

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Jantung

2.1.1 Jantung Manusia

Dalam bahasa Inggris, jantung disebut “*heart*”, dan dalam bahasa Latin medis disebut *cardio*. Dalam bahasa Yunani ditulis sebagai "Kor". Jantung adalah organ dalam seukuran telapak tangan Anda. Beratnya kurang lebih 250-300 gram, berlubang di tengah dan berbentuk kerucut, terdiri dari jaringan otot dan jaringan miokard involunter (tidak disengaja) (Erawati, 2021).

2.1.2 Letak Jantung

Infark Miokard Akut (AMI) adalah penyakit dimana aliran darah ke jantung terhambat dan sel-sel otot jantung mati (Siregar et al., 2021). Setelah oklusi arteri koroner akut, aliran darah di dalam pembuluh darah terhenti, kecuali sejumlah kecil sirkulasi kolateral dari pembuluh darah di dekatnya. Serangan jantung terjadi ketika area otot di sekitarnya tidak menerima atau sangat sedikit aliran darah, dan otot jantung tidak dapat lagi berfungsi dengan baik (Erawati, 2021).

2.1.3 Ruang Jantung

Jantung manusia mempunyai 4 ruang berongga dibagian tengahnya yang berfungsi sebagai tempat menampung darah yang masuk ke jantung dan yang kemudian darah tersebut akan dikeluarkan dari jantung. Menurut Luthfiyah et al. (2022) ruang- ruang jantung tersebut adalah:

1. Serambi jantung/Atrium Jantung/ *Atrium*

Terbagi lagi berdasarkan letaknya, yaitu Atrium Kanan (*Right Atrium*) dan Atrium Kiri (*Left Atrium*). Atrium jantung berfungsi menampung darah yang masuk ke jantung melalui pembuluh darah vena pulmonalis untuk atrium kiri dan pembuluh darah vena cava untuk atrium kanan.

2. Bilik jantung/ Ventrikel Jantung / *Ventricle*

Terbagi lagi berdasarkan letaknya, yaitu Ventrikel Kanan (*Right Ventricle*) dan Ventrikel Kiri (*Left Ventricle*). Ventrikel jantung

berfungsi menampung darah yang berasal dari ruang atrium dan kemudian memompanya keluar melalui pembuluh darah aorta untuk ventrikel kiri dan pembuluh darah arteri pulmonalis untuk ventrikel kanan.

2.1.4 Sekat Jantung

Keempat ruang-ruang jantung yang telah kita pelajari diatas dibatasi oleh beberapa dinding sekat pembatas atau disebut juga sebagai septum. Sekat ini berfungsi sebagai dinding pemisah agar darah bersih dan darah kotor yang ada di dalam ruang jantung tidak bercampur. Menurut Utami et al. (2023) terdapat tiga buah sekat dinding pemisah ruang jantung, yaitu:

1. Sekat Atriorum/*Septum Atriorum*

Sekat jantung yang memisahkan ruang atrium kanan dengan ruang atrium kiri yang berfungsi memisahkan darah bersih dan darah kotor di dalam jantung.

2. Sekat Interventrikularis/ *Septum Interventricularis*

Sekat jantung yang memisahkan ruang ventrikel kanan dengan ruang ventrikel kiri yang berfungsi juga memisahkan darah bersih dan darah kotor di dalam jantung.

3. Sekat Atrioventrikularis / *Septum Atrioventricularis*

Sekat jantung yang memisahkan ruang atrium kanan dan kiri dengan ruang ventrikel kanan dan kiri. Disekat inilah terdapat dua katup jantung, yaitu katup mitral di kiri dan katup trikuspidalis di kanan.

2.1.5 Pembuluh Darah Jantung

Serupa dengan semua organ lain di dalam tubuh manusia, organ jantung juga memerlukan pasokan oksigen dan zat nutrisi untuk dapat melakukan fungsinya dengan baik dan benar (Luthfiah et al., 2022). Jantung mendapatkan pasokan tersebut dari pembuluh darah khusus untuk jantung yang disebut sebagai pembuluh darah koroner atau *coronary vessels*. Pembuluh darah khusus jantung ini terbagi atas dua jenis, (Widowati & Rinata, 2020) yaitu:

1. Arteri koronaria/Pembuluh nadi koroner (*Coronary Artery*)

Arteri koronaria adalah cabang pertama yang keluar dari pembuluh

darah aorta. Arteri koronaria bertugas memberikan suplai gas oksigen dan zat nutrisi makanan bagi dinding jantung, terutama lapisan miokardium. Terdapat dua arteri koronaria yang keluar dari aorta, satu ke arah kanan dan satu lagi ke arah kiri, yaitu:

- A. Arteri Koronaria kanan/*Right Coronary Artery* (RCA)
- B. Arteri koronaria utama kiri/*left main coronary artery* (LMA)

Sedangkan arteri koronaria kiri keluar dari sinus aorta kiri, dan kemudian bercabang dua menjadi:

- a) Arteri descendens anterior/*left anterior descending* (LAD)
- b) Arteri sirkumfleksi/*left circumflex* (LCX) artery

2. Vena Koronaria /Pembuluh balik koroner (*Coronary Vein*)

Pembuluh darah balik koroner yang bertugas membawa karbondioksida dan zat ampas sisa metabolisme dari jantung untuk kemudian dibawa ke paru-paru untuk dibuang. Vena koronaria terdiri atas:

- A. Sinus Koronarius (coronary sinus)

Bertugas menerima dan menampung darah dari vena kardiak sedang dan vena kardiak kecil.

- B. Vena kardiak besar (great cardiac vein)/ vena cordis magna
Cabang pertama dari sinus koronarius yang membawa darah ke arah sinus.

- C. Vena kardiak sedang (middle cardiac vein)/ vena cordis parva
Cabang kedua dari sinus koronarius yang membawa darah kotor dari small cardiac vein dan anterior cardiac vein menuju sinus.

- D. Vena kardiak kecil (small cardiac vein) / vena cordis parva
Vena koronaria paling kecil yang bersambung dengan vena kardiak sedang.

- E. Vena kardiak anterior (anterior cardiac vein)

2.2 Konsep STEMI (*ST-Elevation Myocardial Infarction*)

2.2.1 Pengertian STEMI (*ST-Elevation Myocardial Infarction*)

Infark miocard akut (IMA) merupakan gangguan aliran darah ke jantung yang menyebabkan sel otot jantung mati. Aliran darah di pembuluh darah terhenti setelah terjadi sumbatan koroner akut, kecuali sejumlah kecil

aliran kolateral dari pembuluh darah di sekitarnya. Daerah otot di sekitarnya yang sama sekali tidak mendapat aliran darah atau alirannya sangat sedikit sehingga tidak dapat mempertahankan fungsi otot jantung, dikatakan mengalami infark (Pedersen et al., 2014)

IMA diklasifikasikan berdasarkan EKG 12 lead dalam dua kategori, yaitu ST- elevation infark miocard (STEMI) dan non ST-elevation infark miocard (NSTEMI) (Wibawa & Rahadiyan, 2023). STEMI merupakan oklusi total dari arteri koroner yang menyebabkan area infark yang lebih luas meliputi seluruh ketebalan miokardium, yang ditandai dengan adanya elevasi segmen ST pada EKG. Sedangkan NSTEMI merupakan oklusi sebagian dari arteri koroner tanpa melibatkan seluruh ketebalan miokardium, sehingga tidak ada elevasi segmen ST pada EKG (Pedersen et al., 2014)

ST-elevation myocardial infarction (STEMI) adalah salah satu jenis serangan jantung yang paling berbahaya. Kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi serius pada pengidapnya. Bahkan, risiko kematiannya lebih besar daripada jenis serangan jantung lainnya. *Myocardial infarction* merupakan istilah medis untuk serangan jantung. *Infarction* adalah penyumbatan darah menuju otot jantung atau miokardium. Penyumbatan tersebut dapat menyebabkan otot jantung rusak hingga rusak karena berkurangnya suplai darah. (Pedersen et al., 2014)

2.2.2 Patofisiologi STEMI (*ST-Elevation Myocardial Infarction*)

STEMI umumnya terjadi ketika aliran darah koroner tiba-tiba menurun setelah bekuan darah tersumbat di dalam plak aterosklerotik yang sudah ada sebelumnya stenosis arteri koroner yang progresif dan lambat terjadi ketika pembuluh darah kolateral berkembang seiring waktu dan oleh karena itu biasanya tidak menyebabkan STEMI (Sangadji et al., 2025). Ketika cedera pembuluh darah disebabkan oleh faktor-faktor seperti merokok, hipertensi, dan akumulasi lipid, bekuan darah dengan cepat terbentuk di lokasi cedera pembuluh darah (Erawati, 2021). Hal ini terjadi ketika plak aterosklerotik terkoyak, pecah, atau mengalami ulserasi, dan dipicu oleh penyakit lokal atau sistemik (Erawati, 2021).

2.2.3 Klasifikasi STEMI (*ST-Elevation Myocardial Infarction*)

Menurut Santosa et al. (2021) ada dua jenis serangan jantung STEMI, tergantung pada penyumbatan atau kerusakannya.

1. STEMI anterior

STEMI jenis ini terjadi ketika terjadi penyumbatan pada arteri desendens anterior kiri (LAD). LAD adalah arteri terbesar yang memasok darah ke bagian depan jantung. Serangan jantung yang menyerang area ini mempunyai akibat yang jauh lebih berbahaya.

2. STEMI Inferior atau Lateral

Jenis STEMI ini menyerang arteri koroner kanan dan arteri sirkumfleksi kiri. Arteri koroner kanan memasok darah ke sisi bawah jantung. Sebaliknya, arteri sirkumfleksi kiri memasok darah ke dinding samping jantung. Kedua arteri mensuplai lebih sedikit darah ke otot dibandingkan LAD. Kondisi ini berarti STEMI inferior tidak memberikan dampak yang separah STEMI anterior.

2.2.4 Manifestasi Klinis STEMI (*ST-Elevation Myocardial Infarction*)

Menurut Funay et al. (2021) tanda dan gejala yang dialami pasien STEMI adalah:

1. Nyeri hebat pada bagian tengah dada yang terjadi secara tiba-tiba dan terus menerus serta tidak kunjung hilang, biasanya dirasakan pada daerah substernal; dapat dirasakan di dada. Di epigastrium, misalnya B. Rasa terbakar, seolah-olah ditekan oleh benda berat. B. Sensasi sengatan yang diremas, dipelintir, atau diremas berlangsung lebih dari 20 menit dan tidak hilang dengan pemberian nitrat. Rasa sakitnya bisa menjalar ke rahang dan leher. Gejala penyertanya antara lain berkeringat, pucat, mual, sulit bernapas, takut, dan lemah
2. Ekstremitas dingin akibat pelepasan katekolamin, berkeringat, ketakutan, dan gelisah. Aktivasi sistem saraf simpatik awalnya meningkatkan tekanan darah dan denyut nadi. Penurunan curah jantung dapat mengakibatkan turunnya tekanan darah. Bradikardia dapat berhubungan dengan gangguan konduksi, terutama kerusakan pada

dinding inferior ventrikel kiri.

3. Kelelahan dan kelemahan akibat berkurangnya aliran darah ke otot rangka.
4. Mual akibat rangsangan refleks pusat muntah oleh serabut saraf nyeri dan muntah atau refleks vasovagal
5. Sesak nafas dan ronki sebagai tanda gagal jantung
6. Hipotermia beberapa hari pasca infark miokard akut akibat respon inflamasi
7. Distensi vena jugularis sebagai tanda disfungsi ventrikel kanan dan kongesti paru
8. ventrikel S3 dan bunyi jantung S4.

2.2.5 Penatalaksanaan STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction)

Menurut Ramadhan & Nurhidayah (2024) ada beberapa tata laksana pasien STEMI, yaitu:

1) Farmakologi

a. Nitrogliserin

Nitrogliserin (NTG) seblingual dapat diberikan dengan dosis 0,4 mg dan dapat diberikan sampai 3 dosis dengan interval 5 menit. NTG selain untuk mengurangi nyeri dada juga untuk menurunkan kebutuhan oksigen miokard dengan menurunkan preload dan meningkatkan suplai oksigen miokard dengan cara dilatasi pembuluh koroner yang terkena infark atau pembuluh kolateral. NTG harus dihindari pada pasien dengan tekanan darah sistolik < 90 mmHg atau pasien yang dicurigai mengalami infark ventrikel kanan.

b. Morfin

Morfin sangat efektif mengurangi nyeri dada dan merupakan analgesik pilihan dalam tata laksana nyeri dada pada STEMI. Morfin diberikan dengan dosis 2 - 4 mg dapat tingkatan 2 - 8 mg IV serta dapat di ulang dengan interval 5 - 15 menit. Efek samping yang perlu diwaspadai pada pemberian morfin adalah konstiksi vena dan arteriol melalui penurunan simpatis, sehingga terjadi

pooling vena yang akan mengurangi curah jantung dan tekanan arteri.

c. Aspirin

Aspirin merupakan tata laksana dasar pada pasien yang dicurigai STEMI. Inhibisi cepat siklooksigenase trombosit yang dilanjutkan dengan reduksi kadar tromboksan A₂ dicapai dengan absorpsi aspirin bukal dengan dosis 162 mg - 325 mg di ruang emergensi dengan daily dosis 75-162 mg.

d. Beta blocker

Beta-blocker mulai diberikan segera setelah keadaan pasien stabil. Jika tidak ada kontraindikasi, pasien diberi beta-blocker kardioselektif misalnya metoprolol atau atenolol. Heart rate dan tekanan darah harus terus rutin di monitor setelah keluar dari rumah sakit. Kontraindikasi terapi beta-blocker adalah: hipotensi dengan tekanan darah sistolik <100 mmHg, bradikardi <50 denyut/menit, adanya heart block, riwayat penyakit saluran nafas yang reversible, beta-blocker harus dititrasi sampai dosis maksimum yang dapat ditoleransi .

e. Terapi reperfusi

Terapi reperfusi yaitu menjamin aliran darah koroner kembali menjadi lancar. Reperfusi ada 2 macam yaitu berupa tindakan kateterisasi (PCI) yang berupa tindakan invasive (semi-bedah) dan terapi dengan obat melalui jalur infuse (agen fibrinolitik) (Bambari et al., 2021)

2) Non farmakologi

a. Aktivitas

Faktor-faktor yang meningkatkan kerja jantung selama masa-masa awal infark dapat meningkatkan ukuran infark. Oleh karena itu, pasien dengan STEMI harus tetap berada pada tempat tidur selama 12 jam pertama. Kemudian, jika tidak terdapat komplikasi, pasien harus didukung untuk melanjutkan postur tegak dengan menggantung kaki mereka ke sisi tempat

tidur dan duduk di kursi dalam 24 jam pertama. Latihan ini bermanfaat secara psikologis dan biasanya menurunkan tekanan kapiler paru. Jika tidak terdapat hipotensi dan komplikasi lain, pasien dapat berjalan-jalan di ruangan dengan durasi dan frekuensi yang ditingkatkan secara bertahap pada hari kedua atau ketiga. Pada hari ketiga, pasien harus sudah dapat berjalan 185 m minimal tiga kali sehari.

b. Istirahat fisik

Bedrest dengan posisi semifowler atau menggunakan cardiac chair dapat mengurangi nyeri dada dan dispnea. Posisi kepala yang lebih tinggi sangat bermanfaat bagi pasien karena:

- a) Volume tidal dapat diperbaiki karena tekanan isi abdomen terhadap diafragma berkurang sehingga pertukaran gas dapat lebih baik,
- b) Drainase lobus atas paru lebih baik serta
- c) Aliran balik vena ke jantung (preload) berkurang sehingga mengurangi kerja jantung.

c. Diet

Karena adanya risiko emesis dan aspirasi segera setelah STEMI, pasien hanya diberikan air peroral atau tidak diberikan apapun pada 4-12 jam pertama. Asupan nutrisi yang diberikan harus mengandung kolesterol \pm 300 mg/hari. Kompleks karbohidrat harus mencapai 50-55% dari kalori total. Diet yang diberikan harus tinggi kalium, magnesium, dan serat tetapi rendah natrium (Itsiopoulos et al., 2018).

Ada beberapa cara tata laksana penanganan untuk pasien STEMI antara lain (Suryawan, 2023):

a) Tatalaksana pra rumah sakit

1. Bagi orang awam mengenali gejala serangan jantung dan segera mengantarkan pasien mencari pertolongan ke rumah sakit atau menelpon rumah sakit terdekat meminta dikirimkan ambulans beserta petugas

kesehatan terlatih.

2. Petugas kesehatan/dokter umum di klinik

- 1) Mengenali gejala sindrom koroner akut dan pemeriksaan EKG bila ada
- 2) Tirah baring dan pemberian oksigen 2-4 L/menit
- 3) Berikan aspirin 160-325 mg tablet kunyah bila tidak ada riwayat alergi aspirin
- 4) Berikan preparat nitrat sublingual misalnya isosorbid dinitrat 5 mg dapat diulang setiap 5-15 menit sampai 3 kali - Bila memungkinkan pasang jalur infus
- 5) Segera kirim ke rumah sakit terdekat dengan fasilitas ICCU (Intensive Coronary Care Unit) yang memadai dengan pemasangan oksigen dan didampingi dokter/paramedik yang terlatih

b) Tatalaksana di Unit Gawat Darurat

1. Pasang infus intravena: dekstrosa 5% atau NaCl 0,9%.
2. Pantau tanda vital: setiap 1/2 jam sampai stabil, kemudian tiap 4 jam atau sesuai dengan kebutuhan, catat jika frekuensi jantung < 60 kali/mnt atau >110 kali/mnt; tekanan darah < 90 mmHg atau >150 mmHg; frekuensi nafas < 8 kali/mnt atau > 22 kali/mnt.
3. Aktifitas istirahat di tempat tidur dengan kursi commode di samping tempat tidur dan mobilisasi sesuai toleransi seteah 12 jam
4. Diet: puasa sampai bebas nyeri, kemudian diet cair. Selanjutnya diet jantung (kompleks karbohidrat 50-55% dari kalori, monounsaturated dan unsaturated fats < 30% dari kalori), termasuk makanan tinggi

kalium (sayur, buah), magnesium (sayuran hijau, makanan laut) dan serat (buah segar, sayur, sereal).

5. Tirah baring - pemberian oksigen 2-4 L/menit untuk mempertahankan saturasi oksigen > 95 %
6. Pasang jalur infus dan pasang monitor
7. Pemberian aspirin 150-325 mg tablet kunyah bila belum diberikan sebelumnya dan tidak ada riwayat alergi aspirin
8. Pemberian nitrat : bias diberikan nitrat oral sublingual yaitu isosorbid dinitrat 5 mg dapat diulang tiap 5 menit sampai 3 kali untuk mengatasi nyeri dada
9. Clopidogrel dosis awal 300 mg, kemudian dilanjutkan 75 mg/hari
10. Segera pindahkan ke Ruang Rawat Intensif Koroner (ICCU)

c) Tatalaksana di ruang rawat koroner Intensif Coronary Care Unit (ICCU)

1. Pasang monitor 24 jam
2. Tirah baring
3. Pemberian oksigen 3-4 L/menit
4. Pemberian nitrat: sebagai vasodilator koroner untuk mengurangi gejala nyeri dada, menurunkan tekanan darah pada hipertensi dan vasodilator pada edema paru. Preparat nitrat oral sublingual isosorbid dinitrat 5 mg dapat diulang tiap 5 menit sampai 3 kali untuk mengatasi nyeri dada. Bila nyeri belum berkurang dapat diberikan nitroglicerine drip intravena secara titrasi sesuai respon tekanan darah, dimulai dengan dosis 5-10 mikrogram/menit dan dosis dapat ditingkatkan 5-20 mikrogram/menit sampai respon nyeri berkurang atau MAP (mean arterial pressure) menurun 10 % pada normotensi dan 30 % pada

hipertensi, tetapi tekanan darah sistolik harus > 90 mmHg

5. Pemberian ACE inhibitor Diberikan peroral pada pasien infark anterior, kongesti paru atau fungsi ventrikel kiri yang rendah dengan fraksi ejeksi (EF) $< 40\%$ dan tidak terdapat hipotensi atau tekanan darah sistolik > 100 mmHg.
6. Pemberian Angiotensin Receptor Blocker (ARB) bila pasien intoleran dengan ACE inhibitor - Mengatasi nyeri Pemberian morfin sulfat intravena $2 - 4$ mg dengan interval $5 - 15$ menit bila nyeri belum teratasi
7. Pemberian Laksatif untuk memperlancar defekasi
8. Pemberian antiansietas sesuai evaluasi selama perawatan Dapat diberikan diazepam 2×5 mg atau alprazolam $2 \times 0,25$ mg
9. Hindari segala obat golongan antinyeri non inflamasi (NSAID) kecuali aspirin
10. Heparinisasi dilakukan yaitu pada kondisi: infark anterior luas, fungsi ventrikel yang buruk (EF $< 40\%$), risiko tinggi trombosis, fibrilasi atrial, thrombus intrakardiak dan onset nyeri dada > 12 jam tanpa tindakan revaskularisasi. Heparinisasi sebagai ko-terapi pasca fibrinolitik diberikan 48 jam sampai 8 hari. Pada pasien yang akan mendapat terapi Heparin atau dengan risiko untuk terjadinya Heparin Induced Thrombocytopenia (HIT), direkomendasikan untuk pemeriksaan hitung trombosit awal dan diulang tiap 2-3 hari untuk monitor efek terapi (tingkat re 2C). (3)
11. Terjadinya HIT sangat jarang tapi perlu diwaspadai pada pasien yang mengalami penurunan hitung trombosit $> 50\%$ dari nilai pemeriksaan awal. Pada pasien dengan HIT dianjurkan menghentikan terapi

heparin dan penggunaan antikoagulan non heparin sesuai konsultasi dengan bagian hematologi.

12. Terapi Reperfusi Terapi reperfusi pada SKA terdiri dari terapi fibrinolitik dan intervensi koroner perkutan (PCI), merupakan hal penting dalam tatalaksana STEMI. Sampai saat ini belum ada terapi tertentu yang efektif untuk semua pasien dan kondisinya. Pada pasien SKA dengan elevasi segmen ST di UGD atau ICCU dengan onset klinis nyeri dada < 12 jam harus secepatnya dilakukan pemilihan dan penentuan terapi reperfusi fibrinolitik atau intervensi koroner perkutan (PCI). Waktu dan pemberian terapi reperfusi yang tepat sangat penting. Idealnya waktu yang dibutuhkan dari pasien masuk ruang gawat darurat sampai mulainya terapi fibrinolitik (door-to-needle time) adalah 30 menit, sedangkan untuk PCI adalah 90 menit (Ketut et al., 2022).

2.3 Konsep Aromaterapi Lavender

2.3.1 Efektivitas Aromaterapi Lavender

Menurut penelitian yang dilakukan Misfonica (2019) terdapat penurunan nyeri setelah diberikan aromaterapi lavender. Tenaga Kesehatan dapat mengaplikasikan pemberian aromaterapi sebagai terapi komplementer untuk menurunkan nyeri.

Tujuan aromaterapi lavender adalah untuk mengatasi gangguan psikologis seperti kecemasan, stres, dan depresi, serta rasa sejahtera (Surani et al., 2025). Manfaat lain dari aromaterapi lavender meliputi: meningkatkan suasana hati, meningkatkan kualitas tidur, meredakan sakit kepala dan migrain, meredakan gejala gangguan kulit, serta meredakan nyeri. Minyak lavender dapat dihirup, dicampur dalam diffuser, atau dioleskan ke kulit. Minyak lavender mengandung linalool, bahan aktif utama yang memberikan efek anti-kecemasan (Nurhayati et al., 2024). Tetapi tidak semua orang menyukai minyak lavender. Jika Anda mengalami gejala tertentu seperti

gatal, sakit kepala, atau sesak napas, hentikan penggunaan dan segera konsultasikan ke dokter (Anwar et al., 2018).



2.3.2 SOP Aroma Terapi Lavender

Tabel 2. 1 SOP Deep breathing exercise Menurut (Suharto, 2021)

Prosedur Tetap	
Pengertian	Aroma Terapi Lavender merupakan terapi menggunakan minyak ekstrak dari tanaman pohon dan bunga, Lavender mempunyai efek menenangkan. Memberikan keseimbangan, rasa nyaman, rasa keterbukaan dan keyakinan. Selain itu juga dapat mengurangi rasa stress, emosi, yang tidak seimbang, histeria, rasa frustrasi serta bermanfaat untuk mengurangi rasa nyeri dan dapat memberikan efek relaksasi.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kesehatan fisik, emosi dan spiritual. 2. Menurunkan nyeri dan kecemasan. 3. Membuat tubuh menjadi lebih rileks. 4. Memberikan efek stimulasi 5. Memberikan sensasi yang menenangkan diri, otak dan keseimbangan stress yang dirasakan 6. Relaksasi pada pikiran dan fisik sehingga dapat menurunkan nyeri.
Kebijakan	Khasiat aromaterapi telah menjadi produk yang banyak beredar di masyarakat karena dapat memberikan manfaat optimal bagi kesehatan.
Prosedur	<p>A. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat dan lingkungan yang nyaman. 2. Air bersih secukupnya. 3. Essensial oil Lavender 4. Diffuser <p>B. Persiapan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pada klien beserta keluarga mengenai tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan 2. Menutup sampiran (menjaga privasi klien) 3. Mengatur posisi pasien/tempat tidur untuk memudahkan tindakan <p>C. Prosedur Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap pra interaksi: <ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan SOP program terapi b. Mencuci tangan c. Menempatkan alat dekat pasien 2. Tahap orientasi: <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan salam b. Menjelaskan maksud tindakan c. Menanyakan kesiapan pasien 3. Tahap kerja: <ol style="list-style-type: none"> a. Pastikan posisi pasien nyaman dan rileks atau bisa diposisikan <i>semi-fowler</i>. b. Buka tutup diffuser lalu isi dengan air. c. Teteskan minyak essensial (jumlah sesuai dengan kebutuhan), kemudian tutup. d. Tancapkan kabel diffuser, atur kecepatan pengeluaran asap dari diffuser. e. Anjurkan pasien menghirup aromaterapi dan rileks serta beri afirmasi positif pada klien. f. Setelah terapi berisikan alat dan atur posisi nyaman untuk klien. 4. Tahap Terminasi <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan evaluasi b. Berpamitan dengan pasien c. Mencuci tangan d. Dokumentasi

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1. Biodata pasien (nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan)
2. Keluhan utama yang biasa muncul pada klien gangguan kebutuhan oksigenasi antara lain; batuk, peningkatan produksi sputum, dispnea, hemoptisis, mengi, dan chest pain (Kemenkes & Jurusan, 2018)
3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu
4. Riwayat Kesehatan Keluarga perlu di cari riwayat keluarga yang memberikan predisposisi keluhan seperti adanya riwayat sesak napas, batuk lama, batuk darah dari generasi terdahulu.
5. Riwayat Pekerjaan dan Kebiasaan seperti pola hidup, misalnya minum alkohol atau obat tertentu, merokok dan situasi kerja.
6. Pengkajian Psikososial misalnya persepsi klien terhadap masalah atau penyakitnya, kebiasaan-kebiasaan klien dan keluarganya.
7. Pemeriksaan fisik
 - 1) Inspeksi : ada tidaknya sekret, perdarahan, bengkak, frekuensi pernapasan.
 - 2) Palpasi : nyeri tekan
 - 3) Perkusi : pengkajian ini bertujuan untuk menilai normal atau tidaknya suara paru suara perkusi normal adalah suara perkusi sonor, yang bunyinya seperti suara “dug-dug”.
 - 4) Auskultasi : Potter & Perry (2010), mengungkapkan auskultasi membantu mengidentifikasi bunyi jantung serta paru yang normal dan abnormal

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Kemungkinan diagnosa yang ditemukan pada pasien STEMI yaitu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi
2. Nyeri akut berhubungan dengan iskemia dan infark miokard
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan irama jantung stroke volume, preload dan afterload, kontraksi jantung.
4. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara

suplai dan kebutuhan oksigen

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi keperawatan, dilakukan penyusunan prioritas masalah dengan menentukan diagnosis keperawatan, maka dapat diketahui diagnosis yang pertama kali harus dilakukan atau segera dilakukan. Intervensi yang dilakukan harus sesuai dengan 4 tipe intruksi perawatan atau biasa disebut ONEC (Aulia et al., 2021). Observation (tipe diagnostic), tipe ini memungkinkan pasien kearah pencapaian kriteria hasil dengan observasi secara langsung. Nursing treatment (tipe terapeutik), menggambarkan tindakan yang dilakukan oleh perawat secara langsung untuk mengurangi, memperbaiki, dan mencegah kemungkinan masalah. Education (tipe penyuluhan), digunakan untuk memperoleh tingkah laku individu yang mempermudah pemecahan masalah. Collaboration (tipe rujukan), menggambarkan peran perawat sebagai koordinator dan manager dalam perawatan pasien dengan anggota tim kesehatan. Tujuan keperawatan untuk diagnosis pertama diharapkan setelah dilakukan tindakan 2 kali selama 24 jam (Aulia et al., 2021).

2.4.4 Implementasi keperawatan

Praktik keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat untuk membimbing pasien dari suatu masalah kesehatan menuju keadaan sehat yang baik dan memberikan standar hasil yang diharapkan. Proses implementasi harus fokus pada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan perawatan, strategi pemberian perawatan, dan aktivitas komunikasi (Fauziah, 2021).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat padatahap perencanaan. Sedangkan menurut Aprita (2022), evaluasi keperawatan terdiri dari (S) yang merupakan ungkapan perasaan dan keluhan secara subjektif oleh keluarga maupun pasien setelah di beri tindakan keperawatan, (O) yang merupakan keadaan objektif yang dapat di identifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan

yang objektif, (A) yang merupakan analisa perawat setelah mengetahui respon pasien secara objektif dan subjektif, dan (P) yang merupakan perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

