KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

FERINA UTAMI (NS2314901042)
BRIGITA PRATIWI MARTOYO (NS2314901024)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2024

KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

FERINA UTAMI (NS2314901042)

BRIGITA PRATIWI MARTOYO (NS2114901024)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS MAKASSAR

2024

ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Ferina Utami (NS2314901042)
2. Brigita Pratiwi Martoyo (NS2314901024)

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

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

Makassar, 11 Juni 2024
yang menyatakan

Ferina Utami

Brigita Pratiwi Martoyo

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 dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama : 1. Ferina utami (NS2314901089)
2. Brigita Pratiwi Martoyo (NS2314901024)

Disetujui Oleh

Pembimbing I	Pembimbing II
Mery Solon, Ns., M.Kes	**Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes**
NIDN : 0910057502	**NIDN : 0925107502**

Menyetujui,
Wakil Bidang Akademik dan Kerjasama
STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita E.R.Sa'pang, Ns., M.Kep., Sp.KMB.,PhDNS.
NIDN : 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : 1. Ferina utami (NS2314901089)
2. Brigita Pratiwi Martoyo (NS2314901024)

Program 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 : Mery Solon, Ns., M.Kes

Pembimbing 2 : Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes ( )

Penguji 1 : Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes ( )

Penguji 2 : Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep ( )

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal :11 Juni 2024

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN : 0913098201

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

Ferina Utami (NS2314901042)

Brigita Pratiwi Martoyo (NS2314901024)

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 kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 11 Juni 2023

Yang menyatakan

Ferina Utami

Brigita Pratiwi Martoyo

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas karena berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Karya Ilmiah Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini telah melibatkan berbagai pihak yang telah membantu, mendukung dan memotivasi penulis. Oleh karena itu, dengan segenap ketulusan hati penulis menucapan terimakasih terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita,Ns., M.Kep., Sp.KMB., PhDNS selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar, sekaligus sebagai pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan kami serta memberikan dukungan dan dorongan untuk menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar yang selalu membimbing serta memberikan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
5. Mery Sambo, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku pembimbing 1 yang telah meluangkan

waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

7. Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes selaku penguji I yang telah banyak memberikan serta masukan demi penyempurnaan karya ilmiah ini.
8. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku penguji II yang telah banyak memberikan serta masukan demi penyempurnaan karya ilmiah ini.
9. Kepada para dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Kepala ruangan ICU dan seluruh staf di ruangan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar atas bantuan selama penulis melaksanakan praktek.
11. Teristimewa kedua orang tua tercinta yang selalu setia dan tidak pernah berhenti mendoakan kami dan memberi dukungan, semangat, nasehat dan kasih sayang yang begitu tulus selama proses pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
12. Kepada teman-teman seperjuangan mahasiswa Profesi Ners Angkatan 2023 Program Studi Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar yang telah mendukung dan membantu selama proses pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
13. Kami sebagai penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini. Untuk itu kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang mendukung untuk menyempurnakan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini. Semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, 11 Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
HALAMAN JUDUL ..... **iii**
PERNYATAAN ORISINALITAS ..... **iii**
HALAMAN PERSETUJUAN ..... **iv**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **v**
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... **vi**
KATA PENGANTAR ..... **vii**
DAFTAR ISI ..... **ix**
Halaman Daftar Gambar ..... **xi**
Halaman Daftar Lampiran ..... **xii**
Halaman Daftar Tabel ..... **xiii**
BAB I PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
1. Tujuan Umum 3
2. Tujuan Khusus 3
C. Manfaat Penulisan 4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit 4
2. Bagi Profesi Keperawatan 4
3. Bagi Institusi Pendidikan 4
D. Metode Penulisan 5
1. Studi Kepustakaan 5
2. Pengamatan kasus 5
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA **7**
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Pengertian 7
2. Anatomi Fisiologi 8
3. Etiologi 10
4. Patofisiologi 12
5. Manifestasi Klinik 14
6. Pemeriksaan Penunjang 15
7. Penatalaksanaan 16
8. Komplikasi 17
B. Konsep Asuhan Keperawatan 20
1. Pengkajian Keperawatan 20
2. Diagnosis Keperawatan 20
3. Intervensi Keperawatan 24

4. Perencanaan Pulang 31
5. Patoflowdigram *Acute Coronary Syndrome* (ACS) 32
BAB III PENGAMATAN KASUS 35
A. Pengkajian 36
B. Analisa Data 53
C. Diagnosis Keperawatan 56
D. Intervensi Keperawatan 57
E. Implementasi Keperawatan 62
F. Evaluasi Keperawatan 72
G Daftar Nama Obat 78
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 84
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan 84
B. Pembahasan dan Penerapan EBN 93
BAB V SIMPULAN DAN SARAN 100
A. Simpulan 100
B. Saran 102

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Jantung 8

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul
Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan 24
Tabel 3. 1 Pengkajian……36
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Enzim Jantung 51
Tabel 3. 3 Pemeriksaan Elektrolit 51
Tabel 3. 4 Pemeriksaan Kimia Darah 51
Tabel 3. 5 Pemeriksaan Darah Lengkap..... 51
Tabel 3. 6 Analisa Data..... 53
Tabel 3. 7 Diagnosis Keperawatan 56
Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan 57
Tabel 3. 9 Implementasi Keperawatan..... 62
Tabel 4. 1 Picot Berdasarkan Kasus……94
Tabel 4. 2 Picot Berdasarkan EBN 95

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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. Sekitar 80% dari kematian disebabkan oleh acute coronary syndrome (ACS) tersebut, terjadi di negara berpenghasilan rendah menengah (Asha, 2017).

Salah satu jenis penyakit jantung yang paling banyak ditemui ialah *Acute Coronary Syndrome* (ACS). 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 merupakan salah satu penyakit dimana terjadi perubahan patologis atau kelainan dalam dinding arteri koroner yang dapat menyebabkan terjadinya iskemik maupun infark miokardium (Sidaria et al., 2023).

Prevelensi NSTEMI dan UAP lebih tinggi dimana pasien-pasien yang mengalami ini biasanya dengan berusia lanjut. Selain itu, mortalitas awal NSTEMI dan UAP lebih rendah dibandingkan STEMI namun setelah berjalan 6 bulan, mortalitas keduanya berimbang dan secara jangka panjang, mortalitas NSTEMI lebih tinggi. Penyakit NSTEMI disebabkan oleh obstruksi atau sumbatan yang terjadi dikoroner sehingga akan terjadi penurunan suplai oksigen dan memperberat kerja jantung (Sidaria et al., 2023).

Menurut WHO (2021) penyakit jantung 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 diakibatka ACS sebesar 7,4 juta jiwa.

Pada tahun 2016 angka kejadian ACS tercatat sebanyak 651.000 kasus infark miokard dan 10.000 kasus angina tidak stabil (Virani et al., 2020). Di Amerika Serikat, data statistik menunjukkan bahwa penyakit jantung koroner menyebabkan 1 dari 7 kematian dengan angka kematian lebih dari 366.800 jiwa pertahun (Gibler & Racadio, 2018). *World Health Organization* (WHO) memperhitungkan tahun 2019 sekitar 17,9 juta meninggal karena penyakit kardiovaskular seperti jantung koroner, IMA, angina pectoris, jantung rematik maupun stroke dan sebagian besar kematian terjadi pada negara berpenghasilan rendah dan menengah.

Sementara di indonesia tercatat lebih dari 2 juta orang terserang penyakit kardiovaskular, di tahun 2018 penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan salah satu penyebab kematian terbesar di dunia. Data *World Health Organization* (WHO) yang dirilis tahun 2017, diketahui bahwa tahun 2015 dari 56,4 juta kematian di seluruh dunia, lebih dari setengah 54% disebabkan oleh 10 penyebab tertinggi, penyakit jantung dan stroke iskemik menduduki peringkat paling atas. Penyakit ini tetap menjadi penyebab utama kematian secara global dalam 15 tahun terakhir. Indonesia memiliki jumlah kasus penyakit jantung yang terdiagnosis dari segala umur rata-rata sekitar 1.5%. Jenis penyakit jantung kardiovaskular yang paling sering menyebabkan kematian adalah penyakit jantung iskemik akut atau Infark Miokard Akut (IMA) dengan total 7.200.000 (12,2%) kasus di seluruh dunia (Muhammad & Ardhianto, 2015).

Berdasarkan data Riskesdas (2018) prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia sebesar 1.017.290 juta jiwa atau 1,5% dengan prevalensi tertinggi berada di provinsi Kalimantan

Utara 2,2%, Yogyakarta 2,0%, dan Gorontalo 2,0%. Prevlalensi penyakit jantung di Provinsi Sulawesi Selatan sebanyak 33.693 orang (1,5%). Adapun prevalensi penyakit *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2023 sebanyak 154 orang. Studi terdahulu menunjukkan bahwa terjadinya infark miokard terdapat peran hipertensi dan kolesterol, individu menderita hipertensi dan hiperkolesterol tinggi mempunyai peluang besar mengalami infark miokard (Astuti & Maulani, 2018).

Menurut Candra et al. (2021) selain terapi farmakologis adapun terapi nonfarmakologis yang bisa digunakan untuk mengurangi nyeri dada yang dirasakan pasien. *Massage therapy* merupakan sebuah terapi komplementer yang termasuk ke dalam *manipulative and body-based therapy massage therapy* merupakan intervensi yang efektif untuk mengatasi nyeri dada, kecemasan dan stress pada pasien dengan *acute coronary syndrome*. Perawat dapat menggunakan *massage therapy* sebagai terapi komplementer untuk mengurangi nyeri dada, kecemasan, dan stress pada pasien dengan *ACS*

Berasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk menerapkan asuhan keperawatan dan melakukan intervensi pada pasien dengan *Acute Coronary Sndrome* di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya ilmiah ini ialah:

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

b. Menetapkan diagnosis keperawatan pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai bahan masukan dan sum ber informasi bagi perawat dalam langkah meningkatkan mutu pelayanan keperawatan mengenai penyakit *Acute Coronary Syndrome* (ACS) sehingga dapat berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian penyakit tersebut, baik dengan edukasi maupun intervensi dengan program-program kesehatan yang berbasis pelayanan dan peningkatan kesehatan masyarakat.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai salah satu sumber ilmu pengetahuan dan sumber informasi bagi mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan pada *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

D. Metode Penulisan

Perumusan karya tulis ini untuk memperoleh data yang diperlukan maka penulis menggunakan beberapa metode, yaitu:

1. Studi Kepustakaan

Menggunakan buku-buku yang berkaitan dengan isi karya tulis ini yaitu dengan konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan, mengumpulkan data melalui internet serta jurnal mengenai penyakit ACS, asuhan keperawatan yang dibutuhkan, insiden prevalensi, dan contoh-contoh kasus.

2. Pengamatan kasus

a. Wawancara dengan pasien, perawat, keluarga dan berbagai pihak.
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. 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 Medis

1. Pengertian

STEMI merupakan bagian dari *Acute Coronary Syndrome* (ACS) yang pada umumnya diakibatkan oleh rupturnya plak aterosklerosis yang mengakibatkan oklusi total pada arteri koroner dan disertai dengan tanda dan gejala klinis iskemia miokard seperti munculnya nyeri dada, adanya elevasi segmen ST serta meningkatnya biomarker kematian sel miokardium yaitu troponin (Priasmoro et al., 2017).

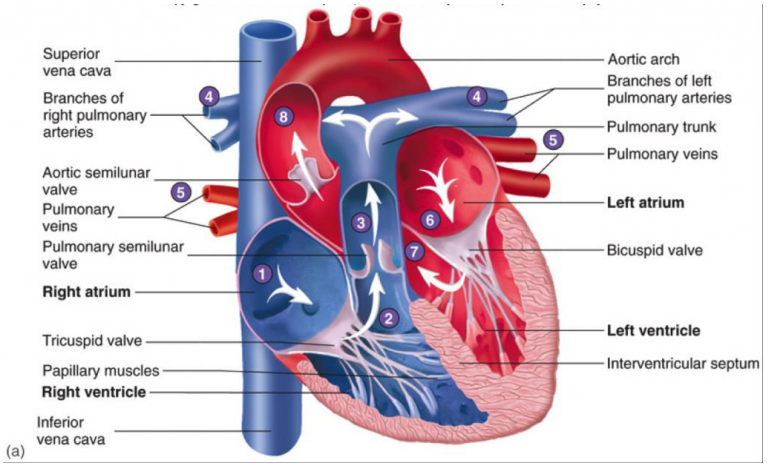
ACS adalah suatu keadaan darurat yang mengancam jiwa yang dihasilkan dari penyumbatan trombotik total dari arteri yang berhubungan dengan infark, pasien dengan stemi umumnya ditandai dengan nyeri dada yang parah (Jr, 2018).

Acute Coronary Syndrome (ACS) merupakan kasus kegawatan dari Penyakit Jantung Koroner (PJK) yang terjadi karena proses penyempitan pembuluh darah sehingga aliran darah koroner berkurang secara mendadak (Irman et al., 2020).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa *Acute Coronary Syndrome* (ACS) merupakan proses penyempitan pembuluh darah ke jantung akibat rupture plak atau pembentukan gumpalan di arteri jantung sehingga menyebabkan aliran darah berkurang atau terjadinya penyumbatan trombotik total dari arteri yang berhubungan dengan infark, ini di tandai dengan timbulnya nyeri dada, timbulnya ST segmen elevasi serta meningkatnya biomarker kematian sel miokardium yaitu troponin.

2. Anatomi Fisiologi

Gambar 2. 1 Anatomi Jantung



Sumber: Smeltzer (2017).

a. Anatomi

1) Ruang jantung

Dalam anatomi jantung, terdapat empat ruang utama yang masing-masing dipenuhi darah dengan kandungan oksigen yang berbeda. Di antara ruang jantung, terdapat pemisah berupa otot dengan dinding tebal yang disebut septum. Dua ruang atas jantung disebut dengan atrium (serambi jantung). Serambi kiri menerima darah yang kaya oksigen dari paru-paru, sedangkan serambi kanan menerima darah dengan kandungan oksigen rendah dari seluruh tubuh. Sementara itu, dua ruang di bagian bawah jantung disebut dengan ventrikel (bilik jantung). Bilik kiri menerima darah dari serambi kiri dan akan memompa darah ke pembuluh darah utama tubuh (aorta), sedangkan bilik kanan menerima darah dari serambi kanan dan memompa darah ke paru-paru.

2) Pembuluh darah jantung

Jantung juga memiliki pembuluh darah besar yang memiliki peranan masing-masing, diantaranya:

a) Vena cava, untuk mengembalikan darah dari seluruh tubuh ke jantung.
b) Arteri pulmonalis, untuk membawa darah dengan kandungan oksigen yang rendah ke dalam paru-paru.
c) Vena pulmonalis, untuk mengalirkan darah yang kaya akan oksigen dari paru-paru ke jantung.
d) Aorta, untuk mengedarkan darah yang kaya akan oksigen keseluruh tubuh.

Selain itu, pada permukaan jantung, terdapat pembuluh darah koroner yang menyediakan darah kaya oksigen ke seluruh bagian jantung. Pembuluh darah ini terdiri dari dua cabang, yaitu pembuluh darah koroner kanan dan kiri.

3) Katup Jantung

Dalam anatomi jantung juga terdapat empat katup yang berfungsi menjaga darah terus bergerak maju ke satu arah. Katup kemudian akan menutup dengan cepat agar darah tidak berbalik ke arah yang berlawanan. Berikut adalah keempat katup jantung:

a) Katup pulmonal, terletak di antara bilik kanan dan arteri pulmonalis.
b) Katup trikuspid, terletak di antara serambi kanan dan bilik kanan.
c) Katup bikuspid, di terletak antara serambi kiri dan bilik kiri
d) Katup aorta, di terletak antara bilik kiri dan aorta

b. Fisiologis

1) Sistem peredaran darah jantung

Vena cava superior dan vena cava inferior mengalirkan darah ke atrium dextra yang datang dari seluruh tubuh. Arteri

pulmonalis membawa darah dari ventrikel dextra masuk ke paru-paru (pulmo). antara ventrikel sinistra dan arteri pulmonalis terdapat katup valvuva semilunaris arteri pulmonalis. Vena pulmonalis membawa darah dari paru-paru masuk ke atrium sinistra kemudian ke ventrikel sinistra kemudian masuk ke aorta melalui sebuah katup valvulasemilunaris aorta (pembuluh darah terbesar) dan membawa darah ke seluruh tubuh.

Peredaran darah jantung terbagi 3 yaitu:

a) Arteri koroner kanan

Berasal dari sinus anterior berjalan kedepan antara trunkus pulmunalis dan aurikula dekstra, memberikan cabang-cabang ke atrium dekstra dan ventrikel dekstra. Pada tepi inferior jantung menuju sulkus atrioventrikularis untuk beranastomosis dengan arteri koroner kiri memperdarahi ventrikel dekstra.

b) Arteri koroner kiri

Lebih besar dari arteri koronaria dekstra, dari sinus posterior aorta sinistra berjalan kedepan antara trunkus pulmonalis dan aurikula kiri masuk ke sulkus atrioventrikularis menuju ke apeks jantung memberikan darah untuk ventrikel dekstra dan septum interventrikularis.

c) Aliran vena jantung sebagian darah dari dinding jantung mengalir ke atrium kanan melalui sinus koronarius yang terletak di bagian belakang sulkus atrioventrikularis merupakan lanjutan dari vena.

3. Etiologi

Menurut Lewis et al. (2020) faktor resiko terjadinya ACS, yaitu:

1) Merokok

Peran rokok dalam penyakit jantung antara lain: menimbulkan aterosklerosis, peningkatan trombogenesis dan vasokontriksi, peningkatan tekanan darah, pemicu aritmia jantung, meningkatkan kebutuhan oksigen jantung, dan penurunan kapasitas pengangkutan oksigen. Merokok 20 batang rokok atau lebih dalam sehari bisa meningkatkan resiko 2-3 kali dibandingkan yang tidak merokok.

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.

3) Obesitas

Hubungan erat antara berat badan, peningkatan tekanan darah, peningkatan kolesterol darah, diabetes melitus tidak tergantung insulin, dan tingkat aktivitas yang rendah memicu timbulnya ACS.

4) Diabetes

Resiko terjadinya ACS pada pasien dengan DM sebesar 2-4 kali lebih tinggi dibandingkan orang biasa. Hal ini berkaitan dengan adanya abnormalitas metabolisme lipid, obesitas, hipertensi, STEMI, peningkatan trombogenesis.

5) Konsumsi Alkohol

Meskipun ada dasar teori mengenai efek protektif alkohol dosis rendah moderat, dimana ia bisa meningkatkan trombolisis endogen, mengurangi adhesi platelet dan meningkatkan kadar HDL dalam sirkulasi, akan tetapi semuanya masih kontroversial. Tidak semua literatur mendukung konsep ini, bahkan peningkatan dosis alkohol

dikaitkan dengan peningkatan mortalilas kardiovaskuler karena aritmia, hipertensi sistemik dan kardiomiopati dilatasi

6) Usia

Resiko meningkat pada usia di atas 45 tahun dan umumnya setelah menopause.

7) Jenis kelamin

Morbiditas akibat ACS (STEMI) pada laki-laki 2 kali lipat lebih besar dibandingakan perempuan, hal ini berkaitan dengan esterogen dan endogen yang bersifat protektif pada perempuan. Hal ini terbukti insiden STEMI meningkat dengan cepat dan akhirnya setara dengan laki-laki, serta pola hidup dimana laki-laki lebih sering merokok dari pada perempuan.

8) Riwayat Keluarga

Riwayat anggota keluarga sedarah yang mengalami ACS sebelum usia 70 tahun merupakan faktor resiko independent untuk terjadinya STEMI. Agregasi ACS keluarga menandakan adanya presdiposisi genetik pada keadaan ini.

9) RAS

Insiden kematian pada orang Asia yang tinggal di Inggris lebih tinggi sedangkan angka yang rendah terdapat pada RAS apro-karibia (Aspiani, 2018).

4. Patofisiologi

STEMI umumnya terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak setelah oklusi trombus pada plak aterosklerosis yang ada sebelumnya. Stenosis arteri koroner berat yang berkembang secara lambat biasanya tidak memicu ACS karena berkembangnya pembuluh darah kolateral sepanjang waktu. ACS terjadi jika trombus arteri koroner terjadi secara cepat pada lokasi

injuri vascular dimana injuri ini dicetuskan oleh faktor-faktor seperti merokok, hipertensi dan akumulasi lipid (Ginanjar & Sjaaf, 2019).

Pada sebagian besar kasus, infark terjadi jika plak aterosklerosis mengalami fisur, ruptur atau ulserasi dan jika kondisi lokal atau sistemik memicu trombogenesis dan akumulasi lipid. Sehingga terjadi trombus pada lokasi ruptur yang mengakibatkan oklusi koroner. Penelitian histologis menunjukkan plak koroner cenderung mengalami ruptur jika mempunyai fibrosis cup yang tipis dan kaya inti. Pada ACS gambaran patologi klasik terdiri dari fibrin *rich red* trombus yang dipercaya menjadi dasar sehingga ACS memberikan respon terapi trombolitik (Nurulhuda & Netty, 2021).

Kemudian pada lokasi ruptur plak, berbagai agonis (kolagen), ADP, epinefrin, serotonin, memicu aktivasi trombosit yang selanjutnya akan memproduksi dan melepaskan tromboksan A2 (vasokonstriktor lokal yang paten). Selain itu aktivasi trombosit memicu perubahan formasi reseptor glikoprotein IIb/IIIa. Setelah mengalami konversi fungsinya, reseptor mempunyai fungsi tinggi terhadap asam amino pada protein adhesi yang larut (integrin) seperti faktor von willebrand dan fibrinogen dimana keduanya. adalah molekul multivalent yang dapat mengikat platelet yang berbeda secara simultan. Menghasilkan ikatan silang platelet yang agregasi (Asha, 2017).

Kaskade koagulasi diaktivasi oleh pajanan tissue factor pada sel endotel yang rusak. Faktor VII dan X diaktivasi, mengakibatkan konkersi protrombin menjadi thrombin yang kemudian mengonversi fibrinogen menjadi fibrin. Arteri koroner yang terlibat kemudian akan mengalami oklusi oleh trombus yang terdiri dari agregat trombosit dan fibrin. Iskemia yang berlangsung lebih dari 30-45 menit akan menyebabkan kerusakan sel *irreversible* serta nekrosis atau kematian otot. Bagian miokardium yang mengalami infark atau nekrosis akan berhenti berkontraksi secara permanen (Ginanjar &

Sjaaf, 2019).

Pada kondisi yang jarang, ACS dapat juga disebabkan oleh oklusi arteri koroner yang disebabkan oleh emboli koroner, abnormalitas kongenital, spasme koroner dan berbagai penyakit inflamasi sistemik (Nurulhuda & Netty, 2021).

5. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala yang dirasakan pada pasien menurut Black & Hawks (2014) yaitu:

a. 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 pemberian nitrat. Nyeri dapat menjalar ke arah rahang dan leher. Gejala yang menyertai yaitu berkeringat, pucat, mual, sulit bernapas, cemas dan lemas.
b. Ekstremitas yang teraba dingin, perspirasi, rasa cemas dan gelisah akibat pelepasan katekolamin.
c. Tekanan darah dan denyut nadi pada mulanya meninggi sebagai akibat aktivasi sistem saraf simpatik. Jika curah jantung berkurang, tekanan darah mungkin turun. Bradikardi dapat disertai gangguan hantaran, khususnya pada kerusakan yang mengenai dinding inferior ventrikel kiri.
d. Keletihan dan rasa lemah akibat penurunan perfusi darah ke otot rangka.
e. Nausea dan vomitus akibat stimulasi yang bersifat refleks pada pusat muntah oleh serabut saraf nyeri atau akibat refleks vasovagal.
f. Sesak napas dan bunyi krekels yang mencerminkan gagal jantung.

g. Suhu tubuh yang rendah selama beberapa hari setelah serangan infark miokard akut akibat respon inflamasi.
h. Distensi vena jugularis yang mencerminkan disfungsi ventrikel kanan dan kongesti paru.
i. Bunyi jantung S3 dan S4 yang mencerminkan disfungsi ventrikel.

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sulastri et al. (2019) pemeriksaan penunjang pada pasien ACS yaitu:

a. EKG
    1) Segmen ST elevasi abnormal menunjukkan adanya injuri miokard
    2) Gelombang T inversi (*arrow head*) menunjukkan adanya iskemia miokard
    3) Q patologis menunjukkan adanya nekrosis miokard
b. Pemeriksaan Laboratorium
    1) Pemeriksaan Darah Lengkap
        a) Sel darah putih: leukositosis (10.000-20.000 $mm3$) muncul hari kedua setelah serangan infark karena inflamasi karena terjadi ruptur pembuluh darah yang disebabkan akibat sel lemak.
        b) Kadar elektrolit: menilai abnormalitas kadar natrium, kalium, atau kalsium yang membahayakan kontraksi otot jantung.
        c) Test fungsi ginjal: peningkatan kadar BUN (Blood Urea Nitrogen) dan kreatinin karena penurunan laju filtrasi glomerulus (glomerulo filtrasi rate/GFR) terjadi akibat penurunan curah jantung.
        d) Peningkatan kadar serum kolesterol atau trigliserida: dapat meningkatkan risiko arterosklerosis atau trigliserida: dapat meningkatkan risiko arterosklerosis

(ACS).

2) Analisa Gas Darah (*Blood Gas Analysis*, BGA)

Menilai oksigenasi jaringan (hipoksia) dan perubahan keseimbangan asam-basa darah.

c. Kardiak iso-enzim: menunjukkan pola kerusakan khas, untuk membedakan kerusakan otot jantung dengan otot lain.
   1) CPK (Creatinin Phospokinas) > 50 u/L
   2) CK-MB (Creatinin Kinase-MB) > 10 u/L
   3) LDH (Lactate Dehydrogenase) > 240 u/L
   4) SGOT (Serum Glutamic Oxalo Transminase) > 18 u/L
   5) Cardiac Troponin: positif

d. Radiologi
   1) Thorax Rontgen: menilai kardiomegali (dilatasi sekunder) karena gagal jantung kongestif
   2) Echocardiogram: menilai struktur dan fungsi abnormal otot dan katup jantung
   3) Radioactive Isotope: menilai area iskemia serta non-perfusi koroner dan miokard

7. Penatalaksanaan

Menurut Ainiyah (2019) penatalaksanaan medis penyakit ACS diantaranya:

a. Penatalaksanaan Farmakologis
   1) Nitrogliserin diberikan untuk meringankan nyeri.
   2) Morfin diberikan untuk meringankan nyeri
   3) Aspirin digunakan untuk menghambat agregasi keping darah
   4) Bagi penderita ACS STEMI, penanganannya meliputi:
      a) Terapi trombolitik (kecuali bila ada kontraindikasi) dalam waktu 12 jam setelah serangan gejala untuk mengembalikan kepatenan dan meminimalkan nekrosis.
      b) Heparin IV untuk meningkatkan kepatenan di arteri

koroner yang diseran.

c) Inhibitor glikoprotein IIb/Iia untuk meminimalkan agregasi keping darah.

d) Inhibitor enzim pengkonversi-angiotensin (*Angiotensin Converting Enzym-ACE*) untuk menurunkan afterload dan preload dan mencegah pembentukan kembali (dimulai 6 jam setelah adanya admisi atau jika kondisi pasien stabil).

e) PTCA, penempatan stent atau bedah CABG untuk membuka arteri yang mengalami penyempitan.

b. Penatalaksanaan Non Farmakologis

1) Oksigen suplemental digunakan untuk meningkatkan suplai oksigen ke jantung. Oksigenasi, langkah ini segera dilakukan karena dapat membatasi kekurangan oksigen pada miokard yang mengalami cedera serta menurunkan beratnya ST-elevasi. Ini dilakukan sampai dengan pasien stabil dengan level oksigen 2-3 liter/menit secara kanul hidung.

2) Melakukan diet rendah-lemak dan berserat-tinggi

3) Terapi aktivitas, pasien dianjurkan untuk tirah baring dalam 12 jam pertama.

4) Aroma terapi biasanya menggunakan aroma terapi lavender untuk mengurangi nyeri dan kecemasan pada pasien.

5) *Massage therapy* atau terapi pijat ini biasanya membantu tubuh untuk menjadi lebih rileks dan dapat mengurangi nyeri dada, kecemasan dan stress pada pasien.

8. Komplikasi

a. Syok kardiogenik

Syok kardiogenik dapat disebabkan oeh *left ventricle* infark luas atau dengan komplikasi mekanik, termasuk pecah papiler otot, septum ventrikel pecah, bebas dinding pecah denga

tamponade dan *righ ventricle infark*. Timbulnya syok kardiogenik akibat komplikasi mekanik setelah ACS. Kebanyakan kasus terjadi dalam waktu 24 jam (Wahyudi & Gani, 2019).

b. Gagal jantung berat

Perkembangan gagal jantung atau *heart failure* setelah ACS merupakan indikasi untuk melakukan angiografi dengan maksud untuk melanjutkan dengan revaskularisasi jika tidak dilakukan sebelumnya. *Left ventricle miokardium* mungkin iskemik, tertegun, hibernasi atau injuri yang tidak dapat diperbaiki serta penilaian kelayakan mungkin diperlukan tergantung pada waktu revaskularisasi (Gayatri et al., 2016).

c. Infark ventrikel kanan

Infark right ventricle paling sering disebabkan oleh oklusi proksimal arteri koroner kanan dan berkaitan dengan risiko kematian yang lebih tinggi. Triase klinis hipotensi, bidang paru-paru yang jelas dan tekanan vena jugularis yang meningkat (Fitriadi & Putra, 2018).

d. Bradikardia Sinus

Umumnya disebabkan oleh vagotonia dan sering menyertai STEMI *inferior* atau *posterior*. Bila hal ini menyebabkan keluhan hipotensi, gagal jantung atau bila disertai penignkatan intabilitas ventrikel diberi pengobatan dengan sulfas atropine intravena.

e. Irama Nodal

Irama nodal umumnya timbul karena protektif escape mekanisme dan tak perlu diobati, kecuali bila amat lambat serta menyebabkan gangguan hemodinamik. Dalam hal terakhir ini dapat diberi atropine atau dipasang alat pacu jantung koroner.

f. Takikardia Sinus

Takikardia sinus ditemukan umumnya akibat peningkatan tonus sarf simpatis, gagal jantung, nyeri dada, pericarditis dan lain- lain.

g. Ruptur Miokardial

Otot jantung yang mengalami kerusakan akan menjadi lemah, sehingga kadang mengalami robekan karena tekanan dari aksi pompa jantung. Bagian jantung yang mengalami robekan adalah dinding otot jantung dan otot yang mengendalikan pembukaan dan penutupan salah satu katup jantung (katup mitralis). Jika ototnya robek, maka katup tidak dapat berfungsi sehingga secara tiba-tiba terjadi gagal jatung yang berat. Otot jantung pada dinding jantung juga bisa mengalami robekan. Robekan septum kadang dapat diperbaiki melalui pembedahan, tetapi robekan pada dinding luar hampir selalu menyebabkan kematian.

h. Bekuan Darah

Pada sekitar 20-60% orang pernah mengalami serangan jantung, terbentuknya bekuan darah didalam jantung. Pada 5% penderita ini bekuan bisa pecah, mengalir di dalam arteri dan tersangkut dipembuluh darah yang lebih kecil diseluruh tubuh menyebabkan penyumbatan pada aliran darah ke sebagian otak (menyababkan stroke) atau ke organ lainnya. Untuk mengetahui adanya bekuan darah dijantung atau untuk mengetahui faktor predisposisi yang dimiliki penderita maka dilakukan elektrokardiogram, Untuk membantu mencegah pembentukan pembekuan darah maka diberikan antikoagulan (mis: heparin dan warfarain).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan salah satu aspek penting perawatan, adapun pengkajian yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Pengkajian primer

1) B1: Breath

Sesak nafas, apnea, takipnea. Klien terlihat sesak, frekuensi napas melebihi normal dan mengeluh sesak napas seperti tercekik. Sesak napas terjadi akibat pengerahan tenaga dan disebabkan oleh kenaikan tekanan akhir diastolik ventrikel kiri yang meningkatkan tekanan vena pulmonalis. Hal ini terjadi karena terdapat kegagalan peningkatan curah darah oleh ventrikel kiri pada saat melakukan kegiatan fisik biasanya dapat timbul pada saat istirahat.

2) B2: Blood

Denyut nadi lemah, nadi cepat, teratur/tidak teratur, gambaran EKG: ST Elevasi, Aritmia, Suara jantung tambahan. Tekanan darah sukar/tidak dapat diukur/normal, Saturasi oksigen bisa menurun <90%.

3) B3: Brain

Menurunnya atau hilangnya kesadaran, gelisah, disorientasi waktu, tempat dan orang.

4) B4: Bladder

Produksi urine menurun, warna urine lebih pekat dari biasanya, oliguria, anuria.

5) B5: bowel

Konstipasi, klien biasanya mengalami mual dan muntah, pada palpasi abdomen ditemukan nyeri tekan pada ke empat kuadran, penurunan peristaltik usus.

6) B6: Bone

Perfusi dingin basah pucat, CRT>2 detik, diaforesis, kelemahan

b. Pengkajian sekunder

1) Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

Data subjektif : Memiliki riwayat diabetes mellitus, hipertensi, kolesterol, memiliki kebiasaan merokok, minum alkohol sebelumnya, dan stress berkepanjangan, tidak/jarang melakukan pemeriksaan kesehatan dan jarang berolahraga.

Data objektif : Tampak merokok, minum alcohol, stress

2) Pola nutrisi dan metabolik

Data subjektif : Menghilangnya nafsu makan, mual muntah

Data objektif : Distensi adomen / asites, penurunan berat badan, edema, penampilan tak bertenaga.

3) Pola eliminasi

Data subjektif : Penurunan frekuensi urine, urine berwarna pekat, berkemih pada malam hari, mengeluh diare/konstipasi

Data objektif : Abdomen kembung, diare atau konstipasi.

4) Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif : Keluhan nyeri dada setelah beraktivitas, mengeluh keletihan, merasa sesak dan lemah

Data objektif : Adanya dyspnea, batuk dengan atau tanpa Sputum, gelisah, tanda vital berubah saat beraktivitas, aktivitas di bantu oleh perawat/keluarga.

5) Pola tidur dan istirahat

Data subjektif : Ganguan tidur (insomia), mengeluh nyeri dan sesak, mengeluh merasa tidak segar saat bangun tidur.

Data objektif : Gelisah, cemas, mata cekung, palpebra berwarna hitam, tamapak menguap.

6) Pola persepsi kognitif

Data subjektif : Nyeri dada, gangguan pada penglihatan, ataupun pendengaran

Data objektif : Gangguan status mental, penurunan lapang perhatian, kehilangan memori, tingkat kesadaran menurun.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif: Haga diri rendah, perasaan tidak berdaya.

Data objektif : Sering marah-marah, cemas.

8) Pola peran dan hubungan dengan sesama.

Data subjektif: Kesulitan dalam menentukan suatu kondisi dan mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

Data subjektif: Lemas, murung, suka menyendiri.

9) Pola reproduksi dan seksualitas.

Data objektif : Penurunan libido, amenorea, infertilitas.

10) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress.

Data subjektif: Hubungan perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan.

Data objektif : Cemas, menolak, takut, marah, mudah tersinggung.

11) Pola sistem nilai kepercayaan

Data subjektif: Hubungan nilai spiritual dan keyakinan

Data objektif : Kegiatan spiritual seperti berdoa

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2017). Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan yang dapat timbul yaitu:

1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama, frekuensi, kontraktilitas, *preload, afterload* jantung.
2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis.
3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai nutrisi dan kebutuhan oksigen, kelemahan

a. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama, frekuensi, kontraktilitas, *preload, afterload* jantung.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1. Bradikardi menurun 2. Takikardi menurun 3. Gambaran EKG aritmia menurun 4. Lelah menurun 5. Edema menurun 6. Dyspnea menurun 7. Batuk menurun 8. Hepatomegaly menurun 9. Tekanan darah mem baik 10. Central venous pressure membaik	Perawatan Jantung (I.02075) <u>Observasi</u> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor keluhan nyeri dada 7. Monitr EKG 12 sandapan <u>Terapeutik</u> 1. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang	<u>Observasi</u> 1. Untuk memantau kejadian tanda/gejala primer sehubungan dengan miokard infark 2. Untuk memantau kejadian tanda/gejala sekunder sehubungan dengan miokard infark 3. Hipotensi dapat terjadi sehubung dengan disfungsi miokardia dan rangsangan vegal. 4. Pemantauan yang ketat pada produksi urine <600 ml/hari merupakan tanda-tanda terjadinya syok kardiogenik. 5. Untuk mengetahui tingkat oksigenisasi pada jaringan

			sesuai 3. Berikan terapi relaksasi untu k mengurani stress, *jika perlu* 4. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <u>Edukasi</u> 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktvitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok 4. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan 5. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian <u>Kolaborasi</u> Kolaborasi pemberian antihistamin, jika perlu	sebagai dampak adekuat tidaknya proses pertukaran oksigen. 6. Nyeri berat dapat menyebabkan syok kardiogenik yang berdampak pada kematian yang mendadak. 7. Memantau adanya aritmia, ST elevasi segmen. <u>Terapeutik</u> 1. Untuk mengurangi kesulitan bernafas dan dan mengurangi jumlah darah yang kembali ke jantung yang dapat mengurangi kongesti paru. 2. Mengatur diet sehingga kerja dan ketegangan otot jantung minimal, dan status nutrisi terpelihara, sesuai dengan selera dan pola makan klien 3. Stress menghasilkan vasokonstriksi, terkait meningkatkan tekanan darah dan kerja jantung

				4. Meningkatkan jumlah sediaan oksigen untuk kebutuhan miokard, menurunkan iskemia dan disritmia lanjut. <u>Edukasi</u> 1. Untuk menurunkan seluruh kebutuhan kerja pada jantung. 2. Karena jantung tidak dapat diharapkan untuk benar-benar istirahat saat proses pemulihan maka hal terbaik yang dilakukan dengan mengistirahatkan klien. 3. Merokok menimbulkan aterosklerosis, peningkatan trombogenesis dan vasokontriksi, peningkatan tekanan. Darah pemicu aritmia jantung meningkatkan kebutuhan oksigen jantung, dan penurunan kapasitas pengangkutan oksigen.

				4. Perubahan berat badan yang tiba-tiba menunjukkan gangguan keseimbangan cairan 5. Penurunan curah jantung, mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium/air, dan penurunan output urine <u>Kolaborasi</u> Untuk meredakan keluhan atau gejala akibat reaksi alergi
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (I.08238) <u>Observasi</u> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal <u>Terapeutik</u> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	<u>Observasi</u> 1. Dengan mengidentifikasi dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya. 2. Dengan mengetahui skala nyeri klien dapat membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri klien. 3. Dengan mengidentifikasi respon nyeri non verbal klien

			2. Fasilitasi istirahat dan tidur <u>Edukasi</u> 1. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <u>Kolaborasi</u> Kolaborasi pemberian analgetik	dapat mengetahui seberapa kuat nyeriyang dirasakan oleh klien <u>Teraupetik</u> 1. Dapat membuat klien lebih baik, lebih rileks dan dapat melupakan nyeri. 2. Untuk membantu klien rileks dan menurunkan stimulus internal. <u>Edukasi</u> 1. Dapat membuat klien lebih baik, lebih rileks dan dapat melupakan nyeri. <u>Kolaborasi</u> Pemberian analgetik dapat memblok nyeri pada susunan saraf pusat.
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimban	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi akivitas meningkat	Manajemen Energi (I.12379) <u>Observasi</u> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang	<u>Observasi</u> 1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat

	gan suplai nutrisi dan kebutuhan oksigen	dengan kriteria hasil : 1. Lelah menurun 2. Dispnea menurun 3. Rasa tidak nyaman 4. Lemah menurun 5. Sianosis menurun	mengakibatkan kelelahan, 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola tidur dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyaman selama melakukan aktivitas <u>Terapeutik</u> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan). 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 3. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <u>Edukasi</u> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <u>Kolaborasi</u> Kolaborasi dengan ahli gizi	kelelahan 2. Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien 3. Untuk mengetahui pola tidur pasien pola tidur pasien apakah teratur atau tidak 4. Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamana nasien selama melakukan aktivitas <u>Terapeutik</u> 1. Untuk memberikan rasa nyaman pada pasien 2. Untuk meningkatkan dan melatih massa otot dan gerak ekstremitas pasien 3. Untuk melatih gerak mobilitas pasien selama dirawat <u>Edukasi</u> 1. Menurunkan kerja miokardia/ konsumsi oksigen

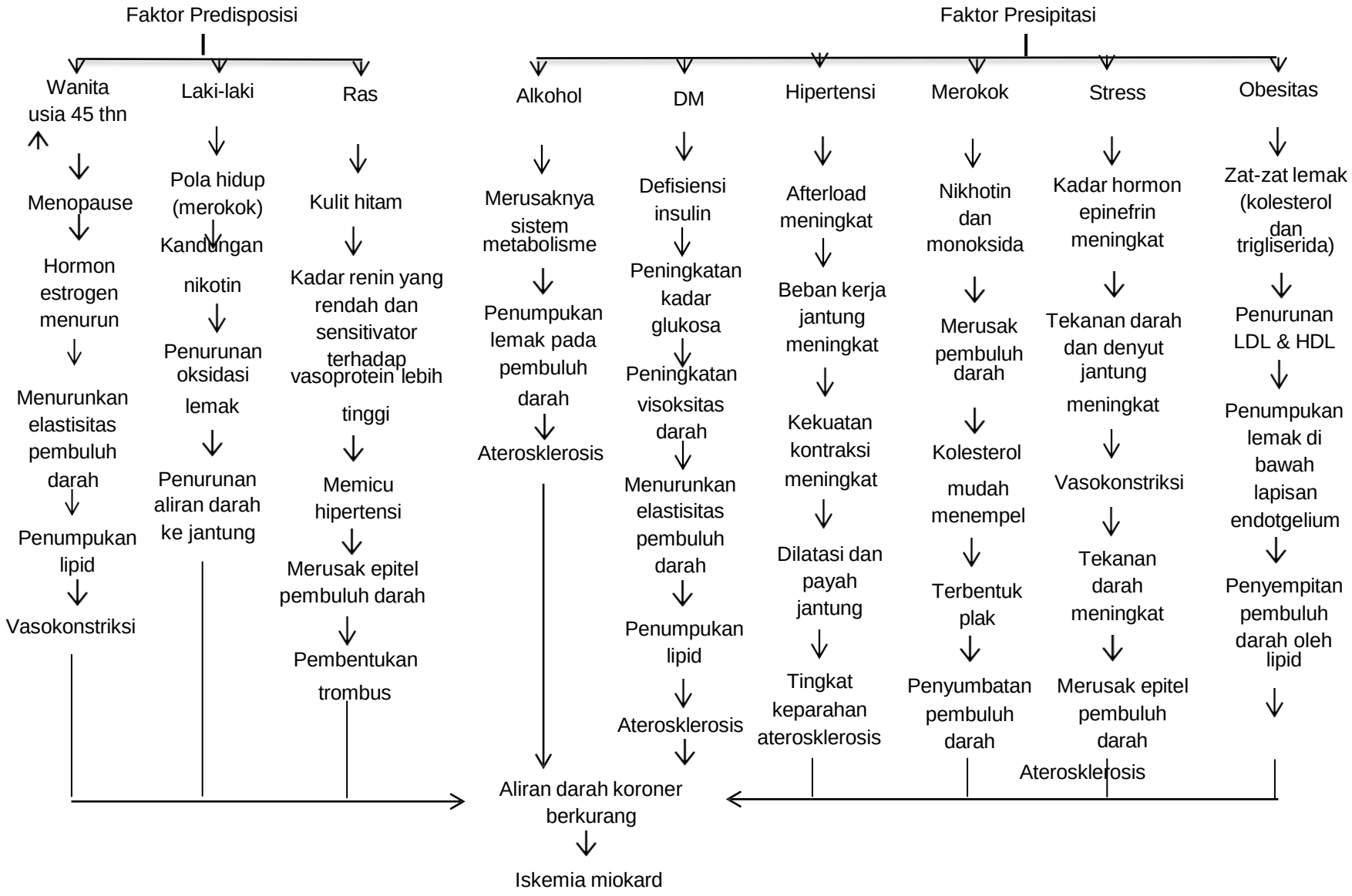
			tentang cara meningkatkan asupan makanan	2. Karena jantung tidak dapat diharapkan untuk benar-benar beristirahat saat proses pemulihan, maka hal terbaik yang dilakukan adalah dengan mengistirahatkan pasien, sehingga melalui aktivitas, pemompaan jantung diturunkan <u>Kolaborasi</u> Meningkatkan asupan nutrisi klien

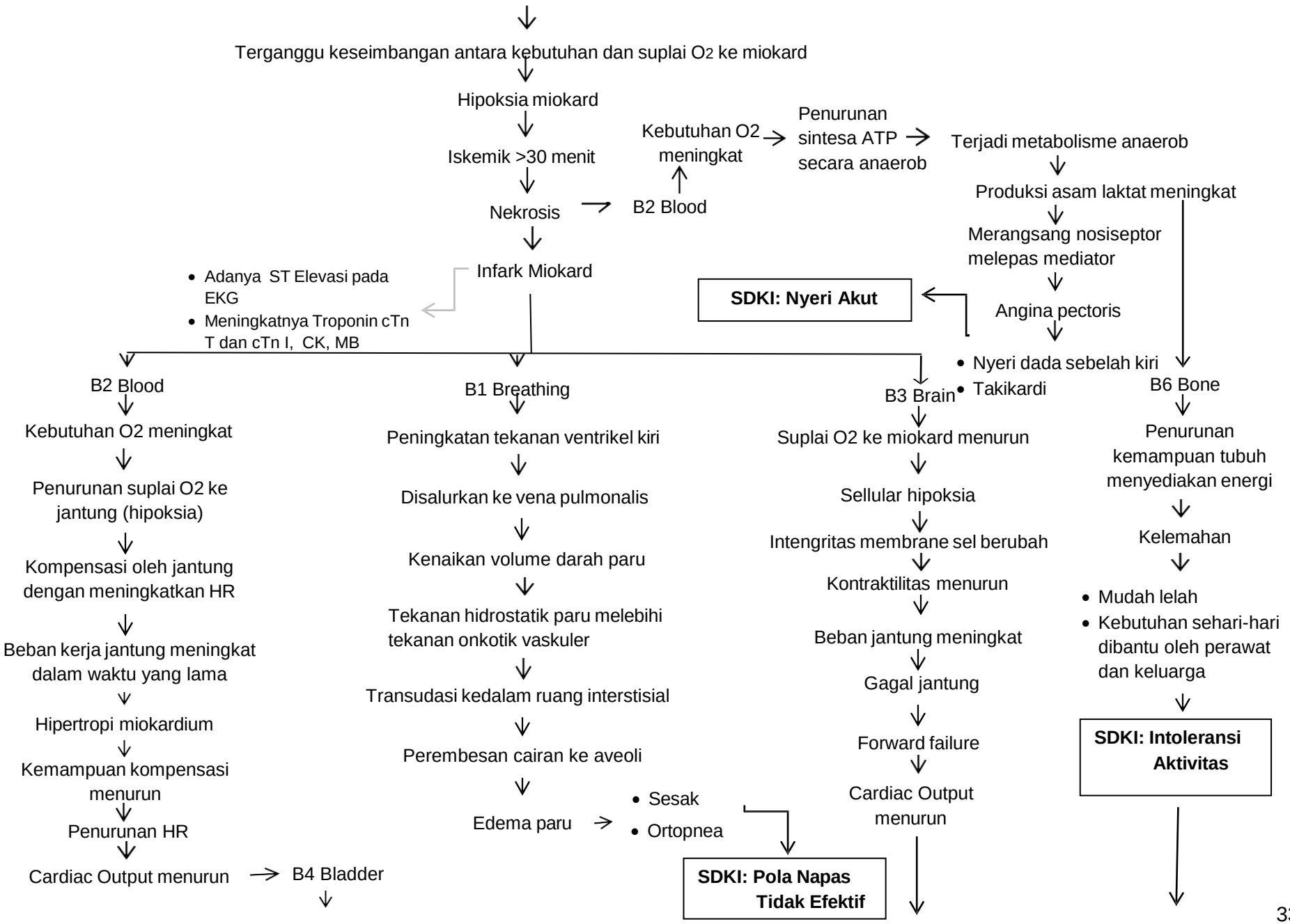
b. Perencanaan Pulang (*discharge planning*)

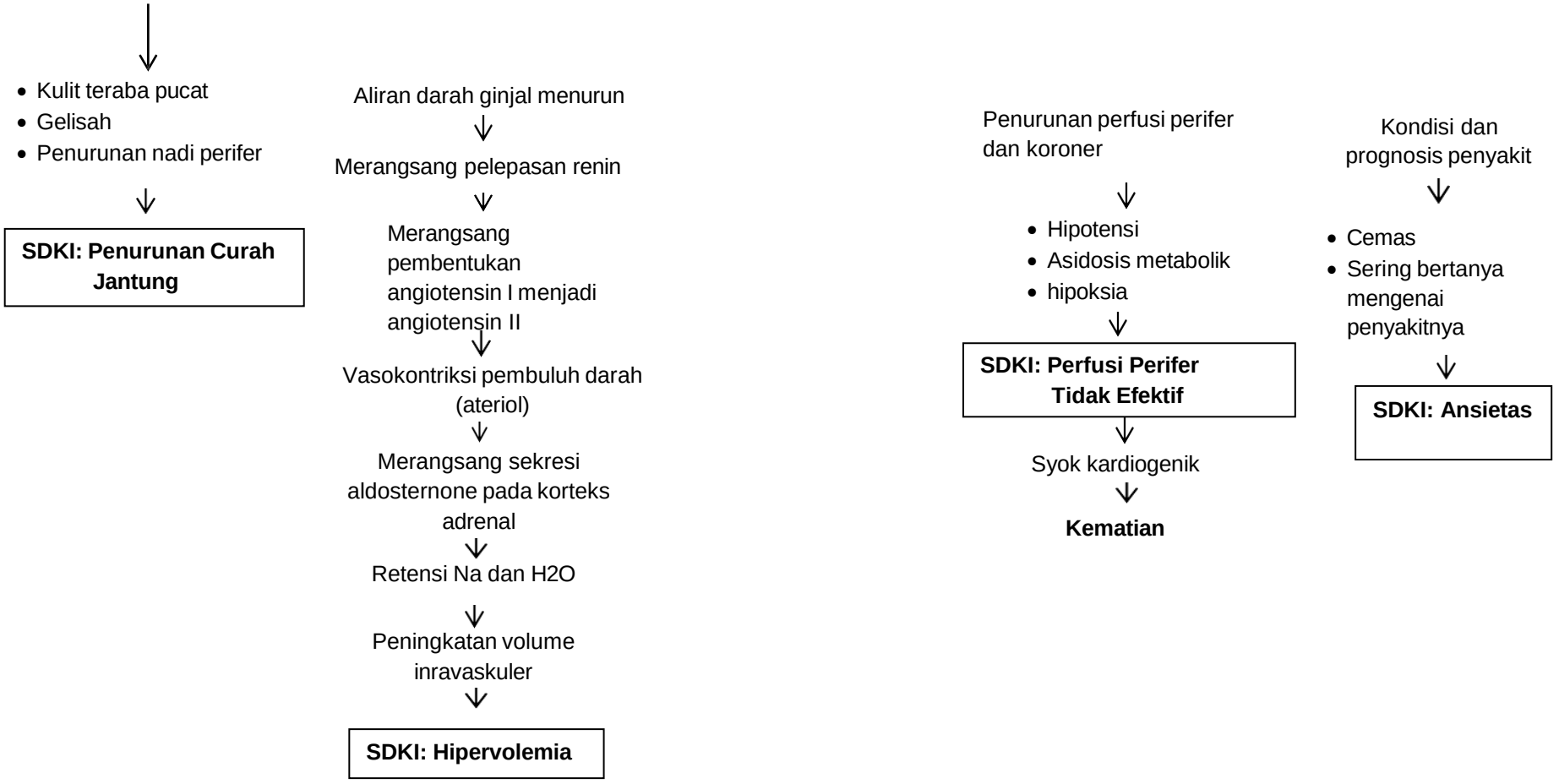
Adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut:

a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit *Acute Coronary Syndrome* (ACS). Misalnya: nyeri dada sentral yang berat terjadi secara mendadak dan terus menerus seperti rasa terbakar, ditindih benda berat, seperti ditusuk, rasa diperas, dipelintir, tertekan yang berlangsung lebih dari 20 menit, ekstremitas yang teraba dingin, keletihan dan rasa lemah, nausea, sesak napas, suhu tubuh yang rendah.
b. Obat: beritahu pasien dan keluarga tentang nama obat, dosis, waktu pemberian, jangan mengomsumsi obat-obatan tradisional atau vitamin tanpa instruksi dokter, konsumsi obat secara teratur. Jika merasakan efek samping dari obat segera cek ke rumah sakit.
c. Diet: pertahankan diet seperti yang di anjurkan dokter seperti asupan nutrisi yang diberikan harus mengandung kolesterol ±300 mg/hari. Kompleks karbohidrat harus mencapai 50-55% dari kalori total. Diet yang diberikan harus tinggi kalium, magnesium, dan serat tetapi rendah natriumLatihan: Melakukan kegiatan secara perlahan lahan serta melakukan kegiatan yang sudah di jadwalkan oleh dokter. Misalnya: pasien dengan STEMI harus tetap berada pada tempat tidur selama 12 jam pertama. Kemudian, jika tidak terdapat komplikasi, pasien harus didukung untuk melanjutkan postur tegak dengan menggantung kaki mereka ke sisi tempat tidur dan duduk di kursi dalam 24 jam pertama.

5. Patoflowdigram *Acute Coronary Syndrome* (ACS)




Terganggu keseimbangan antara kebutuhan dan suplai O2 ke miokard
Hipoksia miokard
Iskemik >30 menit
Nekrosis
Infark Miokard
Kebutuhan O2 meningkat
Penurunan sintesa ATP secara anaerob
Terjadi metabolisme anaerob
Produksi asam laktat meningkat
Merangsang nosiseptor melepas mediator
Angina pectoris
B2 Blood
Adanya ST Elevasi pada EKG
Meningkatnya Troponin cTn T dan cTn I, CK, MB
SDKI: Nyeri Akut
Nyeri dada sebelah kiri
Takikardi
B2 Blood
Kebutuhan O2 meningkat
Penurunan suplai O2 ke jantung (hipoksia)
Kompensasi oleh jantung dengan meningkatkan HR
Beban kerja jantung meningkat dalam waktu yang lama
Hipertropi miokardium
Kemampuan kompensasi menurun
Penurunan HR
Cardiac Output menurun
B4 Bladder
B1 Breathing
Peningkatan tekanan ventrikel kiri
Disalurkan ke vena pulmonalis
Kenaikan volume darah paru
Tekanan hidrostatik paru melebihi tekanan onkotik vaskuler
Transudasi kedalam ruang interstisial
Perembesan cairan ke aveoli
Edema paru
Sesak
Ortopnea
SDKI: Pola Napas Tidak Efektif
B3 Brain
Suplai O2 ke miokard menurun
Sellular hipoksia
Intengritas membrane sel berubah
Kontraktilitas menurun
Beban jantung meningkat
Gagal jantung
Forward failure
Cardiac Output menurun
B6 Bone
Penurunan kemampuan tubuh menyediakan energi
Kelemahan
Mudah lelah
Kebutuhan sehari-hari dibantu oleh perawat dan keluarga
SDKI: Intoleransi Aktivitas


• Kulit teraba pucat
• Gelisah
• Penurunan nadi perifer
SDKI: Penurunan Curah Jantung
Aliran darah ginjal menurun
Merangsang pelepasan renin
Merangsang pembentukan angiotensin I menjadi angiotensin II
Vasokontriksi pembuluh darah (ateriol)
Merangsang sekresi aldosternone pada korteks adrenal
Retensi Na dan H2O
Peningkatan volume inravaskuler
SDKI: Hipervolemia
Penurunan perfusi perifer dan koroner
• Hipotensi
• Asidosis metabolik
• hipoksia
SDKI: Perfusi Perifer Tidak Efektif
Syok kardiogenik
Kematian
Kondisi dan prognosis penyakit
• Cemas
• Sering bertanya mengenai penyakitnya
SDKI: Ansietas

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Tn. W umur 66 tahun datang ke Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 26 april 2024 jam 11.00 siang, pasien masuk dengan keluhan nyeri dada kiri tembus belakang, nyeri dirasakan saat bangun pagi dan kurang tidur pada malam hari saat pasien ingin mandi tiba-tiba mengeluh nyeri dada tembus belakang, rasa sesak nafas disertai tidak enak perasaan, badan keringat dingin di rumah, karena rasa nyeri pada dada yang dirasakan tidak tertahankan dan terus-menerus maka keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris dan dirawat di ruang ICU. Pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri dada kiri tembus belakang, pasien mengatakan nyeri memberat pada saat beraktivitas atau bergerak, pasien mengatakan merasa berdebar-debar saat nyeri timbul skala 5, pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul. Pasien juga mengeluh cepat merasa lelah dan agak sesak jika bergerak banyak, pasien mengatakan sesak saat posisi tidur berbaring. Kesadaran Composmentis, dengan GCS 15 (M: 6, V: 5, E: 4), hasil TTV pasien yaitu: T.D: 152/100 mmHg, Nadi: 135x/menit, Suhu: 36^{o}c, Pernapasan: 24x/menit, spo2: 98%, mendapatkan terapi infus RL 16 tpm. Hasil foto Thorax yaitu: Cardiomegaly LVH gambaran bronchitis. Hasil pemeriksaan Lab: Troponin T >105, Hasil pemeriksaan EKG 12 lead: Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, aVF). Hasil ECHO: LVEF 49%. Terapi yang diberikan kepada pasien yaitu sp. Ntg 10 mg/jam, nasal kanule 4 liter/menit, aspilet 80 mg/1x1, furosemide 40 mg/24 jam, lansoprazole 40 mg/12jam, atorvastatin 40 mg/1x1, sp heparin 12 mg, Candesartan 16 mg/1x1. Berdasarkan data di atas penulis mengangkat diagnosa yaitu: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketikdakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Nama Pasien : Tn. W

Umur : 66 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Tanggal/Jam MRS : 26 April 2024/ 11.00

Tanggal/Jam Pengkajian : 26 April 2024/ 15.00

Diagnosa Medis : ACS

2. Pengkajian Primer

Tabel 3. 1 Pengkajian

Breath (B1)	Pergerakan dada	Tampak Simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu nafas	Tampak pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan
	Palpasi	Vocal premitus: getaran paru kiri dan kanan sama
	Perkusi	Sonor di kedua lapang paru Pekak di daerah batas jantung - Batas atas ICS-2 sinistra - Batas kanan Linea sternalis dextra - Batas bawah ICS-5 sinistra - Batas kiri linea medio clavicularis kiri
	Suara napas	Ronchi minimal di daerah lobus superior kanan dan kiri
	Batuk	Sesekali
	Sputum	Tidak ada
	Alat bantu napas	Nasal kanul 4 liter/menit
	Lain-lain	Pernapasan : 24 kali/menit Spo2 : 98%

Blood (B2)	Suara jantung	S1 S2 S3 S4 Tunggal √ Gallop √ Murmur √
	Irama jantung	Ireguler (tidak teratur)
	CRT	3 detik
	JVP	Meningkat 5+3 cm
	CVP	Tidak ada
	Edema	Tampak bengkak pada kedua tungkai, derajat 2 kedalaman 3-5 mm dengan waktu kembali 3 detik
	EKG	Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF)
	Lain-lain	1. Hasil ECHO: LVEF 49%, 2. Hasil enzim jantung: Troponin T 105 mg/L 3. TTV: TD:152/100 mmHg, N:135x/i, P:24x/i, S:36 °C 4. Terpasang infus RL 16 tpm 5. Pengkajian nyeri P: Pasien mengatakan nyeri dada tembus belakang dan memberat pada saat beraktivitas atau bergerak Q: Pasien mengatakan merasa berdebar-debar saat nyeri timbul R: Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus belakang S: Pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 5 T: Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	Kualitatif: compos mentis Kuantitatif (GCS): 15 (E4V5M6)
	Reaksi pupil: • Kanan • kiri	Isokor kiri dan kanan

	Refleks fisiologis	Ada - Ekstremitas atas dextra/sinistra:Biseps/Trisep positif - Ektremitas bawah dextra/sinistra: Patella positif
	Reflex patologis	Refleks Babinski dextra/sinistra negative
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	-
Bladder (B4)	Urin	-
	Kateter	Pasien tidak menggunakan kateter
	Kesulitan BAK	Tidak ada
	Lain-lain	Pasien menggunakan pampers, pampers bersih 30 gr, dari jam 15.00-20.00 urin sebanyak ±500 cc (didapat dari hasil menimbang pampers)
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Tampak mukosa bibir pasien kering
	Lidah	Tampak lidah bersih
	Keadaan gigi	Tampak bersih
	Nyeri telan	Tidak ada
	Abdomen	Tidak distensi
	Peristaltik usus	- Normal - Nilai: 12x/menit
	Mual	Tidak
	Muntah	Tidak
	Hematemesis	Tidak
	melena	Tidak
	Terpasang NGT	Tidak
	Terpasang colostomy bag	Tidak
	Diare	Tidak
	Konstipasi	Tidak
	Asites	Tidak
	Lain-lain	-

Bone (B6)	Turgor	Baik
	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Ikterus	Tidak ada
	Akral	Dingin
	Peristaltik usus	- Normal - Nilai: 12x/menit
	Pergerakan sendi	Bebas
	Fraktur	Tidak ada
	Luka	Tidak ada
	Lain-lain	1. Pasien mengatakan mudah kelelahan saat banyak bergerak dan beraktifitas. 2. Pasien mengatakan rasa sesak nafas pada saat berbaring lurus.

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

   B-1 : Tidak ada masalah

   B-2 : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.

   Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

   B-3 : Tidak ada masalah

   B-4 : Tidak ada masalah

   B-5 : Tidak ada masalah

   B-6 : Tidak ada masalah

3. Tindakan keperawatan yang dilakukan:

   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

      1) Identifikasi tanda / gejala primer penurunan curah jantung (meliputi, dyspnea, kelelahan, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP).

2) Identifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpasi ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat).
3) Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu danpereda, kualitas, lokasi, skala, durasi dan frekuensi).
4) Monitor tekanan darah
5) Monitor EKG 12 sadapan
6) Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman
7) Berikan diet jantung yang sesuai (misal: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
8) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi > 94%
9) Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi
10) Anjurkan aktivitas bertahap

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2) Identifikasi skala nyeri
3) Identifikasi respon nyeri non verbal
4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5) Berikan teknin non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aroma terapi, kompres hangat/dingin
6) Fasilitasi istirahat dan tidur
7) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
8) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
9) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

3. Pengkajian Sekunder

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan.

1) Keadaan Sebelum sakit:

Pasien mengatakan bahwa kesehatan adalah hal yang terpenting. Bila ada anggota keluarga yang sakit langsung dibawa ke rumah sakit atau ke pusat kesehatan terdekat. Pasien mengatakan baru mengetahui penyakit jantungnya sejak 2 tahun yang lalu dan sekarang pasien rutin mengkonsumsi obat jantung. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertertensi sejak 5 tahun yang lalu dan rutin meminum obat, pasien juga rutin memeriksa diri di dokter. Pasien mengatakan dulu perokok aktif ± 10 tahun, setelah pasien sakit pasien memutuskan untuk berhenti merokok.

2) Riwayat keluhan utama

a) Keluhan Utama: nyeri dada sebelah kiri tembus belakang

b) Riwayat Keluhan utama:

Pasien mengatakan mengeluh sesak nafas dan nyeri dada sebelah kiri tembus belakang, pada tanggal 26-04-2024 nyeri dirasakan saat bangun pagi dan kurang tidur pada malam hari saat pasien ingin mandi tiba - tiba mengeluh nyeri dada tembus belakang, rasa sesak nafas disertai tidak enak perasaan, badan keringat dingin di rumah, karena rasa nyeri pada dada yang dirasakan tidak tertahankan dan terus-menerus maka keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RS Stella Maris dan dirawat di ruang ICU.

Pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri dada kiri tembus belakang, pasien mengatakan nyeri memberat pada saat beraktivitas atau bergerak pasien mengatakan merasa berdebar-debar saat nyeri timbul

skala 5, pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul. Pasien juga mengeluh cepat merasa lelah dan agak sesak jika bergerak banyak. Pasien mengatakan sesak saat posisi tidur berbaring.

c) Riwayat kesehatan yang pernah dialami:
Pasien mengatakan mengalami hipertensi sejak ± 5

d) Riwayat kesehatan keluarga:
Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang diderita keluarga

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan lauk dansayur, minum air putih ±9 gelas sehari. Pasien mengatakan sering mengkonsumsi makanan yang berlemak dan goreng-gorengan.

2) Keadaan sejak sakit
Makan seperti biasa 3x sehari dengan menu yang disediakan oleh petugas rumah sakit dan minum air 7-8 gelas perhari.

3) Observasi
Tampak pasien menghabiskan makanan yang disediakan rumah sakit

4) Pemeriksaan fisik:
a) Keadaan rambut: rambut pasien bersih dan berwarna hitam bercampur uban
b) Hidrasi kulit: kulit elastis, turgor kulit baik
c) Palpebra/conjungtiva: tidak edema /tidak anemis
d) Sclera: sclera tidak ikterik
e) Hidung: tidak ada secret
f) Rongga mulut: rongga mulut bersih

g) Gigi: gigi bersih dan beberapa gigi tanggal, tampak tidak ada gigi palsu
h) Kemampuan mengunyah: pasien mampu mengunyah
i) Lidah: lidah bersih
j) Pharing: tidak ada pembesaran
k) Kelenjar getah bening: tidak ada pembesaran dan benjolan
l) Parotis: tidak ada peradangan
m) Abdomen
   (1) Inspeksi: perut datar, tidak ada pembengkakan
   (2) Auskultasi: peristaltik usus 12 x/menit
   (3) Palpasi: teraba tidak ada nyeri tekan
   (4) Perkusi: terdengar tympani
n) Kulit
   (1) Edema: positif dibagian kedua tungkai bawah, derajat 2 kedalaman 3-5mm dengan waktu kembali 3 detik.
   (2) Tanda-tanda radang: Negatif

c. Pola Eliminasi
   1) Keadaan sebelum sakit

      Pasien mengatakan sebelum sakit BAB setiap hari atau kadang dua hari konsistensi padat warna kuning, BAK ± 4x sehari warna kuningan dengan jumlah ± 150-200cc. Pasien mengatakan mampu mengontrol keinginan berkemih dan BAB.
   2) Keadaan sejak sakit

      Pasien mengatakan ia tidak memiliki kesulitan untuk BAB dan BAK. Pasien menggunakan pempers, saat dirawat di ICU hari pertama pasien belum BAB

3) Observasi

Tampak pasien memakai pampers dan menolak untuk pemasangan kateter.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus: 12 kali/menit
b) Palpasi kandung kemih: kosong
c) Nyeri ketuk ginjal: negatif
d) Mulut uretra: tidak dikaji
e) Anus: tidak ada peradangan

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya karena rasa sesak dan nyeri dada tembus belakang dan memberat saat bergerak banyak. Pasien mengatakan saat sakit aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarganya.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring di tempat tidur, tampak pasien sesak dan aktivitasnya dbantu oleh perawat dan keluarganya.

a) Aktivitas harian

Makan dan Makan : 2
Pakaian : 2
Kerapihan : 2
Buang air besar : 2
Buang air kecil : 2
Mobilisasi di tempat tidur: 2

Keteangan:
0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan orang
3 : Bantuan alat dan orang

b) Postur tubuh : Tidak tampak kelainan tulang belakang
c) Gaya jalan : Tidak dikaji, pasien bedrest
d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
e) Fiksasi / tracheostomy : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik
a) Tekanan darah Berbaring: 152/100 mmHg
Duduk: tidak dikaji
Berdiri: tidak dikaji
b) HR : 135 x/menit
c) Kulit : Keringat dingin
d) JVP : 5+3 cmH2O
e) CRT : 3 detik
f) Thorax dan pernapasan
(1) Inspeksi:
Bentuk thorax: Tampak simetris
Sianosis : Tidak ada
Stridor : Tidak ada
(2) Palpasi
Vocal premitus : Vocal fremitus teraba sama kanan dan kiri
Krepitasi : Tidak teraba adanya krepitasi
(3) Perkusi
Terdengar sonor pada kedua lapang paru
(4) Auskultasi:
Suara napas : Terdengar bunyi vesikuler
Suara tambahan : Ronchi minimal didaerah lobus superior kanan dan kiri
g) Jantung
(1) Inspeksi
Tampak ictus cordis pada ICS 5 linea midclavicularissinistra

(2) Palpasi

Ictus cordis teraba pada ICS 5 linea midclavicularissinistra

(3) Perkusi

Batas atas : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah : ICS 4 linea midclavicularis sinistra

Batas kiri : ICS 5 linea sternalis dextra

Batas kanan : ICS 5 linea midclavicularis sinistra

(4) Auskultasi

Bunyi jantung IIA : Tunggal pada ICS 2 linea sternalis dextra

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

Bunyi jantung IT : Tunggal pada ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IM : Gallop pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

h) Lengan dan Tungkai

(1) Atrofi otot : Tidak ada

(2) Rentang gerak : Bebas

(3) Kaku sendi : Tidak ada

(4) Nyeri sendi : Tidak ada

(5) Fraktur : Tidak ada

(6) Parese : Tidak ada

(7) Uji kekuatan otot:

Kanan	Kiri
5	5
5	5

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibanding sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

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

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan waktu tidur malam ± 4-5 jam karena sulit tidur pada malam hari. Pasien mengatakan sangat jarang tidursiang karena bekerja.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien kesulitan untuk tidur karena merasa sesak dan kadang terasa nyeri pada daerah dadanya. Pasien tidur 4-5 jam pada malam hari 1 jam disiang hari dan sering terbangun saat tidur.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Banyak menguap : Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

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

mengenal waktu.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pendengaran dan penglihatan, pasien mengatakan bisa menggunakan hp tanpa alat bantu penglihatan.

3) Observasi

Tampak pasien tidak memakai alat bantu pendengaran dan penglihatan

4) Pemeriksaan Fisik

a) Penglihatan

Kornea : Jernih
Pupil : Isokor
Lensa mata : Tampak jernih
TIO : Teraba kenyal pada kedua mata

b) Pendengaran

Pina : Tampak simetris kiri dan kanan
Kanalis : Tampak bersih antara kiri dan kanan
Membran timpani : Tampak utuh dan memancarkan cahaya

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

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 anak-anaknya selalu mendukung dalam keadaan apapun.

2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi

Tampak pasien selalu dikunjungi keluarga

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak keluarga

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

3) Observasi

Tampak pasien dijaga oleh anaknya dan keluarga yang lain, banyak anggota keluarga dan teman yang datang untuk.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidka memiliki masalah pada alat reproduksinya, pasien sudah tua dan pasien tidak memiliki seksualitas yang menyimpang.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada alat reproduksinya dan pasien tidak memiliki seksualitas yang menyimpang.

3) Observasi

Tampak pasien berperilaku baik, tidak ada perilaku menyimpang.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan jika ada masalah selalu berunding dengan istri dan anaknya untuk bersama-sama mencari solusinya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien memikirkan tentang kondisinya yang sekarang, pasien berharap dirinya bisa sembuh dan kembali kerumah lagi.

3) Observasi

Tampak pasien gelisah saat nyeri dada muncul

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pasien menganut agama katolik dan rajin beribadah setiap hari minggu.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan hanya bisa berdoa di tempat tidur karena kondisinya yang sedang sakit.

3) Observasi

Tampak pasien memakai kalung rosario, tampak pasien mendengarkan lagu rohani, tampak disamping pasien ada buku doa.

4. Pemeriksaan Penunjang

a. EKG tanggal 26-04-2024

Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF)

b. Foto thorax tanggal 26-04-2024

c. Kesan: Cardiomegaly LVH gambaran bronchitis

Hasil ECHO tanggal 27-04-2024 : LVEF 49%,

d. Laboratorium 26-04-2024

Enzim Jantung

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Enzim Jantung

Test	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Troponin T	>105	<50	Mg/L

Tabel 3. 3 Pemeriksaan Elektrolit

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Natrium	139	136-145	mmol/L
Kalium	3.9	3.4-4.5	mmol/L
Clorida	108	100-108	mmol/L

Tabel 3. 4 Pemeriksaan Kimia Darah

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
SGOT	24	<38	U/L
SGPT	19	<41	U/L
Ureum	21	10-50	mg/dL
Creatinin	0.7	<1, 4	mg/dL

Tabel 3. 5 Pemeriksaan Darah Lengkap

Test	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
WBC	5.33	4.60-10.20	10^3/uL
RBC	4.23	4.70-6.10	10^6/uL
HGB	13.0	14.1-18.1	g/dl

5. Terapi

   Aspilet 80 mg 1x1 (oral)

   Lansoprazole 40 mg / 12 jam (IV)

   Furosemide 40 mg / 24 jam (IV)

   Nitrgliserin / 5mcg / menit / SP

   Atrovastatin 40 mg 1x1 (Oral)

   Sp. Heparin 12 mg/kg BB/ menit/ 780 mg/ jam (syringe pump/ IV)

   Candesartan 16 mg oral 1x1

   Arixtra 2,5 mg / SC

B. ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn. W/66 Tahun

Ruang : ICU

Tabel 3. 6 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: 1. Pasien mengatakan rasa sesak 2. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus belakang 3. Pasien mengatajan bengkak pada kedua kaki 4. Pasien mengatakan rasa tidak nyaman pada dada sebelah kiri 5. Pasien mengatakan keringat dingin seluruh badan. DO: 1. TTV: TD: 152/100 mmHg N: 135 x/menit P: 24 x/menit SPO2: 98% 2. Tampak kedua tungkai bawah odem, derajat 2 kedalam 3-5mm dengan waktu kembali 3 detik. 3. Hasil ECHO: LVEF 49% 4. Foto thorax: - Cardiomegaly LVH - Gambaran bronkitis 5. Terdengar suara	Perubahan kontraktilitas	Penurunan Curah jantung (D.0008)

	jantung gallop (S3) dan murmur (S4) 6. JVP meningkat 5 + 3 cm		
2	DS: P: Pasien mengatakan nyeri dada tembus belakang dan memberat pada saat beraktivitas atau bergerak Q: Pasien mengatakan merasa berdebar-debar saat nyeri timbul R: Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus belakang S: Pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 5 T: Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul DO: 1. Tampak pasien sesak 2. TTV: TD : 152/100 mmHg S : 36°C P : 24x/menit N : 135x/menit 2. Hasil EKG Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF) 3. Hasil enzim jantung: Troponin T ≥ 105 mg/L	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
3.	DS : 1. Pasien mengatakan lelah jika banyak bergerak 2. Pasien mengatakan saat ini aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarganya DO: 1. Tampak pasien sesak 2. TTV:	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intolerasi aktivitas

	TD : 152/100 mmHg P : 24x/menit N : 135x/menit S : 36 °C Spo2: 98%		

C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. W/66 Tahun

Ruang : ICU

Tabel 3. 7 Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas (D.0008)
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
3.	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplaidan kebutuhan oksigen (D.0056)

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. W/66 Tahun

Ruang : ICU

Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontaktilitas (D. 0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan curahjantung meningkat dengan kriteria hasil: (L.02008) 1. *Paroxysmal noctural dyspnea* (PND) cukup menurun 2. Suara jantung S3 dan S4 cukup menurun 3. Dispnea cukup menurun 4. Edema menurun 5. Takikardi cukup menurun 6. Tekanan darah cukup membaik	**Perawatan Jantung (I. 02075)** **Observasi:** 1. Identifikasi tanda / gejala primer penurunan curah jantung (meliputi, dyspnea, kelelahan, *ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea*,) 2. Identifikasi tanda / gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah. **Terapeutik:** 1. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi ≥ 94%

			Edukasi: 1. Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan aktivitas secara bertahap **Kolaborasi:** Kolaborasi pemberian antiaritmia, *jika perlu*. **Perawatan jantung Akut (I.02076)** **Observasi** 1. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST 2. Monitor saturasi oksigen **Terapeutik** 1. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan **Edukasi** 1. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada 2. Jelaskan tindakan yang dijalani pasien **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberi antiplatelet, *jika perlu*

			Manajemen cairan (I.03098) **Observasi:** 1. Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, akral, turgor kulit, tekanan darah, kelembapan mukosa) **Terapeutik:** 1. Catat intake dan output dan hitung balance cairan 24 jam **Kolaborasi:** 1. Pemberian diuretik, jika perlu
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun	**Manajemen nyeri** **Observasi** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal **Teraupetik:** 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur

			Edukasi: 1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri **Kolaborasi:** 1. Kolaborasi pemberian anti anginal **Terapi pemijatan (I.08251)** **Observasi:** 1. Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (mis: gangguan integritas kulit, kemerahan atau radang, hipersensitivitas terhadap sentuhan) 2. Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan 3. Monitor respon terhadap pemijatan **Terapeutik:** 1. Jurnal EBN “effect of massage therapy on chest pain, anxiety, and stress among patients with acute coronary syndrome: a review” Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan (perhatikan kontraindikasi penggunaan lotion atau minyak tertentu pada tiap individu)

3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam maka diharpakan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : (L. 05047) 1. Kemudahan dalam melaku kan aktivitasmeningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Frekuensi nafas membaik 4. Perasaan lemah menurun	**Manajemen Energi(I.05178)** **Observasi :** 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional **Terapeutik:** 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) **Edukasi:** 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap **Kolaborasi:** 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. W/66 Tahun

Ruangan/Kamar : ICU

Tabel 3. 9 Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal	No DP	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Jumat, 26/04/2024	I	15.00	Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung. Hasil: - Pasien mengatakan merasakan merasa sesak dan lemas, frekuensi nafas 24x/menit.	Ferina dan Gita
	I		Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi Hasil: - Tampak pasien terpasang O_2 nasal kanul 4 liter/menit	Ferina dan Gita
			Memonitor TTV Hasil: - TD: 152/100 mmHg N: 135x/ menit P: 24x/ menit S: 36°C Spo2: 98 %	Ferina dan Gita
	I		Memonitor EKG 12 sadapan Hasil: - EKG Elevasi Segmen ST (Lead II, III, AVF)	Ferina dan Gita
	II		Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: - Pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat **P**: pasien mengatakan nyeri dada	Ferina dan Gita

			tembus belakang dan memberat saat bergerak atau beraktivitas **Q**: pasien mengatakan nyeri seperti berdebar-debar **R**: pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar kebelakang **S**: skala nyeri 5 **T**: pasien mengatakan nyeri hilang-timbul	
	II		Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: - Tampak pasien meringis saat nyeri timbul - Tampak pasien memegang dada saat nyeri timbul	Ferina dan Gita
	I		Memonitor status hidrasi Hasil: - Tampak kedua tungkai bawah edema, derajat 2 kedalam 3-5 mm dengan waktu kembali 3 detik - Tampak pasien akral dingin	Ferina dan Gita
	III		Monitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: - Tampak pasien terbaring lemah dan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga	Ferina dan Gita
	I		Memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman Hasil: - Tampak pasien dalam posisi semi fowler	Ferina dan Gita
	II		Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan Hasil: - Pasien bersedia untuk dilakukan	Ferina dan Gita

			pemijatan	
	I, II	17.00	Memberikan obat anti pembekuan darah dan obat anti anginal, diuretik Hasil: - Carnit 5mg/ kg BB/ SP - Arixtra 2,5 mg / IM - Sp. Ntg 10 mg Intravena - Furosemide 40 mg/ IV	Ferina dan Gita
			Mengobservasi TTV: Hasil: TD: 145/90 mmHg N: 120x/menit S: 36,9°C P: 24x/menit SPO2: 98%	Ferina dan Gita
	I	18.00	Mencatat intake dan output Hasil: - Pasien menggunakan pampers, pampers bersih 30 gr, dari jam 15.00-20.00 urin sebanyak ±500 cc (didapat dari hasil menimbang pampers)	Ferina dan Gita
	I		Berkolaborasi pemberian obat oral Hasil: - Candesartan 18 mg - Aspilet 80 mg - Atorvastatin 40 mg	Ferina dan Gita
	I	20.15	Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung Hasil: - Hasil foto thorax cardiomegaly LVH gambaran bronchitis	Ferina dan Gita
	III		Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) Hasil:	Ferina dan Gita

			- Tampak keadaan ruangan tenang, bersih sehingga pasienberistirahat dengan baik.	
		20.40	Mengobservasi TTV: Hasil: TD: 142/96 mmHg N: 118x/menit S: 36,8°C P: 24x/menit SPO2: 98%	Ferina dan Gita
Sabtu, 27/04/2024	III	07.20	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: - Pasien mengatakan sesak pada malam hari dan juga belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri	Ferina
	I		Memonitor EKG 12 sadapan Hasil: - EKG Elevasi Segmen ST (LEAD II, III, AVF).	Ferina
	I, II	08.00	Berkolaborasi dengan dokter Hasil: Amlodipine 10 mg / oral Lansoprazole 40 mg / IV	Ferina
			Mengobservasi TTV Hasil: TD:139/82 mmHg N:100x/menit S:36 ^{0}C P:22x/menit SPO2:98%	Ferina
	II		Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: - Pasien mengatakan nyeri	Ferina

			dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat **P:** Pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar kencang dan bertambah jika bergerak **Q:** Pasien mengatakan nyeri seperti berdebar-debar **R**: Pasien mengatakan nyeri dada kiri tembus belakang masih dirasakan **S**: Skala nyeri 4 **T**: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul	
	II	09.00	Melakukan *"Massage Therapy"* Hasil: - Melakukan *Massage Therapy* selama ±15 menit menggunakan minyak/oil pada tangan dan kakipasien	Ferina
	III		Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) Hasil: - Tampak keadaan ruangan tenang, bersih sehingga pasien beristirahat dengan baik.	Ferina
		10.00	Mengobservasi TTV: Hasil: TD:130/79 mmHg N:100x/menit S:36,7^0c P:22x/menit SPO2:98x/menit	Ferina
	I	13.00	Mencatat intake dan output Hasil: - Pasien menggunakan pampers, pampers bersih 30 gr, dari jam	Ferina

			07.00-13.00 urin sebanyak ±350 cc (didapat dari hasil menimbang pampers)	
	I	16.00	Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung. Hasil: - Pasien mengatakan sesak mulai berkurang dan lemas, frekuensi nafas 22x/menit.	Gita
	I		Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi Hasil: - Tampak pasien terpasang O_2 nasal kanul 3 liter/menit	Gita
	I		Memonitor status hidrasi Hasil: - Tampak kedua tungkai bawah sudah tidak edeme, tampak CRT kembali 3 detik, tampak pasien akral hangat	Gita
	II		Memonitor respon terhadap pemijatan Hasil: - Pasien mengatakan ia menjadi lebih rileks dan nyerinya berkurang Mengobservasi TTV: Hasil: TD:129/79 mmHg N:111x/menit S:36,7^0c P:26x/menit SPO2:96x/menit	Gita
	I, II	18.00	Berkolaborasi pemberian obat oral Hasil: - Candesartan 18 mg - Aspilet 80 mg - Atorvastatin 40 mg	Gita

	I, II		Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap Hasil: - Tampak pasien sudah mampu makan dan minum secara mandiri	Gita
	I	20.00	Mencatat intake dan output Hasil: - Pasien menggunakan pampers, pampers bersih 30 gr, dari jam 14.00-20.00 urin sebanyak ±300 cc (didapat dari hasil menimbang pampers)	Gita
		20.15	Mengobservasi TTV: Hasil: TD: 128/80 mmHg N: 110x/menit S: 36,8°C P: 26x/menit SPO2: 97%	Gita
Minggu, 28/04/2024	I, III	07.00	Monitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: - Pasien mengatakan sesak pada malam hari sudah cukup menurun dan badannya sudah mulai membaik dari hari sebelumnya	Ferina
	III		Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: - Pasien mengatakan sesak sudah mulai berkurang **P**: Pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba sudah mulai berkurang **Q**: Pasien mengatakan nyeri seperti berdebar-debar berkurang **R**: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang	Ferina

			mulai berkurang **S**: Skala nyeri 3 **T**: Pasien mengatakan nyeri hilang-timbul	
		08.00	Mengobservasi TTV: Hasil: TD:125/84mmHg N: 92x/menit S:36,6 ^{0}c P:20x/menit SPO2:98%	Ferina
	I		Berkolaborasi dalam pemerian obat Hasil: - Carnit 5mg/ kg BB/ SP - Arixtra 2,5 mg / IM - Lansoprazole 40 mg/ IV	Ferina
	I		Memonitor EKG 12 sadapan Hasil: EKG Elevasi Segmen ST (Lead II, III, AVF).	Ferina
	I		Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap Hasil: - Tampak pasien dibantu oleh perawat dan keluarga dalam berpakaian	Ferina
	I		Melakukan *"Massage Therapy"* Hasil: - Melakukan *Massage Therapy* selama ± 15 menit menggunakan minyak/oil pada tangan dan kaki pasien	Ferina
		12.00	Mengobservasi TTV: Hasil: TD : 120/82 mmHg N : 88x/menit	Ferina

			S : 36 ^{0}c P : 20x/menit SPO2:99%	
	I	13.00	Mencatat intake dan output Hasil: - Pasien menggunakan pampers, pampers bersih 30 gr, dari jam 07.00-13.00 urin sebanyak ±350 cc (didapat dari hasil menimbang pampers)	Gita
	I	16.00	Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung. Hasil: - Pasien mengatakan sesak berkurang, frekuensi nafas 20x/menit.	Gita
	I		Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi Hasil: - Tampak pasien terpasang O_2 nasal kanul 2 liter/menit	Gita
	I		Memonitor status hidrasi Hasil: - Tampak kedua tungkai bawah sudah tidak edema, tampak CRT kembali 3 detik, tampak pasien akral hangat	Gita
	II		Memonitor respon terhadap pemijatan Hasil: - Pasien mengatakan ia menjadi lebih rileks dan nyerinya berkurang	Gita
			Mengobservasi TTV: Hasil: TD: 120/82 mmHg N:86x/menit	Gita

			S:36 ^{0}c P:20x/menit SPO2:96x/menit	
	I, II	18.00	Berkolaborasi pemberian obat Hasil: - Candesartan 18 mg 1x1 - Aspilet 80 mg 1x1 - Atorvastatin 40 mg 1x1	Gita
	III		Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap Hasil: - Tampak pasien sudah mampu makan dan minum secara mandiri	Gita
	I	20.00	Mencatat intake dan output Hasil: - Pasien menggunakan pampers, pampers bersih 30 gr, dari jam 14.00-20.00 urin sebanyak ±300 cc (didapat dari hasil menimbang pampers)	Gita
		20.15	Mengobservasi TTV Hasil: TD: 120/86 mmHg N: 83x/menit S: 36,2°C P: 20x/menit SPO2: 99%	Gita

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. W/66 Tahun

Ruangan/Kamar : ICU

TANGGAL	NO DP	EVALUASI KEPERAWATAN	PERAWAT
26/4/2024 20.15	I	S: 1. Pasien mengatakan rasa sesak 2. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus belakang 3. Pasien mengatajan bengkak pada kedua kaki 4. Pasien mengatakan rasa tidak nyaman pada dada sebelah kiri 5. Pasien mengatakan keringat dingin seluruh badan. O: 1. CRT 3 detik 2. Tampak kedua tungkai bawah odem, derajat 2 kedalam 3-5 mm dengan waktu kembali 3 detik, tampak pasien akral dingin 3. Hasil EKG: elevasi segmen ST (Lead II, III, AVF) 4. Terdengar suara jantung gallop di S3 dan suara jantung murmur di S4 5. Observasi TTV: TD: 142/96 mmHg N: 118x/menit S: 36,8°C P: 24x/menit SPO2: 98% A: Penurunan curah jantung belum teratasi P: Lanjutkan intervensi perawatan jantung akut, perawatan jantung, manajemen cairan	Ferina Gita

	II	S: Pasien mengatakan nyeri dada bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat **P**: Pasien mengatakan nyeri dada tembus belakang dan memberat saat bergerak atau beraktivitas **Q**: Pasien mengatakan nyeri seperti berdebar-debar **R**: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar kebelakang **S**: Skala nyeri 5 **T**: Pasien mengatakan nyeri hilang-timbul O: 1. Tampak pasien meringis saat nyeri timbul 2. Tampak pasien memegang bagian dada saat nyeri timbul A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri dan terapi pemijatan	Ferina Gita
	III	S: 1. Pasien mengatakan sesak saat beraktivitas 2. Pasien mengatakan sesak padamalam hari 3. Pasien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri O: 1. Pasien tampak sesak saat beraktivitas 2. Tampak aktvitas dibantu oleh keluarga dan perawat 3. Observasi TTV: TD: 142/96 mmHg N: 118x/menit S: 36,8°C P: 24x/menit SPO2: 98% A: Intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen energi	Ferina Gita

27/4/2024 20.15	I	S: 1. Pasien mengatakan masih rasa sesak 2. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus belakang 3. Pasien mengatakan kaki sudah tidak bengkak 4. Pasien mengatakan rasa tidak nyaman pada dada sebelah kiri O: 1. CRT 3 detik 2. Tampak kedua tungkai bawah sudah tidak edema 3. Hasil EKG: elevasi segmen ST (Lead II, III, AVF) 4. Terdengar suara jantung gallop di S3 dan suara jantung murmur di S4 5. TD: 128/80 mmHg N: 110x/menit S: 36,8°C P: 26x/menit SPO2: 97% A: Penurunan curah jantung sudah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi perawatan jantung akut dan perawatan jantung	Ferina Gita
	II	S: 1. **P**: Pasien mengatakan nyeri dada tiba- tiba dan jantung berdebar kencang dan kuat sudah cukup berkurang **Q**: Pasien mengatakan nyeri dada seperti berdebar-debar **R**: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang mulai berkurang **S**: Skala nyeri 4 **T**: Pasien mengatakan nyeri hilang- timbul 2. Pasien mengatakan merasa rileks dan nyeri menurun setelah dilakukan *Massage Therapy* dengan menggunakan	Ferina Gita

		minyak/oil O: 1. Tampak wajah pasien masih meringis saat nyeri timbul 2. Tampak pasien memegang bagian dada saat nyeri timbul A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	
	III	S: 1. Pasien mengatakan rasa lelah cukup menurun 2. Pasien mengatakan sesak pada saat beraktivitas sudah cukup menurun 3. Pasien mengatakan sesak pada malam hari sudah cukup menurun 4. Pasien mengatakan sudah sedikit mampu melakukan aktivitas secara mandiri O: 1. Tampak pasien sudah mulai mampu melakukan aktivitas ringan seperti makan dan minum 2. TTV: TD: 128/80 mmHg N: 110x/menit S: 36,8°C P: 26x/menit SPO2: 97% A: Intoleransi aktivitas sudah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi manajemen energi	Ferina Gita

28/04/2024 20.45	I	S: 1. pasien mengatakan sesak berkurang 2. Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus belakang berkurang 3. Pasien mengatakan kaki sudah tidak bengkak 4. Pasien mengatakan rasa tidak nyaman pada dada sebelah kiri berkurang O: 1. CRT 3 detik 2. Terdengar suara jantung gallop di S3 dan suara jantung murmur S4 cukup menurun 3. TTV TD: 120/86 mmHg N: 83x/menit S: 36,2°C P: 20x/menit SPO2: 99% A: Penurunan curah jantung sudah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi perawatan jantung	Ferina Gita
	II	S: **P**: Pasien mengatakan nyeri dada tiba-tiba dan jantung berdebar berkurang **Q**: Pasien mengatakan nyeri seperti berdebar-debar sudah berkurang **R**: Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang berkurang **S**: Skala nyeri 3 **T**: Pasien mengatakan nyeri hilang-timbul	Ferina Gita

		O: 1. Tampak pasien meringis saat nyeri timbul cukup menurun 2. Pasien mengatakan merasa rileks dan nyeri menurun setelah dilakukan *Massage* Therapy dengan menggunakan minyak/oil A : Nyeri Akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri S: 1. Pasien mengatakan sesak pada malam menurun 2. Pasien mengatakan sesak pada saat beraktivitas sudah menurun 3. Pasien mengatakan rasa lelah menurun 4. Pasien mengatakan mampu melakukan aktivitas ringan seperti berpakaian secara mandiri O: 1. Tampak pasien mampu melakukan aktivitas ringan seperti makan dan duduk 2. TTV: TD: 120/86 mmHg N: 83x/menit S: 36,2°C P: 20x/menit SPO2: 99% A: Intoleransi aktivitas teratasi P: Hentikan intervensi	Ferina Gita

G . Daftar Nama Obat Yang Diberikan

1. Furosemid
   a. Klasifikasi / golongan obat : Diuretik
   b. Dosis umum : 20–50 mg/hari.
   c. Dosis untuk pasien : 40 mg/24 jam
   d. Cara pemberian obat : Intravena.
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      bekerja dengan cara menghalangi penyerapan natrium di dalam sel-sel tubulus ginjal. Dengan begitu, jumlah urine yang dihasilkan serta dikeluarkan oleh tubuh akan meningkat.
   f. Alasan pemberian
      Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk mengatasi penumpukan cairan di dalam tubuh
   g. Kontraindikasi :
      Jangan menggunakan furosemide jika Anda memiliki riwayat alergi terhadap obat ini dan obat golongan sulfa, seperti sulfametoxazole.
   h. Efek samping obat :
      Pusing, sakit kepala, mual dan muntah, diare, penglihatan buram, sembelit.

2. Lansoprazole
   a. Klasifikasi / golongan obat : Antirefluks dan Antiulserasi
   b. Dosis umum : 30 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien : Lansoprozole 40 mg/12 jam (IV)
   d. Cara pemberian obat : Intravena, oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
      Lansoprazole mampu menurunkan produksi asam lambung dan meredakan gejala akibat peningkatan asam lambung, seperti sensasi terbakar di dada, mulut terasa asam, serta mual dan

muntah. Dengan begitu, kerusakan atau komplikasi yang dapat disebabkan oleh asam lambung yang tinggi bisa dicegah.

f. Alasan pemberian:

   Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk menurunkan produksi asam lambung berlebih.

g. Kontraindikasi:

   Jangan menggunakan lansoprazole jika Anda alergi terhadap obat ini atau obat golongan penghambat pompa proton lainnya, seperti omeprazole dan pantoprazole.

h. Efek samping obat :

   Gangguan pencernaan, seperti diare, sakit perut, mual, kembung, dan juga konstipasi. Sakit kepala atau pusing, kadar besi darah rendah, gatal-gatal dan ruam, Insomnia, Hipomagnesemia, Osteoporosis.

3. Sp. Ntg (Nitrogliserin)

   a. Klasifikasi / golongan obat : Anti Anginal
   b. Dosis umum : 5-200 mcg/menit
   c. Dosis untuk pasien : 5 mcg/menit.
   d. Cara pemberian obat : Intravena.
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Nitrogliserin merupakan obat golongan nitrat yang bekerja dengan cara melebarkan pembuluh darah, serta meningkatkan pasokan darah dan oksigen ke otot jantung.

   f. Alasan pemberian:

      Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk meredakan dan mencegah serangan angina pada penderita.

   g. Kontraindikasi :

      Hindari pemberian Ntg pada penderita: hipovolemia, hipotensi, anemia berat, kardiomiopati obstruktif hipertrofik (salah satu bagian dari jantung menebal tanpa sebab yang jelas), perikarditis

konstriktif (pengerutan jantung), peningkatan tekanan intrakranial (misalnya perdarahan serebral, trauma kepala), migrain atau sakit kepala berulang.

h. Efek samping obat :

Pusing atau sakit kepala, mual dan muntah, detak jantung tidak teratur, mulut kering, penglihatan kabur, merasa melayang atau lemas.

4. Aspilet

a. Klasifikasi / golongan obat : Antikoagulan, Antiplatelet & Fibrinolitik (Trombolitik).
b. Dosis umum : 80-160 mg/hari
c. Dosis untuk pasien : 80 mg/24 jam
d. Cara pemberian obat : oral
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Obat ini bekerja dengan cara menghambat agregasi trombosit selama 7-10 hari, serta menghambat kerja prostaglandin.

f. Alasan pemberian:

Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk mengencerkan darah dan mencegah penggumpalan di pembuluh darah.

g. Kontraindikasi :

Tidak diberikan untuk Hipersensitivitas terhadap aspirin atau NSAID lainnya.

h. Efek samping obat :

Sakit perut, mual, muntah, sakit kepala, mengantuk, ruam kulit, urine dan feses berwarna gelap, perdarahan saluran cerna, bronkospasme, masalah pada fungsi ginja.

5. Sp Heparin

a. Klasifikasi / golongan obat : Antikoagulan

b. Dosis umum : 60 U/kgBB (maksimal 4.000 U), dilanjutkan dengan infus 12 U/kgBB

c. Dosis untuk pasien : 12 mg/kgBB/menit, 780 mg/jam.

d. Cara pemberian obat : Intravena.

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Heparin bekerja dengan cara menghambat kerja protein yang berperan dalam proses pembekuan darah. Sehingga pembentukan bekuan dan gumpalan darah bisa dicegah. Perlu diingat bahwa obat ini tidak bisa mengurangi ukuran bekuan darah yang sudah terbentuk.

f. Alasan pemberian:

Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk mencegah dan mengobati penggumpalan darah

g. Kontraindikasi :

Kontraindikasi pemberian heparin adalah pasien dengan Riwayat *heparin induced thrombocytopenia* (HIT)

h. Efek samping obat :

Efek samping lain yang dapat ditimbulkan oleh pemberian heparin adalah reaksi hipersensitivitas (menggigil, demam, urtikaria, asma, rinitis), osteoporosis (pada penggunaan jangka panjang), hiperkalemia akibat supresi sintesis aldosteron, nekrosis kulit, *delayed transient alopecia*, priapismus, peningkatan enzim transaminase, iritasi lokal, eritema, hematoma, serta ulkus pada lokasi injeksi.

6. Atorvastatin
   a. Klasifikasi / golongan obat : Statin
   b. Dosis umum : 10-80 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien : 40 mg/24 jam.
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Atorvastatin menurunkan jumlah kolesterol dalam tubuh dengan cara menghambat enzim yang bertugas memproduksi kolesterol di hati. Dengan demikian, jumlah kolesterol jahat dalam darah akan turun.
   f. Alasan pemberian:
      Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) di dalam darah
   g. Kontraindikasi :
      Jangan mengonsumsi atorvastatin jika Anda alergi terhadap obat ini.
   h. Efek samping obat :
      Nyeri sendi dan otot, sakit kepala, hidung tersumbat, sakit tenggorokan, diare, mual, konstipasi, kembung, mimisan.

7. Candesartan
   a. Klasifikasi / golongan obat : *Angiotensin receptor blocker* (ARB)
   b. Dosis umum : 8-16 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien : 16 mg/hari
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : obat ini bekerja dengan cara menghambat pengikatan angiotensin II ke reseptor AT1 pada jaringan tubuh. Hal ini mengakibatkan pelebaran pembuluh darah sehingga aliran darah menjadi lancar dan tekanan darah akan menurun.

f. Alasan pemberian : obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan untuk membantu menurunkan tekanan darah dan menurunkan kemungkinan terkena stroke atau serangan jantung.
g. Kontraindikasi: tidak diberikan untuk hipersensitivitas terhadap candesartan atau kompenen yang terkandung dalam formulasinya
h. Efek samping obat : sakit kepala, nyeri punggung, pusing, batuk, bersin, hidung tersumbat, ruam kulit.

8. Arixtra
   a. Klasifikasi / golongan obat : Antikoagulan
   b. Dosis umum : 2,5 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien : 2,5 mg/hari
   d. Cara pemberian obat : subkutan
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : untuk pengencer darah atau antikoagulan. Ia bekerja dengan memblokir zat tertentu dalam darah yang membentuk gumpalan
   f. Alasan pemberian : untuk mengencerkan darah yang tersumbat di pembuluh darah arteri koroner
   g. Kontraindikasi : gangguan ginjal berat (CrCl < 30 ml/ menit), perdarahan besar yang aktif, endocarditis bakterial
   h. Efek samping obat : demam, gangguan pencernaan seperti mual, muntah, diare, edema, anemia

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini akan dibahas kesenjangan antara konsep teori dengan kasus nyata yang di dapatkan pada saat merawat pasien Tn. W umur 66 tahun dengan *Acute Coronnary Syndrom* di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang dilakukan selama 3 hari yaitu 26 – 28 April 2024, dengan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian keperawatan kritis

   Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dengan memperoleh data melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien. Selain itu juga memperoleh data dari observasi langsung, catatan medis, dan hasil pemeriksaan penunjang Rumah Sakit. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada kasus Tn. W berusia 66 tahun meliputi pengkajian langsung pada pasien dan pada keluarga, yang selanjutnya dilakukan pengumpulan data berdasarkan hasil pengkajian dan data dari status pasien. Pengkajian dalam keperawatan kritis terdiri atas dua, yaitu:

   a. Pengkajian primer

      1) B1 (*Breath*)

         Pada teori pengkajian *breath* didapatkan sesak nafas, apnea, takipnea. Klien terlihat sesak, frekuensi napas melebihi normal dan mengeluh sesak napas seperti tercekik. Sesak napas terjadi akibat pengerahan tenaga dan disebabkan oleh kenaikan tekanan akhir diastolik ventrikel kiri yang meningkatkan tekanan vena pulmonalis. Hal ini terjadi karena terdapat kegagalan peningkatan curah darah oleh ventrikel

kiri pada saat melakukan kegiatan fisik biasanya dapat timbul pada saat istirahat. Berdasarkan hasil pengkajian pada sistem pernapasan pasien, didapatkan data: pasien tampak sesak dengan frekuensi pernapasan 24x/menit, terdengar suara napas vesikuler dan tidak ada bunyi napas tambahan, tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan, tampak ada penggunaan otot bantu napas diafragma. Tampak terpasang oksigen nasal kanule 4 lpm.

2) B2 (*Blood*)

Pada teori pengkajian *blood* didapatkan denyut nadi lemah, nadi cepat, teratur/tidak teratur, EKG, Aritmia, Suara jantung tambahan. Tekanan darah sukar/tidak dapat diukur/normal, Saturasi oksigen bisa menurun <90%. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan suara jantung gallop pada S3, tekanan dara meningkat 152/100 mmHg, nadi meningkat 135x/menit, EKG: II, III, aVF gelombang ST elevasi.

3) B3 (*Brain*)

Pada teori pengkajian *brain* didapatkan menurunnya/ hilangnya kesadaran, gelisah, disorientasi waktu, tempat dan orang. Berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan data: pasien tampak sadar penuh (composmentis) dengan GCS 15 (E:4, V:5, M:6), pupil tampak isokor kiri dan kanan, refleks fisiologis positif, dan refleks patologis negatif.

4) B4 (*Bladder*)

Pada teori pengkajian *bladder* didapatkan produksi urine menurun, warna urine lebih pekat dari biasanya, oliguria, anuria. Berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan data: pasien tampak pasien menggunakan pampers, pampers bersih 30 gr, dari jam 15.00-20.00 urin sebanyak ±500 cc (didapat dari hasil menimbang pampers).

5) B5 (*Bowel*)

Pada teori pengkajian *bowel* didapatkan konstipasi. Klien biasanya mengalami mual dan muntah. Pada palpasi abdomen ditemukan nyeri tekan pada ke empat kuadran, penurunan peristaltik usus. Berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan data: mukosa bibir pasien tampak kering. Bibir kering dapat disebabkan karena efek samping obat-obatan termasuk obat anti-tekanan darah tinggi dan faktor penuaan. Hal ini berkaitan dengan perubahan dalam kemampuan tubuh untuk memproses obat serta penurunan kelenjar ludah di mulut dalam memproduksi air liur untuk menjaga kelembapan mulut dan bibir.

6) B6 (*Bone*)

Pada teori pengkajian *bone* di dapatkan: Perfusi dingin basah pucat, CRT>2 detik, diaforesis, kelemahan Berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan data: kulit pasien tampak pucat dan akral teraba dingin. Hal ini disebabkan karena adanya gangguan kontraktilitas yang menyebabkan perubahan hemodinamik dimana suplai oksigen ke miokard yang menurun menyebabkan perubahan volume sekuncup, yaitu vasokonstriksi perifer dalam upaya mengalihkan darah ke organ vital saat curah jantung menurun, sehingga terjadi penurunan darah dan oksigen ke seluruh tubuh khususnya ke jaringan-jaringan perifer.

b. Pengkajian sekunder

Pola yang bermasalah pada pengkajian sekunder yaitu:

1) Pola I persepsi dan pemeliharaan kesehatan, berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data: Pasien mengatakan ia memiliki riwayat hipertensi sejak ± 5 tahun yang lalu dan pasien jarang untuk melakukan pemeriksaan Kesehatan di

tenaga kesehatan, Pasien mengatakan sebelumnya ia ada mengonsumsi obat hipertensi candesartan namun pasien tidak teratur dalam mengonsumsi obatnya karena sering lupa. Berdasarkan pengkajian pada pasien, ditemukan penyebab penyakit *Acute Coronary Syndrome* (ACS) adalah riwayat hipertensi, dan usia lanjut. Hipertensi dapat menyebabkan ACS dengan beberapa mekanisme, diantaranya dengan menyebabkan hipertrofi jantung, disfungsi endotel atau gangguan pada sistem renin angiotensin. Hipertensi yang menetap mengakibatkan trauma di dinding pembuluh darah yang meningkatkan risiko aterosklerosis. Hal tersebut menyebabkan angina pektoris, insufisiensi koroner, dan infark miokard. Tingginya tekanan darah sistolik diduga berhubungan dengan terjadinya ACS pada hipertensi. Angina pektoris dan miokard infark pada penderita berusia 55-75 tahun dapat dicetuskan oleh hipertensi sistolik. Mortalitas penderita hipertensi yang mengalami miokard infark dijumpai 3 kali lebih besar Usia merupakan faktor penentu penting pada pasien sindrom koroner akut. Dengan penuaan, peningkatan plak, *necrotic core*, dan peningkatan kadar kalsium yang secara signifikan menunjukkan efek yang berhubungan dengan pengembangan aterosklerosis. Pengaruh usia lanjut pada pasien menjadi lebih berat dua kali lipat. Hal ini disebabkan karena perbedaan fungsi endotel vaskular dan thrombogenesis. Pada orang tua ditandai dengan peningkatan sirkulasi fibrinogen dan faktor VII

2) Pola II aktivitas dan latihan, Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data: Pasien mengatakan sejak sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarganya, pasien mengatakan merasa nyeri pada area dada dan sesak dirasakan terlebih ketika ia

melakukan aktivitas.

3) Pola III tidur dan istirahat, Berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan data: Pasien mengatakan semenjak sakit pasien kesulitan untuk tidur karena merasa sesak dan kadang terasa nyeri pada daerah dadanya. Pasien tidur ± 4-5 jam pada malam hari dan ± 1 jam di siang hari dan sering terbangun saat tidur.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan manifestasi klinis pada pasien yang diperoleh dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat 3 diagnosis PPNI (2017) yaitu:

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, yang didefinisikan ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Penulis mengangkat diagnosa ini karena keadaan umum pasien lemah, TD: 140/90 mmHg, Nadi: 127x/menit hasil foto rongen yaitu Cardiomegaly disertai elongasi dan klasifikasi Aortae, Edema paru-paru. Hasil pemeriksaan EKG yaitu II, III, aVF gelombang ST elevasi, sinus takikardi, Aritmia.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis, didefinisikan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan merasa nyeri, pasien mengatakan nyeri timbul secara tiba-tiba, nyeri pada area dada tembus kebelakang menjalar hingga ke pundak kiri, nyeri terasa terbakar, skala nyeri 6, hilang timbul (durasi nyeri ± 4-7 menit), pasien mengatakan ia kesulitan tidur karena merasa sesak dan kadang nyeri di dadanya timbul, tampak

pasien memegang bagian dada saat nyeri timbul, tampak pasien berkeringat banyak saat nyeri timbul, tampak pasien meringis kesakitan saat nyeri timbul, TD: 140/90 mmHg, nadi: 127x/menit, pernapasan : 36x/menit.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen, didefinisikan sebagai keadaan dimana ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (SDKI, 2016). Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan merasa sesak dan kadang nyeri pada area dada, terutama setelah melakukan aktivitas. Pasien mengatakan merasa lelah dan lemah, tampak pasien dibantu dalam beraktivitas, aktivitas harian: makan: 2, mandi: 2, pakaian: 2, kerapihan: 2, buang air besar: 2, buang air kecil: 1, mobilisasi di tempat tidur: 2, hasil pemeriksaan EKG II, III, aVF gelombang ST elevasi, sinus takikardi, aritmia. Adapun diagnosis keperawatan teoritis yang tidak diangkat pada kasus yaitu:

3. Perencanaan Keperawatan

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 (PPNI, 2018).

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung Intervensi yang disusun oleh penulis adalah perawatan jantung yang meliputi tindakan observasi: monitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi), monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi), monitor tekanan darah, monitor EKG 12 sadapan. Tindakan terapeutik: berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan

makanan tinggi lemak), berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%. Tindakan edukasi: anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi. Tindakan kolaborasi: kolaborasi pemberian obat golongan nitrat, statin, antikoagulan, aniplatelet & fibrinilitik (trombolitik), diuretik, antirefluks & antiulserasi.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fiologis. Intervensi yang disusun penulis adalah manajemen nyeri, yang meliputi Tindakan observasi: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, Identifikasi, respon nyeri non verbal, tindakan terapeutik: berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (*massage therapy*), fasilitasi istirahat dan tidur. Tindakan edukasi: ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Tindakan kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, anti anginal.
c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Intervensi yang disusun penulis adalah manajemen nyeri, yang meliputi: tindakan observasi: identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Tindakan terapeutik: sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara, kunjungan), berikan aktivitas distraksi yang menenangkan anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Tindakan edukasi: ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan selalu berorientasi

pada rencana yang telah dibuat terlebih dahulu dengan mengantisipasi seluruh tanda yang timbul sehingga tindakan keperawatan dapat tercapai pada asuhan keperawatan yang dilaksanakan. Pelaksanaan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesembuhan pasien sehingga membutuhkan kerja sama serta partisipasi yang baik dari pasien, keluarga, teman dinas, perawat ruangan dan dokter. Berikut tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 hari perawatan yaitu:

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Perawat telah melakukan intervensi yang telah dibuat sesuai dengan intervensi berupa: memonitor tekanan darah, dimana hasilnya yaitu tekanan darah pasien 120/80 mmHg. memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengeluh nyeri masih dirasakan, penatalaksanaan pemberian obat golongan nitrat, statin, antikoagulan, antiplatelet & fibrinilitik (trombolitik), diuretik, antirefluks & antiulserasi. yaiu furosemide 40 mg/24 jam, lansoprozole 40 g/12 jam, aspilet 80 mg, atorvastatin 40 mg, Sp heparin 20 mg.
b. Nyeri akut berhubungan denan agen pencedera fisiologis. Perawat telah melakukan intervensi yang telah dibuat sesuai dengan intervensi berupa: mengidentifikasi nyeri yaitu pasien mengatakan masih merasa nyeri pada area dada, terasa terbakar dengan durasi ± 5 menit dan muncul tiba-tiba. Memberikan teknik nonfarmakologis *massage therapy* sesuai dengan *Evidence Based Nursing* (EBN) untuk mengurangi rasa nyeri, penatalaksanaan pemberian anti anginal yaitu sp. Ntg 5 mcg.
c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketikdakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen, perawat telah melakukan intervensi yang telah dibuat sesuai dengan intervensi berupa: menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas

secara bertahap yaitu: pasien hanya beraktivitas kecil di atas tempat tidur seperti mengganti posisi dan aktivitasnya di bantu oleh perawat maupun keluarga, memonitor kelelahan fisik dan emosional, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas yaitu: pasien mengatakan rasa sesak dan nyeri timbul jika melakukan aktivitas berlebihan.

5. Evaluasi keperawatan

Tahap ini merupakan tahap terakhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencangkup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai atau tidak, adapun evaluasi pelaksanaan keperawatan sebagai berikut (PPNI, 2018):

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Diagnosa keperawatan belum teratasi. Dimana, pasien mengatakan masih merasa nyeri pada area dada, Keadaan umum pasien lemah. Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan ini masih dilanjutkan oleh perawat ruangan.
b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fIologis. Diagnosa keperawatan teratasi sebagian. Dimana pasien mengatakan merasa nyeri, pasien mengatakan nyeri timbul secara tiba-tiba, nyeri pada area dada tembus kebelakang menjalar hingga, pundak kiri, nyeri terasa terbakar skala nyeri 3, durasi nyeri ± 5 menit, Pasien mengatakan tidurnya mulai membaik dan nyeri tidak sering timbul, tampak pasien meringis kesakitan saat nyeri timbul.
c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosa keperawatan teratasi. Dimana, Pasien mengatakan rasa sesak pada malam hari menurun. Pasien mengatakan sesak pada saat beraktivitas menurun, pasien mengatakan mampu melakukan aktivitas ringan.

B. Pembahasan dan Penerapan EBN (pada tindakan keperawatan)

1. Judul EBN: Pemberian terapi pijat pada tangan dan kaki
2. Diagnosa Keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi
3. Luaran yang diharapkan: keluhan nyeri cukup menurun, meringis cukup menurun, gelisah cukup menurun
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN: Manajemen nyeri (Terapi pijat tangan dan kaki)
5. Pembahasan tindakan keperawatan pada EBN:
   a. Pengertian tindakan

      Massage therapy merupakan sebuah terapi komplementer yang termasuk ke dalam *manipulative and body-based therapy*. Intervensi ini berfungsi untuk memanipulasi struktur jaringan lunak tubuh yang dapat mengaktifkan saraf parasimpatis pada hipotalamus yang dapat menyekresikan berbagai hormon yang dapat mengurangi berbagai keluhan yang dirasakan oleh tubuh (Candra et al., 2021).

   b. Tujuan /rasional EBN dan pada kasus askep

      Tujuan dari intervensi EBN ini untuk memanipulasi struktur jaringan lunak tubuh yang dapat mengaktifkan saraf parasimpatis pada hipotalamus yang dapat menyekresikan berbagai hormon endorfin yang dapat mengurangi berbagai keluhan yang dirasakan oleh tubuh

6. PICOT Berdasarkan Kasus

Tabel 4. 1 PICOT Berdasarkan Kasus

Problem & population	Masalah yang ditemukan pada pasien Tn. W di ruangan ICU pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri tembus belakang setelah pasien mandi dan nyeri dirasakan terus menerus sehingga pasien diantar ke RS Stella Maris Makassar. Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, ditemukan 1 pasien dengan diagnosa medis acute coronary syndrome. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 26 April 2024 terhadap Tn. W, umur 66 tahun tanda dan gejala yang didapatkan yaitu tekanan darah: 150/100 mmhg, Nadi: 135x/menit, Suhu: 36c, respirasi: 24x/menit, saturasi oksigen 98%, nyeri dada kiri tembus belakang dan memberat saat beraktivitas, skala nyeri 5
Intrervention	Penulis menggunakan *massage therapy* untuk mengurangi nyeri dada, kecemasan, dan stress pada pasien acute coronary syndrome. Terapi pijat diberikan kepada pasien dengan memijat tangan dan kaki pasien dengan menggunkan minyak oil selama 15 menit. Diobeservasi sebelum dan sesudah melakukan terapi pijat kepada pasien.
Comparison	Dalam kasus ini melihat perbandingan antara sebelum dan sesuda diberikan terapi pijat
Outcome	Dari hasil intervensi terapi pijat pada pasien Tn. S umur 61 tahun, hasil yang didapatkan yaitu terjadi penurunan skala nyeri yang dirasakan pasien setelah dilakukan massage therapy selama 15 menit. Dengan pengkajian nyeri P : pasien mengatakan nyeri dada tembus belakang dan memberat pada saat beraktivitas dan bergerak Q: pasien mengatakan merasa berdebar-

	debar saat nyeri timbul R: pasien mengatakan nyeri dada kiri tembus belakang S: pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 5 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul
Time	Penerapan ini dilaksanakan pada tanggal 27-28 April 2024 dengan waktu 15 menit

7. PICOT berdasarkan EBN

   a. Judul: *The Effect of Thai Massage on the Severity of Pain in Patients with Unstable Angina: A Randomi IIzed Controlled Clinical Trial* (Khalili et al., 2023).

Tabel 4. 2 PICOT Berdasarkan EBN

Problem & population	Didapatkan 35 pasien memenuhi kriteria inklusi yang dirawat di ruang ICCU dan didiagnosis menderita angina tidak stabil, dengan kriteria pasien tidak mengalami penurunan tingkat kesadaran dan ketidakstabilan hemodinamik.
Intervention	Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh dua perawat yang melakukan intervensi terapi pijat dengan peserta penelitian di bawah pengawasan dokter spesialis kardiologi. Setting lokasi pijat ala *Thai* adalah ruangan single dengan cahaya redup, suhu sesuai, dan tidak ada rangsangan lingkungan. Terapi pijat dilakukan selama 30 menit pada dua hari berikutnya. Pijat dilakukan pada dada pasien, perut, lengan dan jari kedua tangan, telapak tangan, tulang paha, tungkai, jari kaki, tulang metatarsus, punggung, pinggang dan bahu. Sebelum memulai pemijatan, penyidik memanaskan tangannya dengan cara gesekan. Pelumasan permukaan pijatan dengan minyak almond dilakukan untuk mencegah kerusakan pada kulit pasien, teknik klasik *Thai Massage* terdiri dari berbagai gerakan, antara lain memberikan tekanan

	dan perkusi (*effleurage*), meremas (*petrissage*), dan memijat (*friction*) pada beberapa titik. Aplikasi tekanan yang digunakan dalam pijat tradisional Thailand (TTM) menggunakan massa tubuh terapis pijat yang lembut dan semakin meningkat melalui jari, ibu jari, atau telapak tangan.
Comparison	Dalam penelitian ini melihat perbandingan antara responden sebelum dan sesudah diberikan terapi pijat terhadap intensitas nyeri selama 2 hari berturut-turut
Outcome	Berdasarkan dari penelitian ini diperoleh bahwa pemberian terapi pijat dapat berpotensi mengurangi nyeri dada pada pasien angina tidak stabil
Time	Penelitian ini dilakukan selama 2 hari berturut-turut dengan durasi 30 menit

b. Terapi akupresur sebagai *Evidence Based Nursing* untuk mengurangi nyeri dada pada pasien sindrom koroner akut (Kambu, 2020).

Problem & Populasion	Berdasarkan pelaksanaan *Evidence Based Nursing* akupresur ini diberikan pada 8 pasien dengan diagnosa medis INSTEMI: 5, UAP: 1, STEMI: 2. Sampel yang terlibat dalam penerapan EBN menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi yaitu tidak ada riwayat penggunaan akupresur untuk tujuan apapun, tidak adanya bekas luka, goresan, cacat pada titik ekupresur, kemampuan berbicara dan memahami bahasa baik, keluhan nyeri dalam rentan nyeri sedang (0-5), indeks massa tubuh (IMT) dalam batas normal, tidak ada riwayat operasi jantung, penyakit psikologis dan kecanduan alkohol atau obat-obatan. Berikutnya kriteria ekslusi yaitu pasien menolak dijadikan sampel, rasa panas, kemerahan, pembengkakan serta mati rasa pada titik akupresure, pasien yang mengalami fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar dan pasien terpasang peralatan invasive pada titik akupresure.

Intervention	Intervensi terapi akupresur/sentuhan diberikan pada lokasi titik LI4 terletak di bagian belakang tangan kanan/kiri antara tulang metacarpal pertama dan kedua dan hampir sepanjang tulang radial. Dilakukan selama ± 20 menit dalam 10 detik diberikan tekanan sekitar 3-5 kilogram dengan periode istirahat 2 detik
Comparison	Penerapan EBN ini menggunakan desain teknik pemilihan purposive sampling. Instrument penerapan menggunakan skala penilaian nyeri visual analog scale/ VAS Pelaksanaan dilakukan di ruangan rawat inap Intensive Cardiovaskuler Care Unit RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Dalam penerapan teknik akupresur ini terjadi pelaporan skala penurunan nyeri dada pada 7 responden dengan skor ratarata penurunan nyeri 2, ini menunjukan bahwa akupresur mampu menurunkan skala nyeri dada pada pasien dengan dengan kasus Acute Coronary Syndrome/ACS. Menurut beberapa hasil pembahasan dari 15 studi tentang terapi akupresur 12 studi terbukti secara signifikan mampu
Outcome	Penerapan terapi akupresur yang dilakukan pada pasien Acute Coronary Syndrome/ACS dengan keluhan nyeri dada mampu memberikan manfaat mengurangi nyeri, sehingga dapat menurunkan peluang terjadinya ketergantungan serta dampak efek samping pengobatan dan berdampak menurunkan hari perawatan pasien.
Time	Penerapan terapi ini dilakuakn pada tanggal 18-30 november 2019 di ruang ICCU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

a. *Pengaruh terapi akupresur untuk mengurangi nyeri dada pada pasien NSTEMI* (Hasnawati et al., 2023)

Problem & Population	Teknik pengambilan sampel ini menggunakan metode deskriptif dan didapatkan sampel sebanyak 3 responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Pasien dengan diagnosis SKA tipe NSTEMI, mengalami nyeri dada, dan pasien dengan kesadaran composmentis.
Intervention	Penelitian ini menggunakan jenis penelitian pre dan post eksperimental. Instrumen penelitian ini yaitu menggunakan mnemonic PQRST. Intervensi terapi akupresur/sentuhan diberikan pada lokasi titik LI4 terletak di bagian belakang tangan kanan/kiri antara tulang metacarpal pertama dan kedua dan hampir sepanjang tulang radial. Dilakukan selama ± 20 menit dalam 10 detik tekanan yang diberikan sesuai tingkat toleransi yang dapat diterima pasien dengan periode istirahat 2 detik.
Comparasion	Peneliti tidak menggunakan tindakan perbandingan karena peneliti hanya menggunakan desain eksperimen semu dengan rancangan onegroup pre tes posttest design.
Outcome	Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa penerapan terapi akupresur yang dilakukan pada pasien *Acute Coronary Syndrome* dengan keluhan nyeri dada didapatkan hasil bahwa terjadi penurunan skala nyeri dari hari pertama hingga hari ketiga.
Time	Penelitian ini dilakukan pada 31 Oktober - 12 November 2022 di RSUD

	Karanganyar. Penulis: Atik Rahma Hasnawati., Rina Maliya., and Sushanty Anjarwani. Open Access Research Journal of Sciene and Technology, Vol. 8 no.2, Hal. 17-21, Agustus 2023 https//: doi.org /10.53022/ oarjst.2023.8.2.0042

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) sejalan dengan teori dan kasus, ini di buktikan dengan penerapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Berdasarkan hasil penyususnan karya ilmiah maka penulis membuat simpulan dan saran sebagai berikut:

A. Simpulan

1. Pengkajian

   Berdasarkan hasil pengkajian yang di lakukan, keluhan utama pasien yaitu nyeri pada daerah dada tembus hingga ke belakang, nyeri di rasa seperti terbakar menjalar hingga ke lengan kiri. Pada saat pengkajian didapatkan pasien dengan kesadaran Composmentis, GCS 15 (M: 6, V: 5, E: 4), hasil TTV pasien yaitu: TD: 152/100 mmHg, Nadi: 135x/menit, Suhu: 36ºc, Pernapasan: 24x/menit, Spo2: 98%, terpasang nasal kanlue 4 liter/menit, mendapatkan terapi infus Nacl 0,9% 16 tpm. Hasil foto Thorax yaitu: Cardiomegaly Hasil pemeriksaan Lab: Tromponon T >105. Hasil pemeriksaan EKG 12 lead: II, III, aVF gelombang ST elevasi. Hasil ECHO: LVEF 49% Terapi yang diberikan kepada pasien yaitu furosemide 40 mg/24 jam, lansoprazole 40mg/12 jam, sp. Ntg 10 mcg/menit, aspilet 80 mg/1x1, atorvastatin 40 mg/1x1, sp heparin 12 mg.

2. Diagnosa keperawatan

   Berdasarkan data pengkajian didapatkan diagnosis yaitu: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama

jantung, nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketikdakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

3. Intervensi

   Intervensi keperawatan yang di rencanakan, ditetapkan pada prinsip yang terdapat pada tinjauan teoritis dengan menggunaka SDKI, SLKI, SIKI, meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

4. Implementasi

   Dalam melaksanakan tindakan keperawatan selalu berorientasi pada rencana yang telah dibuat terlebih dahulu dengan mengantisipasi seluruh tanda yang timbul sehingga tindakan keperawatan dapat tercapai pada asuhan keperawatan yang dilaksanakan. Implementasi dilakukan selama 3 hari perawatan di bantu oleh rekan maupun perawat di rumah sakit.

5. Evaluasi

   Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan kepada Tn.W dengan diagnosis: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketikdakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen, belum teratasi.

6. Intervensi EBN *Massage Therapy* untuk mengatasi nyeri dada pada pasien ACS yang diberikan pada pasien kasus memperoleh hasil yang cukup baik, dimana pasien mengalami penurunan tingkat nyeri.

B. Saran

Dengan disusunnya asuhan keperawatan dengan *Acute Coronary Syndrome* maka penulis mengajukan beberapa saran dengan harapan yang dapat menjadi bahan timbangan dalam meninkatkan kualitas asuhan keperawatan dan derajat di masyarakat antara lain:

1. Bagi Pasien dan Keluarga

   Diharapkan pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kesehatan dan selalu memeriksakan kesehatannya khususnya Kesehatan jantung serta menjalankan diet jantung yang dianjurkan dan patuh pada pengobatan.

2. Bagi Rumah Sakit

   Pihak Rumah Sakit diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat melakukan edukasi keperawatan pada pasien ACS selama menjalani perawatan di Rumah Sakit, sehingga Ketika pasien pulang pasien dapat menerapkan edukasi yang diberikan.

3. Bagi Perawat

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

DAFTAR PUSTAKA

Ainiyah, N. (2019). Peran perawat dalam identifikasi dini dan penatalaksanaan pada Acute Coronary Syndrome. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, *8*(2), 184–192. https://doi.org/10.33086/jhs.v8i2.203

Aspiani Reni Yuli. (2018). *Buku ajar asuhan keperawatan gerontik* (1st ed.). Jakarta: TransInfo Media.

Astuti, A., & Maulani. (2018). Faktor resiko Infark Miokard di Kota Jambi. *Jurnal Endurance*, *3*(1), 82–87. http://doi.org/10.22216/jen.v3i1.2736

Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan medikal bedah: Manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan* (Edisi 8). Jakarta: Salemba Medika. Retrieved from https://books.google.co.id/books/about/Keperawatan_medikal_bedah.html

Candra, Isworo, Upoyo, Atyanti, & Arif, S. (2021). Effect of massage therapy on chest pain, anxiety, and stress among patients with Acute Coronary Syndrome: A review. *Jurnal of Bionursing*, *3*(3), 182–194. https://doi.org/10.20884/1.bion.2021.3.3.111

Fitriadi, B., & Putra, K. (2018). Laporan kasus Stemi Inferior dengan bradikardi dan hipotensi. *Jurnal Cermi Dunia Kedokteran*, *45*(1), 34–37. https://doi.org/10.55175/cdk.v45i1.839

Gayatri, N. I., Firmansyah, S., S, S. H., & Rudiktyo, E. (2014). Prediktor mortalitas dalam-rumah-sakit pasien infark miokard ST Elevation (STEMI) akut di RSU Dr. Dradjat Prawiranegara Serang , indonesia. *Jurnal Cermi Dunia Kedokteran*, *43*(3), 171–174. https://doi.org/10.55175/cdk.v43i3.28

Gibler, W., MD, B., & Racadio, J. (2018). Continuum of care for Acute Coronary Syndrome optimizing treatment for ST-Elevation Myocardial Infarction and Non–ST-Elevation Acute Coronary Syndrome. *Critical Pathways in Cardiology*, *17*(3), 144–138. https://doi.org/DOI: 10.1097/HPC.0000000000000151

Ginanjar, E., & Sjaaf, A. C. (2019). Proceedings of international conference on applied science and health icash-a097 the implementation of code STEMI program to affect the quality of healthcare in ST-Elevation proceedings of international conference on applied science and health. *Proceedings of International Conference on Applied Science and Health*, *8*(4), 734–740. http://publications.inschool.id/index.php/icash/article/view/696/575

Hasnawati, A. R., Maliya, A., Ilmu, F., Universitas, K., Surakarta, M., Keperawatan, J., Surakarta, U. M. (2023). Pengaruh terapi akupresur untuk mengurangi nyeri dada pada pasien NSTEMI. *Jurnal Penelitian Sains dan Teknologi Akses Terbuka*, *08*(02), 2–6. https://doi.org/10.53022/oarjst.2023.8.2.0042

Irman, O., Nelista, Y., & Keytimu, Y. (2020). *Buku ajar : Asuhan keperawatan pada pasien Sindrom Koroner* Akut. Jombang: ICME PRESS.

Jr, J. G. K. (2018). Myocardial Infarction : An overview of STEMI and NSTEMI physiopathology and treatment. *World Journal of Cardiovascular Diseases*, *12*(8), 498–517. https://doi.org /10.4236/wjcd.2018.811049

Kambu, I. (2020). Terapi akupresur sebagai evidence based nursing untuk mengurangi nyeri dada pada pasien Sindrom Koroner Akut. *Journal of Health, Education and Literacy*, *2*(2), 69–73. https://doi.or/10.31605/j-healt.v2i2.614

Khalili, E., Molavynejad, S., Adineh, M., & Haghighizadeh, M. H. (2023). The effect of thai massage on the severity of pain in patients with Unstable Angina: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 12(1), 73–78. https://doi.org/10.34172/jcs.2023.3015

Lewis, T. T., Lichtman, J. H., Loop, M. S., Lutsey, P. L., & Spartano, N. L. (2020). Heart disease and Stroke statistics 2020: Update a report from the American Heart Association. *Heart Disease and Stroke Statistics*, 141(3), 139–596. https://doi.org/10.1161/CIR.00000000757

Muhammad, G. R., & Ardhianto, P. (2015). Profil faktor risiko Atherosklerosis pada kejadian Infark Miokard akut dengan ST-Elevasi di. RSUP DR. Kariadi Semarang. *Media Medika Muda*, *4*(4), 849–858. Retrieved from http://ejournal s1.undip.ac.id/index.php/medico%0AGibran

Nurulhuda, U., & Netty, E. (2021). Efektivitas latihan relaksasi otot pernafasan terhadap penurunan nyeri pada pasien pasca Cateterisasi Jantung. *Jurnal Health Sains*, *2*(5), 705–712. https://doi.org/10.46799/jhs.v2i5.172

Priasmoro, D. P., Ernawati, N., Basic, T., Support, L., Di, B. L. S., & Ponorogo, K. (2017). Perbedaan keberhasilan terapi fibrinolitik pada penderita ST-Elevation (STEMI) dengan diabetes dan tidak diabetes berdasarkan penurunan ST-Elevasi. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 5(1), 96-102. https://doi.org/10.21776/ub.jik.2017.005.01.11

Sidaria, Huriani, E., & Nasution, S. D. (2023). Self care dan hualitas hidup Pasien penyakit Jantung Koroner (PJK). *JIK (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, *7*(1), 41–50. https://dxdoi.org/10.33757/jik.v7i1.631

Sulastri, L., Trisyani, Y., & Mulyati, T. (2019). Manfaat health education pada pasien Acute Coronary Syndrome (ACS): Tinjauan literatur. *Jurnal Nursing Care*, *3*(2), 100–109. http://.doi.org/10.24198/jnc.v3i2.24504

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.

Virani, S. S., Alonso, A., & Benjamin, E. J. (2020). Heart disease and stroke statistics. *American Heart Association*, *141*(9), 139–596. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757

Wahyudi, H., & Gani, A. (2019). Keberhasilan tatalaksana ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) dengan streptokinase. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, *2*(2), 33–38. issn: 2615-3874

WHO. (2021). (2024, Mei 29). Cardiovascular diseases (CVDs). Retrieved from World Health organization website Retrieved from: https://www.who.int/news-room

Lampiran 1

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Ferina Utami (NS2315901042)
2. Brigita Pratiwi Martoyo (NS2314901024)

Program : Profesi Ners

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

Hari/Tanggal	Materi Konsul	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa	
		I	I	II
15 Mei 2024	1. Masukkan hasil ekg di bowel 3 2. Masukkan jumlah intake output 3. Analisa data harus datanya ada di pengkajian primer 4. Tambahkan intervensi EBN 5. Implementasi sesuai dengan intervensi 6. Evaluasi harus sesuai SLKI			
24 Mei 2024	1. Penulisan obat tidak menggunakan ampul			

06 Juni 2024	1. Perbaiki EBN			
10 Juni 2024	1. Revisi EBN 2. Revisi BAB V saran			

Lampiran 2

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama : 1. Ferina Utami (NS2315901042)
2. Brigita Pratiwi Martoyo (NS2314901024)

Program : Profesi Ners

Pembimbing II : Matilda Marths Paseno, Ns., M.Kes

Hari/Tanggal	Materi Konsul	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa	
		II	I	II
24 Mei 2024	Ganti gambar anatomi dan perbaiki patoflow			
29 Mei 2024	Patoflow dan tambahkan nilai normal tromponin T			