

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.R DENGAN
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER INFARK
MIOKARD AKUT (IMA) DI RUANG RAWAT INAP
MELATI RSUD CURUP TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

DONI PRATOMA
NIM. P0 0320119 012

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.R DENGAN
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER INFARK
MIOKARD AKUT (IMA) DI RUANG RAWAT INAP
MELATI RSUD CURUP TAHUN 2022**

**Diajukan sebagai Syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

DONI PRATOMA
NIM. P0 0320119 012

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Doni Pratoma
Tempat, Tanggal Lahir : Muara Aman, 29 Januari 2001
N I M : P00320119012
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Ny.R Dengan Sistem Kardiovaskuler Infark Miokard Akut (IMA) Di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup Tahun 2022

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 12 Juli 2022

Curup, 07 Juli 2022

Pembimbing



Chandra Huana, MPH
NIP: 197101041991021001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. R DENGAN
GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER INFARK MIOKARD AKUT
(IMA) DI RUANG RAWAT INAP MELATI RSUD CURUP
TAHUN 2022**

Disusun oleh :

DONI PRATOMA
NIM. P00320119012

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 12 Juli 2022, dan dinyatakan

LULUS

Ketua Penguji


Mulyadi, M.Kep

NIP: 196407121986031005

Anggota Penguji I


Nurbaiti, S.Kep., Ners
NIP: 198311282005022003

Anggota Penguji II


Chandra Baana, MPH
NIP: 197101041991021001

Laporan Tugas Akhir ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**


Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP.197112171991021001

**SISTEM KARDIOVASKULER INFARK MIOKARD AKUT (IMA) DI
RUANG RAWAT INAP MELATI RSUD CURUP
(Doni Pratoma, 2022, 140 Halaman)**

ABSTRAK

Latar Belakang: Infark miokard akut (IMA) merupakan salah satu penyebab kematian terbanyak di seluruh dunia, hal ini terjadi akibat faktor genetik dan gaya hidup. **Tujuan:** Tujuan pada penelitian ini adalah diketahuinya gambaran asuhan keperawatan tentang pemberian teknik relaksasi *guided imagery* untuk mengurangi nyeri pada pasien dengan infark miokard akut (IMA) di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup. **Metode:** Metode penelitian ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan studi kasus selama dilakukan *guided imagery*. **Hasil:** Hasil penelitian yang telah dilakukan tentang gambaran pemberian teknik relaksasi *guided imagery* pada Ny. R untuk mengurangi nyeri di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup, sesuai dengan hasil observasi didapatkan hasil bahwa dengan melakukan teknik *guided imagery* pada pasien dengan infark miokard akut dapat mengurangi nyeri yang dirasakan. **Kesimpulan:** Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup pada tanggal 28-31 Maret 2022 didapatkan hasil bahwa dengan melakukan teknik relaksasi *guided imagery* pada pasien dengan infark miokard akut dapat mengurangi nyeri yang dirasakan kepada pasien kasus infark miokard akut.

Kata Kunci: Infark miokard akut, *guided imagery*

**NURSING CARE ON Mrs. R WITH A CARDIOVASCULAR SYSTEM
DISORDER ACUTE MYOCARD INFARK (IMA) IN MELATI INPATIENT
ROOM AT CURUP HOSPITAL
(Doni Pratoma, 2022, 140 Pages)**

ABSTRACT

Background: Acute myocardial infarction (AMI) is one of the leading causes of death worldwide, this is due to genetic and lifestyle factors. **Objective:** The purpose of this study was to determine the description of nursing care regarding the administration of guided imagery relaxation techniques to reduce pain in patients with acute myocardial infarction (AMI) in the Melati Inpatient Room, Curup Hospital. **Method:** This research method uses a descriptive case study approach as long as guided imagery is carried out. **Results:** The results of the research that has been carried out on the description of giving guided imagery relaxation techniques to Ny. R to reduce pain in the Melati Inpatient Room, RSUD Curup, In accordance with the observations, it was found that using guided imagery techniques in patients with acute myocardial infarction can reduce the pain they feel. **Conclusion:** From the results of research conducted by the author in the Melati Inpatient Room, Curup Hospital on March 28-31, 2022, it was found that by using guided imagery relaxation techniques in patients with acute myocardial infarction can reduce the pain felt in patients with acute myocardial infarction.

Keywords: Acute myocardial infarction, guided imagery

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.R Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Infark Miokard Akut (IMA) Di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup Tahun 2022” tepat pada waktunya.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Eliana, SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd. Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Bapak Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Bapak Mulyadi, M.Kep selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
5. Ibu Nurbaiti, S.Kep., Ners selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.

6. Bapak Candra Buana, MPH selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ibu Ns. Sri Haryani, M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
8. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
9. Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga bimbingan dan bantuan, serta nasehat yang telah diberikan akan menjadi berkat bagi kita semua.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang membantu dan berpartisipasi yang tidak dapat disebut satu persatu. Akhir kata penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Curup, 22 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Penyakit.....	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Manifestasi Klinik	10
2.1.4 Anatomi Fisiologi	12

2.1.5 Patofisiologi.....	16
2.1.6 <i>Web Of Caution</i> (WOC)	19
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	20
2.1.8 Tindakan Medis	21
2.1.9 Komplikasi.....	22
2.2 Konsep Nyeri	24
2.2.1 Definisi	24
2.2.2 Mekanisme Nyeri	25
2.2.3 Perilaku Nyeri.....	26
2.2.4 Pengukuran Skala Nyeri	26
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	30
2.3.1 Pengkajian	31
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	36
2.3.3 Rencana Keperawatan	38
2.4 Konsep Teknik <i>Guided Imagery</i>	52
2.4.1 Hasil Publikasi Implementasi Penelitian	52
2.4.2 Pengertian	52
2.4.3 Tujuan.....	53
2.4.4 Manfaat.....	54
2.4.5 SOP Tindakan.....	54
BAB III TINJAUAN KASUS.....	57
3.1 Pengkajian	57
3.1.1 Identitas Klien.....	57

3.1.2 Riwayat Keperawatan.....	58
3.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	63
3.1.4 Penatalaksanaan.....	71
3.2 Analisa Data	74
3.3 Diagnosa Keperawatan	76
3.4 Perencanaan Keperawatan.....	77
3.5 Implementasi Keperawatan	79
3.6 Evaluasi Keperawatan	89
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	98
4.1 Pengkajian	98
4.2 Diagnosa Keperawatan	100
4.3 Intervensi Keperawatan	101
4.4 Implementasi Keperawatan	102
4.5 Evaluasi Keperawatan	104
BAB V PENUTUP.....	106
5.1 Kesimpulan.....	106
5.2 Saran	108

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
2.1	Perjalanan waktu enzim jantung pada IMA	21
2.2	Respon Perilaku Nyeri	26
2.3	Tabel Rencana Keperawatan IMA	39
3.1	Tabel Pola Kebiasaan Sehari-Hari	62
3.1.2	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. R	71
3.1.3	Penatalaksanaan Pemberian Terapi Obat Ny. R	71
3.2	Analisa Data Ny. R	74
3.3	Diagnosa Keperawatan Ny. R	76
3.4	Rencana Keperawatan Ny. R	77
3.5	Implementasi Keperawatan Ny. R	79
3.6	Evaluasi Keperawatan Ny. R	89

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
2.1	<i>Numeric Rating Scale (NRS)</i>	27
2.2	<i>Verbal Rating Scale (VRS)</i>	28
2.3	<i>Visual Analog Scale (VAS)</i>	29
2.4	<i>Wong Baker FACES Pain Rating Scale</i>	30
3.1	Hasil Pemeriksaan EKG, Tanggal 28 Maret 2022	70

DAFTAR BAGAN

No	Judul	Halaman
1	<i>Web Of Caution (WOC)</i>	19
2	Genogram	59

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1	Lembar Observasi Nyeri
2	SOP Tindakan <i>Guided Imagery</i>
3	Biodata Mahasiswa
4	Pernyataan Mahasiswa
5	Surat Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir
6	Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di RSUD Curup
7	Lembar Konsultasi
8	Dokumentasi Implementasi Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infark miokard akut (IMA) masih merupakan penyebab kematian terbanyak di seluruh dunia, menyumbang 12,6% dari total kematian setiap tahun (Beltrame dalam Roveny, 2017). Periode setelah serangan IMA memberikan tantangan tersendiri, terutama dalam mencegah kejadian serupa dan menjaga fungsi fisik penderita. Pencegahan sekunder merupakan bagian esensial penanganan pasien penyakit jantung koroner dan rehabilitasi jantung sebagai program pencegahan sekunder yang berintegrasi dengan asuhan komprehensif telah terbukti bermanfaat dan efektif pada penderita infark miokard (Roveny, 2017).

Epidemiologi IMA secara global menunjukkan insidensi *ST Elevation Myocardial infarction* (STEMI) menurun, sedangkan insidensi *Non ST Elevation Myocardial Infarction* (NSTEMI) meningkat. Sekitar 3 juta orang menderita STEMI, dan sekitar 4 juta orang menderita NSTEMI secara global. Setiap tahun, di Amerika Serikat terjadi IMA sekitar 650.000 kasus, sedangkan di Inggris sekitar 180.000 kasus. Di India, epidemiologi IMA lebih tinggi akibat faktor genetik dan gaya hidup yaitu mencapai 64,37/1.000 orang (Rathore *et al*, 2018).

Di Indonesia sampai saat ini belum ada epidemiologi khusus kasus IMA. Pada laporan riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi penyakit jantung secara umum di Indonesia berada pada angka 1,5%,

termasuk IMA dan sindrom koroner akut,. Prevalensi penyakit jantung terbesar berada di provinsi Kalimantan Utara sebesar 2,2%, Yogyakarta 2,0%, dan Gorontalo 2,0%. Untuk Provinsi Bengkulu sendiri berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur yaitu berada di angka 1,30% atau setara dengan 7.531 penderita (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data tahun 2019 pasien rawat inap yang mengalami penyakit IMA di RSUD Curup pada Bulan Januari sampai Bulan Desember sebanyak 53 kasus dengan kasus kematian yang diakibatkan IMA sebanyak 1 kasus. Sedangkan pada tahun 2020 pasien rawat inap yang mengalami penyakit IMA di RSUD Curup pada Bulan Januari sampai Desember sebanyak 18 kasus dengan kasus kematian yang diakibatkan IMA sebanyak 1 kasus. Dimana dari data tersebut didapatkan data bahwa terjadi penurunan kasus dari tahun 2019 ke 2020. Meskipun demikian, bila dilihat dari angka kasus kematian yang tetap ada walaupun telah terjadi penurunan kasus. Menyebabkan persentase penyakit IMA menjadi lebih tinggi dari sebelumnya (Rekam Medik RSUD Curup, 2022).

Jika tidak dilakukan tindakan keperawatan secara dini IMA ini akan mengakibatkan komplikasi gagal jantung dan kerusakan jaringan di jantung. Kira-kira 50% pasien dengan IMA meninggal sebelum masuk rumah sakit, 15% meninggal selama perawatan di rumah sakit, 15% meninggal selama perawatan di rumah sakit dan 10% meninggal setelah pulang dari rumah sakit. Kematian mendadak tampak sebagai *triad fatal* iskemia, disritmia, dan disfungsi ventrikel kiri (brunner & Suddarth, 2014).

Penatalaksanaan medis akan memperkecil kerusakan jantung sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi tersebut. Kerusakan jantung diperkecil dengan cara, segera mengembalikan keseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen ke jantung. Terapi obat-obatan, pemberian oksigen, dan tirah baring dilakukan secara bersamaan untuk mempertahankan jantung. Obat-obatan dan oksigen digunakan untuk meningkatkan suplai oksigen, sementara tirah baring dilakukan untuk mengurangi kebutuhan oksigen maka digunakan 3 kelas obat-obatan yang dapat meningkatkan suplai oksigen seperti vasodilator, antikoagulan, trombolitik (brunner & Suddarth, 2014). Seseorang yang mengalami IMA gejala khas yang tampak yaitu sering merasakan nyeri dada yang menjalar ke punggung seperti tertindih benda berat, ditekan dan ditusuk. Nyeri dapat juga menjalar ke lengan yang umumnya lengan kiri, bahu, leher. Keluhan nyeri biasanya berbeda dengan angina pectoris, nyeri dada infark miokard biasanya lebih lama dari gejala nyeri yang ditimbulkan oleh nyeri pada angina pectoris (kasron, 2021).

Adapun penatalaksanaan keperawatan untuk mengurangi dan mengatasi nyeri pada pasien dengan IMA yaitu salah satu strategi yang dapat dilakukan adalah terapi *guided imagery* (Febtrina, R & Febriana, W, 2019). *Guided imagery* merupakan metode relaksasi untuk mengkhayalkan tempat dan kejadian berhubungan dengan perasaan relaksasi yang menyenangkan. Khayalan tersebut memungkinkan pasien memasuki keadaan atau pengalaman relaksasi (Kaplan & Sadock dalam Febtrina, R & Febriana, W, 2019).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Febtrina & Febriana (2019) menemukan bahwa teknik relaksasi imajinasi terbimbing (*guided imagery*) dapat berpengaruh terhadap penurunan nyeri pasien pasca serangan jantung. Terapi ini meningkatkan relaksasi pada pasien, mengalihkan konsentrasi dan perhatian dari rasa nyeri serta berangsur-angsur menurunkan persepsi terhadap rasa yang dirasakan.

Hasil survey yang dilakukan di RSUD Curup tindakan teknik relaksasi *guided imagery* untuk menurunkan nyeri pasien pasca serangan jantung belum pernah dilakukan. Perawat diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan pada pasien pasca serangan jantung dengan memperkenalkan teknik relaksasi *guided imagery* untuk menurunkan tingkat nyeri, sehingga bisa dilakukan oleh keluarga dan pasien secara mandiri di rumah.

Selanjutnya peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan pada pasien dengan IMA yang diberikan dengan proses pendekatan keperawatan meliputi pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi, melaksanakan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan (Nurarif,2015).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler infark miokard akut melalui proses pengkajian, melakukan diagnosa keperawatan, intervensi, melaksanakan implementasi terutama penerapan teknik relaksasi *guided imagery*, dan evaluasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup Tahun 2022.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler infark miokard akut di ruang rawat inap Melati RSUD Curup Tahun 2022.

1.3 Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses keperawatan.

b. Tujuan Khusus

1. Dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler infark miokard akut di ruang rawat inap melati RSUD Curup.
2. Dapat membuat rencana perawatan pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler infark miokard akut di ruang rawat inap melati RSUD Curup.
3. Dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
4. Dapat mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan.
5. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak antara lain:

1. Manfaat bagi pasien

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat, sehingga dapat mengatasi dan mengaplikasikan perawatan ringan secara mandiri.

2. Manfaat bagi perawat

Sebagai bahan informasi mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler infark miokard akut, sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di rumah sakit.

3. Manfaat bagi institusi

- a. Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dalam peningkatan kualitas pelayanan, khususnya asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler infark miokard akut.

- b. Pendidikan

Sebagai bahan tambahan dan referensi pelajaran tentang mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler infark miokard akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Infark miokard mengacu pada proses rusaknya jaringan jantung akibat suplai darah yang tidak adekuat sehingga aliran darah koroner berkurang (Brunner and Suddarth, 2005 dalam Wijaya, 2013).

IMA didefinisikan sebagai nekrosis miokardium yang disebabkan oleh tidak adekuatnya pasokan darah akibat sumbatan akut pada arteri koroner. Sumbatan ini sebagian besar disebabkan oleh rupture plak atheroma pada arteri koroner yang kemudian diikuti oleh terjadinya trombosis, vasokonstriksi, reaksi inflamasi, dan mikroembolisasi distal. Kadang-kadang sumbatan akut ini dapat pula disebabkan oleh spasme arteri koroner, emboli, atau vaskulitis (Arif Muttaqin, 2009 dalam Wijaya, 2013).

Infark miokard disebabkan oleh penurunan aliran darah melalui satu atau lebih arteri koroner, mengakibatkan iskemia, miokard dan nekrosis (Dongoes, 2000 dalam Wijaya, 2013).

Secara morfologis IMA dibedakan atas dua jenis (Sylvia A. Price dalam Wijaya, 2013) :

1. IMA *transmural*, yang mengenai seluruh dinding miokard dan terjadi pada daerah distribusi suatu arteri koroner.

2. IMA sub-endokardial dimana nekrosis hanya terjadi pada bagian dalam dinding ventrikel dan umumnya berupa bercak-bercak dan tidak konfluens.

Berdasarkan kelainan pada gelombang ST (Aru W. Sudoyo, 2006 dalam Wijaya, 2013) :

1. STEMI

IMA dengan elevasi Segmen ST (*ST Elevation Myocardial infarction = STEMI*) merupakan bagian dari spektrum sindrom koroner akut (SKA) yang terdiri dari angina pektoris tak stabil, IMA tanpa elevasi ST, dan IMA dengan elevasi ST.

2. NSTEMI

Angina fektoris tak stabil (*unstable angina = UA*) dan miokard akut tanpa elevasi ST (*Non ST Elevation Myocardial Infarction = NSTEMI*) Diketahui merupakan suatu kesinambungan dengan kemiripan patofisiologi dan gambaran klinis sehingga pada prinsipnya penatalaksanaan keduanya tidak berbeda. Diagnosa NSTEMI ditegakan jika pasien dengan manifestasi klinis UA menunjukkan bukti adanya nekrosis miokard berupa peningkatan biomarker jantung.

2.1.2 Etiologi

Menurut Fakhri Ruhyandudin (2006) dalam Wijaya (2013), penyebab akut miokard infark adalah :

1. Gangguan pada arteri koronaria berkaitan dengan atherosclerosis, kekakuan, atau penyumbatan total pada arteri oleh emboli atau trombus.
2. Penurunan aliran darah sistem koronaria menyebabkan ketidakseimbangan antara miokardial O₂ suplai dan kebutuhan jaringan terhadap O₂.

Penyebab suplai oksigen ke miokard berkurang yang disebabkan oleh 3 faktor yaitu faktor pembuluh darah (Aterosklerosis, spasme, dan arteritis), faktor sirkulasi (hipotensi, stenosis aorta, dan insufisiensi), dan faktor darah (anemia, hipoksemia, dan polisitemia).

Adapun penyebab lain seperti curah jantung yang meningkat (aktivitas berlebihan, emosi, makan terlalu banyak, hipertiroidisme), kebutuhan oksigen miokard meningkat (kerusakan miokard, hipertropi miokard, dan hipertensi diastolic).

Faktor Predisposisi:

1. Faktor risiko biologis yang tidak dapat diubah
 - a. Usia lebih dari 40 tahun
 - b. Jenis kelamin : Insiden pada pria tinggi, sedangkan pada wanita meningkat setelah menopause.
 - c. Hereditas
 - d. Ras : lebih tinggi insiden pada kulit hitam
2. Faktor risiko yang dapat diubah:
 - a. Mayor :

- 1) Hiperlipidemia
- 2) Hipertensi
- 3) Merokok
- 4) Diabetes Melitus
- 5) Obesitas
- 6) Diet tinggi lemak jenuh, kalori

b. Minor :

- 1) Inaktivitas fisik
- 2) Pola kepribadian tipe A (emosional, agresif, ambisius, kompetitif).
- 3) Stress psikologis berlebihan ketidak adekuatan aliran darah akibat dari penyempitan, sumbatan arteri koronaria akibat terjadinya aterosklerosis, atau penurunan aliran darah akibat syok atau perdarahan.

Faktor risiko menurut Framingham :

1. Hiperkolesterolemia : > 275 mg/dl
2. Merokok sigaret : > 20/hari
3. Kegemukan : > 120 % dari BB ideal
4. Hipertensi : > 160/90 mmHg
5. Gaya hidup monoton

2.1.3 Manifestasi Klinik

1. Nyeri dada yang tiba-tiba dan berlangsung terus menerus, terletak di bagian bawah sternum dan perut atas, adalah gejala utama yang

biasanya muncul. Nyeri akan terasa semakin berat sampai tak tertahankan. Rasa nyeri yang tajam dan berat, bisa menyebar ke bahu dan lengan yang biasanya lengan kiri. Tidak seperti angina, nyeri ini muncul secara spontan (bukan setelah bekerja berat atau gangguan emosi) dan menetap selama beberapa jam sampai beberapa hari dan tidak akan hilang dengan istirahat maupun nitrogliserin (Brunner & Suddarth, 2005 dalam Wijaya, 2013).

2. Nyeri sering disertai napas pendek, pucat, berkeringat dingin, pusing, mual dan muntah (Brunner & Suddarth, 2005 dalam Wijaya, 2013).
3. Aritmia merupakan penyulit IMA yang terjadi terutama pada saat-saat pertama setelah serangan. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan-perubahan masa refrakter, daya hantar rangsang dan kepekaan terhadap rangsangan. Sistem syaraf otonom juga berperan besar terhadap terjadinya aritmia karena pasien IMA umumnya mengalami peningkatan tonus parasimpatis dengan kecenderungan bradikardia meningkat, sedangkan peningkatan tonus simpatis pada IMA inferior akan mempertinggi kecenderungan terjadinya fibrilasi ventrikel dan perluasan infark.

Secara khas nyeri dirasakan di daerah perikardial sering dirasakan sebagai suatu desakan, diperas, ditekan, dicekik, dan nyeri seperti terbakar, rasanya tajam dan menekan atau sangat nyeri, nyeri terus menerus, dan dangkal (Wijaya, 2013).

Nyeri dapat melebar ke belakang sternum sampai dada kiri, lengan kiri, leher, rahan, atau bahu kiri (Wijaya, 2013).

Tanda dan gejala infark miokard (TRIAGE) adalah:

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

2.1.4 Anatomi Fisiologi

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga, basisnya diatas, dan puncaknya di bawah, ia menempati rongga diantara

paru dan diafragma. *Apeks* (puncak) miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram (10,6 oz), meskipun berat dan ukurannya dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, berat badan, beratnya latihan dan kebiasaan fisik dan penyakit jantung. Jantung berada di dalam toraks, antara kedua paru-paru dan di belakang sternum, dan lebih menghadap ke kiri dari pada ke kanan. Fungsi jantung adalah memompa darah ke jaringan, menyuplai oksigen dan zat nutrisi lain sambil mengangkut karbondioksida dan sampah hasil metabolisme (Pearce dalam Wijaya, 2013).

1. Lapisan Otot Jantung

Lapisan otot jantung terbagi menjadi 3 yaitu:

- a. Perikardium, yaitu bagian luar otot jantung atau epikardium.
- b. Miokardium, yaitu jaringan utama otot jantung yang bertanggung jawab atas kemampuan kontraksi jantung atau lapisan otot tengah.
- c. Endokardium, yaitu lapisan tipis bagian dalam otot jantung atau lapisan tipis endotel sel yang berhubungan langsung dengan darah dan bersifat sangat licin untuk aliran darah, seperti halnya pada sel-sel endotel pada pembuluh darah lainnya (Wijaya, 2013).

2. Ruang Jantung

Jantung terbagi atas dua belahan yaitu belahan kanan dan belahan kiri, kedua belahan tersebut dipisahkan oleh otot pemisah

yang disebut septum. Setiap belahan terdiri atas dua ruang yaitu ruang pengumpul yang disebut atrium dan ruang pemompa yang disebut ventrikel. Dengan demikian jantung memiliki empat ruang yaitu, atrium kanan, ventrikel kanan, atrium kiri, dan ventrikel kiri. Atrium kanan menerima darah yang kurang oksigen dari seluruh tubuh melalui vena cava superior (dari tubuh bagian atas) dan vena cava inferior (dari tubuh bagian bawah) kemudian darah mengalir masuk ke ventrikel selanjutnya dipompakan ke paru-paru melalui arteri pulmonalis untuk dioksigenasi (Rendi, 2012).

Dinding keempat ruang jantung tersusun atas otot jantung yang disebut miokardium ruang ini dilapisi endokardium, selapis epitel gepeng yang juga melapisi katup jantung dan melanjutkan ke pembuluh darah sebagai pembungkusnya. Jaringan yang sangat halus ini mencegah pembekuan darah yang tidak normal, karena pembekuan akan di mulai dari kontak darah dengan permukaan besar. Ruang atas jantung adalah atria kanan dan kiri (tunggal : atrium), yang memiliki dinding penghubung tipis dan dipisahkan oleh sekat miokardium yang disebut septum interatrial. Ruang yang lebih bawah adalah ventrikel kanan dan kiri, yang berdinding tebal dan dipisahkan oleh septum interventrikuler (Rendi, 2012).

3. Peredaran darah ke jantung

Otot jantung membutuhkan aliran darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrien yang sangat dibutuhkan untuk

metabolisme. Arteri koroner bercabang menjadi dua yaitu arteri koronari kanan atau *right coronary artery* (RCA) dan arteri koronari kiri atau *left coronary artery* (LCA). Arteri koronari kiri mempunyai dua cabang utama yaitu arteri desenden kiri dan arteri sirkumplek (Rendi, 2012).

Jantung adalah organ utama sirkulasi darah. Aliran darah dari ventrikel kiri melalui arteri, arteriola, dan kapiler kembali ke atrium kanan melalui vena disebut peredaran besar atau sirkulasi sistemik. Peredaran darah besar, darah meninggalkan ventrikel kiri jantung melalui aorta yaitu arteri terbesar dalam tubuh. Arteri ini bercabang menjadi arteri lebih kecil yang menghantarkan darah ke berbagai bagian tubuh (Rendi, 2012).

4. Pembuluh darah jantung

Pembuluh darah jantung arteri koroner, otot jantung memerlukan suplai darahnya sendiri karena jaringan jantung tidak menyerap darah dari kamar jantung. Oleh sebab itu, dua arteri koroner (kanan dan kiri) bercabang ke aorta asenden untuk menyediakan darah bagi otot jantung (Rendi, 2012).

5. Fisiologi jantung

Fisiologi jantung mempunyai fungsi utama yaitu untuk mempertahankan homeostasis dengan memompa darah yang kaya O₂ dalam sistem sirkulasi menuju sel-sel tubuh, beserta zat-zat makanan dan membuang sisa metabolisme. Tekanan arteri dan

tekanan tepi, ukuran dari tekanan dari dalam pembuluh darah tergantung pada :

- a. *Cardiac Output*, volume darah
- b. Tahanan tepi, elastisitas dinding arteri (Rendi, 2012).

2.1.5 Patofisiologi

Iskemia yang berlangsung lebih dari 30-45 menit akan menyebabkan kerusakan selular yang ireversibel dan kematian otot atau nekrosis. Bagian miokardium yang mengalami infark atau nekrosis akan berhenti berkontraksi secara permanen. Jaringan yang mengalami infark dikelilingi oleh suatu daerah iskemik yang berpotensi dapat hidup. Ukuran infark akhir tergantung dari nasib daerah iskemik tersebut. Bila pinggir daerah ini mengalami nekrosis maka besar daerah infark akan bertambah besar, sedangkan perbaikan iskemia akan memperkecil daerah nekrosis (Wijaya, 2013).

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

Otot yang mengalami infark akan mengalami serangkaian perubahan selama berlangsungnya proses penyembuhan. Mula-mula otot yang mengalami infark tampak memar dan sianotik akibat terputusnya aliran darah regional. Dalam jangka waktu 24 jam timbul

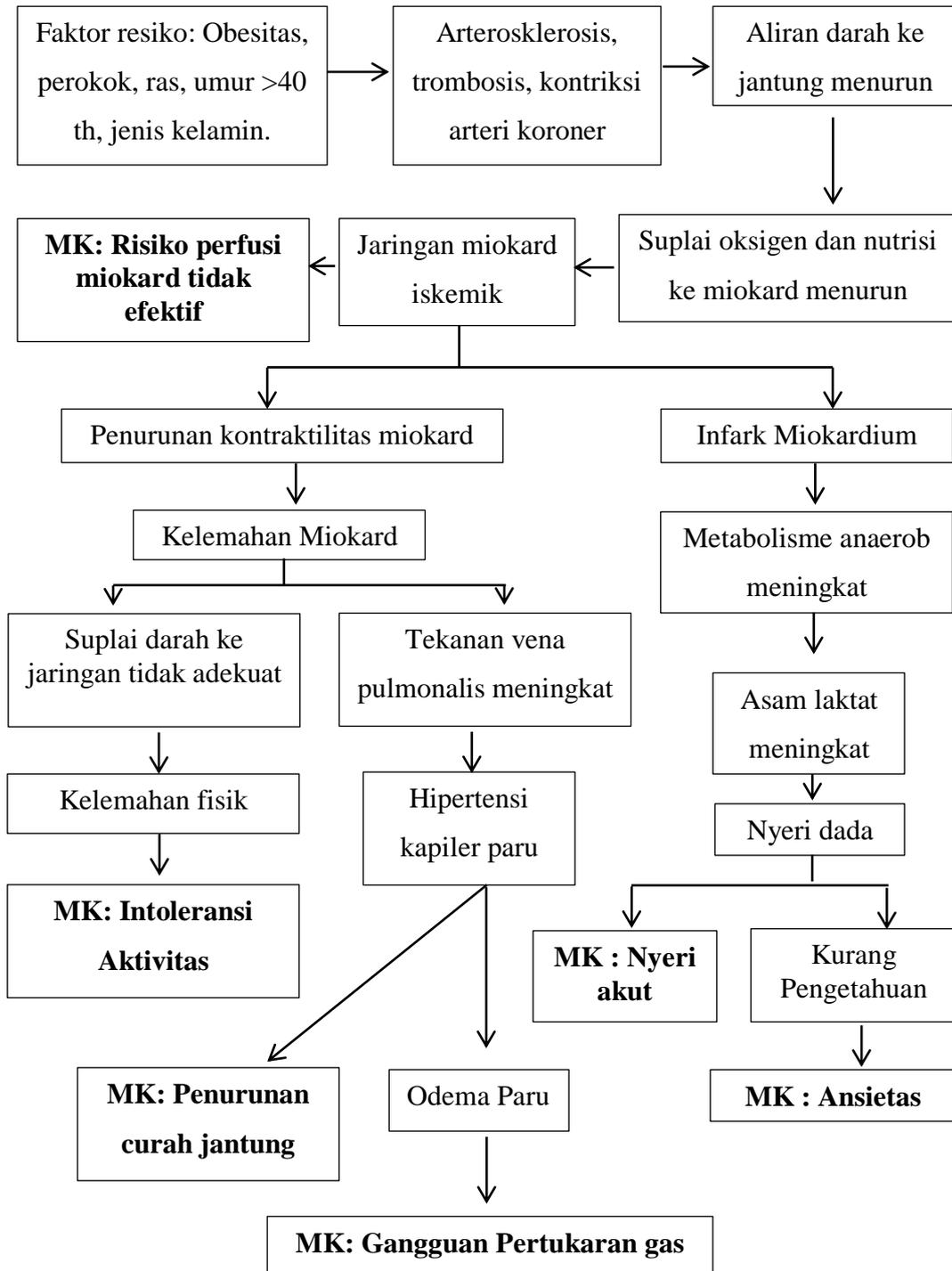
edema pada sel-sel, respon peradangan disertai infiltrasi leukosit. Enzim-enzim jantung akan terlepas dari sel-sel ini. Menjelang hari kedua atau ketiga mulai proses degradasi jaringan dan pembuangan semua serabut nekrotik. Selama fase ini dinding nekrotik relatif tipis. Kira-kira pada minggu ketiga mulai terbentuk jaringan parut. Lambat laun jaringan penyambung fibrosa menggantikan otot yang nekrosis dan mengalami penebalan yang progresif. Pada minggu keenam parut sudah terbentuk dengan jelas (Wijaya, 2013).

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

Peningkatan frekuensi jantung dan daya kontraksi oleh refleks simpatik dapat memperbaiki fungsi ventrikel. Penyempitan arteriola menyeluruh akan mempertinggi resistensi perifer total, dengan demikian tekanan rata-rata arteri akan meningkat. Balik vena ke jantung dan pengisian ventrikel. Pengisian ventrikel yang meningkat akan meningkatkan daya kontraksi dan volume ejeksi. Dengan

menurunnya fungsi ventrikel maka diperlukan tekanan pengisian diastolik yang lebih tinggi agar curah sekuncup dapat dipertahankan. Peningkatan tekanan pengisian diastolik dan volume ventrikel akan meregangkan serabut miokardium, dan dengan demikian meningkatkan kekuatan kontraksi sesuai hukum Starling. Tekanan pengisian sirkulasi dapat ditingkatkan lebih lanjut lewat retensi natrium dan air oleh ginjal. Akibatnya, infark miokardium biasanya disertai pembesaran ventrikel kiri sementara akibat dilatasi kompensasi jantung. Bila perlu, dapat terjadi hipertrofi kompensasi jantung sebagai usaha untuk meningkatkan daya kontraksi dan pengosongan ventrikel (Wijaya, 2013).

2.1.6 Web Of Caution (WOC)



Sumber : (Modifikasi dari Wijaya, 2013)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menguatkan diagnostik (Price, Silvia, 2006 dalam Wijaya, 2013) yaitu:

1. *Elektrokardiogram (EKG)*

Terlihat perubahan-perubahan pada elektrokardiografi, yaitu gelombang Q yang nyata, elevasi segmen ST, dan gelombang T terbalik. Perubahan ini tampak pada hantaran yang terletak di atas daerah miokardium yang mengalami nekrosis.

2. Enzim Jantung

Meningkatnya kadar enzim-enzim jantung yang dilepaskan oleh sel-sel miokardium yang nekrosis. Pola peningkatan enzim ini mengikuti perjalanan waktu yang khas sudah terjadi infark miokardium. Meskipun enzim ini pembantu diagnosis yang sangat berharga, tetapi interpretasinya terbatas oleh fakta bahwa peningkatan enzim yang terukur bukan merupakan indikator spesifik kerusakan miokardium, terdapat proses-proses lain yang juga dapat menyebabkan peningkatan enzim, sehingga dapat menyesatkan interpretasinya. Pengukuran insoenzim, yaitu fraksi-fraksi enzim yang khas dilepaskan oleh miokardium yang rusak, meningkatkan ketepatan diagnosis. Pelepasan insenzim, MB-CK merupakan petunjuk enzimatik dari infark miokardium yang paling spesifik (Wijaya, 2013).

Tabel 2.1 Perjalanan waktu enzim jantung pada IMA

Enzim	Onset	Puncak	Kembali Normal
CK	3-6 Jam	12-24 Jam	3-5 Hari
CK-MB	2-4 Jam	12-20 Jam	48-72 Jam
LDH	24 Jam	42-72 Jam	7-10 Hari
LDH ₁	4 Jam	48 Jam	10 Hari
LDH ₂	4 Jam	48 Jam	10 Hari

2.1.8 Tindakan Medis

Tujuan tindakan medis adalah memperkecil kerusakan jantung sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi. Kerusakan jantung diperkecil dengan cara, segera mengembalikan keseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen jantung. Terapi obat-obatan, pemberian oksigen dan tirah baring dilakukan secara bersamaan untuk mempertahankan jantung. Obat-obatan dan oksigen digunakan untuk meningkatkan suplai oksigen, sementara tirah baring dilakukan untuk mengurangi kebutuhan oksigen (Brunner & Suddarth, 2005 dalam Wijaya, 2013).

1. Farmakologi

3 kelas obat-obatan yang biasa digunakan untuk meningkatkan suplai oksigen (Brunner & Suddarth dalam wijaya, 2013) :

a. Vasodilator

Vasodilator pilihan untuk mengurangi nyeri jantung adalah Nitrogliserin (NTG) Intravena.

b. Antikoagulan

Heparin adalah antikoagulan pilihan untuk membantu mempertahankan integritas jantung. Heparin memperpanjang

waktu pembekuan darah, sehingga dapat menurunkan kemungkinan pembentukan thrombus dan selanjutnya menurunkan aliran darah.

c. Trombolitik

Tujuan trombolitik adalah untuk melarutkan setiap trombus yang telah terbentuk di arteri koroner, memperkecil penyumbatan dan juga luasnya infark. Agar efektif, obat ini harus diberikan pada awal awitan nyeri dada. Tiga macam obat trombolitik yang terbukti bermanfaat melarutkan trombus adalah : Streptokinase, aktifator, plasminogen jaringan dan anistreplase.

2. Non Farmakologi:

Revaskularisasi bedah berperan penting dalam pengobatan Stable Ischemic Heart Disease (SIHD). Prosedur revaskularisasi yang umum digunakan dalam prakteknya adalah operasi Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) atau Percutaneous Coronary Intervention (PCI) dengan atau tanpa pemasangan stent (Dobesh et al., 2020).

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi yang dapat dialami pada klien dengan IMA (Wijaya, 2013) adalah:

a. Disritmia

Komplikasi paling sering dari infark miokard akut adalah gangguan irama jantung (90%). Faktor predisposisi adalah : (1) Iskemia Jaringan, (2) Hipoksemia, (3) pengaruh sistem saraf parasimpatis dan simpatis, (4) asidosis laktat, (5) Kelainan hemodinamik, (6) Keracunan obat, dan (7) gangguan keseimbangan elektrolit.

b. Gagal Jantung Kongestif dan Syok Kardiogenik

10-15% pasien infark miokard mengalami syok kardiogenik, dengan mortalitas antara 80-95%.

c. Tromboemboli

Studi pada 924 kasus kematian akibat IMA menunjukkan adanya trombi mural pada 44% kasus pada endokardium. Studi autopsi menunjukkan 10% kasus IMA yang meninggal mempunyai emboli arterial ke otak, ginjal, limpa, atau mesenterium.

d. Perikarditis

Sindrom ini dihubungkan dengan infark miokard yang digambarkan pertama kali oleh Dressler dan sering disebut sindrom Dressler. Biasanya terjadi setelah infark transmural tetapi dapat menyertai infark subepikardial. Perikarditis biasanya sementara, yang tampak pada minggu pertama setelah infark. Nyeri dada dari perikarditis akut terjadi tiba-tiba dan berat serta konstan pada dada anterior. Nyeri ini memburuk dengan inspirasi dan biasanya dihubungkan dengan takikardidam demam ringan, dan *friction rub* perikardial yang trifasik dan sementara.

e. Ruptura miokardium

Ruptur dinding bebas dari ventrikel kiri menimbulkan kematian sebanyak 10% di rumah sakit karena IMA. Ruptur ini menyebabkan tamponade jantung dan kematian. Ruptur septum interventrikular jarang terjadi, yang terjadi pada kerusakan miokard luas, dan menimbulkan defek septum ventrikel.

f. Aneurisma Ventrikel

Kejadian ini adalah komplikasi lambat dari infark miokard yang meliputi penipisan, pengembangan, dan hipokinesis dari dinding ventrikel kiri setelah infark transmural. Aneurisma ini sering menimbulkan gerakan paroksimal pada dinding ventrikel, dengan pengembangan keluar segmen aneurisma pada kontraksi ventrikel. Kadang-kadang aneurisma ini ruptur dan menimbulkan tamponade jantung, tetapi biasanya masalah yang terjadi disebabkan penurunan kontraktilitas ventrikel atau embolisasi.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri merupakan sebuah pengalaman sensori serta emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan pada kerusakan jaringan, aktual maupun potensial atau menggambarkan suatu kerusakan yang sama menurut Association for the Study of Pain (Black & Hawks, 2014). Nyeri merupakan suatu pengalaman yang dikatakan oleh seseorang yang sedang merasakan nyeri dan ada ketika seseorang tersebut

mengatakan ada (Black & Hawks, 2014). Definisi nyeri dalam kamus medis yaitu perasaan distres, kesakitan, ketidaknyamanan yang ditimbulkan dari stimulasi ujung saraf tertentu. Tujuan nyeri terutama untuk perlindungan, nyeri berperan sebagai suatu sinyal peringatan dari tubuh terhadap jaringan yang sedang mengalami kerusakan dan meminta individu untuk meredakan atau menghilangkan nyeri dari sumber (Rosdahl & Kowalski, 2017).

2.2.2 Mekanisme Nyeri

Istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan transmisi nyeri normal dan interpretasinya adalah nosisepsi. Nosisepsi merupakan sistem yang membawa informasi mengenai peradangan, kerusakan, atau ancaman kerusakan pada jaringan ke medula spinalis dan otak. Nosisepsi memiliki empat fase:

1. Transduksi: sistem saraf yang mengubah stimulus nyeri dalam ujung saraf menjadi impuls.
2. Transmisi: impuls berjalan dari tempat awalnya ke otak.
3. Persepsi: otak mengenali, mendefinisikan, dan berespons terhadap nyeri.
4. Modulasi: tubuh mengaktifasi respons inhibitor yang diperlukan terhadap efek nyeri (Craven & Hirnle, 2007 dalam Rosdahl & Kowalski, 2017).

2.2.3 Perilaku Nyeri

Apabila seorang klien mengalami nyeri maka perawat mengkaji kata-kata yang diucapkan, gerakan tubuh, ekspresi wajah, interaksi sosial, mood, serta tidur klien. Respon perilaku nyeri bisa di lihat pada tabel berikut ini.

Tabel 2.2 Respon Perilaku Nyeri

Perilaku Non Verbal yang Mengidentifikasi Nyeri	
Gerakan Tubuh	Gelisah, waspada, tegang pada otot, immobilitas, mondar-mandir, meremas tangan, tidak bisa diam, menggeliat, menolak ubah posisi, kaku pada sendi
Ekspresi Wajah	Menekuk muka, menggeletukan gigi, mengernyitkan dahi, menutup mata atau mulut dengan rapat, membuka mata atau mulut dengan lebar, menggigit bibir.
Vokalisasi	Mengaduh, menangis, mengerang, terengah, menjerit, menggerutu
Mood	Agresif, bingung, rewel, sedih, iritabilitas
Tidur	Meningkat karena kelelahan menurun, karena sering terbangun
Interaksi Sosial	Diam, menarik diri, fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri, penurunan rentang perhatian.

Sumber: (Black & Hawks, 2014)

2.2.4 Pengukuran Skala Nyeri

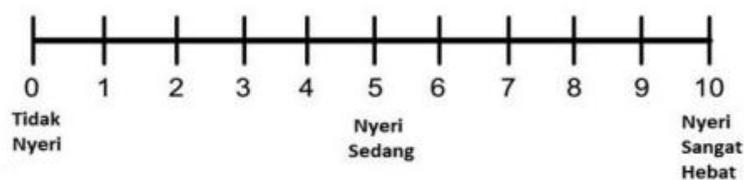
Intensitas nyeri adalah laporan mandiri tentang nyeri. Perawat bisa mendapatkan laporan mandiri ini dengan meminta klien untuk mengukur nyeri pada skala yang harus mereka bayangkan atau menunjukkan skala yang ada pada klien. Individu yang mengalami nyeri mungkin mendapatkan kesulitan untuk berkonsentrasi pada tugas

mental dan merasa kesulitan untuk berespons terhadap skala yang harus mereka bayangkan. Di beberapa rumah sakit sangat menguntungkan jika disediakan salinan skala intensitas nyeri di tempat yang dapat dilihat dengan jelas oleh tiap klien, biasanya ditempelkan di dinding sebelah tempat tidur (Black & Hawks, 2014).

1. *Numeric Rating Scale* (NRS)

Numeric Rating Scale (NRS) ini didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut ketimbang VAS dan VRS. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik. Skala numerik dari 0 hingga 10, di bawah, nol (0) merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10), suatu nyeri yang sangat hebat.

Gambar 2.1 *Numeric Rating Scale* (NRS)

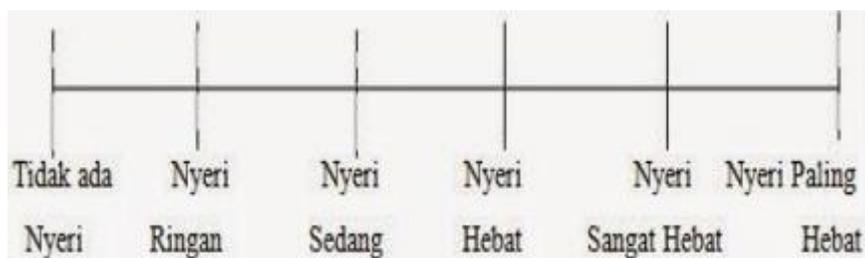


Sumber: (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

2. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini memakai dua ujung yang sama seperti VAS atau skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Kekurangan skala ini membatasi pilihan kata klien sehingga skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

Gambar 2.2 *Verbal Rating Scale (VRS)*



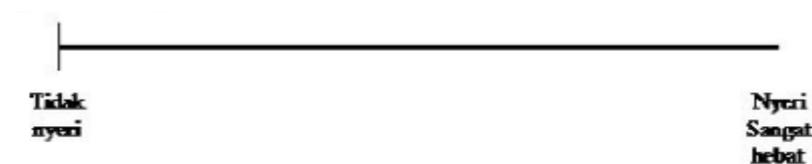
Sumber: (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

3. *Visual Analog Scale (VAS)*

Visual Analog Scale (VAS) adalah skala linear yang menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter (Gambar 2.3). Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah

yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya atau reda rasa nyeri. Digunakan pada klien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaan sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.

Gambar 2.3 Visual Analog Scale (VAS)



Sumber: (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

4. Wong Baker FACES Pain Rating Scale

Skala nyeri ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala Nyeri ini adalah skala kesakitan yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, "Tidak ada sakit hati" sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan "Sakit terburuk". Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Tidak semua klien dapat memahami atau menghubungkan

skala intensitas nyeri dalam bentuk angka. Klien ini mencakup anak-anak yang tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan secara verbal, klien lansia dengan gangguan kognisi atau komunikasi, dan orang yang tidak bisa berbahasa Inggris, sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat Wong Baker FACES Pain Rating Scale. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam setiap ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat di dokumentasikan oleh perawat.

Gambar 2.4 Wong Baker FACES Pain Rating Scale



Sumber: (Kozier, 2011)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari lima fase asuhan keperawatan: 1) Pengkajian; 2) Diagnosa; 3) Perencanaan; 4) Implementasi; dan 5) Evaluasi. Salah satu manfaat dari penerapan asuhan keperawatan yang baik adalah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam bidang keperawatan (Kozier, 2010).

Menurut Wijaya (2013) asuhan keperawatan pada pasien dengan IMA adalah sebagai berikut.

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data baik subyektif maupun obyektif dengan tujuan menggali informasi tentang status kesehatan pasien (Nikmatur, 2012). Menurut (Wijaya, 2013) berikut pengkajian pada pasien IMA adalah:

1. Biodata
2. Riwayat Kesehatan
 - a. Riwayat kesehatan sekarang
 - 1) Kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur.
 - 2) Faktor perangsang nyeri yang spontan
 - 3) Kualitas nyeri : rasa nyeri digambarkan dengan rasa sesak yang berat/mencekik
 - 4) Lokasi nyeri: di bawah atau sekitar leher, dengan dagu belakang, bahu atau lengan.

- 5) Beratnya nyeri: dapat dikurangi dengan istirahat atau pemberian nitrat.
- 6) Waktu nyeri: berlangsung beberapa jam/hari, selama serangan pasien memegang dada atau menggosok lengan kiri.
- 7) Diaforesis, muntah, mual, kadang-kadang demam, dispnea.
- 8) Syndrom syok dalam berbagai tingkatan,

b. Riwayat kesehatan dahulu

- 1) Penyakit pembuluh darah arteri
- 2) Riwayat merokok
- 3) Kebiasaan olahraga yang tidak teratur.
- 4) Riwayat DM, hipertensi, gagal jantung kongestif.
- 5) Riwayat penyakit pernapasan kronis.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat keluarga penyakit jantung/infark miokard, DM, stroke, hipertensi, penyakit vaskuler perifer.

3. Pengkajian Fokus (Dongoes, 2000 dalam Wijaya, 2013)

a. Aktivitas:

Gejala:

- 1) Kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur.
- 2) Pola hidup menetap, jadwal olahraga tidak teratur

Tanda:

- 1) Takikardi

2) dispnea pada istirahat/aktivitas.

b. Sirkulasi:

Gejala: Riwayat IMA sebelumnya, penyakit arteri koroner, masalah tekanan darah, diabetes melitus.

Tanda:

- 1) tekanan darah: dapat normal atau naik/turun
- 2) perubahan postural dicatat dari tidur sampai duduk/berdiri.
- 3) Nadi: dapat normal; penuh/tidak kuat, atau lemah/kuat kualitasnya dengan pengisian kapiler lambat; tidak teratur (disritmia) mungkin terjadi.
- 4) Bunyi Jantung: bunyi jantung ekstra: S3/S4 mungkin menunjukkan gagal jantung/penurunan kontraktilitas atau komplain ventrikel.
- 5) Murmur: bila ada menunjukkan gagal katup atau disfungsi otot papilar
- 6) Friksi: dicurigai perikarditis.
- 7) Irama jantung: dapat teratur atau tidak teratur
- 8) Edema: distensi vena jugularis, edema dependen/perifer, edema umum, krekels mungkin ada dengan gagal jantung/ventrikel.
- 9) Warna: pucat atau sianosis/kulit abu-abu, kuku datar, pada membran mukosa dan bibir.

c. Integritas ego

Gejala: menyangkal gejala penting/adanya kondisi takut mati, perasaan ajal sudah dekat, marah pada penyakit/perawatan, khawatir tentang keluarga, kerja, keuangan.

Tanda: menolak, menyangkal, cemas, kurang kontak mata, gelisah, marah, perilaku menyerang, fokus pada diri sendiri/nyeri.

d. Eliminasi

Tanda: normal atau bunyi usus menurun

e. Makanan/cairan

Gejala: mual, kehilangan nafsu makan, bersendawa, nyeri ulu hati/terbakar.

Tanda: penurunan turgor kulit; kulit kering/berkeringat, muntah, perubahan berat badan

f. Higiene

Gejala atau tanda: kesulitan melakukan tugas perawatan

g. Neurosensori

Gejala: pusing, berdenyut selama tidur atau saat bangun (duduk atau istirahat)

Tanda: perubahan mental, kelemahan

h. Nyeri/ketidnyamanan

Gejala: Nyeri dada yang timbulnya mendadak (dapat berhubungan dengan aktivitas), tidak hilang dengan istirahat atau nitrogliserin. (meskipun kebanyakan

nyeri dalam dan viseral, 20% infark miokard ada nyeri)

Lokasi: tipikal pada dada anterior, substernal, prekordia; dapat menyebar ke tangan, rahang, wajah. Tidak tertentu lokasinya seperti epigastrium, siku, rahang, abdomen, punggung, leher.

Kualitas: '*chrsing*', menyempit, berat, menetap, tertekan, seperti dapat dilihat.

Intensitas: biasanya 10 pada skala 1-10; mungkin pengalaman nyeri paling buruk yang pernah dialami'

Catatan: nyeri mungkin tak ada pada pasien pasca operasi, dengan diabetes melitus atau hipertensi atau lansia.

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

Respons otomatis: perubahan frekuensi/irama jantung, TD, pernapasan, warna kulit/kelembaban, kesadaran.

i. Pernapasan

Gejala:

- 1) dispnea dengan/tanpa kerja, dispnea nokturnal
- 2) Batuk dengan/tanpa produksi sputum
- 3) Riwayat merokok, penyakit pernapasan kronis

Tanda:

- 1) peningkatan frekuensi pernapasan, napas sesak/kuat.
 - 2) Pucat atau sianosis, bunyi napas: bersih atau krekels/mengi, sputum.
- j. Interaksi sosial
- Gejala:
- 1) stress saat ini contoh kerja, keluarga
 - 2) Kesulitan coping dengan stresor yang ada, contoh penyakit, perawatan di rumah sakit.
- Tanda:
- 1) kesulitan istirahat dengan tenang
 - 2) respons terlalu emosi (marah terus menerus, takut).
 - 3) Menarik diri dari keluarga

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016). Menurut Wijaya (2013) diagnosa keperawatan pada klien dengan IMA yang dimodifikasi mengikuti buku SDKI yaitu:

1. Penurunan curah jantung b.d Perubahan irama jantung d.d palpitasi, bradikardi/takikardia, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi.
2. Resiko perfusi miokard tidak efektif d.d hipertensi, hiperlipidemia, hiperglikemia, hipoksemia, pembedahan jantung, tamponade jantung, spasme arteri koroner, riwayat penyakit kardiovaskuler pada keluarga, kurang terpapar informasi tentang faktor risiko yang dapat diubah.
3. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
4. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler d.d dispnea, PCO_2 meningkat/menurun, PO_2 menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan, diaforesis, kesadaran menurun, pusing.
5. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan, tirah baring d.d mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, gambaran EKG aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

6. Ansietas b.d kurang terpapar informasi d.d merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

2.3.3 Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Adapun definisi dari luaran (outcome) keperawatan itu sendiri adalah aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (SLKI, 2018).

2.3 Tabel Rencana Keperawatan IMA

No	Diagnosa keperawatan (SDKI, 2016)	Rencana Tindakan Keperawatan		
		Tujuan dan kriteria hasil (SLKI, 2018)	Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018)	
1.	Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung d.d palpitasi, bradikardi/takikardia, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka curah jantung meningkat. Dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 1/2/3/4/5 2. <i>Ejection fraction</i> (EF) meningkat 1/2/3/4/5 3. Palpitasi menurun 1/2/3/4/5 4. Bradikardia menurun 1/2/3/4/5 5. Takikardia menurun 1/2/3/4/5 6. Gambaran EKG aritmia menurun 1/2/3/4/5 7. Lelah menurun 1/2/3/4/5 8. Edema menurun 1/2/3/4/5 9. Dispnea menurun 1/2/3/4/5 	<p>Intervensi utama : SIKI : Perawatan Jantung I.02075</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 6. Monitor saturasi oksigen 7. Monitor keluhan nyeri dada 	<p>Intervensi kedua : SIKI : Perawatan jantung akut I.02076</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada 2. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T 3. Monitor aritmia 4. Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia 5. Monitor enzim jantung 6. Monitor saturasi oksigen 7. Identifikasi stratifikasi pada

		<p>10. Pucat/sianosis menurun 1/2/3/4/5</p> <p>11. Suara jantung S3 menurun 1/2/3/4/5</p> <p>12. Suara jantung S4 menurun 1/2/3/4/5</p> <p>13. Murmur jantung menurun 1/2/3/4/5</p> <p>14. Tekanan darah membaik 1/2/3/4/5</p> <p>15. <i>Capillary refill time</i> (CRT) membaik 1/2/3/4/5</p> <p>16. <i>Pulmonary artery wedge pressure</i> (PAWP) membaik 1/2/3/4/5</p> <p>17. <i>Central venous pressure</i> membaik 1/2/3/4/5</p>	<p>8. Monitor EKG 12 sadapan</p> <p>9. Monitor aritmia</p> <p>10. Monitor nilai laboratorium jantung</p> <p>11. Monitor fungsi alat pacu jantung</p> <p>12. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</p> <p>13. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat.</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai 3. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi 	<p>sindrom koroner akut</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam 2. Pasang akses intravena 3. Puaskan hingga bebas nyeri 4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stres 5. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan 6. Siapkan menjalani intervensi koroner perkutan 7. Berikan dukungan emosional dan spiritual <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan segera melaporkan nyeri
--	--	---	---	--

			<p>stress, <i>jika perlu</i>.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan dukungan emosional dan spiritual 6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi. 2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok 4. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian 5. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i> 2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung 	<p>dada</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan tindakan yang dialami pasien 3. Ajarkan teknik menurunkan kecemasan dan ketakutan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiplatelet, <i>jika perlu</i> 2. Kolaborasi pemberian antiangina 3. Kolaborasi pemberian morfin, <i>jika perlu</i> 4. Kolaborasi pemberian inotropik, <i>jika perlu</i> 5. Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan, <i>jika perlu</i> 6. Kolaborasi pemeriksaan <i>x-ray</i>
--	--	--	--	--

				dada, jika perlu
2	Resiko perfusi miokard tidak efektif d.d hipertensi, hiperlipidemia, hiperglikemia, hipoksemia, pembedahan jantung, tamponade jantung, spasme arteri koroner, riwayat penyakit kardiovaskuler pada keluarga, kurang terpapar informasi tentang faktor risiko yang dapat diubah.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi miokard meningkat. Dengan Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gambaran EKG aritmia menurun 1/2/3/4/5 2. Nyeri dada menurun 1/2/3/4/5 3. Diaforesis menurun 1/2/3/4/5 4. Arteri apikal membaik 1/2/3/4/5 5. Tekanan arteri rata-rata membaik 1/2/3/4/5 6. Takikardia membaik 1/2/3/4/5 7. Bradikardia membaik 1/2/3/4/5 	Intervensi utama SIKI : Manajemen aritmia I.02035 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa onset dan pemicu aritmia 2. Identifikasi jenis aritmia 3. Monitor frekuensi dan durasi aritmia 4. Monitor keluhan nyeri dada 5. Monitor respon hemodinamik akibat aritmia 6. Monitor saturasi oksigen 7. Monitor kadar elektrolit Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan lingkungan yang tenang 2. Pasang jalan napas buatan, jika perlu 3. Pasang akses intravena 4. Pasang monitor jantung 5. Rekam EKG 12 	Intervensi kedua : SIKI : edukasi kesehatan I.12383 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Beri kesempatan untuk bertanya

			<p>sadapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Lakukan maneuver valsava 7. Lakukan masase karotis unilateral 8. Berikan oksigen, <i>sesuai indikasi</i> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiartmia, <i>jika perlu</i> 2. Kolaborasi pemberian kardioversi, <i>jika perlu</i> 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
3	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun. Dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 1/2/3/4/5 2. Keluhan nyeri menurun 1/2/3/4/5 3. Meringis menurun 1/2/3/4/5 4. Sikap protektif menurun 1/2/3/4/5 5. Gelisah menurun 	<p>Intervensi utama SIKI : Manajemen Nyeri 1.08238 Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 	<p>Intervensi kedua SIKI : Terapi Relaksasi I.09326 Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik

		<p>1/2/3/4/5</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kesulitan tidur menurun 1/2/3/4/5 7. Perasaan depresi (tertekan) menurun 1/2/3/4/5 8. Frekuensi nadi membaik 1/2/3/4/5 9. Pola napas membaik 1/2/3/4/5 10. Pola tidur membaik 1/2/3/4/5 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>guided imagery</i>) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, 	<p>relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, <i>jika memungkinkan</i> 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan
--	--	---	---	---

			<p>periode, dan pemicu nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> 	<p>prosedur teknik relaksasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Gunakan realisasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, <i>jika sesuai</i> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan
--	--	--	---	--

				dan latih teknik relaksasi (imajinasi terbimbing <i>guided imagery</i>)
4.	Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler d.d dispnea, PCO ₂ meningkat/menurun, PO ₂ menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan, diaforesis, kesadaran menurun, pusing	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka pertukaran gas meningkat. Dengan Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 1/2/3/4/5 2. Dispnea menurun 1/2/3/4/5 3. Bunyi napas tambahan menurun 1/2/3/4/5 4. Pusing menurun 1/2/3/4/5 5. PCO₂ membaik 1/2/3/4/5 6. PO₂ membaik 1/2/3/4/5 7. Takikardia membaik 1/2/3/4/5 8. pH arteri membaik 1/2/3/4/5 9. Sianosis membaik 1/2/3/4/5 10. Pola napas membaik 1/2/3/4/5 	Intervensi utama SIKI : Pemantauan respirasi I.01014 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil <i>x-ray</i> toraks Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval 	Intervensi kedua SIKI : Terapi Oksigen I.01026 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 4. Monitor efektifitas terapi oksigen 5. Monitor kemampuan melepaskan oksigen dan atelektasis 6. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen

			<p>pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan sekret pada mulut, hidung, dan trakea, <i>jika perlu</i> 2. Pertahankan kepatenan jalan napas 3. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 4. Berikan oksigen tambahan, <i>jika perlu</i> 5. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi 6. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien dan keluarga cara
--	--	--	---	--

				<p>menggunakan oksigen dirumah</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen 2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur.
5	<p>Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan, tirah baring d.d mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, gambaran EKG aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas meningkat. Dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 1/2/3/4/5 2. Saturasi oksigen meningkat 1/2/3/4/5 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 1/2/3/4/5 4. Keluhan lelah menurun 1/2/3/4/5 5. Dispnea saat aktivitas menurun 1/2/3/4/5 6. Dispnea setelah 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Manajemen energi I.05178</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan 	<p>Intervensi kedua :</p> <p>SIKI :Terapi aktivitas I.05186</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Indetifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan 4. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terpeutik</p>

		<p>aktivitas menurun 1/2/3/4/5</p> <p>7. Perasaan lemah menurun 1/2/3/4/5</p> <p>8. Aritmia saat aktivitas menurun 1/2/3/4/5</p> <p>9. Aritmia setelah aktivitas menurun 1/2/3/4/5</p> <p>10. Sianosis menurun 1/2/3/4/5</p> <p>11. EKG aritmia membaik 1/2/3/4/5</p>	<p>nyaman dan rendah stimulus</p> <p>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan</p>	<p>1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</p> <p>2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <p>3. Fasilitasi aktivitas fisik rutin</p> <p>4. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</p> <p>5. Libatkan keluarga dalam aktivitas, <i>jika perlu</i></p> <p>6. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>2. Anjurkan melakukan aktivitas</p>
--	--	---	--	---

			makanan	fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.
6.	Ansietas b.d kurang terpapar informasi d.d merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat ansietas menurun. Dengan Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 1/2/3/4/5 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 1/2/3/4/5 3. Perilaku gelisah menurun 1/2/3/4/5 4. Perilaku tegang menurun 1/2/3/4/5 5. Keluhan pusing menurun 1/2/3/4/5 6. Palpitasi menurun 1/2/3/4/5 7. Konsentrasi menurun 1/2/3/4/5 	Intervensi utama SIKI : Reduksi ansietas I.09314 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, <i>jika memungkinkan</i> 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan 	Intervensi kedua : SIKI :Teknik imajinasi terbimbing I.08247 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah yang dialami 2. Monitor respons perubahan emosional Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan ruangan yang tenang dan nyaman Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan membayangkan suatu tempat yang sangat menyenangkan yang pernah atau yang ingin

			<p>yang tenang dan meyakinkan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> 4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 6. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 7. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i> 	<p>dikunjungi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan membayangkan mengunjungi tempat yang dikunjungi berada dalam kondisi yang sehat, bersama dengan orang yang dikasihi atau dicintai dalam suasana yang nyaman
--	--	--	---	---

2.4 Konsep Teknik *Guided Imagery*

2.4.1 Hasil Publikasi Implementasi Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Febtrina & Febriana (2019) tentang “pengaruh teknik relaksasi imajinasi terbimbing (*guided imagery*) terhadap penurunan nyeri pasien pasca serangan jantung di ruang Flamboyan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau” dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi imajinasi terbimbing (*guided imagery*) terhadap penurunan nyeri pasien pasca serangan jantung di ruang Flamboyan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. Hasil penelitian yang dilakukan kepada 12 responden pemberian teknik relaksasi imajinasi terbimbing (*guided imagery*) rata rata nyeri sebelum dilakukan intervensi yaitu 4,17 dan rata-rata setelah diberikan intervensi 3,25. Pada penelitian ini didapatkan ada 9 orang pasien yang mengalami penurunan nyeri dari nyeri yang sedang menjadi ringan dan 3 orang pasien yang diberikan intervensi tidak mengalami penurunan nyeri. Menurut Snyder (2006) dalam Fiani (2016) teknik *guided imagery* dilaksanakan dalam waktu 10-15 menit, yang mana pelaksanaan teknik *guided imagery* dimulai dari membuat individu kedalam keadaan yang santai atau rileks, lalu mensugesti khusus untuk berimajinasi, dan terakhir beri kesimpulan dan perkuat hasil praktek.

2.4.2 Pengertian

Guided imagery merupakan salah satu tindakan non farmakologi yang bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien. *Guided*

imagery juga tergolong sebagai salah teknik imajinasi terbimbing. *Guided imagery* atau imajinasi terbimbing merupakan sebuah proses menggunakan kekuatan pikiran dengan mengarahkan tubuh untuk menyembuhkan diri memelihara kesehatan melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra (visual, sentuhan, penciuman, penglihatan, dan pendengaran) sehingga terbentuk keseimbangan antara tubuh dan jiwa (Bulechek, Butcher & Dochterman dalam Febtrina, R., & Febriana, W, 2019).

2.4.3 Tujuan

Guided imagery bertujuan untuk menghasilkan dan mencapai keadaan yang optimal yang digunakan untuk mengalihkan perhatian dari sensasi yang tidak menyenangkan (Bulechek, Butcher & Dochterman dalam Febtrina, R., & Febriana, W, 2019). Menurut Gorman dalam Febtrina, R., & Febriana, W (2019) *the power of guided imagery* telah lama digunakan masyarakat pada masa kuno dan mempercayai bahwa imajinasi positif akan bisa mempercepat penyembuhan. Pemberian *Guided imagery* merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk penanganan rasa nyeri yang dirasakan pasien serangan jantung.

Adapun tujuan dari menerapkan *guided imagery* menurut Novarenta (2013), ialah:

1. Memelihara kesehatan atau mencapai keadaan rileks melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra (visual, sentuhan,

penciuman, penglihatan, dan pendengaran) sehingga terbentuklah keseimbangan antara pikiran, tubuh, dan jiwa.

2. Mempercepat penyembuhan yang efektif dan membantu tubuh mengurangi berbagai macam penyakit seperti depresi, alergi dan asma.
3. Mengurangi tingkat stres, penyebab, dan gejala-gejala yang menyertai stres.
4. Menggali pengalaman pasien depresi.

2.4.4 Manfaat

Manfaat dari *guided imagery* menurut Novarenta (2013):

1. Mengurangi stress dan kecemasan
2. Mengurangi nyeri
3. Mengurangi efek samping
4. Mengurangi tekanan darah tinggi
5. Mengurangi level gula darah (diabetes)
6. Mengurangi alergi dan gejala gangguan pernapasan.

2.4.5 SOP Tindakan

Teknik *guided imagery* dimulai dengan relaksasi pada umumnya, yaitu pasien diminta secara perlahan-lahan menutup matanya dan fokus pada nafas mereka, lalu klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memberi bayangan yang dapat membuat damai dan tenang dalam pikiran klien (Rahmayati, 2010 dalam Patasik et al, 2013).

Kozier & Erb (2009) dalam Novarenta (2013) menyatakan bahwa langkah-langkah dalam melakukan guided imagery adalah :

1. Persiapan mencari lingkungan yang nyaman dan tenang, dimana lingkungan ini harus bebas dari distraksi. Lingkungan yang bebas dari distraksi diperlukan oleh subyek untuk memfokuskan imajinasi yang dipilih. Subyek harus tahu rasional dan keuntungan teknik imajinasi terbimbing. Subyek merupakan partisipan aktif dalam latihan imajinasi dan harus memahami apa yang harus dilakukan dan hasil akhir yang diharapkan. Lalu memberikan kebebasan pada subyek untuk memposisikan diri klien dengan nyaman.
2. Menimbulkan relaksasi Panggilan klien dengan panggilan nama yang disukai. Berbicara dengan jelas. Atur nada suara yang tenang dan netral. Mintalah subyek untuk menarik nafas dalam dan perlahan untuk relaksasi. Dorong klien untuk membayangkan hal-hal yang menyenangkan. Bantulah klien merinci gambaran dari bayangannya. Doronglah klien untuk menggunakan semua inderanya dalam menjelaskan bayangan dan lingkungan bayangan tersebut.
3. Menjelaskan perasaan fisik dan emosional yang ditimbulkan oleh bayangannya Arahkan klien mengeksplorasi respon terhadap bayangan karena akan memungkinkan klien memodifikasi imajinasinya. Respon negatif dapat diarahkan kembali untuk memberikan hasil akhir yang lebih positif. Berikan umpan balik

kepada klien secara berkelanjutan dengan memberi komentar pada tanda-tanda relaksasi dan ketentraman. Setelah itu, membawa klien keluar dari bayangan. Diskusikanlah perasaan klien mengenai pengalamannya tersebut, identifikasilah hal-hal yang dapat meningkatkan pengalaman imajinasi. Selanjutnya motivasi klien untuk mempraktikkan teknik ini secara mandiri.

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R DENGAN INFARK MIOKARD AKUT (IMA) DIRUANGAN MELATI RSUD CURUP TAHUN 2022

Tanggal Masuk RS : 28 Maret 2022 Jam : 11.45 WIB
Tanggal Pengkajian : 28 Maret 2022 Jam : 14.00 WIB
Tanggal Keluar RS : 31 Maret 2022 Jam : 10.50 WIB
Ruangan Kelas : Kelas 3 Melati Nomor Register : 235049
Diagnosa Medis : STEMI (IMA)

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Pasien : Ny. R
Usia : 65 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Perumnas Batu Galing
Status Perkawinan : Kawin
Agama : Islam
Suku Bangsa : Jawa
Pendidikan : SLTA
Pekerjaan : IRT
Tanggal Masuk RS : 28 Maret 2022
Tanggal Pengkajian : 28 Maret 2022

Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. L
Usia : 30 Tahun
Pendidikan : S1
Pekerjaan : IRT
Agama : Islam
Alamat : Banyumas

3.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

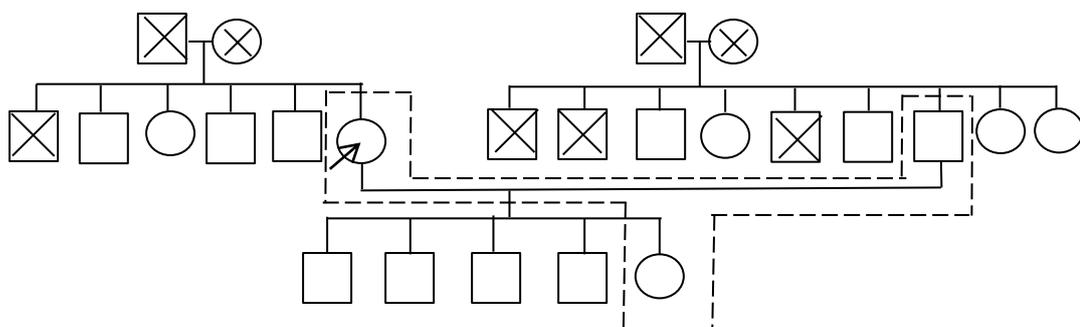
- a. Keluhan Utama MRS : Ny. R masuk ke IGD tanggal 28 maret 2022 pukul 11.45 WIB rujukan dari Dr. Yuli. Pasien mengatakan lemas, kepala pusing berputar-putar sudah kurang lebih 10 hari yang lalu, terasa nyeri dada. Pasien mengatakan memiliki riwayat asam urat.
- b. Keluhan Saat Ini : pada saat dikaji tanggal 28 Maret 2022 jam 14.00 WIB diruangan Melati. Pasien mengatakan sakit kepala mulai berkurang dari sebelumnya, sesak tidak ada, sedikit nyeri dada, Pasien tampak lemas, dan sedikit gelisah.
- c. Keluhan Kronologis
 - 1) Faktor Pencetus : Aktivitas yang banyak
 - 2) Timbulnya Keluhan : Pusing, dan merasa nyeri dibagian dada.
 - 3) Lamanya : \pm 10 menit
 - 4) Upaya Mengatasi : Istirahat
- d. Skala Pengkajian PQRST

- 1) P (Provokatif/Paliatif) : Suplai oksigen ke jantung menurun
- 2) Q (Qualitas/Quantitas) : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk
- 3) R (Region/Radiasi) : pasien mengatakan nyeri menyebar ke leher dan kepala. Pasien mengatakan terkadang terasa nyeri di lutut.
- 4) S (Skala Severitas) : Skala nyeri 4
- 5) T (Timing) : \pm 10 menit, hilang timbul

2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

- a. Riwayat Alergi : Pasien tidak ada alergi
- b. Riwayat Kecelakaan: Pasien pernah jatuh waktu SMA, dan pernah jatuh pingsan dikamar mandi 2 bulan yang lalu.
- c. Riwayat Dirawat di RS: pasien tidak pernah dirawat di RS sebelumnya
- d. Riwayat Operasi: Pasien tidak pernah operasi
- e. Riwayat Pemakaian Obat: Pasien tidak pernah menggunakan obat-obatan
- f. Riwayat Merokok: pasien tidak merokok

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan Keterangan)



Keterangan:



= Laki-Laki



= Perempuan



= Laki-Laki meninggal



= Perempuan meninggal



= Pasien

--- = Tinggal serumah

4. Penyakit Yang Pernah Diderita : Pasien memiliki riwayat asam urat dan hipertensi, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat diabetes melitus maupun hiperkolesterol. Pasien mengatakan ibunya mengalami penyakit hipertensi (hereditas).

5. Riwayat Psikososial dan Spiritual:

- a. Adanya Orang Terdekat: Pasien dekat dengan anak-anaknya
- b. Interaksi Dalam Keluarga:
 - 1) Pola Komunikasi : Pasien mengatakan komunikasi dalam anggota keluarga baik.
 - 2) Pembuatan Keputusan : Pasien mengatakan pengambilan keputusan selalu dilakukan dengan bermusyawarah antar anggota keluarga.
 - 3) Kegiatan Kemasyarakatan : Pasien mengatakan mengikuti pengajian di masyarakat.

- c. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga : Keluarga menjadi cemas terhadap penyakit yang diderita oleh pasien. Serta pasien adalah seorang ibu rumah tangga, tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasanya.
- d. Masalah yang mempengaruhi : Pasien tidak bebas beraktivitas seperti biasanya, karena pada saat pasien beraktivitas badan pasien mudah lelah, pusing dan nafas menjadi sesak.
- e. Persepsi pasien terhadap penyakitnya
 - 1) Hal yang sangat dipikir : Pasien memikirkan tentang penyakit yang dialaminya, pasien bertanya tentang penyakit yang dialami pasien sekarang.
 - 2) Harapan setelah menjalani perawatan : Pasien mengatakan berharap cepat sembuh dari penyakitnya supaya ia bisa beraktivitas seperti sebelum sakit.
 - 3) Perubahan yang dirasakan setelah sakit : Pasien mengatakan memutuskan untuk banyak istirahat.
- f. sistem nilai kepercayaan
 - 1) Nilai-nilai yang berhubungan dengan kesehatan : Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan.
 - 2) Aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan: Pasien beragama islam, sebelum sakit pasien sholat 5 waktu, dan setelah jatuh sakit pasien tidak menjalankan sholat 5 waktu karena

keterbatasan fisik dan keluarga selalu berdoa untuk kesembuhan penyakit yang diderita pasien sekarang.

g. Pola kebiasaan

3.1 Tabel Pola Kebiasaan Sehari-Hari

No.	Hal yang dikaji	Pola Kebiasaan	
		Sebelum sakit	Saat Sakit
1.	Pola Nutrisi: a. Frekuensi makan b. Nafsu makan Baik/tidak, alasan... c. Porsi makan yang dihabiskan d. Makan yang tidak disukai e. Makanan yang membuat alergi f. Makanan pantangan g. Penggunaan obat-obatan sebelum makan h. Penggunaan alat bantu (NGT, dll)	3x/hari Nafsu makan baik 1 Porsi Tidak ada Tidak ada makanan yang membuat alergi Tidak ada Tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan Tidak ada penggunaan alat bantu seperti NGT, dll	3x/hari Tidak baik (tetapi pasien berusaha untuk makan sedikit tapi sering. 1/2 Porsi Tidak ada Tidak ada makanan yang membuat alergi Tidak ada Tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan Tidak ada penggunaan alat bantu seperti NGT, dll.
2.	Pola Eliminasi a. BAK: 1) Frekuensi 2) Warna 3) Keluhan 4) Penggunaan Alat Bantu (kateter, dll) b. BAB: 1) Frekuensi 2) Waktu 3) Warna 4) Konsistensi 5) Keluhan	6 kali Jernih Tidak ada Tidak ada 1 kali Di pagi hari Kuning Lembek Tidak ada	5 kali Jernih Tidak ada Tidak ada 1 kali Di pagi hari Kuning Lembek Tidak ada

	6) Penggunaan <i>Laxatif</i>	Tidak ada	Tidak ada
3.	Pola Personal <i>Hygiene</i> a. Mandi 1) Frekuensi 2) Waktu b. Oral <i>Hygiene</i> 1) Frekuensi 2) Waktu c. Cuci Rambut 1) Frekuensi 2) Waktu	2 kali Pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore 2 kali Di pagi dan sore hari	1 kali hanya dilap Pagi hari 1 kali Pagi hari Tidak ada Tidak ada
4.	Pola Istirahat dan Tidur a. Lama Tidur Siang: Jam/Hari b. Lama Tidur Malam: Jam/Hari c. Kebiasaan sebelum tidur	2 Jam 8 Jam Menonton TV	2 Jam 6 Jam Tidak ada
5.	Kebiasaan Yang mempengaruhi Kesehatan a. Merokok: Ya/tidak 1) Frekuensi 2) Jumlah b. Minuman Keras: ya/tidak 1) Frekuensi 2) Jumlah 3) Lama Pemakaian	Tidak Tidak	Tidak Tidak

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Lemah
- b. Tingkat Kesadaran : Compos Mentis
- c. *Glasgow Coma Scale* (GCS) : E₄ V₅ M₆, Total : 15
- d. Berat Badan : 84 kg
- e. Tinggi Badan : 158 cm, IMT: 33,65
- f. Tekanan Darah : 140/90 mmHg
- g. Nadi : 38x/Menit, Reguler

h. Frekuensi Nafas : 20x/Menit

i. Suhu Tubuh : 36,8⁰C

2. Sistem Penglihatan

a. Posisi Mata : Simetris antara kanan dan kiri

b. Kelopak Mata : Tidak ada lesi atau jaringan parut.

c. Pergerakan Bola Mata : Pergerakan bola mata kiri dan kanan normal, mengikuti arah pena.

d. Konjungtiva : Kanan dan kiri an anemis

e. kornea : Normal, Tidak ada katarak dimata kiri dan kanan

f. sclera : An ikterik

g. pupil :Isokor, baik mata kiri dan kanan dapat menerima rangsangan cahaya dengan baik

h. Otot-Otot Mata : mata kiri dan kanan berfungsi dengan baik, dapat mengikuti arah pena yang di berikan oleh perawat

i. Fungsi Penglihatan : Fungsi penglihatan kurang baik ketika membaca.

j. Tanda-Tanda Radang : tidak ada tanda-tanda radang pada mata kanan dan kiri

k. Pemakaian Kaca Mata : Pasien mengatakan menggunakan kacamata pada saat membaca.

l. Pemakaian Lensa Kontak : Pasien tidak ada menggunakan lensa mata.

- m. Reaksi Terhadap Cahaya : Pupil mata kiri dan kanan pasien mengecil disaat diberikan rangsangan cahaya.

3. Sistem Pendengaran

- a. Daun Telinga : Normal, tidak ada lesi, simetris antara kanan dan kiri
- b. Kondisi telinga tengah : Tidak ada tanda radang
- c. cairan dari telinga : tidak ada cairan yang keluar dari telinga pasien
- d. perasaan penuh ditelinga : Tidak ada perasaan penuh dalam telinga pasien
- e. Tinnitus: Tidak ada gangguan tinnitus
- f. fungsi pendengaran : Fungsi pendengaran pasien masih baik/normal, pasien dapat mendengar suara detik jam yang di berikan oleh perawat.
- g. gangguan keseimbangan : Tidak ada
- h. pemakaian alat bantu : Pasien tidak ada memakai alat bantu pendengaran

4. Sistem Pernafasan

- a. jalan nafas : Tidak ada sumbatan jalan nafas
- b. Penggunaan otot bantu : Pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan
- c. Frekuensi : 20x/Menit
- d. Irama : Normal
- e. Jenis Pernafasan : normal
- f. Batuk : Tidak ada

- g. Sputum : Sputum tidak ada
- h. Terdapat darah : Tidak ada perdarahan
- i. Suara nafas : vesikuler

5. Sistem Kardiovaskuler

a. Sirkulasi Perifer

- 1) frekuensi nadi : 38x/menit
 - a) Irama : Reguler
 - b) Kualitas : denyutan teraba kuat
- 2) Distensi Vena Jugularis
 - a) Kanan : Tidak ada (5 cmH₂O)
 - b) Kiri : Tidak ada (5 cmH₂O)
 - c) Temperature Kulit : 36,8°C
- 3) Warna Kulit : Sawo Matang
- 4) Edema : Tidak ada
- 5) *Capillary Refill Time* (CRT) : kembali < 3 detik

b. Sirkulasi Jantung

- 1) Frekuensi Jantung : 38x/menit
- 2) Irama : Reguler
- 3) Bunyi jantung : S₁ dan S₂
- 4) Sakit Dada : Sebelah kiri, skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, menjalar ke kepala.

6. Sistem Hematologi

a. Gangguan Hematologi

- 1) Pucat : Pasien tidak pucat
- 2) Perdarahan : Tidak ada perdarahan pada pasien

7. Sistem Saraf Pusat

- a. Keluhan Sakit Kepala : Pasien mengatakan sakit kepala
- b. tanda-tanda peningkatan TIK : Tidak ada
- c. gangguan sistem persarafan : Tidak ada
- d. pemeriksaan reflek
 - 1) reflek fisiologis : Normal/Baik
 - 2) reflek patologis : Normal/Baik

8. sistem pencernaan

- a. keadaan mulut
 - 1) gigi : Gigi pasien tidak lengkap.
 - 2) gigi palsu : Pasien tidak menggunakan gigi palsu
 - 3) *stomatitis* : Pasien tidak mengalami stomatitis
 - 4) lidah kotor : Tidak ada
- b. Mukosa Bibir : Mukosa bibir pasien kering
- c. muntah : Pasien mengatakan ada mual muntah saat makan
- d. nyeri daerah perut : Pasien mengatakan tidak ada nyeri pada perutnya pada daerah epigastrium
- e. bising usus : 8x/menit
- f. konsistensi feses : Lembek
- g. konstipasi : Tidak ada
- h. hepar dan limfa : Tidak teraba

i. abdomen

- 1) Inspeksi : Tidak ada bekas operasi, simetris.
- 2) palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar.
- 3) Auskultasi : Bising usus normal 8x/menit.
- 4) Perkusi : Timpani

9. sistem endokrin

- a. pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- b. nafas berbau keton : Nafas pasien tidak berbau keton
- c. luka *ganggren* : Tidak ada luka *ganggren*

10. sistem urogenital

- a. perubahan pola kemih : Tidak ada perubahan pola kemih
BAK : 5 kali
Warna : Jernih
- b. Distensi/ketegangan
kandung kemih : Tidak terjadi distensi pada kandung kemih
- c. Keluhan sakit pinggang : Tidak ada keluhan sakit pinggang
skala nyeri : 0

11. Sistem integumen

- a. turgor kulit : Elastis
- b. warna kulit : Sawo Matang
- c. keadaan kulit : Lembab, berkeringat.
 - 1) Luka, Lokasi : tidak ada
 - 2) insisi operasi, lokasi : Tidak ada

- 3) kondisi : baik
- 4) gatal-gatal : Tidak ada
- 5) kelainan pigmen : Tidak ada
- 6) dekubitus, lokasi : Tidak ada
- d. kelainan kulit : Tidak ada
- e. kondisi kulit daerah : baik, Tidak ada kelainan

12. sistem muskuloskeletal

- a. kesulitan dalam pergerakan : tidak ada kesulitan, lemah
- b. sakit tulang, sendi, kulit : terkadang terasa nyeri di lutut
- c. fraktur : Tidak ada
 - 1) lokasi : Tidak ada
 - 2) kondisi : Tidak ada
- d. keadaan tonus : Baik
- e. kekuatan otot :

4444	4444
4444	4444

Keterangan :

1. Skala 5 : mampu menggerakkan sendi dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh.
2. Skala 4: mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang
3. Skala 3: hanya mampu melawan gaya gravitasi
4. Skala 2: tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerak pasif)

5. Skala 1: kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakan persendian

6. Skala 0: tidak ada

13. Ekstremitas

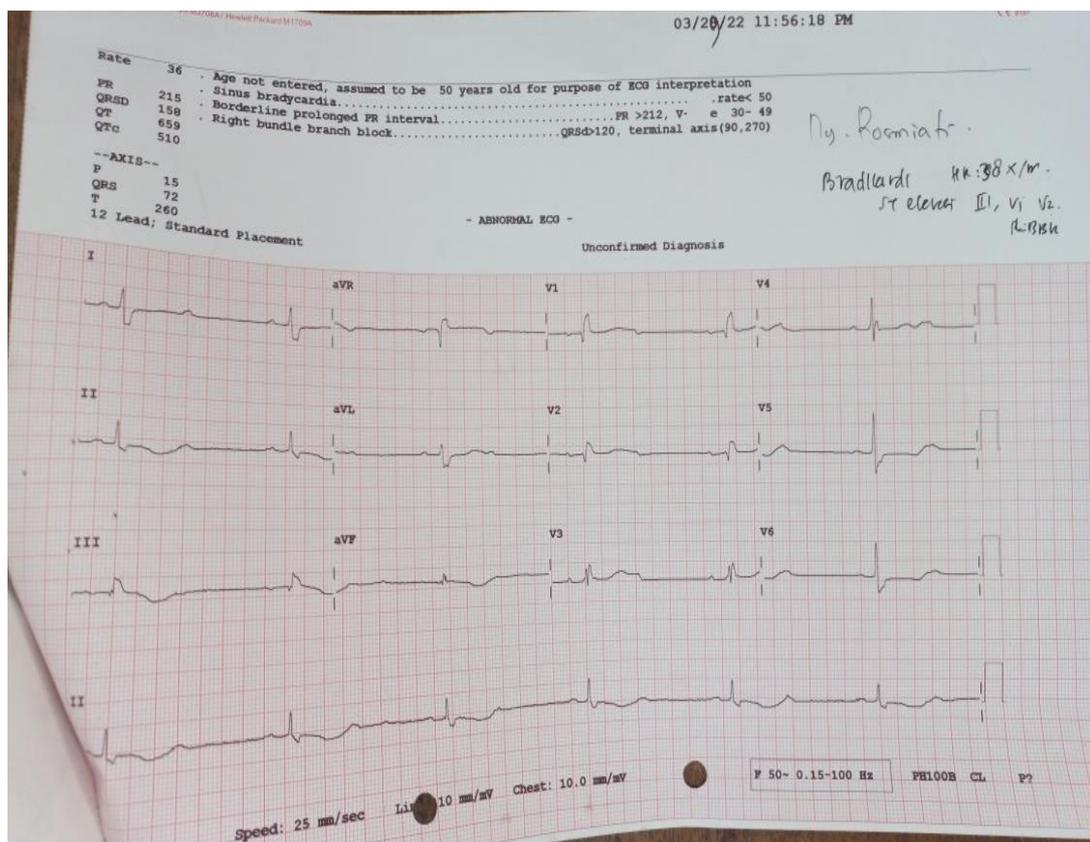
a. Atas : Baik, Ekstremitas sinistra pasien terpasang IVFD

b. Bawah : Baik, terkadang terasa nyeri di lutut.

14. Data Penunjang:

Hasil pemeriksaan EKG, Tanggal 28 Maret 2022

Gambar 3.1 Hasil Pemeriksaan EKG, Tanggal 28 Maret 2022



Interpretasi:

Irama Reguler, 38 x/menit, *sinus bradikardia*, gelombang P normal selalu diikuti QRS kompleks dan gelombang T, interval PR normal, QRS kompleks normal, axis normal, ST elevasi pada Lead III, V1, dan V2 (lokasi septum).

Hasil Pemeriksaan Laboratorium, tanggal 28 Maret 2022

3.1.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. R

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
CKMB	25	U/L	7-25
CK-NAC	134	U/L	L: 38-174 W: 26-140
Kreatinin	1,36	mg/dL	L: 0,62-1,10 W: 0,45-0,75
Ureum	24	Mg/dL	17-43
Glukosa sewaktu	104	Mg/dL	74-106
Hemoglobin	14,9	g/Dl	L: 13,2-17,3 W: 11,7-15,5
Jumlah Leukosit	10.100	uL	L: 3.800-10.600 W: 3.600-11.000
Jumlah Eritrosit	5,44	Juta/uL	L:4,4-5,9 W: 3,8-5,2
Jumlah Trombosit	329.000	uL	150.000-440.000
Diff Count	0/1/0/60/33/6	%	0-1/2-4/3-5/50-70/25-40/2-8
Hematokrit	43	%	L: 40-52 W: 35-47
MCV	80	fL	80-100
MCH	27	Pg	26-34
MCHC	34	g/dL	32-36
Rapid Antigen SARS-COV-2	Negatif		Negatif

3.1.4 Penatalaksanaan

3.1.3 Penatalaksanaan Pemberian Terapi Obat Ny. R

Hari/tanggal	Nama obat dan dosis	Dosis Obat	Fungsi Obat
Senin/28 Maret 2022	IVFD NaCl 0,9%	10 tpm	Mencegah terjadinya dehidrasi dan keringat berlebih
	Inj: Atropin Sulfate 1 mg	1 x 1	Untuk mengenai denyut jantung lambat (bradikardia).
	Esomax 20 mg	1 x 1	Untuk mengobati masalah lambung dan kerongkongan, serta meringankan gejala seperti mulas, kesulitan menelan, dan batuk terus-menerus.
	Vasola (H ₁) 2,5 mg	1 x 1	Sebagai antikoagulan, berfungsi untuk mengencerkan darah. Diberikan pada pasien dengan STEMI atau NSTEMI.

Selasa/29 Maret 2022	IVFD NaCl 0,9%	20 tpm	Mencegah terjadinya dehidrasi dan keringat berlebih
	Inj: Atropin Sulfate 1 mg	1 x 1	Untuk menganai denyut jantung lambat (bradikardia).
	Esomax 20 mg	1 x 1	Untuk mengobati masalah lambung dan kerongkongan, serta meringankan gejala seperti mulas, kesulitan menelan, dan batuk terus-menerus.
	Vasola (H ₂) 2,5 mg	1 x 1	Sebagai antikoagulan, berfungsi untuk mengencerkan darah. Diberikan pada pasien dengan STEMI atau NSTEMI.
Rabu/30 Maret 2022	IVFD NaCl 0,9%	10 tpm	Mencegah terjadinya dehidrasi dan keringat berlebih
	Inj: Atropin Sulfate 1 mg	2 x 1	Untuk menganai denyut jantung lambat (bradikardia).
	Esomax 20 mg	1 x 1	Untuk mengobati masalah lambung dan kerongkongan, serta meringankan gejala seperti mulas, kesulitan menelan, dan batuk terus-menerus.
	Vasola (H ₃) 2,5 mg	1 x 1	Sebagai antikoagulan, berfungsi untuk mengencerkan darah. Diberikan pada pasien dengan STEMI atau NSTEMI.
Kamis/31 Maret 2022 (Obat pulang)	NRF (Nitrokaf Retard) 2,5 mg	3 x 1	Untuk mengatasi nyeri dada
	Clopidogrel 75 mg	1 x 1	Untuk mencegah terjadinya gumpalan darah dalam tubuh, sehingga dapat mencegah gangguan jantung
	Amiodaron 200 mg	3 x 1	Untuk mengatasi aritmia, mengembalikan irama jantung agar kembali

			normal serta mempertahankan detak jantung yang stabil.
	Lansoprazol 30 mg	1 x 1	Mengobati gangguan lambung
	Salbutamol 4 mg	3 x 1	Mengatasi sesak napas, dengan melemaskan otot saluran pernapasan
	Flunarizine 10 mg	3 x 1	Untuk mengobati dan mencegah vertigo

3.2 Analisa Data

Nama Pasien : Ny. R

No. MR : 235049

Umur : 65 Tahun

Dx. Medis : STEMI (IMA)

Ruangan : Melati

No.	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. R mengatakan sakit kepala, pusing. 2. Ny. R mengatakan memiliki riwayat asam urat. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV : <ol style="list-style-type: none"> a. TD : 140/90 mmHg b. RR : 20 x/Menit c. N : 38 x/menit d. T : 36,8°C e. SpO₂ : 98% 2. Hasil Pemeriksaan Lab: CKMB : 25 U/L 3. Interpretasi EKG: Irama Reguler, 38 x/menit sinus bradikardia, gelombang P normal selalu diikuti QRS kompleks dan gelombang T, interval PR normal, QRS kompleks normal, axis normal, ST elevasi pada Lead III, V1, dan V2 (lokasi septum). 	Perubahan frekuensi jantung	Penurunan curah jantung

2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. R mengatakan nyeri dibagian dada 2. Ny. R mengatakan Skala nyerinya 4 3. Ny. R mengatakan nyeri berkurang dengan beristirahat 4. Ny. R mengatakan nyeri terasa pada saat beraktivitas berat <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. R tampak sedikit gelisah 2. TTV: <ol style="list-style-type: none"> a. TD : 140/90 mmHg b. RR : 38x/menit c. N : 20x/menit d. T : 36,8°C 	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
3.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. R mengatakan lemas/mudah lelah 2. Ny. R mengatakan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny. R tampak lemas 2. Gambaran EKG Ny. R menunjukkan aritmia 3. TTV : <ol style="list-style-type: none"> a. TD : 140/90 mmHg b. RR : 20 x/Menit c. N : 38 x/menit d. T : 36,8°C e. SpO₂ : 98% 4. Kekuatan otot ekstremitas Ny. R semuanya berada diangka 4 	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

3.3 Diagnosa Keperawatan

Nama Pasien : Ny. R

No. MR : 235049

Umur : 65 Tahun

Dx. Medis : STEMI (IMA)

Ruangan : Melati

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Masalah Muncul	Tanggal Masalah Teratasi
1.	Penurunan Curah Jantung b.d perubahan irama jantung d.d Sakit kepala, pusing, <i>bradikardi</i> , gambaran EKG aritmia.	28 Maret 2022	31 Maret 2022
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak gelisah, bersikap protektif	28 Maret 2022	29 Maret 2022
3.	Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah, , merasa lemah, gambaran EKG aritmia	28 Maret 2022	30 Maret 2022

3.4 Rencana Keperawatan

Nama Pasien : Ny. R

No. MR : 235049

Umur : 65 Tahun

Dx. Medis : STEMI (IMA)

Ruangan : Melati

Tanggal : 28 Maret 2022

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Penurunan Curah Jantung b.d perubahan irama jantung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka curah jantung meningkat. Dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi perifer (5) 2. Bradikardia (5) 3. Gambaran EKG aritmia (5) 4. Tekanan Darah (5)	1. Identifikasi karakteristik nyeri dada 2. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T 3. Monitor Aritmia 4. Monitor saturasi oksigen 5. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 6. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat 7. Pasang akses intravena 8. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress 9. Berikan dukungan emosional dan spiritual 10. Ajarkan teknik menurunkan kecemasan dan ketakutan 11. Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas (5) 2. Keluhan nyeri (5)	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Gelisah (5) 4. Frekuensi nadi (5) 	<ul style="list-style-type: none"> memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>guided imagery</i>) 7. Fasilitasi istirahat dan tidur 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri 9. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 10. Kolaborasi pemberian analgetik
3.	Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat. Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi (5) 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5) 3. Perasaan lemah (5) 4. EKG aritmia (5) 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 6. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan

3.5 Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. R

No. MR : 235049

Umur : 65 Tahun

Dx. Medis : STEMI (IMA)

Ruangan : Melati

Hari/Tanggal	No. Dx	Jam/Waktu	Implementasi	Paraf
Senin, 28 Maret 2022	2	14.00 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, Frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. RH : Klien mengatakan nyeri masih ada, nyeri dada seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar ke kepala, nyeri selama \pm 10 menit, hilang timbul.	Doni Pratoma 
	2	14.15 WIB	2. Mengidentifikasi skala nyeri RH : Klien mengatakan skala nyeri yang dirasakan berada di angka 4	
	2	14.20 WIB	3. Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada RH : Klien mengatakan nyeri dada yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, yang menjalar ke kepala.	
	2	14.30 WIB	4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal RH : klien sedikit gelisah, nyeri masih bisa di atasi	
	2	14.40 WIB	5. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup RH : Klien mengatakan bahwa di minta untuk mengurangi aktivitas dan memperbanyak istirahat.	
	3	14.50 WIB	6. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. RH : Klien mengatakan bila kelelahan, terjadi sesak pada sistem pernapasan	
	1	15.00 WIB	7. Pemberian obat vasola H ₁	

	2	16.00 WIB	<p>RH : Klien tampak tenang ketika obat dimasukkan, injeksi dilakukan perlahan-lahan</p> <p>8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri : teknik yang akan dilakukan <i>guided imagery</i></p> <p>RH : Klien mengerti penjelasan tentang strategi yang akan dilakukan.</p>	
	2	16.10 WIB	<p>9. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>guided imagery</i>)</p> <p>RH : Klien merasa rileks setelah diberi terapi <i>guided imagery</i>. Pemberian teknik relaksasi <i>guided imagery</i> berlangsung selama 15 menit.</p>	
	2	16.30 WIB	<p>10. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>RH : klien mengatakan skala nyeri yang dirasakan setelah diberi terapi yaitu di angka 2</p>	
	1	16.50 WIB	<p>11. Memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat</p> <p>RH : Hasil pemeriksaan TD : 130/90 mmHg, HR : 38 x/menit</p>	
	1	17.00 WIB	<p>12. Melakukan pemberian obat esomax 20 mg dan inj. Atropin Sulfate 1 mg</p> <p>RH : Klien tampak tenang ketika diberi obat.</p>	
	1	18.00 WIB	<p>13. Mengobservasi perasaan nyeri pada Ny. R</p> <p>RH : Klien mengatakan masih merasa nyeri, nyerinya hilang timbul.</p>	
	2	19.00 WIB	<p>14. Memfasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>RH: Klien mengatakan ingin menggunakan sceren saat tidur.</p>	

Resume Operan Dinas Malam

Tanggal 28 maret 2022

1. Klien tampak tenang
2. Klien mengeluh nyeri pada bagian dada
3. Klien cukup istirahat/tidur malam ini
4. Klien sudah dilakukan pemeriksaan EKG tanggal 29 Maret 2022 pada pukul 06.30 WIB.
5. Hasil TTV :
TD : 100/90 mmHg
RR : 20 x/menit
HR : 36 x/menit
S : 36,8 °C

Resume Operan Dinas Pagi

Tanggal 29 Maret 2022

1. Klien tampak tenang
2. Klien belum melakukan teknik *guided imagery* hari ini.
3. Klien masih mengeluh sedikit nyeri pada bagian dada.
4. Cairan Infus yang digunakan NaCl 20 tpm
5. Hasil TTV :
TD : 100/90 mmHg
RR : 20 x/menit
HR : 38 x/menit
S : 36,8 °C

Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. R

No. MR : 235049

Umur : 65 Tahun

Dx. Medis : STEMI (IMA)

Ruangan : Melati

Hari/Tanggal	No. Dx	Jam/Waktu	Implementasi	Paraf
Selasa, 29 Maret 2022	1	14.00 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital RH: TD: 110/70 mmHg RR : 20 x/menit HR : 38 x/menit S : 37 °C	Doni Pratoma 
	2	14.10 WIB	2. Mengobservasi nyeri pada Ny. R RH: Ny. R mengatakan masih merasa nyeri, Ny. R belum melakukan teknik relaksasi <i>guided imagery</i> hari ini.	
	2	14.15 WIB	3. Memberi support pada Ny. R untuk melakukan teknik <i>guided imagery</i> . RH: Klien mengatakan akan mencoba nanti sore.	
	1	14.30 WIB	4. Memonitor hasil EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T RH : Tampak dari hasil pemeriksaan EKG yang dilakukan pukul 06.30 WIB, bahwa jantung Klien mengalami aritmia dan sinus bradikardi.	
	1	14.45 WIB	5. Memonitor Aritmia RH : Dari hasil EKG terjadi aritmia	
	1	14.55 WIB	6. Memperbaiki akses intravena line RH : Memperbaiki infus dan infus berjalan lancar	
	1	15.00 WIB	7. Memberikan obat vasola H ₂ RH: Klien tampak tenang	

			ketika obat dimasukkan, injeksi dilakukan perlahan-lahan.	
	2	16.10 WIB	8. Mengidentifikasi skala nyeri RH : Klien mengatakan skala nyeri yang dirasakan berada di angka 2	
	2	16.10 WIB	9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri : teknik yang akan dilakukan <i>guided imagery</i> RH : Klien tampak mendengarkan dan mengerti penjelasan perawat.	
	2	16.15 WIB	10. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>guided imagery</i>) RH : Klien merasa rileks setelah diberi terapi <i>guided imagery</i> . Teknik relaksasi <i>guided imagery</i> berlangsung selama 15 menit.	
	2	16.30 WIB	11. Mengidentifikasi skala nyeri RH : klien mengatakan skala nyeri yang dirasakan setelah diberi terapi yaitu di angka 1	
	1	17.00 WIB	12. Melakukan pemberian obat esomax 20 mg dan inj. Atropin Sulfate 1 mg RH : Klien tampak tenang ketika diberi obat.	
	3	17.40 WIB	13. Meminta pasien mencoba aktivitas ringan di tempat tidur RH : Klien mampu duduk dan menyisir rambut di tempat tidur.	
	2	19.00 WIB	14. Memantau klien melakukan teknik <i>guided imagery</i> RH: Klien mampu melakukan pada saat nyeri tiba-tiba dirasakan.	
	1	19.30 WIB	15. Memperbaiki jalur intravena line (Infus macet) RH : klien merasa nyaman	

Resume Operan Dinas Malam

Tanggal 29 maret 2022

1. Klien tampak tenang
2. Klien tidak merasa nyeri pada dada
3. Klien malam tadi tidak ada melakukan teknik relaksasi *guided imagery*.
4. Klien cukup istirahat/tidur malam ini
5. Klien sudah dilakukan pemeriksaan EKG tanggal 30 Maret 2022 pada pukul 06.00 WIB.
6. Cairan infus yang digunakan NaCl 10 tpm
7. Hasil TTV :

TD : 140/70 mmHg

RR : 20 x/menit

HR : 30 x/menit

S : 36,9 °C

Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. R

No. MR : 235049

Umur : 65 Tahun

Dx. Medis : STEMI (IMA)

Ruangan : Melati

Hari/Tanggal	No. Dx	Jam/Waktu	Implementasi	Paraf
Rabu, 30 Maret 2022	1	08.00 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital RH: TD: 140/70 mmHg RR : 20 x/menit HR : 38 x/menit S : 37 °C	Doni Pratoma 
	1	08.40 WIB	2. Memonitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T RH : Tampak dari hasil pemeriksaan EKG pagi ini (06.00 WIB) tampak adanya ST elevasi dan sinus bradikardi.	
	1	08.50 WIB	3. Memonitor Aritmia RH : Dari hasil EKG terjadi aritmia sinus bradikardi	
	1	09.00 WIB	4. Mengikuti dokter visit RH : Nadi masih bradikardi (38x/menit), Instruksi dokter: Injeksi Atropin Sulfate diberikan 2x1.	
	1	09.10 WIB	5. Memonitor saturasi oksigen RH : SPO ₂ : 99%	
	3	09.30 WIB	6. Memonitor kelelahan fisik dan emosional RH : Klien mengatakan tidak lelah dan tidak sesak selama duduk di tempat tidur	
	3	10.00 WIB	7. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas RH : Klien tampak nyaman.	
	3	11.00 WIB	8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur RH : Klien mampu duduk dan tanpa masalah	

	3	11.40 WIB	9. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap RH : klien mampu melakukan aktivitas ringan di tempat tidur (menyisir rambut dan menggosok gigi)	
	1	12.00 WIB	10. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (pendidikan kesehatan) RH : klien tampak siap dan mampu menerima informasi besok	
	1	13.00 WIB	11. Menganjurkan pasien untuk istirahat. RH : Keluarga membantu klien untuk istirahat.	

Resume Operan Dinas Sore

Tanggal 30 Maret 2022

1. Klien tampak tenang
2. Obat yang diberikan:
 - a. Inj. Vasola H₃ 2,5 mg jam 15.00 WIB
 - b. Esomax 20 mg jam 17.00 WIB
 - c. Inj. Atropin Sulfate 1 mg jam 17.00 WIB

3. Hasil TTV:

TD: 130/80 mmHg

RR : 20 x/menit

HR : 40 x/menit

S : 37 °C

Resume Operan Dinas Malam

Tanggal 30 Maret 2022

1. Klien tidur nyenyak malam tadi
2. Klien mengatakan tidak ada keluhan
3. Obat yang diberikan :
 - a. Inj. Atropin Sulfate 1 mg jam 04.50 WIB

4. Hasil pemeriksaan TTV :

TD : 130/70 mmHg

RR : 20 x/menit

HR : 60 x/menit

S : 36,9°C

Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. R

No. MR : 235049

Umur : 65 Tahun

Dx. Medis : STEMI (IMA)

Ruangan : Melati

Hari/Tanggal	No. Dx	Jam/Waktu	Implementasi	Paraf
Kamis, 31 Maret 2022	1	08.00 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital RH: TD: 130/70 mmHg RR : 20 x/menit HR : 60 x/menit S : 37 °C	Doni Pratoma 
	1	09.00 WIB	2. Mengikuti dokter visit RH : Klien sudah boleh pulang, minum obat secara teratur dan kontrol ulang. Disarankan untuk memeriksa ke dokter spesialis jantung (ambil rujukan)	
	1	09.10 WIB	3. Melakukan pendidikan kesehatan sesuai dengan yang dijadwalkan (pertolongan pertama apabila terkena serangan jantung). HR: Klien dan keluarga tampak memperhatikan	
	1	09.45 WIB	4. Menjelaskan tentang tindakan yang dilakukan apabila terkena serangan IMA di rumah RH : Keluarga klien memberikan pertanyaan	
	1	10.50 WIB	5. Up infus RH : Klien pulang	

3.6 Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny. R

No. MR : 235049

Umur : 65 Tahun

Dx. Medis : STEMI (IMA)

Ruangan : Melati

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf																														
28-03-2022	Penurunan curah jantung b.d Perubahan irama jantung	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. R mengatakan nyeri dan pusing masih ada. - Ny. R mengatakan masih merasa lemas - Ny. R mengatakan skala nyerinya berada di angka 2. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan nadi perifer teraba kuat - TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 130/90 mmHg RR: 20 x/Menit P: 38 x/Menit T: 36,8°C - Hasil EKG: Aritmia dan sinus bradikardi <p>A: Masalah Belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="715 1442 1203 1816"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bradikardia</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gambaran EKG aritmia</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi 1,2,3,4,5,6, 8, dan 11 Dilanjutkan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Kekuatan nadi perifer			✓			Bradikardia			✓			Gambaran EKG aritmia		✓				Tekanan darah				✓		<p>Doni Pratoma</p> 
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Kekuatan nadi perifer			✓																														
Bradikardia			✓																														
Gambaran EKG aritmia		✓																															
Tekanan darah				✓																													

	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. R mengatakan nyeri masih ada, nyeri dada seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar ke kepala, nyeri selama \pm 10 menit - Ny. R mengatakan nyeri hilang timbul. - Ny. R mengatakan skala nyerinya berada di angka 2 - Ny. R mengatakan ingin menggunakan sceren saat tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. R tampak sedikit gelisah - Ny. R mampu menuntaskan aktivitas ringan ditempat tidur seperti menyisir rambut. - Ny. R sudah mampu melakukan teknik relaksasi <i>guided imagery</i> - TTV: TD: 130/90 mmHg RR: 20 x/Menit P: 38 x/Menit T: 36,8°C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="715 1330 1201 1666"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menuntaskan aktivitas</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi Nadi</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi 1,2, 6, 7, 8, dan 9 dilanjutkan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Kemampuan menuntaskan aktivitas			✓			Keluhan nyeri				✓		Gelisah				✓		Frekuensi Nadi			✓			<p>Doni Pratoma</p> 
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Kemampuan menuntaskan aktivitas			✓																														
Keluhan nyeri				✓																													
Gelisah				✓																													
Frekuensi Nadi			✓																														
	<p>Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan</p>	<p>S.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. R mengatakan masih merasa lemah 	<p>Doni Pratoma</p>																														

		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. R tampak sedikit gelisah - Ny. R tampak lemas - Hasil EKG: Aritmia dan sinus bradikardi - TTV: TD: 130/90 mmHg RR: 20 x/Menit P: 38 x/Menit T: 36,8°C <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="715 815 1203 1339"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-sehari</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perasaan lemah</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EKG Aritmia</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P:</p> <p>Intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5 Dilanjutkan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Frekuensi nadi		✓				Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-sehari			✓			Perasaan lemah		✓				EKG Aritmia		✓				
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Frekuensi nadi		✓																															
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-sehari			✓																														
Perasaan lemah		✓																															
EKG Aritmia		✓																															
29-03-2022	Penurunan curah jantung b.d Perubahan irama jantung	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. R mengatakan lemah - Ny. R mengatakan mudah lelah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan nadi perifer kuat - Tampak hasil EKG : aritmia sinus bradikardi - Hasil pemeriksaan TTV: TD: 110/70 mmHg RR: 20 x/menit P: 38 x/menit T: 37°C 	<p>Doni Pratoma</p> 																														

		<p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="715 412 1203 786"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bradikardia</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gambaran EKG aritmia</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi 2, 3, 4,6, & 11 dilanjutkan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Kekuatan nadi perifer				✓		Bradikardia			✓			Gambaran EKG aritmia			✓			Tekanan darah					✓	
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Kekuatan nadi perifer				✓																													
Bradikardia			✓																														
Gambaran EKG aritmia			✓																														
Tekanan darah					✓																												
	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. R mengatakan nyeri terkadang masih terasa, nyeri dibagian dada, nyeri selama ± 5 menit - Ny. R mengatakan nyeri hilang timbul. - Ny. R mengatakan nyeri seperti tidak ada, skala nyerinya berada di angka 1 - Ny. R mengatakan ingin menggunakan sceren saat tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. R melakukan teknik <i>guided imagery</i> - Klien tampak tenang - Klien sudah mampu melakukan aktivitas ringan seperti menyisir dan duduk di tempat tidur. - Hasil pemeriksaan TTV: TD: 110/70 mmHg RR: 20 x/menit P: 38 x/menit T: 37°C <p>A: Masalah Teratasi</p> <table border="1" data-bbox="715 1924 1203 2002"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Kemampuan				✓		<p>Doni Pratoma</p> 																		
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Kemampuan				✓																													

		<table border="1"> <tr> <td>menuntaskan aktivitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi Nadi</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	menuntaskan aktivitas						Keluhan nyeri					✓	Gelisah					✓	Frekuensi Nadi			✓									
menuntaskan aktivitas																																	
Keluhan nyeri					✓																												
Gelisah					✓																												
Frekuensi Nadi			✓																														
	<p>Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan</p>	<p>S: - Ny.R mengatakan masih merasa lemas.</p> <p>O: - Ny. R tampak mampu menyisir dan duduk di tempat tidur - Tampak hasil EKG: aritmia sinus bradikardi - Hasil pemeriksaan TTV: TD: 110/70 mmHg RR: 20 x/menit P: 38 x/menit T: 37 °C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-sehari</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perasaan lemah</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EKG Aritmia</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi 2, 4, dan 5 dilanjutkan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Frekuensi nadi			✓			Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-sehari			✓			Perasaan lemah			✓			EKG Aritmia			✓			<p>Doni Pratoma</p> 
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Frekuensi nadi			✓																														
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-sehari			✓																														
Perasaan lemah			✓																														
EKG Aritmia			✓																														

30-03-2022	<p>Penurunan curah jantung b.d Perubahan irama jantung</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. R mengatakan tidak pusing - Ny. R mengatakan sudah tidak merasa lemah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil EKG: tampak masih ada aritmia sinus bradikardi - Kekuatan nadi perifer kuat. - SPO₂ : 99% - Hasil pemeriksaan TTV: TD: 140/70 mmHg RR: 18 x/menit HR: 38 x/menit T: 37°C <p>A:</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="715 925 1201 1301"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bradikardia</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gambaran EKG aritmia</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P:</p> <p>Intervensi 2, 3, dan 11 dilanjutkan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Kekuatan nadi perifer				✓		Bradikardia			✓			Gambaran EKG aritmia			✓			Tekanan darah				✓		<p>Doni Pratoma</p> 
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Kekuatan nadi perifer				✓																													
Bradikardia			✓																														
Gambaran EKG aritmia			✓																														
Tekanan darah				✓																													
	<p>Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa lebih kuat dari sebelumnya, dan tidak merasa lemah. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mampu menggosok gigi dan menyisir ditempat tidur - Hasil EKG: aritmia sinus bradikardi - Hasil pemeriksaan TTV: TD: 140/70 mmHg RR: 18 x/menit P: 38 x/menit 	<p>Doni Pratoma</p> 																														

		<p>T: 37°C</p> <p>A:</p> <p>Masalah Teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-sehari</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Perasaan lemah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>EKG Aritmia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P:</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Frekuensi nadi			✓			Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-sehari					✓	Perasaan lemah					✓	EKG Aritmia				✓		
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Frekuensi nadi			✓																														
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-sehari					✓																												
Perasaan lemah					✓																												
EKG Aritmia				✓																													
31-03-2022	Penurunan curah jantung b.d Perubahan irama jantung	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak merasa lemas. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil EKG: Sinus Ritme - Kekuatan nadi kuat - Hasil pemeriksaan TTV: TD: 130/70 mmHg RR: 20 x/menit P: 60 x/menit T: 37°C <p>A:</p> <p>Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Bradikardia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Gambaran EKG aritmia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P:</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Kekuatan nadi perifer					✓	Bradikardia					✓	Gambaran EKG aritmia				✓		Tekanan Darah					✓	<p>Doni Pratoma</p> 
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																												
Kekuatan nadi perifer					✓																												
Bradikardia					✓																												
Gambaran EKG aritmia				✓																													
Tekanan Darah					✓																												

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN PULANG

Catatan pasien pulang tanggal 31 Maret 2022 di Ruang Melati RSUD Curup:

Nama Pasien : Ny. R

No. MR : 235049

Hari, Tanggal Pulang : Kamis, 31 Maret 2022

Waktu Pulang : 10.50 WIB

Pasien pulang pada tanggal 31 Maret 2022, semua masalah keperawatan yang timbul teratasi, ditandai dengan nyeri yang dapat terkontrol, curah jantung meningkat, toleransi aktivitas meningkat.

a. Keadaan umum : baik

Tanda-tanda vital:

TD: 130/70 mmHg

RR: 20 x/menit

P: 60 x/menit

T: 36,9°C

b. Obat yang diresep

1. NRF (Nitrokaf Retard) 3 x 1
2. Clopidogrel 1 x 1
3. Amiodaron 3 x 1
4. Lansoprazol 1 x 1
5. Salbutamol 3 x 1
6. Flunarizine 3 x 1

c. Jadwal kontrol ulang

3 hari sesudah obat habis, pasien harus kontrol ulang ke poli bagian penyakit dalam pada tanggal 4 April 2022

- d. Anjuran pada pasien pulang Ny. R
 1. Menganjurkan pasien untuk membatasi aktivitas sehari-hari
 2. Menganjurkan pasien menjaga pola makan, hindari makanan seperti berlemak
 3. Disarankan pasien untuk memeriksa ke dokter spesialis jantung (ambil Rujukan)

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab hasil dan pembahasan, penulis akan menjelaskan mengenai kesenjangan-kesenjangan yang terdapat pada teori dengan yang terdapat dalam praktik. Pembahasan ini meliputi proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Sehingga dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah serta dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus asuhan keperawatan pada Ny. R dengan penyakit STEMI (IMA) di ruangan Melati RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Dimana pengkajian yang terdapat dalam tinjauan kepustakaan pada umumnya tidak begitu jauh berbeda dengan yang penulis temukan. Pengkajian pada Ny. R dengan penyakit STEMI dilakukan pada tanggal 28 Maret 2022, dalam mengumpulkan data penyusun menggunakan wawancara dengan pasien dan keluarga, dan mengobservasi keadaan pasien, meliputi pemeriksaan fisik, karena penulis menganggap lebih akurat, serta didukung oleh sumber catatan perawat, catatan medis, dan hasil pemeriksaan penunjang sehingga didapatkan data yang diperlukan.

Berdasarkan pengkajian ini penulis menemukan data-data yang menunjukkan Ny. R mengalami STEMI (IMA) yaitu nyeri dada yang

menjalar ke kepala, nyeri dada berada di skala 4 yang berarti masih bisa terkontrol oleh pasien, merasa pusing, ada perasaan ingin mual dan muntah, serta berkeringat dingin. Hal ini sesuai dengan manifestasi klinik yang ada di konsep teori. Hanya napas pendek dan pucat yang tidak ada di pasien.

Menurut Arif (2009) IMA didefinisikan sebagai nekrosis miokardium yang disebabkan oleh tidak adekuatnya pasokan darah akibat sumbatan akut pada arteri koroner. Sumbatan ini sebagian besar disebabkan oleh ruptur plak atheroma pada arteri koroner yang kemudian diikuti oleh terjadinya trombosis, vaso konstriksi, reaksi inflamasi, dan mikroembolisasi distal. Kadang-kadang sumbatan akut ini didapat pula disebabkan oleh spasme arteri koroner, emboli, atau vaskulitis. Menurut (Brunner, 2016) pengkajian : dapatkan data dasar tentang status terkini pasien sebagai pembandingan dengan status yang kini sedang dialami. Meliputi riwayat nyeri dada atau ketidaknyamanan, dan berkeringat dingin (*diaphoresis*). Lakukan pengkajian fisik lengkap, karena pengkajian ini penting untuk mendeteksi komplikasi dan perubahan status pasien.

Faktor resiko pada Ny. R adalah usia yang sudah lebih dari >40 tahun (65 tahun), Hereditas (ibu yang memiliki riwayat hipertensi), dan obesitas (IMT Ny. R berada diangka 33,65). Data-data penunjang seperti hasil laboratorium, Nilai CKMB berada di angka 25 U/L, sedangkan nilai CK – NAC berada di angka 134 U/L yang artinya masih dalam rentang normal. Ini menunjukkan bahwasannya telah lebih dari 24 jam dari serangan jantung sehingga hasil laboratorium yang didapat berada direntang normal. Lalu,

untuk hasil interpretasi pemeriksaan EKG pada tanggal 28 Maret 2022 yaitu: Irama Reguler, 38 x/menit, *sinus bradikardia*, gelombang P normal selalu diikuti QRS kompleks dan gelombang T, interval PR normal, QRS kompleks normal, axis normal, ST elevasi pada Lead III, V1, dan V2 (lokasi septum). Hasil EKG tersebut menunjukkan bahwa terjadi STEMI septum. Pemeriksaan penunjang yang tidak dilakukan seperti pemeriksaan *chest X-Ray* untuk melihat pembesaran jantung, karena tidak ditemukan tanda dan gejala. Pemeriksaan *CT – Angiography* untuk melihat kondisi pembuluh darah baik di jantung dan pembuluh darah seperti aorta, arteri ginjal, dan pembuluh darah ekstremitas. Tidak dilakukan karena tidak adanya alat penunjang serta petugas yang bekerja dibidang tersebut, dan tidak ada terapi pengganti untuk pemeriksaan *CT – Angiography*. Data-data bermasalah yang ditemukan pada Ny. R sudah sesuai dengan yang ada di teori. Walaupun tidak semua data bermasalah yang ada di teori muncul pada Ny. R seperti napas pendek, pucat, dan gangguan tidur.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori, diagnosa pada pasien didapatkan dari analisa data. Pada Ny. R dapat disimpulkan beberapa diagnosa keperawatan. Ternyata tidak semua diagnosa pada landasan teori dapat ditemukan pada kasus sebenarnya. Dari analisa data dan berdasarkan keadaan umum pasien serta respon pasien, hanya ada 3 diagnosa yang ditegakkan pada pasien dengan STEMI (IMA), yaitu:

1. Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung d.d palpitasi, bradikardi, gambaran EKG aritmia.
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif.
3. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah, merasa lemah, gambaran EKG aritmia.

Diagnosa yang tidak muncul dikarenakan tidak ada data penunjang untuk mengangkat diagnosa tersebut seperti gangguan pertukaran gas, ansietas dan risiko perfusi miokard tidak efektif. Diagnosa yang muncul pada pasien tersebut muncul berdasarkan teori Doenges dengan cara penulisan diagnosa menyesuaikan dari buku SDKI.

4.3 Intervensi Keperawatan

Setelah pengkajian dan menegakkan diagnosa selanjutnya adalah menyusun rencana keperawatan yang merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan di dalam asuhan keperawatan yang dilakukan. Rencana keperawatan dibuat berlandaskan teori menurut SLKI dan SIKI, namun disesuaikan dengan prosedur ruangan, fasilitas yang ada dan faktor-faktor psikologis dan kondisi pasien serta keluarga. Rencana keperawatan disusun dalam bentuk kata perintah, operasional untuk mengatasi, mengurangi dan mencegah masalah yang ada pada pasien serta melatih pasien dalam kemandirian.

Rencana keperawatan dibentuk berdasarkan diagnosa yang ditegakkan berdasarkan masalah yang ada pada pasien saat dilakukannya pengkajian

dikarenakan ada 3 diagnosa yang tertegak maka intervensi pun harus sesuai dengan diagnosa sehingga dapat diimplementasikan dengan baik, tetapi dari seluruh intervensi yang telah direncanakan tidak seluruhnya dapat dilakukan karena keterbatasan alat maupun kemampuan perawat. Dalam penyusunan rencana tindakan ini penulis tidak menemukan hambatan sehingga hampir keseluruhan intervensi dapat dilaksanakan karena penulis mengacu pada teori dan di dukung dengan sumber – sumber buku yang dapat dijadikan acuan dalam membuat rencana tindakan terhadap pasien Ny. R dengan STEMI (IMA). Serta sesuai dengan proposal yang diajukan oleh penulis dan kondisi yang dialami pasien. Maka penulis merencanakan untuk mengatasi nyeri yang dialami pasien dengan melakukan teknik relaksasi *guided imagery*. Teknik ini bertujuan untuk mengurangi nyeri dan juga mencegah stress, serta kecemasan.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah disusun, dalam pelaksanaan tindakan keperawatan penulis tidak berada di ruangan selama 24 jam tetapi penulis berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan. Sedangkan untuk mengikuti perkembangan pasien dimana penulis tidak dinas maka penulis melihat catatan perawat ruangan Melati, catatan dokter, serta menanyakan langsung pada perawat yang sedang jaga ataupun dengan keluarga.

Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan penulis langsung mendokumentasikan tindakan yang diberikan yang dapat dilihat sebagai catatan perkembangan pasien setiap harinya walaupun mungkin tidak menggambarkan keadaan pasien Ny. R secara lengkap. Tindakan keperawatan dalam pelaksanaan yang telah direncanakan ada yang dapat dilakukan mandiri oleh penulis dan ada juga yang dilakukan secara berkolaborasi dengan tim kesehatan lain seperti perawat dan melibatkan keluarga pasien dalam pemberian perawatan.

Hampir semua intervensi dapat dikerjakan atau diberikan pada pasien. Ada beberapa intervensi yang tidak diberikan pada pasien. Seperti intervensi pada diagnosa nyeri akut intervensi yang tidak dilakukan yaitu kolaborasi pemberian analgetik. Hal ini kemungkinan karena pertimbangan dokter nyeri yang dirasakan klien berada di skala nyeri sedang, maka diusahakan penanganannya dengan nonfarmakologis salah satu caranya yaitu *guided imagery*. Lalu, pada diagnosa intoleransi aktivitas intervensinya yang tidak dilakukan yaitu, mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. Intervensi ini tidak dilakukan dikarenakan penulis berfokus pada cara mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi *guided imagery*, sehingga strategi koping untuk mengurangi kelelahan penulis tidak mengerjakan.

Terkhusus teknik *guided imagery* dalam pelaksanaannya penulis melakukan selama 2 hari atau sampai nyeri teratasi/menurun. Dalam 2 hari tersebut, Ny. R melakukan teknik *guided imagery* sebanyak 2 kali. Ada di beberapa kesempatan Ny. R merasakan nyeri namun tidak melakukan teknik

guided imagery dikarenakan nyeri yang Ny. R rasakan berada diskala 2 dengan lokasi di bagian dada dan berdurasi kurang lebih 5 menit. Tahapan-tahapan yang dilakukan mulai dari komunikasi terapeutik, menanyakan skala nyeri yang dirasakan sekarang, lalu menjelaskan prosedur tindakan, lalu klien dan keluarga mengerti, minta klien untuk menutup mata, dan mengatur nafas. Selanjutnya dorong klien untuk menjelaskan atau menceritakan hal yang paling menyenangkan dalam hidupnya akhir-akhir ini. Hal ini dilakukan sebagai cara pengalihan agar klien tidak memikirkan nyeri yang dirasakannya.

Prosedur yang dilakukan pada intinya sama dengan SOP yang ada. Keberhasilan tindakan yang dilakukan ini dipengaruhi oleh ruangan dan keluarga. Selama terapi *guided imagery* dilakukan ruangan kurang kondusif dikarenakan di kelas 3 atau tempat klien berada penuh dengan pasien dan keluarga yang lain. Sehingga selama dilakukan teknik relaksasi *guided imagery* digunakan sceren agar pasien bisa tetap fokus. Pemilihan waktu yang tepat bisa membantu dalam pelaksanaan teknik relaksasi *guided imagery*, seperti di berikan diluar jam besuk, atau jam istirahat pasien. Untuk keluarga sendiri cukup kooperatif dan dapat mengikuti dengan baik perintah dan anjuran yang diberikan. Penulis tidak menemukan banyak kesulitan saat pelaksanaan tindakan keperawatan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana

keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan. Dalam melaksanakan evaluasi tidak di temukan kesenjangan antara teori dan praktek terbukti sudah teratasi dengan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning). Evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi yang dilaksanakan penulis telah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis susun dalam bentuk SOAP. Dari hasil evaluasi didapatkan : curah jantung meningkat, nyeri menurun, dan toleransi aktivitas meningkat. Masalah teratasi semua, tetapi pasien harus tetap kontrol ulang untuk melihat status perkembangan kesehatannya, sebelum pasien pulang penulis telah memberikan penkes tentang tindakan apabila terkena serangan jantung dirumah, dengan memberikan informasi hal-hal yang harus dilakukan apabila terkena serangan jantung dirumah.

Terkhusus nyeri setelah dilakukan teknik *guided imagery*, skala nyeri awalnya 4, setelah diberikan terapi *guided imagery* skala nyeri pasien berada di angka 1. Hal ini menunjukkan bahwasannya teknik relaksasi *guided imagery* efektif dalam menurunkan nyeri pada pasien dengan IMA. Ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Febtrina Rizka dan Febriana Winta (2019) bahwasannya teknik relaksasi *guided imagery* yang diberikan pada pasien pasca serangan jantung (IMA) efektif diberikan atau ada pengaruh yang signifikan terhadap penurunan nyeri pasien IMA.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Penyusun telah melakukan pengkajian pada Ny.R Dengan penyakit STEMI (IMA) diruang Melati RSUD Curup, maka penyusun menyimpulkan bahwa IMA dengan ST elevasi adalah penyakit yang disebabkan oleh faktor risiko obesitas.

1. Pengkajian

Asuhan keperawatan ditegakkan melalui pengkajian yang cermat dari perawatan meliputi data biografi klien, riwayat kesehatan atau keperawatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, yang terdiri dari pemeriksaan laboratorium. Hasil pengkajian perawat menemukan bahwa tanda klinis dari data subjektif dan objektif infark miokard akut sesuai dengan teori. Tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori dapat ditemukan pada pasien.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan oleh penyusun berdasarkan prioritas masalah pada pasien Ny. R sehingga dari ke 6 diagnosa keperawatan yang secara teori. Hanya 3 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada kasus Ny. R dengan STEMI (IMA) diagnosa yang tidak dapat diangkat dikarenakan kurangnya data subjektif dan data objektif untuk menegakkan diagnosa tersebut dan diagnosa yang tidak diangkat telah diwakilkan oleh diagnosa keperawatan yang diangkat.

3. Perencanaan keperawatan

Penyusun menentukan perencanaan tindakan keperawatan guna mencapai tujuan yang diinginkan berdasarkan teori yang ada dalam teori Doenges yang penulisannya menyesuaikan dengan Buku Standar Luanan Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan dibuat secara teoritis dalam bentuk asuhan keperawatan, kepada pasien dan keluarga pasien secara langsung.

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan studi kasus pada pasien Ny. R dengan STEMI (IMA) penyusun melaksanakan asuhan keperawatan selama 4 hari perawatan sampai pasien pulang, yaitu mulai tanggal 28 Maret 2022 – 31 Maret 2022. Dan pelaksanaan terapi *guided imagery* dilakukan pada tanggal 28 dan 29 Maret 2022. Hampir semua intervensi penulis kerjakan, ada beberapa intervensi yang penulis tidak kerjakan.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi ini merupakan penilaian keberhasilan keperawatan terdapat 3 diagnosa yang penulis angkat teratasi, setelah implementasi dilakukan respon terhadap tindakan yang dilakukan sebagai bentuk penilaian dari keberhasilan implementasi. Evaluasi respon pasien ini dapat dilihat sebagai catatan perkembangan keadaan pasien setiap hari. Terkhusus evaluasi teknik relaksasi *guided imagery*, skala sebelum dilakukan berada diangka 4 dan setelah dilakukan berada diangka 1.

Pasien di perbolehkan pulang pada tanggal 31 Maret 2022 dengan keadaan sembuh dan keadaan umum pasien baik.

5.2 Saran

1. Bagi Akademik

Studi kasus ini menambah kepustakaan dan sebagai bahan studi bagi mahasiswa dan menambah wawasan mengenai infark miokard akut dan penatalaksanaan mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi *guided imagery*.

2. Bagi Perawat

Bagi profesi perawat hendaknya melakukan pengkajian lebih teliti dan lebih akurat demi mendapatkan data yang mendukung, serta dapat menegakkan diagnosa keperawatan yang tepat, sehingga perawat dapat membuat intervensi serta dapat melaksanakan rencana yang telah dibuat dengan menyesuaikan kondisi pasien dan RS dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan serta dapat mengevaluasi perkembangan keadaan pasien, demi untuk menunjang penyembuhan pasien. Implementasi teknik relaksasi *guided imagery* bisa diterapkan pada pasien dengan keluhan nyeri yang bertujuan untuk menurunkan nyeri yang dirasakan. Yang mana dalam pelaksanaannya dapat menyesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada dirumah sakit.

3. Bagi pelayan kesehatan

Bagi pelayan kesehatan diharapkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan baik secara fisik maupun non fisik sehingga tingkat kepuasan

dan kesembuhan pasien semakin meningkat dan pelaksanaan implementasi-implementasi dapat dilaksanakan dengan baik, yang mana nantinya juga akan membawa kebaikan bagi layanan kesehatan.

4. Bagi Pasien

Kepada pasien infark miokard akut perlu untuk menjaga pola hidup sehat. mematuhi diet dan berobat secara teratur agar dapat mencegah komplikasi yang lebih fatal, mengkonsumsi makanan yang dianjurkan oleh perawat, dan keluarga dapat melakukan tindakan pertolongan pertama serta dapat melakukan teknik relaksasi *guided imagery* yang telah dipelajari dapat dilakukan secara mandiri apabila keluhan nyeri muncul kembali.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 12. Jakarta: EGC
- Dobesh, P., DiDomenico, R. J. & Rogers, K. C, (2020). Stable Ischemic Heart Disease. Dalam: J. T. DiPiro, et al. penyunt. *Pharmacotherapy A Patophysiology Approach, Eleventh Edition*. s.l.:McGraw Hill.
- Dongoes M.E. Dkk. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan, Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Febtrina, R., & Febriana, W. (2019). Teknik Relaksasi Imajinasi Terbimbing (Guided Imagery) Menurunkan Nyeri Pasien Pasca Serangan Jantung [Guided Imagination Relaxation Techniques Reduce Patient's Pain Post Attack Heart]. *Nursing Current: Jurnal Keperawatan*, 5(2), 41-49.
- Fiani, E.T. (2016). *Pengaruh Terapi Guided Imagery Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Desa Klahang Kecamatan Sokaraja Kabupaten Banyumas*. Skripsi STIKES Harapan Bangsa Purwokerto
- Kasron. (2021). *Kelainan dan Penyakit Jantung Pencegahan Serta Pengobatannya*. Yogyakarta. Nuha Medika
- Kozier, Barbara. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses dan Praktik edisi 7 Volume*. Jakarta: EGC
- Kozier. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- M. Black, J., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Nikmatur. (2012). *Proses Keperawatan Teori & Aplikasi*. Yogyakarta: AR RUZZ MEDIA.
- Novarenta, Affan. (2013). Guided Imagery untuk mengurangi rasa nyeri saat menstruasi, Vol 01, No.02. <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/jipt/article/view/1575/1671> Diakses tanggal 23 Februari 2022.
- Nurarif Amin Huda. (2015). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Tindakan keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.

- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Rathore V, Singh N, Mahat RK, Kocak MZ, Fidan K, Ayazoglu TA, Aydin Karahan YG, Onk D, Akar E, Yolcu A. Risk factors for acute myocardial infarction: A review. *EJMI*. 2018;2(1):1-7.
- Rekam Medik RSUD Curup. (2022). Akut Miokard Infark di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup: Rekam Medik RSUD Curup
- Rendi M. Clevo, TH Margareth. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2018*. Jakarta: Badan dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Roveny, (2017). *Rehabilitasi Jantung Setelah Infark Miokard*. RSUD Kembangan: Jakarta.
- Wijaya A. S., & Putri. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori Dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yudiyanta, Khoirunnisa, N., & Novitasari, R. W. (2015). Assessment Nyeri. Retrieved from https://www.academia.edu/25452544/TeknikAssessment_Nyeri Diakses tanggal 28 Februari 2022

LAMPIRAN 1

LEMBAR OBSERVASI

GAMBARAN PENGARUH TEKNIK RELAKSASI *GUIDED IMAGERY*

TERHADAP PENURUNAN NYERI GANGGUAN SISTEM

KARDIOVASKULER INFARK MIOKARD AKUT DI RSUD CURUP

TAHUN 2022

Identitas Responden

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Tanggal	Jam	Skala Nyeri Sebelum Tindakan Terapi Relaksasi <i>Guided Imagery</i>	Skala Nyeri Setelah Tindakan Terapi Relaksasi <i>Guided Imagery</i> Selama 10-15 Menit

Keterangan:

(Skala Nyeri Menurut Bourbanis)

- 1-3 : Nyeri Ringan: Secara Objektif Klien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4-6 : Nyeri Sedang : Secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik
- 7-10 : Nyeri Berat: Secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti dengan terkontrol perintah tetapi masih respon terhadap tindakan, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi ahli posisi napas panjang.

LAMPIRAN 2

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TEKNIK IMAJINASI TERPIMPIN (*GUIDED IMAGERY*)

Pengertian	Terapi <i>Guided Imagery</i> merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Mencapai kondisi relaksasi2. Menimbulkan respon psikofisiologis yang kuat3. Mengurangi nyeri
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Persiapan Klien<ol style="list-style-type: none">a. Persiapkan lingkungan yang nyaman dan tenang.b. Jelaskan tujuan prosedur.c. Membuat kontrak waktud. Berikan privasi pada klien.e. Mengatur posisi nyaman2. Persiapan Alat<ol style="list-style-type: none">a. Menyiapkan music relaksasib. Menyiapkan sound speakerc. Menyiapkan tema/topik <i>guided imagery</i>3. Pelaksanaan<ol style="list-style-type: none">a. Bantu klien ke posisi yang nyaman yaitu posisi bersandar dan minta klien untuk menutup matanya selama prosedur.b. Meminta klien untuk menarik napas dalam dan perlahan sebanyak 3 kali untuk merelaksasikan semua otot dengan mata tetap terpejam.c. Meminta klien untuk memikirkan hal-hal terakhir yang menyenangkan atau pengalaman baru-baru ini dengan mata terpejam yang membantu penggunaan semua indra dengan suara yang lembut.d. Saat klien membayangkan dengan mata tetap terpejam, klien dipandu untuk menjelaskan bayangannya dengan ditanya :<ol style="list-style-type: none">1) Apa yang dibayangkan2) Dilakukan bersama siapa bayangan menyenangkan tersebut3) Kapan bayangan menyenangkan dilakukan4) Dimana bayangan menyenangkan itu terjadi5) Seberapa sering hal menyenangkan dilakukan.e. Jika klien menunjukkan tanda-tanda gelisah atau tidak nyaman, hentikan latihan dan memulainya lagi ketika klien telah siap.f. Relaksasi akan mengenai seluruh tubuh. Setelah 15 menit klien dipandu keluar dari bayangannya.g. Catat hal-hal yang digambarkan klien untuk digunakan pada latihan selanjutnya dengan menggunakan informasi spesifik

	<p>yang diberikan klien dan tidak membuat perubahan pernyataan klien.</p> <p>4. Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">a. Menanyakan perasaan klien setelah relaksasi <i>guide imagery</i>b. Mengucapkan salam
--	--

LAMPIRAN 3

BIODATA

Nama : Doni Pratoma

Tempat dan tanggal lahir : Muara Aman, 29 Januari 2001

Agama : Islam

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Alamat : Kelurahan Amen

Riwayat Pendidikan : 1. TK Aisyah Lebong Utara
2. SDN 02 Centre Lebong Utara
3. SMPN 01 Lebong Utara
4. SMKN 04 Lebong Utara

LAMPIRAN 4

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Doni Pratoma
N I M : P00320119012
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Ny.R Dengan Sistem Kardiovaskuler Infark Miokard Akut (IMA) Di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup Tahun 2022

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam Karya Tulis Ilmiah ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 7 Juli 2022
Yang Menyatakan



Doni Pratoma
NIM.P00320119012



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 15 /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Kasus Tugas Akhir

Curup, 28 Maret 2022
Kepada Yth :
Karu Melati
Di

RSUD Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan: Nomor :DM.01.04/050//6/III/2022 Tanggal 04 Maret 2022, Perihal Permohonan Izin Pengambilan kasus Tugas akhir Mahasiswa :

Nama : **Doni Pratoma**
NIM : P00320119012
Prodi : Keperawatan Program Dioloma Tiga
Tanggal : 28 Maret s/d 03 April 2022
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Infark Miokard Akut (IMA) di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan selama melaksanakan Penelitian dan memberikan informasi Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup
Kepala Bagian Administrasi


DWI PRASETYO, SKM
NIP. 19711007 199203 1 003



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 14/RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di RSUD Curup

Curup, 04 Maret 2022
Kepada Yth,
Direktur Prodi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -
Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/050/6/III/2022 tanggal 04 Maret 2022, Perihal Surat Pengantar Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : **Doni Pratoma**
NIM : P0 0320119012
Jurusan : Keperawatan Program Diploma Tiga
Waktu Penelitian : 28 Maret s/d 03 April 2022
Judul : ***Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Infark Miokard Akut (IMA) di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022***

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD Curup
Kepala Bagian Administrasi



DWI PRASETYO, SKM
NIP. 19741007 199203 1 003



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA PEMBIMBING : Chandra Buana, MPH
NIP : 197101041991021001
NAMA MAHASISWA : Doni Pratoma
NIM : P0 0320119 012
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Infark Miokard Akut (IMA) Di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup Tahun 2022

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Selasa/ 21-12-2021	Persyaratan pembuatan Laporan Tugas akhir	- Asuhan Keperawatan AMI - Lengkapi Jurnal yang ada - 3 Jurnal Nasional - 2 Jurnal Internasional	
2.	Senin/ 27-12-2021	Panduan Pembuatan Laporan tugas akhir	Panduan Pembuatan - BAB 1 : Latar Belakang - BAB 2 : Konsep Teori	
3.	Rabu/ 05-01-2022	BAB 1, 2 dan daftar pustaka	- Fokus Materi AMI - Perbaiki WOC - Daftar Pustaka cantumkan yang dipakai saja	
4.	Kamis/ 06-01-2022	BAB 1, 2 dan daftar pustaka	- Perbaiki Penulisan BAB 1 - Perbaiki WOC Diringkas Saja	
5.	Selasa/ 25-01-2022	BAB 1, 2 dan daftar pustaka	- Perbaiki penulisan nomor BAB 1 dan BAB 2 - Penulisan Sumber Sesuaikan	

6.	Rabu/ 26-01-2022	Daftar Pustaka	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan - Perbaiki daftar pustaka 	d
7.	Rabu/ 02-02-2022	BAB 1 dan Bahan Presentasi	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki BAB 1 - Perbaiki latar belakang - Perbaiki PPT 	d
8.	Kamis/ 03-02-2022	ACC	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi berkas untuk ujian proposal - ACC Proposal 	d
9.	Selasa/ 01-03-2022	BAB 1 & 2	<ul style="list-style-type: none"> - Ikuti kaidah penulisan karya tulis ilmiah 	d
10.	Rabu/ 02-03-2022	ACC	<ul style="list-style-type: none"> - ACC revisi proposal karya tulis ilmiah 	d
11.	Selasa/ 12-04-2022	BAB 3	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengkajian - Tambahkan hasil analisa ekg pada data objektif 	d
12.	Jum'at/ 22-04-2022	BAB 3	<ul style="list-style-type: none"> - Penjelasan hasil EKG - Hasil LAB - Dan fungsi obat 	d
13.	Senin/ 25-04-2022	BAB 3	<ul style="list-style-type: none"> - Narasikan <i>guided imagery</i> - Periksa implementasi 	d

14.	Selasa/ 26-04-2022	BAB 3 & 4	- Implementasi lebih operasional - Kesenjangan data dimasukkan dalam pembahasan	d
15.	Rabu/ 22-06-2022	BAB 3	- Perbaiki dokumentasi Asuhan Keperawatan - Perbaiki pembahasan, fokus <i>guided imagery</i>	d
16.	Jum'at/ 24-06-2022	BAB 5	- Perbaiki kesimpulan dan saran	d
17.	Kamis/ 30-06-2022	ACC	- ACC karya tulis ilmiah - Lengkapi berkas untuk ujian seminar hasil	d
18.	Rabu/ 20-06-2022	Abstrak	- Perbaiki abstrak	d
19.	Kamis/ 21-06-2022	ACC	- ACC karya tulis ilmiah	d

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA PENGUJI 1 : Nurbaiti, S.Kep., Ners
NIP : 198311282005022003
NAMA MAHASISWA : Doni Pratoma
NIM : P0 0320119 012
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Infark Miokard Akut (IMA) Di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup Tahun 2022

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Jum'at/ 25-02-2022	BAB 1	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki tujuan umum dan khusus- Perbaiki manfaat penelitian- Perbaiki latar belakang	
2.	Selasa/ 01-03-2022	BAB 2	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan materi teknik <i>guided imagery</i>- Tambahkan materi konsep nyeri- Buat lembar observasi	
3.	Selasa/ 01-03-2022	ACC	<ul style="list-style-type: none">- ACC revisi proposal karya tulis ilmiah	

4.	Jum'at/ 15-06-2022	BAB 3 dan 4	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki dokumentasi pengkajian, analisa data, implementasi dan evaluasi keperawatan - Hasil dan pembahasan fokus ke teknik relaksasi <i>guided imagery</i> 	
5.	Senin/ 18-06-2022	ACC	<ul style="list-style-type: none"> - ACC revisi karya tulis ilmiah 	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Ketua Penguji : Mulyadi, M.Kep
Nip : 196407121986031005
Nama Mahasiswa : Doni Pratoma
Nim : P0 0320119 012
Judul Kti : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Infark Miokard Akut (TMA) Di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup Tahun 2022

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Jum'at/ 25-02-2022	BAB 2	- Perbaiki Penulisan dan ambil sumber dari buku Doenges untuk konsep asuhan keperawatan	
2.	Selasa/ 01-03-2022	ACC	- ACC revisi proposal karya tulis ilmiah	
3.	Jum'at/ 15-06-2022	Abstrak dan BAB 2	- Perbaiki Abstrak - Perbaiki konsep asuhan keperawatan bagian pengkajian	
4.	Jum'at/ 15-06-2022	ACC	- ACC revisi karya tulis ilmiah	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

LAMPIRAN 8

DOKUMENTASI IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

