



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN “Y” DENGAN
ACUTECORONARY SYNDROME (ACS) DI RUANG
ICU/ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

**CHRISTO NATANIEL TULAK (NS2214901026)
PAETRICK PIETER SIMSON DE FRETES (NS2214901126)**

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

2023



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN “Y” DENGAN
ACUTE CORONARY SYNDROME (ACS) DI RUANG
ICU/ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

CHRISTO NATANIEL TULAK (NS2214901026)

PAETRICK PIETER SIMSON DE FRETES (NS2214901126)

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

2023

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Christo Nataniek Tulak (NS2214901026)
2. Paetrick Pieter Simson De Fretes (NS2214901126)

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

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

Makassar, Juni 2023

yang menyatakan,

Christo Nataniel Tulak

Paetrick Simson De Fretes

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Christo Nataniel Tulak/ NS2214901026
2. Paetrick Simson De Frete / NS2214901126

Disetujui oleh

Pembimbing 1

Pembimbing 2

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

(Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M. Kes)
NIDN: 0925117501

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar

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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Christo Nataniel Tulak (NIM: NS2214901026)
2. Paetrick Simson De Fretes (NIM: NS2214901126)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Mery Solon, Ns., M.Kes ()
Pembimbing 2 : Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes ()
Penguji 1 : Rosdewi, S.Kp., MSN ()
Penguji 2 : Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp. KMB ()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 14 Juni 2023

**Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar**

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

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Christo Nataniel Tulak (NS2214901026)

Paetrick Simson De Fretes (NS2214901126)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 14 Juni 2023

Yang menyatakan

Dewi Nurhayati

Diana Main

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul: “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* diruang IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Penulisan karya ilmiah akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini penulis menyadari bahwa penulis banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya ilmiah akhir ini masih banyak kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dan yang dapat membantu penulis untuk menyempurnakan karya ilmiah akhir ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis secara khusus mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis saat penyusunan karya ilmiah akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana Dan Prasarana STIK Stella Maris.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni Dan Inovasi STIK Stella Maris.

5. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku pembimbing I dan Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes, selaku pembimbing II yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh Staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
7. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Christo Nataniel Tulak (Daniel Tulak dan alm. Alfrida Tosari), serta sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
8. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Paetrick Simson De Fretes (Herman De Fretes dan Ivonne Roswita De Fretes), yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
9. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Sukses buat kita semua. Akhir kata, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien.

Makassar, 14 Juni 2023

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xi
Halaman Daftar Lampiran	xii
Halaman Daftar Tabel	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penulisan	5
1. Bagi Rumah Sakit.....	5
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	5
3. Bagi Institusi Pendidikan	5
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	9
1. Pengertian	9
2. Anatomi dan Fisiologi	10
3. Etiologi.....	15
4. Klasifikasi	18
5. Patofisiologi	20
6. Manifestasi Klinik.....	22
7. Tes Diagnostik.....	24
8. Penatalaksanaan Medik	24
9. Komplikasi	25
B. Konsep Dasar Keperawatan	27
1. Pengkajian Keperawatan	27
2. Diagnosis Keperawatan	29
3. Intervensi Keperawatan.....	29
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Pengkajian Primer.....	39
B. Pengkajian Sekunder.....	40

C. Pemeriksaan Penunjang	62
D. Analisa Data	63
E. Diagnosis Keperawatan	65
F. Intervensi Keperawatan	72
G. Implementasi Keperawatan	
H. Evaluasi Keperawatan	
I. Daftar Obat	
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	82
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	87
BAB V KESIMPULAN	
A. Simpulan	91
B. Saran	92
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi pernapasan	8
--------------------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar Konsul

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi	18
-----------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskular masih menjadi ancaman dunia (global threat) dan merupakan penyebab kematian nomor satu di seluruh dunia. Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan, lebih dari 17 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit jantung dan pembuluh darah. Menurut (Kemenkes, 2015) menyebutkan bahwa penderita penyakit jantung coroner mencapai 4.920 penderita baru setiap tahunnya yaitu 2.320 penderita yang berjenis kelamin laki-laki dan 2.600 penderita yang berjenis kelamin perempuan. Menurut data dari Riskesdas Di Indonesia prevalensi penyakit jantung di masyarakat semakin hari semakin meningkat, prevalensi mencapai 7,2%. Salah satu penyakit gangguan kardiovaskuler yang paling sering adalah Acute Coronary Syndrome yang dibagi menjadi infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (STEMI), infark miokard akut non-stemi (NSTEMI), dan angina pectoris tidak stabil (UAP) (perki, 2018). Sedangkan berdasarkan data dari Riskesdas tahun 2018 prevalensi penyakit jantung di Sulawesi Selatan sebanyak 33.693 jiwa.

Berdasarkan trend peningkatan kasus dan bahaya dari penyakit tersebut jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat akan mengakibatkan kematian, maka pasien yang menderita penyakit tersebut harus mendapat penanganan secara cepat dan tepat untuk mencegah prognosis kerusakan dan mencegah kematian

Acute Coronary Syndrome merupakan penyakit yang mengancam nyawa ketika tidak ditangani dengan cepat, oleh sebab itu perawat dalam menangani pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* harus cepat dan tepat karena waktu merupakan hal yang utama untuk

menentukan prognosis penyakit tersebut. Penanganan pertama pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* adalah MONA (Morfin, Oksigen, Nitrat dan Aspirin). Tujuan dari penanganan *Acute Coronary Syndrome* adalah untuk mengurangi perluasan iskemik, mengurangi nyeri, mengatasi sesak napas dan menstabilkan kondisi pasien. Salah satu bagian dari MONA yaitu oksigen, pemberian terapi oksigen dalam penanganan pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* dapat mengatasi sesak dan meningkatkan saturasi oksigen untuk mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen serta mencegah perluasan iskemik. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Darmawan (2019), yang menyatakan bahwa pada penyakit *Acute Coronary Syndrome* masalah utamanya adalah hambatan transport (gangguan cardiac output dan denyut jantung) maka dengan pemberian oksigen dapat meningkatkan saturasi oksigen sehingga hemoglobin mampu membawa oksigen lebih banyak dan mencegah terjadinya perluasan iskemik.

Peranan perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara cepat dan tepat pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome*, ketika secara tiba – tiba terjadi pembatasan atau pemutusan aliran darah ke jantung (miokardium) karena kekurangan suplai oksigen, salah satu tindakan yang dilakukan oleh perawat yaitu pemberian posisi semi fowler yang dikolaborasikan dengan terapi oksigenasi disertai dengan observasi berkala untuk mempertahankan saturasi oksigen didalam tubuh tetap adekuat. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dikemukakan oleh (Budi Widiyanto, 2014), menyatakan bahwa pada pasien ACS di RSUD dr. Moewardi Surakarta Jawa Tengah, didapatkan hasil bahwa adanya pengaruh pemberian oksigenasi terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien ACS. Sebagian besar pasien ACS mengalami peningkatan saturasi atau

saturasi dalam batas 95 % - 100% terjadi setelah diberikan terapi oksigenasi dengan posisi semifowler.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Acute Coronary Syndrome”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh suatu pengalaman nyata dan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome*

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada Tn. Y dengan *Acute Coronary Syndrome*
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada Tn. Y dengan *Acute Coronary Syndrom*
- c. Membuat rencana tindakan keperawatan pada Tn. Y dengan *Acute Coronary Syndrome*
- d. Melaksanakan Tindakan keperawatan Tn. Y dengan *Acute Coronary Syndrome* dan Tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing*
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Tn. Y dengan *Acute Coronary Syndrome*

C. Manfaat penulisan

1. Bagi instansi Rumah Sakit

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Acute Coronary Syndrome dalam peningkatkan pelayanan yang lebih baik dan dapat menjadi rujukan ilmu dalam menerapkan intervensi mandiri perawat disamping intervensi medis

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai masukan kepada profesi keperawatan agar mampu meningkatkan kompetensi melakukan tindakan secara cepat dan

tepat khususnya dalam merawat pasien dengan *Acute Coronary Syndrome*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk memberikan wawasan serta menambah kepustakaan yang ada dan diharapkan dapat memberikan masukan guna mendukung studi kasus yang akan dilakukan ditahun-tahun berikutnya mengenai asuhan keperawatan kritis pada pasien Kardiovaskuler khusus pasien dengan *Acute Coronary Syndrome*.

D. Metode Penulisan

1. Studi kepustakaan/ literature

Menggunakan literatur yang relevan dengan Karya Ilmiah baik dari buku, jurnal, internet maupun internet

2. Studi kasus

Untuk mengumpulkan informasi dalam melakukan pengkajian maka, penulis melakukan:

a. Observasi

Penulis melihat dan mengamati kondisi maupun keadaan pasien Acute Coronary Syndrom, selama pasien di rawat di ruang Intensive Care Unit

b. Wawancara

Penulis melakukan wawancara langsung dengan pasien saat kondisi pasien memungkinkan untuk dilakukan wawancara dan keluarga untuk memperoleh data subjektif mengenai penyakit yang diderita pasien saat ini.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan melihat kondisi pasien terkait pengumpulan data pasien dengan Acute Coronary Syndrome.

d. Diskusi

Diskusi dengan pihak yang bersangkutan, misalnya dosen pembimbing, perawat ICU, dokter dan tenaga kesehatan lainnya untuk menentukan intervensi, pengobatan serta nutrisi bagi pasien.

e. Dokumentasi

Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan yang dilakukan kepada pasien mulai dari pengkajian sampai perencanaan pulang.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika Penulisan disusun dalam lima bab, dimana setiap bab dengan sub tema antaralain: bab I pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada bab II membahas mengenai tinjauan teori yang mendasari penulisan Karya Ilmiah yaitu konsep dasar yang meliputi pengertian, etiologi, klasifikasi, anatomi fisiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, test diagnostic, penatalaksanaan medis dan komplikasi serta konsep dasar keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, penatalaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada bab III membahas tentang tinjauan kasus yang terdiri dari pengamatan kasus pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada bab IV pembahassan kasus yang merupakan laporan ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktik. Bab V penutup membahas tentang kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Acute Coronary Syndrom merupakan suatu kegawatan jantung dengan gambaran klinis mulai dari nyeri dada angina tidak stabil (Unstable Angina Pectoris/UAP) sampai dengan infark miokard akut. Konsep terjadinya ACS adalah adanya ruptur plak atheroma di arteri koronaria yang diikuti pembentukan thrombus yang akut sehingga menyebabkan oklusi sebagian atau total dari aliran darah koronaria tersebut

(Fikriana, Sistem Kardiovaskuler, 2018)

Acute Coronary Syndrome adalah gangguan fungsi sistem kardiovaskuler yang disebabkan karena otot jantung kekurangan darah akibat adanya oklusi pembuluh darah arteri koroner dan tersumbatnya pembuluh darah jantung (AHA, 2017)

Acute Coronary Syndrom merupakan sindrom klinis karena adanya penyumbatan pembuluh darah koroner, baik bersifat intermitten maupun menetap akibat adanya ruptur plak aterosklerosis, hal ini menimbulkan ketidakseimbangan suplai dan ketidakseimbangan oksigen miokard. Acute Coronary Syndrom merupakan bagian dari penyakit jantung koroner (PJK) dimana yang termasuk dalam ACS adalah Unstable Angina Pectoris/UAP, infark miokard dengan ST Elevasi (STEMI) dan infark miokard tanpa ST Elevasi (NSTEMI) (Hamm, 2011).

ST elevasi Miokard Infark (STEMI) merupakan indikator terjadinya sumbatan total pembuluh darah arteri koroner. karakteristik ACS STEMI yakni angina tipikal dan perubahan EKG dengan gambaran elevasi segmen (PERKI, 2018).

2. Anatomi Fisiologi jantung

Jantung terletak pada mediastinum, yaitu kompartemen pada bagian tengah rongga thoraks diantara dua rongga paru. Mediastinum merupakan struktur yang dinamis, lunak yang digerakkan oleh struktur-struktur yang terdapat didalamnya (jantung) dan mengelilinginya (diafragma dan gerakan lain pada pernafasan).

a. Struktur Jantung

Ukuran jantung sekitar sedikit lebih besar dari satu kepalan tangan dengan berat berada pada rentang 7-15 ons (200-425 gram). Dalam setiap harinya jantung mampu memompa sampai dengan 100.000 kali dan dapat memompa darah sampai dengan 7.571 liter. Posisi jantung berada di belakang sternum pada rongga mediastinum, diantara costae kedua dan keenam.

1) Perikardium

Perikardium adalah lapisan pembungkus jantung yang tersusun oleh membrane fibroserosa dan permukaan pembuluh darah besarnya. Perikardium tersusun oleh dua lapisan yaitu pericardium fibrosa yang merupakan lapisan bagian luar yang keras serta pericardium serosa yang merupakan lapisan bagian dalam. Perikardium serosa juga mempunyai dua lapisan yaitu pericardium parietal dan pericardium visceral. Perikardium parietal merupakan permukaan bagian dalam pericardium fibrosa. Sedangkan pericardium visceral melekat pada permukaan jantung. Dalam kondisi normal, ruang tersebut berisi cairan yang berfungsi untuk memudahkan bagi jantung untuk bergerak dan berdenyut tanpa adanya hambatan

2) Dinding Jantung

Dinding jantung tersusun oleh tiga lapisan yaitu lapisan bagian luar yang disebut epikardium, lapisan bagian tengah yang disebut miokardium serta lapisan bagian dalam yang disebut endocardium.

- a) Epikardium: lapisan bagian luar yang terbentuk dari lapisan visceral pericardium serosa.
- b) Miokardium: lapisan yang terdiri dari otot jantung.
- c) Endokardium: lapisan bagian dalam yang tipis tersusun dari jaringan ikat subendotelial yang juga menutupi katup jantung (Fikriana, Sistem Kardiovaskuler, 2018)

3) Ruang jantung

Ruangan jantung terdiri dari dua bagian yaitu bagian kanan dan bagian kiri. Masing-masing bagian mempunyai satu atrium dan satu ventrikel sehingga di dalam jantung terdapat empat ruang yaitu atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kanan dan ventrikel kiri. Atrium merupakan rongga penerima yang akan memompa darah ke dalam ventrikel. Atrium kanan mendapatkan darah yang berasal dari vena cava superior dan vena cava inferior, atrium kiri mendapatkan darah dari vena pulmonalis.

Ventrikel merupakan rongga penerima darah dari atrium melalui sebuah katup. Ventrikel kanan akan mendapatkan darah dari atrium kanan untuk selanjutnya dipompa ke paru-paru melalui arteri pulmonalis. Sedangkan ventrikel kiri mendapatkan darah dari atrium kiri untuk selanjutnya akan memompa darah ke seluruh tubuh melalui katup aorta. Ventrikel kiri bertugas untuk memompa darah ke seluruh tubuh (Fikriana, Sistem

Kardiovaskuler, 2018).

Diantara atrium dengan ventrikel terdapat katup yang memisahkannya. Katup ini disebut dengan katup atrioventrikular yang berfungsi untuk menjaga aliran darah agar berjalan searah dari atrium ke ventrikel dan menghindarkan aliran darah balik dari ventrikel ke atrium;

- a) Katup trikuspidalis merupakan katup yang mempunyai tiga daun yang memisahkan atrium kanan dengan ventrikel kanan. Bila katup ini terbuka maka darah mengalir dari atrium kanan menuju ventrikel kanan. Katup ini berfungsi mencegah kembalinya aliran darah menuju atrium kanan dengan cara menutup pada saat kontraksi ventrikel.
- b) Katup bikuspidalis (katup mitral) merupakan katup dengan dua daun yang mengatur aliran darah dari atrium kiri menuju ventrikel kiri.
- c) Katup pulmonal berfungsi mencegah aliran balik dari arteri pulmonalis ke ventrikel kanan.
- d) katup aorta berfungsi mencegah aliran balik dari aorta ke ventrikel kiri. Katup ini akan membuka pada saat ventrikel kiri berkontraksi sehingga darah akan mengalir ke seluruh tubuh (Aspiani R. , 2016).

b. sistem peredaran darah

memenuhi kebutuhan nutrisi setiap organ ataupun jaringan sel tubuh melalui system peredaran darah. Sistem aliran darah tubuh secara garis besar terdiri dari:

- 1) sistem peredaran darah kecil, dimulai dari ventrikel kanan, darah mengalir ke paru-paru melalui arteri pulmonal untuk mengambil oksigen dan melepaskan

karbondioksida dan kemudian masuk kedalam atrium kiri. System peredaran darah kecil ini berfungsi untuk membersihkan darah yang setelah beredar ke seluruh tubuh memasuki atrium kanan dengan kadar oksigen yang rendah antara 60-70% serta kadar karbondioksida tinggi antara 40-45%. Setelah beredar melalui kedua paru-paru, kadar zat oksigen meningkat menjadi 96% dan sebaliknya kadar zat karbondioksida menurun.

2) sistem peredaran darah besar

Darah yang kaya oksigen dari atrium kiri memasuki ventrikel kiri melalui katup mitral/atau biskuspidal, untuk kemudian dipompakan ke seluruh tubuh melalui katup aorta, dimana darah tersebut membawa zat oksigen serta nutrisi yang diperlukan oleh tubuh melewati pembuluh darah besar atau arteri kemudian disuplai ke seluruh tubuh.

3) Sistem peredaran darah koroner

Sistem peredaran darah koroner berbeda dengan sistem peredaran darah kecil maupun besar, khusus untuk menyuplai darah ke otot jantung, yaitu melalui pembuluh darah, yaitu melalui pembuluh koroner dan kembali melalui pembuluh balik yang kemudian menyatu serta bermuara langsung ke dalam ventrikel kanan. Melalui sistem peredaran darah koroner ini jantung mendapatkan oksigen, nutrisi, serta zat-zat untuk menggerakkan jantung sesuai dengan fungsinya.

Arteri koroner adalah salah satu dari tiga pembuluh darah utama yang mengilili jantung. Arteri memiliki dinding yang cukup elastis sehingga mampu menjaga tekanan darah tetap konsisten.

Arteri koroner terbagi atas dua yaitu:

a) Arteri koroner kiri utama

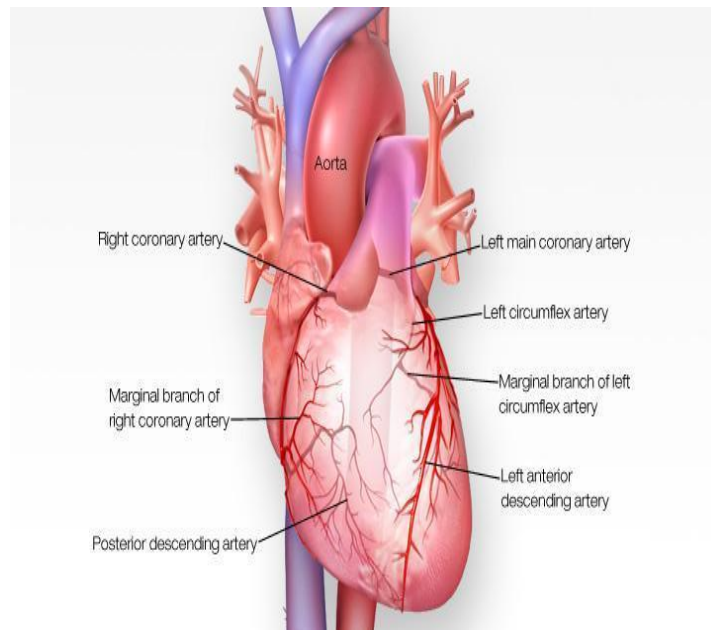
Arteri kiri utama (Left main coronary artery)

Arteri koroner kiri utama ini berfungsi memasok darah ke sisi kiri otot jantung (ventrikel dan atrium) arteri koroner kiri utama kemudian bercabang membentuk:

- i) Arteri left anterior descending (LAD), berfungsi menyediakan darah menuju bagian atas dan kiri jantung
- ii) Arteri left circumflex (LCX), merupakan cabang arteri kiri utama yang mengelilingi otot jantung dan menyediakan darah menuju sisi luar dan belakang jantung.

b) Arteri koroner kanan (Right Coronary artery)

Arteri koroner kanan berfungsi memasok darah menuju ventrikel kanan, atrium kanan, sinoatrial, dan atrioventricular. Arteri koroner kanan bercabang menjadi arteri right posterior descending, dan arteri marginal akut (Fikriana, 2018)



Gambar 2.2
Arteri Koroner

3. Etiologi

ACS disebabkan oleh aterosklerosis yaitu proses terbentuknya plak yang bertumpuk pada intima dari arteri, yang mengakibatkan terbentuknya thrombus sehingga membuat lumen menyempit menyebabkan terjadinya gangguan suplai darah sehingga kekuatan kontraksi otot jantung menurun. Terjadinya infark miokardium yakni akibat dari thrombus pecah sebelum terjadinya nekrosis total jaringan distal (Asikin, 2016).

Menurut (Imran Ode, 2020) bahwa penyebab Acute Coronary Syndrome (ACS) yaitu:

- a. Tebalnya endapan lemak atau plak pada dinding pembuluh darah menyebabkan penurunan aliran darah miokard akibat penyempitan arteri koroner.
- b. Sumbatan dinamis akibat spasme lokal arteri koroner epicardial
- c. Faktor ekstrinsik seperti anemia, hipotensi dan takikardia.

Menurut (Fikriana, 2018) ada beberapa faktor resiko yang

menyebabkan ACS adalah:

- a) Laki-laki >45 tahun: Laki-laki memiliki risiko lebih besar terkena serangan jantung dan kejadiannya lebih awal daripada wanita. Morbiditas penyakit ACS pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan dengan wanita dan kondisi ini terjadi hampir 10 tahun lebih dini pada laki-laki daripada perempuan. Estrogen endogen bersifat protektif pada perempuan, namun setelah menopause insiden ACS meningkat dengan pesat, tetapi tidak sebesar insiden ACS pada laki-laki.
- b) Wanita menopause: Setelah menopause kadar kolesterol perempuan biasanya akan meningkat menjadi lebih tinggi daripada laki-laki. Hal itu terjadi karena pada perempuan menopause mengalami penurunan produksi hormon estrogen dimana fungsi hormon estrogen dapat menurunkan kadar kolesterol dalam darah
- c) Diabetes mellitus: Peningkatan kadar gula darah dapat menimbulkan berbagai dampak, seperti; induksi perubahan elektrofisiologis sehingga dapat terjadi aritmia jantung, yang memperburuk luaran atau fatal outcome. Hiperglikemia bersamaan dengan infark miokard akut berpengaruh pada penurunan fungsi ventrikel kiri, yang akan berakibat menurunnya kinerja myocardial.
- d) Hipertensi: Hipertensi menyebabkan meningkatnya afterload yang secara tidak langsung akan meningkatkan beban kerja jantung. Kondisi ini akan memicu hipertrophi ventrikel kiri.
- e) Hiperlipidemia: peningkatan kadar kolestrol dalam darah, atau kondisi kelebihan lemak didalam peredaran darah.
- f) Merokok: Merokok menimbulkan aterosklerosis, peningkatan trombogenesis, vasokonstriksi, peningkatan

tekanan darah, pemicu aritmia jantung, sehingga meningkatkan kebutuhan jantung, dan penurunan kapasitas pengangkutan oksigen.

4. Klasifikasi *Acute Coronary Syndrome*

Menurut Perhimpunan dokter spesialis kardiovaskluler (2015), menyatakan bahwa berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan EKG, dan pemeriksaan marka jantung, *Coronary Syndrome* dibagi menjadi:

a. Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI: Segmen Elevation Myocardial Infarction)

Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI) merupakan indikator kejadian oklusi total pembuluh darah arteri koroner. Keadaan ini memerlukan tindakan revaskularisasi untuk mengembalikan aliran darah dan reperfusi miokard secepatnya, secara medikamentosa menggunakan agen fibrinolitik. Diagnosis STEMI ditegakkan jika terdapat keluhan angina pectoris akut disertai elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Inisiasi tatalaksana revaskularisasi tidak perlu menunggu hasil peningkatan marka jantung.

b. Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI)

NSTEMI ditegakkan jika terdapat keluhan angina pectoris akut tanpa elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Rekaman EKG dapat berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar dan terdapat peningkatan marka jantung

c. Angina pectoris tidak stabil (UAP: unstable angina pectoris)

Angina ini sering dijumpai pada individu dengan perburukan penyakit arteri koroner. Angina ini biasanya menyertai peningkatan beban kerja jantung. Durasi serangan dapat timbul lebih lama dari angina pectoris stabil yaitu selama 30

menit atau lebih, nyeri yang lebih hebat, frekuensi lebih sering, nyeri dapat timbul saat istirahat dan melakukan aktivitas, saat serangan timbul biasanya disertai dengan tanda-tanda sesak nafas mual dan muntah.

5. Patofisiologi

Sebagian besar *Acute Coronary Syndrome* merupakan manifestasi dari plak atheroma pembuluh darah koroner yang pecah akibat adanya perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrosa yang menutupi plak tersebut. Peristiwa ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi sehingga terbentuk thrombus yang kaya trombosit. Thrombus ini akan menyumbat pembuluh darah koroner yang lebih distal.

Hal lainnya yang terjadi yaitu pelepasan zat vasoaktif yang mengakibatkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Suplai oksigen yang berhenti selama kurang lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (infark miokard atau Stemi) (PERKI, 2018).

Faktor pertumbuhan dan trombosit menyebabkan migrasi otot polos dari tunika media ke dalam tunika intima dan proliferasi matriks. Proses ini mengubah bercak lemak menjadi atheroma matur. STEMI disebabkan oleh adanya aterosklerotik pada arteri koroner atau penyebab lainnya yang dapat menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokardium. (Aspiani R. , 2016)

Proses aterosklerotik terjadi akibat adanya cedera pada sel endotel yang bersentuhan langsung dengan zat-zat dalam darah. Permukaan sel menjadi kasar, sehingga zat-zat dalam darah menempel masuk ke lapisan dinding arteri. Kemudian,

terjadi fisura, rupture atau ulserasi pada penumpukan plak aterosklerosis dan kondisi lokal atau sistemik dapat memicu tromogenesis sehingga mengakibatkan sumbatan total pada arteri koroner. Infark miokard yang disebabkan thrombus arteri koroner dapat mengenai endokardium sampai epikardium, disebut infark transmural. Tetapi bisa juga terjadi infark subendokardial, yaitu infark yang terjadi hanya mengenai darah subendokardial. Setelah 20 menit terjadinya sumbatan, infark sudah terbentuk pada subendokardial, dan bila berlanjut tanpa segera ada penanganan maka rata-rata dalam 4 jam dapat terjadi infark transmural. (Aspiani R. , 2016)

Kerusakan terjadi secara menyeluruh dari endocardium sampai epikardium, proses remodeling miokard yang mengalami injury terus berjalan hingga beberapa minggu atau bulan karena darah infark yang meluas dan daerah non infark mengalami pelebaran. Otot yang mengalami infark akan mengalami beberapa perubahan selama berlangsungnya proses pemulihan, dimulai otot yang mengalami infark tampak memar dan sianotik akibat terputusnya aliran daerah regional kemudian dalam jangka waktu 24 jam akan timbul edema pada sel-sel dan muncul respon peradangan disertai infiltrasi leukosit.

Enzim jantung akan terlepas dari sel, mulai hari kedua atau ketiga terjadi proses degradasi ringan 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. Setelah terjadi infark miokard, akibatnya antara lain: peningkatan akhir diastolik ventrikel kiri, peningkatan volume akhir sistolik dan akhir diastolik ventrikel, menurunnya daya

kontraksi, gerakan dinding abnormal, perubahan daya kembang dinding ventrikel, penurunan curah sekuncup, dan penurunan fraksi ejeksi (PERKI, 2018)

6. Manifestasi Klinis

Keluhan nyeri dada yang khas biasanya di daerah substernal, rasa seperti ditekan, diperas, seperti diikat, rasa dicekik, dan disertai rasa takut. Rasa nyeri menjalar ke leher, rahang, lengan dan punggung. Rasa nyeri yang hebat berlangsung lebih dari 30 menit, tidak berkurang dengan obat-obatan nitrat. (Aspiani R. , 2016).

Manifestasi klinis pasien dengan ACS menurut (Smeltzer, 2016) antara lain:

- a. Gejala utama berupa nyeri dada yang terjadi tiba-tiba dan terus berlanjut meskipun beristirahat atau diberi obat nitrat.
- b. Kombinasi gejala nyeri dada, sesak napas, mual, muntah, pucat, nadi teraba lemah dan kulit teraba dingin.
- c. Beberapa kasus pasien sebelumnya pernah mengalami gejala yang sama atau sebelumnya pernah didiagnosis penyakit arteri koroner, tetapi sekitar separuh pasien melaporkan tidak mengalami gejala sebelumnya.

7. Tes Diagnostik

Menurut (Adrianto, 2019) pemeriksaan penunjang untuk pasien ACS STEMI yakni:

- a. Pemeriksaan EKG: Untuk mengukur kecepatan denyut jantung dan perubahan pada gelombang segmen ST
- b. Ekokardiografi: untuk mendeteksi gangguan fungsional serta anatomis yang menjadi penyebab gagal jantung
- c. Pemeriksaan Biomarka Jantung Kreatinin kinase-MB (CK-MB) atau Troponin I/T merupakan marka nekrosis jantung dan menjadi marka diagnosis infark miokard.

- d. Pemeriksaan Laboratorium: Hematologi (Hb, Ht, Leukosit), eritolit (kalium, natrium, magnesium), analisa gas darah.
- e. Pemeriksaan Foto Rontgen Dada: Melihat adanya pembesaran pada jantung, penimbunan cairan pada paru-paru atau penyakit paru lain.

8. Penatalaksanaan Medik

Menurut (Muttaqin, 2014) dijelaskan penatalaksanaan pada serangan akut STEMI antara lain:

- a. Penanganan nyeri, dapat berupa terapi farmakologi seperti morfin, nitrat, dan beta blocker.
- b. Membatasi ukuran infark miokard, dengan upaya meningkatkan suplai darah dan oksigen ke jaringan miokardium dan untuk memelihara, serta memulihkan sirkulasi. Terapi farmakologi yang dapat diberikan adalah antikoagulan (mencegah pembekuan darah), trombolitik (penghancur bekuan darah), antilipemik (menurunkan konsentrasi lipid dalam darah), serta vasodilator perifer (meningkatkan dilatasi pembuluh darah yang menyempit karena vasospasme).
- c. Pemberian oksigen, untuk meningkatkan saturasi dalam darah.
- d. Pembatasan aktivitas fisik, untuk mempercepat penghentian nyeri.

Menurut (Novrianti, 2021) penatalaksanaan pasien dengan acute coronary syndrome yaitu terapi fibrinolitik. Terapi fibrinolitik adalah terapi yang digunakan untuk mengatasi masalah karena adanya bekuan darah atau trombus seperti thrombosis vena, emboli paru, infark miokard akut (STEMI). Tujuan utama terapi fibrinolitik adalah pemulihan ceoat dari patensi penuh arteri koroner.

Terapi fibrinolitik yang sering digunakan pada STEMI adalah Streptokinase yang merupakan agen nonspesifik fibrin yang berasal dari kelompok streptokus yaitu β -hemolytic group-C streptococci. Streptokinase bergabung dengan plasminogen bebas disirkulasi untuk membentuk kompleks activator yang menghasilkan plasmin akan memecah trombus. Streptokinase bekerja dengan mengikat plasminogen untuk membentuk kompleks enzim yang mengubah plasminogen menjadi plasmin, selain itu streptokinase juga meningkatkan kadar protein-C di sirkulasi sehingga meningkatkan pemecahan bekuan atau gumpalan darah. Dosis infus dari streptokinase adalah 1,5 juta IU dalam 100 mL larutan salin selam 30-60 menit

Menurut (Muttaqin, 2014) Penatalaksanaan jangka panjang pada klien yang mengalami STEMI dapat dilakukan dengan:

- a. Pemberian diuretik biasanya menggunakan chlorodiatiazide 50 mg
- b. Pemberian nitrat, secara sublingual sebagai upaya preventif serangan angina.
- c. Pemberian beta blocker, biasanya propranolol 10mg untuk mencegah serangan angina.
- d. Memperpanjang masa istirahat.
- e. Tindakan pembedahan, bila gejala tidak dapat dikontrol dengan terapi farmakologi yang memadai dapat dilakukan tindakan invasif seperti Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasti (PTCA) atau revaskularisasi untuk mengoreksi penyebab utama, dengan memperbaiki sirkulasi atau memberi suplai oksigen baru ke area yang mengalami iskemia.

9. Komplikasi

Komplikasi setelah ST Elevasi Miokard Infark yakni (Alwi, 2017):

a. Disfungsi Ventrikel

Setelah STEMI ventrikel kiri mengalami dilatasi. Secara akut, hasil ini berasal dari ekspansi infark. Selanjutnya terjadinya pemanjangan segmen noninfark, mengakibatkan penipisan yang disproporsional dan elongasi zona infark. Pembesaran ruang jantung secara menyeluruh dapat dikaitkan dengan ukuran dan lokasi infark. Dilatasi terbesar pasca infark pada apeks ventrikel kiri yang mengakibatkan penurunan hemodinamik yang signifikan, lebih sering terjadi gagal jantung dengan prognosis buruk.

b. Gangguan Hemodinamik

Gagal pompaan merupakan penyebab utama kematian di rumah sakit pada STEMI. Perluasan nekrosis iskemia mempunyai korelasi yang baik dengan tingkat gagal pompa dan mortalitas, baik pada awal ataupun sesudah terjadinya infark. Tanda klinis yang sering dijumpai yakni ronchi basah di paru dan bunyi jantung S3 dan S4 gallop. Kemudian pada pemeriksaan rontgen sering dijumpai kongesi paru.

c. Infark Ventrikel Kanan

Infark ventrikel kanan secara klinis menyebabkan tanda gejala ventrikel kanan yang berat yakni seperti; distensi vena jugularis, tanda kussmaul, atau adanya hepatomegali dengan atau tanpa hipotensi.

d. Aritmia Pasca Stemi

Insiden aritmia pasca infark lebih tinggi pada pasien segera setelah onset gejala. Mekanisme aritmia terkait infark mencakup ketidakseimbangan system saraf autonomy, gangguan elektrolit, iskemia dan perlambatan konduksi di zona iskemia miokard.

e. Ekstrasistol Ventrikel

Depolarisasi premature ventrikel sporadic yang tidak sering,

dapat terjadi pada hampir semua pasien STEMI dan tidak memerlukan terapi. Obat penyekat beta efektif dalam mencegah aktivitas ektopik ventrikel pada pasien STEMI dan pencegahan fibrilasi ventrikel, dan harus diberikan rutin kecuali terdapat kontraindikasi. Hipokalemia dan hipomagnesimia merupakan faktor resiko fibrilasi ventrikel pada pasien STEMI.

- f. Ventrikel STEMI dalam 24 jam pertama, takikardia dan fibrilasi ventricular dapat terjadi tanpa tanda bahaya aritmia sebelumnya.

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan serta merupakan proses mengidentifikasi masalah kesehatan dan kebutuhan perawatan pada klien. Oleh karena itu pengkajian keperawatan dilakukan dengan cermat dan teliti (Rohmah, 2019).

Pengkajian keperawatan pada pasien ACS menurut (Muttaqin, 2014) antara lain:

a. Pengkajian Primer:

B1 (Breathing): terlihat sesak, takipnea, dan keluhan napas seperti tercekik, biasanya terdapat dyspnea yang timbul pada waktu beristirahat bila keadaannya masih parah.

B2 (Bleeding): pemeriksaan dilakukan melalui teknik inspeksi: adanya jaringan parut, palpasi: denyut nadi perifer melemah, perkusi: tidak ada pergeseran batas jantung, auskultasi: tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup. bunyi jantung tambahan akibat kelainan pada jantung.

B3 (Brain): kesadaran biasanya composmentis, tidak ada masalah pada reaksi pupil.

B4 (Bladder): perlu dipantau adanya oliguria pada klien ACS karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik dengan pengurangan volume keluaran urine yang berhubungan dengan asupan cairan.

B5 (Bowel): Mengkaji pola makan, mukosa bibir tampak kering, peristaltic usus menurun, mual, muntah, konstipasi, yang mungkin terjadi pada pasien.

B6 (Bone): adanya gejala dalam beraktivitas, seperti kelemahan, tidak dapat tidur, akral teraba dingin, dyspnea pada saat istirahat atau aktivitas, dan kesulitan melakukan tugas perawatan diri.

b. Pengkajian Sekunder:

1) Keluhan utama yaitu penyebab klien masuk rumah sakit biasanya berupa nyeri dada, keringat dingin, sesak, mual muntah.

2) Riwayat penyakit sekarang

Merupakan alasan dari awal klien merasakan keluhan sampai akhirnya dibawa ke rumah sakit dan pengembangan dari keluhan utama dengan pada pasien ACS biasanya menggunakan PQRST.

P:(Provokative/Palliative): Penyebab gejala nyeri bertambah berat dan berkurang, biasanya bertambah saat bergerak atau beraktivitas dan berkurang saat beristirahat.

Q:(Quality/Quantity): Sejauh mana gejala nyeri yang timbul atau dirasakan, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk atau di tekan benda berat.

R:(Region/Radiation): Lokasi nyeri yang dirasakan seperti dada sebelah kiri tembus belakang.

S:(Saferity/Scale): Tingkat keparahan atau skala nyeri yang dirasakan. Skala nyeri yang dirasakan pasien

jantung biasanya masuk dalam kategori berat yaitu (8-10)

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

Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu seperti; penyakit jantung, hipertensi, perokok hebat, riwayat gagal jantung, pernah dirawat dengan penyakit jantung.

3) Riwayat penyakit keluarga

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

4) Pola Pemeliharaan Kesehatan

Pasien dengan penyakit jantung terkadang tidak menerapkan pemeliharaan kesehatan yang baik seperti jarang melakukan pemeriksaan ke dokter, mengkonsumsi makanan yang tidak sehat, tidak rutin dalam mengkonsumsi obat.

5) Pola Persepsi Kognitif-Sensori

Biasanya terkait penglihatan, pendengaran, pengecapan, perasa, peraba. Pada pasien dirasakan berupa nyeri yang diukur menggunakan (PQRST) Proaktif/Paliatif, Quantity, Region, Scale, Timing.

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Resiko yang dapat timbul seperti, kecemasan akibat penyakitnya. Dimana klien tidak bisa beraktifitas seperti dulu dikarenakan kerja jantung yang mulai melemah.

7) Pola Aktivitas Sehari-hari

Kemampuan aktifitas pasien dengan penyakit jantung mengalami keterbatasan, akibat nyeri dan sesak yang

dirasakan, sehingga dibantu keluarga dan perawat.

8) Pola Nutrisi

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

9) Pola Eliminasi

BAB dan BAK klien dengan penyakit jantung biasanya mengalami perubahan, seperti penurunan volume urine.

10) Pola Istirahat Tidur

Klien dengan penyakit jantung, biasanya akan mengalami nyeri dada, sesak nafas, sehingga hal ini dapat mengganggu tidur klien.

11) Personal Hygiene

Pemenuhan kebutuhan personal hygiene pasien jantung dibantu oleh keluarga maupun perawat.

12) Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

Pasien dengan penyakit jantung, biasanya tidak memenuhi peran sebagai suami atau istri dengan baik akibat penyakit yang dialami, namun hubungan dengan sesama biasanya tidak mengalami masalah

13) Pola Koping dan stress

Dalam mengatasi kecemasan yang dialami oleh pasien jantung, biasanya pasien memerlukan dukungan dari sesama seperti keluarga. Dukungan keluarga terhadap pasien jantung penting dimana dapat mengurangi kecemasan yang dialami.

2. Diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontratilitas
- b. Gangguan pertukaran gas ketidakseimbangan ventilasi perfusi
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

3. Intervensi Keperawatan berdasarkan SDKI

SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
Penurunan curah jantungberhungan dengan perubahan kontratilitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: (L.02008) 1. Ejection fraction (EF) cukup meningkat 2. Paroxysmal noctural dyspnea (PND) 3. Ortopnea cukup meningkat 4. Suara jantung S3 cukup meningkat 5. Suara jantung S4 cukup meningkat	A. Perawatan jantung (I.02075) Observasi 1. Identifikasi tanda / gejala primer penurunan curah jantung(meliputi, dyspnea, kelelahan, ortopnea, paroxsmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2. Identifikasi tanda / gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah otostatik, jika perlu). 4. Monitor ekg 12 sadapan	Perawatan jantung Observasi 1. Dyspnea dapat mengindikasikan terbentuknya cairan diparu dan dasar kapiler paru (seperti pada gagal jantung) 2. Untuk mendeteksi salis vena dan penurunan curah jantung 3. Untuk mendeteksi perubahan tekanan darah 4. Untuk mengetahui kelainan yang terjadi pada kelistrikan jantung. Terapeutik 1. Untuk meningkatkan kenyamanan dan menghindari takikardi serta respon simpatis lainnya. 2. Mengurangi faktor – faktor yang dapat menyebabkan kerusakan jantung 3. Untuk meningkatkan suplai oksigen miokardium

		<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 (misal: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi > 94% <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi. 2. Anjurkan aktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian anti platelet (Aspilet 1x1, 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menghindari kelelahan dan peningkatan beban kerja miokardium 2. Agar jantung dapat melakukan penyesuaian terhadap peningkatan kebutuhan oksigen 3. Untuk meningkatkan suplai ke miokardium <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menghentikan penggumpalan darah
--	--	---	---

		Clopidogrel 1x1, jika perlu	
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi perfusi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pertukaran gas meningkat dengan Kriteria hasil: 1. Dipsnea menurun 2. bunyi nafas tambahan menurun 3. pola nafas membaik 4. PCO2 dan O2 membaik	<p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas 3. Monitor nilai AGD <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Infomasikan hasil pemantauan jika perlu 	<p>Pemantauan Respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu dalam pemantauan perubahan terkait irama, frekuensi, kedalaman napas. 2. Membantu mengetahui perubahan pola napas 3. Untuk membantu memantau ketidakseimbangan asam basa dalam tubuh pasien, karena AGD merupakan parameter atau patokan dalam terjadinya gangguan pertukaran gas. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu memantau kondisi pernapasan pasien. 2. Sebagai hasil pemantauan membandingkan dengan pemantauan sebelumnya dan sebagai acuan evaluasi asuhan keperawatan. <p>Edukasi:</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Pentingnya edukasi terkait tindakan yang akan dilakukan pada pasien terhadap keluarga, untuk mengurangi kecemasan yang sewaktu-waktu dapat terjadi. 2. Informasi hasil tindakan yang diberikan kepada keluarga pasien dapat menjadi pencapaian terkait keberhasilan suatu Tindakan keperawatan yang t 3. elah dilakukan.
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemis)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skla nyeri 3. Identifikasi repon nyeri nonverbal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, frekuensi nyeri yang dirasakan pasien. 2. Mengetahui seberapa berat tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien. 3. Mengetahui respon nonverbal dari pasien. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi non farmakologis membantu mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien selain terapi farmakologi yang

		<p>2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik 	<p>diberikan.</p> <p>2. Pengontrolan lingkungan membantu pasien agar tetap nyaman.</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan mandiri yang diajarkan perawat kepada pasien membantu pengontrolan yang dapat dilakukan oleh pasien tanpa bantuan perawat. 2. Teknik non farmakologis yang diajarkan perawat kepada pasien membantu pasien dapat melakukan secara mandiri dan bertahap sesuai kemampuan pasien <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kandungan yang terkandung dalam obat analgetik membantu meredakan nyeri yang dirasakan oleh pasien.
Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari 2. Keluhan lelah cukup menurun 	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik:</p>	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mendeteksi penyebab yang kelelahan 2. Untuk mengetahui adanya masalah pada pola dan jam tidur 3. Untuk mengetahui lokasi yang mengalami ketidaknyamanan setelah beraktivitas <p>Terapeutik:</p>

	<p>3. Dispneu beraktivitas menurun setelah cukup</p>	<p>1. Sediakan lingkungan yang nyaman</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan dan diet jantung 	<p>1. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien untuk dapat istirahat</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi aktivitas dan mengurangi ketidaknyaman 2. Agar jantung dapat melakukan penyesuaian terhadap peningkatan kebutuhan oksigen <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk membantu pasien menentukan makanan sesuai dengan keadaan penyakitnya.
--	--	---	--

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

Kondisi tingkat keparahan penyakit acute coronary syndrome (ACS) berhubungan langsung dengan adanya jumlah dan besarnya faktor resiko, lamanya keberadaan faktor resiko dan status penyakit yang menyertainya.

Untuk itu perlu dilakukan upaya pencegahan perubahan gaya hidup melalui modifikasi faktor-faktor resiko (diabetes mellitus, stres, obesitas, gaya hidup, nutrisi, merokok, penggunaan alkohol (Romalina, 2017).

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien dengan initial Tn. Y umur 53 tahun, jenis kelamin Pria, bekerja sebagai Guru, agama Khatolik, dengan diagnosa medis *Acute Coronary Syndrom*. Pasien masuk IGD diantar keluarganya pada tanggal 30 Mei 2023, dengan keluhan sesak sejak tadi pagi disertai nyeri dada sejak 4 hari yang lalu dan memberat pagi tadi, keringat dingin, tidak enak perasaan. Karena nyeri dada tidak hilang, sehingga keluarga membawa pasien ke RS Stella Maris. Di IGD dilakukan pemeriksaan EKG, gambaran STEMI, diberikan obat CPG 1 tablet, Aspilet 1 tablet, Farsorbid 5mg/sublingual. Dokter menyarankan untuk masuk rawat inap dan akan diberikan terapi trombolitik sebagai tindakan yang harus diberikan. Pasien dan keluarga setuju dan pasien dibawa ke ICU jam 11:30 WITA, untuk pemberian trombolitik dan pengawasan lebih lanjut. Tiba di ICU diberikan terapi trombolitik (Fibrion 1500.000, dalam PB Dextrose 5%/IP dan dilakukan EKG ulang post trombolitik dan hasilnya ST Elevasi Lead II, III, AVF. Saat pengkajian didapatkan kesadaran compos mentis, GCS (M6, V5, E4). Tampak pasien lemah, sesak SPO₂ 94%, diberikan O₂ Nasal canule 4 liter / menit SPO₂ menjadi 99%. Tampak terpasang infus NaCl 18 tetes/menit, tampak terpasang kateter. TTV didapatkan, TD :139/98 mmHg, N: 123 kali / menit, S: 36. 4°C, P: 26 kali / menit, SPO₂: 99%. Hasil pemeriksaan ECHO dengan EF 45%. Hasil pemeriksaan GDS 201 mg/dL.

Pada saat pengkajian didapatkan keluhan nyeri dada berkurang skala 4 setelah pemberian trombolitik. Pasien juga mengeluh cepat merasa lelah dan agak sesak jika bergerak banyak. Pasien diberikan O₂ nasal kanul 4 liter/menit, pasien diberi posisi semi fowler karena merasa kurang nyaman jika posisi kepala rendah. Kebutuhan pasien dipenuhi/dibantu oleh petugas dan keluarga pasien.

A. Pengkajian Primer

Tabel 3.1
Pengkajian Primer

Breath (B1)	Pergerakan dada	Tampak Simetris kiri dan kanan																				
	Pemakaian otot bantu napas	Tampak pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan.																				
	Palpasi	Vocal premitus: getaran paru kiri dan kanan sama																				
	Perkusi	Sonor di kedua lapang paru Pekak di daerah batas jantung -Batas atas ICS-2 sinistra -Batas kanan Linea sternalis dextra -Batas bawah ICS-5 sinistra -Batas kiri linea medio clavicularis kiri																				
	Suara napas	Ronchi minimal di daerah lobus superior kanan dan kiri																				
	Batuk	Sesekali																				
	Sputum	Tidak ada																				
	Alat bantu napas	Nasal kanul 4 liter / menit																				
	Lain – lain	P: 26 kali / menit SPO ₂ : 99%																				
	Blood (B2)	Suara jantung	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center; color: red;">S1</th> <th style="text-align: center; color: red;">S2</th> <th style="text-align: center; color: red;">S3</th> <th style="text-align: center; color: red;">S4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="color: red;">Tunggal</td> <td style="text-align: center; color: red;">√</td> <td style="text-align: center; color: red;">√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="color: red;">Gallop</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; color: red;">√</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="color: red;">Murmur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; color: red;">√</td> </tr> </tbody> </table>		S1	S2	S3	S4	Tunggal	√	√			Gallop			√		Murmur			
		S1	S2	S3	S4																	
Tunggal		√	√																			
Gallop			√																			
Murmur				√																		
Irama jantung	Reguler																					
CRT	≤ 3 detik																					
	JVP	Meningkat: 5+3 cm																				
	CVP	Tidak ada																				
	Edema	Tidak tampak ada edema																				
	EKG	Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF)																				

	Lain-lain	-Hasil ECHO: LVEF 45%, -Hasil enzim jantung: Troponin T >2000 mg/L
Brain (B3)	Tingkat Kesadaran	Kualitatif: compos mentis Kuantitatif (GCS): 15 (E4V5M6)
	Reaksi pupil: • Kanan • Kiri	Isokor kiri dan kanan
	Refleks fisiologis	Ada -Ekstremitas atas dextra/sinistra: Biseps/Trisep positif -Ekstremitas bawah dextra/sinistra: Patella positif
	Refleks patologis	Refleks Babinski dextra/sinistra negatif
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	
Bladder (B4)	Urin	Jumlah : 800 cc/ 8jam Warna kuning jernih
	Kateter	Ada Jenis :kateter nomor: 16
	Kesulitan BAK	Tidak ada
	Lain-lain	Pasien terpasang kateter urine
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Tampak mukosa bibir pasien kering
	Lidah	Tampak lidah bersih
	Keadaan gigi	Tampak bersih
	Nyeri telan	Tidak ada
	Abdomen	Tidak distensi
	Peristaltik usus	-Normal -Nilai: 10x/mnt

	Mual	Tidak
	Muntah	Tidak
	Hematememesis	Tidak
	Melena	Tidak
	Terpasang NGT	Tidak
	Terpasang colostomy bag	Tidak
	Diare	Tidak
	Konstipasi	Tidak
	Asites	Tidak
	Lain-lain	
Bone (B6)	Turgor	Baik
	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Icterus	Tidak ada
	Akral	Dingin
		Tidak distensi
	Peristaltik usus	-Normal -Nilai: 10x/mnt
	Pergerakan sendi	Bebas
	Fraktur	Tidak ada
	Luka	Tidak ada
	Lain – lain	Pasien kelelahan saat beraktifitas banyak dan pembatasan aktifitas

1. Diagnosa Keperawatan: (Berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer).

B-1 : Tidak ada masalah

B-2 : Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas

B-3 : Tidak ada masalah

B-4 : Tidak ada masalah

B -5 : Tidak ada masalah

B -6 : Tidak ada masalah

2. Tindakan keperawatan yang dilakukan:

- a. Identifikasi tanda / gejala primer penurunan curah jantung (meliputi, dyspnea, kelelahan, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)
- b. Identifikasi tanda / gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpasi ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat).
- c. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) .
- d. Monitor tekanan darah
- e. Monitor EKG 12 sadapan
- f. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman
- g. Berikan diet jantung yang sesuai (misal: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
- h. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi > 94%
- i. Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi
- j. Anjurkan aktivitas bertahap

3. Evaluasi pengkajian

Tabel 3.2
Evaluasi Pengkajian Primer

No	Evaluasi	Perawat
15.00	<p>Penurunan curah jantung b.d kontratilitas</p> <p>S : - pasien mengatakan rasa sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri dada skala 4 memberat saat bergerak banyak - Tampak pasien sesak - Tampak terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit - P: 26x/menit - Hasil EKG Elevasi Segmen ST(LEAD II,III,AVF) - Hasil ECHO : EF 45% <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,5,7,8,9</p>	

B. Pengkajian Sekunder

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan.

a. Keadaan Sebelum sakit:

Pasien mengatakan bahwa kesehatan adalah hal yang terpenting. Bila ada anggota keluarga yang sakit langsung dibawa ke rumah sakit atau ke pusat kesehatan terdekat. Pasien mengatakan baru mengetahui penyakit jantungnya pada bulan Desember tahun lalu serta pasien tidak mengkonsumsi obat jantung. Pasien mengatakan juga rutin mengkonsumsi obat DM dan rutin memeriksakan diri di dokter serta telah mengalami penyakit DM selama 6 tahun. Adapun obat yang dikonsumsi pasien: Metformin 500mg 2x1, dianjurkan oleh dokter, pasien tidak teratur meminum obatnya. Pasien mengatakan dulu merupakan perokok aktif selama kurang lebih 11 tahun tetapi setelah pasien sakit bulan desember lalu, pasien memutuskan untuk berhenti merokok.

b. Riwayat keluhan utama

1) Keluhan Utama: nyeri dada

2) Riwayat Keluhan utama:

Pasien mengatakan mengeluh kelelahan dan nyeri dada sejak 4 hari yang lalu dan kurang tidur pada malam hari. Pada tanggal 30/04/2023, saat memandikan hewan peliharaannya di rumah pasien tiba-tiba mengeluh nyeri dada tembus belakang, sesak disertai tidak enak perasaan, keringat dingin di rumah, karena keluhan nyeri dada tidak hilang maka keluarga memutuskan untuk membawa ke RS Stella Maris dan dirawat di ruang ICU. Pada saat pengkajian didapatkan keluhan nyeri dada berkurang skala 4

setelah pemberian trombolitik. Pasien juga mengeluh cepat merasa lelah dan agak sesak jika bergerak banyak. Pasien diberikan oksigen nasal kanul 4 liter/menit, pasien diberi posisi semi fowler karena merasa kurang nyaman jika posisi kepala rendah. Kebutuhan pasien dipenuhi/dibantu oleh petugas dan keluarga pasien.

3) Riwayat kesehatan yang pernah dialami:

Pasien mengatakan pernah dirawat di RS Stella Maris dengan keluhan sesak dan nyeri dada pada bulan Desember tahun lalu, serta penyakit DM ± 6 tahun yang lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan ayahnya pernah mengalami penyakit jantung hingga ayahnya meninggal.

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan lauk pauk dan sayur, minum air putih ±9 gelas sehari. Pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan yang berlemak berlebihan dan goreng-gorengan, dan terkadang masih konsumsi makanan dan minuman yang manis-manis jika menghadiri pesta atau acara makan bersama keluarga/teman.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan makan sejak sakit nafsu makannya berkurang 7-9 sendok dari makanan yang disediakan oleh rumah sakit. Pasien mengatakan sering merasa haus dan meminum air putih 7-9 gelas/hari. Pasien mengatakan sering merasa lapar dan haus.

c. Observasi

Tampak pasien makan sekitar 8-10 sendok makanan yang disediakan rumah sakit.

d. Pemeriksaan fisik:

- a. Keadaan rambut: tampak rambut pasien bersih dan berwarna hitam bercampur uban
- b. Hidrasi kulit: tampak kulit elastis, turgor kulit baik
- c. Palpebra/conjungtiva: tampak tidak edema/tampak tidak anemis
- d. Sclera: tampak sclera tidak ikterik
- e. Hidung: tampak tidak ada secret
- f. Rongga mulut: tampak rongga mulut bersih
- g. Gigi: tampak gigi bersih dan beberapa gigi tanggal, tampak tidak ada gigi palsu
- h. Kemampuan mengunyah: pasien mampu mengunyah
- i. Lidah: tampak lidah bersih
- j. Pharing: tampak tidak ada pembesaran
- k. Kelenjar getah bening: tampak tidak ada pembesaran dan benjolan
- l. Parotis: tampak tidak ada peradangan
- m. Abdomen

Inspeksi: tampak perut datar, tidak ada pembengkakan

Auskultasi: peristaltic usus 10 x/menit

Palpasi: teraba tidak ada nyeri tekan

Perkusi: terdengar tympani

n. Kulit

Edema: negatif

Icteric: negatif

Tanda-tanda radang: negatif

3. Pola Eliminasi

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB setiap hari atau kadang dua hari konsistensi padat warna kuning.

b. Keadaan sejak sakit Pasien mengatakan belum BAB sejak masuk di RS.

c. Observasi:

Tampak pasien memakai pampers dan kateter. Urine warna kuning cerah dengan jumlah 800 cc.

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Peristaltik usus: 10 kali / menit
- 2) Palpasi kandung kemih: kosong
- 3) Nyeri ketuk ginjal: negatif
- 4) Mulut uretra: Tidak dikaji
- 5) Anus: tidak tampak peradangan, fistula

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien sangat jarang berolahraga karena bekerja dari pagi hingga siang hari.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya karena rasa sesak dan nyeri dada seperti tertusuk

tusuk dan memberat saat bergerak banyak.

c. Observasi

Tampak pasien terbaring ditempat tidur dengan posisi semi fowler dan aktivitasnya dibantu oleh perawat

1) Aktivitas harian :

Makan : 2

Mandi : 2

Pakaian : 2

Kerapihan : 2

Buang air besar : 2

Buang air kecil : 2

Mobilisasi di tempat tidur : 2

2) Postur tubuh : tidak tampak kelainan tulang belakang

3) Gaya jalan : Tidak dikaji, pasien bedrest

4) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

5) Fiksasi / tracheostomy : Tidak ada

d. Pemeriksaan fisik

1) Tekanan darah

Berbaring:135/81 mmHg

Duduk: tidak dikaji

Berdiri: tidak dikaji

2) HR:123x/menit

3) Kulit : keringat dingin

4) JVP:5+3 cmH₂O

5) CRT :<3 detik

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Bantuan dengan alat

2 : Bantuan orang

3 : Bantuan alat dan orang

6) Thorax dan pernapasan

a) Inspeksi:

Bentuk thorax: Tampak simetris

Sianosis : tidak ada

Stridor : tidak ada palpasi

Vocal premitus: vocal fremitus teraba sama kanan dan kiri

Krepitasi : tidak teraba adanya krepitasi

b) Perkusi : terdengar sonor pada kedua lapang paru

c) Auskultasi:

Suara napas :terdengar bunyi vesikuler

Suara tambahan : tidak ada suara napas tambahan

1) Jantung

a) Inspeksi

Tampak ictus cordis pada ICS5 linea midclavicularis sinistra

b) Palpasi

Ictus cordis teraba pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

c) Perkusi

Batas atas :ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah :ICS 4 linea midclavicularis sinistra

Batas kiri : ICS 5 linea sternalis dextra

Batas kanan :ICS 5 linea midclavicularis sinistra

d) Auskultasi

Bunyi jantung IIA: tunggal pada ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung IIP: tunggal pada ICS 2,3 sternalis sinistra

Bunyi jantung IT: tunggal pada 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IM :gallop pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

2) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : tidak ada

Rentang gerak :bebas

Kaku sendi: tidak ada

Nyeri sendi: tidak ada

Fraktur: tidak ada

Parese : tidak ada

Uji kekuatan otot:

Kanan	5	5
Kiri	5	5

Keterangan

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibanding sisi yang lain

Nilai3: Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai2: Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1: Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0:tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak .

5. Pola Tidur dan Istirahat

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan waktu tidur malam \pm 4-5jam karena sulit tidur pada malam hari. Pasien mengatakan sangat jarang tidur siang karena bekerja.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan kadang sulit tidur karena nyeri di dada yang dirasakan sewaktu -waktu muncul.

c. Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Negatif Banyak menguap: Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

6. Pola Persepsi Kognitif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sudah dua kali masuk rumahsakit dengan keluhan yang sama.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan mengeluh nyeri dada yang mengganggu aktifitas, sehingga saat ini hanya berbaring di tempat tidur, segala aktifitas dibatasi dan harus dibantu.

c. Observasi

Tampak semua kebutuhan pasien dibantu perawat dan keluarga pasien

d. Pemeriksaan Fisik

1) Penglihatan

Kornea : jernih

Pupil : isokor

Lensa mata : tampak jernih

TIO : teraba kenyal pada kedua mata

2) Pendengaran

Pina : tampak simetris kiri dan kanan

Kanalis : tampak bersih antara kiri dan kanan

Membrane timpani: tampak utuh dan memancarkan cahaya

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

a. Keadaan Sebelum sakit

Pasien mengatakan adalah seorang kepala keluarga

yang memiliki 4 orang anak dimana pasien harus menghidupi semua anggota keluarganya sendiri karena istrinya telah meninggal.

b. Keadaan Sejak sakit

Pasien mengatakan sangat cemas dengan keadaan dirinya saat ini apalagi anak-anak nya ada yang masih bersekolah.

c. Observasi

1. Kontak mata : tampak kontak mata ada
2. Rentang perhatian : tampak rentang perhatian ada
3. Suara dan bicara : tampak pasien mampu berbicara
4. Postur tubuh : normal

d. Pemeriksaan fisik

1. Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
2. Bentuk/postur tubuh : normal
3. Kulit : tampak bersih

8. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

a. Keadaan Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit hubungan dengan semua anggota keluarga terjalin dengan baik maupun orang-orang di sekitar tempat tinggalnya.

b. Keadaan sejak keluarga

Pasien mengatakan selama sakit hubungan dengan anggota keluarga tetap terjalin dengan baik karena banyak keluarga yang datang berkunjung untuk menjenguk.

c. Observasi

Tampak pasien di jaga oleh anaknya dan keluarga yang lain, banyak anggota keluarga dan teman yang datang untuk

menjenguk

9. Pola Reproduksi dan Seksualitas

- a. Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan tidak ada masalah pada gangguan reproduksi
- b. Keadaan sejak sakit
Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam gangguan reproduksi
- c. Observasi
Tidak tampak adanya perilaku menyimpang
- d. Pemeriksaan fisik : tidak tampak kelainan pada genitalia

10. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

- a. Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan jika ada masalah selalu berunding dengan anak-anaknya.
- b. Keadaan sejak sakit
Pasien mengatakan keputusan pengobatan dan perawatan terhadap pasien dirundingkan dengan keluarga besar pasien. Karena kondisi pasien tidak memungkinkan untuk mengambil keputusan.
- c. Observasi
Tampak pasien sesak dan gelisah saat nyeri dada muncul

11. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

- a. Keadaan Sebelum sakit
Pasien mengatakan pasien mengatakan menganut agama katolik

b. Keadaan Sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ayahnya tidak dapat berdoa seperti biasanya di gereja

c. Observasi

Tampak pasien memakai kalung rosario, tampak pasien di dengarkan lagu rohani, tampak disamping pasien ada buku doa dan keluarga selalu mendukung lewat doa.

C. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tabel 3.3

Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium 30-04-2023 jam 17.59

Cardiac Marker

Troponin T

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Troponin T	>2000	<50	ng/L

Tanggal 30-05-2023 jam 18.00

Pemeriksaan elektrolit

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Natrium	137	136-145	mmol/L
Kalium	4.5	3.4-4.5	mmol/L
Clorida	104	100-108	mmol/L

Tanggal 30-04-2023 jam 17.42

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
SGOT	276	<38	U/L
SGPT	48	<41	U/L
Ureum	27.3	10-50	mg/dL
creatinin	0.95	<1, 4	mg/dL

Tanggal 30-04-2023

Jam 11.01 Darah Rutin

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
WBC	5.33	4.60-10.20	$10^3/uL$
RBC	4.23	4.70-6.10	$10^6/uL$
HGB	12.4	14.1-18.1	g/dl

D. ANALISA DATA

Nama/ Umur: Tn. Y/ 53 Tahun

Ruang : ICU/ICCU/10

Tabel 3.4
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan rasa sesak 2. Pasien mengatakan nyeri dada skala 4, seperti tertusuk tusuk dan memberat saat bergerak banyak 3. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri di dada yang dirasakan sewaktu - waktu muncul. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdengar suara jantung gallop (S3) dan murmur (S4). 2. Tampak terpasang O₂ 4 lpm 3. P : 24x/menit 4. N : 129x/menit 5. Hasil EKG Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF) 6. Hasil ECHO : EF 45% 7. Hasil enzim jantung : Troponin T ≥ 2000 ng / L <p>JVP meningkat 5 + 3 cm</p>	Perubahan Kontraktilitas	Penurunan Curah jantung (D.0008)
2	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan rasa lelah jika bergerak banyak 2. Pasien mengatakan sesak pada malam hari 3. Pasien mengatakan tidak mampu beraktivitas secara mandiri <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum tampak lemah 2. Tampak pasien sesak <p>TD : 140/100 mmHg</p> <p>P : 24x/menit</p> <p>N 129x/menit</p>	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas (D. 0056)

	Hasil EKG Elevasi Segmen ST(LEAD II, III, AVF).		
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan cemas dengan dirinya yang sekarang. - Pasien mengatakan sulit berkonsentrasi <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien gelisah 2. Tampak pasien sulit tidur 	Ancaman konsep diri	Ansietas (D.0080)

E. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Tabel 3.5
Diagnosa Keperawatan

NO	DIAGNOSA
1	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. (D.0008)
2.	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen . (D. 0056)
3.	Ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri. (D.0080)

F. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.6
Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran yang diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas (D. 0008)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : (L. 02008)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Paroxysmal noctural dyspnea</i> (PND) cukup menurun 2. Suara jantung S3 dan S4 cukup menurun 3. Keluhan nyeri menurun 4. Dispnea cukup menurun 	<p>Perawatan Jantung (I. 02075)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda / gejala primer penurunan curah jantung (meliputi, dyspnea, kelelahan, <i>ortopnea</i>, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i>.) 2. Identifikasi tanda / gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah. <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 (misal: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 3. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi $\geq 94\%$ <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi 	<p>Perawatan Jantung</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dyspnea dapat mengindikasikan terbentuknya cairan diparu dan dasar kapiler paru (seperti pada gagal jantung) 2. Untuk mendeteksi salis vena dan penurunan curah jantung 3. Untuk mendeteksi perubahan tekanan darah <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan kenyamanan dan menghindari takikardi serta respons simpatis lainnya. 2. Mengurangi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kerusakan jantung. 3. Untuk meningkatkan suplai oksigen ke miokardium

		<p>2. Anjurkan aktivitas secara bertahap</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i></p> <p>Perawatan jantung Akut (I.02076)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi)</p> <p>2. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST</p> <p>3. Monitor saturasi oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada</p> <p>2. Jelaskan tindakan yang dijalani pasien</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberi antiplatelet, <i>jika perlu</i></p>	<p>Edukasi:</p> <p>1. Untuk menghindari kelelahan dan peningkatan beban kerja miokardium</p> <p>2. Agar jantung dapat melakukan penyesuaian terhadap peningkatan kebutuhan oksigen.</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Untuk menghentikan</p> <p>Perawatan jantung akut</p> <p>Observasi</p> <p>1. Untuk mengetahui faktor penyebab dan nyeri</p> <p>2. Mengetahui kelainan pada system kelistrikan</p> <p>3. Untuk mendeteksi kadar oksigen dalam darah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien untuk dapat istirahat</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Untuk mendeteksi nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>2. Agar pasien mengerti tindakan perawatan yang sedang dijalani</p>
--	--	--	---

			<p>dan meningkatkan hubungan saling percaya</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menghentikan pengumpulan darah
<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : (L. 05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Frekuensi nafas membaik 	<p>ManajemeEnergi (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 <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 	<p>Manajemen energi Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya kelelahan fisik dan emosional saat dan setelah melakukan aktivitas 2. Mengetahui penyebab kelelahan. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien dapat beristirahat dengan nyaman <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan tersebut dapat menurunkan metabolisme selular dan kebutuhan oksigen 2. Agar jantung dapat melakukan penyesuaian terhadap peningkatan kebutuhan oksigen. <p>Kolaborasi:</p>

			1. Agar kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi
Ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri. (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan ansietas cukup menurun dengan kriteria hasil: (L09093) 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi cukup menurun 2. Perilaku gelisah cukup menurun 3. Pola tidur membaik	Reduksi ansietas Observasi: 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor) 2. Monitor tanda -tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik: 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi: 1. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> 2. Latih teknik relaksasi Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, <i>jika perlu</i>	Reduksi ansietas Observasi: 1. Untuk mengetahui tingkat ansietas 2. Mengetahui penyebab ansietas Terapeutik: 1. Agar pasien dapat beristirahat nyaman 2. Agar pasien dapat melakukan kegiatan yang bermanfaat dan terencana Edukasi: 1. Agar pasien merasa penuh semangat dalam pengobatannya. 2. Mengetahui teknik untuk mengalihkan ansietas secara mandiri Kolaborasi: 1. Untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan.

G. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN.

Nama / Umur : Tn Y / 53 tahun

Ruang / Kamar : ICU /CCU /RS Stella Maris Makassar

Tabel 3.7

Implementasi Keperawatan

Tanggal	No DP	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
03/05/2023	I	07.10	Memberikan obat injeksi antirefluks Hasil: - injeksi omeprazole 40 mg/ iv	Paetrik
	I,II	07.20	Mengidentifikasi tanda / gejala primer penurunan curah jantung. Hasil: pasien mengatakan merasakan merasa sesak dan lemas, frekuensi nafas 26x/menit.	Paetrik
	I	07.30	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan bertambah jika bergerak Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 4 T: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul	Paetrik
	I			

	I	07.35	Memonitor EKG 12 sadapan Hasil: Stemi lateral	Paetrik
	I	07.45	Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° Hasil : Tampak pasien dalam posisi semi fowler	Paetrik
	I	08.00	Mengobservasi TTV: Hasil: TD:132/87 mmHg N:121x/menit S:36,9°C P:26x/menit SPO2:96%	Paetrik
	I	08.30	Memberikan terapi oksigen nasal kanul 4 lpm Hasil: terpasang nasal kanul 4 lpm, spo2 97%	Paetrik
	I	09.00	Memberikan obat anti pembekuan darah dan suplement Hasil: -Carnit 5mg/ kg BB/ SP -Arixtra 2,5 mg / IM	Paetrik
	II	09.20	Monitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: tampak pasien terbaring lemah	Paetrik
	I,II	10.00	Mengobservasi TTV: TD:137/85 mmHg N: 119x/menit S:36,8°C	Paetrik

			P:26x/menit SPO ₂ : 96%	
	II	10.30	Memberikan diet jantung yang sesuai Hasil:pasien diberikan makanan diet jantung (batasi asupan kafein,natrium,dan makanan tinggi lemak)	Paetrik
	III			
	III	11.00	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) Hasil: Tampak keadaan ruangan tenang, bersih sehingga pasien beristirahat dengan baik.	Paetrik
		11.15	Menganjurkan tirah baring Hasil : pasien tampak mengerti anjuran perawat	Paetrik
	III	12.00	Mengobservasi TTV dan mengukur CRT Hasil: Tampak CRT < 3 detik TD:142/84 mmHg N: 116x/menit S: 36,7 ⁰ c P:26x/menit SPO ₂ :97x/menit	Paetrik
	I			
	I	12.20	Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap Hasil: tampak pasien sudah mampu makan sendiri	Paetrik

	III	12.55	Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor) Hasil: pasien mengatakan ansietasnya muncul saat malam hari	Paetrik
	I	13.20	Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> Hasil: tampak keluarga pasien berada didekat pasien.	Paetrik
	I	14.00	Mengobservasi TTV: Hasil : TD:139/82 mmHg N:124x/menit S:36,9 ^o c P:26x/menit SPO2:97%	Paetrik
		14.20	Menganjurkan latihan teknik relaksasi Hasil:pasien tampak mengikuti anjuran perawat	Christo
		16.00	Mengobservasi TTV: Hasil: TD:129/79 mmHg N:119x/menit S:36,7 ^o c P:26x/menit SPO2:96x/menit	Christo
		17.00	Memberikan obat antiplatelet Hasil: pasien diberikan obat aspilet 80 mg / oral, clopidogrel 75 mg / oral, atorvastatin 40 mg / oral	Christo

		17.45	Mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Hasil: pasien tampak menceritakan perencanaannya kepada keluarga dan perawat	Christo
		18.00	Mengobservasi TTV dan mengauskultasi bunyi suara jantung S3 & S4 Hasil: -terdengar suara gallop di S3 dan murmur di S4 TD:134/81mmHg N:114x/menit S:36,6°C P:26x/menit SPO2:97x/menit	Christo
		19.00	Memberikan obat injeksi antirefluks Hasil: - injeksi omeprazole 40 mg/ iv	Christo
		19.30	Monitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: pasien mengatakan sesak pada malam hari dan juga belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri	Christo
		19.45	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat	Christo

			<p>bergerak dan berkurang saat istirahat</p> <p>P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan bertambah jika bergerak</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang</p> <p>S: Skala nyeri 4</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul</p>	
4/5/2023	I	07.00	<p>Memberikan obat injeksi antirefluks</p> <p>-Injeksi omeprazole 40 mg/iv</p>	Paetrik
	I, III	07.15	<p>Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil:pasien mengatakan sesak pada malam hari sudah cukup menurun dan juga sudah sedikit mampu melakukan aktivitas secara mandiri</p>	Paetrik
		07.30	<p>Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi)</p> <p>Hasil: pasien mengatakan sesak sudah mulai berkurang</p> <p>P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan kuat sudah mulai berkurang</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang mulai berkurang</p> <p>S: Skala nyeri 3</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul</p>	Paetrik
	I			Paetrik
	I			Paetrik

	I	08.00	Mengobservasi TTV: TD:128/84mmHg N:111x/menit S:36,6 ^o c P:24x/menit SPO2:96%	Paetrik
	I	08.30	Memberikan terapi oksigen Hasil: tampak pasien terpasang O ₂ nasal kanul 3 liter/menit	Paetrik
	I	08.40	Memberikan obat anti pembekuan darah dan suplemen Hasil: -Carnit 5mg/ kg BB/ SP -Arixtra 2,5 mg / IM	Paetrik
	II	09.00	Monitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: pasien mengatakan badannya sudah mulai membaik dari hari sebelumnya	Paetrik
		09.20	Memonitor EKG 12 sadapan Hasil: Sinus takikardi	Paetrik
	II	09.40	Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap Hasil: tampak pasien sudah mampu makan dan minum secara mandiri	Paetrik
				Paetrik

	I,II	10.00	Mengobservasi TTV dan mengauskultasi bunyi suara jantung S3 & S4 Hasil: - terdengar suara jantung gallop di S3 dan murmur di S4 TD:124/79mmHg N:112x/menit S:36,5 ^o c P:24x/menit SPO2:97x/menit	Paetrik
	III	10.20	Memberikan obat antiplatelet Hasil: : pasien diberikan obat aspilet 80 mg / oral, clopidogrel 75 mg / oral, atorvastatin 40 mg / oral	Paetrik Christo
	I	11.00	Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor) Hasil: pasien mengatakan ansietasnya sudah mulai sedikit berkurang di hari sebelumnya	Christo Christo
	I	11.30	Memberikan diet jantung yang sesuai Hasil: pasien diberikan makanan diet jantung (batasi asupan kafein,natrium,dan makanan tinggi lemak)	Christo
	III	12.00	Mengobservasi TTV dan mengukur CRT Hasil: - Tampak CRT < 3 detik TD:129/79mmHg N:110x/menit S:36,5 ^o C	Christo
	I			Christo

			P: 24x/menit SPO2:98x/menit	
	II	12.10	Menganjurkan latihan teknik relaksasi Hasil:pasien tampak mengikuti anjuran perawat	
	I	14.00	Mengobservasi TTV TD:123/74mmHg N:117x/menit P:24x/menit S:36,4 ^o C SPO2:97x/menit	
		14.15	Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> Hasil: tampak keluarga pasien berada didekat pasien.	
	III	16.00	Mengobservasi TTV TD:129/75mmHg N:120x/menit S:36,6 ^o c P:24x/menit SPO2:97x/menit	
	I	17.00	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) Hasil: Tampak keadaan ruangan tenang, bersih sehingga pasien beristirahat dengan baik.	
	I			

		18.00	<p>Mengobservasi TTV</p> <p>Hasil:</p> <p>TD:124/82 mmHg</p> <p>N:124x/menit</p> <p>S:36,5^o C</p> <p>P: 24x/ menit</p> <p>SPO2: 97%</p>	
		19.00	<p>Memberikan obat antirefluks</p> <p>Hasil:</p> <p>- injeksi omeprazole 40 mg/ iv</p>	
		19.30	<p>Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil:pasien mengatakan sesak pada malam hari sudah cukup menurun dan juga sudah sedikit mampu melakukan aktivitas secara mandiri</p>	
		19.45	<p>Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi)</p> <p>Hasil: pasien mengatakan sesak sudah mulai berkurang</p> <p>P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan kuat sudah mulai berkurang</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang mulai berkurang</p> <p>S: Skala nyeri 3</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul</p>	

5/3/2023	I	07.10	<p>Memberikan obat injeksi antirefluks</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - injeksi omeprazole 40 mg/ iv 	Paetrik
		07.15	<p>Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil: pasien mengatakan sesak pada malam hari sudah menurun dan juga sudah mampu melakukan aktivitas secara mandiri</p>	Paetrik
	I I I	07.20	<p>Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi)</p> <p>Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat</p> <p>P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan bertambah jika bergerak</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang</p> <p>S: Skala nyeri 2</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul</p>	Paetrik
	I	07.30	<p>Memberikan obat anti pembekuan darah dan suplemen</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Carnit 5mg/ kg BB/ SP -Arixtra 2,5 mg / IM 	Paetrik

	I	07.40	Memberikan obat antiplatelet Hasil : pasien diberikan obat aspilet 80 mg / oral, clopidogrel 75 mg / oral, atorvastatin 40 mg / oral	Paetrik
	I	08.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD:119/72 mmHg N:117x/menit S:36,5 ^o C P: 22x/ menit SPO2:98%	Paetrik
	I	08.30	Memberikan terapi oksigen Hasil: tampak pasien terpasang O ₂ nasal kanul 2 liter/menit	Paetrik
	I	10.00	Mengobservasi TTV dan mengauskultasi bunyi suara jantung S3 & S4 Hasil: - terdengar suara gallop di S3 dan murmur di S4 cukup menurun TD:122/87mmHg N:117x/menit S:36,5 ^o C P: 22x/ menit SPO2:98%	Paetrik
	I	10.15	Memonitor EKG 12 sadapan Hasil: Sinus rhytim	Paetrik
		11.00	Memberikan diet jantung yang sesuai Hasil: pasien diberikan makanan diet jantung (batasi asupan kafein, natrium, dan makanan tinggi lemak).	Paetrik

	I	12.00	Mengobservasi TTV dan mengukur CRT Hasil: Tampak CRT < 3 detik TD:124/82 mmHg N:115x/menit S:36,5 ⁰ C P: 22x/ menit SPO2:98%	Paetrik
	III	12.30	Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor) Hasil: Pasien mengatakan sudah tidak khawatir lagi dengan kondisinya yang sekarang	Christo
	I	14.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD:124/82 mmHg N:114x/menit S:36,5 ⁰ C P: 22x/ menit SPO2:98%	Christo
	I	17.00	Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap Hasil: tampak pasien sudah mampu berpakaian secara mandiri	Christo
	III	18.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD:120/78 mmHg N:113x/menit S:36,6 ⁰ C P: 22x/menit	Christo

	II		SPO2: 97%	
	I	19.00	Memberikan injeksi obat antirefluks Hasil: - injeksi omeprazole 40 mg/ iv	Christo
	III	19.30	Monitor kelelahan fisik dan emosional Hasil:pasien mengatakan sesak pada malam hari sudah menurun dan juga sudah mampu melakukan aktivitas secara mandiri	Christo
		19.45	Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi) Hasil: pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan bertambah jika bergerak Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang S: Skala nyeri 2 T: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul	Christo
		20.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD:120/78 mmHg N:98x/menit S:36,6° C P: 22x/menit SPO2: 98%	Christo

H. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Tn Y / 53 tahun

Tabel

Evaluasi Keperawatan

TANGGAL	NO DP	EVALUASI KEPERAWATAN	NAMA PERAWAT
3/5/2023 20.15	I	<p>S:</p> <p>P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan bertambah jika bergerak</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang</p> <p>S: Skala nyeri 4</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none">1. CRT < 3 detik2. Hasil EKG : STEMI lateral3. Terdengar suara jantung gallop di S3 dan suara jantung murmur di S44. Akral teraba dingin5. Kulit tampak pucat6. Observasi TTV: <p>Hasil:</p> <p>TD:132/87 mmHg</p> <p>N:121x/menit</p> <p>S:36,9°C</p> <p>P:26x/menit</p> <p>SPO2:96%</p> <p>A:</p> <p>Penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi perawatan jantung</p>	Paetrik

		akut dan perawatan jantung	
	II	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak saat beraktivitas 2. Pasien mengatakan sesak pada malam hari 3. Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sesak saat beraktivitas 2. Tampak aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat 3. Observasi TTV: TD:129/79 mmHg N:110x/menit S:36,7^oc P:26x/menit SPO2:96x/menit <p>A: Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen energi</p>	Paetrik
	III	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kecemasannya muncul pada malam hari <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sulit tidur 2. Tampak pasien gelisah <p>A: Ansietas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan reduksi ansietas</p>	Paetrik

4/5/2023 20.15	I	<p>P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan kuat sudah cukup berkurang</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk sudah mulai berkurang</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang mulai berkurang</p> <p>S: Skala nyeri 3</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit tampak pucat 2. Akral teraba hangat 3. CRT < 3 detik 4. Hasil EKG : Sinus Takikardi 5. Terdengar suara jantung gallop di S3 dan suara jantung murmur di S4 <p>A: Penurunan curah jantung sudah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi perawatan jantung akut dan perawatan jantung</p>	Christo

	II	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan rasa lelah cukup menurun 2. Pasien mengatakan sesak pada saat beraktivitas sudah cukup menurun 3. Pasien mengatakan sesak pada malam hari sudah cukup menurun 4. Pasien mengatakan sudah sedikit mampu melakukan aktivitas secara mandiri <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sudah mulai mampu melakukan aktivitas ringan seperti makan dan minum 2. Observasi TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 124/82 mmHg N: 119x/menit S: 36,6^oc P: 24x/menit SPO2: 97x/menit <p>A:</p> <p>Intoleransi aktivitas sudah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi manajemen energi</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan kecemasan dengan kondisinya sudah mulai berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Tampak gelisah pada pasien berkurang 7. Tampak pasien rileks <p>A:</p> <p>Ansietas teratasi sebagian</p> <p>P:</p>	Christo
	III		Christo

		Lanjutkan reduksi ansietas	
5/5/2023 20.15	I	<p>S:- pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p>P: pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan kuat sudah berkurang</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk sudah berkurang</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang berkurang</p> <p>S: Skala nyeri 2</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. akral teraba hangat 2. CRT < 3 detik 3. Hasil EKG : Sinus Rhytim 	Christo & Paetrik

		<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tampak pasien tidak gelisah lagi2. Tampak pasien rileks <p>A:</p> <p>Ansietas teratasi</p> <p>P:</p> <p>Hentikan intervensi</p>	
--	--	---	--

I. Daftar Obat

1. Clopidogrel
 - a. Nama obat: clopidogrel bisulfat 75 mg
 - b. Klasifikasi golongan obat: antiplatelet
 - c. Dosis umum: 75 mg
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :75 mg / 24 jam
 - e. Cara pemberian obat: oral
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: clopidogrel adalah obat golongan antiplatelet yang bekerja dengan cara mencegah trombosit atau sel keping darah saling menempel dan membentuk gumpalan darah
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan untuk mencegah kejadian aterotrombosis pada penyakit jantung
2. Aspilet
 - a. Nama obat: Aspilet
 - b. Klasifikasi / golongan obat: antiplatelet
 - c. Dosis umum: 80 mg
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 80 mg / 24 jam
 - e. Cara pemberian obat: oral
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: aspilet adalah obat golongan antiplatelet yang digunakan untuk mengencerkan darah supaya tidak terjadi penyumbatan di pembuluh darah pada penyakit jantung
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk mencegah penyumbatan di pembuluh darah pada penderita jantung
 - h. Efek samping: sensitivitas salisilat, tinitus, mual, muntah
3. Carnitine

- a. Nama obat: carnitine
 - b. Klasifikasi / golongan obat: suplemen jantung
 - c. Dosis umum: 1g/5ml
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 5mg / kg BB / SP
 - e. Cara pemberian obat: syring pump
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: carnitine adalah obat suplemen untuk membantu memproduksi energi tubuh dengan cara membawa asam lemak rantai panjang ke dalam mitokondria untuk dibakar sebagai energi agar dapat digunakan tubuh dalam beraktivitas
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk mengatasi nyeri dada pada penyakit jantung
 - h. Efek samping: mual, muntah, sakit kepala, peningkatan tekanan darah
4. Omeprazole
- a. Nama obat: omeprazole
 - b. Klasifikasi / golongan obat: antirefluks dan antiulserasi
 - c. Dosis umum: 40 mg
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1flacon / 12 jam
 - e. Cara pemberian obat: intravena
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: omeprazole adalah obat yang digunakan untuk meredakan gangguan pencernaan akibat naiknya asam lambung
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk mengatasi gejala asam lambung dan nyeri ulu hati
 - h. Efek samping: gangguan tidur, anemia, sakit kepala
5. Arixtra
- a. Nama obat: arixtra
 - b. Klasifikasi / golongan obat: anti platelet

- c. Dosis umum: 2,5mg / 0,5ml
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2,5 mg / 24 jam
 - e. Cara pemberian obat: subcutan
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: arixtra adalah salah satu jenis obat digunakan untuk mengatasi pembekuan darah
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk mengatasi terjadinya pembekuan darah pada kaki dan paru-paru
 - h. Efek samping: reaksi alergi, seperti kesulitan bernapas dan pembengkakan pada bagian tubuh, seperti bibir, wajah, lidah hingga tenggorokan
6. Atorvastatin
- a. Nama obat: atorvastatin 10 mg
 - b. Klasifikasi / golongan obat: statin
 - c. Dosis umum : 10 mg
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 40 mg
 - e. Cara pemberian obat: oral
 - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: atorvastatin berfungsi untuk kadar menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL dan trigliserida) dan meningkatkan kolesterol baik (HDL) dalam tubuh
 - g. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan: untuk menurunkan kadar lipid pada hiperkolesteromia atau dislipidemia
7. Nacl 0,9%
- a. Nama obat: Nacl 0,9%
 - b. Klasifikasi / golongan obat: cairan kristaloid
 - c. Dosis umum : 1000 mg
 - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1000 ml/24 jam (14 tetes/ menit)
 - e. Cara pemberian obat: intra vena

- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: cairan salin normal terdiri dari sodium dan klorida yang terdisosialisasi dalam air. Sodium merupakan kation utama pada cairan ekstraseluler yang berperan dalam keseimbangan cairan, pengontrolan distribusi cairan dan kestabilan tekanan osmotik cairan. Sedangkan, klorida berfungsi untuk menjaga pH atau tingkat keasaman darah, jumlah cairan tubuh dan aktivitas saluran cerna
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : digunakan pada kondisi kekurangan natrium dan klorida, pengganti cairan isotonic plasma
- h. Efek samping obat: hipernatremia dan hiperkloremia

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan antara konsep teori dengan praktek asuhan keperawatan pada pasien TN. Y yang dirawat di ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 30 April -05 Mei 2023. Penulis melakukan pembahasan berdasarkan diagnosis keperawatan yang di temukan pada Tn. Y sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data pengkajian diperoleh melalui wawancara dari pasien dan keluarga pasien dan juga hasil observasi langsung oleh perawat, serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung. Dari pengkajian kasus didapatkan data Tn. Y umur 53 tahun pasien masuk dari IGD pada tanggal 30 April 2023 dengan keluhan nyeri dada sejak tadi pagi dan sesak disertai tidak enak perasaan, keringat dingin, riwayat penyakit jantung, kolesterol dan DM dan pemeriksaan fisik didapatkan hasil TD: 139/98 mmHg, N: 123 \times /m, P: 26 \times /m, S: 36.4°C, terpasang IVFD NaCl 0,9% 20 tpm, terpasang O² nasal kanul 4 ltr/m, kesadaran composmentis.

Berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yaitu:

- a. Pemeriksaan darah lengkap didapatkan WBC: $5.33 \times 10^3/uL$, RBC: $4.23 \times 10^3/uL$, HGB: $12.4 \times 10^3/uL$.
- b. Pemeriksaan Glukosa sewaktu didapatkan GDS: 201 mg/dl.
- c. Pemeriksaan elektrolit dan natrium didapatkan Natrium: 137 mmol/L, Kalium: 4.5 mmol/L, Clorida: 104 mmol/L.
- d. Pemeriksaan Cardiac marker didapatkan Troponin T: $>2000 \text{ ng/L}$.
- e. Pemeriksaan SGOT: 276 U/L, SGPT: 48 U/L, Ureum: 27.3 mg/dL, Creatinin: 0.95 mg/dL.

Berdasarkan teori yang penulis dapatkan ada beberapa tanda

dan gejala pada pasien ACS yaitu: nyeri dada atau rasa tidak enak yang bersifat substernal, menetap yaitu lamanya berlangsung >20 menit, nyeri tidak berkurang dengan istirahat atau pemberian nitrat, nyeri dapat menjalar ke rahang, lengan atau punggung, dan disertai gejala penyerta seperti keringat dingin, mual dan muntah. Nyeri dada yang tipikal bersifat substernal, berlokasi di tengah atau kiri dada seperti diremas, ditusuk, terbakar. Kadang-kadang nyeri dapat dirasakan didaerah epigastrium dan terjadi salah diagnosis sebagai dispepsia. Gejala penyerta yang juga dapat timbul adalah pusing seperti melayang, sinkop, dan sesak napas. Akral dingin teraba dingin pada pasien ACS terjadi karena aterosklerosis pada arteri koroner sehingga mengakibatkan terjadinya hipoperfusi koroner dan mengakibatkan penurunan curah jantung yang ditandai dengan akral teraba dingin dan pucat serta dapat terjadi penurunan tekanan darah (Pratama & Fadil, 2021)

Tanda dan gejala yang didapatkan pada pasien yaitu : nyeri dada, rasa tidak enak dan keringat dingin. Hal ini disebabkan oleh tidak optimalnya pompa jantung sehingga menyebabkan sumbatan dan terhambatnya aliran darah arteri koroner yang menyebabkan otot jantung kekurangan oksigen menyebabkan kerja jantung meningkat dan menurunnya kemampuan darah mengikat oksigen.

Berdasarkan hasil anamneses, keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien beraktivitas sebagai guru dari pagi sampai sore sehingga membuat pasien terlalu lelah bekerja, dulunya pasien juga seorang perokok aktif tetapi setelah pasien jatuh sakit pada bulan desember 2022 barulah pasien berhenti merokok serta pasien juga ada riwayat Diabetes Militus akan lebih mudah terserang penyakit *acute coronary syndrome* (ACS), karena Diabetes Militus dapat

menyebabkan terjadinya pengentalan darah dan juga darah menjadi pekat yang mengakibatkan beban kerja jantung meningkat dan kekuatan kontraksi otot jantung meningkat. Tentunya hal ini menimbulkan kebutuhan oksigen untuk miokard berkurang, sehingga dapat menyebabkan thrombus atau sumbatan pada pembuluh darah terutama pembuluh darah koroner yang menimbulkan terjadinya aterosklerosis yang mengakibatkan suplai darah yang mengandung O₂ dan nutrisi ke miokard berkurang sehingga jaringan miokard tidak dapat berkontraksi dengan baik hingga mengalami nekrosis. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya penurunan curah jantung dan penurunan suplai darah ke jaringan tubuh. Apabila hal tersebut tidak dapat dikompensasi maka dapat terjadi shock kardiogenik dan dapat memicu timbulnya ACS. Penurunan aliran darah inilah yang menyebabkan terjadinya jantung memiliki beban kerja yang lebih untuk memompa karena resistensi dan vasokonstriksi tersebut. Dari data-data yang didapat pada pasien dengan data berdasarkan tinjauan teoritis sangat mendukung bahwa pasien mengalami ACS.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Tn. Y penulis menerapkan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

a. Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas.

Penulis menerapkan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien mengalami tanda-tanda penurunan curah jantung yang di buktikan dengan: terdengar suara jantung S3 dan S4, Echocardiografi: LVEF 45%, Troponin T >2000 ng/dL, hasil EKG ST Elevasi Lead II, III, AVF, pasien mengeluh nyeri dada dengan skala 4, sesak napas terutama pada malam hari. Data yang diperoleh dari keluarga yaitu pasien

memiliki riwayat penyakit dan penyakit kolesterol sejak tahun 2022 serta riwayat keluarga dengan penyakit jantung dan DM. Keluarga mengatakan pasien jarang kontrol ke Dokter dan jarang mengkonsumsi obat yang diberikan oleh Dokter.

Salah satu faktor resiko terjadinya ACS pada Tn Y adalah riwayat penyakit jantung, DM dan kolesterol, usia lanjut dan riwayat keluarga. Kolesterol lemak dan substansi lainnya dapat menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah arteri, sehingga lumen dari pembuluh darah tersebut menyempit dan proses ini disebut aterosklerosis. Penyempitan pembuluh darah ini akan menyebabkan aliran darah menjadi lambat bahkan dapat tersumbat sehingga aliran darah pada pembuluh darah coroner yang fungsinya memberi oksigen ke jantung menjadi berkurang. Kurangnya oksigen akan menyebabkan otot jantung menjadi lemah, nyeri dada, serangan jantung, bahkan kematian mendadak (Elizabeth, 2018).

Usia yang sudah diatas 40 tahun semua faktor resiko akan meningkat, dengan meningkatnya usia jantung dan pembuluh darah mengalami perubahan baik struktural maupun fungsional. Dengan bertambahnya usia, sistem aorta dan arteri menjadi kaku dan tidak lurus. Perubahan ini akibatnya hilangnya serat elastis dalam lapisan medial arteri. Proses perubahan yang berhubungan dengan penuaan ini meningkatkan kekakuan dan ketebalan yang disebut aterosklerosis yaitu merupakan salah satu penyebab serangan jantung (Wajan,2017).

Riwayat keluarga yang positif terhadap penyakit jantung meningkatkan kemungkinan timbulnya aterosklerosis. Faktor genetik dapat menurunkan risiko penyakit kardiovaskuler, dapat mempengaruhi kondisi tekanan darah tinggi serta tingkat kolesterol dalam darah pada suatu turunan keluarga. Riwayat keluarga dapat

mencerminkan komponen lingkungan yang kuat, misalnya gaya hidup seperti merokok atau pola makan yang kurang baik (Agustina & Ridwan, 2016).

- b. Intoleransi aktifitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Tn. Y didapatkan diagnosis intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu : Pasien mengatakan sesak jika beraktivitas dan malam hari , merasa lemas dan loyo, serta tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, tampak hanya berbaring ditempat tidur, Terpasang O₂ Nasal kanul 4 liter/menit.

Intoleransi aktivitas disebabkan karena kegagalan jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh menyebabkan asupan oksigen yang diterima sel akan berkurang. Apabila tubuh melakukan aktivitas, kebutuhan oksigen akan meningkat sedangkan pasokan oksigen terbatas. Hal ini mengakibatkan tubuh melakukan kompensasi yang dapat dilihat sebagai gejala seperti denyut jantung meningkat dan dispnea.

Terganggunnya pertukaran gas yang menyebabkan dyspnea dan ortopnea atau kesulitan bernapas saat berbaring juga akan berpengaruh pada ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen, sehingga dapat menimbulkan kelelahan atau mudah lelah serta menurunnya toleransi aktivitas, untuk dapat memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh jantung akan memompa darah dengan usaha yang lebih keras daripada normalnya. Beban kerja yang berlebihan ini lama kelamaan akan menyebabkan penebalan otot jantung, sehingga ukuran jantung menjadi lebih besar

(Harsono et al., 2020).

c. Ansietas b/d ancaman konsep diri.

Penulis menerapkan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien mengalami ansietas yang dibuktikan dengan : pasien mengatakan ia merasa cemas dengan kondisinya yang sekarang dan juga sulit untuk berkonsentrasi, tampak pasien gelisah dan sulit tidur.

d. Intervensi Keperawatan

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

- a) Penurun curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Di harapkan setelah diberikan perawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pasien dapat menunjukkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) cukup menurun, Suara jantung S3 dan S4 cukup menurun, Keluhan nyeri cukup menurun, Dispnea cukup menurun. Dimana rencana asuhan keperawatan yaitu: Identifikasi tanda / gejala primer penurunan curah jantung (meliputi, dispnea, kelelahan, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP), Identifikasi tanda / gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat), Monitor tekanan darah, Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman, Berikan diet jantung yang sesuai (misal: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak), Berikan oksigen untuk mempertahankan

saturasi $\geq 94\%$, Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi, Kolaborasi pemberian antiaritmia, ,jika perlu, Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi), Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan, Anjurkan segera melaporkan nyeri dada, Jelaskan tindakan yang dijalani pasien, Kolaborasi pemberi antiplatelet.

- b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen. Luaran yang diharapkan setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat, keluhan lelah menurun, frekuensi napas membaik. Dimana rencana asuhan keperawatannya yaitu: Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan), anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
- c) Ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri. Luaran yang diharapkan setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ansietas cukup menurun dengan kriteria hasil: verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi cukup menurun, perilaku gelisah cukup menurun, pola tidur membaik. Dimana rencana asuhan keperawatan yaitu: Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor), monitor tanda -tanda ansietas (verbal dan nonverbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu, Latih teknik relaksasi.

e. Implementasi

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. Y, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Dalam melakukan implementasi keperawatan ada intervensi yang tidak dilakukan yaitu: Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu, identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu

f. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai. Dari hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis selama melaksanakan proses asuhan keperawatan selama 3 hari adalah sebagai berikut :

- 1) Diagnosa pertama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah penurunan curah jantung dalam kategori teratasi sebagian dibuktikan dengan nyeri dada menurun, sesak menurun, terdengar suara jantung s3 dan s4 cukup menurun, tekanan darah dan nadi masih naik turun.
- 2) Diagnosa yang kedua yaitu Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa pertukaran intoleransi aktifitas teratasi penuh dibuktikan dengan sesak pada saat berkaktivitas menurun, frekuensi nafas dalam batas normal, pasien mampu beraktivitas secara mandiri, rasa lelah menurun.

- 3) Diagnosa yang ketiga yaitu ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri, berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa ansietas pada pasien teratasi penuh dibuktikan dengan perilaku gelisah menurun, pola tidur membaik, tanda tanda ansietas menurun.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN: Efektivitas terapi oksigenasi nasal kanul terhadap saturasi oksigen pada penyakit *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di instalasi gawat darurat RSUD Ulin Banjarmasin (Darmawan & Milasari, 2019) s
Diagnosis keperawatan: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

Luaran yang diharapkan: Suara jantung S3 dan S4 cukup menurun, keluhan nyeri menurun, Dispnea menurun

Intervensi prioritas mengacu pada EBN: berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

- a. Pengertian tindakan: pemberian oksigen adalah tindakan untuk menyalurkan oksigen ke dalam tubuh lewat alat bantu yang bertujuan untuk meningkatkan saturasi oksigen

- b. Tujuan/rasional EBN pada asuhan keperawatan:

Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan oksigenasi agar jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kinerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen (Widyaresmi, 2018), penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Darmawan (2019) yang menyatakan bahwa pemberian oksigen mampu mempengaruhi ST Elevasi pada infark miokard akut

- c. PICOT EBN (*Problem, Intervensi, Comparasi, Outcome dan Time*)

- 1) P (*Problem/Population*)

Masalah penelitian: penyakit ACS memiliki plak yang menempel pada

arteri yang rusak, selanjutnya plak dapat menebal dan menyebabkan ACS juga menjadi lebih tebal, sehingga menghambat pergerakan darah yang kaya oksigen ke jantung. Apabila oksigen diberikan oksigen pada gangguan jantung, maka oksigen mudah masuk dan berdifusi kedalam paru – paru. Pada ACS utamanya adalah hambatan transport (gangguan cardiac output dan denyut jantung) maka dengan pemberian oksigen akan meningkatkan saturasi oksigen.

Populasi: 22 responden

- 2) I (*Intervention*): intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pemberian terapi nasal kanul untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan Acute Coronary Syndrome. Pemberian oksigen mampu mempengaruhi ST elevasi pada infark anterior dianjurkan 6 jam pertama. Oksigen harus diberikan pada pasien dengan sesak nafas, tanda gagal jantung, syok atau saturasi < 95%.
- 3) C (*Comparison*): penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widiyanto & Yamin, terkait pemberian terapi oksigen terhadap perubahan perubahan saturasi oksigen melalui pemeriksaan oksimetri pada pasien infark miokard akut didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh perubahan saturasi oksigen yang signifikan sebelum pemberian terapi oksigen pada pasien infark miokard akut.
- 4) O (*Outcome*): menunjukkan bahwa terapi oksigen dengan nasal kanul mampu meningkatkan saturasi oksigen pada pasien dengan *Acute Cardiac Syndrome*
- 5) T (*Time*): Oktober 2019

2. Judul EBN: hubungan dukungan pemberian terapi oksigenasi dengan saturasi oksigen pada pasien infark miokard akut di IGD RSUD Sidoarjo (Widyaresmi, 2018)

Diagnosis keperawatan: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

Luaran yang diharapkan: Suara jantung S3 dan S4 cukup menurun, keluhan nyeri menurun, dyspnea menurun, paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) cukup menurun.

Intervensi prioritas mengacu pada EBN: berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.

a. Pengertian tindakan: pemberian oksigen adalah tindakan untuk menyalurkan oksigen ke dalam tubuh lewat alat bantu yang bertujuan untuk meningkatkan saturasi oksigen

b. Tujuan/rasional EBN pada asuhan keperawatan:

Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan oksigenasi agar jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kinerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen (Andarmoyo,2015). penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Budi Widiyanto,2017). yang menyatakan bahwa pada pasien infark miokard akut didapatkan hasil bahwa adanya pengaruh pemberian oksigenasi terhadap peningkatan saturasi oksigen pasien IMA, sebagian besar pasien IMA mengalami peningkatan saturasi atau saturasi dalam batas 95-100% terjadi setelah diberikan terapi oksigenasi.

c. PICOT EBN

1) P (*Problem / Population*)

Masalah penelitian: infark miokard akut merupakan kematian sel-sel otot jantung karena iskemia yang berlangsung lama akibat adanya oklusi di arteri koroner, akibat adanya kematian sel-sel miokard dikarenakan suplai oksigen ke miokard berkurang, maka kompensasi dari miokard adalah dengan melakukan metabolisme anaerob agar jantung tetap tersuplai oksigen ke seluruh tubuh.

Population: 20 responden

2) I (*Intervention*): intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pemberian terapi oksigen nasal kanul yang bertujuan untuk mempertahankan oksigenasi jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kinerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen.

3) C (*Comparison*): Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Budi Widiyanto yang menyatakan bahwa dengan diberikannya terapi oksigenasi dimana miokard yang membutuhkan suplai oksigen dapat terpenuhi kebutuhannya.

4) O (*Outcome*): Pemberian terapi oksigen nasal kanul pada pasien ACS hasilnya sangat efektif meningkatkan saturasi oksigen. Hal ini didukung secara teori bahwa salah satu mencegah perluasan infark dengan oksigenasi untuk mempertahankan jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kinerja miokard akibat kekurangan suplai oksigen.

5) T (*Time*): Desember 2018

3. Judul EBN: Terapi oksigen terhadap perubahan saturasi oksigen melalui pemeriksaan oksimetri pada pasien infark miokard akut (Widiyanto, 2014).

Diagnosis keperawatan: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

Luaran yang diharapkan: Suara jantung S3 dan S4 cukup menurun, keluhan nyeri menurun, dyspnea menurun, paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) cukup menurun.

Intervensi prioritas mengacu pada EBN: berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.

a. Pengertian tindakan: Pemberian terapi oksigen nasal kanul merupakan tindakan untuk menyalurkan oksigen ke dalam tubuh lewat alat bantu yang bertujuan untuk meningkatkan saturasi oksigen

b. Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan oksigenasi agar jaringan tetap adekuat dan dapat menurunkan kinerja

miokard akibat kekurangan suplai oksigen dengan pemberian terapi oksigen nasal kanul dapat mengembalikan saturasi oksigen dari kondisi hipoksia ringan ke kondisi normal secara bermakna.

c. PICOT EBN

1) *P (Problem / Population)*

Masalah penelitian: Pada ACS masalah utamanya adalah hambatan transport (gangguan cardiac output atau denyut jantung) Oklusi pada arteri koroner akan mengakibatkan kurangnya suplai oksigen ke miokard, akibat adanya kematian sel salah satu tindakan untuk mencegah perluasan perluasan Infark miokard akut, maka pemberian oksigen akan meningkatkan saturasi oksigen maka hemoglobin mampu membawa oksigen lebih banyak dibandingkan jika seseorang tidak diberikan terapi oksigen. Population: 38 responden

2) *I (Intervention)*: pengaruh saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan terapi oksigen nasal kanul bahwa ada perubahan saturasi oksigen yang sangat signifikan pemberian terapi oksigen nasal kanul dapat mengembalikan saturasi oksigen dari kondisi hipoksia ringan ke kondisi normal.

3) *C (Comparison)*: Penelitian ini tidak menggunakan tindakan pembandingan, peneliti hanya membandingkan dengan jurnal sebelumnya

4) *O (Outcome)*: Menunjukkan bahwa pemberian terapi oksigen nasal dapat mempengaruhi tonus otot arteri sehingga menyebabkan vasodilatasi dari arteri koroner (sebagaimana kondisi hipoksia dapat menyebabkan vasokonstriksi arteri koroner) sehingga suplai darah dan oksigen ke jaringan miokard yang mengalami iskemik dapat kembali baik yang pada akhirnya dapat mempertahankan fungsi pompa ventrikel dan fungsi sistem kardiovaskuler secara umum sebagai salah sistem transportasi oksigen yang menentukan saturasi oksigen.

5) T (*Time*): Juli 2017

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara teoritis dan tinjauan kasus di lapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Tn.E dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di ruangan ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Dari hasil yang didapatkan dari Tn. Y faktor terjadinya ACS yaitu pasien dulunya merupakan perokok aktif serta mempunyai riwayat penyakit DM, kolesterol dan penyakit jantung.

2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn. Y dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) yaitu: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, ansietas berhubungan dengan konsep diri

3. Intervensi keperawatan yang telah disusun penulis yaitu perawatan jantung akut, perawatan jantung, manajemen energi, reduksi ansietas

4. Implementasi keperawatan : setelah perawatan selama tiga hari dibantu oleh sesama mahasiswa dan perawat, implementasi dapat terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan: dari hasil evaluasi ada satu diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian yaitu penurunan curah jantung dan dua diagnosa yang sudah teratasi dan intervensi dihentikan.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Pasien dan keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kesehatan dan memeriksakan kesehatannya khususnya kesehatan jantung serta apabila ada keluarga yang sedang mengkonsumsi obat DM, atau obat jantung, obat kolesterol diharapkan dapat diminum secara teratur dan mengontrol diet yang telah di anjurkan.

2. Bagi Instansi Rumah Sakit

Pihak rumah sakit diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawatan kontinyu dalam melakukan edukasi keperawatan khususnya pada pasien ACS selama menjalani perawatan di rumah sakit.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan perawat selalu mempertahankan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang komprehensif terutama pada pasien ACS agar perawatan yang diberikan dapat memulihkan pasien dan mencegah komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrianto. (2019). *Buku Ajar Kegawatdaruratan Kardiovaskuler*. Jawa Timur: Pusat Penerbitan dan Percetakan UNAIR.
- AHA. (2017). *High blood pressure clinical practice guideline for the prevention, detection, evaluation. A report of the American college*. J Am Coll Cardiol.
- Ainiyah. (2015). Peran Perawat Dalam Identifikasi Dini Dan penatalaksanaan Pada Acute Coronary Syndrome. *Jurnal Ilmiah Kesehatan* , Vol. 8 No. 2 Page 184-192.
- Alwi, I. (2017). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi VI*. Jakarta: Internal Publishing.
- Asikin, M. N. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah* . Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Aspiani, R. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Darmawan, I. and Milasari (2019) 'Efektifitas Terapi Okdigenasi Nsal Kanul Terhadap Saturasi Oksigen pada Penyakit Acute Coronary Syndrome (ACS) di Instalasi Gawat Darurat RSUD ULIN Banjarmasin', 3(2), pp. 68–73.
- Fikriana, R. (2018). *Sistem Kardiovaskuler*. Yogyakarta: Cetakan I : CV Budi Utama.
- Hamm, C. W. (2011). *Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-*

segment elevation. *European Heart Journal*, : Vol.32 No. 23. Page 2999–3054. .

Imran Ode, N. Y. (2020). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sindrom Koroner Akut*. Jawa Timur: CV. Penerbit Qiara Media.

Kemendes. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Muttaqin. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem*. Jakarta: Salemba Medika.

Novrianti. (2021). Terapi Fibrinolitik pada pasien ST segmen elevation myocardial infarction (STEMI). *Jurnal Farmasi Udayana*, 55-67.

PERKI. (2018). *Pedoman Tata Laksana Sindrom Koroner Akut 2018*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia

PERKI. (2016). *Pedoman Tata Laksana Sindrome Koroner Akut*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Kardiovaskuler Indonesia.

Pratama, A. R., & Fadil, M. (2021). Peranan Inotropik dan Vasopresor dalam terapi Syok kardiogenik . *jurnal kepearawatan* , 307-314.

Rachmawati, D. (2017). Pemberian Terapi Oksigen Pada Pasien Acute Coronary Syndrome Dengan Chest Pain Di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, Vol. 13, No. 2.

Ridwan, M., Yusni, & Nurkhalis. (2020). Analisis karakteristik nyeri dada pada pasien sindroma koroner akut di Rumah Sakit Umum daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Ilmu Medis*, 20-26.

Rohmah, N. W. (2019). *Proses Keperawatan Berdasarkan KKNl (Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia)*. Malang: Edulitera.

Romalina, M. R. (2017). Faktor Pasien Berhubungan Dengan Angka Readmission Pada Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien

Acute Coronary Syndrome. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, Vol. 10. No.1
Page 106-119.

Smeltzer, S. C. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah (Handbook for Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing)*. Jakarta: Edisi 12 Jakarta:EGC.

Starry, R. &. (2015). Diagnosis and Management of Acute Decompensated Heart Failure. *Makassar Cardiovascular Update*, Vol.IX No.1.

Sudoyo, A. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi VI*. Jakarta: Interna Publishing .

Widiyanto, B. (2014) 'Terapi Oksigen terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Melalui Pemeriksaan Oksimetri pada Pasien Infark Miokard Akut (IMA)', pp. 138–143.

Widyaresmi, N. vike (2018) 'Hubungan Pemberian Terapi Oksigenasi dengan Nyeri Dada dan Saturasi Oksigenasi pada Pasien Infark Miokard Akut di IGD RSUD Sidoarjo', XI(3), pp. 142–146.