



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA
TN "A" DENGAN DIAGNOSA MEDIS INFARK
MIOKARD AKUT DI INSTALASI GAWAT
DARURAT RUMAH SAKIT STELLA
MARIS MAKASSAR**

OLEH :

**ANDI IRMA SURYANA (NS2214901007)
GRACIELA TALEBONG (NS2214901062)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2023**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA
TN "A" DENGAN DIAGNOSA MEDIS INFARK
MIOKARD AKUT DI INSTALASI GAWAT
DARURAT RUMAH SAKIT STELLA
MARIS MAKASSAR**

OLEH :

**ANDI IRMA SURYANA (NS2214901007)
GRACIELA TALEBONG (NS2214901062)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2023**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Andi Irma Suryana (NS2214901007)
2. Graciela Talebong (NS2214901062)

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

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, Rabu 14 Juni 2023

Yang menyatakan



(Andi Irma Suryana)



(Graciela Talebong)

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

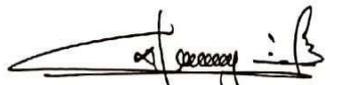
Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn "A" dengan Diagnosa Medis Infark Miokard Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar" .

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa/Nim : Andi Irma Suryana (NS2214901007)
Graciela Talebong (NS2214901062)

Disetujui oleh :

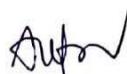
Pembimbing I


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

Pembimbing II


(Serlina Sandi. Ns.,M.Kep)
NIDN : 091306201

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar


Fransiska Anita, Ns, M.Kep., Sp. Kep., MB
NIDN : 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Andi Irma Suryana (NS2214901007)
2. Graciela Talebong (NS2214901062)
Program Studi : Profesi Ners
Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn "A"
Dengan Diagnosa Medis Infark Miokard Akut di
Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris
Makassar.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Mery Solon, Ns., M.Kes
Pembimbing 2 : Serlina Sandi, Ns., M.Kep
Penguji 1 : Rosdewi, S.Kep., MSN
Penguji 2 : Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep
Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 14 Juni 2023



Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdur, S.Si., Ns., M.Kes
NIDN : 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Andi Irma Suryana (NS2214901007)
2. Graciela Talebong (NS2214901062)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, menggalih informasi, merawat dan mempublikasikan Karya Ilmiah Akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenarnya.

Makassar, 14 Juni 2023

Yang menyatakan,



(Andi Irma Suryana)



(Graciela Talebong)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn “A” Dengan Diagnosa Medis Infark Miokard Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Penulis menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini telah melibatkan banyak pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung, dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini, terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.kep.Sp.Kep.MB selaku wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery sambo, Ns.,M.Kep, selaku ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar.
4. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku pembimbing I yang telah membimbing dengan sangat baik selama proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Serlina Sandi, Ns., M.Kep selaku pembimbing II yang telah membimbing dengan sangat baik selama proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Rosdewi, S.Kep., MSN selaku penguji I dan Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep selaku Penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti Pendidikan.

8. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di UGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Teristimewa Orang Tua dari Andi Irma Suryana, dan Orang Tua dari Graciela Talebong serta kakak-kakak, keluarga, saudara/i, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
10. Tn. A dan keluarga yang telah meluangkan waktu dan bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
 1. Seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2022 yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu, yang telah bekerja sama selama mengikuti praktik lapangan maupun dalam memberikan kritik dan sarannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak sehingga menjadi bahan masukan bagi peneliti untuk peningkatan dimasa yang akan datang, khususnya bidang ilmu keperawatan. Semoga Tuhan selalu mencurahkan Rahmat dan Kasih-Nya kepada semua pihak yang telah membantu meneliti.

Makassar, 14 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	3
C. Manfaat Penelitian	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi Fisiologi	8
3. Etiologi	12
4. Patofisiologi	14
5. Manifestasi Klinik	15
6. Tes Diagnostik	16
7. Penatalaksanaan Medik	17
8. Komplikasi	20

B. Konsep Dasar Keperawatan	21
1. Pengkajian.....	21
2. Diagnosa Keperawatan	26
3. Menyusun Luaran Sesuai dengan SLKI	26
4. Perencanaan Pulang	31
5. Pathway	32
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	35
B. Identitas Pasien	36
C. Pengkajian	36
D. Analisa Data	45
E. Intervensi Keperawatan	47
F. Implementasi Keperawatan	50
G. Evaluasi Keperawatan	52
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	58
B. Pembahasan Penerapan EBN	63
BAB V HASIL PENUTUP	
A. Simpulan	70
B. Saran	71
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung	8
----------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium	44
Tabel 3.2 Analisa Data	45
Tabel 3.3 Perencanaan Keperawatan	47
Table 3.4 Implementasi Keperawatan	50
Table 3.5 Evaluasi Keperawatan	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsul Pembimbing

Lampiran 2 : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu penyakit kardiovaskuler yang banyak diderita adalah Penyakit Jantung Koroner (PJK). Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan salah satu penyebab kematian terbesar di seluruh dunia. Di Indonesia, sekitar sepertiga dari total seluruh kematian yang terjadi disebabkan oleh PJK yang menjadi penyebab utama (Utama et al., 2022).

Berdasarkan presentasi klinis yang ditimbulkan, Penyakit Jantung Koroner (PJK) dibedakan menjadi 2 kategori yaitu *Chronic Coronary Syndrome* (CCS) dan *Acute Coronary Syndrome* (ACS). *Acute Coronary Syndrome* merupakan suatu masalah kardiovaskuler yang utama karena menyebabkan angka perawatan rumah sakit dan angka kematian yang tinggi. ACS adalah suatu kumpulan gejala ditandai dengan angina pektoris tidak stabil atau *Unstable Angina Pectoris*, infark miokard dengan ST Elevasi (*ST Elevation Myocard Infarct/STEMI*). STEMI merupakan suatu kondisi yang mengakibatkan kematian sel miosit jantung karena iskemia yang berkepanjangan akibat oklusi koroner akut. STEMI terjadi akibat stenosis total pembuluh darah koroner sehingga menyebabkan nekrosis sel jantung yang bersifat irreversibel (Sirilus et al., 2022).

Infark Miokard Akut (IMA) merupakan suatu keadaan pada miokard yang disebabkan oleh tidak adanya aliran darah yang cukup pada waktu yang berkelanjutan. Sehingga terjadi kekurangan oksigen pada jaringan tersebut yang mengakibatkan kematian jaringan miokard atau dengan kata lain kematian sel miokard terjadi akibat kekurangan oksigen yang berkepanjangan. Jika aliran darah terputus atau hantaran oksigen setelah sekitar 20 menit maka sel miokard mulai mati (Ariska et al., 2021).

Menurut data *World Health Organization (WHO)* tahun 2020 prevalensi IMA mencapai 36% dari total seluruh kematian. Sedangkan tahun 2021 prevalensi IMA mencapai 38,2% dan tahun 2022 prevalensi IMA mencapai 39,8%. Angka ini dua kali lebih tinggi dari angka kematian akibat kanker (WHO, 2022). Sedangkan menurut data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan, prevalensi tertinggi untuk penyakit kardiovaskuler di Indonesia adalah PJK, yakni sebesar 1,5%. Sementara menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2020 prevalensi IMA mencapai 1,7% dan tahun 2021 meningkat mencapai 1,92% dan tahun 2022 mengalami kenaikan signifikan yaitu di angka 2,13%. (Kemenkes, 2022).

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2020 kejadian IMA mencapai 12.895 kasus. Sedangkan tahun 2021 kejadian IMA meningkat sebanyak 13.732 kasus dan tahun 2022 kejadian IMA sebanyak 14.221 kasus. Melihat angka di atas terjadi peningkatan secara signifikan. Hal ini tentu menjadi perhatian khusus bagaimana menangani kasus IMA dengan baik (Kemenkes, 2022).

Menurut Wildana (2021), pasien yang mengalami penyakit IMA harus segera diberikan penanganan yang tepat dan di waktu yang cepat (*golden period*). Namun, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keterlambatan saat tiba di rumah sakit sehingga dapat melewati fase *golden period*. Upaya penanggulangan penyakit IMA yang melibatkan keluarga dan orang terdekat sangat diperlukan, sehingga mampu meminimalisir angka kematian dan kecacatan yang diakibatkan oleh penyakit IMA.

Menurut Fahira (2021), terapi yang diberikan pada pasien IMA agar dapat menurunkan resiko kematian, meminimalkan infark, menyelamatkan fungsi miokard, mencegah terjadinya komplikasi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Adapun terapi untuk IMA yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis, seperti

vasodilator nitrat, antiplatelet, trombolitik, anti koagulan, ACE Inhibitor, β -blocker, dan Calcium Channel Blocker. Sedangkan tindakan non farmakologi berupa pemberian terapi oksigen disertai pengaturan posisi semi fowler 45 derajat. Semi fowler 45 derajat merupakan pengaturan posisi pasien setengah duduk di tempat tidur untuk meningkatkan saturasi oksigen serta membantu fungsi penghantaran oksigen dalam tubuh. Terapi oksigen melalui nasal kanul bertujuan meningkatkan saturasi oksigen, mencegah atau memperbaiki hipoksia jaringan dan mempertahankan oksigenasi agar tetap adekuat. Tindakan tersebut sangat efektif untuk meningkatkan dan mempertahankan saturasi oksigen agar tetap dalam rentan normal (95%-100%).

Berdasarkan data di atas, prevalensi dan mortalitasnya meningkat tiap tahun dan kasus IMA merupakan kegawatdaruratan pada penyakit jantung. Sehingga bila penanganannya terlambat bisa menyebabkan infark jantung semakin meluas, sehingga sel otot jantung mengalami nekrosis jaringan miokard yang berdampak ke resiko angka mortalitas pada pasien IMA. Oleh karena itu perawat mempunyai peranan penting dalam kegawatdaruratan yang cepat dan tepat agar setiap pasien yang mengalami IMA dapat ditangani dengan baik.

B. Tujuan Penelitian

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah:

1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan keperawatan gawat darurat pada Tn "A" dengan diagnosa medis *Infark Miokard Akut* di instalasi gawat darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada Tn "A" dengan diagnosa medis *Infark Miokard Akut* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada Tn “A” dengan diagnosa medis *Infark Miokard Akut* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada Tn “A” dengan diagnosa medis *Infark Miokard Akut* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn “A” dengan diagnosa medis *Infark Miokard Akut* berdasarkan *evidence based nursing* (EBN) di Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada Tn “A” dengan diagnosa medis *Infark Miokard Akut* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi Rumah Sakit untuk lebih meningkatkan pelayanan keperawatan di bagian gawat darurat khususnya mengenai *Infark Miokard Akut* khususnya di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Bagi Profesi keperawatan

Sebagai bahan penelitian ini diharapkan akan menjadi acuan untuk mengevaluasi efektifitas pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Infark Miokard Akut*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan penelitian dapat menjadi bahan bacaan dan referensi bagi mahasiswa keperawatan yang akan melakukan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan *Infark Miokard Akut*.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah metode deskriptif dalam membentuk studi kasus yaitu:

1. Studi Pustaka

Data yang diperoleh berupa referensi buku maupun jurnal yang terintegrasi dengan kasus yang dijadikan sebagai bahan karya ilmiah akhir

2. Studi Kasus

Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yaitu yang meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan. Data dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu:

a. Wawancara

Dengan melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga, serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien.

b. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

c. Dokumentasi Riwayat Medis Pasien

Catatan riwayat medis yang berhubungan dengan pasien seperti riwayat penyakit terdahulu, serta riwayat kesehatan pasien.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari bab I sampai dengan bab V.

- BAB I : Pendahuluan yang menggunakan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.
- BAB II : Bab ini menggunakan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *discharge planning* (perencanaan pulang) dan patoflodiagram.
- Bab III : Tinjauan kasus yang menguraikan tentang pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta daftar obat pasien.
- BAB IV : Pembahasan kasus yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan fakta dari kasus-kasus kelolaan yang ditemukan di lapangan
- BAB V : Simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Infark Miokard Akut (IMA) merupakan kematian atau nekrosis jaringan miokard akibat penurunan secara tiba-tiba aliran darah arteri koronaria ke jantung atau terjadinya peningkatan kebutuhan oksigen secara tiba-tiba tanpa perfusi arteri koronaria yang cukup. Infark miokard dapat disebabkan oleh penyempitan kritis arteri koronaria akibat aterosklerosis atau oklusi arteri komplet akibat embolus atau thrombus. Penurunan aliran darah koroner dapat disebabkan oleh syok, hemoragi dan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada jantung (Kurnia, 2021).

Infark Miokard Akut merupakan gangguan aliran darah ke jantung yang menyebabkan sel otot jantung mengalami hipoksia. Pembuluh darah koronaria mengalami penyumbatan sehingga aliran darah yang menuju otot jantung terhenti, kecuali sejumlah kecil aliran kolateral dari pembuluh darah di sekitarnya. Daerah otot yang sama sekali tidak mendapat aliran darah atau alirannya sangat sedikit sehingga tidak dapat mempertahankan fungsi otot jantung, dikatakan mengalami infark (Nasanah, 2021).

Infark Miokard Akut merupakan kematian sel – sel otot jantung karena iskemia yang berlangsung lama akibat adanya oklusi di arteri koroner. Akibat adanya kematian sel – sel miokard dikarenakan suplai oksigen ke miokard, maka kompensasi dari miokard adalah dengan melakukan metabolisme anaerob agar jantung tetap tersuplai oksigen ke seluruh tubuh. Hasil dari metabolisme anaerob inilah yang menyebabkan peningkatan asam laktat dimana dapat meningkatkan nyeri dada yang dirasakan pasien infark miokard akut (Vike, 2019).

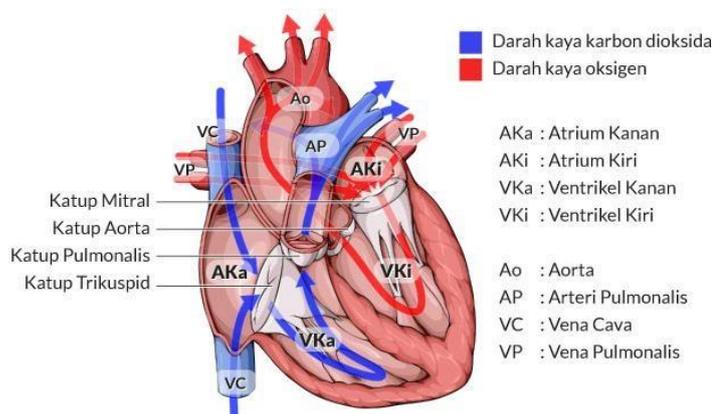
Berdasarkan pengertian di atas, maka peneliti menyimpulkan bahwa IMA merupakan penyakit akibat penurunan suplai oksigen dalam darah secara tiba-tiba karena penyempitan arteri koroner yang disebabkan aterosklerosis.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Jantung

1) Letak Jantung

Jantung terletak di mediastinum diantara costae kedua dan keenam, yaitu kompartemen pada bagian tengah rongga thoraks diantara dua rongga paru. Mediastinum merupakan struktur dinamis, lunak yang digerakkan oleh struktur-struktur terdapat di dalamnya (jantung) dan mengelilinginya (diafragma dan gerakan lain pada pernafasan) serta efek gravitasi dan posisi tubuh). Ukuran jantung sekitar satu kepalan tangan dengan berat pada rentang 7-15 ons (200-425 gram). Dalam setiap harinya jantung mampu memompa sampai dengan 100.000 kali dan dapat memompa darah sampai dengan 7.571 liter (Oliver, 2019).



Gambar 2.1 Anatomi Jantung

Sumber : Setiadi (2019).

2) Ruang Jantung

Jantung manusia mempunyai empat ruang berongga di bagian tengahnya yang berfungsi sebagai tempat menampung darah yang masuk ke jantung dan yang kemudian darah tersebut akan dikeluarkan dari jantung. Ruang-ruang jantung tersebut adalah atrium jantung terbagi berdasarkan letaknya, yaitu atrium kanan dan atrium kiri. Atrium jantung berfungsi menampung darah yang masuk ke jantung melalui pembuluh darah vena pulmonalis untuk atrium kiri dan pembuluh darah vena cava atrium kanan. Ventrikel jantung Terbagi berdasarkan letaknya, yaitu ventrikel kanan dan ventrikel kiri. Ventrikel jantung berfungsi menampung darah yang berasal dari ruang atrium kemudian memompanya keluar melalui pembuluh darah aorta untuk ventrikel kiri dan pembuluh darah arteri pulmonalis untuk ventrikel kanan (Gama, 2019).

3) Katup Jantung

Katup jantung atau yang disebut sebagai valve mempunyai fungsi sebagai pintu pembatas antara ruang-ruang yang mempunyai kemampuan membuka dan menutup. Terdapat dua jenis katup jantung di dalam rongga jantung manusia, yaitu katup atrioventrikularis adalah katup jantung yang berada di antara ruang atrium dengan ruang ventrikel. Fungsi katup A.V adalah mencegah aliran balik darah dari ventrikel kembali ke atrium selama fase Sistole. Katup ini terbagi atas katup bikuspidalis/katup mitral yaitu katup jantung yang mempunyai dua daun katup yang membatasi ruang atrium kiri dengan ventrikel kiri. Katup trikuspidalis katup jantung yang mempunyai tiga daun katup membatasi ruang atrium kanan dengan ventrikel kiri (Gama, 2019).

4) Selaput Pembungkus Jantung

Selaput pembungkus jantung disebut perikardium. Fungsi selaput ini adalah untuk melindungi jantung dari gesekan dengan organ-organ sekitarnya seperti tulang rusuk dan paru-paru. Selaput pembungkus jantung tersusun atas dua lapis, yaitu lamina parietalis dimana lapisan perikardium sebelah luar yang disebut sebagai parietal layer adalah selaput perikardium yang melekat pada tulang rusuk, rongga dada dan organ paru-paru. Sedangkan lamina viseralis yaitu lapisan perikardium sebelah dalam yang melekat pada jantung pada lapisan epikardium. Di antara kedua lapisan perikardium ini terdapat ruang pericardium (*pericardial cavity*) yang berisi cairan yang disebut serous yang berfungsi sebagai bantalan cair pelindung jantung (Ninie, 2019).

5) Lapisan penyusun dinding jantung

Dinding jantung yang tebal ini tersusun atas tiga lapisan penyusun dinding jantung lapisan epikardium dimana lapisan epikardium adalah lapisan dinding terluar jantung yang tersusun atas jaringan ikat dan lemak yang berfungsi sebagai pelindung tambahan jantung di bawah lapisan perikardium. Lapisan miokardium yaitu miokardium adalah lapisan dinding jantung kedua di bawah epikardium. Lapisan ini adalah lapisan paling tebal yang terdiri atas jaringan otot-otot jantung. Lapisan miokardium inilah yang memungkinkan terjadinya gerak jantung berdenyut memompa darah ke seluruh tubuh. Lapisan endokardium adalah lapisan dinding jantung paling dalam yang bertemu dengan jantung darah, terdiri atas jaringan epitel skuamosa (Rachmawati, 2020).

6) Pembuluh Darah Jantung

Jantung mendapatkan pasokan oksigen dan zat nutrisi dari pembuluh darah yang disebut pembuluh darah koroner. Pembuluh darah ini terbagi atas dua jenis, yaitu :

a) Arteri koronaria kanan / *Right Coronary Artery* (RCA)

Arteri koroner kanan keluar dari sinus aorta kanan dan berjalan sepanjang dinding jantung di celah antara atrium kanan dan kiri, kemudian menuju bagian apeks (bawah) jantung.

b) Arteri koroner utama kiri *Left Main Coronary Artery* (LMCA)

Arteri koronaria kiri keluar dari sinus aorta kiri dan kemudian mencabang menjadi dua. *Arteri Descenden Anterior/ Left Anterior Descending* (LAD). *Arteri Sirkumflex/ Left Circumflex Artery* (LCX). Vena koronaria / pembuluh darah balik vena. Pembuluh darah vena bertugas membawa karbondioksida zat ampas sisa metabolisme dari jantung untuk kemudian dibawa ke paru-paru untuk dibuang (Gama, 2019).

b. Fisiologi Jantung

Jantung dapat dianggap sebagai 2 bagian pompa yang terpisah terkait fungsinya sebagai pompa darah. Masing-masing terdiri dari satu atrium-ventrikel kiri dan kanan. Berdasarkan sirkulasi dari kedua bagian pompa jantung tersebut, pompa kanan berfungsi untuk sirkulasi paru sedangkan bagian pompa jantung yang kiri berperan dalam sirkulasi sistemik untuk seluruh tubuh. Kedua jenis sirkulasi yang dilakukan oleh jantung ini adalah suatu proses yang berkesinambungan. Ada 5 pembuluh darah mayor yang mengalirkan darah dari dan ke jantung. Vena cava inferior dan vena cava superior mengumpulkan darah dari sirkulasi vena dan mengalirkan darah tersebut ke jantung sebelah kanan (Suksmarini, 2020).

Darah masuk ke atrium kanan, dan melalui katup trikuspid menuju ventrikel kanan, kemudian ke paru-paru melalui katup pulmonal. Darah tersebut melepaskan karbondioksida, mengalami oksigenasi di paru-paru. Darah ini kemudian menuju atrium kiri melalui keempat vena pulmonalis. Dari atrium kiri, darah mengalir ke ventrikel kiri melalui katup mitral dan selanjutnya dipompakan ke aorta. Tekanan arteri yang dihasilkan dari kontraksi ventrikel kiri, dinamakan tekanan darah sistolik. Setelah ventrikel kiri berkontraksi maksimal, ventrikel ini mulai mengalami relaksasi dan darah dari atrium kiri akan mengalir ke ventrikel ini. Tekanan dalam arteri akan segera turun saat ventrikel terisi darah. Tekanan ini selanjutnya dinamakan tekanan darah diastolik. Kedua atrium berkontraksi secara bersamaan, begitu pula dengan kedua ventrikel (Kesit, 2019).

3. Etiologi

Menurut (Sudoyo, 2019) etiologi dari infark miokard akut dapat dikelompokkan sebagai berikut:

a. Berkurangnya suplai oksigen ke miokard

Menurunnya suplai oksigen disebabkan oleh tiga faktor antara lain:

1) Faktor pembuluh darah

Hal ini berkaitan dengan kepatenan pembuluh darah sebagai jalan darah mencapai sel jantung. Beberapa hal yang dapat mengganggu kepatenan pembuluh darah diantaranya aterosklerosis, spasme, dan arteritis. Spasme pembuluh darah dapat juga terjadi pada orang yang tidak memiliki riwayat penyakit jantung sebelumnya sehingga biasanya dihubungkan dengan beberapa hal, seperti mengonsumsi obat-obatan tertentu, stress emosi atau nyeri, terpajan suhu dingin yang ekstrem, dan merokok.

2) Faktor sirkulasi

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

3) Faktor darah

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

b. Meningkatkan kebutuhan oksigen

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

c. Faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya IMA yaitu:

1) Sumbatan pada arteri coroner

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

2) Sirkulasi kolateral didalam darah

Bila arteri koronaria perlahan menyempit dalam periode 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 pemompaan jantung berhubungan dengan luas dan lokasi jaringan infrak jika lebih dari separuh jaringan jantung akan mengalami kerusakan, biasanya tidak dapat berfungsi dan kemungkinan terjadi kematian.

3) Embolus

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

4. Patofisiologi

Infark miokard akut didefinisikan dalam patologi sebagai kematian sel miokard karena iskemia yang berkepanjangan. Setelah terjadinya iskemia sedangkan kematian sel histologis tidak langsung terjadi, tetapi membutuhkan periode waktu yang terbatas untuk berkembang menjadi plak - sedikitnya 20 menit. Plak aterosklerosis dalam pembuluh darah koroner akan terjadinya penyempitan lumen pembuluh darah, plak aterosklerosis dilapisi oleh fibrosa tipis sehingga sangat rentan ruptur. Ruptur aterosklerotik menyebabkan inflamasi monosit dan makrofag, pembentukan trombus, dan agregasi trombosit. Sehingga dapat menyebabkan penurunan pengiriman oksigen melalui arteri koroner yang akan mengakibatkan penurunan oksigenasi ke miokardium. Trombus yang menyumbat pembuluh darah koroner baik parsial maupun total yang mengakibatkan kematian sel miokard. Nekrosis mulai berkembang

sekitar 15-30 menit setelah oklusi koroner pada subendokardium daerah nekrotik meluas ke arah luar epikardium, miokardium yang mengalami infark mulai mengalami koagulasi nekrosis yaitu suatu proses yang ditandai dengan adanya pembengkakan sel, kerusakan organel, serta denaturasi protein, serta gagal jantung. Nekrosis pada miokard dapat menyebabkan perfusi perifer menurun akibat perubahan hemodinamika progresif, sehingga terjadi gangguan perfusi jaringan perifer yang dapat menyebabkan kematian akibat syok kardiogenik (Santosa, 2020).

5. Manifestasi Klinik

Gambaran penyakit Infark Miokard Akut dapat bervariasi dari pasien yang datang hanya untuk melakukan pemeriksaan rutin, pasien yang merasa nyeri disubsternal yang hebat dan secara cepat berkembang menjadi *shock*, pasien edema pulmonal, hingga pasien yang tampak sehat namun tiba-tiba meninggal. Serangan Infark Miokard biasanya akut dengan rasa sakit seperti angina tetapi tidak biasa. Terdapat penekanan yang luar biasa pada dada. Angina pada infark miokard akut terjadi sewaktu pasien dalam keadaan istirahat dan pada jam-jam awal di pagi hari yang dapat disertai dengan mual dan muntah. Pasien sering memperlihatkan wajah pucat dengan keringat dan kulit dingin dan disertai nadi yang berdetak cepat (Hariyono, 2020).

IMA biasanya disertai nyeri dada dan terasa menekan, yang mungkin menyebar ke leher, rahang, epigastrium seperti rasa mual dan kembung, serta muntah, bahu, atau lengan kiri. Pada sekitar 50% pasien, infark miokard didahului oleh serangan-serangan angina pektoris. Namun berbeda dengan nyeri pada angina pektoris, nyeri pada miokard infark biasanya berlangsung beberapa jam sampai hari dan tidak banyak berkurang dengan nitroglicerine. Nadi biasanya cepat dan lemah, dan pasien sering mengalami diaphoresis, mual muntah disertai keluar keringat dingin dan sesak

napas. Sesak napas timbul karena adanya sumbatan di pembuluh darah yang mengakibatkan adanya kerusakan sel sehingga kerja jantung tidak optimal dan tidak mampu memberikan suplai oksigen yang ditandai dengan napas terasa pendek, detak jantung meningkat, terdapat tanda gagal jantung, syok kemudian terjadi penurunan saturasi oksigen <90%. Pada miokard infark massif yang lebih dari 40% ventrikel kiri, timbul syok kardiogenik (Veni, 2019).

6. Tes Diagnostik

Menurut (Rachmawati, 2020), saat ini telah dikembangkan pula tes *high sensitivity C Reactive Protein (hs-CRP)* sebagai salah satu parameter yang digunakan untuk mendiagnosis IMA.

- a. *Creatine Kinase (CK)* adalah enzim yang mengkatalisis jalur kreatin-kreatinin dalam sel otot dan otak. Pada infark miokard akut CK dilepaskan dalam serum 48 jam setelah kejadian dan normal kembali setelah 3 hari. CK-MB merupakan isoenzim CK. CK maupun CK-MB meningkat pada angina pectoris berat atau iskemik reversible. Kadar meningkat 4-8 jam setelah infark dan mencapai puncak 12-24 jam kemudian. Kadarnya menurun pada hari ke-3 (Gusti, 2020).
- b. *Lactat Dehydrogenase (LDH)* merupakan enzim mengkatalisis perubahan reversible dari laktat ke piruvat. Terdapat 5 jenis isoenzim LDH. Pada otot jantung terutama ditemukan LDH1 dan LDH2. Kadarnya meningkat 8-12 jam setelah terjadi infark, mencapai puncak 24-48 jam kemudian menurun pada hari ke 7-12 (Annisaa, 2019).
- c. *Troponin T* adalah kompleks protein kontraktile yang terdapat pada filamen serabut otot termasuk otot jantung. Kadarnya meningkat 2-8 jam setelah kejadian infark, mencapai puncak pada 12-96 jam kemudian dan kadarnya mulai menurun setelah hari ke-14.
- d. *Myoglobin* terdapat pada otot skelet maupun otot jantung. Pada infark miokard akut myoglobin akan cepat dilepas dibanding CK-

MB dan Troponin serta dapat dideteksi di dalam darah dalam waktu 2 jam setelah infark dan menghilang dalam waktu kurang 24 jam setelah infark.

- e. *C-Reaktif Protein (CRP)* merupakan reaktan fase akut utama yang di produksi hati, meningkat sampai 1000 kali selama inflamasi akut, dengan waktu paruh sekitar 19 jam. Kadar CRP stabil untuk jangka waktu yang lama dengan demikian mengukur peningkatan aktivitas inflamasi jangka panjang dan tidak dipengaruhi oleh faktor lain (independen). Saat ini dikembangkan beberapa metode tes hs-CRP misalnya imunoluminimetri dan imuniturbidimetri. Standarisasi tes hs-CRP sangat penting karena interpretasinya menggunakan batasan (*cut off*) yang berbeda untuk setiap metode yang digunakan.

7. Penatalaksanaan Medik

Menurut Rumaisyah (2022), penatalaksanaan IMA di bagi menjadi dua, yaitu:

a. Terapi Farmakologis

1) Terapi fibrinolitik

Obat golongan fibrinolitik bekerja dengan cara aktivasi plasminogen dan menghasilkan plasmin yang akan memecahkan fibrin sehingga menghasilkan pemecahan bekuan. Obat-obatan fibrinolitik adalah streptokinase dan golongan *Tissue Plasminogen Activator* (t-PA) antara lain: tenecteplase (TNKase), alteplase, dan reteplase.

2) Terapi reperfusi

Salah satu cara untuk menangani pasien dengan Infark miokard akut adalah melalui tindakan PCI (*Percutaneous Coronary Intervention*). *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) adalah prosedur non-bedah dimana arteri koroner dikanolasi menggunakan kateter yang dilewatkan melalui selubung yang ditempatkan di arteri perifer mayor (femoralis

atau radial) untuk melebarkan arteri koroner dari dalam (secara transluminal).

3) Terapi anti iskemia

a) Golongan nitrat

Nitrogliserin mempunyai efek vasodilatasi koroner dan perifer yang mengakibatkan penurunan kebutuhan oksigen miokard dan meningkatkan penghantaran oksigen ke miokard. Pemberian obat ini bisa melalui di bawah lidah, spray di pipi atau intravena (IV)

b) Morfin

Morfin bekerja terutama sebagai vasodilator, dilatasi arteriol ringan dan sedikit menurunkan denyut jantung sehingga menurunkan kebutuhan oksigen miokard

c) Golongan penyekat kanal kalsium (Ca^{2+})

Diltiazem dan verapamil jarang digunakan untuk menghilangkan iskemia yang sedang terjadi, kecuali bila penyekat β tidak efektif atau ada kontraindikasi. Obat tersebut tidak digunakan pada penderita dengan gagal jantung, disfungsi ventrikel kiri, dan blok atrioventrikular

d) Golongan penyekat β

Beta blocker untuk menurunkan beban kerja jantung. Bisa juga digunakan untuk mengurangi nyeri dada atau ketidaknyamanan dan juga mencegah serangan jantung tambahan. *Beta blocker* juga bisa digunakan untuk memperbaiki terjadinya aritmia. Terdapat dua jenis yaitu *cardioselective* (metoprolol, atenolol, dan acebutolol) dan *non cardioselective* (propranolol, pindolol, dan nadolol)

4) Terapi antiplatelet dan antithrombin

a) Aspirin

Semua penderita dengan STEMI harus mendapat aspirin secepatnya. Penelitian terakhir menunjukkan penurunan

mortalitas 30% selama sekitar 1 bulan. Untuk penderita yang memiliki alergi aspirin, maka harus diberikan clopidogrel dan dipertimbangkan dilakukan desensitisasi aspirin

b) Clopidogrel

Salah satu manfaat clopidogrel yaitu dalam meningkatkan reperfusi farmakologi pada penderita STEMI.

c) *Unfractionated* heparin (UFH)

Heparin digunakan secara rutin pada penderita yang mendapat fibrinolitik spesifik fibrin selama minimum 48 jam sampai 8 hari, sehingga (bila lebih dari 48 jam, dianjurkan menggunakan antikoagulan yang lain di luar UFH oleh karena risiko trombositopenia)

d) *Low molecular weight heparin* (LMWH)

Pemberian LMWH 4-8 hari dapat menurunkan kejadian berulangnya infark sebesar 25% dibandingkan plasebo dan hampir 50% dibandingkan dengan UFH

e) Antikoagulan oral

Anjuran terbaru penggunaan warfarin sesudah infark miokard akut pada keadaan dimana fraksi ejeksi.

5) Terapi tambahan

Terapi tambahan salah satunya penyekat ACE (*Angiotensin Converting Enzyme*) diberikan dengan tujuan mengurangi remodelling ventrikel kiri yang terjadi setelah STEMI akut, mencegah dilatasi ventrikel kiri dan memulihkan fungsi sistolik ventrikel kiri. Obat ini menurunkan tekanan darah dan mengurangi cedera pada otot jantung. Obat ini juga dapat digunakan untuk memperlambat kelemahan pada otot jantung.

b. Terapi Non Farmakologis

1) Pemberian oksigen

Berikan terapi oksigen pada pasien baik kadar oksigen darah normal atau abnormal. Karena persediaan oksigen yang

melimpah untuk jaringan, sehingga dapat menurunkan beban kerja jantung. Oksigen yang diberikan 5-6 L /menit melalui nasal kanul.

2) Bedrest atau tirah baring

Pasien dalam kondisi bedrest untuk menurunkan kerja jantung sehingga mencegah kerusakan otot jantung lebih lanjut dan memberikan waktu untuk jantung istirahat.

3) Pemberian posisi semi *fowler*

Posisi semi fowler yaitu dengan menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma sehingga menurunkan terjadinya hipoksia.

8. Komplikasi

Komplikasi IMA menurut Veni (2019), yaitu:

a. Aritmia

Beberapa bentuk aritmia mungkin timbul pada IMA. Hal ini disebabkan perubahan-perubahan listrik jantung sebagai akibat iskemia pada tempat infark atau pada daerah perbatasan yang mengelilingi, kerusakan sistem konduksi, lemah jantung kongestif atau keseimbangan elektrolit yang terganggu.

b. AV blok

Blok jantung bukan penyakit yang terjadi pada jantung, tetapi dihubungkan dengan berbagai jenis penyakit jantung, khususnya penyakit arteri koroner dan penyakit jantung reumatik. Pada blok jantung atrioventrikuler (AV), kontraksi jantung lemah dan tidak memiliki dorongan yang cukup untuk mengirim darah dari atrium ke ventrikel. Denyut nadi dapat rendah, mencapai 30 kali per menit

c. Gagal jantung

Pada IMA, heart failure maupun gagal jantung kongestif dapat timbul sebagai akibat kerusakan ventrikel kiri, ventrikel

kanan atau keduanya dengan atau tanpa aritmia. Penurunan cardiac output pada pump failure akibat terjadinya IMA dapat menyebabkan perfusi perifer berkurang. Peningkatan resistensi perifer sebagai kompensasi menyebabkan beban kerja jantung bertambah. Bentuk yang paling ekstrim pada gagal jantung ini ialah syok kardiogenik.

d. Emboli/ tromboemboli

Emboli paru pada IMA: adanya gagal jantung dengan kongesti vena, disertai tirah baring yang berkepanjangan merupakan faktor predisposisi trombosis pada vena-vena tungkai bawah yang mungkin lepas dan terjadi emboli paru dan mengakibatkan kemunduran hemodinamik. Embolisasi

e. Ruptura

Komplikasi ruptura miokard mungkin terjadi pada IMA dan menyebabkan kemunduran hemodinamik. Ruptura biasanya pada batas antara zona infark dan normal. Ruptura yang komplisit (pada *free wall*) menyebabkan perdarahan cepat ke dalam cavum pericard sehingga terjadi tamponade jantung dengan gejala klinis yang cepat timbulnya.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi tiga aktivitas dasar yaitu mengumpulkan data secara sistematis, kedua, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan, dan ketiga, mendokumentasikan data dalam format pengkajian (Fitriani, 2019).

a. Pengkajian primer

1) *Circulation*

- a) Nyeri dada
- b) Nadi lemah, tidak teratur

- c) Takikardi
- d) Tekanan darah meningkat/menurun
- e) Gelisah
- f) Akral dingin
- g) Kulit pucat
- h) Sianosis
- i) Diaphoresis

2) *Airway*

Pengkajian jalan nafas bertujuan menilai apakah jalan nafas paten (longgar) atau mengalami obstruksi total atau partial sambil mempertahankan tulang servikal. Pada pasien IMA biasanya tidak ditemukan masalah pada jalan napas karena pasien masuk dengan nyeri yang dirasakan pada daerah dada, dan biasanya nyeri yang dirasakan cukup lama dan berlangsung secara terus menerus.

3) *Breathing*

- a) Sesak
- b) Retaraksi dada
- c) Irama pernapasan tidak teratur
- d) Ortopnea
- e) Takipnea

4) *Disability*

Pada pasien IMA biasanya masuk dengan tingkat kesadaran penuh atau *composmentis*, reaksi pupil anisokor, reflex cahaya positif, serta uji kekuatan otot penuh.

5) *Exposure*

Pada pengkajian exposure biasanya dilakukan ketika pasien mengalami trauma atau cedera ketika masuk rumah sakit. Pengkajian dilakukan dengan menanggalkan pakaian pasien dan memeriksa cedera pada pasien secara *head to toe*. Jika pasien diduga memiliki cedera leher atau tulang belakang,

imobilisme *in-line* penting untuk dilakukan. Biasanya pada pasien IMA ketika masuk rumah sakit tidak mengalami cedera atau trauma pada bagian tubuh karena seringkali pasien masuk rumah sakit karena nyeri yang dirasakan pada daerah dada, dan biasanya nyeri yang dirasakan cukup lama dan nyeri berlangsung secara terus menerus terutama ketika beraktivitas sehingga pada exposure tidak perlu dikaji pada pasien IMA.

6) *Foley Chateter*

Pengkajian *foley chateter* menunjukkan apakah pasien perlu dipasangkan kateter urin atau tidak sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Pada pasien IMA dianjurkan pemasangan kateter urin untuk membatasi aktivitas pasien sehingga mengurangi beban kerja jantung.

b. Pengkajian sekunder

1) Keluhan utama

Merupakan penyebab klien masuk rumah sakit biasanya berupa nyeri dada, keringat dingin, sesak, mual muntah.

2) Riwayat penyakit sekarang

Merupakan alasan dari awal klien merasakan keluhan sampai akhirnya dibawa ke rumah sakit dan pengembangan dari keluhan utama dengan pasien Infrak miokard akut biasanya menggunakan PORST.

a) P :Penyebab gejala nyeri bertambah berat dan kurang, biasanya bertambah saat bergerak atau beraktivitas dan berkurang saat beristirahat).

b) Q : Sejauh mana gejala nyeri yang timbul atau dirasakan, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk atau ditekan benda berat.

c) R : Lokasi nyeri yang dirasakan seperti dada sebelah kiri tembus belakang.

d) S :Tingkat keparahan atau skala nyeri yang dirasakan. Skala nyeri yang dirasakan klien jantung biasanya masuk dalam kategori berat yaitu (8-10).

e) T : Lama atau durasi gejala nyeri yang dirasakan biasanya nyeri dirasakan terus-menerus atau menetap.

3) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu seperti : penyakit jantung, hipertensi, perokok berat, gagal jantung, pernah dirawat dengan penyakit jantung.

4) Riwayat penyakit keluarga

Hal yang perlu dikaji dalam keluarga klien, adakah yang menderita penyakit sama dengan kklien, penyakit jantung, hipertensi.

c. Pengkajian pola Gordon

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

a) Data Subjektif :

Riwayat pola hidup yang tidak sehat, kebiasaan makan makanan yang berlemak, makan gorengan, kebiasaan merokok, minum alkohol, infeksi, anemia dan penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi, DM dan kebiasaan kurang

b) Data Objektif :

Pasien tampak membatasi aktivitasnya, pola hidup tidak sehat.

2) Pola nutrisi dan metabolik

a) Data Subjektif :

Kebiasaan makan klien sehari-hari, kebiasaan makan-makanan yang dikonsumsi dan kebiasaan minum klien sehari-hari, pasien yang memiliki penyakit jantung akan mengalami penurunan nafsu makan, meliputi frekuensi, jenis, jumlah dan masalah yang dirasakan.

b) Data Objektif :

Terjadi penambahan atau penurunan berat badan, edema, penggunaan diuretik, terjadi asites, perubahan turgor kulit, anemia, muntah, mukosa mulut kering dan keringat dingin.

3) Pola aktivitas dan latihan

a) Data Subjektif :

Cepat lelah, sesak napas, kelemahan, nyeri dada dan penurunan aktivitas

b) Data Objektif :

Kelelahan/ kelemahan terus-menerus sepanjang hari, insomnia, nyeri dada pada saat beraktivitas, sesak napas, ortopnea, dyspnea nokturnal proksimal, gelisah, perubahan status mental. Misalnya : letargi, tanda-tanda vital berubah saat beraktivitas, takikardia, batuk non produktif atau mungkin batuk terus menerus dengan atau tanpa pembentukan sputum, warna kulit pucat, sianosis dan peningkatan JVP.

4) Pola istirahat dan tidur

a) Data subjektif :

Kelelahan, susah tidur dan mudah terbangun, terbangun berkemih pada malam hari.

b) Data objektif :

c) Kelelahan, malaise, gelisah, ortopnea, dyspnea nokturnal proksimal, terjadi palpebral inferior berubah warna gelap, ketidakmampuan dalam mempertahankan posisi tidur dan nokturia, wajah mengatuk.

5) Pola persepsi dan kognitif

a) Data subjektif :

Rasa nyeri dan sulit berkonsentrasi

b) Data objektif :

Kebingungan, gelisah, gangguan proses berfikir, perubahan daya ingat, penglihatan kabur, disorientasi, gangguan status mental, penurunan kesadaran.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah actual atau risiko kedalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan mengurangi, mencegah, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya (Mardiani, 2019).

- a. Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung
- b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)
- c. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
- d. Ansietas b.d kurang terpapar informasi

3. Menyusun Luaran Sesuai dengan SLKI

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan irama jantung (D.0008)

Hasil yang diharapkan (SLKI): Curah jantung meningkat

Kriteria hasil (L.02008):

- 1) Kekuatan nadi perifer meningkat
- 2) Bradikardia menurun
- 3) Gambaran EKG aritmia cukup menurun
- 4) Lelah cukup menurun
- 5) Dipsnea cukup menurun
- 6) Tekanan darah cukup membaik

Intervensi Keperawatan (SIKI):

Perawatan jantung (I. 02075)

Observasi :

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, peningkatan

CVP).

R/ untuk mengetahui adanya dyspnea, kelelahan, edema, ortopea, serta adanya peningkatan CVP.

2) Monitor tekanan darah.

R/ untuk mengetahui tekanan darah.

3) Monitor saturasi oksigen

R/ untuk memantau keseimbangan oksigen dalam darah.

4) Monitor EKG 12 sadapan.

R/ untuk mengukur dan merekam aktivitas jantung serta memeriksa kondisi jantung.

5) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi).

R/ untuk memantau adanya kalainan aktivitas dari denyut jantung yang tidak teratur.

6) Monitor nilai laboratorium jantung mis. elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP).

R/ untuk mengetahui kerusakan dari sel otot jantung.

7) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. *beta blocker*, *ACE inhibitor*, *calcium channel blocker*, digoksin).

R/ untuk mengukur efektifitas obat setelah diberikan.

Terapeutik :

1) Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman.

R/ untuk membantu dalam ekspansi paru dan membantu memenuhi kebutuhan oksigen dan meringankan sesak nafas.

Edukasi :

1) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi.

R/ untuk mengurangi kerja jantung yang berlebih.

Kolaborasi :

1) Kolaborasi antiaritmia jika perlu.

R/ membantu mengobati gangguan irama jantung.

b. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)

Hasil yang diharapkan (SLKI) : Tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil (L.08066):

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Diaporesis tidak ada
- 4) Frekuensi nadi membaik
- 5) Pola napas membaik
- 6) Tekanan darah membaik

Intervensi keperawatan

Manajemen Nyeri (I. 08238)

Observasi:

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

R/ untuk mengetahui kualitas nyeri yang dirasakan pasien.

- b) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

R/ membantu mengurangi rasa nyeri pada pasien.

Terapeutik:

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

R/ mengajarkan tarik nafas dalam dan juga terapi musik untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan.

- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.

R/ memberi kenyamanan pada pasien untuk mengurangi rasa nyeri.

- c) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

R/ untuk membantu meredakan nyeri.

Edukasi

- a) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa

nyeri

R/ membantu mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi:

a) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.

R/ membantu meredakan nyeri pada pasien.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

Hasil yang diharapkan (SLKI): Toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil (L.05047):

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Saturasi oksigen meningkat
- 3) Keluhan lelah menurun
- 4) Dipsnea saat aktivitas menurun
- 5) Dipsnea setelah aktivitas menurun
- 6) Frekuensi napas membaik

Intervensi keperawatan

Manajemen energi

Observasi :

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

R/ Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan.

2) Monitor kelemahan fisik dan emosional.

R/ Untuk mengetahui koping klien.

3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

R/ Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan.

Terapeutik :

1) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

R/ Mengurangi resiko jatuh/sakit pada klien.

Edukasi :

1) Anjurkan tirah baring.

R/ Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi kembali.

2)Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

R/ Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)

Hasil yang diharapkan (SLKI): Tingkat ansietas menurun

Kriteria hasil (L.09093):

1) Verbalisasi kebingungan menurun

2) erbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun

3) Perilaku gelisah menurun

Intervensi keperawatan Reduksi ansietas (I09314)

Observasi :

1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah.

R/ Untuk mengetahui perubahan pada tingkat ansietas pasien.

2) Monitor tanda-tanda ansietas

R/ Untuk mengetahui tanda-tanda ansietas pada klien.

Terapeutik :

1) Ciptakan suasana terapeutik menumbuhkan kepercayaan.

R/ Untuk menjalin hubungan saling percaya antara klien dan perawat.

2) Pahami situasi yang membuat ansietas.

R/ Untuk dapat mengetahui situasi yang menyebabkan pasien mengalami ansietas.

3) Dengarkan dengan penuh perhatian.

R/ Untuk dapat mengetahui keluhan pasien.

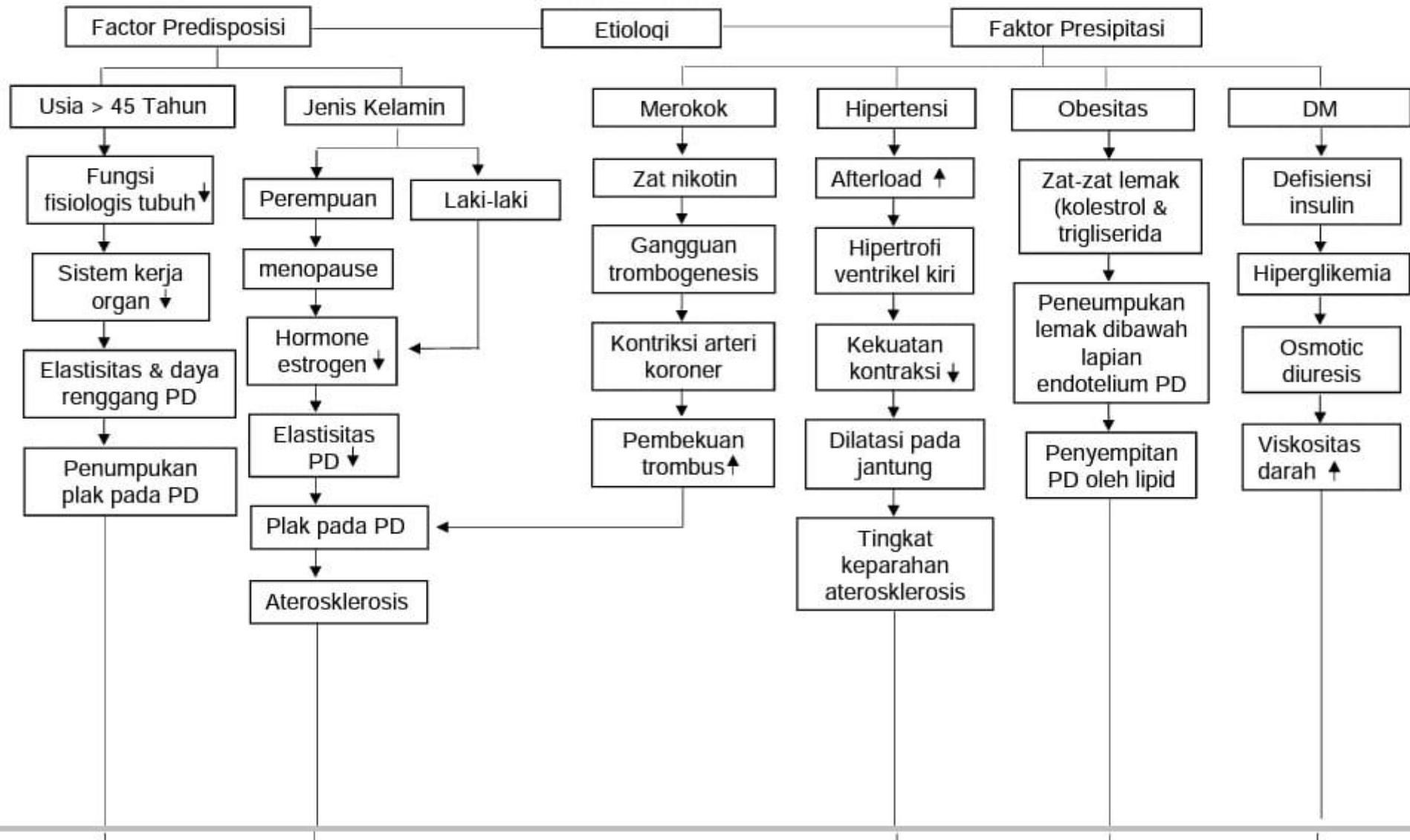
Edukasi :

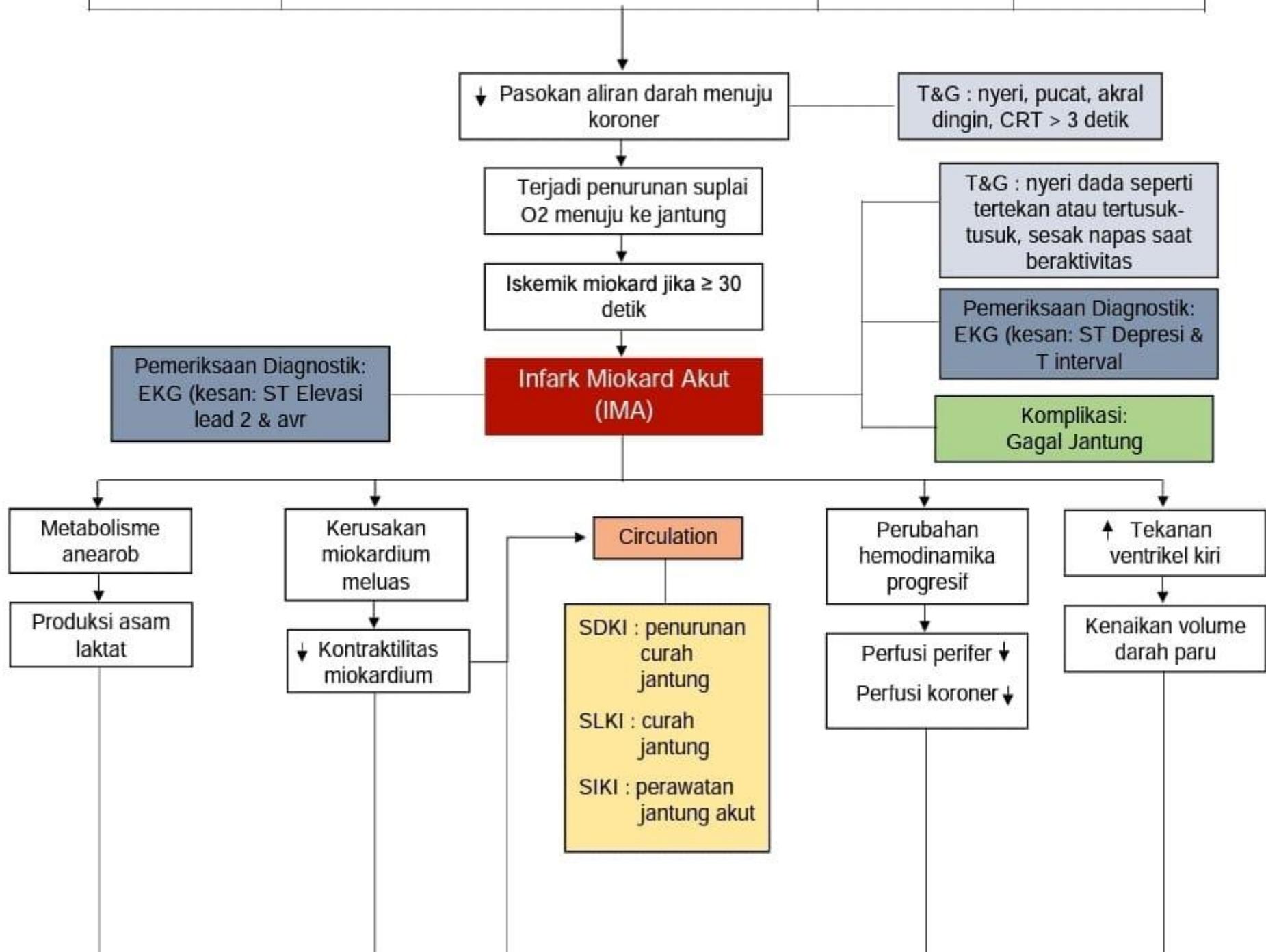
- 1) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis.
R/ Untuk dapat memberitahukan kepada klien mengenai diagnosis dan pengobatan.
- 2) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.
R/ Untuk mengetahui perasaan klien dan pendapat klien mengenai masalah yang sedang dihadapi.
- 3) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
R/ Untuk menghilangkan ketegangan dari klien mengenai masalah yang sedang dihadapi.

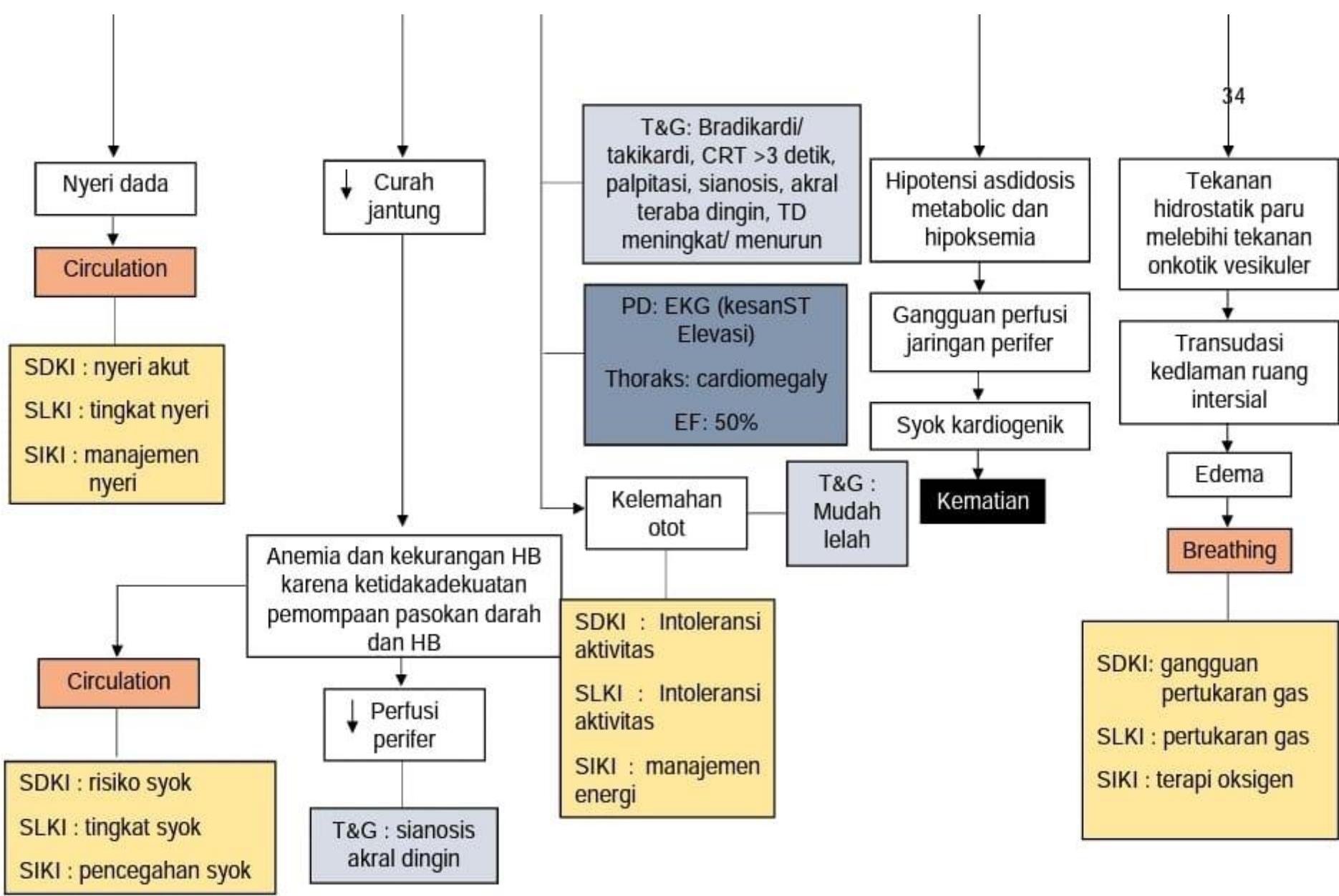
4. Perencanaan Pulang

Pada tahap perencanaan masalah infark miokard dengan nyeri dada, ada empat hal yang harus diperhatikan yaitu : Menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, menentukan kriteria hasil, dan merumuskan intervensi dan Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi tentang asuhan keperawatan pada pasien infark miokard dengan masalah nyeri akut yang mempunyai kriteria hasil menyatakan nyeri dada hilang/terkontrol, mendemonstrasikan penggunaan teknik relaksasi, menunjukkan menurunnya tegangan, rileks mudah bergerak (Putra, 2020).

5. Pathway Infark Miokard Akut







BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien Tn. A umur 52 Tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 3 Mei 2023 pukul 08.30 dengan diagnosa Infark Miokard Akut (IMA). Pasien mengatakan merasa nyeri pada dada sebelah kiri tembus kebelakang dan menjalar ke lengan kiri, nyeri sudah dirasakan sudah sejak 3 hari yang lalu dan memberat sejak tadi malam. Pasien juga mengeluh sering merasa lelah dan lemas terutama ketika sedang beraktivitas berat dan juga merasa berdebar-debar. Sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke Rumah Sakit Stella Maris.

Pada saat pengkajian diperoleh data pasien mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri tembus kebelakang dan menjalar ke lengan kiri, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat beraktivitas dan semakin bertambah saat bergerak, nyeri yang dirasakan berdurasi sekitar 20 menit lebih disertai sesak, seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 (nyeri hebat) dan terasa terus-menerus. Pasien juga mengeluh sering merasa lelah, lemas terutama ketika sedang beraktivitas, merasa berdebar-debar, dan merasa sesak. Tampak pasien meringis dan berkeringat dingin. Pada pemeriksaan fisik didapatkan TD: 165/101 mmhg, Nadi: 112x/menit, S: 36,5 C, P: 26x/menit, SPO2: 96%. Nadi teraba tidak teratur. Pada pemeriksaan EKG didapatkan sinus takikardia dan infark miokard dengan aritmia + ST elevasi di lead V1-V5. Dari hasil analisa data penulis mengangkat 2 masalah keperawatan pada pasien yaitu: penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung, nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia).

B. Identitas Pasien

1. Nama Pasien (Inisial) : Tn. A
2. Umur : 52 Tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-laki
4. Tanggal/Jam MRS : 3 Mei 2023/ 08.30
5. Tanggal/Jam Pengkajian : 3 Mei 2023/08.30
6. Diagnosa Medis : Infark Miokard Akut (IMA)

C. Pengkajian

1. Keadaan Umum: Pasien tampak lemah, terpasang infus dengan cairan RL 20 tpm di tangan kanan, pasien tampak tirah baring dengan posisi semifowler.

2. Triase

Prioritas 1 Prioritas 2 Prioritas 3 Prioritas 4 Prioritas 5

Alasan (kondisi pada saat masuk):

Karena pasien masuk dalam resiko mengancam nyawa dimana kondisi pasien dapat memburuk dengan cepat, dapat menimbulkan gagal organ bila tidak diberikan tatalaksana dalam waktu 10 menit setelah dating. Pasien masuk dengan nyeri dada sebelah kiri, pasien lalu dilakukan pemeriksaan rekam jantung (EKG) tampak Aritmia pada hasil ekg + ST elevasi di lead V1-V5.

3. Penanganan yang telah dilakukan di *pre-hospital*:

Tidak ada Neck collar Bidai Oksigen Infus RJP

Lainnya:

4. Keluhan Utama: Nyeri dada

Riwayat Keluhan Utama: Keluarga mengatakan pasien masuk IGD dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang dan menjalar ke lengan kiri, nyeri sudah dirasakan sudah sejak 3 hari yang lalu dan memberat sejak tadi malam. Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat beraktivitas dan semakin bertambah saat bergerak,

nyeri yang dirasakan berdurasi sekitar 20 menit lebih disertai sesak, seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 (nyeri hebat) dan terasa terus-menerus. Pasien juga mengeluh sering merasa lelah dan lemas terutama ketika sedang beraktivitas berat dan juga merasa berdebar-debar. Tampak pasien berkeringat dingin. Pada pemeriksaan fisik didapatkan TD: 165/101 mmhg, Nadi: 112x/menit, S: 36,5 C, P: 26x/menit, SPO2: 96%. Nadi teraba tidak teratur. Pada pemeriksaan EKG didapatkan sinus takikardia dan infark miokard dengan aritmia + ST elevasi di lead V1-V5

5. Riwayat Penyakit Terdahulu:

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi. Keluarga pasien juga mengatakan sebelumnya pasien sering mengeluh nyeri dada terutama saat beraktivitas namun diabaikan oleh pasien karena nyerinya menghilang setelah beristirahat.

6. Survey Primer

Airway dan Control Cervikal

- Paten
- Tidak paten
- Benda asing
- Sputum
- Cairan/darah
- Lidahjatuh
- Spasme
- Lainnya:.....

Suara Napas:

- Normal
- Stridor
- Snoring
- Gurgling
- Tidak ada suara napas
- Lainnya:.....

Fraktur servikal

Ya

Tidak

a. *Breathing*

Frekuensi : 26x/menit

Saturasi Oksigen: 96%

Napas Spontan

Apnea

Orthopnea

Sesak

Tanda distress pernapasan:

Retraksi dada/interkosta

Penggunaan otot bantu napas

Cuping hidung

Irama pernapasan

Teratur

Tidak teratur

Dalam

Dangkal

Pengembangan Dada

Simetris

Tidak Simetris

Suara Napas

Vesikuler

Broncho-vesikuler

Bronkhial

Vocal Fremitus:

Suara Tambahan

Wheezing

Ronchi

Rales

Lainnya:.....

Perkusi

Sonor

Pekak

Redup

Lokasi:.....

Krepitasi

Ya

Tidak

Distensi Vena Jugularis

Ya

Tidak

Jejas

Ya

Tidak

Lokasi:.....

Luka/Fraktur

Ya, sebutkan.....

Tidak

b. *Circulation*

Tekanan Darah: 165/101 mmHg

Suhu: 36,5°C

Nadi: 112x/menit

Frekuensi: 26x/menit

Tidak Teraba

Kuat

Lemah

Teratur

Tidak teratur

Mata cekung

Ya Tidak

Turgor kulit

 Elastis Menurun Buruk

Bibir

 Lembab Kering

Kulit dan ekstremitas

 Hangat Dingin Sianosis Pucat CRT kembali dalam 3 detik Edema Lainnya:.....

Diaphoresis

 Ya Tidak

Perdarahan

 Ya, Jumlah.....cc

Warna.....

Melalui.....

 Tidak

Nyeri Dada

 Tidak Ya (Jelaskan PQRST)

P : Pasien mengeluh nyeri hebat pada area dada sebelah kiri tembus kebelakang, nyeri semakin bertambah saat bergerak dan nyeri

berkurang saat beristirahat. nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 (nyeri hebat) dan terasa terus-menerus

Q : Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk.

R : Nyeri yang dirasakan menjalar hingga ke lengan kiri.

S : Nyeri yang dirasakan berada di skala 7 (nyeri berat).

T : Nyeri dirasakan secara tiba-tiba dan dirasakan terus menerus, nyeri berkurang pada saat pasien beristirahat.

c. *Disability*

Tingkat Kesadaran GCS

Kualitatif : Composmentis

Kuantitatif : M: 6

V : 5

E : 4

Σ : 15

Pupil

Isokor

Anisokor

Midriasis

Refleks cahaya

Positif

Negatif

Test Babinsky:

Fisiologis

Patologis

Kaku kuduk

Tidak

Uji Kekuatan Otot:

4	4
4	4

Kesimpulan: Kekuatan kurang dibanding sisi yang lain

d. *Exposure* (dikaji khusus pasien trauma), lakukan *log roll*:

Tidak ditemukan masalah

Luka

Jejas

Jelaskan:

e. *Foley Chateter*

Terpasang, Output:cc/jam

Warna:.....

Lainnya:.....

Tidak terpasang

f. *Gastric Tube*

Terpasang, Output:cc/jam

Warna:.....

Lainnya:.....

Tidak terpasang

g. *Heart Monitor*

Terpasang, Gambaran : Aritmia

Lainnya:

Tidak terpasang

7. Survey Sekunder (dilakukan jika survey primer telah stabil) :
Riwayat Kesehatan SAMPLE

Symptomp: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, nyeri dada sebelah kiri tembus belakang menjalar hingga ke lengan kiri, nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri terasa tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang)

Alergi : Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat ataupun makanan

Medikasi : Pasien mengatakan biasa mengkonsumsi vitamin B complex atau Vitamin C bila merasa Lelah.

Past medical history : Pasien mengatakan bila nyeri datang ia tidak ke rumah sakit dan hanya dirumah saja, karena nyerinya menghilang saat

beristirahat. Pasien juga jarang pergi memeriksakan dirinya ke rumah sakit karena sibuk bekerja.

Last Oral Intake : Pasien mengatakan sebelumnya pasien makan lauk seperti biasa, yang disediakan di rumah seperti sayur, ayam, dan buah.

Events:

Tanda-Tanda Vital:

TD : 149/98 mmhg, Suhu : 36,5 C

P : 24x/menit, Saturasi : 99%

Nadi : 86x/menit

Pengkajian Nyeri (Selain Nyeri Dada):

Tidak ada

Ya. Jelaskan :

Pengkajian Psikososial :

Tidak ada masalah

Cemas

Panik

Marah

Sulit berkonsentrasi

Takut

Merasa Sedih

Merasa bersalah

Merasa putus asa

Perilaku agresif

Menciderai diri

Menciderai orang lain

Keinginan bunuh diri

Lainnya:

- Tampak pasien meringis
- Tampak pasien menahan sakit

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Elektrokardiogram (EKG)

Interpretasi : Aritmia + ST Elevasi di lead V1-V5.

b. Foto rontgen

Cardiomegaly

c. Laboratorium

Parameter	Hasil	Nilai rujukan
WBC	12.22	4.60 - 10.20
RBC	4.92	4.70 - 6.10
HGB	14.2 g/dL	14.1 - 18.1 g/Dl
HCT	40.6 %	43.5 - 53.7
MCH	28.9 [pg]	27.0 - 31.2
PLT	253	150 - 450
NEUT#	9.26	1.50 – 7.00
LYMPH#	2.26	1.00 – 3.70

d. Troponin T : 602 , Nilai rujukan: <50

9. Farmakoterapi (nama obat /dosis /waktu /jalur pemberian):

a. Trombolitik Fibrion 1.500.000IU/ drips

b. Fasorbid 1 tablet 5mg/oral

c. Aspilet 2 tablet 80mg/oral

d. Clopidogrel 75mg 4 tablet 75mg/oral

e. Infus RL 20 tpm

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	NIM	TTD
Andi Irma Suryana	NS2214901007	
Graciela Talebong	NS2214901062	

ANALISIS DATA

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa seperti berdebar-debar 2. Pasien mengatakan merasa sangat lelah dan lemas 3. Pasien mengatakan merasa sesak <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi TTV TD :165/101 mmhg N : 112x/menit P : 26X/menit 2. Hasil pemeriksaan EKG tampak aritmia + ST Elevasi di lead V1-V5 3. Palpasi: teraba nadi tidak teratur 	Perubahan Irama Jantung	Penurunan curah jantung (D.0008)
2	<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang 2. Pasien merasakan nyeri seperti tertusuk-tusuk. 3. Nyeri yang dirasakan menjalar hingga ke lengan kiri. 4. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada di skala 7 (nyeri berat). 5. Nyeri dirasakan secara tiba-tiba dan dirasakan terus menerus, nyeri berkurang pada saat pasien beristirahat <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien gelisah 2. Tampak pasien meringis 3. N:112 x/menit 4. EKG: ST elevasi di lead V1-V5 	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (D. 0077)

3	<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien mengatakan ia merasa sesak2. Pasien mengatakan ia mudah lelah <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tampak kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga2. Observasi TTV TD: 165/101 mmHg N:112 x/menit P: 26 x/menit SPO2: 96%3. EKG: ST elevasi di lead V1-V5	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas (D0056)
---	--	---	-------------------------------

No	Prioritas Diagnosa Keperawatan	Luaran yang Diharapkan	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (D.0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam maka di harapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitasi menurun 2. Takikardi menurun 3. Lelah menurun 4. Dipsnea menurun 5. Gambaran EKG aritmia menurun (L.02008) 	Perawatan jantung akut (I.02076) <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada 2. Monitor EKG 12 sandapan untuk perubahan ST dan T 3. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 4. Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam 2. Pasang akses intravena 3. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stres <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada 2. Anjurkan menghindari manuver valsava (mis. Mengedan saat BAB atau batuk) <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiplatelet, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antiangina (mis. Nitroglicerine, beta blocker) 3. Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan, jika perlu

2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik (L.08066) 	<p>Manajemen nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik</p>
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen (D0056)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam diharapkan toleransi aktivitas dapat meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saturasi oksigen meningkat 	<p>Manajemen energi (1.05178)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelelahan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis:cahaya, suara,

		<ol style="list-style-type: none">2. Frekuensi nadi meningkat3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari4. Keluhan lelah menurun5. Dispnea menurun6. Tekanan darah membaik7. Frekuensi napas membaik (L.05047)	kunjungan) Edukasi: <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan tirah baring2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
--	--	--	--

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi/ Tindakan Keperawatan	Nama Perawat
03 Mei 2023	I, II, III	08.30	Melakukan observasi TTV : TD: 165/101 mmhg Nadi: 112x/menit, S: 36,5°C P: 26x/menit SPO2: 96%	
	II, III	08.30	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada H : Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus belakang menjalar hingga ke lengan kiri, nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri terasa tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 (nyeri berat)	
	I,III	08.35	Monitor EKG Hasil : tampak aritmia di sertai ST Elevasi pada hasil EKG di lead V1-V5	
	I	08.40	Memberikan terapi O ² Hasil: Terpasang O2 nasal kanul 5lpm, pasien mengatakan sesak berkurang	
	I	08.40	Memberikan obat antiplatelet, antiangina, dan antikoagulan Hasil : Pasien diberikan obat aspilet 80mg/oral, Clopidogrel 75mg/ oral, dan Fasorbid 5mg /oral	
	I	08.45	Memasang akses intravena Hasil : terpasang cairan infus RL 20 tpm	
	I	08.45	Memberikan obat terapi trombolitik Hasil : Trombolitik Fibrion 1.500.000 IU/ drips	

			(66 tpm) dalam piggy bag habis dalam 30 menit	
	I, III	08.50	Mempertahankan tirah baring Hasil : tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler, edukasi menggunakan pispot atau pempers bila ingin BAK	
	II	09.30	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : tampak pasien meringis berkurang, gelisah berkurang	
	II, III	09.45	Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : pasien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengatakn rasa berdebar-debar berkurang, dan lelah berkurang	
	II	10.00	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada H : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, nyeri dada sebelah kiri tembus belakang menjalar hingga ke lengan kiri, nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri terasa tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang)	
	I, II, III	10.45	Melakukan observasi TTV H : TD: 149/98 mmhg, Suhu: 36,5 °C, P: 24x/menit, Nadi: 86x/menit, SPO2: 99%	

Diagnosa	Tanggal	Jam	Evaluasi Keperawatan	TTD
I	03/05/2023	10.05	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung</p> <p>S : Pasien mengatakan merasa berdebar-debar berkurang Pasien mengatakan lelah berkurang Pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gambaran EKG sinus Aritmia + ST Elevasi - Pasien tampak meringis berkurang - Observasi TTV <p>TD :149/98 mmhg N : 86x/menit P : 24x/menit</p> <p>A : Penurunan curah jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi perawatan jantung akut</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus ke belakang - Pasien merasakan nyeri seperti tertusuk-tusuk. - Nyeri yang dirasakan menjalar hingga ke lengan kiri. - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada di skala 5 (nyeri sedang). - Nyeri dirasakan secara tiba-tiba dan dirasakan terus menerus, nyeri berkurang pada saat pasien beristirahat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien meringis berkurang 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien gelisah berkurang - N: 86 x/menit <p>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak berkurang - Pasien mengatakan merasa lelah berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi TTV TD :149/98 mmhg N : 86x/menit P : 24x/menit SPO2: 99% - <p>A: Intoleransi aktivitas teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi manajemen energi</p>	
--	--	--	---	--

Pasien di Transfer ke : Ruang ICU

DAFTAR OBAT

1. Nama obat : Clopidogrel

a. Klasifikasi/ golongan obat

: Obat golongan
antiplatelet.

b. Dosis umum :

Dosis umum obat clopidogrel adalah 300 mg (tablet).

c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :

Dosis obat clopidogrel yang diberikan ke pasien adalah 75mg 4
tablet

d. Cara pemberian obat :

Obat ini diberikan melalui oral.

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Clopidogrel adalah obat untuk mencegah penyumbatan pembuluh darah dan membantu melancarkan peredaran darah, sehingga obat ini dapat menurunkan risiko terjadinya stroke atau serangan jantung.

f. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan :

Untuk mencegah penyumbatan pembuluh darah dan membantu melancarkan peredaran darah.

g. Kontra indikasi :

Hipersensitivitas terhadap clopidogrel dan perdarahan patologis aktif, misalnya pada ulkus peptikum atau perdarahan intrakranial.

h. Efek samping :

Diare, mudah mengalami memar atau perdarahan, perdarahan sulit berhenti, sembelit, rasa terbakar di dada (*heartburn*) dan nyeri perut.

2. Nama obat : Aspilet

- a. Klasifikasi/ golongan oba
: Obat golongan antiplatelet.
- b. Dosis umum :
Dosis umum obat ini adalah 160 mg (tablet).
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :
Dosis obat yang diberikan ke pasien adalah 2 tablet 80 mg
- d. Cara pemberian obat :
Obat ini diberikan melalui oral.
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Obat ini berfungsi untuk mengencerkan darah dan mencegah penggumpalan di pembuluh darah dan bekerja dengan menghambat agregasi trombosit selama 7-10 hari, serta menghambat kerja prostaglandin.
- f. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan :
Untuk mengencerkan darah dan mencegah penggumpalan di pembuluh darah.
- g. Kontra indikasi :
Pasien yang memiliki alergi terhadap asam asetilsalisilat, pasien yang mengalami asma, pasien yang mengalami luka pada dinding lambung dan usus 12 jari, pasien yang mengalami gangguan perdarahan pada bagian bawah kulit, pasien dengan gangguan pembekuan darah, pasien yang mengalami kadar trombosit rendah dalam tubuh (trombositopenia) dan pasien yang mengonsumsi obat penghambat pembekuan darah (antikoagulan).
- h. Efek samping :
Sakit perut, mual muntah, pusing, sakit kepala, gangguan pendengaran dan urin berwarna gelap.

3. Trombolitik Fibrion 1.500.000IU/ drips

- a. Klasifikasi/golongan obat : obat golongan antiplatelet, antikoagulan dan trombolitik
- b. Dosis umum :
Dosis umum ini adalah dosis tunggal 1.500.000 IU
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :
Dosis tunggal 1.500.000 IU
- d. Cara pemberian obat :
Obat ini diberikan secara intravena selama 1 jam
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Mekanisme kerja dan fungsi obat Fibrion Infus adalah mengobati infark miokard atau serangan jantung, yakni kondisi penyempitan pembuluh darah arteri.
- f. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan :
Untuk mengobati infark miokard atau serangan jantung, yakni kondisi penyempitan pembuluh darah arteri.
- g. Kontra indikasi :
Hindari penggunaan Fibrion Infus jika memiliki kondisi berikut Hipersensitif terhadap kandungan obat, Perdarahan, Kelainan koagulasi, Diathesis pendarahan, Koma, Riwayat Penyakit serebrovaskular
- h. Efek samping :
Efek samping Fibrion Infus yang mungkin terjadi antara lain sakit perut/muntah, Diare, Sakit kepala, Nyeri otot, Ruam/kemerahan, Demam hingga menggigil

4. Fasorbid 1 tablet 5mg/oral

- a. Klasifikasi/ golongan : obat ini mengandung Isosorbide dinitrate 5 mg
- b. Dosis umum
Dosis umum obat ini adalah 5 mg (tablet).
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :
Dosis yang diberikan kepada pasien adalah 2 kali sehari 5 mg

(tablet)

d. Cara pemberian obat :

Obat ini diberikan secara oral yaitu diminum pada pagi dan malam hari 1 tablet

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Farsorbid 5 MG merupakan obat anti angina untuk mengatasi gejala yang timbul pada saat terjadi serangan angina atau serangan jantung dan gagal jantung kongestif untuk mengurangi sesak dan gejala lainnya. Farsorbid mengandung isosorbide dinitrate yang berfungsi untuk melebarkan dinding pembuluh darah. Isosorbide dinitrate juga dapat menurunkan tekanan darah sehingga dapat digunakan sebagai anti hipertensi.

f. Alasan pemberian obat pada Pasien yang bersangkutan :

Terapi dan Profilaksis Angina Pektoris.

g. Kontra indikasi :

Glaukoma, anemia, hiperteroid, peningkatan TIK, infark miokardum

h. Efek samping :

Hipotensi ortostatik, wajah atau leher panas dan kemerahan, sakit kepala, gangguan GI, denyut nadi cepat, ruam kulit (jarang).

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini, penulis membahas kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan kasus nyata yang ditemukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada Ny. A umur 52 tahun dengan diagnosa *Infark Miokard Akut* (IMA) yang dirawat selama 3 jam sejak tanggal 03 Mei 2023. Untuk memudahkan penulis dalam pembahasan kasus ini, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal penulis dalam memperoleh data pasien melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga. Selain itu penulis melakukan observasi langsung, melihat catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang. Pengkajian merupakan tahap awal penulis terapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pasien dengan *Infark Miokard Akut* (IMA). Pada saat pengkajian, sebagian besar data yang ditemukan oleh penulis pada kasus Tn. A serupa dengan teori kasus IMA. Adapun data yang diperoleh penulis yaitu pasien mengalami nyeri pada dada sebelah kiri menjalar ke lengan, nyeri seperti tertusuk-tusuk yang berlangsung secara terus menerus dengan skala nyeri 7, sesak napas, teraba dingin pada kaki dan tangan, pusing dan lemas. Pasien juga tampak memegang dada kirinya dengan ekspresi wajah meringis.

Pada hasil pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran compos mentis dengan GCS 15, TD: 165/101 mmhg, Nadi: 112x/menit, S: 36,5 C, P: 26x/menit, SPO2: 96%. Nadi teraba tidak teratur. Pada

pemeriksaan EKG didapatkan sinus takikardia dan infark miokard dengan aritmia + ST elevasi di lead V1-V5.

Berdasarkan hasil anamneses, pasien memiliki kebiasaan makan-makanan tinggi lemak seperti coto, bersantan, dan suka makan daging, pasien sering mengeluh nyeri dada terutama saat beraktivitas namun diabaikan oleh pasien karena nyerinya menghilang setelah beristirahat, dan ada riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Menurut teori, kebiasaan tersebut dan adanya riwayat penyakit keturunan (hipertensi), serta ditunjang faktor usia dimana pasien sekarang berumur 52 tahun akan lebih mudah terserang penyakit IMA, karena hipertensi dapat menyebabkan terjadinya peningkatan resisten vaskuler perifer yang mengakibatkan afterload dan kebutuhan ventrikel meningkat. Tentunya hal ini menimbulkan kebutuhan oksigen untuk miokard berkurang, sehingga dapat menyebabkan trombus atau sumbatan pada pembuluh darah terutama pembuluh darah koroner yang menimbulkan terjadinya aterosklerosis yang mengakibatkan suplai darah yang mengandung O₂ dan nutrisi ke miokard berkurang sehingga jaringan miokard tidak dapat berkontraksi dengan baik hingga mengalami nekrosis. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya penurunan curah jantung dan penurunan suplai darah ke jaringan tubuh. Apabila hal tersebut tidak dapat dikompensasi maka dapat terjadi shock kardiogenik dan dapat memicu timbulnya IMA. Penurunan aliran darah inilah yang menyebabkan terjadinya jantung memiliki beban kerja yang lebih untuk memompa karena resistensi dan vasokonstriksi tersebut. Selain itu, kondisi ini juga bisa diikuti anemia dan hipoksia akibat defisiensi suplai oksigen ke jaringan. Penurunan aliran darah pada koroner akibat plak yang terbentuk dapat menimbulkan unstable angina yang merupakan nyeri dada yang timbul secara tiba-tiba dengan durasi singkat namun memiliki frekuensi yang sering. Rasa sakit dada dapat menjalar ke bagian tubuh yang lain seperti leher,

punggung, lengan, hingga bagian epigastrium. Hal ini dapat terjadi walaupun individu sedang dalam kondisi istirahat atau melakukan aktivitas yang minimal. Kondisi ini juga terkadang diikuti oleh dyspnea, lemas, cepat lelah, pusing, mual, takikardia, dan hipertensi. Dari data-data yang yang didapat pada pasien dengan data berdasarkan tinjauan teoritis sangat mendukung bahwa pasien mengalami IMA.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn.A dengan diagnosis IMA, maka penulis mengangkat diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas masalah sebagai berikut :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Penulis menerapkan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien mengalami tanda-tanda penurunan curah jantung yaitu TD: 165/101 mmhg, Nadi: 112x/menit, S: 36,5 C, P: 26x/menit, SPO2: 96%. Palpasi nadi teraba tidak teratur. Pada pemeriksaan EKG didapatkan sinus takikardia dan infark miokard dengan aritmia + ST elevasi di lead V1-V5. Pasien juga mengatakan merasa seperti berdebar-debar, merasa lelah, dan lemas.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia). Penulis menerapkan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien mengalami nyeri yaitu pasien mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri menjalar ke lengan, nyeri seperti tertusuk-tusuk yang berlangsung secara terus menerus dengan skala nyeri 7, sesak napas, teraba dingin pada kaki dan tangan, pusing dan lemas. Pasien juga tampak memegang dada kirinya dengan ekspresi wajah meringis dan gelisah. Hasil EKG aritmia + ST elevasi di lead V1-V5.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis menerapkan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien mengalami intoleransi aktivitas yaitu pasien mengeluh sesak dan mudah Lelah. Pasien juga tampak kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga. Hasil observasi TTV: TD: 165/101 mmHg, N:112 x/menit, P: 26 x/menit, SPO2: 96%.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah proses pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan, selanjutnya penulis membuat intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul. Penulis membuat intervensi sesuai dengan prioritas masalah yaitu :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Luaran yang diharapkan setelah diberikan perawatan selama 3 jam pasien dapat menunjukkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: takikardi menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah cukup menurun, dipsnea menurun dan palpitasi menurun. Dimana rencana asuhan keperawatan yaitu : identifikasi karakteristik nyeri dada, monitor EKG 12 sandapan untuk perubahan ST dan T, monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi), monitor saturasi oksigen, pertahankan tirah baring minimal 12 jam, pasang akses intravena, kolaborasi pemberian antiplatelet jika perlu, kolaborasi pemberian antiangina (mis. Nitroglicerine, beta blocker), kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan, jika perlu.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia). Luaran yang diharapkan setelah diberikan perawatan selama 3 jam pasien dapat menunjukkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik. Dimana rencana asuhan keperawatan yaitu: identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi,

frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgesik.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Luaran yang diharapkan setelah diberikan perawatan selama 3 jam pasien dapat menunjukkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: saturasi oksigen meningkat, frekuensi nadi meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, keluhan lelah menurun, dispnea menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik. Dimana rencana asuhan keperawatan yaitu: identifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelelahan, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis:cahaya, suara, kunjungan), anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. A penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang sudah di buat. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan implementasi, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan perawat ruangan, dokter, pasien, dan juga keluarga pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 10 Mei 2023 pada pasien atas nama Tn. A merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak.

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung

Berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan dengan SLKI yaitu, takikardi menurun, lelah cukup menurun, dispnea cukup menurun dan palpitasi menurun.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia). Berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan sesuai dengan SLKI yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan sesuai dengan SLKI yaitu: saturasi oksigen meningkat, frekuensi nadi meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, keluhan lelah menurun, dispnea menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik.

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Judul EBN

Efektivitas terapi oksigenasi terhadap saturasi oksigen pada penyakit Infark Miokard Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Diagnosa Keperawatan

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (D.0008)

3. Luaran yang Diharapkan

- a. Palpitasi menurun
- b. Takikardi menurun
- c. Lelah menurun
- d. Dipsnea menurun

4. Intervensi Prioritas Mengacu pada EBN

Intervensi prioritas yang diambil yaitu dengan melakukan tindakan keperawatan pemberian oksigen kepada pasien dan melakukan pengukuran saturasi oksigen menggunakan alat oximetri untuk mengukur kadar oksigen didalam darah meningkat atau berkurang setelah diberikan oksigen.

5. Pembahasan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN

a. Pengertian Tindakan

Terapi oksigen adalah salah satu tindakan untuk mencegah perluasan Infark Miokard Akut dan nyeri dada. Pemberian terapi oksigen juga merupakan tambahan oksigen yang dapat meningkatkan suplai sampai ke otot jantung, diharapkan besarnya infark tidak bertambah dan komplikasi lain tidak terjadi.

b. Tujuan/Rasional EBN dan pada Kasus Askep

Terapi oksigen bertujuan untuk mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kinerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen. Serta untuk Mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah diberikan terapi oksigenasi nasal kanul terhadap perubahan saturasi oksigen pada pasien.

c. PICOT/EBN

1) Judul Artikel

Hubungan Pemberian Terapi Oksigenasi Dengan Nyeri Dada Dan Saturasi Oksigen Pada Pasien Infark Miokard Akut Di IGD Rsud Sidoarjo

a) Problem dan Populasi

Jenis penelitian ini adalah *analitic cross sectional* dengan menggunakan metode *consecutive sampling*. Sampel penelitian ini adalah pasien infark miokard akut yang diberikan terapi oksigenasi menggunakan masker sederhana dengan besar sampel sebanyak 20. Variabel bebas

penelitian adalah pemberian terapi oksigenasi dan variabel tergantung adalah nyeri dada dan saturasi oksigen.

b) *Intervention*

Pengukuran Skala nyeri menggunakan Numeric Rating Scale (NRS) dan pengukuran saturasi oksigen menggunakan oksimetri setelah pemberian terapi oksigenasi, untuk mengetahui hubungan nyeri dan saturasi oksigen

c) *Comparison*

Peneliti tidak menggunakan tindakan perbandingan karena peneliti hanya menggunakan jenis penelitian *analitic cross sectional* dengan menggunakan metode *consecutive sampling*. uji statistik menggunakan *uji wilcoxon*.

d) *Outcome*

Sebagian besar (55%) pasien mendapatkan terapi oksigen 6 - 8 Lpm dan hampir setengahnya (45%) >8 Lpm. hampir seluruhnya (85%) mengalami skala nyeri Nyeri Sedang dan sebagian kecil (15%) mengalami skala Nyeri berat, dan seluruhnya memiliki saturasi normal yaitu 96 - 100%. Ada hubungan pemberian terapi oksigenasi dengan nyeri dada pada pasien infark miokard akut ($P= 0,003 < \alpha= 0,05$) dan saturasi oksigen ($P= 0,038 < \alpha= 0,05$).

e) *Time*

Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2020 di IGD Rsd Sidoarjo

Penulis : Vike Naura Widyaresm

Vol. XI No 3 DESEMBER 2020

ISSN 1979 – 8091

2) Judul Artikel

Efektivitas Terapi Oksigenasi Nasal Kanul Terhadap Saturasi Oksigen Pada Penyakit *Acute Coronary Syndrome* (ACS) Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin

a) Problem dan Populasi

Teknik pengambilan sampel ini menggunakan *nonprobability sampling* dengan *purposive sampling* dan didapatkan sampel sebanyak 22 responden dengan kriteria inklusi pasien dengan penyakit ACS dan memiliki penyakit penyerta, pasien mengalami kekurangan oksigen kurang dari atau sama dengan 94% di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin.

b) Intervensi

Penelitian ini menggunakan Alat pengumpulan data dengan lembar observasi. Pengukuran Skala nyeri menggunakan Numeric Rating Scale (NRS) dan pengukuran saturasi oksigen menggunakan oksimetri setelah pemberian terapi oksigenasi. Untuk mengetahui hubungan nyeri dan saturasi oksigen data dianalisis menggunakan uji Corelational Person. Instrumen penelitian ini yaitu menggunakan alat saturasi oksigen dan nasal kanul dengan melakukan pengukuran *pre-test* dan *post-test* terhadap responden *acute coronary syndrome* (ACS) dengan diberikan terapi nasal kanul selama 6 jam pengukuran secara berkala.

c) Comparison

Peneliti tidak menggunakan tindakan perbandingan karena peneliti hanya menggunakan desain eksperimen semu dengan rancangan *one-group pra-post test design*, tehnik *purposive sampling* menggunakan uji *paired t-test*, dengan melakukan *pre* dan *post test*

d) Outcome

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan tindakan terapi oksigen pada pasien dengan ACS efektifitas sebelum dan sesudah pemberian saturasi oksigenasi nasal kanul terhadap perubahan saturasi oksigen pada *pasien acute coronary syndrome* (ACS) dibuktikan dengan melakukan pengukuran pretes dan posttest saturasi oksigen terhadap responden *acute coronary syndrome* (ACS) dengan diberikan terapi nasal kanul didapatkan nilai rata-rata 91.59 dan setelah diberikan terapi nasal kanul selama 6 jam pengukuran secara berkala didapatkan nilai rata-rata 93.9. Hasil analisis pengukuran pada saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan terapi nasal kanul didapatkan nilai $p(0.000) < \alpha(0,05)$.

e) Time

Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober 2019 di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin.

Penulis : Ilmi Darmawan & Milasari

Caring Nursing Jurnal, Vol. 3 No. 2, Hal. 68-73, Oktober 2019

ISSN : 2580-0078

3) Judul Artikel

Terapi Oksigen Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Melalui Pemeriksaan Oksimetri Pada Pasien Infark Miokard Akut (IMA)

a) Problem dan Populasi

Responden penelitian ini yaitu pasien Infark Miokard Akut yang dirawat di ruang IRD RSUD Dr. Moewardi di Surakarta. Penelitian ini mengambil 38 responden.

b) Intervensi

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian pra-eksperiment dengan *one group pra*

test-post test design, dimana pengamatan atau observasi dilakukan sebanyak dua kali yaitu sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Dalam penelitian ini penulis melakukan pengumpulan data dengan cara observasi, mempelajari status pasien dan data demografi dari *medical record*, wawancara, dilakukan pengukuran saturasi oksigen pada responden dan dokumentasi. Data yang dikumpulkan dianalisis melalui program SPSS versi 16, kemudian dilanjutkan uji parametrik *wilcoxon*.

c) Comparison

Peneliti tidak menggunakan tindakan perbandingan karena peneliti hanya menggunakan penelitian kuantitatif dengan desain *pre-experimental design* dengan *one group pre test-post test design* dengan menggunakan Quota Sampling.

d) Outcome

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji Wilcoxon diperoleh nilai p value 0,000 ($p < 0,05$) maka disimpulkan bahwa ada pengaruh perubahan saturasi oksigen yang sangat signifikan sebelum pemberian terapi oksigen dengan setelah pemberian terapi oksigen pada pasien IMA

e) Time

Penelitian ini dilakukan selama 1 bulan yaitu dari tanggal 13 Juni sampai 13 Juli 2013 di Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Moewardi di Surakarta.

Penulis : Budi Widiyanto dan L. S. Yamin

Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah, Hal 138-142, Tahun 2014

d. Kesimpulan PICOT

Dari hasil analisa 3 jurnal mengenai pemberian terapi oksigen didapatkan bahwa pemberian terapi oksigen pada pasien dengan IMA dapat meningkatkan perubahan saturasi oksigen

pada pasien IMA, mengurangi dispnea, menurunkan frekuensi pernapasan dan dapat membantu otot pernapasan agar mengembang dengan secara optimal. Selain itu juga dengan pemberian terapi oksigen dapat memberikan rasa nyaman pada pasien. Penulis juga mendapatkan bahwa sebelum pemberian terapi oksigen saturasi (SpO₂) pasien 96% namun setelah diberikan terapi oksigen saturasi (SpO₂) pasien meningkat menjadi 99%.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis mengemukakan bahwa pemberian terapi oksigen dapat mengatasi masalah pasien IMA seperti yang mengalami dispnea dan *chest pain* sehingga setelah diberikan terapi oksigen dapat meningkatkan saturasi oksigen pasien, menurunkan frekuensi pernapasan, dan dispnea dapat menurun. Selain itu juga dengan pemberian terapi oksigen pasien bisa menjadi merasa lebih nyaman dari sebelumnya.

BAB V

PENUTUP

Setelah membaca teori dan melaksanakan perawatan langsung pada Tn. A dengan *Infark Miokard Akut* (IMA) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan Tn. A dengan infark miokard akut dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Dari hasil pengkajian diperoleh data Tn. A mengalami nyeri dada sesuai dengan karakteristik infark miokard akut, hasil rontgen menyatakan adanya cardiomegaly, hasil troponin I meningkat melebihi batas dan juga hasil pemeriksaan EKG menyatakan terdapat ST elevasi. Dari tanda gejala dan pemeriksaan penunjang mendiagnosis medis yaitu infark miokard akut.
2. Pada penegakan diagnosis keperawatan Tn. A ditegakkan dua diagnosis yaitu nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.
3. Rencana tindakan keperawatan berdasarkan permasalahan keperawatan yang ada pada studi kasus, dengan mengacu pada rencana tindakan keperawatan yang ada pada teori dan disesuaikan dengan keadaan pasien.
4. Implementasi keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. Dalam melakukan implementasi keperawatan pada Tn. A dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun.
5. Implementasi keperawatan dilakukan tanpa mengalami hambatan karena pasien kooperatif terhadap tindakan yang telah diberikan.

6. Pada Evaluasi keperawatan semua diagnosis dapat teratasi. Mulai dari risiko perfusi miokard tidak efektif berhubungan dengan agen pencedera fisik dan risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan faktor risiko perubahan irama jantung.

B. Saran

Berdasarkan studi kasus diatas, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Diharapkan menjadi bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi pelayanan kesehatan khususnya bagi perawat agar dapat menjalankan tugas dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien IMA secara cepat dan tepat.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan intervensi yang diimplementasikan untuk mencapai tujuan pembelajaran asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar praktek keperawatan pada pasien IMA serta tindakan yang diberikan harus sesuai berdasarkan EBN (*Evidence Based Nursing*)

3. Bagi Penulis

Diharapkan karya ilmiah ini dapat bermanfaat untuk menilai diri atau mengevaluasi diri bahwa sejauh mana pemahaman penulis dalam menyerap dan menerapkan ilmu yang telah diberikan khususnya dalam melaksanakan proses keperawatan pada pasien dengan IMA.

4. Bagi Insitusi Pendidikan

Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan IMA.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, E., Koesoemah, S., & Tiksnadi, B. B. (2021). Laporan Kasus : Sidik Perfusi Miokard SPECT / CT Pada Pasien Dekstrokardia Dengan Dugaan Penyakit Jantung Koroner. *J Indon Med Assoc*, 71. 93–99.
- Andini, Maulida Sekar, & Trihartanto, M. Ali. (2019). Penegakan Diagnosis Dan Pengobatan Optimal Kasus Stemi Anterior Dan Gagal Jantung. *Jurnal Kedokteran UMS*, 1297–1314.
- Annisaa, S. (2019). Analisa Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Unstable Angina Pectoris (UAP) Dengan Intervensi Inovasi Terapi Aroma Lavender Kombinasi Kompres Hangat Gawat Darurat Rsud Abdul Wahab Sjhanie Samarinda. *Stikes Muhammadiyah Samarinda*. 2 (64-67).
- Ariska, et.al. (2021). Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur Dengan Pemberian Posisi Tidur 30° Pada Pasien Infark Miokard Akut. *Jurnal Keperawatan Flora Volume 14 No 1 Tahun 2021 Published by LPPM STIKes Flora E-ISSN: 2089-4260 P-ISSN: 2828-3651*
- Anwar, T. B. (2020). *Nyeri Dada*. Sumatera Utara. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. [https:// repository. usu.ac.id/ bitstream/ handle/123456789/3548/gizi-bahri7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/3548/gizi-bahri7.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Berliani, I. (2019). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Infark Miokard Akut (STEMI Anterior) Di Ruang Melati RSUD Bangil. (46-100) Sidoarjo. Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo. [http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/50/1/KTIintan berliani.pdf](http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/50/1/KTIintan%20berliani.pdf)
- Damin, S. 2019. *Riset keperawatan & metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta. Trans Info Medika.
- Direktorat P2PTM. (2019). Mengenali Tanda dan Gejala Serangan Dini Penyakit Jantung Koroner. Jakarta Barat. Rumah Sakit Jantung Pusat Harapan Kita. [http:// p2ptm. kemkes. go.id/uploads/ VHcrbkVobjRzUDN3UCs4eUJ0dVBndz09/2019/09/Mengenali_tand a_dan_gejala_serangan_dini_penyakit_jantung_dr_Bambang_Dwip utra_Hari_Jantung_Sedunia_2019.pdf](http://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/VHcrbkVobjRzUDN3UCs4eUJ0dVBndz09/2019/09/Mengenali_tanda_dan_gejala_serangan_dini_penyakit_jantung_dr_Bambang_Dwiputra_Hari_Jantung_Sedunia_2019.pdf).
- Fadhila. (2020). ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) Anteroseptal Pada Pasien Dengan Faktor Resiko Kebiasaan Merokok Menahun Dan

Tingginya Kadar Kolesterol Dalam Darah. *Jurnal Medula Care*, 1(5), 51–57. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Fatimah, & Nuryaningsih. 2020. *Buku Ajar Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. Semarang. Poltekkes Kemenkes Semarang.

Febtrina, R., & Malfasari, E. (2020). Analisa Nilai Tanda-Tanda Vital Pasien Gagal Jantung. *Health Care : Jurnal Kesehatan*, 7(2), 62–68.

Fitriani, H., & Afni, A. (2019). Nursing Care On Acute Myocardial Infarction Patient In Fulfilling The Needs Of Safe And Comfortable. *Nursing Journal*. 39(7), 753–757.

Fahira. 2021. *Penatalaksanaan Golden Time Infark Miokard Akut*

Gama, BK. 2019. *Buku Ajar Anatomi Fisiologi*. Jakarta : Puntera Publishing.

Griadhi, P. A. 2020. *Bahan Kuliah Jantung*. Bali. Universitas Udayana

Gusti, N., Putu, A., Santika, L., Lestari, A. A. W., Putu, I. W., & Yasa, S. (2020). Hubungan kadar troponin t (TnT) dan creatinin kinase-myocardial band (CK-MB) pada pasien infark miokard akut (IMA) di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah Denpasar. *E-Jurnal Medika*, 7, 43–48

Halimuddin. (2020). *Pengaruh Model Aktivitas Dan Latihan Intensitas Ringan Klien Gagal Jantung Terhadap Tekanan Darah*. *Idea Nursing Journal*, III(3), 93–104.

Hariyono. 2020. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskuler Untuk Profesi Ners*. Jombang. ICME PRESS.

Haryuni, S. (2019). Hubungan Antara Berat Badan Dengan Kejadian Infark Miokard Akut Pada Pasien Di Ruang Intensive Coronary Care Unit RSUD Dr. Isakak Kabupaten Tulungagung. *Jurnal Care*, 3(3), 36–44.

Kurnia, A. (2021). STEMI Inferior dengan Infark Ventrikel Kanan dan Posterior. *Cermin Dunia Kedokteran*, 48(11), 349–352.

Kesit, 2019. *Modul Fisiologi Jantung*. Jakarta : Univesritas Esa Unggul

- Lucyani, D. fryda. (2020). Evaluasi Pengobatan Obat Kardiovaskuler Pada Pasien Sindrom Koroner Akut Di Rumah Sakit Umum. *Journal Information*, 10(3), 1–16
- Mardiani, R. (2019). Analisis Data Pengkajian Proses Keperawatan. *Jurnal Kesehatan Keperawatan*. 4 (56-60).
- Nasanah. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infark Miokard Akut dalam Pemenuhan Oksigenasi di Ruang IGD RSUD Simo Boyolali. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6.
- Ninieki Purwaningtyas, Heru Sulastomo, Alfa Alfin N, D. A. dan A. M. (2019). Breast And Advanced Cardiovascular Examination: Pemeriksaan Kardiovaskuler Lanjut. *Jurnal Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta*, 16–27.
- Nurani, V. B., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2020). Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pada Pasien Acute Myocard Infark (AMI). *Interest : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2), 185–197.
- Nursalam. 2020. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Jakarta Selatan. Salemba Medika.
- Oliver, J. (2019). Exercise Pada Pasien Dengan St Elevasi Miokard Infark (Stemi). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- PERKI. (2018). *Pedoman Tata Laksana Sindrom Koroner Akut 2018*. Jakarta. PDSK Indonesia.
- Putra, S., Elfi, E. F., & Afdal, A. (2020). Gambaran Faktor Risiko dan Manajemen Reperfusi Pasien IMA-EST di Bangsal Jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 621.
- Rachmawati, M., & Nafiah, rizka h. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien St Elevasi Miokard Infark (Stemi) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Dan Tidur. *Repositori Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 53(9), 1689–1699.
- Rampengan, S. H. (2020). Kegawatdaruratan Jantung. In F. K. U. Indonesia (Ed.), *Soc Franc d'Anesth et de Reanim* (1st ed., Vol. 33). Badan Penerbit FKUI, Jakarta.
- Rumaisyah (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Infark Miokard Akut Di Ruang ICVCU RSUD Dr Moewardi Surakarta.

- Santosa, A., & Mahayana, P. W. (2020). Risk Factors for Patients with Coronary Heart Disease Hospitalized In Sanjiwani Hospital Gianyar. *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*. 3–8. Denpasar Bali
- Sirilus, (2022). *Analisis Faktor Risiko pada Kejadian Masuk Rumah Sakit Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Husada Utama Surabaya*. *J. Sains Kes*. 2022. Vol 4. No 1. p-ISSN: 2303-0267, e-ISSN: 2407-6082
- Setiadi, A. P., & Halim, S. V. 2019. *Penyakit Kardiovaskular; Seri Pengobatan Rasional*. Yogyakarta, Graha Ilmu.
- Sirait, R. H. 2019. *Buku Ajar Pemantauan Hemodinamik Pasien*. Jakarta. UKI Press
- Sofiah, W., & Roswah, L. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Yang Mengalami Infark Miokard Akut Dengan Nyeri Melalui Teknik Relaksasi Nafas Dalam. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 10(02), 493–496.
- Sudoyo, A. 2019. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Papdi Edisi Kelima*. Jakarta. Interna Publishing.
- Sukamto, S. (2020). Elevasi Segmen-ST: Apakah selalu Penanda Infark Miokard Akut. *Jurnal Kesehatan Melayu*, 1(2), 118.
- Suksmarini. (2020). Potensi MRNA 499 Sebagai Deteksi Dini Infark Miokard Akut. *Essence Of Scientific Medical Journal*, 18(1), 27–31.
- Susilo, C. (2020). Identifikasi Faktor Usia, Jenis Kelamin Dengan Luas Infark Miokard Pada Penyakit Jantung Koroner (Pjk) Di Ruang Iccu Rsd Dr. Soebandi Jember. *The Indonesian Journal of Health Science*, 6(1), 1–7.
- Sutrisno, R. (2019). *Asuhan Keperawatan Tn. S Dan Ny.S Yang Mengalami Akut Miokard Infark (AMI) Dengan Nyeri Akut Di Ruang ICVCU RSUD Dr. Moewardi*. Sukarta. Universitas Kusuma Husada.
- Tiara Dewi, Muhammad Amir Masruhim, R. S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pemenuhan Oksigen Pada Pasien Infark Miokard Akut*. Poltekkes Surakarta.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2020). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.)*. Jakarta :DPP PPNI.

- Tmaisani, M. (2019). Asuhan Keperawatan Kebutuhan Oksigen Pada Pasien Tn. M dengan Infark Miokard Akut Di Ruang ICCU RSUD. Prof. Dr.W.Z. Yohanes Kupang. Poltekkes Kupang.
- Veni. (2019). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada TN. M.N.M Dengan St Elevasi Miokard Infark Di Ruang ICCU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.
- Vike, *et.al.* (2019). *Hubungan Pemberian Terapi Oksigenasi Dengan Nyeri Dada Pada Pasien Infark Miokard Akut di IGD RSUD Sidoarjo. Jurnal Keperawatan Vol. 13 No 03.*
- Wandari, T., & Widyantara, A. (2021). *Literature Review: Profil Pemeriksaan CKMB, Troponin I, Troponin T, dan High-Sensitivity Troponin Pada Penderita Infark Miokard Akut (IMA).* Yogyakarta. Universitas Aisyiyah.
- Wildana. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Infark Miokard Accute* (IMA) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Di Ruang IGD RSUD Simo Boyolali. Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Sriwijaya, U. (2020). Obat-Obat Antitrombotik yang Digunakan pada Pasien Infark Miokard Akut di RSUP Mohammad Hoesin Palembang. *Biomedical Journal*, 4(3), 106–111.
- Wijayanti, et al. (2020). Journal of Applied Health Management and Technology. *Journal of Applied Measurement*, 6(4), 1–20.
- Zahrotul, U. (2020). *Asuhan Kaperawatan Gawat Darurat dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigen pada Tn. T dengan Tn. H dengan Infark Miokard Akut. Infark Miokard Akut.* Poltekkes Surakarta.

LEMBAR KONSUL SKRIPSI

Nama dan Nim : Andi Irma Suryana (NS2214901007)

Graciela Talebong (NS2214901062)

Program : Ners

Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn "A"
Dengan Diagnosa Medis Infark Miokard Akut Di
Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris
Makassar

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

No	Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Peneliti		Pembimbing I
			I	II	
1.	4 April 2022	Mengajukan kasus "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada pasien IMA di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar"			
2.	12 Mei 2022	BAB III: tambahkan data yang belum lengkap di pengkajian, intervensi dan implementasi			
3.	16 Mei 2022	BAB III: lengkapi data di triase, dan riwayat pasien, perbaiki implementasi dan evaluasi.			
4.	5 Juni 2022	BAB III: ACC bab III BAB IV: perbaiki jurnal EBN			
5.	6 Juni 2022	BAB IV: perbaiki jurnal EBN, simpulan dan saran, dan sistematika penulisan.			
6.	7 Juni 2023	ACC BAB IV, dan BAB V			

LEMBAR KONSUL SKRIPSI

Nama dan Nim : Andi Irma Suryana (NS2214901007)

Graciela Talebong (NS2214901062)

Program : Ners

Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn "A"
 Dengan Diagnosa Medis Infark Miokard Akut Di
 Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris
 Makassar

Pembimbing II : Serlina Sandi. Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Peneliti		Pembimbing II
			I	II	
1.	22 Mei 2023	BAB I: perbaiki prevalensi, tambahkan data gawat darurat			
2.	29 Mei 2023	BABI : koreksi sistematika penulisan, perbaiki data di latar belakang, dan sitasi			
3.	5 Juni 2023	BAB I : koreksi sistematika penulisan, perbaiki latar belakang BAB II : perbaiki KDK, koreksi sistematika penulisan			
4.	6 Juni 2023	BAB I : koreksi sistematika penulisan BAB II : perbaiki data pemeriksaan diagnostik, koreksi sistematika penulisan			
5.	6 Juni 2023	BAB IV: perbaiki jurnal EBN, simpulan dan saran, sistematika penulisan, dan konsul pathway			

6.	7 Juni 2023	Koreksi BAB I, gambar disertai sumber, koreksi pathway <i>pathoflow</i> .	<i>AE</i>	<i>JA</i>	<i>Ja.</i>
7	9 Juni 2023	ACC BAB I, II, dan pathway <i>pathoflow</i>	<i>Ar</i>	<i>JA</i>	<i>Ja--</i>

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Graciela Talebong
Tempat/ Tanggal Lahir : Makassar, 31 Juli 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Mallombassang No. 33

2. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu : Hendrikus Talebong/ Marsia Sairina
Agama : Katolik
Pekerjaan : Wirausaha
Alamat : Jl. Mallombassang No. 33

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK : Tahun 2006 TK Ananda
SD : Tahun 2006 – 2012 SD St. Yakobus
SMP : Tahun 2012 – 2015 SMP Frater
SMK : Tahun 2015 – 2018 SMK Pratidina
Perguruan Tinggi : Tahun 2018 – 2022 STIK Stella Maris

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Andi Irma Suryana
 Tempat/ Tanggal Lahir : Kendari, 26 Mei 1991
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Alamat : Jl. Ir. Sutami Makassar

2. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu : Andi Ansharullah/ Hartati
 Agama : Islam
 Pekerjaan : Pensiunan/ IRT
 Alamat : Bone Sul-Sel

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK : Tahun 1996 – 1997 TK. Tunas Makarti Kendari
 SD : Tahun 1997 – 2003 SDN 2 Pangkajene - Sidrap
 SMP : Tahun 2003 – 2006 SMPN 1 Pare – Pare
 SMK : Tahun 2006 – 2009 SMAN 1 Kajuara Bone
 Perguruan Tinggi : Tahun 2009 – 2013 Politeknik Kesehatan Makassar