KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *ACUTE CORONARY SYNDROME* (ACS) DI ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

JEYNIVIE CHRISANTA REGAR (NS2414901076)

JOVAN VIANEY PEDRO C. DUMATUBUN (NS2414901077)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
2025

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ACUTE CORONARY SYNDROME (ACS) DI ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

JEYNIVIE CHRISANTA REGAR (NS2414901076)

JOVAN VIANEY PEDRO C. DUMATUBUN (NS2414901077)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
2025

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Jeynivie Chrisanta Regar (NS2414901076)
2. Jovan Vianey Pedro C. Dumatubun (NS2414901077)

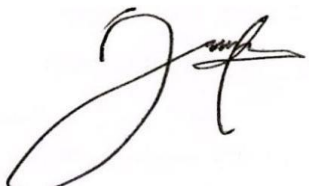
Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

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

Makassar, Juni 2025

yang menyatakan,





Jeynivie Chrisanta Regar

Jovan Vianey Pedro C. Dumatubun

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Jeynivie Chrisanta Regar (NS2414901076)

2. Jovan Vianey Pedro C. Dumatubun (NS2414901077)

Progam Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep ( )

Pembimbing 2 : Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB.,Ph.D ( )

Penguji 1 : Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes ( )

Penguji 2 : Mery Sambo, Ns.,M.Kep ( )

Diterapkan di: STIK Stella Maris Makassar

Tanggal: 20 Juni 2025

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Siprianus Abdu, S.SI.S.kep.,Ns,M.kes

NIDN:0928027101

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Acute Coronary Syndrome (ACS) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen pembimbing untuk diuji dan di pertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama : 1. Jeynivie Chrisanta Regar (NS2414901076)
2.Jovan Vianey Pedro C. Dumatubun (NS2414901077)

Disetujui oleh :

Pembimbing 1	Pembimbing 2
Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep	Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB.,Ph.D
NIDN: 0921109102	NIDN: 0913098201

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB.,Ph.D
NIDN: 0913098201

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Acute Coronary Syndrome (ACS) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen pembimbing untuk diuji dan di pertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama : 1. Jeynivie Chrisanta Regar (NS2414901076)
2.Jovan Vianey Pedro C. Dumatubun (NS2414901077)

Disetujui oleh :

Pembimbing 1	Pembimbing 2
Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep	Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB.,Ph.D
NIDN: 0921109102	NIDN: 0913098201

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB.,Ph.D

NIDN: 0913098201

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

Jeynivie Chrisanta Regar (NS2414901076)
Jovan Vianey Pedro C. Dumatubun (NS2414901077)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2025

Yang menyatakan,





Jeynivie Chrisanta Regar Jovan Vianey Pedro C. Dumatubun

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan segala berkat, hikmat dan kesehatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Tn. M dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar". Karya ilmiah akhir ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan kuliah program profesi ners di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Stella Maris Makassar.

Selama penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis menyadari bahwa dalam proses penulisan karya ilmiah akhir ini, tidak lepas dari pengarahan, bantuan, bimbingan, motivasi, serta doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan hati melalui kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar sekaligus telah memberikan masukan pada penyusunan skripsi serta memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Stik Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB.,Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar dan selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Stik Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku wakil ketua bidang administrasi, keuangan, sarana dan prasarana STIK Stella Maris Makassar dan selaku Penguji I yang telah banyak memberikan saran dan masukan demi pemyempurnaan karya ilmiah ini.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku wakil ketua bidang kemahasiswaan, alumni dan inovasi STIK Stella Maris Makassar.

5. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep.Ph.D selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar yang telah memberi masukkan dan arahan kepada penulis selama ujian berlangsung.
6. Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep selaku Pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dalam proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Teristimewa orang tua dari Jeynivie Chrisanta Regar yaitu Jerry Regar (Ayah) dan Junita Xaveria Pontoh (Ibu) , serta orang tua dari Jovan Vianey Pedro C. Dumatubun yaitu Edwin A.Dumatubun (Ayah) dan Diana R.P. Kloatubun (Ibu), serta sanak saudara yang telah memberikan dukungan, motivasi, semangat, nasehat dan yang paling utama adalah cinta dan kasih sayang serta bantuan dan kerja keras sehingga penulis bisa menyelesaikan KIA ini.
8. Kepada teman-teman seperjuangan mahasiswa/i angkatan 2025 Program Studi Sarjana Keperawatan dan NERS STIK Stella Maris Makassar serta sahabat-sahabat yang tidak berhenti untuk memberikan dukungan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Kepada pihak Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan ijin untuk melakukan praktik klinik.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, Juni 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

PERNYATAAN ORISINALITAS iii

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR Error! Bookmark not defined.

HALAMAN PENGESAHAN v

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI Error! Bookmark not defined.

KATA PENGANTAR viii

DAFTAR ISI x

DAFTAR GAMBAR xii

DAFTAR TABEL xiii

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 4

C. Manfaat Penulisan 4

D. Metode Penulisan 5

E. Sistematika Penulisan 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7

A. Konsep Dasar 7

1. Pengertian 7
2. Anatomi Fisiologi 8
3. Klasifikasi 14
4. Etiologi 15
5. Patofisiologi 20
6. Manifestasi Klinis 21
7. Pemeriksaan Penunjang 23
8. Penatalaksanaan 24
9. Komplikasi 26

B. Konsep Dasar Keperawatan 28

1. Pengkajian 28
2. Diagnosa Keperawatan 32
3. Luaran dan Intervensi Berdasarkan Diagnosa 33

4. Discharge Planning 41
BAB III PENGAMATAN KASUS 46
A. Ilustrasi kasus 46
B. Pengkajian 47
C. Analisa Data 64
D. Diagnosis Keperawawatan 67
E. Perencanaan Keperawatan 68
F. Implementasi Keperawatan 71
G. Evaluasi Keperawatan 87
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 96
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan 96
B. Pembahasan Penerapan Eviden Based Nursing 105
BAB V SIMPULAN DAN SARAN 114
A. Simpulan 114
B. Saran 115
DAFTAR PUSTAKA 114
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Jantung

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Luaran dan Intervensi berdasarkan Diagnosa

Tabel 3.1 Pengkajian Primer B1-B6

Tabel 3.2 Analisa Data

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.4 Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.1 PICOT EBN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit sebagai sarana layanan kesehatan harus memiliki standar pelayanan yang benar dAan tepat dalam memberikan pelayanan Kesehatan kepada masyarakat terutama dalam penanganan penyakit tidak menular (PTM) dan kondisi gawat daruratnya. Salah satu PTM yang mengancam kehidupan adalah penyakit kardiovaskular. Penyakit jantung merupakan salah satu penyebab kematian yang utama. Penyakit jantung koroner secara klinik termasuk silent ischemia, angina pectoris stabil, angina pectoris tidak stabil, infark miokard, dan gagal jantung dan sekitar 80% dari kematian disebabkan oleh *Acute Coronary Syndrome* (ACS) (Hardyati et al., 2023).

ACS adalah penyakit yang disebabkan oleh terjadinya ateroskleosis atau pembentukan plak pada pembuluh darah yang mana akan menghambat proses aliran darah di miokard, ACS meliputi UAP (Unstable Angina Pectoris), STEMI (infark miokard elevasi dengan segment ST) dan NSTEMI (infark miokard tanpa elevasi segment ST). ACS STEMI merupakan salah satu penyakit dimana terjadi perubahan patologis atau kelainan dalam dinding arteri koroner yang dapat menyebabkan terjadinya iskemik maupun infark miokardium. Karna kondisi patologis, maka ACS STEMI merupakan kondisi kegawatdaruratan sehingga membutuhkan penanganan cepat dan tepat untuk mencegah kematian terutama pada golden time penanganan ACS STEMI. (Prasetyo, 2023)

Menurut *World Health Organization* (2021) penyakit jantung yaitu kejadian ACS STEMI atau yang dikenal juga dengan infark Miokard akut merupakan penyebab kematian manusia nomor satu di negara berpenghasilan rendah dan menengah dimana menyumbang > 75% atau sekitar 7,5 juta kasus dari seluruh kematian di dunia. Adapun prevalensi

kematian akibat dari penyakit jantung pada tahun 2019 sebesar 17,9 juta jiwa atau sekitar 32% dari keseluruhan kematian secara global dan yang di akibatkan ACS sebesar 7,4 juta jiwa.

Menurut RISKESDAS (2018) menyatakan bahwa pada tahun 2013-2017 prevalensi ACS di Indonesia mengalami peningkatan. Pada tahun 2013 sebanyak 182.344, kemudian pada tahun 2014 sebanyak 229.696, selanjutnya pada tahun 2017 mengalami peningkatan mencapai 420.449 jiwa penderita diseluruh rumah sakit. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) menyebutkan bahwa secara nasional terdapat 1,5% prevelensi penyakit jantung atau diperkirakan sekitar 4 juta orang yang di diagnosa dokter, jumlah penderita penyakit jantung koroner terbanyak terdapat di provinsi Jawa Barat sebanyak 160.812 orang, sedangkan diwilayah Kalimantan Timur jumlah penderita penyakit jantung koroner sebanyak 13.767 orang.

Adapun data menurut RISKESDAS (2018) Provinsi Sulawesi Selatan, prevalensi penyakit jantung yang didiagnosis dokter atau memiliki gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Semakin tinggi usia seseorang maka semakin tinggi pula resiko seseorang tersebut memiliki gejala penyakit jantung. Berdasarkan data yang didapat gejala penyakit jantung tertinggi pada kelompok usia 65 - 74 tahun yaitu 3,57%, kemudian menurun pada kelompok umur ≥ 75 tahun.

Tingginya kematian akibat ACS STEMI, sehingga dibutuhkan keahlian perawat dalam fase akut di unit gawat darurat dan lanjut pada unit intensive care, karena penatalaksanaan ACS STEMI mengejar waktu emas yaitu 4 jam sejak serangan awal sehingga pasien harus cepat MONA (Morfin, Oksigen, Nitrat, Aspirin) untuk mencegah terjadinya komplikasi terutama kematian. Tujuan dari penanganan ACS STEMI 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 ACS 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 (Latif, 2025).

Peranan perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara cepat dan tepat pada pasien dengan ACS, 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, 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 (Mutiara & Ramadani, 2025).

Berdasarkan uraian di atas dan prevelensi yang diperoleh penulis terkait penyakit ACS STEMI yang mengalami peningkatan disetiap tahunnya serta menjadi salah satu penyakit yang paling mengancam nyawa dengan faktor kematian tercepat sehingga memerlukan pemantauan lebih lanjut di ruang ICU, maka penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut tentang penyakit *ACS* di dalam karya ilmiah akhir ini di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawaratan kritis pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome.*

2. Tujuan Khusus
   a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien *Acute Coronary Syndrome* di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* dan tindaka keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Membantu Rumah Sakit Stella maris Makassar dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

2. Bagi Profesi Keperawatan
   a. Memberikan informasi kepada perawat tentang asuhan keperawatan pada pasien gangguan sistem kardiovaskular khususnya pasien *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

b. Sebagai bahan dalam penerapan tindakan keperawatan berdasarkan kepada pembuktian atau *Evidence Based Nursing* (EBN) untuk memberikan keperawatan yang lebih luas.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Memperkuat dukungan dalam menerapkan intervensi keperawatan, memperkaya ilmu pengetahuan keperawatan, menambah wawasan dan pengetahuan bagi mahasiswa keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, untuk memperoleh data yang diperlukan maka penulis menggunakan beberapa metode yaitu:

1. Studi Kepustakaan

   Dalam metode ini penulis menggunakan buku-buku, internet seperti situs: jurnal, serta konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) yang ada hubungannya dengan karya ilmiah akhir ini.

2. Pengamatan Kasus
   a. Wawancara dengan pasien, perawat serta dengan berbagai pihak yang bersangkutan seperti: anak pasien
   b. Observasi yaitu pengamatan langsung dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
   c. Pemeriksaan fisik dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien melalui inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.
   d. Melalui diskusi dengan teman-teman, dosen pembimbing atapun dengan perawat yang ada di rumah sakit.
   e. Mendapatkan data dari hasil pendokumentasian yang ada di rumah sakit.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I: pendahuluan berisi tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II: tinjauan pustaka berisi tentang berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi. Kemudian, kosep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang. BAB III: berisi tentang pengamatan kasus yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dan pasien, analisa data, diagnosa keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV: berisi tentang pembahasan kasus berisi tentang pembahsan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat. BAB V: berisi tentang penutup yang didalamnya terdapat simpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dan penyusunyan karya ilmiah akhir ini dan diakhiri dengan daftar Pustaka.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Acute Coronary Syndrome (ACS) merupakan manifestasi penyakit jantung koroner dan seringkali merupakan hasil dari penumpukan plak dalam arteri koroner, kondisi ini dikenal sebagai aterosklerosis. Dalam beberapa kasus ACS juga dapat terjadi akibat vasospasme arteri koroner baik dengan atau tanpa aterosklerosis yang mendasarinya (Aziz, 2021)

ACS merupakan salah satu penyakit tidak menular dimana terjadi perubahan patologis atau kelainan dalam dinding arteri koroner yang dapat menyebabkan terjadinya iskemik miokardium dan UAP (*Unstable Angina Pectoris*) serta *Infark Miokard Akut* (IMA) seperti *Non-ST Elevation Myocardial Infarct* (NSTEMI) dan *ST Elevation Myocardial Infarct* (STEMI). ACS disebabkan karena aterosklerosis yaitu proses terbentuknya plak yang bisa berdampak pada intima dari arteri dan menyebabkan terbentuknya thrombus baik bersifat parsial atau total sehingga dapat membuat lumen menyempit yang akhirnya dapat menyebabkan penurunan pengiriman oksigen melalui arteri koroner yang akan mengakibatkan penurunan oksigenasi ke miokardium yang lamakelamaan akan mengakibatkan kematian sel miokard (Suryandar, 2025).

Acute Coronary Syndrome (ACS) merupakan bagian dari spektrum penyakit jantung koroner yang dicirikan oleh berkurangnya secara mendadak aliran darah ke otot jantung (miokard) yang dikarenakan oleh gangguan di pembuluh darah koroner. Sebagian besar ACS adalah manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang pecah. Hal ini berkaitan dengan perubahan

komposisi plak dan penipisan lapisan fibrosa yang menutupi plak tersebut sehingga akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi (Kraler et al., 2025).

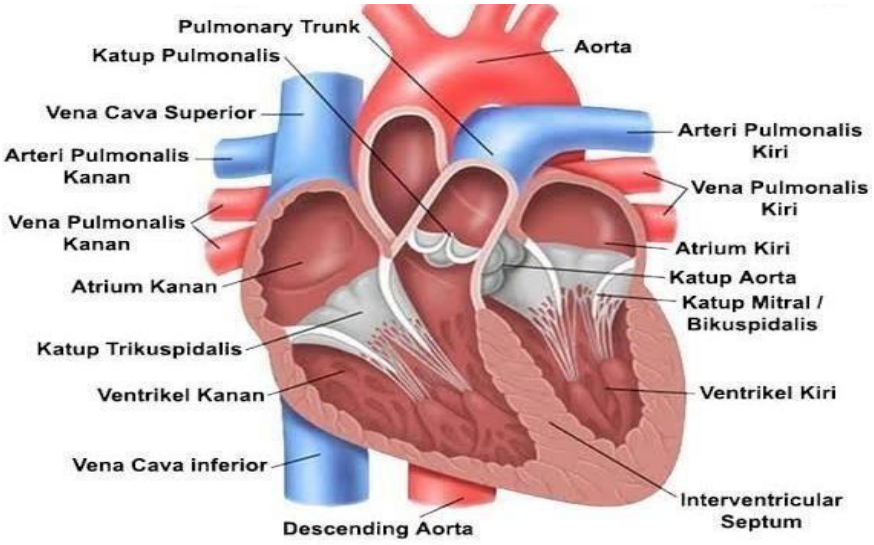
Berdasarkan pernyataan di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa *Acute Coronary Syndrome* (ACS) STEMI merupakan kondisi dimana pembuluh darah arteri koroner mengalami penyumbatan akibat penumpukan aterosklerosis yang mengakibatkan kurangnya secara mendadak aliran darah ke otot jantung yang dapat membuat iskemik pada miokard hingga mengalami infark miokard.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi jantung

1) Letak jantung

Jantung terletak di mediastinum diantara costae kedua dan keenam yaitu kompartemen pada bagian tengah rongga thoraks diantara dua rongga paru. Mediastinum merupakan struktur dinamis, lunak yang digerakkan oleh struktur-struktur terdapat didalamnya (jantung) dan mengelilinginya (diafragma dan gerakan lain pada pernafasan) serta efek gravitasi dan posisi tubuh). Ukuran jantung sekitar satu kepalan tangan dengan berat pada rentang 7-15 ons (200-425 gram). Dalam setiap harinya jantung mampu memompa sampai dengan 100.000 kali dan dapat memompa darah sampai dengan 7.571 liter (Ummah, 2023) .



Gambar 2. 1 Anatomi Jantung (Sumber : Ummah, 2023)

2) Lapisan Jantung

Menurut (Tsuroyya, 2025) jantung terdiri dari tiga lapisan, yaitu :

a. Perikardium

Merupakan lapisan luar yang transparan dari dinding jantung yang terdiri dari mosethelium yang bertekstur licin pada permukaan jantung.

b. Miokardium

Miokardium adalah jaringan otot jantung yang paling tebal dari jantung dan berfungsi sebagai pompa jantung dan bersifsat involunter.

c. Endokardium

Merupakan lapisan tipis dari endotheliumyang melapisi jaringan penghubung yang memberikan suatu batas yang licin bagi ruang-ruang jantung dan menutupi katup-katup jantung.

d. Ruang jantung

Jantung memiliki empat ruang pada sisi kanan dan kiri dipisahkan oleh sekat yang disebut septum. Ventrikel adalah

kamar yang menyemburkan darah ke arteri. Sedangkan atrium menampung darah yang datang dari vena dan bertindak sebagai tempat penimbunan sementara darah, kemudian dikosongkan ke ventrikel.

1) Atrium kanan

   Atrium kanan berfungsi sebagai penampung darah yang rendah oksigen (O2) dari seluruh tubuh. Darah tersebut mengalir melalui vena kava superior, vena kava inferior, serta sinus koronarius yang berasal dari jantung. Dari atrium kanan kemudian darah dipompa ke ventrikel kanan. Antara vena kava dan atrium jantung dipisahkan oleh lipatan katup atau pita otot yang rudimete. Oleh sebab itu jika terjadi peningkatan tekanan atrium kanan akibat bendungan darah dari bagian kanan jantung akan dibalikkan kembali ke dalam vena sirkulasi sistemik.

2) Ventrikel Kanan

   Ventrikel kanan berhubungan dengan atrium kanan melalui osteum atrioventrikel dekstrum dan dengan traktus pulmonalis melalui osteum pulmonalis. Dinding ventrikel kanan jauh lebih tebal dari atrium kanan. Ventrikel kanan berfungsi dalam menghasilkan kontraksi bertekanan rendah yang cukup untuk mengalirkan darah ke dalam arteri pulmonalis.

3) Atrium Kiri

   Atrium kiri menerima darah yang sudah teroksigenasi dari paru melalui keempat vena pulmonalis. Antara vena pulmonalis dan atrium kiri tidak ada katup yang menutup sempurna sehingga perubahan tekanan atrium kiri mudah sekali membalik retrograde ke dalam pembuluh darah paru.

4) Ventrikel Kiri

Ventrikel kiri memiliki dinding yang lebih tebal dari pada dinding ventrikel kanan sehingga ventrikel kiri berkontraksi lebih kuat. Ventrikel kiri memompa darah keseluruh tubuh melalui aorta, arteri terbesar tubuh. Pada pertemuan aorta dan ventrikel kiri terdapat katup semilunaris aorta. Ventrikel kiri harus menghasilkan tekanan yang cukup tinggi untuk mengatasi tekanan sirkulasi sitemik dan mempertahankan aliran darah ke jaringan perifer.

e. Katup Jantung

Terdapat beberapa katup yang memisahkan antara atrium, ventrikel dan pembuluh darah besar yang keluar dari jantung menurut (Baan et al., 2023) yaitu sebagai berikut:

1) Katup atrioventrikular

Merupakan katup yang memisahkan atrium dan ventrikel. Membuka dan menutupnya katup jantung terjadi karena perubahan tekanan pada saat jantung kontraksi dan relaksasi. Setiap katup jantung membantu aliran darah satu arah dengan cara membuka dan menutup katup untuk mencegah aliran balik. Katup atrioventrikular terdiri dari dua katup yaitu katup bikuspidalis (antara atrium kiri dan ventrikel kiri) dan trikuspidalis (antara atrium kanan dan ventrikel kanan).

2) Katup semilunar

Katup ini terdiri dari katup pulmonal dan katup aorta. Katup pulmonal terletak pada arteri pulmonalis yang memisahkan pembuluh ini dari ventrikel kanan. Katup aorta terletak antara aorta dan ventrikel kiri. Kedua katup semilunar terdiri dari tiga daun katup yang berbentuk sama yang simetris disertai penonjolan menyerupai corong yang dikaitkan dengan sebuah cincin serabut. Adanya katup

semilunar memungkinkan darah mengalir dari masingmasing ventrikel ke arteri pulmonal atau aorta selama sistol ventrikel dan mencegah aliran balik waktu diastolik ventrikel.

b. Fisiologi jantung

1) Sistem Konduksi Jantung

Kerja pemompaan jantung dijalankan oleh kontruksi dan relaksasi ritmik dinding otot. Selama kontraksi otot (diastolik) katup atrioventrikular terbuka dan darah yang kembali dari vena mengalir ke atrium dan kemudian ke ventrikel. Darah yang masuk meningkatkan volume ventrikel. Pada titik ini ventrikel itu sendiri mulai berkontraksi (sistolik), tekanan di dalam ventrikel dengan cepat mendorong katup AV untuk menutup. Peningkatan tekanan secara cepat di dalam ventrikel dengan cepat meningkatkan mendorong katup pulmonalis dan aorta terbuka dan darah Skemudian disemburkan ke arteri pulmonalis dan ke aorta. Pada saat berakhirnya sistolik otot ventrikel berelaksasi dan tekanan dalam ruang menurun dengan cepat mengakibatkan darah cenderung mengalir balik dari arteri ke ventrikel yang mendorong katup semilunar untuk menutup. Secara bersamaan begitu tekanan di dalam ventrikel menurun drastis sampai dibawah tekanan atrium, modus AV akan membuka Ventrikel mulai terisi dan urutan kejadian berulang kembali.

2) Sirkulasi Jantung

Menurut (Hernawan et al., 2017) sirkulasi jantung terbagi atas 3 yaitu:

a. Sirkulasi Pulmonalis Darah di atrium kanan mengalir ke ventrikel kanan melalui katup trikuspidalis. Darah keluar dari ventrikel kanan dan mengalir melewati katup pulmonalis ke dalam arteri pulmonalis. Arteri pulmonalis bercabang

menjadi arteri pulmonalis kanan dan kiri. Di paru-paru, arteri pulmonalis bercabang berkali-kali menjadi arteriol dan kemudian kapiler. Setiap kapiler memberi perfusi kepada saluran pernapasan melalui alveolus. Semua kapiler menyatu kembali menjadi venula dan menjadi vena. Darah mengalir di dalam vena pulmonalis, kemudian kembali ke atrium kiri.

b. Sirkulasi Sistemik

Darah masuk ke atrium kiri dari vena pulmonalis. Darah di atrium kiri mengalir ke dalam ventrikel kiri melalui antrio ventrikuler (AV) yang terletak disambungan kiri menuju ke arteri besar, yaitu arteri aorta. Darah mengalir dari ventrikel kiri ke aorta melalui katup aorta. Darah di aorta disalurkan ke seluruh sirkulasi sistemik melalui arteri, arteriol dan kapiler yang kemudian menyatu kembali untuk membentuk venavena. Vena-vena dari bagian bawah tubuh akan mengembalikan darah ke vena terbesar yaitu vena kava inferior, vena dari bagian atas tubuh akan menuju ke vena kava superior.

c. Sirkulasi Koroner

Sirkulasi koroner meliputi seluruh permukaan jantung dan membawa oksigen untuk miokardium melalui cabang-cabang intramiokardial yang kecil. Arteri koroner kiri membentuk cabang menjadi arteri desendens anterior dan arteri sirkumfleksa. Arteri desendens anterior menuju bagian anterior septum antara ventrikel kiri dan kanan kemudian bercabang dan menuju bagian anterior septum dan massa otot anterior ventrikel kiri. Arteri sirkum fleksa kiri berjalan pada bagian atrium kiri dan ventrikel kiri dan dinding lateral ventrikel kiri. Arteri koroner kanan berjalan diantara atrium

kanan dan ventrikel kiri dan bercabang untuk menyalurkan darah pada posterior jantung.

3. Klasifikasi

a. Klasifikasi ACS

Menurut (Malisan, 2023) klasifikasi ACS dibagi menjadi 3 yaitu:

1) ACS STEMI

Yaitu Infark Miokard dengan *Elevasi Segmen ST* (STEMI) Infark miokard dengan elevasi segmen ST akut (STEMI) pada umumnya diakibatkan oleh rupturnya plak ateroskeloris yang mengakibatkan oklusi total pembuluh darah arteri koroner dan disertai dengan tanda dan gejala klinis iskemia miokard seperti munculnya nyeri dada, adanya J point yang resisten pada gambaran EKG disertai elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan serta meningkatnya biokmarker kematian sel miokardium yaitu troponin.

2) Infark Miokard dengan *Non Elevasi Segmen ST* (NSTEMI)

NSTEMI ditegakkan jika terdapat tanda dan gejala klinis iskemia miokard tanpa elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Rekaman EKG saat presentasi dapat berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T pseudo normalization, atau bahkan tanpa perubahan. Ditambah lagi dengan peningkatan marka jantung. Marka jantung yang lazim digunakan adalah Troponin I/ T atau CKMB. Bila hasil pemeriksaan biokimia marka jantung terjadi peningkatan bermakna, maka diagnosis menjadi Infark Miokard Akut Segmen ST Non Elevasi (NonST Elevation Myocardial Infarction, NSTEMI).

3) Angina Pektoris Tidak Stabil (UAP: Unstable Angina Pectoris)

UAP ditegakkan bila terdapat tanda dan gejala klinis iskemia miokard tanpa elevasi segmen ST yang persisten di dua

sadapan yang bersebelahan. Rekaman EKG saat presentasi dapat berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T pseudo normalization, atau bahkan tanpa perubahan. Pada angina pektoris tidak stabil marka jantung tidak meningkat secara bermakna.

4. Etiologi

Menurut (Ajeng Ridwan et al., 2021) faktor risiko dari ACS STEMI terbagi menjadi dua yaitu:

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah (Predisposisi)

1) Usia

Usia merupakan faktor penentuan penting pada pasien ACS, pengaruh usia lanjut menyebabkan dua kali lipat berisiko terkena ACS karena terjadi perubahan fungsi endotel vaskuler dan trombogenesis, dengan demikian maka pada usia > 60 memiliki kerentanan yang cukup tinggi terhadap PJK yang menyebabkan pasien mengalami ACS. Bertambahnya usia dapat menyebabkan pembuluh darah mengalami perubahan yang berangsur dapat mempengaruhi fungsi jantung. Peningkatan usia berkaitan dengan penambahan waktu yang digunakan untuk proses pengendapan lemak pada dinding pembuluh darah. Proses kerapuhan dinding pembuluh darah terjadi karena berkurangnya elastisitas pembuluh darah, berkurangnya inti sel dari jaringan fibrosa serta proses penumpukan lipid yang semakin panjang.

Hasil penelitian oleh (Ajeng Ridwan et al., 2021) yang dilakukan di RSUD H. Abdul Manap Jambi terhadap 62 responden dengan ACS yang menjalani rawat inap maupun pasien rawat jalan didapatkan bahwa jumlah penderita ACS kebanyakan berusia > 60 tahun yakni sebanyak 32 responden (51,6%). Namun hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Meylani et al. (2023)

terhadap 99 respon sebanyak 58 responden (58,6%) berusia diatas 40 tahun menderita penyakit ACS.

2) Jenis Kelamin

Laki-laki memiliki resiko lebih tinggi terkena penyakit arteriosklerosis dibandingkan dengan perempuan, karena pada laki-laki disebabkan oleh riwayat merokok, sedangkan perempuan lebih mungkin untuk memiliki lemak visceral, diabetes, hipertensi, peningkatan BMI (body mass index) dan kadar HDL yang rendah. Perempuan berisiko lebih rendah mengidap penyakit jantung koroner karena adanya efek komposis pada plak koroner terjadi pada wanita dengan usia < 65 tahun. Wanita usia muda pada umumnya masih dalam efek proteksi estrogen (Kurniasih, 2023).

Hormon estrogen bertanggungjawab terhadap proses metabolik seperti peningkatan konsentrasi HDL, penurunan LDL selain itu fungsi estrogen juga berperan dalam memperbaiki fungsi vaskuler yaitu memberikan efek vasodilatasi pada dinding pembuluh darah dan memperlancar aliran darah sehingga terlindungi dari penyakit kardiovaskuler namun pada wanita menopause akan mengalami penurunan kadar hormon estrogen yang menyebabkan perubahan yang signifikan dalam sistem vaskuler, distribusi lemak tubuh meningkat dan kadar lemak darah meningkat sehingga berisiko mengalami ACS (Kurniasih, 2023).

3) Riwayat Keluarga

Riwayat keluraga merupakan refleksi dari predisposisi genetik dan salah satu dari faktor risiko arterosklerosis yang tidak bisa dimodifikasi. Beberapa mekanismenya disebabkan oleh efek hormonal pada metabolisme lipid, resistensi insulin dan faktor trombogenesis. Hasil penelitian oleh (Wahyuni, 2023) mengatakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara

riwayat keluarga dengan kejadian penyakit jantung koroner di Puskesmas Banjarsari Kota Metro tahun 2020. Responden yang memiliki risiko keluarga jantung koroner akan 2 kali lipat berisiko memiliki penyakit jantung koroner.

b. Faktor Risiko yang Dapat Diubah (Presipitasi)

1) Merokok

Saat orang merokok, ia akan menghirup CO2. Hemoglobin lebih mudah berikatan dengan CO2 dibandingkan dengan O2, sehingga suplai O2 ke jantung terbatas. Selain itu asam nikotiat pada tembakau memicu pelepasan katekolamin, yang memicu kontriksi arteri, dan merokok dapat menyebabkan peningkatan adhesi trombosit, mengakibatkan peningkatan pembentukan trombus (bekuan darah).

Berdasarkan hasil penelitian oleh (Lampung, 2023) bahwa merokok adalah salah satu karakteristik umum yang berhubungan dengan kejadian sindrom koroner akut. Dalam penelitian ini, sebanyak 33 responden mulai merokok pada usia muda yaitu lima tahun sebelum timbulnya penyakit.

2) Hipertensi

Hipertensi menyebabkan meningkatnya afterload yang secara tidak langsung akan meningkatkan beban kerja jantung. Kondisi ini akan memicu hipertropi ventrikel kiri sebagai kompensasi dari meningkatnya afterload yang pada akhirnya terjadi peningkatan kebutuhan oksigen pada jantung.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Hartono & Rahardjo, 2023) mengatakan bahwa ada hubungan signifikan antara hipertensi dengan kejadian ACS di ruang intensif RS Panti Rapih Yogyakarta.

3) Dislipidemia

Dislipidemia berperan dalam proses penimbunan kolestrol dalam makrofag, sel otot polos serta martiks esktraseluler dalam

pembuluh darah sehingga bersifat aterogenik yang dapat menyebabkan kerusakan endotel pembuluh darah. Hal ini akan mencetus efek protombik dengan melibatkan platelet Dimana akan terbentuk lesi fibrofatty dan fibrous, plak aterosklerosis yang dipicu oleh inflamasi. Plak yang terjadi bisa menjadi tidak stabil dan mengalami rupture sehingga terjadi ACS.

Hasil penelitian oleh (Agung, 2021) mengatakan bahwa dislipidemia memiliki hubungan bermakna dengan kejadian sindrom koroner akut dimana orang yang memiliki riwayat dislipidemia berpeluang 7 kali lipat untuk terjadinya ACS.

4) Gagal Jantung

Gagal jantung memiliki risiko terhadap kejadian ACS yang dikarenakan disfungsi endotel. Hal ini terjadi akibat mekanisme neurohormonal kompensasi yang mencakup aktivasi sistem saraf simpatik dan aktivasi sistem renin angiotensin. Peningkatan aktivasi saraf simpatik akan menyebabkan perubahan tonus pembuluh darah dimana terjadi peningkatan kadar norepinefrin yang bersirkulasi dalam darah. Pada gagal jantung kadar norepnefrin (NE) di sinus koronarius menjadi lebih besar. Selain itu aktivasi RAS akan terjadi ketika keparahan gagal jantung semakin berat, hal ini dapat meningkatkan aktivasi angiotensin II sehingga memperparah aktivasi neurohormonal dan merangsang zona glomerulus korteks untuk memproduksi aldosteron. Aldosteron yang berlebihan dapat merangsang terjadinya disfungsi endotel sehingga kadar nitrit oksida (NO) berkurang, ini dapat menyebabkan terjadinya spasme parsial atau total diseluruh lumen arteri sehingga berkurangnya aliran darah ke miokard yang mana dapat menyebabkan iskemik dan berdampak pada infark miokard (Baransyah et al., 2014).

5) Diabetes Melitus

Aterosklerosis diketahui berisiko 2 sampai 3 kali lipat pada diabetes tanpa memandang kadar lipid dalam darah. Predisposisi degenerasi vaskuler terjadi pada diabetes dan metabolisme lipid yang tidak normal memegang peranan dalam pertumbuhan atheroma. Hasil penelitian oleh (Latif, 2025) dari 77 responden sebanyak 51 responden dengan infark miokard memiliki riwayat diabetes meliitus artinya terdapat hubungan bermakna antara diabetes mellitus dengan luas infark miokard pada pasien ACS di RSU Cut Meutia Aceh. Sejalan dengan penelitan yang dilakukan oleh (Khair et al., 2024) terdapat hubungan bermakna antara diabetes mellitus dengan kejadian sindrom koroner akut. Kelainan lipid darah yang mempercepat proses aterosklerotik sering terjadi pada pasien diabetes melitus karena berkurangnya enzim dan jalur metabolisme yang mempengaruhi resistensi insulin atau pembentukan lemak pada diabetes.

6) Obesitas

Obesitas berhubungan dengan adanya penimbunan lemak dan peningkatan kadar gula dalam darah. Hasil penelitian oleh (Harahap et al., 2024) berdasarkan hasil analisis pada variabel obesitas didapatkan hubungan bermakna antara obesitas dengan kejadian PJK. Responden yang memiliki obesitas berpeluang 2,7 kali lipat lebih tinggi untuk mengalami PJK dibandingkan dengan responden yang tidak obesitas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ghaniyuwana, 2025) obesitas memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian ACS. Obesitas dapat meningkatkan beban pada jantung dan memaksa otot jantung untuk bekerja lebih keras untuk memompa darah ke jarungan tubuh. Selain itu obesitas memiliki kadar lipid yang dapat menyebabkan aterosklerosis,

dimana kadar kolesterol LDL, VLDL dan trigliserida meningkat, tetapi kadar HDL menurun.

5. Patofisiologi

Secara teoritis, penyebab terjadinya acute coronary syndrome adalah akibat thrombosis koroner dan robekan plak (plaque fissure). Thrombus yang terbentuk merupakan campuran thrombus putih dan thrombus merah. Trombus koroner yang terjadi umumnya dihubungkan dengan robekan plak. Perubahan yang tiba-tiba dari angina stabil menjadi tidak stabil atau infark miokard umumnya berhubungan dengan robekan plak pada titik dimana shear stressnya tinggi dan dapat terjadi pada plak aterosklerosis yang besar maupun kecil. Plak yang mengalami robekan kemudian merangsang agresi trombosit yang selanjutnya akan membentuk thrombus atau sumbatan pada pembuluh darah terutama pembuluh darah koroner sehingga menyebabkan aterosklerosis, selain itu juga ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya ACS yaitu faktor predisposisi terdiri atas usia, genetik dan jenis kelamin, sedangkan faktor presipitasi terdiri atas merokok, kolesterol, hipertensi, diabetes dan obesitas.

Efek rokok adalah menambah beban miokard karena ransangan oleh katekolamin dan menurunnya konsumsi oksigen akibat inhalasi karbonmonoksida atau dengan kata lain dapat menyebabkan takikardia, vasokontriksi pembuluh darah, merubah permeabilitas dinding pembuluh darah dan merubah 5-10% Hb menjadi karboksi-Hb sehingga meningkatkan resiko terkena ACS. Hipertensi dapat berpengaruh terhadap jantung melalui meningkatkan beban jantung sehingga menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri dan mempercepat timbulnya aterosklerosis karena tekanan darah yang tinggi dan menetap akan menimbulkan trauma langsung terhadap dinding pembuluh darah arteri koroner sehingga memudahkan terjadinya aterosklerosis koroner. Kolesterol, lemak dan substansi lainnya

dapat menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah arteri, sehingga lumen dari pembuluh darah menyempit dan proses ini disebut aterosklerosis. Aterosklerosis dan vasospasme arteri koroner 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. Penurunan aliran darah inilah yang menyebabkan jantung memiliki beban kerja yang lebih untuk memompa karena resistensi dan vasokonstriksi tersebut.

Penurunan aliran darah pada koroner akibat plak yang terbentuk dapat menimbulkan nyeri dada yang timbul secara tibatiba dengan durasi singkat namun memiliki frekuensi yang sering. Rasa sakit dada dapat menjalar ke bagian tubuh yang lain seperti leher, punggung, lengan, hingga bagian epigastrium. Hal ini dapat terjadi walaupun individu sedang dalam kondisi istirahat atau melakukan aktivitas yang minimal. Kondisi ini juga terkadang diikuti oleh dispnea, lemas, cepat lelah, pusing, mual, takikardia, dan hipertensi (Ramadhani, 2022).

6. Manifestasi Klinis

Menurut (Anatomi et al., 2025) manifestasi kinis ACS adalah sebagai berikut:

Tanda gejala ACS secara umum yaitu :

a. Nyeri dada hebat seperti tertindi, seperti di tusuk-tusuk, lama nyeri ± 20 menit
b. Diaporesis
c. Sesak napas

   Yang kemudian ditegakkan STEMI atau NSTEMI melalui pemeriksaan EKG.

Berikut adalah beberapa gejala yang menyertai:

a. Tanda dan Gejala STEMI

1) Nyeri dada sentral yang berat terjadi secara mendadak dan terus menerus tidak mereda, biasanya dirasakan diatas region sternal bawah dan abdomen bagian atas, seperti rasa terbakar, ditindih benda berat, seperti ditusuk, rasa diperas, dipelintir, tertekan yang berlangsung lebih dari 20 menit, tidak berkurang dengan beristirahat maupun pemberian nitrat. Nyeri dapat menjalar ke arah rahang dan leher.
2) Diaphoresis, ekstremitas yang teraba dingin, perspirasi, rasa cemas dan gelisah. Penyebab gejala ditegakan dengan hasil EKG: STEMI adanya peningkatan segmen ST pada hasil EKG, yang menunjukan bahwa area besar otot jantung tidak mendapat cukup oksigen..

b. Tanda dan Gejala NSTEMI
1) Nyeri di dada, berlangsung >20 menit sedangkan pada angina kurang. Nyeri tidak berkurang dengan pemberian nitrat.
2) Diaphoresis, ekstremitas dingin, sesak napas disebabkan oleh adanya peningkatan mendadak anatara tekanan diastolic ventrikel kiri.
3) Gejala gastrointestinal, meningkatkan aktivitas refleks vagal disebabkan muntah dan mual, namun biasanya sering terjadi pada infark inferior, dan stimulasi diafragma pada infark inferior.
4) Palpitasi, gelisah, rasa pusing, atau sinkop dan aritmia vetrikel (Yuvindanati, 2021)

c. Tanda dan Gejala UAP

Nyeri dada yang timbul saat istirahat atau saat melakukan aktivitas, seperti rasa tertekan atau berat daerah retrosternal yang dapat menjalar ke leher, rahang, area interskapular, bahu, lengan kiri dan epigastrium, berlangsung beberapa menit atau lebih dari 20 menit.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostik utama pada pasien acute coronary syndrome menurut (Bayu Prasetyo et al., 2024) adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG)

Pemeriksaan EKG 12 lead merupakan pemeriksaan pertama dalam menentukan pasien ACS. Pasien dengan keluhan nyeri dada khas harus sudah dilakukan pemeriksaan EKG maksimal 10 menit setelah kontak dengan petugas.

1) Gambaran EKG STEMI

Didapatkan gambar hiperakut T, elevasi segmen ST > 0,1 mm pada dua sadapan ekstremitas yang berdekatan, elevasi segmen ST > 2 di dua lead chest yang berurutan diikuti terbentuk gelombang Q patologis.

2) Gambaran EKG NSTEMI dan UAP

NSTEMI dan UAP memiliki gambaran EKG yang sama berupa depresi segmen ST > 1mm dan atau inversi gelombang T > 2mm di beberapa sadapan prekordial, dapat disertai dengan elevasi segmen ST yang tidak persisten.

b. Laboratorium

1) Troponin T dan I

Troponin T dan I lebih dipilih karena lebih sensitif daripada CKMB. Troponin mengatur interaksi kerja aktin dan myosin dalam otot jantung. Pada UAP enzim ini tidak meningkat atau normal sedangkan pada STEMI dan NSTEMI enzim ini akan meningkat pada jam 3 sampai dengan jam 12 setelah onset iskemik. Mencapai puncak pada 12-24 jam. Peningkatan ini berhubungan dengan bukti adanya nekrosis miokard dan menunjukkan prognosis yang sangat buruk pada ACS.

2) CKMB

Merupakan isoenzim dari creatinin kinase, yang merupakan konsentrasi terbesar dari miokard. Dalam jumlah kecil, CKMB juga dapat dijumpai di otot rangka, usus kecil atau diapragma. Mulai meningkat tiga jam setelah infark dan mencapai puncak 12-24 jam. CKMB akan mulai menghilang dalam darah 48-72 jam setelah infark.

3) Mioglobin

Merupakan suatu protein yang dilepas dari sel niokard yang mengalami kerusakan. Hal ini dapat meningkat setelah jam-jam awal terjadinya infark dan mencapai puncaknya pada jam 1 sampai dengan ke 4 dan tetap tinggi sampai 24 jam.

4) Pemeriksaan Laboratorium Lainnya

Data laboratorium disamping pemeriksaan marka jantung, yang harus dikumpulkan di ruang gawat darurat adalah tes darah rutin, gula darah sewaktu, status elektrolit, koagulasi darah, tes fungsi ginjal, dan panel lipid.

8. Penatalaksanaan

Menurut (Agustina et al., 2025) penatalaksanaan Acute Coronary Syndrome (ACS) adalah sebagai berikut:

a. Pre-Hospital

Tindakan-tindakan pre-hospital dilakukan oleh Emergency Medical Service (AGD DKI 118) sebelum pasien tiba di rumah sakit, biasanya di dalam ambulans.

1) Monitoring amankan ABC, persiapkan diri untuk RJP dan defibrilasi.
2) Berikan aspirin, pertimbangkan oksigen, nitrogliserin, dan morfin jika diperlukan.
3) Pemeriksaan EKG 12 sadapan dan interpretasi. Jika ada ST elevasi, informasikan rumah sakit, catat waktu onset dan kontak pertama dengan tim medis.

4) Lakukan pemberitahuan ke rumah sakit untuk melakukan persiapan penerimaan pasien dengan STEMI.
5) Bila akan diberikan fibrinolitik pre-hospital, lakukan check-list terapi fibrinolitik.

b. In-Hospital (Rumah Sakit)
1. Morfin IV jika nyeri dada tidak berkurang dengan nitrogliserin/nitrat. Analgetik terpilih pada Acute Coronary Syndrome (ACS) adalah morfin. Pemberian morfin dilakukan jika pemberian nitrogliserin sublingual atau semprot tidak respons. Morfin merupakan pengobatan yang cukup penting pada ACS.
2. Segera berikan Oksigen 4 L/menit nasal kanul bila saturasi O2 < 94, pasien mengalami syok kardiogenik dan sesak napas.
3. Nitrogliserin/nitrat sublingual atau semprot dapat diberikan tablet nitrogliserin sublingual sampai tiga kali dengan interval keadaan hemodinamik tidak stabil: TD < 90 mmHg atau ≥ 30 mmHg lebih rndah dari pemeriksaan TD awal (jika dilakukan), bradikardi < 50x/menit atau takikardi > 100x/menit tanpa adanya tanda gagal jantung, dan adanya infark ventrikel kanan. Nitrogliserin adalah venodilator dan penggunaannya harus hati-hati pada keadaan pasien yang menggunakan obat penghambat fosfodiestrase (contoh Viagra) dalam waktu < 24 jam.
4. Berikan Aspirin 160-325 mg dikunyah (bila belum diberikan pre-hospital)
5. Clopidogrel (anti platelet) terutama bermanfaat pada STEMI dan NSTEMI risiko sedang sampai tinggi dengan dosis pertama (loading dose) 300 mg yang dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 75 mg, untuk pasien yang dipersiapkan invasif terapi diberikan dosis 600 mg

6. Terapi Fibrinolitik / pengobatan fibrinolysis lebih awal (door-drug < 30 menit0 dapat membatasi luasnya infark, fungai ventrikel normal, dan mengurangi angka kematian. Beberapa jenis obat fibrinolitik misalnya Alteplase recombinant (Activase), Reteplase, Tenecplase dan Streptokinase (Streptase). Di Indonesia umumnya tersedia Streptokinase dengan dosis pemberian 5%, diberikan secara drip infus selama 30-60 menit.
7. Tindakan Percutaneous Coronary Intervention (PCI) primer agioplasti koroner dengan atau tanpa pemasangan stent adalah terapi terpilih pada tatalaksana STEMI, bila dapat dilakukan kontak doctor-ballon atau door-ballon < 90 menit pada pusat kesehatan yang mempunyai fasilitas PCI terlatih.

9. Komplikasi

Komplikasi *Acute Coronary Syndrome* (ACS) menurut (Prasetyo, 2023) yaitu:

a. Syok kardiogenik

Syok kardiogenik disebabkan oleh penurunan kinerja miokard yang parah dan mengakibatkan penurunan curah jantung, hipoperfusi organ akhir dan hipoksi. Syok akrdiogenik merupakan komplikasi pada 5-10% infark miokard dengan elevasi segmen ST dan 2-3% pada sindrom koroner dengan elevasi segmen ST, dengan mortalitas berkisar antara 40% hingga 80%.

b. Penyakit jantung coroner

Penyakit jantung koroner merupakan keadaan lanjut dari ACS dimana terjadi gangguan fungsi jantung akibat jantung kekurangan darah karena adanya penyumbatan atau penyempitan pada pembuluh darah koroner akibat kerusakan lapisan dinding pembuluh darah yang ditandai dengan adanya nyeri dada, jika tidak segera ditangani PJK dapat mengakibatkan

kematian karena hilangnya fungsi jantung dan sistem pengontrol jantung.

c. Gagal jantung

Dalam fase akut dan subakut setelah STEMI, seringkali terjadi disfungsi miokardium. Bila revaskularisasi dilakukan segera dengan PCI atau trombolisis, perbaikan fungsi ventrikel dapat segera terjadi namun apabila terjadi jejas transmural dan/atau obstruksi mikrovaskuler terutama pada dinding anterior dapat terjadi komplikasi akut berupa kegagalan pompa dengan remodelling patologis disertai tanda dan gejala klinis kegagalan jantung yang dapat berakhir dengan gagal jantung kronik.

d. Aritmia dan gangguan konduksi dalam fase akut

Aritmia yang terjadi setelah reperfusi awal dapat berupa manifestasi dari kondisi berat yang mendasarinya, seperti iskemia miokard, kegagalan pompa, perubahan tonus otonom, hipoksia dan gangguan elektrolit (seperti hipokalemia) dan gangguan asam-basa.

1) Aritmia supraventricular, dalam beberapa kasus laju ventrikel menjadi cepat dan dapat menyebabkan gagal jantung sehingga perlu ditangani dengan segera.
2) Aritmia ventricular
3) Sinus brakikardi dan blok jantung, sinus brakikardi sering terjadi dalam beberapa jam awal STEMI, terutama pada infark inferior. Dalam beberapa kasus, hal ini disebabkan oleh karena opioid. Sinus bradikardi seringkali tidak memerlukan pengobatan. Bila disertai dengan hipotensi berat, sinus bradikardi perlu diterapi dengan atropin. Bila gagal dengan atropin.

e. Hipotensi

Keadaan ini dapat terjadi akibat gagal jantung, namun dapat juga disebabkan oleh hipovolemia, gangguan irama atau komplikasi

mekanis. Bila berlanjut hipotensi dapat menyebabkan gangguan ginjal, acute tubular nekrosis dan berkurangnya urin output.

f. Kongestif Paru

Ditandai dengan dispnea dengan ronki basah paru segmen basal, berkurangnya saturasi oksigen arterial, kongesti paru pada rontgen dada dan perbaikan klinis terhadap diuretik dan/ terapi vasodilator.

g. Komplikasi Kardiak

Beberapa komplikasi mekanis dapat terjadi secara akut dalam beberapa hari setelah STEMI :

1) Regurgitasi Katup Mitral
2) Ruptur Jantung
3) Ruptur Septum Ventrikel
4) Infark Ventrikel Kanan
5) Perikarditis
6) Aneurisma ventrikel kiri
7) Trombus ventrikel kiri

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Primer

1) Breath (B1): Sesak dengan aktifitas ringan atau istirahat, lebih dari 24 kali/menit, irama ireguler dangkal, ronchi, krekles, ekspansi dada tidak penuh, penggunaan otot bantu nafas, dyspnea (+), diberikan O2 tambahan.
2) Blood (B2): Terdengar suara jantung di S3 dan S4, suara jantung murmur (+), chest pain (+), CRT kembali > 2 detik, akral dingin, nadi lemah dan tidak teratur, takikardi, bradikardi, TD meningkat/menurun, edema, gelisah, kulit pucat, sianosis, hasil Ekg NSTEMI atau STEMI, peningkatan JVP, hasil pemeriksaan GDS tidak dalam batas normal/tinggi.

3) Brain (B3): Pupil isokor, refleks cahaya (+), refleks fisiologis (+)Kesadaran composmentis, tidak dipatakan sianosis perifer. Pengkajian objektif kien berupa adanya wajah meringis.
4) Bladder (B4): Oliguri, hematuria, output urin menurun Pemantauan oliguria pada klien karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik.
5) Blow (B5): Mukosa bibir lembab, penurunan nafsu makan, mual (+), muntah (-), konstipasi/diare, peristaltik usus meningkat/menurun. Kaji pola klien apakah sebelumnya terdapat peningkatakan konsumsi garam, pasien juga biasanya mengalami penurunan nafsu makan .
6) Bone (B6): Turgor kulit menurun, kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur, pergerakan ektremitas menurun dan tonus otot menurun.

b. Sekunder (Pola Gordon)
   1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan
      a) Data subjektif:

         Riwayat pola hidup yang tidak sehat, kebiasaan makan makanan yang berlemak sperti gorengan, minum alcohol, merokok, memiliki riwayat penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi dan DM, serta kebiasaan kurang berolahraga.

      b) Data objektif:

         Pasien memiliki pola hidup yang tidak sehat serta pasien tampak membatasi aktivitasnya.

   2) Pola Nutrisi dan Metabolik
      a) Data subjektif:

         Terjadi penurunan nafsu makan dan kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, mual, muntah dan penurunan berat badan.

      b) Data objektif:

Tampak kehilangan napsu makan, mual, muntah, penurunan berat badan yang signifikan, pembengkakan ekstremitas bawah, diet tinggi garam, penggunaan diuretik distensi abdomen, dll.

3) Pola Eliminasi
   a) Data subjektif:
      Perubahan pada berkemih seperti inkontinensia urine, anuria atau perubahan BAB seperti konstipasi, peristaltic usus meningkat/menurun.
   b) Data objektif:
      Distensi kandung kemih, distensi abdomen dan bising usus menurun, output urine menurun, urin berwarna pekat, oliguria.
4) Pola Aktivitas dan Latihan
   a) Data subjektif:
      Keterbatasan aktivitas karena kondisi klien yang lemah, cepat lelah, sesak napas dan nyeri dada.
   b) Data objektif:
      Keletihan, nyeri dada ketika beraktivitas, gelisah, dyspnea saat beraktivitas, perubahan tanda-tanda vital saat beraktivitas, dan perubahan status mental.
5) Pola Tidur dan Istirahat
   a) Data subjektif:
      Pada pasien ACS atau penyakit jantung lainnya biasanya istrahat dan tidurnya terganggu dikarenakan nyeri dada dan kecemasan yang dirasakan pasien.
   b) Data objektif:
      Tampak insomnia, gelisah, malaise, dyspnea saat beristirahat, kelelahan, ortopnea, palpebral inferior berwarna gelap, ketidakmampuan mempertahankan

posisi tidur dan nokturia, tampak ekspresi wajah mengantuk.

6) Pola Persepsi Sensorik dan Kognitif
   a) Data subjektif:
      Perasaan nyeri dan sulit berkonsentrasi
   b) Data objektif:
      Gelisah, gangguan proses pikir, kebingungan, perubahan daya ingat, penglihatan kabur, ganguan status mental, penurunan kesadaran.
7) Pola Persepsi dan Konsep Diri
   a) Data subjektif:
      Gangguan integritas egonya karena memikirkan bagaimana akan menghadapi pengobatannya, pasien juga sering putus asa, cemas dan mudah marah.
   b) Data objektif:
      Kecemasan, gelisah, mudah tersinggung, perubahan peran, ketidakmampuan menerima penyakit.
8) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama
   a) Data subjektif:
      Menarik diri dan lebih banyak merenung.
   b) Data objektif:
      Penurunan keikutsertaan dalam aktivitas social yang biasa dilakukan, gangguan komunikasi dan interaksi dengan orang lain.
9) Pola Reproduksi dan Seksualitas
   a) Data subjektif:
      Tidak ada penyimpangan
   b) Data objektif:
      Tidak ada penyimpangan
10) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stres
   a) Data subjektif:

Pasien tidak berdaya, stres dan putus asa, sering merasa cemas dan takut.

b) Data objektif:

Emosi yang berlebihan atau tidak bisa dikontrol, mudah marah dan tersinggung

11) Pola Sistem Nilai Kepercayaan

a) Data subjektif:

Tidak mampu atau mengalami keterbatasan dan menjalankan ibadah sesuai dengan kepercayaannya.

b) Data objektif:

Klien beribadah hanya di tempat tidur.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa ditegakkan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2016) menurut Black, J. M (2014) adalah sebagai berikut:

a. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Kontraktilitas (D.0008)
b. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)
c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi (D.0003)
d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan Aliran Arteri dan/atau Vena (D.0009)
e. Ansietas berhubungan dengan Ancaman Kematian (D.0080)

3. Luaran dan Intervensi Berdasarkan Diagnosa

Tabel 2.1 Luaran dan Intervensi berdasarkan Diagnosa

SDKI	SLKI	SIKI
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas (D.0008)	**Curah jantung Meningkat (L.02008)** dengan kriteria hasil: 1. Bradikardia cukup menurun 2. Suara jantung S4 cukup menurun 3. Tekanan darah cukup membaik	**Perawatan Jantung Akut (I.02076)**
		Observasi
		Identifikasi karakteristik nyeri dada
		Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
		Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan resiko aritmia (mis. Kalium, magnesium serum)
		Monitor saturasi oksigen

		Terapeutik
		Pertahankan tirah baring minimal 12 jam
		Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan

		Edukasi
		Anjurkan segera melaporkan nyeri dada
		Anjurkan menghindari maneuver (mis. Mengedan saat BAB atau batuk)
		Jelaskan tindakan yang dijalani pasien
		Kolaborasi
		Kolaborasi pemberian anti platelet, jika perlu

		Kolaborasi pencegahan thrombus dengan antikoagulan, jika perlu
		Kolaborasi pemeriksaan *x-ray* dada, jika perlu
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	**Tingkat nyeri Menurun (L.08066)** dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri cukup menurun 2. Meringis cukup menurun 3. Gelisah cukup menurun	**Manajemen nyeri (I.08238)**
		Observasi
		Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas

		Terapeutik
		Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam)

		Fasilitasi istirahat dan tidur
		Edukasi
		Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
		Jelaskan strategi meredakan nyeri
		Kolaborasi
		Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian (D.0080)	**Tingkat Ansietas Menurun (L.09093)** dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi cukup menurun 2. Perilaku tegang cukup menurun 3. Pola tidur cukup membaik	**Reduksi ansietas (I.09314)**
		Observasi
		Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)
		Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

		Terapeutik
		Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
		Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
		Edukasi
		Infomasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
		Latih teknik relaksasi
		Kolaborasi
		Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi (D.0003)	**Pertukaran Gas (L01003)** **Meningkat** dengan kriteria hasil: 1. Dyspnea cukup menurun 2. Gelisah cukup menurun 3. Takikardia cukup menurun	**Terapi Oksigen (I.01026)** **Observasi** Memonitor kecepatan aliran oksigen Memonitor posisi alat terapi oksigen
		Memonitor efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, AGD, jika perlu) Memonitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen **Terapeutik** Pertahankan kepatenan jalan napas Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi **Kolaborasi**

		Kolaborasi penentuan dosis oksigen
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan Aliran Arteri dan/atau Vena (D.0009)	**Perfusi Perifer Meningkat (L.02011)** dengan kriteria hasil: 1. Deyut nadi perifer cukup meningkat 2. Warna kulit pucat cukup menurun 3. Pengisian kapiler cukup membaik 4. Akral cukup membaik	**Perawatan Sirkulasi (I.02070)**
		Observasi
		Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, *ankle brachial index*)
		Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua,
		hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
		Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas
		Edukasi
		Anjurkan berhenti merokok

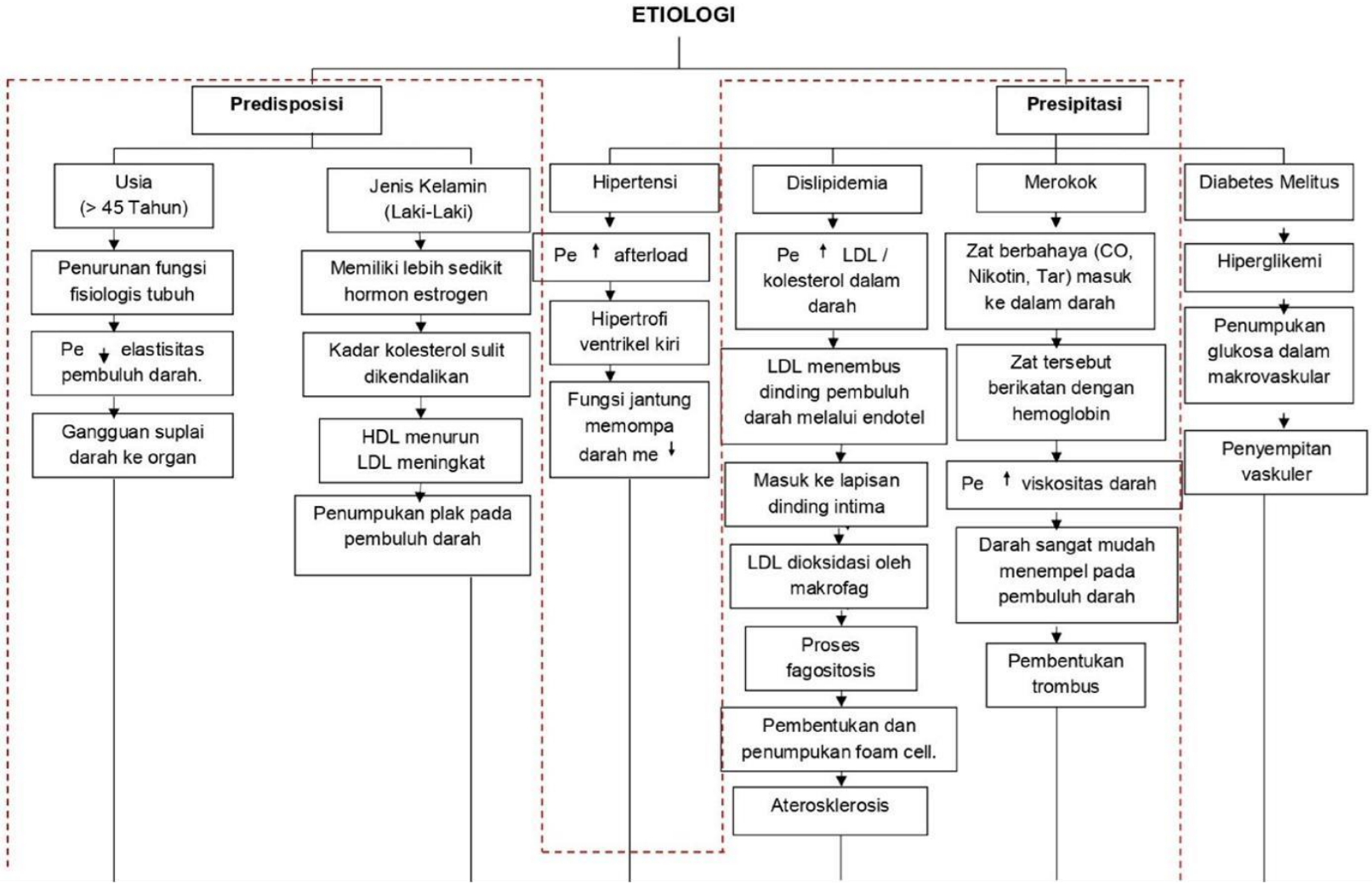
		Anjurkan berolahraga rutin
		Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
		Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3).

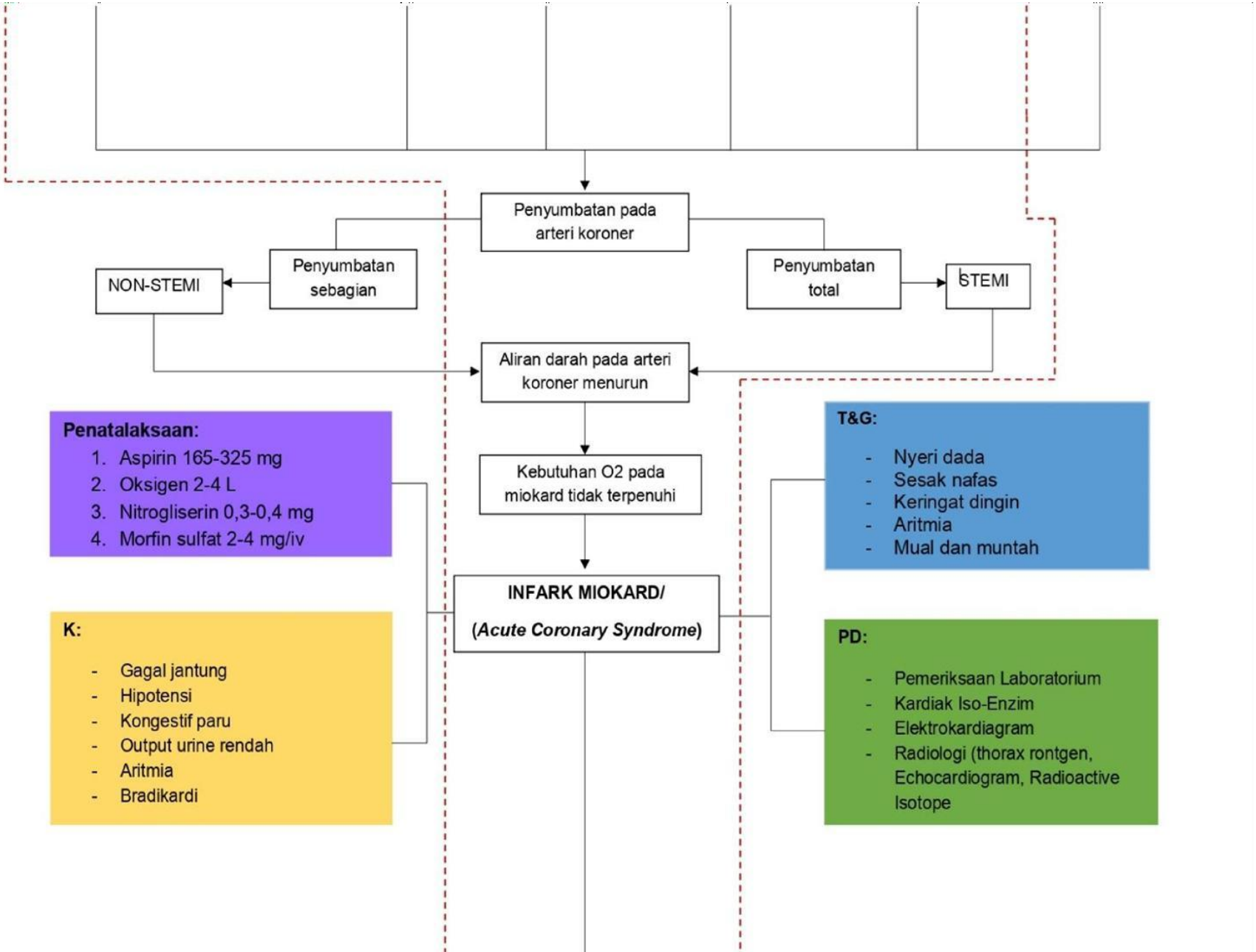
4. Discharge Planning

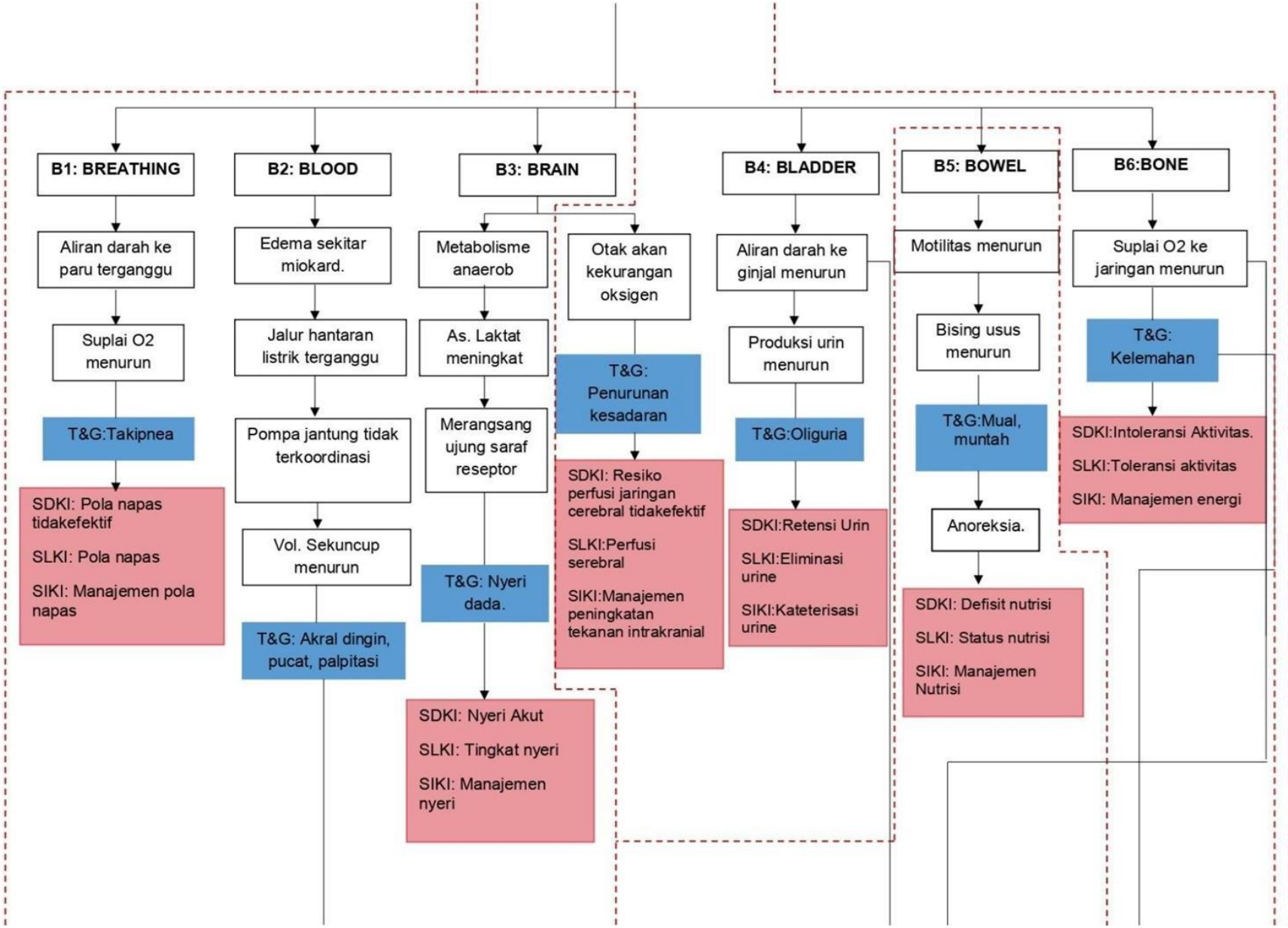
Adapun perawatan di rumah untuk penderita Acute Coronary Syndrome (ACS) secara garis besar menurut Meihanda & Darliana (2016) adalah sebagai berikut:

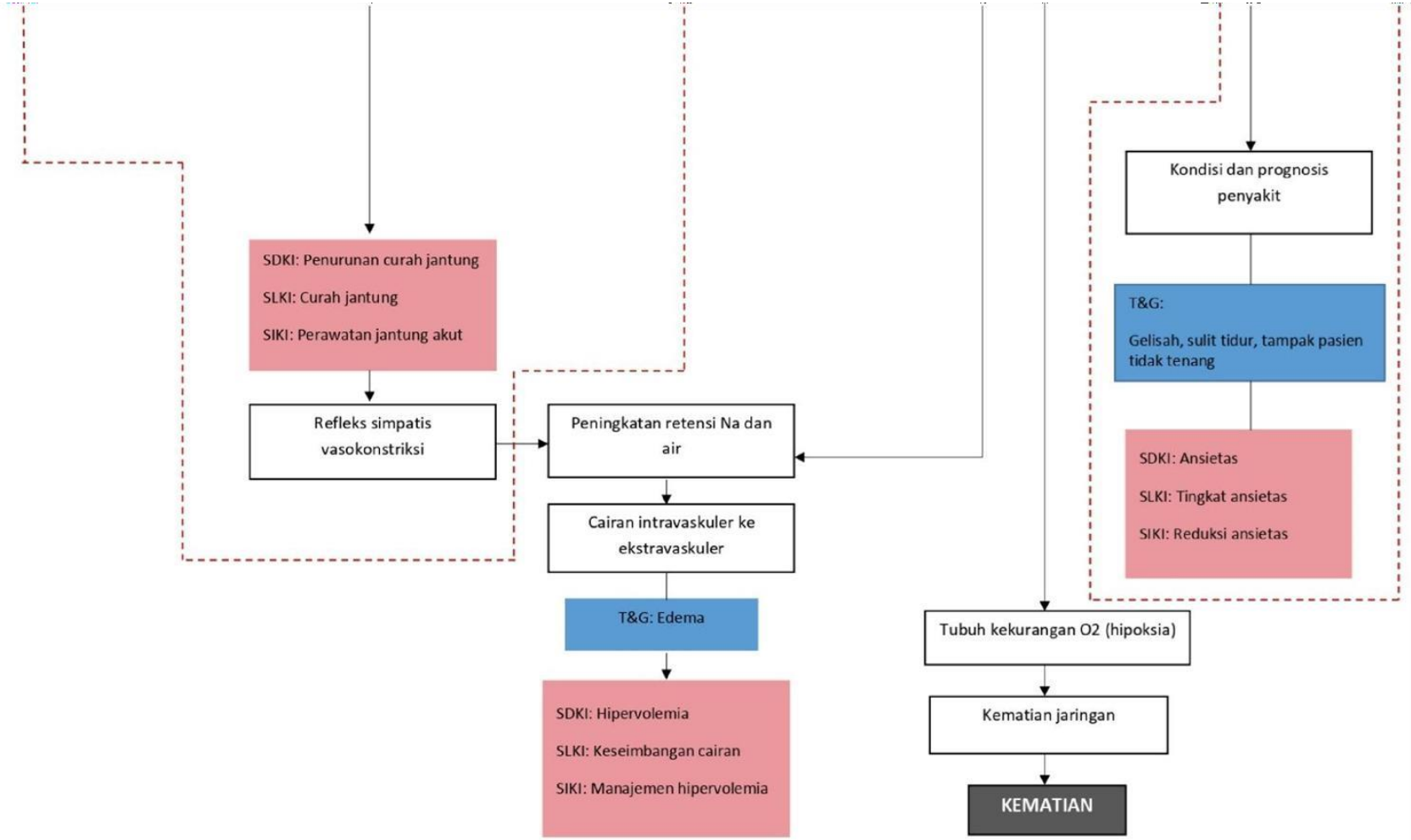
a. Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup dan mengurangi aktivitas yang berat
b. Periksakan diri ke dokter jika mengalami nyeri dada yang tidak bisa ditahan.
c. Hindari stress yang berlebih dan jaga pola tidur dengan baik
d. Rutin memeriksa kesehatan (medical check up) agar dapat mengetahui perkembangan kesehatan diri sendiri.
e. Hindari kebiasan merokok.
f. Menganjurkan pasien untuk diet rendah lemak, garam dan makan makanan berserat.

PATHWAY ACUTE CORONARY SYNDROM




Penyumbatan pada arteri koroner
Penyumbatan sebagian
NON-STEMI
Penyumbatan total
STEMI
Aliran darah pada arteri koroner menurun
Kebutuhan O2 pada miokard tidak terpenuhi
INFARK MIOKARD/
(Acute Coronary Syndrome)
Penatalaksaan:
1. Aspirin 165-325 mg
2. Oksigen 2-4 L
3. Nitrogliserin 0,3-0,4 mg
4. Morfin sulfat 2-4 mg/iv
K:
- Gagal jantung
- Hipotensi
- Kongestif paru
- Output urine rendah
- Aritmia
- Bradikardi
T&G:
- Nyeri dada
- Sesak nafas
- Keringat dingin
- Aritmia
- Mual dan muntah
PD:
- Pemeriksaan Laboratorium
- Kardiak Iso-Enzim
- Elektrokardiagram
- Radiologi (thorax rontgen, Echocardiogram, Radioactive Isotope


B1: BREATHING
Aliran darah ke paru terganggu
Suplai O2 menurun
T&G:Takipnea
SDKI: Pola napas tidakefektif
SLKI: Pola napas
SIKI: Manajemen pola napas
B2: BLOOD
Edema sekitar miokard.
Jalur hantaran listrik terganggu
Pompa jantung tidak terkoordinasi
Vol. Sekuncup menurun
T&G: Akral dingin, pucat, palpitasi
B3: BRAIN
Metabolisme anaerob
As. Laktat meningkat
Merangsang ujung saraf reseptor
T&G: Nyeri dada.
SDKI: Nyeri Akut
SLKI: Tingkat nyeri
SIKI: Manajemen nyeri
Otak akan kekurangan oksigen
T&G: Penurunan kesadaran
SDKI: Resiko perfusi jaringan cerebral tidakefektif
SLKI:Perfusi serebral
SIKI:Manajemen peningkatan tekanan intrakranial
B4: BLADDER
Aliran darah ke ginjal menurun
Produksi urin menurun
T&G:Oliguria
SDKI:Retensi Urin
SLKI:Eliminasi urine
SIKI:Kateterisasi urine
B5: BOWEL
Motilitas menurun
Bising usus menurun
T&G:Mual, muntah
Anoreksia.
SDKI: Defisit nutrisi
SLKI: Status nutrisi
SIKI: Manajemen Nutrisi
B6:BONE
Suplai O2 ke jaringan menurun
T&G: Kelemahan
SDKI:Intoleransi Aktivitas.
SLKI:Toleransi aktivitas
SIKI: Manajemen energi



Keterangan:

..... = Alur perjalanan penyakit pasien

Sumber:

Marlene (2016); Mutaqqin (2016); Padila (2019); PPNI (2018); Smeltzer (2017).

BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi kasus

Tn. M umur 68 tahun masuk rumah sakit Stella Maris Makasaar tanggal 24 Mei 2025 WITA jam 21.06 dengan diagnosa medik STEMI. Pasien masuk dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri. Pasien mengatakan nyeri dada sudah 1 minggu disertai nyeri ulu hati sejak 3 hari yang lalu kemudian pasien mengatakan pergi berobat ke Puskesmas dan pihak Puskesmas menyarankan pasien untuk ke Rumah Sakit. Nyeri dirasakan setelah pasien pulang dari tempat kerja, nyeri memberat skala 7 dirasakan pasien setelah habis mandi. Nyeri dirasakan saat beraktivitas, nyeri seperti tertusuk-tusuk dan hilang timbul. Pada saat pengkajian pasien masih mengeluh nyeri dada sebelah kiri tembus belakang disertai nyeri ulu hati, nyeri saat bergerak, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 hilang timbul. Pasien mengatakan ia memiliki riwayat jantung dan sudah pasang ring jantung di Rumah Sakit Wahidin sejak tahun 2007. Tampak pasien terpasang infus RL 16 tpm, tampak terpasang kateter, dan terpasang oksigen nasal kanul 5 liter/menit. Terapi yang diberikan kepada pasien Aspilet 80 mg/1x2/oral, Clopidogrel 75 mg/1x3/oral, Isosorbide Dinitrate 5mg/1x1/oral, Furosemide 40 mg/12jam/IV Lansoprasole 40 mg. Hasil pemeriksaan penunjungan foto thorax dengan kesan Cardiomegaly disertai Atherosklerosis, EKG dengan Kesan ST elevasi STEMI lead II, IV, abnormal T Wave lead I, V4,V5,V6 dan hasil laboratorium Troponin T 683.0 ng/L.

B. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Jeynivie Chrisanta Regar &
Jovan Vianey Pedro C. D
Tanggal : 25 Mei 2025
Nama Pasien/Usia : Tn. M / 68 Tahun
Diagnosa Medis : Chest pain + Dispnoe + STEMI

1. Pengkajian Primer

Tabel 3.1 Pengkajian Primer B1-B6

Breath (B1)	Pergerakan dada	- Tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu napas	- Tampak pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan
	Palpasi	- Vocal Fremitus : Teraba kiri dan kanan sama - Nyeri Tekan : tidak ada nyeri tekan yang dirasakan pasien - Krepitasi : tidak teraba adanya krepitasi
	Perkusi	- Sonor : terdengar bunyi sonor pada kedua lapang paru pasien

	Suara napas	- Vesikuler : Terdengar vesikuler, inspirasi lebih panjang dari ekspirasi
	Batuk	- Tidak produktif
	Sputum	- Tampak pasien tidak mengeluarkan sputum
	Alat bantu napas	- Ada Jenis : Nasal kanul 5 lpm
	Lain – lain	- P: 26x/menit N: 75x/menit Spo2: 98%
Blood (B2)	Suara jantung	- Terdengar suara gallop pada ICS 5 linea midclavikularis sinistra katub mitral
	Irama jantung	- Reguler
	CRT	- ≤ 3 detik
	JVP	- Normal (5-2 CmH2O)
	CVP	- Tidak ada
	Edema	- Tidak tampak ada edema

	EKG	- ST elevasi STEMI lead II, IV, abnormal T Wave lead I, V4,V5,V6
	Lain-lain	- Hasil Enzim Jantung: Troponin T 683.0 ng/L
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif : Compos mentis - Kuantitatif (GCS) : 15 (E4V5M6)
	Reaksi pupil : - Kanan - Kiri	- Tampak 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	- Tidak ada
	Urin	- Jumlah: 500 cc/8 jam

Bladder (B4)		- Warna: kuning jernih
	Kateter	- Ada, hari ke 3
		Jenis : kateter nomor 16
	Kesulitan BAK	- Tampak pasien tidak mengalami BAK
	Lain-lain	- Tidak ada
Bowel (B5)	Mukosa bibir	- Tampak mukosa bibir pasien lembab
	Lidah	- Tampak lidah bersih
	Keadaan gigi	- Lengkap, tidak memakai gigi palsu
	Nyeri telan	- Tidak ada nyeri telan
	Abdomen	- Tidak distensi
	Peristaltik usus	- Normal - Nilai: 10x/menit
	Mual	- Tidak
	Muntah	- Tidak

	Hematememsis	- Tidak
	Melena	- Tampak pasien tidak mengalami melena
	Terpasang NGT	- Tampak tidak terpasang NGT
	Terpasang colostomy bag	- Tampak tidak terpasang colostomy
	Diare	- Pasien tidak mengalami diare
	Konstipasi	- Tidak
	Asites	- Tampak tidak ada asites
	Lain-lain	- Tidak ada
Bone (B6)	Turgor	- Baik
	Perdarahan kulit	- Tidak ada
	Icterus	- Tidak ada
	Akral	- Hangat
	Pergerakan sendi	- Bebas

	Fraktur	- Tampak tidak ada fraktur
	Luka	- Tampak tidak ada luka
	Lain-lain	- Tidak ada

C. Diagnosa Keperawatan : (Berdasarkan Data Yang Diperoleh Saat Pengkajian Primer)

B-1: tidak ada masalah keperawatan

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

B-3 : tidak ada masalah keperawatan

B-4 : tidak ada masalah keperawatan

B-5 : tidak ada masalah keperawatan

B-6 : tidak ada masalah keperawatan

D. Tindakan Keperawatan Utama Yang Dilakukan : (Berdasarkan Diangnosa)

Diagnosa I : Penurunan curah jantung

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan Curah Jantung meningkat dengan kriteria hasil

1. Lelah cukup menurun
2. Dispnea cukup menutun
3. Tekanan darah cukup membaik
4. Diaphoresis cukup menurun
5. Kekuatan nadi perifer cukup meningkat
6. Bradikardia cukup menurun

SIKI : Perawatan Jantung

1. Monitor intake dan output cairan
2. Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung
3. Memberi posisi semi fowler
4. Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen
5. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
6. Kolaborasi pemberian nitrogliserin

2. Pengkajian Sekunder

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan kesehatan penting bagi kita untuk melakukan segala aktivitas dengan lancar dan maksimal. Pasien mengatakan jika sakit pasien hanya beristirahat di rumah. Jika pasien tidak kunjung sembuh, barulah pasien pergi ke rumah sakit. Pasien mengatakan sering merokok dan belum bisa berhenti merokok. Pasien mengatakan dalam sehari bisa menghabiskan 1-2 bungkus rokok. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah jaga pola makan, keluarga mengatakan pasien selalu makan coto makassar, daging ayam dan suka makan makanan berlemak. Keluarga pasien mengatakan ketika pasien di tegur, pasien tidak mau mendengar dan pasien selalu mengatakan makan atau tidak makan pasti akan meninggal juga.

2) Riwayat penyakit saat ini :

Keluarga pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri sampai ulu hati. Nyeri dirasakan saat setelah pasien pulang dari kebun. Nyeri mulai memberat skala 7 dirasakan pasien setelah habis mandi. Nyeri dirasakan hilang timbul dan terasa seperti tertusuk-tusuk. Pasien mengeluh nyeri pada dada sampai ulu hati nyeri memberat sejak malam jam 19.30. Karena nyeri yang dirasakan tidak tertahankan maka keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke RS jam 20.00. Pada saat pengkajian nyeri masih dirasakan hilang timbul, skala nyeri 7, nyeri dirasakan jika banyak bergerak, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan dirasakan di dada hingga ulu hati

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat jantung sejak tahun 2007 dan DM tetapi pasien tidak mengkonsumsi obat rutin.

4) Riwayat kesehatan lainnya:

Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang di derita keluarga

a) Pemeriksaan fisik :

(1) Kebersihan rambut: Tampak rambut berwarna hitam

(2) Kulit kepala: Tampak bersih, tidak ada ketombe, tidak ada lesi, tidak berbau, dan tekstur kepala keras

(3) Kebersihan kulit: Tampak kulit bersih, tidak keriput

(4) Hygiene kulit: Tampak mulut bersih, tidak ada rahang mukosa, tidak ada sariawan

(5) Kebersihan genetalia: Tampak bersih

(6) Kebersihan anus: Tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x dalam sehari dengan menu nasi, sayur dan ikan. Pasien mengatakan biasa mengkonsumsi coto Makassar, daging ayam, dan suka makan makanan berlemak. Pasien mengatakan biasa mengkonsumsi air putih 5 - 6 gelas per hari. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang mengkonsumsi vitamin dan makan serat.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan makan seperti biasa 3 kali sehari dengan menu yang diberikan oleh petugas rumah sakit dan minum air 1-2 gelas aqua kecil

3) Observasi:

Tampak pasien pasien hanya makan 5-6 sendok bubur saja dan menghabiskan 1 gelas air aqua kecil

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut: tampak rambut bersih dan beruban

b) Hidrasi kulit: hidrasi kulit kembali > 3 detik

c) Palpebra/conjungtiva: tampak palpebra tidak edema/ conjungtiva tampak anemis
d) Sclera: tampak tidak ikterik
e) Hidung: tampak bersih
f) Rongga mulut: tampak bersih, tidak ada radang mukosa
g) Gusi: tampak tidak ada peradangan
h) Gigi: tampak gigi bersih dan utuh
i) Gigi palsu: tampak tidak ada gigi palsu
j) Kemampuan mengunyah keras: tampak pasien mampu mengunyah
k) Lidah: tampak bersih
l) Pharing: tampak tidak ada peradangan
m) Kelenjar getah bening: tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis: tidak teraba pembesaran
o) Abdomen:
   (1) Inspeksi: tampak perut datar
   (2) Auskultasi: peristaltik usus 18x/ menit
   (3) Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
   (4) Perkusi: terdengar suara timpani
p) Kulit:
   (1) Edema: Positif Negatif √
   (2) Icterik: Positif Negatif √
   (3) Tanda-tanda radang: tampak tidak ada
q) Lesi: tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, warna kekuningan dan BAK ± 4 kali sehari warna kekuningan dengan jumlah ± 150-200cc. Pasien mengatakan mampu mengontrol keinginan berkemih dan BAB.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien belum BAB sejak 1 minggu yang lalu, dan saat dirawat di ICU 1 hari pasien belum BAB

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan pempers, tampak pasien menggunakan kateter, urin 500cc/8jam, warna kuning pekat kecoklatan.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Peristaltik usus: 5 x/menit

b) Palpasi kandung kemih: Penuh Kosong √

c) Nyeri ketuk ginjal: Positif Negatif √

d) Mulut uretra: tidak dikaji

e) Anus:

(1) Peradangan: Tidak dikaji

(2) Hemoroid: Tidak dikaji

(3) Fistula: Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan aktivitas sehari-hari yaitu menjadi seorang penyanyi di café atau event-event acara. Pasien saat jarang tinggal di rumah karena kegiatannya apa kagi disaat diundang di acara-acara untuk dia hadiri sebagai seorang penyanyi.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan tetap melakukan aktivitasnya sebagai seorang penyanyi, kecuali pasien merasa tidak enak badan pasien hanya beristirahat dirumah.

3) Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. Tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga dalam melakukan aktivitas

sehari-hari

a) Aktivitas harian :

Makan: 2 Keterangan:
Mandi: 2 0: Mandiri
Pakaian: 2 1: Bantuan dengan alat
Kerapihan: 2 2: Bantuan orang
Buang air kecil: 3 3: Bantuan alat dan orang
Buang air besar: 3 4: Bantuan penuh
Mobilisasi di tempat tidur: 2

b) Postur tubuh: Tidak dikaji, karena pasien lemah dan berbaring di tempat tidur
c) Gaya jalan: Tidak dikaji, karena pasien lemah dan berbaring di tempat tidur
d) Anggota gerak yang cacat: Tidak ada
e) Fiksasi: Tidak ada
f) Tracheostomy: Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik :

a) Tekanan darah: 148/70mmHg
b) Duduk: - mmHg
c) Berdiri: - mmHg Kesimpulan:
d) HR: 75 x/menit
e) Kulit: Keringat dingin: Tidak ada Basah: Tidak ada
f) JVP: 5-2 cmH2O
Kesimpulan: Pemompan vertrial memadai
g) Perfusi pembuluh kapiler kuku: kembali dalam waktu > 3 detik

h) Thorax dan pernapasan:

(1) Inspeksi :

Bentuk thorax: Tampak simetris antara kiri dan kanan

Retraksi intercostal: Tidak ada

Sianosi: Tidak ada

Stidor: Tidak ada

(2) Palpasi: Getaran pada dinding dada kanan dan kiri sama

(3) *Vokal promitus:* Getaran pada kedua lapang paru kanan dan kiri sama

Krepitasi: Tidak ada

(4) Perkusi: Sonor

i) Jantung

(1) Inspeksi: Ictus cordis: Berada pada ICS 5 midclavicularis sinistra, tidak tampak

(2) Palapasi: Ictus cordis: 46 x/i

(3) Perkusi

(a) Batas atas jantung: ICS 2 linea sternalis sinstra

(b) Batas bawah jantung: ICS 5 linea midclavicularis sinistra

(c) Batas kanan jantung: ICS 2 linea sternalis dextra

(d) Batas kiri jantung: ICS 6 linea axillaris anterior sinistra 4) Auskultasi

(e) Bunyi jantung II A: Tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra

(f) Bunyi jantung II P: Tunggal, ICS 2 linea sternalis sinistra dan ICS 3 sternalis sinistra

(g) Bunyi jantung I T: Tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

(h) Bunyi jantung I M: Tunggal, ICS 5 linea midclavicularis sinistra

(i) Bunyi jantung III irama gallop: Tidak ada
(j) Bunyi jantung IV (S4): Ada, bunyi gallop
(k) Murmur: Tidak ada
(l) Bruit: Aorta: Tidak ada
A. Renalis: Tidak ada A. Femoralis: Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien tidak bagus, dalam sehari pasien hanya tidur ± 4-5 jam. Pasien mengatakan jarang tidur siang, karna sibuk bekerja. Pasien mengatakan ketika bangun dipagi hari pasien merasa segar dan dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari. Pasien mengatakan ketika tidur suka dalam suasana gelap dan menggunakan kipas angin.

2) Keadaan sejak sakit: Pasien mengatakan hanya bisa baring ditempat tidur dan bisa merasakan tidur siang. Pasien mengatakan bosan bila tidur terus tetapi demi kesehatan pasien ikut perintah dari dokter dan perawat.

3) Observasi:

a) Ekspresi wajah mengantuk: Positif Negatif √
b) Banyak menguap: Positif Negatif √
c) Palpebra inferior berwarna gelap: Positif Negatif √

f. Pola Persepsi dan Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit pendengaran dan penglihatan pasien baik, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran tapi menggunakan kaca mata. Pasien mengatakan mampu mengenali orang sekitar, lingkungan, dan mampu mengenal waktu.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan bila ingin melihat hp baru menggunakan kacamata dan pasien mampu mendengar bila dokter dan perawat ajak bicara

3) Observasi:
4) Pemeriksaan fisik :
   a) Penglihatan
      (1) Kornea: tampak jernih
      (2) Pupil: tampak isokor kanan dan kiri
      (3) Lensa mata: tamapak jernih
      (4) Tekanan intra okuler (TIO): teraba sama kiri dan kanan
   b) Pendengaran
      (1) Pina: tampak simetris kiri dan kanan
      (2) Kanalis: tampak bersih
      (3) Membran timpani: tampak utuh

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga Pasien mengatakan ia adalah seorang kepala keluarga. Pasien mengatakan memiliki 1 orang istri dan 3 orang anak. pasien tinggal dengan anak-anak dan istrinya. Pasien mengatakan jarang merasa frustasi atau putus asa karena anakanaknya selalu mendukung dalam keadaan apapun.

2) Keadaan sejak sakit:Pasien mengatakan senang karena anak dan istrinya selalu ada saat ia sakit. Pasien mengatakan saat beruntung memiliki istri yang setia memanami ia dalam keadaan sehat maupun sakit.
3) Observasi:
   a) Kontak mata: tampak fokus
   b) Rentang perhatian: tampak pasien perhatian saat

bicara

c) Suara dan cara bicara: terdengar jelas saat pasien bicara

d) Postur tubuh: tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik:

a) Kelainan bawaan yang nyata: tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh: tidak dikaji

c) Kulit: tidak ada lesi

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaaan sebelum sakit:

Keluarga Pasien mengatakan tinggal bersama istri dan anaknya. Pasien memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan keluarga. Pasien juga mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan tetangga di sekitar rumah.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga Pasien mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarga, dan perawat tetap terjalin dengan baik.

3) Observasi:

Tampak pasien selalu dikunjungi keluarga

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum saat:

Keluarga pasien mengatakan tidak ada gangguan atau perubahan pada sistem reproduksi

2) Keadaan sejak sakit:

Tidak dikaji

3) Observasi:

Tidak dikaji

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan jika ada masalah pasien selalu

menceritakan kepada istri dan anaknya untuk bersama-sama mencari solusi untuk masalah tersebut.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mangatakan sejak sakit pasien merasa kwatir karena penyakitnya dan pasien juga merasa cemas karena memikirkan keluarganya.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan ia rajin sholat 5 waktu

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak pernah lagi melaksanakan sholat karena kondisi pasien kurang memungkinkan

3) Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur dan mendengarkan sholawatan

E. Pemeriksaan Penunjang

1. Tanggal 24-05-2025 10:52

Troponin T

Test	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Troponin T	683.0	<50	ng/L

2. Foto Thorax 23-05-2025 21:07

Kesan: cardiomegaly disertai atherosclerosis

3. EKG 24-05-2025

Hasil: ST Elevasi STEMI lead II,IV, abnormal T wave lead I,V4,V5,V6

F. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS : - Pasien mengatakan sesak sejak 1 minggu yang lalu dan memberat sejak 2 jam yang lalu sebelum masuk rumah sakit muncul bersamaan dengan nyeri - Pasien mengatakan sesak bertambah terutama saat melakukan aktivitas - Pasien mengatakan sering mengalami kelelahan saat sedang beraktivitas maupun istirahat DO : - Pasien tampak lemah - Pasien tampak sesak - Nadi perifer teraba lemah - Kulit teraba dingin - Tampak pasien diaphoresis - TTV : • TD : 148/70 mmHg • N : 75x/menit • S : 36,5 • P : 27x/menit • SpO2 : 95% • CRT: ≤ 3 detik	Perubahan afterload	Penurunan curah jantung (D.0008)

	- Hasil EKG : ST elevasi STEMI lead II,IV, abnormal T Wave lead I,V4,V5,V6 - Hasil Foto Rontgen : Cardiomegaly disertai Atherosklerosis - Pemeriksaan Troponin T : 683.0 ng/L		
2.	DS : - Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri sejak 3 hari yang lalu dan dirasakan semakin memberat sejak 2 jam yang lalu - **P** : Nyeri di rasakan secara tiba-tiba **Q** : Nyeri seperti tertusuk-tusuk **R** : Nyeri pada dada sebelah kiri menjalar ke bahu dan lengan kiri hingga punggung **S** : Skala nyeri 7 **T** : Nyeri dirasakan terus-menerus DO : - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak diaphoresis - TTV : • TD : 148/70 mmHg	Agen pencedera fisiologis	Nyeri Akut (D.0077)

	• P : 27x/menit		
3.	DS : - Pasien mengeluh sesak bertambah saat beraktivitas - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas - Pasien mengatakan lemas DO : - Tampak pasien sesak - Tampak pasien dibantu oleh keluarga - Tampak pasien dibantu oleh perawat - TD: 148/70 mmHg - N: 75x/menit	Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas (D.0056)

G. Diagnosis Keperawatan

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

No.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
I	Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload dibuktikan dengan dispnea, lelah, tekanan darah meningkat dan nadi perifer teraba lemah
II	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, tekanan darah meningkat dan diaphoresis
III	Intoleransi aktivitas b/d Ketidakseimbangan suplai dankebutuhan oksigen

H. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.4 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload (D.0011)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan Curah Jantung (L.02008) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Lelah cukup menurun 2. Dispnea cukup menutun 3. Tekanan darah cukup membaik 4. Diaphoresis cukup menurun 5. Kekuatan nadi perifer cukup meningkat 6. Bradikardia cukup menurun	**Perawatan Jantung (I.02075)** Observasi : 1. Monitor intake dan output cairan 2. Identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung Terapeutik: 1. Posisikan pasien semi-fowler 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen Edukasi : 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian nitrogliserin

Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri cukup menurun 2. Meringis cukup menurun	**Manajemen Nyeri (I.08238)** Observasi : 1. Indentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitas istirahat dan tidur Edukasi : 1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredahkan nyeri 3. Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian obat ISDN nitrogliserin

Intoleransi aktivitas b/d Kelemahan (D0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Keluhan lelah menurun 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari cukup meningkat 3. Dispnea saat aktivitas cukup menurun 4. Perasaan lemah menurun	**Manajemen Energi (I.05178)** Obsevasi : 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 4. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya,suara,kunjungan) 2. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi : 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan (diet rendah lemak dan rendah garam)

I. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Waktu	Diagnosis Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Perawat
25/05/2025	08.00	I,II	Memberikan posisi semi-fowler pada pasien Hasil : - Pasien mengatakan sedikit nyaman namun masih merasa sesak	Jey
	08.10 08.10	I,II,III III	Mengobservasi TTV: TD: 150/77 mmHg N: 89 x/menit S: 36,3 P: 26x/menit Spo2: 98% Melakukan pemasangan	Jovan

			oksigen pada pasien Hasil : - Pasien diberikan oksigen Nasal kanul 5 lpm	
	08.20	II	Memberikan relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri Hasil : - Tampak pasien melakukan relaksasi napas dalam	Jovan
	09.00	I,II,III	Melakukan pemeriksaan EKG pada pasien Hasil : - Tampak hasil EKG ST elevasi - STEMI lead II,IV, abnormal T	Jey

	10.00	I,II,III	Wave lead I,V4,V5,V6 Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat pada pasien Hasil : - Isosorbide dinitrat (ISDN) 5mg/oral - Aspilet 80 mg/oral - Clopidogrel 75mg/oral - Ceftriaxone 2gr/IV - Furosemide 40mg/IV	Jovan
	10.15	II	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : - Membatasi	Jey

	10.30	III	jumlah keluarga yang menemani pasien Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Hasil : - Tampak pasien memahami anjuran perawat	Jey
	12.35	III	Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil : - Menutup sampiran pada sisi tempat tidur agar pasien dapat beristirahat	Jovan
	13.20	II	Melakukan pengkajian nyeri secara komperehensif meliputi lokasi,	Jey

			karakteristik, frekuensi dan intensitas nyeri Hasil : P: Pasien mengataka n nyeri berkurang namun nyeri dada masih terasa saat bergerak dan beristirahat Q: Nyeri dirasakan seperti tertindih beban berat R: Nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri menyebar ke bahu dan lengan sebelah kiri	

			tembus belakang S: Skala nyeri 6 T: Nyeri dirasakan terus-menerus tampak masih pasien meringis kesakitan	
26/05/2025	08.30	I,II,III	Mengobservasi TTV: TD: 139/72 N: 93x/menit P: 22x/menit S: 36,8 Spo2: 99% Urine: 290cc	Jovan
	09.25	II	Monitor keluhan nyeri dada Hasil:	Jey

			Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada area dada - Nyeri dirasakan kurang lebih 2 menit, nyeri muncul secara tiba-tiba, seperti tertuuk-tusuk - Pasien mengatakan jika nyeri muncul berada pada skala 6	
	10.00	III	Memberikan posisi semi-fowler pada pasien Hasil : - Pasien mengatakan sedikit nyaman namun	Jovan

			masih merasa sesak	
	10.05 <

			- Ceftriaxone 2gr/IV - Furosemide 40mg/IV	
	11.00	II	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : - Membatasi jumlah keluarga yang menemani pasien	Jey
	11.05	III	Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Hasil : - Tampak pasien memahami anjuran perawat	Jovan
	12.15	III	Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil :	Jey

			- Menutup sampiran pada sisi tempat tidur agar pasien dapat beristirahat	
	13.45	II	Melakukan pengkajian nyeri secara komperehensif meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi dan intensitas nyeri Hasil : P: Pasien mengataka n nyeri berkurang namun nyeri dada masih terasa saat bergerak dan beristirahat	Jovan

			Q: Nyeri dirasakan seperti tertindih beban berat R: Nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri menyebar ke bahu dan lengan sebelah kiri tembus belakang S: Skala nyeri 5 T: Nyeri dirasakan terus-menerus tampak masih pasien meringis kesakitan	
27/05/2025	08.00	I,II,III	Mengobservasi TTV TD: 139/61	Jey

	09.00	III	N: 64x/menit P: 22x/menit S: 36.0 Spo2: 99% Fasilitasi istirahat dan tidur Hasil: - Tampak pasien beristirahat	Jovan
	10.35	I,II,III	Memberikan posisi semi-fowler pada pasien Hasil : - Pasien mengatakan sedikit nyaman namun masih merasa sesak	Jey
	10.40	II	Memberikan relaksasi napas	Jovan

			dalam untuk mengurangi nyeri Hasil : - Tampak pasien melakukan relaksasi napas dalam	
	11.00	I,II,III	Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat pada pasien Hasil : - Isosorbit dinitrat (ISDN) 5mg/oral - Aspilet 80 mg/oral - Clopidogrel 75mg/oral - Ceftriaxone 2gr/IV - Furosemide 40mg/IV Mengontrol	Jey

	11.20	II	lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : - Membatasi jumlah keluarga yang menemani pasien	Jovan
	11.40	III	Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Hasil : - Tampak pasien memahami anjuran perawat	Jey
	13.15	II	Melakukan pengkajian nyeri secara komperehensif meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi dan intensitas nyeri Hasil :	Jovan

			P: Pasien mengataka n nyeri berkurang namun nyeri dada masih terasa saat bergerak dan beristirahat Q: Nyeri dirasakan seperti tertindih beban berat R: Nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri menyebar ke bahu dan lengan sebelah kiri tembus belakang S: Skala nyeri 4	

	13.30	III	T: Nyeri dirasakan terus-menerus tampak masih pasien meringis kesakitan Fasilitasi istirahat dan tidur Hasil: - Tampak pasien beristirahat	Jey

J. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
25/05/2025	Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload S : - Pasien mengatakan masih merasa lemas - Pasien mengatakan masih merasa nyeri dada sebelah kiri O : - Tampak tekanan darah cukup membaik - Tampak bradikardia cukup meningkat - Masih terdengar irama jantung gallop cukup membaik A : Masalah penurunan jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor aritmia (kelainan irama jantung dan frekuensi) - Monitor elektrolit yang dapat meningkat resiko aritmia (mis. Kalium, magnesium serum) - Monitor saturasi oksigen - Memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat - Pertahankan tirah baring minimal 12 jam - Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan - Anjurkan menghindari manuver valsava (mis. Mengedan saat BAB atau batuk) - Kolaborasi pemberian antipletelet, jika perlu	

	- Kolaborasi pencegahan thrombus dengan antikoangulan - Kolaborasi pemberian obat untuk mencegah manuver valsava (mis. Pelunak tinja, antiemetik)	
	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis S : - P : Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak - Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Pasien mengatakan nyeri tembus sampai ke belakang - S : Pasien mengatakan nyeri dirasaka skala 6 - T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul O : - Keluhan nyeri cukup menurun - Tampak pasien meringis - Tampak pasien masih gelisah A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	

	- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (*massege therapy*) - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan S : - Pasien mengatakan dirinya merasa lelah dan tubuhnya lemah O : - Tampak pasien bertambah sesak jika banyak bergerak - Tampak pasien sering terbangun saat tidur A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelehan fisik dan emosional - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
26/05/2025	Penurunan curah jantung b/d Perubahan afterload S : - Pasien mengatakan sudah merasa agak membaik dibandingkan kemarin	

	O : - Tampak tekanan darah cukup meningkat - Tampak bradikardia cukup membaik A : Masalah penurunan jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor aritmia (kelainan irama jantung dan frekuensi) - Monitor elektrolit yang dapat meningkat resiko aritmia (mis. Kalium, magnesium serum) - Monitor saturasi oksigen - Memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat - Pertahankan tirah baring minimal 12 jam - Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan - Anjurkan menghindari manuver valsava (mis. Mengedan saat BAB atau batuk) - Kolaborasi pemberian antipletelet, jika perlu - Kolaborasi pencegahan thrombus dengan antikoangulan - Kolaborasi pemberian obat untuk mencegah manuver valsava (mis. Pelunak tinja, antiemetik) Nyeri akut b/d Agen pencedera fisiologis S : - P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak	

	- Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk - R: Pasien mengatakan nyeri dada sampai belakang - S: Pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 4 - T: Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul O : - Tampak wajah pasien meringis jika timbul nyeri - Tampak pasien masih mengeluh nyeri - Tampak pasien masih gelisah A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (massege therapy) - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Intoleransi aktifitas b/d kelemahan S : - Pasien mengatakan dirinya merasa lelah dan tubuhnya lemah	

	O : - Tampak pasien bertambah sesak jika banyak bergerak A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
27/05/2025	Penurunan curah jantung b/d Perubahan afterload S : - Pasien mengatakan masih merasa lemas O : - Tampak tekanan darah cukup membaik - Tampak bradikardia cukup meningkat A : Masalah penurunan jantung belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis S :	

	- P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak - Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk - R: Pasien mengatakan nyeri dada sampai belakang - S: Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada skala3 - T: Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul O : - Tampak pasien masih meringis saat merasakan nyeri A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri - Ideentifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Intoleransi aktivitas b/d kelelahan S : - Pasien mengatakan merasa kelelahan O :	

	- Tampak pasien diberikan diet rendah lemak dan rendah garam (RGRL) A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelemahan fisik dan emosional - Monitor fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Tn M umur 68 tahun dengan diagnosa *Acute Coronary Syndrome* (ACS*)* di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Stella maris Makassar yang dilakukan selama 3 hari yaitu 24 mei – 26 mei 2025. Dalam proses keperawatan perlu menggunakan metode ilmiah sebagai pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan untuk membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan guna mencapai tujuan keperawatan yaitu meningkatkan, mempertahankan Kesehatan atau membuat pasien yang kritis dalam menghadapi kematian. Proses keperawatan ada lima tahap, dimana pada tahap ini secara Bersamasama membentuk lingkaran pemikiran dan Tindakan kontiniu, yang mengulangi kontak dengan pasien. Tahap-tahap dalam proses keperawatan adalah sebagai berikut

1. Pengkajian Keperawatan Kritis

a. B1(Breathing)

Pada teori pengkajian breathing yang didapatkan bentuk dada simetris, sesak dengan aktifitas ringan atau istirahat, RR lebih dari 24 kali/menit, irama ireguler dangkal, ronchi, krekles, ekspansi dada tidak penuh, penggunaan otot bantu nafas, dyspnea (+), diberikan O2 tambahan(Sakarya & Of, 2018).

Tetapi pada hasil pengkajian didapatkan pasien tidak sesak, pasien tidak menggunakan otot bantu napas tambahan, RR pasien normal 26x/menit, dan pasien diberikan oksigen tambahan via nasal kanul 5 liter. Pasien diberikan oksigen untuk menjaga SpO2 lebih dari 98%

untuk meningkatan jumlah oksigen yang dialirkan ke miokard, penambahan oksigen akan mengurangi nyeri yang berhubungan dengan iskemik miokard. Oksigen merupakan penanganan awal untuk pasien acute coronary syndrome.

Dari hasil Analisa kasus dan literatur kemungkinan ditinjau dari teori dan kasus disebabkan oleh ketidakadekuat sirkulasi darah ke jaringan. Dikarenakan oleh kongesti paru atau penumpukan cairan pada rongga interstisial dan alveoli paru (kantung tempat pertukaran oksigen dan karbon dioksida). Cairan tersebut akan menghambat pengembangan paru-paru sehingga mangalami kesulitan bernafas sehingga suplai oksigen ke jaringan berkurang yang menyebabkan penurunan perfusi sistemik.

b. B2 (Blood)

Pada teori pengkajian blood didapatkan terdengar suara jantung di S3 dan S4, suara jantung murmur (+), chest pain (+), CRT kembali > 2 detik, akral dingin, nadi lemah dan tidak teratur, takikardi, bradikardi, TD meningkat/menurun, edema, gelisah, kulit pucat, sianosis, hasil Ekg NSTEMI atau STEMI, peningkatan JVP, hasil pemeriksaan GDS tidak dalam batas normal/tinggi (Sakarya & Of, 2018).

Tetapi pada hasil pengkajian terdengar suara jantung di S4 ICS 5, irama gallop, gambaran STEMI inferior, dan pasien mengalami bradikardi N: 82x/menit.

Dari hasil Analisa kasus dan literatur kemungkinan ditinjau dari teori dan kasus menandakan adanya peradangan pada perikardium (selaput pembungkus jantung). Bunyi derap langkah kuda biasanya menandakan kondisi gagal jantung. Pada Infark Miokard Akut ST-elevasi (STEMI) terjadi oklusi total arteri koroner sehingga menyebabkan daerah infark yang lebih luas meliputi seluruh miokardium, yang pada pemeriksaan EKG ditemukan adanya elevasi

segmen ST STEMI biasanya terjadi ketika aliran darah coroner berkurang secar drastis setelah adanya oklusi trombotik pada arteri koronaria yang sebelumnya terkena atherosclerosis. STEMI terjadi ketika thrombus pada arteri koronaria berkembang dengan cepat pada sisi pembuuh darah yang terluka. Bradikardi terjadi akibat oklusi bagian proksimal right coronary artery (RCA) menyebabkan infark inferior, tetapi dapat juga melibatkan dinding posterior, ventrikel kanan, dan sistem konduksi, sehingga sering menimbulkan manifestasi klinis sinus bradikardi. Sinus bradikardi dapat juga terjadi akibat respons vasovagal terhadap nyeri dada berat atau akibat refleks iskemi dari arteri sinoatrial yang 60% vaskularisasinya dari RCA. Penyebab lain bradikardi disebabkan oleh AV blok karena stimulasi vagal atau iskemi AV node.

c. B3 (Brain)

Pada teori pengkajian brain didapatkan Pupil isokor, refleks cahaya (+), refleks fisiologis (+) kesadaran biasanya compos mentis (Sakarya & Of, 2018) Tetapi pada hasil pengkajian pada kasus didapatkan kesadaran pasien compos mentis, pupil isokor, refleks cahaya (+), dan refleks fisiologis (+). Dari hasil Analisa kasus dan literatur kemungkinan ditinjau dari teori dan kasus terjadi kesamaan dimana suplai oksigen ke otak masih dalam kebutuhan normal sehingga tubuh masih bisa dikontrol oleh hypothalamus.

d. B4 (Bladder)

Pada teori pengkajian bladder didapatkan Oliguri, hematuria, output urin menurun (Sakarya & Of, 2018) tetapi pada hasil pengkajian pada kasus didapatkan produksi urin pasien baik dengan jumlah urine 700 cc/6 jam dengan warna kuning .

e. B5 (Bowel)

Pada teori pengkajian bowel didapatkan Mukosa bibir kering, penurunan nafsu makan, mual (-), muntah (-), konstipasi/diare, peristaltik usus meningkat/menurun (Sakarya & Of, 2018) tetapi pada hasil pengkajian pada kasus didapatkan pasien tidak mengalami penurunan nafsu makan, mual, muntah dan peristaltic usus normal 18x/menit.

f. B6 (Bone)

Pada teori pengkajian bone didapatkan Turgor kulit menurun (Sakarya & Of, 2018) tetapi pada hasil pengkajian pada kasus didapatkan tidak ada penurunan turgor kulit. Dari hasil analisa kasus dan literature kemungkinan ditinjau dari teori dan kasus dikarenakan adanya kekurangan volume cairan yang menyebabkan cardiac output menurun sehingga jantung tidak mampu memompa darah ke daerah perifer yang mengakibatkan daerah perifer pucat, akral teraba dingin.

2. Pengkajian Sekunder

Pada pengkajian sekunder yang bermasalah pada pola I presepsi Kesehatan dan pemeliharaan. Kebiasaan pasien yang sering merokok dan belum bisa berhenti merokok. Pasien yang bisa menghabiskan 1-2 bungkus rokok dalam sehari dan tidak bisa menjaga pola makan pasien dengan baik selama pensiun, pasien yang selalu makan coto makassar, daging ayam dan suka makan makanan berlemak. Dari kebiasan pasien sehingga terjadi penumpukan plak pada pembuluh darah pasien sehingga aliran darah pasien tidak lancar dan mengakibatkan pasien mengeluh nyeri dada. Keluarga pasien mengatakan ketika pasien di tegur, pasien tidak mau mendengar dan pasien selalu mengatakan makan atau tidak makan pasti akan meninggal juga. Keluhan pasien masuk nyeri dada yang disebabkan oleh beban kerja pasien yang banyak dan memiliki riyawat penyakit maag yang tidak pernah terkontrol. Pasien

sudah lama mengeluh nyeri dada, tetapi pasien berpikir hanya sakit biasa. Pasien memiliki riwayat asam urut dan gastritis.

Pada pengkajian sekunder pola II pola aktivitas dan latihan didapatkan jika pasien melakukan aktifitas yang berlebih pasien mengalaimi nyeri dada yang tidak dapat ditahan. Pasien juga saat suka berkebun saat pasien pensiun dari pekerjaannya sebagai kepala sekolah.

Pada pola III pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress didapatkan pasien saat cemas dengan keadaannya saat ini, pasien mengatakan jika ada masalah pasien selalu menceritakan kepada istri dan anaknya untuk bersama-sama mencari solusi untuk masalah tersebut.

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon individu, keluarga dan masyarakat terhadap masalah-masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang digunakan sebagai dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung jawab perawat (PPNI, 2016).

Menurut Hardisman (2018) masalah keperawatan yang muncul pada acute coronary syndrome yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasiperfusi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri/vena, ansietas berhubungan dengan ancaman kematian.

Berdasarkan hasil pengkajian kasus didapatkan 3 dignosis keperawatan yang muncul yaitu penurunan curah jantung, nyeri akut, dan ansietas (PPNI, 2016).

Berdasarkan manifestasi klinis pada pasien yang diperoleh dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat 3 diagnosis yaitu:

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dibuktikan dengan dispnea, lelah, tekanan darah meningkat dan nadi perifer teraba lemah. (PPNI, 2016). Tanda dan gejala mayor yang digunakan penulis mengangkat diagnosis ini karena terdengar suara jantung S4, bunyi jantung gallop, bradikardia nadi: 82x/menit, TD: 131/69 mmHg. Hasil Analisa terdapat kesamaan antara teori dan kasus yang didapatkan kekurangan cairan yang menyebabkan cadiac output menurun yang dimana akan terjadi kontraktilitas jantung yang akan menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah sehingga aliran balik ke vena ke jantung menyebabkan kegagalan pengisian sirkulasi sitemik mengakibatkan kegagalan jantung, jika terjadi maka aliran darah tidak sampai ke perifer yang menandakan akral dingin, pucat dan sianosis.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis didefinisikan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2016). Tanda dan gejala mayor yang digunakan penulis mengangkat diagnosis ini karena tampak wajah pasien meringis, tampak pasien gelisah, tampak pasien sulit tidur.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk melakukan atau menahan aktivitas rutin karena kurangnya energi fisiologis atau psikologis. (PPNI, 2016) Tanda dan gejala mayor yang digunakan penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien gelisah, wajah pasien meringis, dan pasien hanya berbaring di tempat tidur memikirnan kesehatan dan kondisi pasien saat ini.

4. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (PPNI, 2018b). Intervensi yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan diagnosis dan kebutuhan pasien yang meliputi hal yang diharapkan, intervensi, dan rasional. Intervensi keperawatan yang penulis angkat pada kasus nyata ini disesuaikan dengan kebutuhan pasien, yaitu dengan memfokuskan pada tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Penulis menegakan diagnosis ini karena ditemukannya data yang menyebabkan pasien mengalami penurunan kontraktilitas jantung dimana terdapat suara jantung S4, bunyi jantung gallop, bradikardia. Hasil yang diharapkan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan curah jantung meningkat. Intervensi yang disusun penulis yaitu perawatan jantung akut observasi monitor intake dan output cairan, identifikasi tanda dan gejala penurunan curh jantung. Terapeutik, berikan pasien posisi semi fowler, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen, pertahankan tirah baring minimal 12 jam, sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan. Edukasi, anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi. Kolaborasi, pemberian anti platelet, kolaborasi pemberian anti nitrogliserin.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Penulis menegakan diagnosis ini karena ditemukannya data yang menyebabkan pasien mengalami nyeri akut dimana pasien nyeri saat beraktifitas, nyeri seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 di bagian dada kiri dan nyeri dirasakan hilang timbul, tampak wajah pasien meringis, gelisah. Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan

selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dan intervensi yang disusun penulis yaitu manajemen nyeri observasi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Terapeutik, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Edukasi, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. Kolaborasi, pemberian analgetik.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Penulis menegakan diagnosis ini karena ditemukannya data yang menyebabkan karena pasien gelisah, wajah pasien meringis, dan pasien hanya berbaring di tempat tidur memikirnan kesehatan dan kondisi pasien saat ini. Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan selama 3x8 jam diharapkan keluhan lelah menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat. observasi, identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Terapeutik, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Edukasi, anjurkan tirah barinng, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan (diet rendah lemak dan rendah garam).

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Focus dari intervensi antara lain, mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah terjadinya komplikasi, menemukan perubahan sistem tubuh dan implementasi pesa kolaborasi.

Dalam melaksanakan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, penulis bekerja sama dengan perawat ruangan penanggung jawab pasien saat hand over, juga menyelesaikan dengan rencana keperawatan yang ada di ruangan agar proses keperawatan yang diberikan pada pasien menjadi berkesinambungan antara perawat ruangan dan penulis.

Berikut ini Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis:

a. Implementasi diagnosis pertama: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dari hasil analisa intervensi: perawatan jantung akut pada kasus sudah dilakukan sesuai intervensi yang dibuat penulis dengan pemberian obat anti platelet yaitu aspilet 80 mg 1x1/oral, clopidogrel 75 mg 1x1/ oral, ceftriaxone 2 gr, x-ray dada.

b. Implementasi diagnosis kedua: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dari hasil analisa intervensi: manajemen nyeri pada kasus sudah dilakukan sesuai intervensi yang dibuat penulis dengan pemberian obat analgetik aspilet 80 ml/ 1x1/oral .

c. Implementasi diagnosis ketiga: Intoleransi aktivitas berhungan dengan kelemahan dari hasil intervensi: intervensi yang dibuat oleh penulis memfasilitasi istirahat dan tidur.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaa. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga Kesehatan lainnya. Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, penulis melakukan evaluasi akhir asuhan keperawatan yang telah diberikan:

a. Evaluasi akhir diagnosis pertama: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Tujuan dan kriteria hasil tercapai suara jantung S4, bradikardia, dan tekanan darah TD:150/88 mmHg. Dari 3 kriteria hasil yang disusun, 3 kriteria dalam rentang normal maka, data tersebut menunjukan penurunan curah jantung teratasi Sebagian.

b. Evaluasi akhir diagnosis kedua: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Tujuan dan kriteria hasil dicapai keluhan nyeri, meringis, gelisah. Dari 3 kriteria hasil yang disusun dalam rentang normal maka data tersebut menunjukkan nyeri akut teratasi sebagian

c. Evaluasi akhir diagnosis ketiga: intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan suplai dankebutuhan oksigen. Tujuan dan kriteria hasil dicapai verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, perilaku tegang, pola tidur. Dari 3 kriteria hasil yang disusun dalam rentang normal maka data tersebut menunjukkan ansietas teratasi sebagian.

B. Pembahasan Penerapan Evidance Based Nursing

1. Judul EBN : Penerapan pemberian posisi semi fowler dalam meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan respiration rate pasien STEMI di RSUD.dr.SOEDIRAN MANGUN SUMARSO WONOGIRI
2. Diagnosis keperawatan : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
3. Luaran yang diharapkan : Curah jantung meningkat
4. Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN : Pemberian posisi semi fowler dalam meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan respiration rate
5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN
   a. Pengertian tindakan :

Posisi semi fowler ini mengangkat tubuh 15 hingga 45 derajat dari sekian banyak posisi dalam meredahkan sesak nafas. Manfaat dari posisi semi fowler adalah memperlancar saturasi oksigen untuk menurunkan sesak nafas.

b. Tujuan/rasional EBN pada asuhan keperawatan :

Tujuan untuk meningkatkan saturasi oksiegen dan menurunkan respiration rate pada pasien STEMI, Khasanah (2019). Penelitian Wijayanti dkk (2019), yang menunjukkan bahwa pemberian posisi semi fowler 45 derajat berdampak pada kenaikan SpO2 pasien.

F. PICOT EBN (Problem, Intervension, Comparison, Outcome, Time)

Tabel 4.1 PICOT EBN

RUBRIK	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
Judul	Asuhan keperawatan pasien ST-Elevasi Miokard Infark (STEMI) dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi pada pasien STEMI di RSUD Karanganyar (Putri &	Penerapan pemberian posisi semi fowler dalam meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan respiration rate pasien STEMI di RSUD.dr.SOEDIRAN MANGUN SUMARSO WONOGIRI (Amalia et al., 2023)	Hubungan pemberian terapi oksigenasi dengan nyeri dada dan saturasi oksigen pada pasien ACS di IGD RSUD Sidoarjo (Vike Naura Widyaresmi, 2023)

	Listiyanawati, 2020)		
Problem	Studi kasus ini dipilih 1 orang sebagai subjek studi kasus yaitu dengan kriteria yang ditetapkan. Pasien masuk Rumah Sakit dengan keluhan sesak napas secara mendadak saat pasien menyapu di rumah. Kemudian pasien di bawah ke IGD RSUD Karanganyar	Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan di Ruang ICU RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Wonogiri terdapat 2 pasien dengan diagnosa STEMI yang telah 2 hari dilakukan perawatan di Ruang ICU. Pasien mengeluh nyeri dada dan sesak napas. Meskipun tanda dan gejalan STEMI sangat bervariasi, mulai dari adanya gejala hingga tanpa gejala, gejala ringan hingga gejala berat tetapi keluhan utama pada pasien STEMI yang berada di Ruang ICU dr. Soediran Mangun Sumarso	Teknik pengambilan saampel ini menggunakan rancangan penelitian analitik korelasional dengan metode crosssectional. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 20 pasien yang mengalami ACS dipilih secara consecutive sampling di IGD RSUD Sidoarjo

		Wonogiri merasakan keluhan yang sama	
Intervensio n	Intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien ini adalah posisi tidur semi fowler 45 derajat.	Intervensi yang dapat diberikan adalah meningkatkan saturasi oksigen dengan cara pemberian posisi semi fowler dan pemberian oksigenasi	Penelitian ini termasuk menggunakan rancangan penelitian analitik corelasional dengan metode cross sectional. Dimana variabel independen penelitian adalah pemberian terapi oksigenasi, sedangkan variabel dependen nyeri dada dan saturasi oksigen. Pengukuran Skala nyeri menggunakan numeric rating

			scale (NRS) dan pengukuran saturasi oksigen menggunakan oksimetri setelah pemberian terapi oksigenasi. Untuk mengetahui hubungan nyeri dan saturasi oksigen data dianalisis menggunakan uji corelasional person. penelitian ini menggunakan metode pre post dimana diukur skala nyeri dada sebelum diberikan oksigenasi dan sesudah diberikan oksigenasi,

			dengan rata rata penurunan skala nyeri dada berada pada skala nyeri dada sedang sebelum diberikan obat obatan. Dan melakukan pengukuran saturasi oksigen sebelum diberikan oksigen dan sesudah diberikan.
Compariso n	Pengaruh posisi tidur semi fowler 45 derajat terhadap kenaikan nilai saturasi oksigen pada pasien gagal jantung kongestif di RSUD Loekmono Hadi Kudus	Hasil penelitian Khasanah (2019) menunjukan bahwa posisi semi fowler dapat meningkatkan status pernapasan pasien (SpO2 dan RR) dapat menjadi lebih baik dibandingkan dengan posisi kepala yang lebih rendah. Penelitian	Peneliti tidak menggunakan tindakan perbandingan karena peneliti hanya menggunakan jenis penelitian analitic cross sectional dengan menggunakan metode

	membuktikan bahwa posisi tidur semi fowler sangat efektif dalam peningkatan saturasi oksigen pada pasien.	Wijayanti dkk (2019), yang menunjukkan bahwa pemberian posisi semi fowler 45 derajat berdampak pada kenaikan SpO2 pada pasien IMA	consecutive sampling
Outcome	Penelitian ini juga didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Nurdiyanto (2013) tentang pengaruh pengaturan posisi tidur semi fowler terhadap perubahan saturasi oksigen pada pasien CHF di RSUD dr.	Beberapa hasil penelitian sebelumnya seperti penelitian Resti, Sadiyanto, dan Khasanah (2017), pada pasien CHF yang di rawat di ICCU, didapatkan hasil terdapat perbedaan antara respiratory rate, saturasi oksigen dan keluhan sesak napas pada posisi awal dengan tidur terlentang, akan tetapi posisi semi fowler lebih menguntungkan dalam perbaikan status respirasi	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan pemberian terapi oksigenasi dengan nyeri dada dan saturasi oksigen pada pasien Acute Coronary Syndrome (ACS) didapatkan bahwa sebagian besar (55%) pasien mendapatkan terapi

	Moewardi Surakarta	pada pasien gagal jantung.	oksigen 6-8 Lpm hampir setengahnya (45%) >8 Lpm dan hampir seluruhnya (85%) mengalami skala nyeri nyeri sedang dan sebagian kecil (15%) mengalami skala nyeri berat, dan seluruhnya memiliki saturasi normal yaitu 96100%. Hasil penelitian ini mengemukakan bahwa pemberian oksigen pada pasien Acute Coronary Syndrome (ACS) dapat meningkatkan saturasi oksigen dan

			menurukan nyeri.
Time	Pemberian posisi semi fowler 45 derajat selama 45 menit di dapatkan hasil peningkatan saturasi oksigen dari 94% menjadi 98%.	Pemberian posisi semi fowler 30 menit selama 3 hari.	Pemberian posisi semi fowler dengan durasi 39 menit, didapatkan hasil peningkatan saturasi oksigen dari 93% menjadi 97%.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara teorotis dan tinjauan kasus di lapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Tn. M dengan Acute Coronary Cyndrome (ACS) di ruangan ICU/ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka dapat disimpulkan:

1. Dari hasil pengkajian yang diperoleh dari Tn. M mengalami nyeri dada dan disertai penyerta sesuai dengan karakteristik Acute Coronary Syndrome. Pada hasil pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah meningkat, bradikardi dan teraba lemah, frenkuensi pernapasan meningkat (dispnea). Sementara pada pemeriksaan penunjang didapatkan EKG menunjukan kesan ST Elevasi, foto thorax dengan kesan cardiomegaly, penanda jantung Troponin I didapatkan melebihi batas normal.
2. Pada penekanan diagnosa keperawatan Tn. M dengan Akut Coronary Cyndrome (ACS) yaitu: Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan, ditetapkan pada prinsip yang terdapat pada tinjauan teorotis dengan menggunakan SDKI, SLKI, SIKI yang meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.
4. Implementasi keperawatan selalu berorientasi pada rencana yang telah dibuat dengan mengantisipasi seluruh tanda yang timbul sehingga tindakan keperawatan dapat tercapai pada asuhan

keperawatan yang dilaksanakan. Implementasi dilakukan selama tiga hari dibantu oleh sesama mahasiswa dan perawat implementasi terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan

   Evaluasi keperawatan yang diperoleh yaitu penurunan curah jantung belum teratasi, intoleransi aktivitas belum teratasi sebagian dan nyeri akut teratasi sebagian.

B. Saran

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

1. Pasien dan keluarga

   Diharapkan untuk selalu menjaga kesehatan dan memeriksakan kesehatannya khususnya kesehatan jantung serta apabila ada keluara yang sedang mengonsumsi obat DM atau jantung diharapkan dapat diminum secara teratur dan mengontrol diet yang telah di ajurkan.

2. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Diharapkan menjadi bahan masukan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi pelayanan Kesehatan khususnya bagi perawat agar dapat memberikan asuhan keperawatan ACS selama menjalani perawatan dirumah sakit.

3. Bagi penulis

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

4. Bagi institut Pendidikan

   Diharapkan menjadi salah satu sumber ilmu pengetahuan dan sumber informasi bagi mahasiswa dalam penerapan asuhan keperawatan kritis pasien ACS

DAFTAR PUSTAKA

Amalia, R., Rahmawati, N., Silvitasari, I., & Sumardi. (2023). Penerapan Pemberian Posisi Semi Fowler Dalam Meningkatkan Saturasi Oksigen Dan Menurunkan Respiration Rate Pasien Stemi RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, *2*(9), 80–93. http://journal-mandiracendikia.com/index.php/JIK-MC/article/view/512

Anatomi, P., Djamil, R. M., & Tahun, P. (2025). *Gambaran Klinikopatologi Karsinoma Laring di Laboatorium*.

Aziz, A. N. (2021). Apakah Keluarga Mampu Dalam Mengenali Tanda Dan Gejala Sindrom Koroner Akut? *Journal Well Being*, *5*(1), 54–63.

Baan, J., Jim, E. L., Joseph, V. F. F., Eropa, D., & As, D. (2023). pada oarang dewasa di RSUP PROV KANDOUW Penyakit Jantung Rematik adalah penyakit otoimun yang disebabkan oleh infeksi streptococcus β hemolyticus grup A . Menurut data WHO 15 . 6 juta orang menderita penyakit jantung rematik (PJR) di seluruh dunia . PJR k. *Jkk*, *1*(1).

Baransyah, L., Rohman, M. S., & Suharsono, T. (2014). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Gagal Jantung pada Pasien Infark Miokard di Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang. *Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya (FKUB)*, *1*.

Bayu Prasetyo, Nur Chayati, & Sidiq Purnomo. (2024). Terapi Kompres Hangat Untuk Menurunkan Nyeri Dada Pada Pasien Acute Coronary Syndrome Non-STEMI. *Jurnal Medika Nusantara*, *2*(2), 31–39. https://doi.org/10.59680/medika.v2i2.1092

Ghaniyuwana, B. (2025). *Hubungan Pola Makan dengan Obesitas Disatuan Kesehatan Markas Besar TNI AL Cilangkap Jakarta Timur dan Tinjauannya Menurut Pandangan Islam*. *5*(6), 1653–1666.

Harahap, F. A. A., Yulandari, M., Asshiddiqi, M. H., & Putri, H. (2024). Jurnal Kesehatan Unggul Gemilang. *Jurnal Kesehatan Unggul Gemilang*, *8*(1), 7–15.

Hardyati, A., Kusuma, I. A., Sukamto, F. I., Basuni, H. L., & Andika, I. P. J. (2023). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Dengan Kasus Non Trauma*.

Hartono, P., & Rahardjo, S. (2023). Manajemen Anestesi pada Pasien Obstetri dengan Kelainan Jantung Kongenital dan Risiko Hipertensi Pulmonal. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, *6*(2), 128–142. https://doi.org/10.47507/obstetri.v6i2.141

Hernawan, H., Ningsih, K. P., & Winarsih, W. (2017). Ketepatan Kode Diagnosis Sistem Sirkulasi di Klinik Jantung RSUD Wates. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, *2*(1), 148. https://doi.org/10.22146/jkesvo.30328

Khair, M., Jumaiyah, W., Purnamawati, D., Sofiani, Y., Burmanajaya, B., Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, F., Ahmad Dahlan, J. K., Ciputat Tim, K., & Tangerang Selatan, K. (2024). Model Faktor Prediksi Kejadian Sindrom Koroner Akut Pada Pasien. *Jurnal Keperawatan*, *17*(1), 1–8. http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan

Kraler, S., Mueller, C., Libby, P., & Bhatt, D. L. (2025). Acute coronary syndromes: mechanisms, challenges, and new opportunities. *European Heart Journal*, *00*(0), 1–24. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf289

Kurniasih, M. R. S. (2023). Analisis Faktor Risiko Kejadian Hipertensi di Puskesmas Srondol Semarang Periode. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*, *1*(2), 54–59.

Latif, D. (2025). Faktor-faktor yang mempengaruhi penanganan pasien dawat darurat dengan sindrom koroner akut.

Mutiara, E., & Ramadani, W. F. (2025). *Asuhan keperawatan pada pasien nstemi dengan penurunan curah jantung di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUP Dr Sardjito Nursing care for nstemi patients with decreased cardiac output in the Emergency Installation (IGD) Dr Sardjito Hospital*. *3*, 791–799.

Putri, A. D. R., & Listiyanawati, M. D. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien St-Elevasi Miokard. *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada*.

Ramadhani, Z. Y. (2022). *Gambaran Fungsi Kognitif pada Pasien Lanjut Usia Dengan Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar Overview of Cognitive Functions in Elderly Patients with Coronary Heart Disease at Ibnu Sina Hospital Makassar*. 808–817.

Tsuroyya, F. A. (2025). *Tinjauan Organ Jantung sebagai Pusat Kehidupan dalam Sistem Kardiovaskular*. *3*.

Vike Naura Widyaresmi. (2023). Hubungan Pemberian Terapi Oksigenasi Dengan Nyeri Dada Pada Pasien Infark Miokard Akut Di Igd Rsud Sidoarjo. *Jurnal Keperawatan*, *13*(03), 16–20.

Wahyuni, S. H. (2023). Siska Hestu Wahyuni-Fkik. hubungan usia, jenis kelamin dan riwayat penyakit dengan kejadian penyakit jantung koroner di Rumah Sakit TK.II Dr.AK gani pelembang 2016*.*

Yuvindanati. (2021). asuahan keperawatan pada Tn. K dengan diagnosa medis NSTEMI DI RUANG ICCU RSU HAJI SURABAYA. *Pharmacognosy Magazine*, *75*(17), 399–405.

Lampiran 1

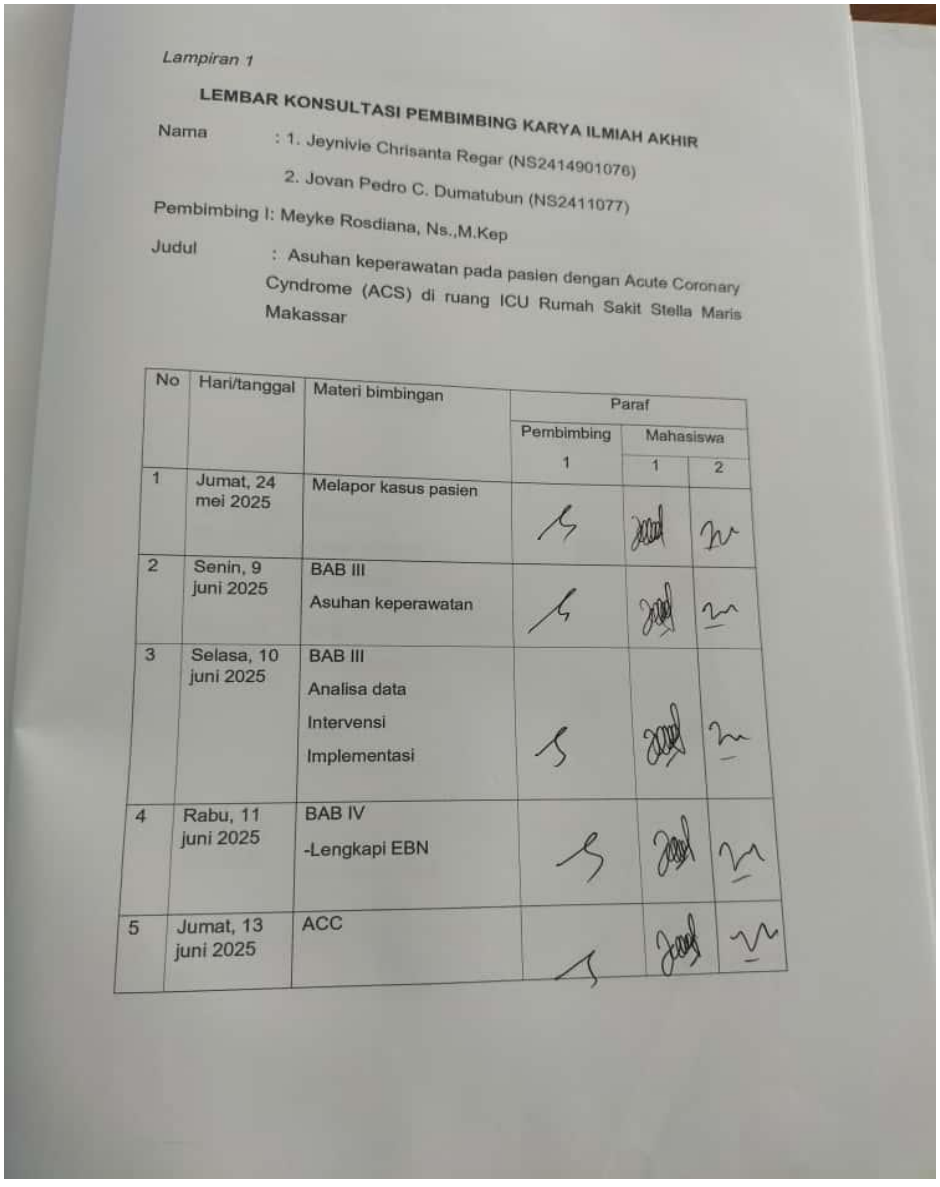
LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Jeynivie Chrisanta Regar (NS2414901076)

2. Jovan Pedro C. Dumatubun (NS2411077)

Pembimbing I: Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep

Judul : Asuhan keperawatan pada pasien dengan Acute Coronary Cyndrome (ACS) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar



Lampiran 1

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Jeynivie Chrisanta Regar (NS2414901076)

2. Jovan Pedro C. Dumatubun (NS2411077)

Pembimbing I: Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep

Judul : Asuhan keperawatan pada pasien dengan Acute Coronary Cyndrome (ACS) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/tanggal	Materi bimbingan	Paraf		
			Pembimbing 1	Mahasiswa 1	Mahasiswa 2
1	Jumat, 24 mei 2025	Melapor kasus pasien			
2	Senin, 9 juni 2025	BAB III Asuhan keperawatan			
3	Selasa, 10 juni 2025	BAB III Analisa data Intervensi Implementasi			
4	Rabu, 11 juni 2025	BAB IV -Lengkapi EBN			
5	Jumat, 13 juni 2025	ACC			

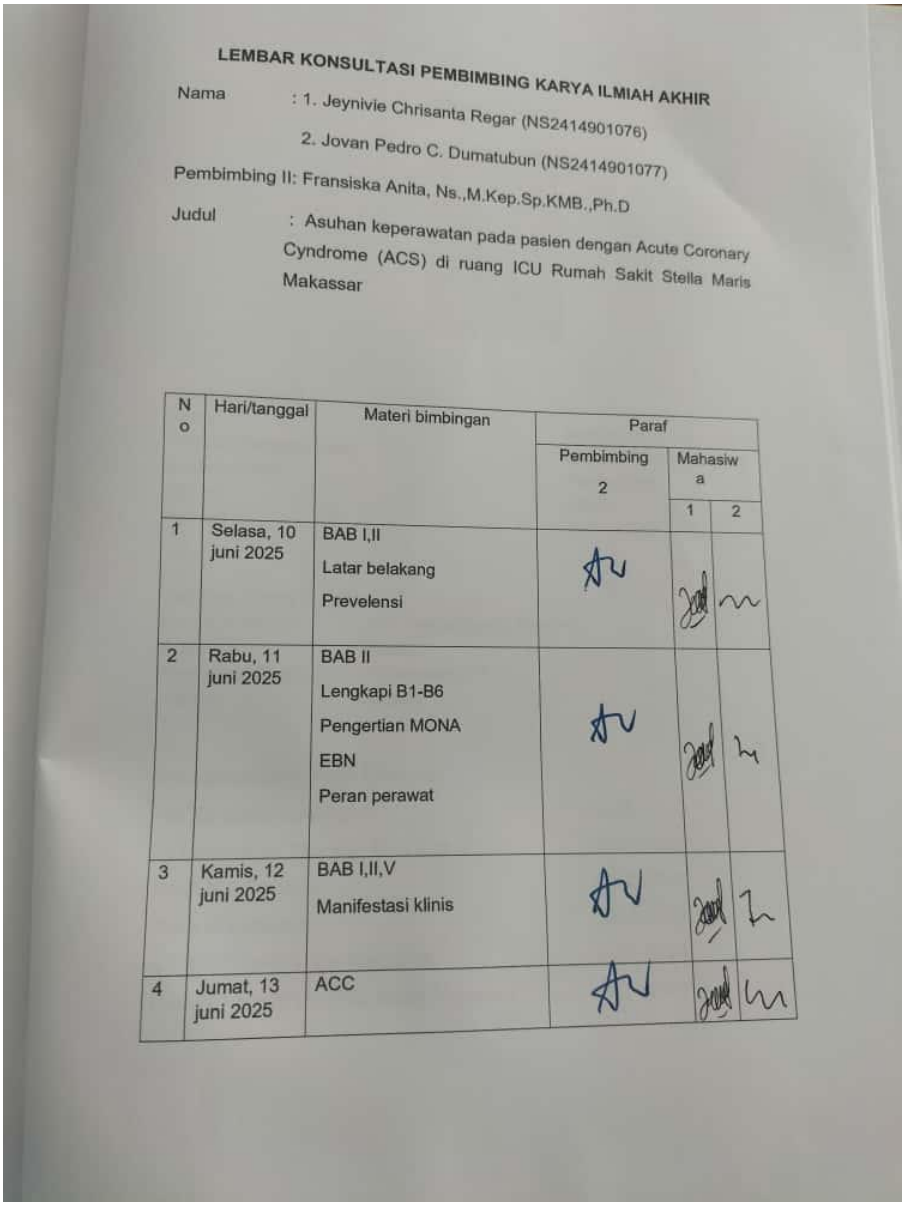
LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Jeynivie Chrisanta Regar (NS2414901076)

2. Jovan Pedro C. Dumatubun (NS2414901077)

Pembimbing II: Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB.,Ph.D

Judul : Asuhan keperawatan pada pasien dengan Acute Coronary Cyndrome (ACS) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar



LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Jeynivie Chrisanta Regar (NS2414901076)

2. Jovan Pedro C. Dumatubun (NS2414901077)

Pembimbing II: Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB.,Ph.D

Judul : Asuhan keperawatan pada pasien dengan Acute Coronary Cyndrome (ACS) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/tanggal	Materi bimbingan	Paraf		
			Pembimbing 2	Mahasiswa 1	Mahasiswa 2
1	Selasa, 10 juni 2025	BAB I,II Latar belakang Prevelensi			
2	Rabu, 11 juni 2025	BAB II Lengkapi B1-B6 Pengertian MONA EBN Peran perawat			
3	Kamis, 12 juni 2025	BAB I,II,V Manifestasi klinis			
4	Jumat, 13 juni 2025	ACC			



Identitas Pribadi

Nama	: Jeynivie Chrisanta Regar
Tempat/Tanggal Lahir	: Manado, 2 Januari 2002
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Rappocini Lr 5

Identitas Orang Tua/Wali

Nama Ayah/Ibu : Jerry Regar/Junita
Pontoh Agama : Katolik
Pekerjaan Ayah/Ibu :
Wiraswasta/IRT Alamat :
Manado

Pendidikan yang Telah Ditempuh

TK St. Anna Rumengkor	: 2006
SD Katolik St. Theresia Rumengkor	: 2007-2012
SMP N 1 Tombulu	: 2012-2015
SMA N 2 Manado	: 2016-2019
S1 STIK Stella Maris Makassar	: 2020-2024
Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar	: 2024-2025