seperti ditekan, tertusuk-tusuk, diremas dengan lama nyeri bisa sampai 15-30 menit.
- d. Nyeri dapat disertai dengan sesak nafas, keringat dingin, mual muntah, pusing dan berdebar-debar.

6. Tes Diagnostik

Menurut Salim et al., (2018), terdapat beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan pada *Infark Miokard Akut* antara lain:

a. Laboratorium:

1) CPK (creatinine fosfokinase)

Isoenzim ini meningkat antara 4-6 jam memuncak dalam 12-14 jam, Kembali normal dalam 36-48 jam

setelah serangan. Isoenzim dikeluarkan jika terjadi kerusakan otot jantung. Normalnya 0-1 mu/MI.

2) LDH (lactic de-hydroginase)

Normal kurang dari 195 mu/MI. kadar enzim ini biasanya meningkat pada 12-48 jam sesudah serangan dan akan Kembali normal antara hari ke 7 dan 12.

3) SGOT (seru glumatic oxalotransminase test)

Normalnya kurang dari 12 mu/MI. kadar enzim ini biasanya meningkat pada 12-48 jam sesudah serangan dan akan Kembali normal pada hari ke 4 hingga 7.

4) Pemeriksaan lainnya:

a) Pemeriksaan Laju Endapan Darah (LED) meningkat pada hari ke 2 dan ke 3 setelah infark berhubungan dengan inflamasi.

b) Leukositosis ringan dan terkadang hiperglikemia ringan.

c) Trigliserida meningkat, menunjukkan aterosklerosis sebagai penyebab infark miokard akut.

d) katerisasi

angiografi koroner untuk mengetahui derajat obstruksi.

b. EKG

EKG memberi informasi mengenai elektrofisiologi jantung melalui pembacaan dari waktu dan mampu memantau perkembangan infark miokardium. Perubahan EKG pada miokardium, infase gelombang T, elevasi/depresi segmen ST, gelombang T diakibatkan karena iskemia akan menghilang sesuai jangka waktu tertentu dan Q patologis menandakan terdapat infark yang sudah lama.

c. Radiologi

- 1) Thorax Rontgen: menilai kardiomegaly (dilatasi sekunder) karena gagal jantung kongestif.
- 2) *Echocardiogram*: menilai struktur dan fungsi abnormal otot dan katup jantung.
- 3) *Radioactive Insotope*: menilai area iskemia serta non perfusi coroner dan miokard.

7. Penatalaksanaan Medik

Menurut Salim et al., (2018), penatalaksanaan medik pada *Infark Miokard Akut* antara lain:

a. Penatalaksanaan medis:

1) Obat-obatan trombolitik

Obat-obatan ini berfungsi untuk mengencerkan darah yang menyumbat arteri koroner. Waktu pemberian yang paling efektif adalah 1 jam setelah muncul gejala pertama dan tidak boleh lebih dari 12 jam psca serangan. Selain itu tidak boleh diberikan pada pasien diatas 75 tahun, contoh obatnya yaitu streptokinase.

2) Beta bloker

Berfungsi untuk menurunkan beban kerja jantung, mengurangi nyeri dada atau ketidaknyamanan, mencegah serangan jantung tambahan dan memperbaiki aritma. Beta bloker terbagi menjadi dua jenis yaitu cardioselective (metropolol, atenolol dan acebutol) dan non-cardioselective (propranolol, pindolol dan nadolol).

3) Angiotensin-Coverting Enzyme (ACE) Inhibitors

Berfungsi menurunkan tekanan darah dan mengurangi cedera otot jantung serta memperlambat kelemahan otot pada jantung, misalnya obat captropil.

4) Obat-obatan antiplatelet (misalnya aspirin dan clopidogrel)

Berfungsi untuk membetukan platelet untuk membentuk pembekuan yang diinginkan.

5) Obat-obatan antikogulan

Berfungsi untuk mengencerkan daran dan mencegah pembekuan darah pada arteri misalnya obat heparin dan enoksaparin.

6) Pemberian O²

Terapi oksigen diberikan saat durasi nyeri muncul. Oksigen yang dihirup langsung akan meningkatkan saturasi oksigen dalam darah. Efektivitas terapi oksigen ditentukan oleh observasi kecepatan dan irama pernapasan. terapi oksigen dilanjutkan sampai klien mampu bernapas dengan mudah.

7) Tindakan medis

Jika obat-obatan tidak mampu menangani serangan jantung, maka dapat dilakukan tindakan medis antara lain:

1. Angioplasti

Merupakan tindakan non-bedah dengan cara membuka arteri yang tersumbat yang diakibat oleh pembekuan darah.

2. CABG (Coronary Artery Bypass Grafting)

Arteri dan vena diambil dari bagian tubuh lain kemudian disambungkan untuk membentuk jalan pintas melewati arteri koroner yang tersebut.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Klien beristirahat total selama 24 jam pertama, posisi semifowler, beri oksigen dan pantau tanda-tanda vital tiap jam hingga keadaan stabil.

- 2) Pemeriksaan EKG 12 sedapan setiap hari atau bila diperlukan, pemberian obat sesuai dengan rencana keperawatan, diet makanan lunak serta rendah garam

8) Komplikasi

Menurut Simbolon (2021), terdapat beberapa komplikasi yang dapat ditimbulkan pada *Infark Miokard Akut*, yaitu:

a. Gagal jantung

Terjadi karena penimbunan darah dalam vena akibat disfungsi miokardium. Disfungsi pada ventrikel kiri atau gagal jantung kiri menimbulkan penimbunan darah dalam vena pulmonalis, sedangkan gagal jantung kanan mengakibatkan penimbunan darah dalam vena sistemik.

b. Ruptur miokardium

Otot jantung yang mengalami kerusakan akan menjadi lemah bahkan kadang mengalami robekan di karenakan tekanan dari pemompaan jantung. Jika terdapat otot yang rusak bisa membuat tonjolan kecil (anurisma). Anurisma dapat diketahui dari gambaran EKG yang tidak normal atau untuk lebih memperkuat dugaan dapat dilakukan ekokardiogram.

c. Disfungsi otot papilaris

Disfungsi iskemik atau ruptur nekrotik otot papilaris akan mengganggu fungsi katup mitralis sehingga memungkinkan eversi daun katup kedalam atrium kiri dengan dua akibat yaitu pengurangan aliran ke aorta dan peningkatan kongesti arterium kiri dan vena pulmonalis.

d. Syok kardiogenik

Terjadi akibat disfungsi nyata ventrikel kiri sesudah mengalami infark, yang masih merupakan perubahan hemodinamik progresif hebat yang ireversibel: penurunan

perfusi perifer, asidosis metabolic dan hipoksemia selanjutnya akan menekan fungsi miokardium.

e. Emboli pulmonal

Dengan berkurangnya kemampuan ventrikel kiri untuk mengosongkan bagian ventrikel kiri, maka besar volume semakin berkurang sehingga volume sisa ventrikel meningkat. Hal ini menyebabkan peningkatan tekanan jantung sebelah kiri, kenaikan tekanan ke vena pulmonalis. Bila tekanan hidrostatik dalam kapiler paru melebihi tekanan onkotik vaskuler maka terjadi proses transudasi ke dalam ruang interstisial. Bila tekanan ini masih terjadi lagi, maka akan terjadi udem paru akibat pembesaran cairan ke dalam alveoli.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Data Umum

Berisi mengenai identitas pasien yang meliputi nama, umur, No.RM, jenis kelamin, agama, alamat, Pendidikan pekerjaan, status perkawinan, jam datang, jam diperiksa dan informasi data.

b. Keadaan Umum

Mengkaji keadaan umum, pada pasien infark miokard akut (IMA) dengan gawat darurat yang berisi tentang observasi umum mengenai riwayat nyeri dada yang pasien rasakan dan pemeriksaan status ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure).

c. Pengkajian Primer

1) Airway

Mengkaji apakah ada atau tidak ada sumbatan jalan nafas, sumbatan total atau Sebagian, distress

pernapasan, ada tidaknya aliran udara dan adanya gangguan pada jalan napas misalnya adanya sumbatan jalan napas yang disebabkan oleh benda asing, sputum, cairan dan lidah jatuh kebelakang yang menutupi jalan napas.

Masalah airway yang biasanya timbul pada pasien infark miokard akut yaitu ketika pasien mengalami batuk berlendir.

2) Breathing

Mengkaji frekuensi nafas dan pergerakan dinding dada (naik turunnya dinding dada). Suara pernapasan melalui hidung atau mulut, irama pernapasan apakah teratur atau tidak dan dangkal atau dalam, adanya suara napas tambahan, vocal premitus di kedua lapang paru sama dan apakah adanya nyeri tekan.

Masalah breathing yang biasanya timbul pada pasien infark miokard akut yaitu frekuensi pernapasan meningkat disertai dengan irama napas yang tidak teratur.

3) Circulation

Mengkaji tanda-tanda vital, kekuatan denyut nadi, elastisitas turgo kulit, mata cekung, apakah ada tanda-tanda syok, apakah terdapat perdarahan, apakah ada kehilangan cairan aktif seperti muntah dan ada nyeri yang dirasakan.

Masalah circulation yang biasanya timbul pada pasien infark miokard akut yaitu peningkatan tanda-tanda vital, nadi teraba cepat dan kuat, sianosis, capillary refill > 3 detik dan nyeri dada.

4) Disability

Mengkaji kondisi neuromuskular pasien, respon pupil, refleks cahaya dan status kesadaran (GCS).

Masalah disability yang biasanya muncul pada pasien infark miokard akut yaitu respon pupil isokokr, refleks cahaya positif dan kesadaran compos mentis (GCS 15).

5) Exposure

Mengkaji apakah pasien mengalami jejas pada tubuh atau tidak dengan melakukan teknik *logroll*.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).
- b. Aktual/risiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas (D.0011).
- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005).
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).
- e. Resiko syok ditandai dengan hipoksia (D.0039).

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

- a. DPI: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

SLKI: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri cukup menurun.
- 2) Meringis cukup menurun.
- 3) Gelisah cukup menurun.

SIKI: manajemen nyeri

Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

R/: nyeri sebagai pengalaman subjektif dan harus digambarkan oleh pasien.

- 2) Identifikasi skala nyeri.

R/: mengetahui tingkat nyeri.

Terapeutik:

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hypnosis, akupresusur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).

R/: memberikan rasa nyaman agar nyeri yang dirasakan berkurang.

Edukasi:

- 1) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

R/: memberikan rasa nyaman agar nyeri yang dirasakan pasien berkurang.

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian analgesik. Jika perlu

R/: menurunkan nyeri hebat yang dirasakan.

b. DP II: aktual/risiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan. dengan perubahan kontraktilitas.

SLKI: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan curah jantung dan perifer miokard meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Curah Jantung
 - Takikardia cukup menurun.
 - Pucat/sianosis cukup menurun.

- Tekanan darah cukup menurun.

2) Perfusi Miokard

- Nyeri dada cukup menurun.
- Mual cukup menurun.
- Muntah cukup menurun.

SIKI: Perawatan Jantung Akut

Observasi

- 1) Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pencetus dan Pereda kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi).

R/: nyeri sebagai pengalaman subjektif dan harus digambarkan oleh pasien.

- 2) Monitor EKG 12 sedapan untuk perubahan ST dan T.

R/: mengetahui gambaran irama jantung.

- 3) Monitor saturasi oksigen.

R/: mengetahui kadar oksingen di dalam tubuh manusia.

Terapeutik

- 1) Pertahankan tirah baring minimal 12 jam.

R/: agar nyeri dada yang sedang dirasakan pasien menjadi berkurang.

- 2) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress.

R/: membuat pikiran dan tubuh pasien menjadi rileks.

Edukasi

- 1) Kolaborasi pemberian antikoogulan.

R/: mencegah pengumpalan darah.

- 2) Kolaborasi pemberian morfin.

R/: membantu menghilangkan rasa nyeri pada pasien.

- 3) Kolaborasi pencegahan thrombus dengan antikoogulan, jika perlu.

R/: membantu agar tidak terjadi penyumbatan pada pembuluh darah.

4) Kolaborasi pemeriksaan X-Ray dada, jika perlu.

R/: membantu untuk mengetahui kondisi dada.

c. DP III: Pola napas tidak efektif berhungan dengan hambatan upaya napas.

SLKI: setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Dispnea cukup menurun
- 2) Penggunaan otot bantu napas cukup menurun
- 3) Frekuensi napas cukup membaik

SIKI: manajemen jalan napas

Observasi:

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas).

R/: mengetahui frekuensi, kedalaman, irama pernafasan pasien.

Terapeutik:

1) Posisikan semi-fowler atau fawler.

R/: membantu pasien agar tidak merasa sesak.

2) Berikan oksigen, jika perlu.

R/: membantu pasien agar kebutuhan oksigen pasien terpenuhi.

Edukasi:

1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraksi.

R/: agar kebutuhan cairan pasien terpenuhi.

Kolaborasi:

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. Jika perlu.

R/: membantu pasien agar tidak merasa sesak.

d. DP IV: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

SLKI: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan lelah cukup menurun.
- 2) Frekuensi nadi cukup membaik.
- 3) Tekanan darah cukup membaik.
- 4) Saturasi oksigen cukup membaik.
- 5) Frekuensi nafas cukup membaik.

SIKI: manajemen energi

Observasi

- 1) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

R/: untuk mengetahui rasa tidak nyaman pasien dalam melakukan kegiatan atau aktivitas.

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring

R/: agar pasien merasa nyaman dan dapat beristirahat.

- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

R/: melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien.

- 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.

R/: agar mengetahui keadaan pasien.

e. DP: Resiko syok ditandai dengan hipoksia.

SLKI: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat syok menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran cukup meningkat.
- 2) Saturasi oksigen cukup meningkat.
- 3) Akral dingin cukup menurun.

- 4) Pucat cukup menurun.
- 5) Frekuensi nadi cukup membaik.

SIKI: pencegahan syok

Observasi

- 1) Monitor status pulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, TD, MAP).
R/: untuk mengetahui tanda-tanda vital pasien.
- 2) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil.
R/: untuk mengetahui kesadaran pasien.

Terapeutik

- 1) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.
R/: agar kebutuhan oksigen dalam tubuh terpenuhi.
- 2) Pasang jalur IV, jika perlu.
R/: untuk pemenuhan cairan elektrolit.

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala awal syok
R/: agar pasien mengetahui tanda dan gejala awal syok.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian IV, jika perlu.
R/: membantu pasien dalam pemenuhan cairan elektrolit.

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Plainning*)

Menurut Monita Aprilia (2020), *discharge Plainning* diberikan pada pasien *Infrak Miokard Akut* setelah menjalani perawatan, dimana bertujuan untuk memberikan pemahaman tentang proses penyakit dan penanganannya, kepatuhan pasien dalam perawatan diri dan tidak timbulnya komplikasi. Oleh sebab itu

terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan baik pasien dan keluarga pasien yaitu:

a. Menontrol selalu tekanan darah.

Memberi pemahaman tentang peningkatan tekanan darah, tekanan darah normal, tekanan darah rendah dan tekanan darah tinggi yang dapat terjadi tanpa gejala. Oleh sebab itu, sangat penting untuk mengontrol dengan cara memeriksakan tekanan darah ke pelayanan Kesehatan yang terdekat.

b. Anjurkan untuk mematuhi program asuhan dini yaitu:

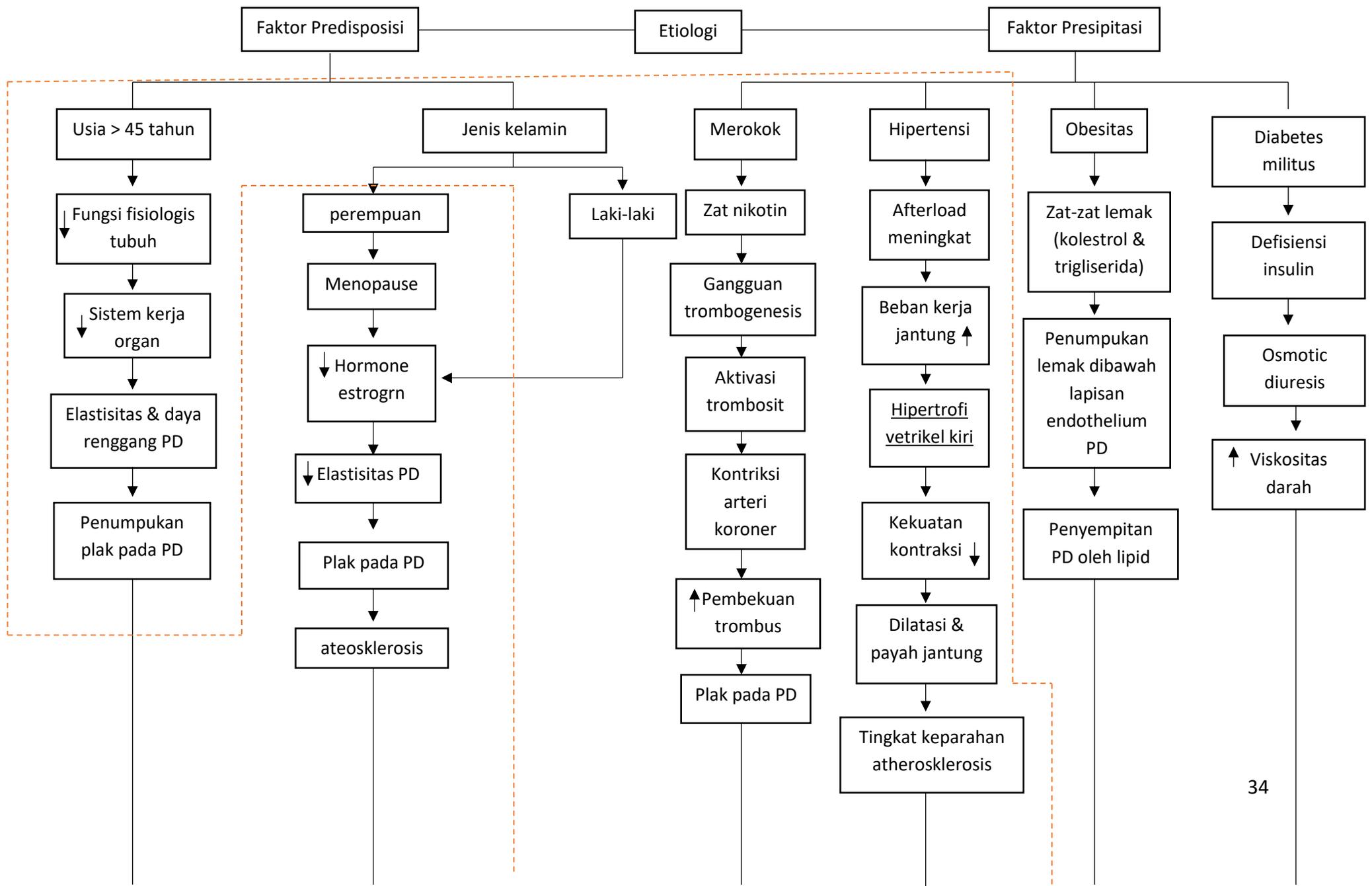
1) Mematuhi aturan diet sesuai dengan anjuran: mengurangi asupan garam, makan makanan yang berserat, mengurangi asupan natrium, kolesterol, kalori tinggi dan mengurangi makan makanan yang berlemak dan berminyak.

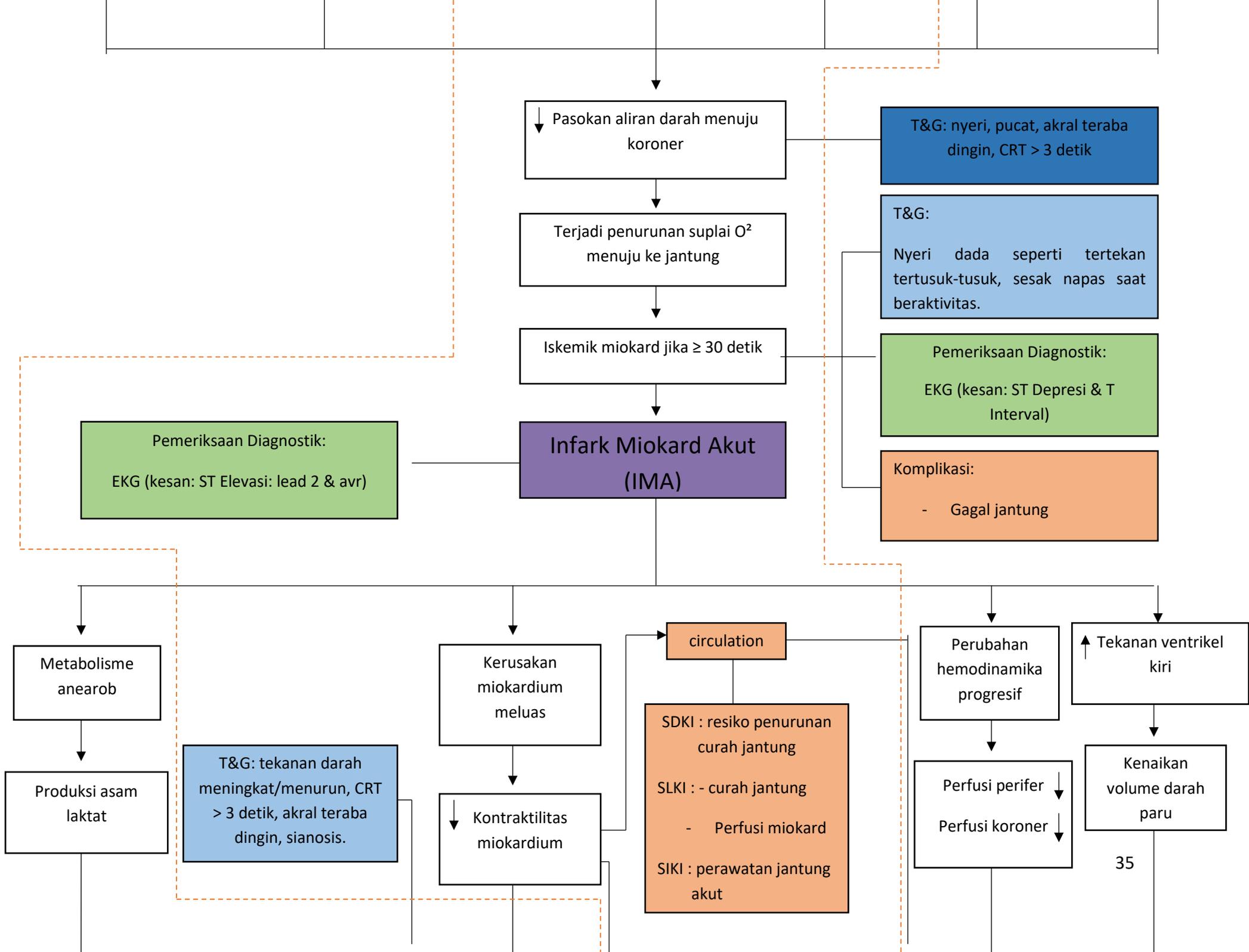
2) Menghentikan kebiasaan atau gaya dan pola hidup yang kurang baik seperti merokok dan minum minuman yang beralkohol.

c. Anjurkan untuk sering berolahraga secara teratur dan cukup latihan misalnya: jalan santai dan senam. Namun perlu diketahui batasan yang aman bagi pasien dengan infark miokard akut, jangan berolahraga yang melebihi batas kemampuan atau terlalu berlebihan.

d. Menganjurkan kepada keluarga pasien terutama pasien untuk menghindari kemarahan emosional agar tidak terjadi vasokonstriksi dan denyut nadi yang cepat.

e. Menganjurkan kepada pasien untuk selalu mengontrol kesehatannya ke dokter atau pelayanan Kesehatan yang terdekat.





↓ Pasokan aliran darah menuju koroner

T&G: nyeri, pucat, akral teraba dingin, CRT > 3 detik

Terjadi penurunan suplai O² menuju ke jantung

T&G:
Nyeri dada seperti tertekan tertusuk-tusuk, sesak napas saat beraktivitas.

Iskemik miokard jika ≥ 30 detik

Pemeriksaan Diagnostik:
EKG (kesan: ST Depresi & T Interval)

Infark Miokard Akut (IMA)

Komplikasi:
- Gagal jantung

Pemeriksaan Diagnostik:
EKG (kesan: ST Elevasi: lead 2 & avr)

Metabolisme anearob

Produksi asam laktat

T&G: tekanan darah meningkat/menurun, CRT > 3 detik, akral teraba dingin, sianosis.

Kerusakan miokardium meluas

↓ Kontraktilitas miokardium

circulation

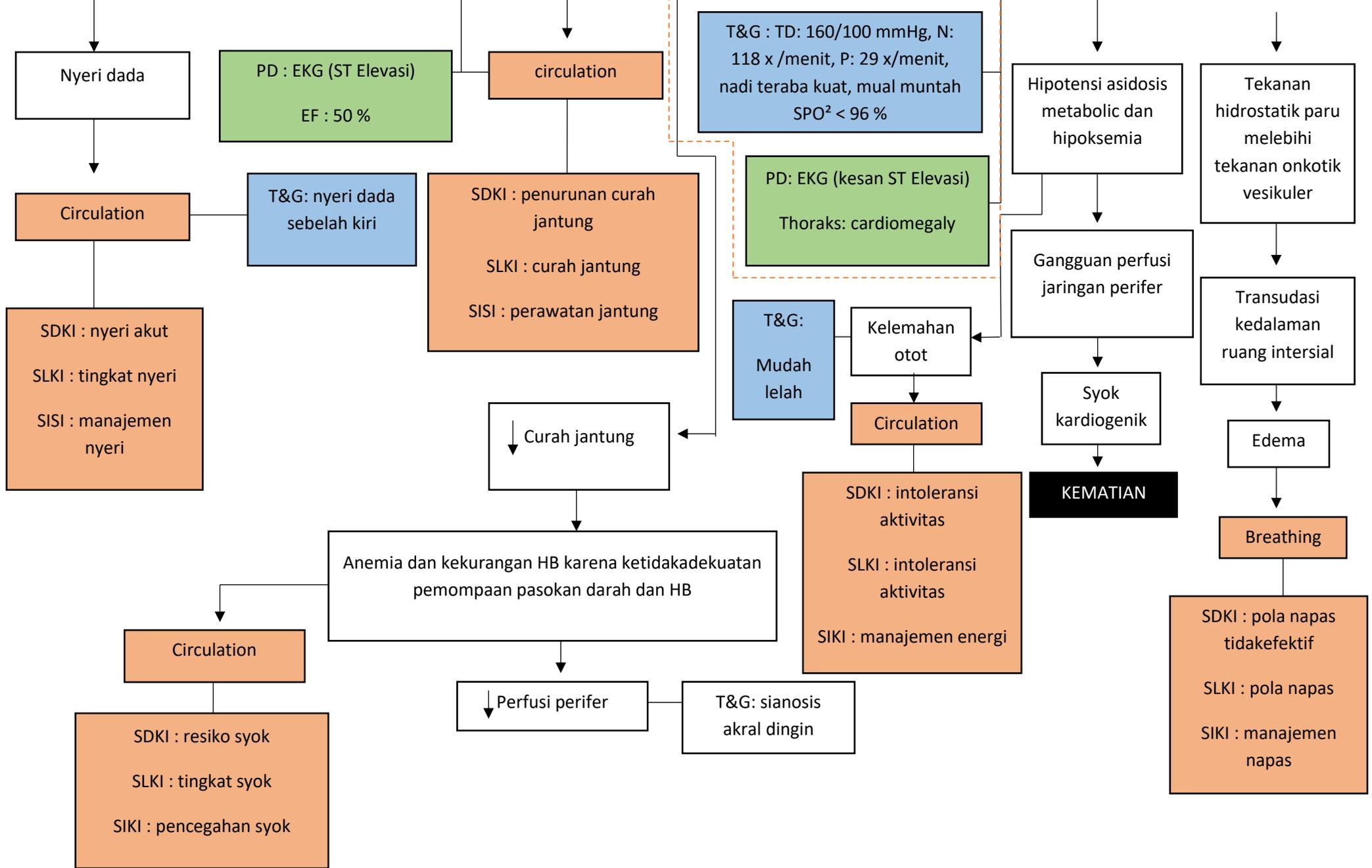
SDKI : resiko penurunan curah jantung
SLKI : - curah jantung
- Perfusi miokard
SIKI : perawatan jantung akut

Perubahan hemodinamika progresif

Perfusi perifer ↓
Perfusi koroner ↓

↑ Tekanan ventrikel kiri

Kenaikan volume darah paru



BAB III

PENGAMATAN KASUS

| | |
|------------------|---|
| Nama Pasien/umur | :Tn. M / 59 Tahun |
| Alamat | :Jln. Cendrawasi 4 |
| Keluhan Masuk | :Nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang dan menjalar ketangan sebelah kiri. |
| Riwayat Keluhan | :Pasien mengatakan nyeri yang dialami muncul pada saat pasien mengangkat air galon, pasien mengatakan saat nyeri pasien hanya beristirahat tetapi nyeri yang dirasakan semakin bertambah berat, sehingga pasien dibawa ke IGD Bhayangkara. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk tembus kebelakang dan menjalar ketangan sebelah kiri dengan durasi terus menerus, pasien mengatakan skala nyeri 7 dan tampak pasien meringis dan memegang dada sebelah kirinya jika nyerinya muncul Kembali. |
| Triage | :Gawat Darurat/merah |
| Alasan | :Nyeri dada skala 7, nyeri dirasakan tembus kebelakang dan menjalar ketangan sebelah kiri. Observasi tanda-tanda vital, TD: 160/100 mmhg, Nadi: 118 x/menit, Pernapasan: 29 x/menit, Suhu: 37,2 °C, SPO ₂ : 88 %, akral dingin, tampak sianosis dan hasil EKG |

| | |
|------------------|---|
| | didapatkan gambaran ST Elevasi dan hasil Thoraks Cardiomegaly. |
| Diagnosa Medis | : Infark Miokard Akut |
| Riwayat Penyakit | : Pasien mengatakan pernah dirawat di RS Bhayangkara kurang lebih 4 tahun yang lalu dengan penyakit hipertensi. Pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan yang berlemak dan sangat suka merokok, pasien juga mengatakan tidak rutin mengonsumsi obat hipertensi pasien hanya minum obat hipertensi pada saat merasakan sakit kepala. |
| Riwayat Alergi | :Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat-obatan maupun makanan |

A. PENGKAJIAN

1. Airway

 Benda asing Sputum Cairan Lidah jatuh Tidak ada

2. Breathing

Frekuensi: 29 x/ menit

SPO²: 88 % Sesak Retraksi dada Apnue

Irama Pernapasan:

 Teratur Tidak teratur Dangkal Dalam

Perkusi:

 Sonor Pekak Redup

Vocal premitus: teraba getaran kedua lapang paru kiri dan kanan

Sama

Nyeri tekan: tidak ada

Suara Napas:

 Vesikuler Broncho-vesikuler Bronchial

Suara Tambahan:

 Wheezing Ronchi Rales

3. Circulation

Suhu: 37.2 °C

Tekanan darah: 160/100 mmhg

Nadi: 118 x/menit

 Lemah Kuat Tidak terabach

Mata cekung:

 Ya tidak

Elastisitas Turgo Kulit:

 Elastisitas menurun buruk

ekstermitas:

 sianosis capillary refil > 3 detik dingin

Perdarahan:

 Ya Tidak

Keluhan:

 Mual Muntah Nyeri dada Nyeri kepala

Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang dan menjalar kelengan sebelah kiri, nyeri di rasakan seperti tertusuk-tusuk, tampak pasien meringis, pasien mengatakan nyeri memberat saat beraktivitas, pasien mengatakan mual dan muntah.

Hasil pemeriksaan:

 darah rutin serum elektrolit level fungsi tesit AGD

Lain-lain:

EKG: ST Elevasi

Foto Thoraks: Cardiomegaly

4. Disability

Pupil:

√ Isokor

Anisokor

Refleks cahaya:

√ Positif

Negatif

Glasgow Coma Scale

M: 6

V: 5

E: 4

15 (composmentis)

Pasien sadar penuh, tampak pasien dapat mengikuti perintah (mengangkat tangan dan menahan tekanan yang diberikan), menjawab nama lengkap dengan baik dan membuka mata Ketika dipanggil, serta pasien dapat menjawab pertanyaan jika diberikan pertanyaan oleh perawat.

5. Exposure

Luka: -

Jejas: -

Tidak ada luka dan jejas diseluruh tubuh pasien.

6. Foley cateter

 Ya

Output:

 Tidak

Warna:

7. Gastric Tube

 Ya

Output:

 Tidak

Warna:

Pemeriksaan penunjang

a. Foto Thorax

Kesan: Gambaran Cardiomegaly

b. EKG

Kesan: ST Elevasi (lead 2 & avr)

c. Laboratorium

| Parameter | Hasil | Satuan | Nilai Rujukan |
|-----------|-------|-----------|---------------|
| WBC | 12.30 | $10^3/uL$ | 4.0-10.0 |
| RBC | 3.51 | $10^6/uL$ | 4.0-5.50 |
| HGB | 9.8 | g/dL | 11.0-16.0 |
| HCT | 27.7 | % | 37.0-54.0 |
| NEUT% | 87.4 | % | 37.0-80.0 |
| NEUT# | 15.70 | $10^3/uL$ | 2.00-7.00 |

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : Clopidogrel Bisulfate
2. Klasifikasi/Gol. Obat : Plavix
3. Dosis umum : 75 mg 1x / hari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1x1
5. Cara pemberian obat : Melalui oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Mengurangi terjadinya aterosklerosis (Infark Miokard dan kematian vaskuler) pada pasien dengan aterosklerosis yang disebabkan oleh stroke sebelumnya, infark miokard / arteri coroner.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
Untuk mencegah dan mengurangi aterosklerosis
8. Kontra indikasi:
Ulkus peptikum aktif
9. Efek samping obat:
Perdarahan gastrointestinal, memar, hematoma, perdarahan intracranial, nyeri perut dan dyspepsia.

1. Nama obat : Atorvastatin Calcium Trihydrate
2. Klasifikasi/Gol. Obat : Statin
3. Dosis umum : 20 mg
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1x1
5. Cara pemberian obat : melalui oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Menurunkan kolesterol, mengurangi resiko terjadinya penyakit jantung atau stroke
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:
Untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL), serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) di dalam darah. Jika kolesterol dalam darah tetap terjaga dalam kadar normal, resiko terjadinya stroke dan serangan jantung akan semakin rendah.
8. Kontra indikasi:
Obat ini tidak boleh diberikan pada Wanita hamil, dan menyusui.
9. Efek samping obat:
Insomnia, sakit kepala, mual, diare, sakit tenggorokan, gangguan pencernaan.

1. Nama obat : Morfin
2. Klasifikasi/Gol. Obat : Analgesik Opioid
3. Dosis umum : 12 mg
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 mg
5. Cara pemberian obat : melalui IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : morfin digunakan untuk menghilangkan rasa sakit pada pasien Infark Miokard Akut.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk dapat mengatasi nyeri dada pada pasien Infark Miokard Akut.
8. Kontra indikasi : pemberian morfin tidak dianjurkan untuk orang yang memiliki alergi pada morfin, memiliki penyakit hati akut, asma bronkial ringan dan berat dan gagal ginjal.
9. Efek samping obat : dapat menyebabkan efek pada yaitu sakit perut, diare, mual muntah, gangguan pada irama jantung, penglihatan kabur dan mulut kering.

B. IDENTIFIKASI MASALAH

Nama/Umur : Tn.M / 59 Tahun

Ruangan : IGD RS. Bhayangkara Makassar

| DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien mengatakan nyeri dada sebbelah kiri tembus kebelakang ➤ Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan tertusuk-tusuk. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tampak keadaan umum pasien lemah ➤ Tampak CRT pasien > 3 detik ➤ Tampak akral pasien dingin ➤ Tampak pasien sianosis ➤ Tampak SPO₂: 88% ➤ Tampak pasien menggunakan NRM 12 liter/menit ➤ Obsevasi TTV: TD: 160/100 mmhg N: 118 x/menit | <p>Perubahan Kontraktilitas</p> | <p>Resiko Penurunan curah Jantung</p> |

| | | |
|--|------------------------------------|-------------------|
| <p>P: 29 x/menit S: 37,2 °C</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tampak hasil pemeriksaan: ➤ Hasil EKG: ST Elevasi (lead 2 & avr) ➤ Hasil foto thoraks: Cardiomegaly <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang dan menjalar ketangan kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri bertambah pada saat bergerak, skala nyeri 7 dan dirasakan terus menerus. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien meringis dan memegang dada sebelah kiri ➤ Pasien tampak gelisah ➤ Tanda-tanda vital: TD: 160/100 mmHg N: 118 x/menit | <p>Agen pencederaan fisiologis</p> | <p>Nyeri akut</p> |
|--|------------------------------------|-------------------|

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. M / 59 Tahun

Ruangan : IGD RS Bhayangkara Makassar

| Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) |
|---|--|---|
| <p>1. Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan kontraktilitas</p> | <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan curah jantung dan perifer miokard meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Curah Jantung (L.02008) <ul style="list-style-type: none"> - Takikardia cukup menurun - Pucat/sianosis cukup menurun - Tekanan darah cukup membaik | <p>Perawatan Jantung Akut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi dan frekuensi) - monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T - Monitor saturasi oksigen |

| | | |
|--|--|--|
| <p>2. Nyeri akut b/d agen pencederaan fisiologis</p> | <p>2. Perfusi Miokard (L.02011)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gambaran EKG infrak cukup menurun - Nyeri dada cukup menurun - Mual cukup menurun - Muntah cukup menurun <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil</p> <p>1. Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri cukup menurun | <p>2. Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan tirah baring minimal 12 jam <p>3. Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan segera melaporkan nyeri dada - Jelaskan tindakan yang dialami pasien <p>4. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antiangina - Kolaborasi pemberian morfin - kolaborasi pemberian x-ray dada, jika perlu <p>Manejemen nyeri</p> <p>1. observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi skala nyeri - identifikasi respon nyeri non verbal <p>2. kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Meringis cukup menurun.- gelisah cukup menurun. | |
|--|--|--|

D. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. M / 59 Tahun

Ruangan : IGD RS Bhayangkara Makassar

| Hari/Tgl | DX | Waktu | Implementasi Keperawatan | Perawat |
|-------------------|------|-------|---|------------------|
| Rabu/ 08/06/22 | I | 14.20 | Memberikan oksigen sesuai kebutuhan Hasil: diberikan O ² NRM 12 liter | Clara & Darma |
| | I | 14.30 | Melakukan pemberian antianginal Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Clopidogrel Bisulfate 75 mg / oral - Atorvastatin Calcium Trihydrate 20 mg / oral | |
| | I | 14.31 | Melakukan pemberian morfin Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Morfin 10 mg/IV | |
| | I | 14.50 | Memantau tanda-tanda vital Hasil: TD: 155/100 mmhg N: 116 x/menit P: 27 x/menit S: 36,9 °C | |
| | I,II | 14.56 | Memantau keluhan nyeri dada Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri yang dirasakan mulai berkurang | |

| | | | | |
|--|---|-------|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">- skala nyeri 6- pasien gelisah- pasien meringis sambil memegang dada Ketika banyak bergerak | |
| | I | 14.58 | mempertahankan tirah baring minimal 12 jam hasil: tampak pasien berbaring ditempat tidur | |
| | I | 15.00 | memonitor saturasi oksigen Hasil: SPO ² 98 % | |

E. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. M / 59 Tahun

Ruangan : IGD RS. Bhayangkara Makassar

| Hari/Tgl | Evaluasi SOAP | Perawat |
|-------------------|---|------------------|
| Rabu/ 08/06/22 | <p>DX: Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan kontraktilitas</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri dirasakan sudah mulai berkurang - pasien mengatakan sudah tidak merasa mual muntah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 116 x/menit - TD : 155/100 x/menit - Tampak pasien sudah tidak sianosis - Tampak pasien sudah tidak muntah <p>A: Resiko penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi : perawatan jantung akut</p> | Clara & Darma |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>DX: Nyeri akut b/d agen pencederaan fisiologis</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri sudah mulai berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak meringis Ketika banyak bergerak- Pasien gelisah <p>A: Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi: manajemen nyeri</p> | |
|--|---|--|

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan ASKEP

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan kasus nyata dari asuhan keperawatan pada pasien Tn. "M" usia 59 tahun dengan *Infark Miokard Akut* di unit gawat darurat Rumah Sakit Bhayangkara. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan 5 tahap, yaitu: pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Gawat Darurat

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber yaitu: pasien, keluarga pasien, pemeriksaan penunjang dan hasil pengamatan langsung yang dilakukan pada pasien.

a. Airway

Menurut Sari (2018), Pengkajian airway yang dilakukan pada pasien infark miokard akut yaitu dengan mengkaji adanya sumbatan pada jalan napas, sumbatan jalan napas biasanya terjadi oleh karena adanya secret yang diakibatkan oleh ketidakmampuan dalam batuk secara efektif, tanda-tanda terjadinya obstruksi jalan napas dapat didengar adanya suara wheezing, ronchi, rales.

Pada pengkajian airway yang dilakukan pada Tn. M usia 59 tahun dengan infark miokard akut (IMA) tidak terdapat adanya sumbatan pada jalan napas ataupun tanda-tanda adanya sumbatan pada jalan napas.

b. Breathing

Menurut Musliha (2016), pengkajian Breathing dilakukan pada pasien infark miokard akut mengalami peningkatan frekuensi pernapasan disertai dengan irama napas yang tidak teratur setelah penilaian pada jalan nafas. Pengkajian pernafasan dilakukan dengan cara inspeksi dan palpasi. Inspeksi bagian dada perhatikan pada irama pernafasan dan pengembangan dada. Pengkajian palpasi bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya nyeri dada tekan dan penurunan ekspansi paru.

Pada pengkajian *breathing* yang dilakukan pada Tn. M yaitu tampak irama pernapasan pasien 29 X/menit, suara napas vesikuler, irama pernapasan tidak teratur, SPO² <96 % dan tidak terdapat nyeri tekan.

c. Circulation

Menurut Nukhalis (2020), pengkajian *circulation* dilakukan pasien *Infark Miokard Akut* mengalami tekanan darah meningkat/menurun, nadi teraba lemah dan takikardi/bradikardi hal ini terjadi oleh karena adanya perubahan kontraktilitas miokardium yang menyebabkan volume sekuncup berkurang dan mengaktifkan mekanisme kompensasi sebagai usaha meningkatkan keluaran jantung. Sedangkan sianosis perifer, akral teraba dingin dan CRT Kembali > 3 detik karena tergantungnya kontraktilitas miokardium dapat menyebabkan aliran darah ke seluruh tubuh terganggu dan terjadi vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan membuat aliran darah ke perifer menurun.

Pada pengkajian *circulation* yang dilakukan pada Tn. M didapatkan peningkatan tekanan darah 160/100 mmhg, dan nadi 118 x/menit teraba kuat. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang, tampak capillary refill

time Kembali > 3 detik, dan didapatkan hasil foto thoraks cardiomegaly.

d. *Disability*

Menurut Arif Muttaqin (2014), pengkajian *disability* yang didapatkan pada pasien *Infark Miokard Akut* yaitu tingkat kesadaran composmentis, pupil isokor, refleks cahaya positif dan kesadaran pasien composmentis yang mana pasien mampu mengangkat tangan Ketika diberikan instruksi oleh perawat.

Pada pengkajian *disability* yang dilakukan pada Tn. "M" didapatkan pasien mampu menyebutkan nama dan usia dengan benar, pasien mampu membuka Ketika dipanggil oleh perawat.

e. *Exposure*

Menurut Nukhalis (2020), pengkajian *exposure* yang dilakukan pada pasien *Infark Miokard Akut* yaitu pasien dilepaskan seluruh pakaian dari kepala sampai kaki untuk melihat apakah terdapat jejas, trauma, ataupun kelainan yang ditemukan. Apabila pasien dicurigai mengalami cedera tulang belakang dapat dipasangkan *in the immobilization*.

Pada pengkajian *exposure* yang dilakukan pada Tn. "M" didapatkan pasien tampak tidak memiliki jejas, trauma ataupun kelainan pada tubuh pasien.

Berdasarkan data-data pengkajian yang dilakukan langsung pada pasien di dapatkan data antara lain: nyeri dada di sebelah kiri, tembus kebelakang dan menyalar ke tangan sebelah kiri dan diagnosa medik pada saat *pengkajian Infark Miokard Akut (IMA)*. Hasil observasi tanda-tanda vita: tekanan darah: 160/100 mmHg, nadi: 118 x/menit, pernafasan: 29 x/menit, suhu: 37,2 °c, tampak pasien lemah, tampak ekspresi wajah meringis. Selain itu selain itu data yang diperoleh dari

pasien yaitu pasien mengeluh nyeri dada di sebelah kiri tembus kebelakang, nyeri dirasakan seperti tertusu-tusuk dengan skala nyeri 7, akral teraba dingin, tampak pasien sianosis, CRT > 3 detik. Data yang diperoleh dari keluarga yaitu pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi ± 4 tahun yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah di rawat di Rumah Sakit Bhayangkara ± 4 tahun yang lalu dengan penyakit hipertensi. Keluarga pasien juga mengatakan pasien gemar memakan makanan yang berminyak atau berlemak seperti coto, palu basa dan goreng-gorengan. Keluarga mengatakan pasien tidak peduli dengan kesehatannya dan pasien juga hanya mengkonsumsi obat hipertensi jika pasien merasa sakit kepala dan leher terasa tegang.

Pada tinjauan teoritis, ada beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan Infark Miokard Akut (IMA), yaitu: merokok, hipertensi sistemik, obesitas, diabetes mellitus, jenis kelamin, usia. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. "M" di temukan penyebab Infark Miokard Akut (IMA) yaitu: merokok, umur dan hipertensi.

Di dalam rokok terdapat zat nikotin yang dapat merusak pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah dan akan menimbulkan pembentukan kolesterol atau lemak yang mudah menempel di pembuluh darah sehingga terjadi pembentukan thrombus dan akan mengakibatkan terjadinya penyumbatan atau aterosklerosis dimana terjadinya penurunan pasokan aliran darah menuju koroner menyebabkan penurunan suplai O_2 menuju ke jantung dimana jika terjadi iskemik ≥ 30 detik akan menyebabkan Infark Miokard Akut.

Hipertensi Menyebabkan peningkatan after load yang secara tidak langsung meningkatkan beban kerja jantung, kondisi ini akan menyebabkan hipertropi ventrikel kiri sebagai kompensasi dari meningkatnya after load yang akan meningkatkan kebutuhan oksigen.

Usia beresiko meningkat pada pria di atas 45 tahun dan Wanita di atas 55 tahun (Simbolon, 2021).

Berdasarkan teori, terdapat beberapa manifestasi klinik dari Infark Miokard Akut antara lain: nyeri dada terjadi secara terus menerus dan tidak meredah, biasanya menjalar ke dagu, leher, lengan kiri, punggung, epigastrium, mual muntah, sesak nafas, keringat dingin, pusing dan berdebar-debar pada dada.

Berdasarkan manifestasi klinis dari tinjauan teoritis, terdapat beberapa gejala yang tidak dialami pasien antara lain: pusing, berdebar-debar pada dada, nyeri tidak menjalar ke dagu, leher dan punggung.

Berdasarkan data-data di atas, penulis menarik kesimpulan bahwa dengan hasil pengamatan menunjukkan tidak ada kesenjangan yang terjadi antara teori dan pada kasus yang ditemukan langsung pada pasien karena penyebab serta tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat pada tinjauan teori.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan manifestasi klinis yang didapatkan penulis dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Resiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan kontraktilitas. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang dan

menjalar ke tangan sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, pasien juga mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 7, kondisi umum lemah, akral dingin, nadi teraba kuat, pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 160/100 mmHg, N: 118 x/menit, P: 29 x/menit, S: 37,2 °C. Hasil EKG menunjukkan ST Elevasi dan hasil Foto Thoraks ditemukan adanya cardiomegaly.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri, tembus ke belakang dan menjalar ke tangan sebelah kiri, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan jika bergerak, nyeri skala 7 dan nyeri yang dirasakan terus menerus.

Adapun diagnosis keperawatan yang tidak terpakai pada kasus yaitu:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Alasan mengapa penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak terdapat adanya tanda dan gejala yang mengarah pada gangguan pola napas.
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Alasan mengapa penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena walaupun pasien merasakan Lelah, diagnosa ini akan tertangani jika diagnosa utama resiko penurunan curah jantung dapat teratasi dengan baik.
- c. Resiko syok ditandai dengan hipoksia. Alasan mengapa penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak terdapat adanya tanda dan gejala yang mengarah pada terjadinya resiko syok.

3. Perencanaan keperawatan

Setelah dilakukan proses pengkajian, penentuan masalah keperawatan, dan penegakan diagnosis. Selanjutnya penulis Menyusun rencana asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observasi, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Adapun perencanaan keperawatan disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

Berdasarkan diagnosa resiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan kontraktilitas, maka rencana asuhan keperawatan yang diberikan dalam masalah ini yaitu Perawatan Jantung Akut yang meliputi tindakan observasi identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi dan frekuensi), monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T, monitor saturasi oksigen. Tindakan terapeutik: pertahankan tirah baring minimal 12 jam, tindakan edukasi: anjurkan segera melaporkan nyeri dada, jelaskan tindakan yang dialami pasien. Tindakan kolaborasi pemberian antiangina, kolaborasi pemberian morfin, kolaborasi pemberian x-ray dada.

4. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah yang diharapkan telah dicapai. Dari hasil evaluasi yang dilakukan di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar selama penulis melakukan poses asuhan keperawatan gadar pada 08 juni 2022 sebagai berikut:

Risiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan kontraktilitas. Berdasarkan hasil evaluasi yang telah dilakukan, penulis menyimpulkan bahwa masalah risiko penurunan curah

jantung belum teratsi dibuktikan dengan pasien masih mengeluh nyeri dada di sebelah kiri, pemeriksaan tanda-tanda vital akhir TD: 155/100 mmHg, N: 116 x/menit, P: 27 x/menit, S: 36,9%.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN:

Judul *Evidence Based Nursing* yang digunakan penulis yaitu: “teknik farmakologi yaitu terapi menggunakan morfin sebagai *Evidence Based* untuk mengurangi nyeri pada pasien dengan *Infark Miokard Akut*”.

2. Diagnosa keperawatan:

Diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan EBN yaitu diagnosa Resiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan kontratilitas dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis, dimana pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang dengan skala nyeri 7.

3. Luaran yang diharapkan:

Luaran yang diharapkan setelah diberikan intervensi yaitu nyeri yang dirasakan menurun.

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN:

Intervensi yang mengacu pada EBN yaitu perawatan jantung akut dengan menggunakan teknik farmakologi (pemberian Morfin) untuk mengurangi nyeri pada pasien.

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN:

Terapi morfin merupakan terapi kolaborasi dimana morfin diberikan melalui intravena yang dapat menghambat trombosit serta mengurangi nyeri pada pasien infark miokard akut.

a) Tujuan/Rasional EBN pada kasus askep:

Tujuan dilakukan intervensi pemberian terapi obat morfin yaitu untuk menghambat trombosit dan menangani nyeri pada pasien infark miokard akut.

- b) PICOT EBN 1 Impact of Morphine Treatment With and Without Metoclopramide Coadministration on Myocardial Microvascular Injury in Acute Myocardial Infarction (Problem, Intervensi, Comparison, Outcome dan Time):

| Komponen | Uraian |
|--------------------|--|
| Problem/population | <i>Infark Miokard Akut</i> atau dikenal juga sebagai serangan jantung, umumnya disebabkan oleh penyumbatan arteri koroner secara tiba-tiba akibat terdapat plak lemak aterosklerosis, yang mengakibatkan terbentuknya sumbatan sehingga memutuskan aliran darah ke otot jantung, ada pun tanda dan gejala yang khas yaitu nyeri pada dada sebelah kiri, tembus ke belakang dan menjalar ke tangan. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 138 pasien IMA |
| Intervention | Salah satu terapi farmakologi yaitu terapi pemberian Morfin. Terapi Morfin merupakan terapi kolaborasi pemberian obat yang diberikan melalui intravena (IV), dengan dosis 5 mg dengan durasi pemberian obat selama 10 menit. |
| Comparison | Pada penelitian yang dilakukan (Stiermaier et al., 2021) tentang pemberian Morfin dan Morfin+ |

| | |
|---------|--|
| | <p>Metocloperamide didapatkan hasil bahwa pemberian kedua obat diatas sama-sama dapat mengurangi rasa nyeri. Pada kandungan yang terdapat dalam morfin yaitu alkaloid yang ditemukan pada opium, getah kering (lateks) yang berasal dari getah irisan biji menta opium atau biasa disebut poppy (papaver somniferum), dengan mekanisme kerja morfin yaitu menghambat sinyal nyeri ke otak sehingga lebih efektif menurunkan nyeri pada pasien infark miokard akut.</p> |
| Outcome | <p>Dapat disimpulkan dari hasil penelitian bahwa pemberian terapi morfin lebih efektif menurunkan sakla nyeri pada pasien infark miokard akut.</p> |
| Time | <p>Oktober 2021</p> |

- c) PICOT EBN 2 Effect and Safety of Morphine Use in Acute Anterior ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (Problem, Intervensi, Comparison, Outcome dan Time):

| Komponen | Uraian |
|--------------------|--|
| Problem/population | Penyakit <i>Infark Miokard Akut</i> (IMA) adalah nekrosis miokard yang terjadi akibat adanya gangguan darah ke otot jantung, infark miokard akut terjadi akibat adanya penyumbatan coroner dengan iskemia yang berkepanjangan sehingga dapat menyebabkan infark. Keluhan utama yang khas pada pasien IMA yaitu nyeri pada bagian dada sebelah kiri tembus ke belakang dan menjalar ke tangan sebelah kiri. Populasi dalam penelitian ini yaitu 969 pasien. |
| Intervention | Dalam penelitian (Bonin et al., 2018) ini menggunakan terapi farmakologi yaitu terapi Morfin. Terapi Morfin pada umumnya digunakan untuk mengomati nyeri dada selama Infark Miokard Akut dengan dosis 5 mg / IV. |
| Comparison | Pada penelitian ini membandingkan antara 2 kelompok yang dimana kelompok yang pertama menerima pengobatan morfin didapatkan nyeri yang dirasakan mulai menurun sedangkan pada kelompok yang kedua yang tidak |

| | |
|---------|---|
| | diberikan terapi morfin didapatkan nyeri masih dirasakan. |
| Outcome | Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa penerapan terapi farmakologi Morfin yang dilakukan pada pasien infark miokard akut dengan keluhan nyeri di dapatkan hasil yang signifikan artinya terapi pemberian morfin berpengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien infark miokard. |
| Time | Juli 2018 |

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien Tn. "M" dengan *Infark Miokard Akut* di unit IGD Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian: keluarga mengatakan pasien, pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak \pm 4 tahun yang lalu. Pada saat dilakukan *triage* pasien mengeluh sesak nafas dan nyeri pada dada sebelah kiri, tembus ke belakang dan menjalar ke tangan sebelah kiri. Tampak pernafasan pasien: 29 x/menit, SPO₂: 88%, nadi: 118 x/menit, terabah kuat, tekanan darah: 160/100 mmHg, CRT > 3 detik dan tampak pasien sianosis atau kebiru-biruan.
2. Diagnosa keperawatan: diagnosa *Infark Miokard Akut* pada Tn.M yaitu resiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan kontratilitas.
3. Rencana keperawatan: dari rencana keperawatan yang sudah penulis susun, pada dasarnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teori: meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, tindakan kolaborasi dan penyuluhan. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama baik dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan sarana yang ada di Rumah Sakit.

4. Tindakan keperawatan: setelah perawatan yang dilakukan selama kurang lebih 3 jam yang dibantu oleh rekan dan perawat, implementasi yang telah direncanakan dapat terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama kurang lebih 3 jam, penulis menemukan bahwa masalah pada diagnosa resiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan kontratilitas belum teratasi karena pada hasil evaluasi SOAP didapatkan pasien masih tampak terlihat lemah, pasien masih terlihat sianosis, pasien sudah tidak merasa muntah muntah dan pasien mengatakan masih merasa nyeri pada dada sebelah kiri, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada skala nyeri 6, Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul, tekanan darah: 155/100 x/menit nadi: 116 x/menit.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan antara lain:

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dengan semakin meningkatnya angka kejadian yang disebabkan penyakit infark miokard akut (IMA) maka penulis mengharapkan agar rumah sakit lebih meningkatkan kualitas pelayanan terutama sarana dan prasarana dalam meningkatkan mutu pelayanan pada pasien IMA.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Hendaknya perawat tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan terutama pada pasien IMA yang gangguan

resiko penurunan curah jantung dengan menggunakan kolaborasi dalam pemberian morfin sebagai salah satu pilihan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien IMA.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi dapat lebih meningkatkan pengetahuan, keterampilan atau praktek khususnya dalam bidang keperawatan kegawatdaruratan dan mengikuti perkembangan terbaru dalam bidang keperawatan gawat darurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyunto, F. (2019). Tinjauan Tarif Ina-Cbgs Pada Pasien Kasus Infark Miokard Akut Di Rsud K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang Bulan Januari–Juni Tahun 2018. *Afiasi : Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(3), 76–82. <https://doi.org/10.31943/afiasi.v4i3.65>
- Arif Muttaqin. (2014). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardivaskuler Dan Hematologi. *Jakarta: Salemba Medika*.
- Artawan, I. K., Wijaya, I. M., Arini, L., & Sunirda, I. (2019). Gambaran Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Infark Miokard Akut Dengan Nyeri AKut Di Ruang Emergency Cardio RSUP Sanglah Denpasar. *Jurnal Kesehatan Medika Undaya*, 05(01), 10–25. <https://doi.org/10.47859/jmu.v5i1.148>.
- Bonin, M., Mewton, N., Roubille, F., Morel, O., Cayla, G., Angoulvant, D., Elbaz, M., Claeys, M. J., Garcia-Dorado, D., Giraud, C., Rioufol, G., Jossan, C., Ovize, M., Guerin, P., Cung, T. T., Bonnefoy-Cudraz, E., Delarche, N., Coste, P., Vanzetto, G., ... Derumeaux, G. (2018). Effect and safety of morphine use in acute anterior ST-segment elevation myocardial infarction. *Journal of the American Heart Association*, 7(4), 22-30. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006833>
- Budiarti, Novi Yulia. (2020). Literatur Mengenai Penggunaan Trombolitik Pada ST- Elevation Myocardial Infarction. *Sustainability (Switzerland)*, 4(1), 1–9.
- Cookson, M. D., & Atirk, P. M.R (2019). Asuhan Keperawatan Gadar Pada Pasien Kardiovaskuler.
- Indra, Z., Aprianti, S., & R, D. E. (2016). Indeks Aterogenik Plasma Di Infark Miokard Akut Dan Penyakit Diabetes Melitus. *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*, 21(3), 224. <https://doi.org/10.24293/ijcpml.v21i3.731>
- Iriani & Dessy. (2019). Program Pendidikan Dokter Spesialis. jurnal kegawatdaruratan dengan pasien infark miokard akut.
- Lathifah, A. (2018). Poltekkes Kemenkes Yogyakarta *Jurnal Kesehatan Gawat Darurat Pada Pasien Infark Miokard Akut*, 5(1), 7–25.

- Lily Sulistyowati, 2017. (2017). 616.98 Ind p. In *Journal Of Information And Prevalence Of Patients With Acute Myocardial Infarction* (Vol. 53, Issue 9).
- Monita Aprilia. (2020). *Literatur review: discharge planning pada pasien dengan infark miokard akut*.
- Musliha. (2016). *Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Dengan Infark Miokard Akut*, 19(6), 13-23.
- Nuraeni, A., Setyawati, A., Sutendi, L. Y., Widiarto, M. D., Herviyanti, M. M., Putri, M. Y., Fitriani, M. N., Nurjaman, M. F., P, M. M., Mubarok, M. M., Yudha, N. P., Rahayu, N. R., Lestari, N. A., Ningsih, N. A., F, N. F., & Lestari, R. S. P., (2022). Manajemen Exercise Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner: *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*. 7(2), 195–206. <http://doi.org/10.30651/jkm.v7i2.11558>.
- Nurkhalis. (2020). Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Gagal Jantung. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 3(3), 36–45.
- Riungu, J., Ronteltap, M., & van Lier, J. B. (2018). Build-up and impact of volatile fatty acids on *E. coli* and *A. lumbricoides* during co-digestion of urine diverting dehydrating toilet (UDDT-F) faeces. *Journal of Environmental Management*, 2(15), 22–31. <https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2018.02.076>
- Salim, A., Suryaatmadja, M., & Hanafi, D. (2018). Pemeriksaan Ckmb Dan Hs-Troponin T Pada Pasien Infark Jantung Dengan Peningkatan Segmen Non-St. *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*, 20(2), 160. <https://doi.org/10.24293/ijcpml.v20i2.1086>
- Sari, E. P. (2018). Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instansi Gawat Darurat. Universitas Muhammadiyah Surakarta. *Jurnal Medika Udaya*, 5(3), 10. <https://doi.org/10.52317/ehj.v3i2.249>.
- Simbolon, T. J. (2021). *Karya Tulis Ilmiah Literature Review : Gambaran Karakteristik Pasien Penderita Infark Miokard Akut Bagi Prodi DIII Jurusan Keperawatan Tahun 2021*.
- Stiermaier, T., Schaefer, P., Meyer-Saraei, R., Saad, M., de Waha-Thiele, S., Pöss, J., Fuernau, G., Graf, T., Kurz, T., Frydrychowicz, A., Barkhausen, J., Desch, S., Thiele, H., & Eitel, I. (2021). Impact of

morphine treatment with and without metoclopramide coadministration on myocardial and microvascular injury in acute myocardial infarction: Insights from the randomized monami trial. *Journal of the American Heart Association*, 10(9), 23. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.018881>

Tisa Kurniati. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Infark Miokard Akut. *World Development*, 1(1), 1–15. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.01.003%0A>

Widiyanto, B., & Yamin, L. S. (2014). Terapi oksigen terhadap perubahan saturasi oksigen melalui pemeriksaan oksimetri pada pasien infark miokard akut (IMA). *Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah*, 2(14), 138–143.

Yeni Wadu. (2019). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dengan ST Elevasi Miokard Infark, 2(3), 1-10. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.126.1.78>

Yuni, S., & Aprianti, M. (2020). Literatur Review: Self Manajemen Penderita Jantung Koroner. *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 11(2), 1-18. <https://doi.org/10.32382/jmk.v11i2.1703>

Lampiran I

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : Clara Tira Arung Matana (NS2114901026)

Darma Caesaria Daben (NS2114901031)

Pembimbing I : Mery Solon, Ns., M.Kes

Judul: " Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada pasien Tn. M dengan diagnosa *Infark Miokard Akut* di ruang IGD RS Bhayangkara Makassar "

| NO. | TANGGAL | MATERI BIMBINGAN | SARAN | PEMBIMBING | | MAHASISWA | |
|-----|------------|---|------------------------------------|---|---|---|----|
| | | | | II | I | I | II |
| 1. | 07/06/2022 | Mengajukan kasus "Asuhan keperawatan pada pasien dengan IMA di ruang IGD RS Bhayangkara Makassar" | Perbaiki pengkajian |  |  |  | |
| 2. | 10/06/2022 | Membahas asuhan keperawatan | Perbaiki asuhan keperawatan |  |  |  | |
| 3. | 17/06/2022 | Membahas asuhan keperawatan | Perbaiki diagnosa dan intervensi |  |  |  | |
| 4. | 21/06/2022 | Membahas asuhan keperawatan | Perbaiki implementasi dan evaluasi |  |  |  | |
| 5. | 27/06/2022 | BAB IV | Perbaiki pembahasan. |  |  |  | |

| | | | | | | |
|----|------------|-----------------|--|--|---|---|
| 6. | 04/07/2022 | BAB IV BAB V | Perbaiki simpulan dan saran, Perbaiki jurnal EBN |  |  |  |
| 7. | 09/07/2022 | BAB IV | Perbaiki pada jurnal EBN |  |  |  |

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : Clara Tira Arung Matana (NS2114901026)
 Darma Caesaria Daben (NS2114901031)

Pembimbing II : Jenita Laurensia Saranga', Ns.,M.Kep

Judul: " Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada pasien Tn. M dengan diagnosa *Infark Miokard Akut* di ruang IGD RS Bhayangkara Makassar"

| NO. | TANGGAL | MATERI BIMBINGAN | SARAN | PEMBIMBIG | MAHASISWA | |
|-----|------------|---------------------------|--|-----------|-----------|-----|
| | | | | II | I | II |
| 1. | 07/06/2022 | Membahas Bab I dan II | Perbaiki latar belakang (disusun mulai dari trend-referensi terbaru prevelensi IMA didunia, Sulawesi dan makassar. | Jr. | Jr. | Dab |
| 2. | 17/06/2022 | Membahas Bab I dan II | Konsul pada patoflodiagram | Jr. | Jr. | Dab |
| 3. | 23/06/2022 | Membahas BAB I dan BAB II | Penambahan teori pada BAB I dan patoflodiagram | Jr. | Jr. | Dab |
| 4. | 24/06/2022 | Membahas BAB I dan BAB II | Perbaikan pada BAB I dan BAB II tentang daftar pustaka | Jr. | Jr. | Dab |
| 5. | 04/07/2022 | Membahas BAB I dan BAB II | Perbaikan pada BAB I | Jr. | Jr. | Dab |