



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *ACUTE
CORONARY SYNDROME (ACS)* DI RUANG ICU/ICCU
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR**

OLEH:

JESS NATALYA (NS2114901076)

LITWINA MARAMPA' (NS2114901083)

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

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *ACUTE
CORONARY SYNDROME* (ACS) DI RUANG ICU/ICCU
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR**

OLEH:

JESS NATALYA (NS2114901076)

LITWINA MARAMPA' (NS2114901083)

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

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama: Jess Natalya (NS2114901076)
2. Nama : Litwina Marampa' (NS2114901083)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa karya ilmiah akhir ini merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan duplikasi ataupun plagiasi (jiplak) dari hasil penelitian orang lain.

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

Makassar, 06 Juli 2022

Yang menyatakan,



(Jess Natalya)
NS2114901076)



(Litwina Marampa')
NS2114901083)

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

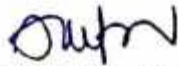
Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan *Acute Coronary syndrome* (ACS) di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Bhayangkara Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

1. Jess Natalya (NS2114901076)
2. Litwina Marampa' (NS2114901083)

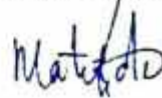
Disetujui oleh

Pembimbing I



(Fransiska Anita, Ns., M.Kep.Sp.KMB)
NIDN. 0913098201

Pembimbing II

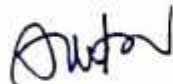


(Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes)
NIDN. 0925107502

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar



(Fransiska Anita, Ns., M.Kep.Sp.KMB)
NIDN. 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Jess Natalya (NIM: NS2114901076)
2. Litwina Marampa' (NIM: NS2114901083)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB (Anita)
Pembimbing 2 : Matilda M.Paseno, Ns.,M.Kes (Matilda)
Penguji 1 : Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes (Elmiana)
Penguji 2 : Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep (Yuliana)

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 06 Juli 2022

Mengotahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar


(Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

Jess Natalya (NS2114901076)

Litwina Marampa' (NS2114901083)

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, 06 Juli 2022

Yang menyatakan,



(Jess Natalya)
NS2114901076



(Litwina Marampa')
NS2114901083

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Ruang ICU/ICCU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”. Karya ilmiah akhir ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan kuliah program profesi ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

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

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti pendidikan serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris, sekaligus sebagai pembimbing I yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris, sekaligus sebagai pembimbing II yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris, sekaligus sebagai penguji I yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam

membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris.
6. Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep selaku penguji II yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
7. Bapak dan ibu dosen beserta seluruh staf yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan.
8. Kepala ruangan ICU rumah sakit Bhayangkara Makassar yang telah memberikan kesempatan untuk mengambil kasus di ruang ICU rumah sakit Bhayangkara Makassar.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Jess Natalya (Daniel Ka'bak Amben Barani dan Mince Panggalo), serta keluarga dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
10. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Litwina Marampa' (Markus Tangke dan Neti Tangdilino), serta keluarga dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
11. Seluruh teman-teman seangkatan 2021 yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Sukses untuk kita semua.

Akhir kata, semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi inspirasi untuk melaksanakan asuhan keperawatan selanjutnya. Penulis menyadari Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna dan sangat mengharapkan masukan.

Makassar, 04 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xi
Halaman Daftar Lampiran	xii
Halaman Daftar Tabel	xiii
BAB IPENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	3
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	3
2. Bagi Profesi Keperawatan	3
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	4
D. Metode Penulisan	4
1. Studi Kepustakaan.....	4
2. Studi Kasus.....	4
E. Sistematika Penulisan.....	5
BAB IITINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis.....	6
1. Pengertian	6
2. Anatomi dan Fisiologi.....	7
3. Etiologi.....	9
4. Patofisiologi	14

5. Manifestasi Klinis	15
6. Tes Diagnostik	16
7. Penatalaksanaan Medis.....	20
8. Komplikasi	23
B. Konsep Dasar Keperawatan	31
1. Pengkajian	31
2. Diagnosis Keperawatan	34
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	35
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	46
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Pengkajian	48
B. Analisa Data	77
C. Diagnosis Keperawatan	80
D. Perencanaan Keperawatan.....	82
E. Implementasi Keperawatan.....	86
F. Evaluasi Keperawatan.....	114
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	121
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	136
BAB V PENUTUP	
A. Simpulan	143
B. Saran.....	144
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

HALAMAN DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Arteri Koroner.....	7
--	---

HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 Standar Operasional Terapi Akupresur

Lampiran 3 Daftar Lembar Konsul

HALAMAN DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan.....	35
Tabel 3.1 Pengkajian Primer.....	48
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium Darah Lengkap.....	65
Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium Darah	66
Tabel 3.4 Analisa Data Berdasarkan Pengkajian Primer	78
Tabel 3.5 Analisa Data Berdasarkan Pengkajian Sekunder	80
Tabel 3.6 Analisa Data Berdasarkan Pengkajian Primer dan Pengkajian Sekunder	80
Tabel 3.7 Diagnosis Keperawatan Berdasarkan Pengkajian Primer dan Pengkajian Sekunder.....	82
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan	83
Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan.....	87
Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan	115

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan aspek yang sangat penting dalam kehidupan manusia karena menjadi salah satu penunjang aktivitas manusia. Sehat diperlukan agar seseorang mampu meraih kedamaian, keamanan, dan bebas untuk melakukan apapun didalam hidupnya. Agar derajat kesehatan yang optimal dapat dicapai, perlu dilakukan upaya-upaya kesehatan meliputi peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit terutama penyakit yang paling banyak menyerang masyarakat termasuk *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

Acute Coronary Syndrome (ACS) merupakan salah satu masalah kardiovaskular yang utama karena menyebabkan angka perawatan rumah sakit dan angka kematian yang tinggi. Dalam beberapa tahun terakhir, kematian yang disebabkan oleh penyakit jantung semakin meningkat khususnya di negara berkembang. WHO menyatakan, penyakit kardiovaskular jantung dan pembuluh darah terutama penyakit jantung koroner masih menduduki peringkat teratas di negara maju dan berkembang termasuk Indonesia hingga tahun 2020 (Kemenkes RI, 2013).

Data dari *World Health Organization* (WHO) didapatkan mortalitas penyakit kardiovaskular di dunia akan meningkat dari 17 juta pada tahun 2004 menjadi 23,4 juta pada tahun 2030 (WHO, 2004). Pada tahun 2012 penyakit kardiovaskular membunuh 17,5 juta, dan merupakan 3 dari 10 penyebab kematian di dunia, dimana 7,4 juta orang meninggal karena penyakit jantung iskemik (WHO, 2013). Menurut *American Heart Association* (AHA), pada usia 40 tahun sekitar 18% pria dan 23% wanita akan meninggal dalam 1 tahun setelah pertama kali didiagnosis mengalami infark miokard dan 20% pasien ACS dirawat kembali di rumah sakit dalam 1 tahun

pertama diagnosis. Berbagai faktor risiko mempunyai peran penting timbulnya ACS. Faktor risiko terbanyak yaitu yang disebabkan oleh gaya hidup masyarakat modern saat ini, seperti merokok, mengonsumsi makanan cepat saji dan berlemak serta jarang berolahraga (Kemenkes Ri, 2013).

Di Indonesia dilaporkan penyakit jantung koroner (yang dikelompokkan menjadi penyakit sistem sirkulasi) merupakan penyebab utama dan pertama dari seluruh kematian, yakni sebesar 26,4%. Data prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur di Indonesia sebanyak 1,17 juta, dan di wilayah provinsi Sulawesi selatan sebanyak 33.693 (1,5%). (Risikesdas, 2018).

Tingginya angka perawatan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di rumah sakit menunjukkan bahwa penatalaksanaan ACS memerlukan suatu pendekatan yang holistik, baik dalam upaya pencegahan maupun pengobatan. Oleh karena itu, perawat harus mengetahui konsep penyakit ACS termasuk penatalaksanaan/pengobatan yang tepat sehingga mampu memberikan perawatan yang efektif dan komprehensif kepada pasien. Tujuan dari perawatan ACS tidak hanya untuk memperpanjang hidup, tetapi juga meringankan gejala dan meningkatkan fungsi (Chan, Chau, & Chang, 2005). Salah satu tindakan keperawatan yang dapat diberikan oleh perawat kepada pasien yaitu pemberian terapi akupresur yang bertujuan untuk membantu meringankan gejala nyeri dada yang dialami pasien.

Berdasarkan data di atas, maka penulis tertarik untuk mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahasnya dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul Asuhan Keperawatan pada Pasien *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di Ruang Perawatan ICU/ICCU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Harapan melalui penanganan yang komprehensif tidak terjadi komplikasi dan

mengurangi angka kematian dan jumlah kasus *Acute Coronary Syndrome* (ACS) di rumah sakit.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

2. Tujuan Khusus

a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN).

e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Karya tulis ini dapat bermanfaat sebagai masukan untuk tenaga keperawatan serta bahan bacaan dan sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah wawasan profesi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS).

3. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ini dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam meningkatkan kualitas penulisan karya tulis ilmiah dalam instansi pendidikan.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah ini, penulis menggunakan dua metode, yaitu:

1. Studi kepustakaan

Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru dari internet dengan berbagai situs, materi dan literatur-literatur di perpustakaan dan toko buku mengenai isi dan karya tulis ini.

2. Studi kasus

Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah:

a. Observasi

Dilakukan langsung kepada klien sesuai dengan perkembangan keadaan klien.

b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan pasien dan keluarga

c. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik secara langsung pada klien yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Data yang diperoleh berupa hasil pemeriksaan diagnostik dari klien.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini terdiri dari BAB I sampai BAB V. BAB I merupakan pendahuluan yang berisi latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan pustaka yang terdiri dari konsep dasar medik dan konsep dasar keperawatan. Tinjauan pustaka berisi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi, dan konsep dasar keperawatan berisi pengkajian, diagnosis keperawatan, luaran dan perencanaan keperawatan serta *discharge planning*. BAB III merupakan pengamatan kasus yang berisi ilustrasi kasus, pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV merupakan pembahasan kasus yang berisi pembahasan aspek dan pembahasan penerapan *evidence based nursing*. BAB V merupakan penutup yang berisi simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Acute coronary syndrome (ACS) merupakan salah satu penyakit tidak menular dimana terjadi perubahan patologis atau kelainan dalam dinding arteri koroner yang dapat menyebabkan terjadinya iskemik miokardium dan UAP (*unstable angina pectoris*) serta infark miokard akut (IMA) seperti *Non-ST Elevation myocardial infarct* (NSTEMI) dan *ST Elevation myocardial infarct* (STEMI) (Tumade et al., 2014).

Acute coronary syndrome (ACS) merupakan gangguan fungsi sistem kardiovaskuler yang disebabkan karena otot jantung kekurangan darah akibat adanya oklusi pembuluh darah arteri koroner dan tersumbatnya pembuluh darah jantung (AHA, 2017).

Acute coronary syndrome (ACS) merupakan sekelompok gejala klinis akut yang muncul akibat rupturnya plak aterosklerosis pada pembuluh darah koroner, sehingga menyebabkan penurunan atau terhentinya aliran darah ke jantung yang mengakibatkan iskemia bahkan kematian otot-otot jantung (WHO, 2017).

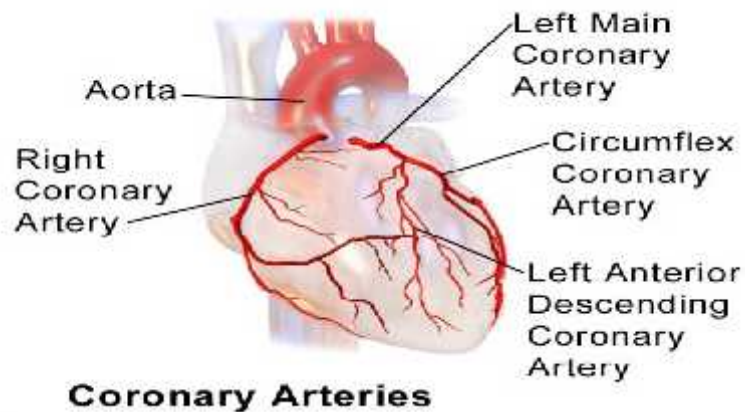
Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa ACS atau *acute coronary syndrome* merupakan suatu penyakit pada sistem pembuluh darah koroner yang disebabkan oleh rupturnya plak aterosklerosis dan adanya oklusi pembuluh darah yang menyebabkan gangguan fungsi sistem kardiovaskular dan berhentinya aliran darah ke jantung yang menyebabkan iskemi bahkan infark/kematian otot-otot jantung.

2. Anatomi fisiologi arteri koroner

Anatomi fisiologi arteri koroner menurut (Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017), ialah sebagai berikut:

Gambar 2.1

Anatomi Arteri Koroner



Arteri koroner adalah pembuluh darah utama jantung. Arteri ini memiliki dinding yang cukup elastis sehingga mampu menjaga tekanan darah tetap konsisten. Arteri koroner berfungsi menyediakan suplai darah, oksigen, dan nutrisi untuk otot jantung. Kerusakan arteri koroner dapat meningkatkan risiko serangan jantung dan kematian karena hilang atau berkurangnya pasokan darah beroksigen menuju otot jantung.

Arteri koroner terbagi atas dua jenis, yaitu:

a. Arteri koroner kiri utama (*Left main coronary artery*)

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

- 1) Arteri *left anterior descending* (LAD), berjalan di parit interventrikular depan sampai ke apeks jantung. Arteri ini menyuplai bagian depan septum melalui cabang-cabang septal dan bagian depan ventrikuler kiri melalui

cabang-cabang diagonal, sebagian besar ventrikel kiri dan juga berkas antrio-ventrikular. LAD berfungsi untuk menyediakan darah menuju bagian atas dan kiri jantung

2) Arteri *left circumflex* (LCX), berjalan di parit atrioventrikular kiri diantara atrium kiri dan ventrikel kiri dan menyuplai dinding samping ventrikel kiri. LCX juga menyuplai cabang-cabang *posterior descending artery*.

b. Arteri koroner kanan (*Right coronary artery*)

Arteri koroner kanan keluar dari sinus aorta kanan dan berjalan di dalam parit atrioventrikular kanan di antara atrium kanan dan ventrikel kanan menuju ke bagian bawah dari septum.

Cabang pertama dari arteri koroner kanan adalah cabang conus yang kecil yang menyuplai alur keluar ventrikel kanan. Cabang conus muncul langsung dari aorta. Cabang sinus node keluar sebagai cabang kedua dari arteri koroner kanan dan berjalan ke belakang menyuplai SA-node, cabang ini keluar dari arteri *left circumfleks*.

Cabang-cabang yang berjalan diagonal dan mengarah ke depan dan menyuplai dinding depan ventrikel kanan. Selanjutnya adalah cabang *acute marginal* (AM) yang berjalan di tepi ventrikel kanan diatas diafragma. Arteri koroner kanan berjalan di dalam parit atrioventrikular dan bercabang arteri AV-node. Cabang *posterior descending artery* (PDA) keluar dari arteri koroner kanan (sirkulasi dominan kanan). Cabang PDA menyuplai dinding bawah ventrikel kiri dan bagian bawah septum.

3. Etiologi dan faktor risiko

a. Faktor predisposisi

1) Usia

Mayoritas usia penderita ACS berusia lebih dari 45 tahun menurut teori seseorang yang berisiko menderita *Acute coronary Syndrom*. Pada laki-laki berusia lebih dari 45 tahun sedangkan perempuan berusia kurang lebih 55 tahun. Selain bertambahnya usia maka pembuluh darah seseorang akan mengalami perubahan yang berangsur secara terus menerus yang dapat mempengaruhi fungsi jantung (Susilo, 2015).

Usia merupakan faktor penentu penting pada pasien sindrom koroner akut. Pada penelitian Ruiz dkk didapatkan bahwa terjadinya aterosklerosis dipercepat dengan bertambahnya usia. Penelitian ini menjelaskan bahwa penuaan, peningkatan plak, necrotic core, dan peningkatan kadar kalsium yang secara signifikan menunjukkan efek yang berhubungan dengan pengembangan aterosklerosis (Wahyuni, 2014).

Pengaruh usia lanjut pada pasien menjadi lebih berat dua kali lipat. Penjelasan dalam hal ini karena perubahan fungsi endotel vaskular dan thrombogenesis. Pada orang tua ditandai dengan peningkatan sirkulasi fibrinogen dan faktor VII. Kerusakan fungsi ginjal pada orangtua juga dapat berkontribusi untuk meningkatkan thrombogenesis melalui efek rusaknya fungsi endotel dengan konsekuensi terganggunya aktivitas fibrinolitik dan respon vasodilator koroner.

2) Jenis kelamin (wanita usia muda)

Pada wanita usia muda, yang sebagian besar masih dalam efek proteksi estrogen umumnya terlindungi dari kejadian kardiovaskular. Namun jika faktor risiko lain mendominasi sehingga terjadi suatu plak aterosklerosis pada usia muda, adanya estrogen justru dapat meningkatkan kemungkinan ruptur plak. Estrogen menimbulkan *up-regulation* kelompok enzim matrix metalloproteinase (MMP), antara lain MMP-9, MMP mendegradasi matriks ekstraseluler didalam dinding arteri. Pada arteri yang relatif sehat, proses *up-regulation* ini tidak menimbulkan konsekuensi buruk, namun pada pembuluh darah dengan lesi atherosklerotik, peningkatan ekspresi MMP-9 didaerah plak dapat menimbulkan risiko ruptur dan terjadinya ACS. Pada wanita dengan penyakit arteri koroner memiliki prevalensi faktor risiko lebih tinggi dan memiliki status fungsional yang lebih rendah dari pada pria. Ada bukti bahwa hormon seks berperan dalam patofisiologi penyakit vaskular. Dimana selama hidup wanita, vaskularisasinya mengalami fluktuasi yang bermakna dalam pengaruh hormonal.

Sumber dominan estrogen sebelum menopause adalah estradiol. Setelah menopause, tingkat estrogen lebih rendah terutama dihasilkan dari konversi androgen menjadi estrogen di jaringan adiposa. Didukung oleh fakta bahwa wanita muda dengan definisi endogen estrogen memiliki peningkatan >7 kali lipat terjadinya rusak arteri koroner. Hal ini menunjukkan bahwa estrogen mempengaruhi stabilisasi plak (Wahyuni, 2014).

3) Keturunan

Riwayat keturunan merupakan refleksi dari predisposisi genetik. Pasien yang memiliki riwayat keluarga meningkatkan risiko terjadinya aterosklerosis, kecenderungan terjadinya trombotik dan respon proinflamasi oleh tingginya kadar CRP. Kromosom 9p21.3 merupakan lokasi dari genetik yang berkaitan erat dengan penyakit arteri koroner dan infark miokard. Regio pada kromosom tersebut tersebut mengkode molekul yang terlibat dalam regulasi siklus sel dan berpartisipasi dalam *TGF- β inhibitory pathways* yaitu dua *cyclin-dependent kinase inhibitors*. Lokasi pada kromosom 6q25.1 juga terkait dengan penyakit arteri koroner.

Beberapa mekanismenya disebabkan kadar LDL dan trigliserida atau rendahnya tingkat HDL yang berhubungan dengan oleh efek hormonal pada metabolisme lipid, resistensi insulin, dan faktor trombogenesis (Wahyuni, 2014).

b. Faktor presipitasi

1) Merokok

Merokok berakibat menambah beban miokard karena rangsangan oleh katekolamin dan menurunnya konsumsi oksigen akibat inhalasi karbonmonoksida atau dengan kata lain dapat menyebabkan takikardi, vasokonstriksi pembuluh darah, merubah permeabilitas dinding pembuluh darah, dan merubah 5-10% Hb menjadi karboksi-Hb sehingga meningkatkan risiko terkena *acute coronary syndrome (ACS)* (Yudanardi et al., 2016).

2) Hipertensi

Hipertensi yang menetap mengakibatkan trauma di dinding pembuluh darah yang meningkatkan risiko aterosklerosis. Hal tersebut menyebabkan angina pectoris insufisiensi koroner, dan infark miokard. Pada hipertensi terjadi peningkatan tekanan pada arteri yang menyebabkan kekakuan pada dinding pembuluh, menyebabkan infark miokard bersamaan dengan proses rupturnya plak dan faktor risiko yang lainnya. Pada penderita berusia 45-75 tahun dapat dicetuskan oleh hipertensi sistolik. Mortalitas penderita hipertensi yang mengalami miokard infark dijumpai 3 kali lebih besar (Arif Wibowo & Andina, 2018).

3) Diabetes mellitus

Pasien dengan diabetes melitus memiliki peningkatan insiden arteriosklerotik kardiovaskular, hipertensi dan kelainan metabolisme lipoprotein juga sering ditemukan pada orang dengan diabetes melitus. Hiperglikemia merupakan faktor penting yang mempercepat aterogenesis melalui berbagai mekanisme. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa produksi *reactive oxygen species (ROS)* meningkat dalam kondisi hiperglikemik, dan stres oksidatif berkontribusi pada kerusakan kardiovaskular diinduksi oleh hiperglikemia.

Kelainan lemak darah lazim terjadi pada diabetes melitus karena resistensi insulin atau defisiensi enzim penting dan jalur metabolisme yang berpengaruh pada metabolisme lemak. Perubahan lemak ini dikaitkan dengan peningkatan asam lemak bebas sekunder pada resistensi insulin. Hubungan sebab akibat antaradislipidemia dan aterosklerosis telah diketahui

dengan baik. Pada kasus diabetes melitus, hubungan antara hiperglikemia, obesitas, dan perubahan kadar insulin sangat mempercepat pertumbuhan aterosklerosis.

4) Dislipidemia

Dislipidemia menyebabkan kerusakan pada endotel pembuluh darah. Jika kematian endotel terjadi akibat dari oksidasi yang menyebabkan adanya respon inflamasi. Dimana respon angiotensin II menyebabkan gangguan vasodilatasi dan mencetuskan efek protrombik dengan mencetuskan efek protrombik dengan melibatkan platelet dan faktor koagulasi. Hal ini menghasilkan respon protektif dimana akan terbentuk lesi fibrofatty dan fibrous, plak aterosklerotik yang dipicu oleh inflamasi. Plak yang terjadi bisa menjadi tidak stabil dan mengalami ruptur sehingga terjadi ACS (Faridah et al., 2016).

Rendahnya profil lipid, termasuk peningkatan kadar LDL dan trigliserida atau rendahnya tingkat HDL yang berhubungan dengan penyakit jantung koroner dan penyakit vaskular lainnya. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa profil lipid yang buruk memiliki potensi yang lebih besar untuk kejadian penyakit jantung koroner dan kematian terutama pada perempuan (Wahyuni, 2014).

5) Obesitas

Sekitar 25-49% penyakit jantung koroner di negara berkembang berhubungan dengan peningkatan indeks masa tubuh (IMT). *Overweight* didefinisikan sebagai $IMT > 25-30 \text{ kg/m}^2$ dan obesitas dengan $IMT > 30 \text{ kg/m}^2$. Obesitas sentral adalah obesitas dengan kelebihan

lemak berada di abdomen. Biasanya keadaan ini juga berhubungan dengan kelainan metabolik seperti peninggian kadar trigliserida, penurunan HDL, peningkatan tekanan darah, inflamasi sistemik, resistensi insulin dan diabetes melitus tipe II (Suryati, 2014).

4. Patofisiologi

ACS disebabkan oleh aterosklerosis yaitu proses terbentuknya plak yang berdampak pada intima dari arteri, yang mengakibatkan terbentuknya trombus sehingga membuat lumen menyempit, yang menyebabkan terjadinya gangguan suplai darah sehingga kekuatan kontraksi otot jantung menurun. Jika thrombus pecah sebelum terjadinya nekrosis total jaringan distal, maka terjadilah infark pada miokardium (Asikin et al., 2016)

Sebagian besar ACS adalah manifestasi akut dari plak ateroma pembuluh darah koroner yang koyak atau pecah. Hal ini berkaitan dengan perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrus yang menutupi plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Terbentuklah trombus yang kaya trombosit (*white thrombus*). Trombus ini akan menyumbat liang pembuluh darah koroner, baik secara total maupun parsial; atau menjadi mikroemboli yang menyumbat pembuluh koroner yang lebih distal.

Selain itu terjadi pelepasan zat vasoaktif yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan iskemia miokardium. Pasokan oksigen yang berhenti selama kurang lebih 20 menit menyebabkan

miokardium mengalami nekrosis (infark miokard). Infark miokard tidak selalu disebabkan oleh oklusi total pembuluh darah koroner. Obstruksi subtotal yang disertai vasokonstriksi yang dinamis dapat menyebabkan terjadinya iskemia dan nekrosis jaringan otot jantung (miokard). Akibat dari iskemia, selain nekrosis, adalah gangguan kontraktilitas miokardium karena proses *hibernating* dan *stunning* (setelah iskemia hilang), disritmia dan remodeling ventrikel (perubahan bentuk, ukuran dan fungsi ventrikel). Sebagian pasien ACS tidak mengalami koyak plak, mereka mengalami ACS karena obstruksi dinamis akibat spasme maupun trombus, dapat diakibatkan oleh progresi plak atau restenosis setelah intervensi koroner (PERKI, 2015).

5. Manifestasi klinik

Gejala klinis yang khas terjadi pada kasus ACS yaitu (Hurst, 2015):

a. Nyeri dada

Penyempitan pembuluh darah koroner karena aterosklerosis, atau rupturnya plak dengan bekuan darah menyumbat pembuluh darah secara dramatis sehingga mengurangi atau memutus suplai oksigen ke sebagian otot jantung. Asam laktat dari metabolisme anaerob menyebabkan nyeri. Nyeri dirasakan pada epigastrium, rasa nyeri ini bisa terjadi saat istirahat dan menjalar ke kedua lengan, bahu kanan dan lengan kiri.

b. Takikardia

Otot jantung yang rusak tidak dapat memompa secara efisien. Penurunan curah jantung mengaktifkan stimulasi simpatis untuk meningkatkan denyut jantung dalam upaya

meningkatkan curah jantung. Stimulasi simpatis juga menyebabkan nyeri dan cemas.

- c. Cemas
Nyeri dada yang meremukkan disertai perasaan akan terjadi malapetaka, yang memicu mekanisme melawan atau menghindar dengan semua sistem pada “kode bahaya”. Keadaan psikologi yang tidak beristirahat menghasilkan respon cemas.
- d. Aritmia
Disebabkan oleh iritabilitas ekstrem dari otot jantung iskemia yang berdekatan dengan infark. Juga dapat disebabkan oleh kerusakan sistem konduksi di dalam atau dekat area infark atau cedera.
- e. Mual, muntah
Kapan saja curah jantung turun tiba-tiba, aliran darah dialihkan menjauh dari sirkulasi gastrointestinal (organ nonvital). Refleks mual dan muntah juga dapat terjadi sebagai repons terhadap nyeri hebat.
- f. Diaforesis (berkeringat)
Stimulasi saraf simpatis mengaktifkan kelenjar keringat
- g. Ekstremitas dingin
Disebabkan oleh vasokonstriksi perifer dalam upaya mengalihkan darah ke organ vital saat curah jantung turun.
- h. Sesak napas
Penurunan curah jantung sekunder akibat nekrosis sebagian jaringan miokardium yang menyebabkan penurunan perfusi paru.

6. Tes Diagnostik

- a. Elektrokardiogram

Merupakan pemeriksaan penunjang penting, normal EKG tidak menyingkirkan tidak adanya iskemik miokard atau memulangkan pasien, pemeriksaan EKG perlu dilakukan secara berkala.

- 1) NSTEMI: depresi ST segmen >0.5 mm pada sadapan yang berdekatan atau inversi gelombang T >2 mm yang dinamik memberikan kecurigaan adanya suatu sindrom koroner akut non ST elevasi.
- 2) STEMI: ST elevasi >1 mm pada atau lebih sadapan yang berdekatan pada limb lead atau segmen elevasi >2 mm pada 2 sadapan chest lead, atau gambaran LBBB baru yang menunjukkan adanya suatu sindrom koroner akut dengan elevasi ST/infark transmural. Gelombang T iskemik biasanya terbalik, dalam dan simetris. Gelombang Q merupakan tanda kemungkinan terdapat jaringan yang mati.

Penentuan lokasi infark berdasarkan hasil perekaman EKG (PERKI, 2018) adalah:

- | | |
|--------------------|----------------------|
| a) Anterior | :V3, V4 |
| b) Anteroseptal | :V1,V2, V3,V4 |
| c) Anteroekstensif | : I, AVL,V2 sampaiV6 |
| d) Anterolateral | : I, aVL,V3,V4,V5,V6 |
| e) Inferior | : II,III,aVF |
| f) Lateral | : I,aVL,V5,V6 |
| g) Septum | : V1, V2 |
| h) Posterior | : V7,V8,V9 |
- b. Laboratorium rutin: Hb, Ht, Leukosit, Trombosit, Natrium, Kalium, Ureum, Kreatinin, Gula Darah Sewaktu, SGOT, SGPT khusus: CK-MB, dan hs Troponin atau Troponin (Mutarobin, 2018).
 - c. Foto polos dada (AP)

Foto polos dada biasanya normal pada pasien dengan angina. Pembesaran jantung atau peningkatan tekanan vena dapat menandakan adanya infark miokard atau disfungsi ventrikel kiri, namun temuan ini kadang tidak dapat diandalkan (Mutarobin, 2018).

d. Enzim jantung

Pemeriksaan laboratorium untuk menilai adanya tanda miokard seperti CK-MB, Troponin T dan I, serta Mioglobin dipakai untuk menegakkan diagnosis ACS. Troponin lebih dipilih karena lebih sensitif daripada CKMB. Troponin juga berguna untuk diagnosis, stratifikasi risiko, dan menentukan prognosis. Troponin juga meningkat dihubungkan dengan peningkatan risiko kematian. Pada pasien dengan STEMI, reperfusi tidak boleh ditunda hanya untuk menunggu enzim jantung. Sel otot jantung yang mati akan mengeluarkan enzim, dan enzim tersebut dapat membantu dalam menegakkan infark miokard.

Troponin mengatur interaksi kerja aktin dan myosin otot jantung dan lebih spesifik dari CK-MB. Mempunyai dua bentuk Troponin T dan I. Enzim ini mulai meningkat pada 3 jam sampai dengan 12 jam setelah onset iskemik, mencapai puncak pada 12-24 jam dan masih tetap tinggi sampai hari ke 8-21 (Trop T) dan 7-14 (Trop I). Peningkatan enzim ini berhubungan dengan bukti adanya nekrosis miokard dan menunjukkan prognosis yang buruk pada ACS.

1) Creatinin kinase (CK,CKMB) mulai naik dalam 6 jam, memuncak dalam 12-16 jam, normal kembali antara 3-4 hari tanpa terjadi nekrosis baru. Enzim CKMB sering dijadikan indikator MCI sebab hanya terjadi saat

kerusakan jaringan miokard. Nilai referensi CKMB 0-24 u/l. Kuantitatif Troponin T sebagai kriteria diagnostik untuk infark miokard akut, baru-baru ini didefinisikan kembali berdasarkan pengukuran troponin <0,03=negatif. 0,03-0,1 = low. 0,1-0,2=MCI.>=massive MCI.

- 2) Mioglobin merupakan suatu protein yang dilepaskan dari sel miokard yang mengalami kerusakan, dapat meningkat setelah jam-jam awal terjadinya infark dan mencapai puncak pada jam 1 sampai dengan ke 4 dan tetap tinggi sampai 24 jam.
- 3) Troponin mengatur interaksi kerja aktin dan myosin otot jantung dan lebih spesifik dari CK-MB. Mempunyai dua bentuk Troponin T dan I. Enzim ini mulai meningkat pada jam 3 sampai dengan 12 jam setelah onset iskemik, mencapai puncak pada 12-24 jam dan masih tetap tinggi sampai hari ke 8-21 (Trop T) dan 7-14 (Trop I). Peningkatan enzim ini berhubungan dengan bukti adanya nekrosis miokard dan menunjukkan prognosis yang buruk pada ACS.
- 4) LDH: Dapat dideteksi 24-48 jam pasca infark, mencapai puncaknya setelah 3-6 hari, normal setelah mencapai 8-14 hari.
- 5) Elektrolit: ketidakseimbangan elektrolit dalam darah dapat mempengaruhi konduksi dan kontraktilitas jantung, misalnya: hipokalemia, hiperkalemia.
- 6) Sel darah putih: kadar leukosit biasanya tampak mengalami peningkatan pada hari ke-2 setelah IMA berhubungan dengan proses inflamasi.
- 7) Kecepatan sedimentasi meningkat pada hari ke-2 dan ke-3 setelah IMA menunjukkan inflamasi.

- 8) AGD: dapat menunjukkan hipoksia atau proses penyakit paru akut maupun kronis.
- 9) Kolesterol atau trigliserida serum meningkat, menunjukkan aterosklerosis sebagai penyebab IMA.

e. Echocardiogram

Dilakukan untuk menentukan dimensi ruang jantung, gerakan katup atau dinding ventrikel dan konfigurasi atau fungsi katup (Mutarobin, 2018).

f. Pemeriksaan Pencitraan Nuklir

- 1) Talium : mengevaluasi aliran darah miokard dan status sel miokard misalnya lokasi atau luasnya IMA.
- 2) Technetium : terkumpul dalam sel iskemik disekitar area nekrotik.

g. Angiografi koroner

Menggambarkan penyempitan atau sumbatan arteri koroner, biasanya dilakukan untuk mengukur tekanan ruang jantung dan mengkaji fungsi ventrikel kiri (fraksi ejeksi). Prosedur tidak selalu dilakukan pada fase IMA kecuali mendekati bedah jantung angioplasty atau bersifat darurat (Mutarobin, 2018).

h. Nuklear Magnetik Resonance (NMR)

Memungkinkan visualisasi aliran darah, ruang jantung atau katup ventrikel, lesi vaskuler, pembentukan plak, area nekrosis atau infark dan bekuan darah (Mutarobin, 2018).

7. Penatalaksanaan Medik

Penanganan farmakologi awal pada ACS adalah (PERKI, 2018):

a. Oksigen

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 70% pasien ACS disertai hipoksemia, dengan pemberian oksigen akan mengurangi ST elevasi karena akan mengurangi kerusakan miokard melalui mekanisme peningkatan suplai oksigen. Pemberian oksigen diberikan melalui nasal kanul 2-4lt/menit.

b. Nitrogliserin

Pemberian ISDN (isosorbid dinitrat) sublingual diberikan 5 mg per 3-5 menit dengan maksimal 3 kali pemberian. Nitrat mempunyai dua efek utama, pertama yaitu nitrat berfungsi sebagai venodilator, sehingga akan menyebabkan "pooling darah" yang selanjutnya akan menurunkan venous return/preload, sehingga kerja jantung akan berkurang. Kedua, nitrat akan merelaksasikan otot polos pembuluh koroner sehingga suplai oksigen pada jantung dapat ditingkatkan. Kewaspadaan adalah penggunaan harus dilakukan hati-hati pada pasien infark ventrikel kanan dan infark inferior, selain itu tidak boleh diberikan pada pasien dengan TD = 90 mmHg atau 30 mmHg lebih rendah dari pemeriksaan TD awal.

c. Morfin

Pemberian dapat diberikan secara intravena dengan dosis 2-4 mg, diberikan bila nyeri tidak berkurang dengan ISDN. Efek analgesik akan menurunkan aktivasi sistem saraf pusat dalam melepaskan katekolamin sehingga akan menurunkan konsumsi oksigen oleh miokard, selain itu juga mempunyai efekvenodilator yang akan menurunkan preload ventrikel kiri, dan dapat menurunkan tahanan

vaskular sistemik yang akhirnya akan menurunkan afterload.

d. Aspirin

Pemberian aspirin loading 160-325 mg dengan dosis pemeliharaan 75-150 mg/hari. Tablet kunyah aspirin mempunyai efek antiagregasi platelet yang irreversibel. Aspirin bekerja dengan menghambat enzim *cyclooxygenase* yang selanjutnya akan berefek pada penurunan kadar thromboxan A₂, yang merupakan aktivator platelet. Selain itu, aspirin juga mempunyai efek penstabil plak. Berdasarkan beberapa hasil penelitian, pemberian aspirin akan menurunkan angka mortalitas pasien dengan STEMI (Pramana, 2011 dalam Prihandana, 2013).

e. Clopidogrel

Clopidogrel diberikan loading 300-600 mg. Clopidogrel merupakan antagonis ADP dan menghambat agregasi trombosit. *AHA/ACC guidelines update 2011* memasukkan kombinasi aspirin dan clopidogrel diberikan pada pasien PCI dengan pemasangan stent.

f. Obat penurunkolesterol

Diberikan simvastatin meskipun kadar lipid pasien normal. Pemberian statin digunakan untuk mengurangi risiko dan menurunkan komplikasi sebesar 39%. Statin selain menurunkan kolesterol, berperan juga sebagai anti inflamasi dan anti trombotik. Pada pasien dengan hiperlipidemia, target penurunan kolesterol adalah <100 mg/dl dan pada pasien risiko tinggi DM, target penurunan sebesar <70 mg/dl.

g. *ACEinhibitor*

Diberikan captopril dosis inisiasi 3x 6,25 mg. Pemberian diberikan pada 24 jam pertama pada pasien low EF < 40%, hipertensi, *acute kidney injury*(AKI), riwayat infark miokard dengan disfungsi ventrikel kiri, dan diabetes.

h. Inhibitor glikoprotein IIb/IIIa

Antiplatelet yang digunakan untuk angina tak stabil dan NSTEMI yang dijadwalkan akan dilakukan tindakan diagnostik invasif. Pilihan untuk terapi anti koagulan pada pasien dengan angina tak stabil atau NSTEMI antara lain enoxaparin (Lovenox), unfractionated heparin, bivalirudin (Angiomax) dan fondaparinux (Arixtra). Enoxaparin dan unfractionated heparin sangat direkomendasikan pada pasien yang memilih pengobatan konservatif, namun fondaparinux dipilih untuk mereka yang memiliki risiko tinggi perdarahan.

8. Komplikasi

Menurut Indasari et al (2015), beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan ACS yaitu:

a. Gagal Jantung Kongesti

Gagal jantung kongesti sirkulasi akibat sirkulasi disfungsi miokard tempat kongesti tergantung dari ventrikel yang terlibat. Disfungsi ventrikel kiri atau gagal jantung kiri menimbulkan kongesti pada venapulmonalis. Disfungsi ventrikel kanan atau gagal jantung kanan mengakibatkan kongesti vena sistemik. Komplikasi mekanis yang paling sering setelah infark miokard adalah gagal jantung kiri.

b. Syok Kardiogenik

Syok kardiogenik adalah darurat medis yang memerlukan tindakan cepat dan tepat untuk menghindari kerusakan sel yang ireversibel dan kematian, biasanya diakibatkan oleh kegagalan ventrikel kiri.

c. Regurgitasi mitral akut

Kelainan regurgitasi mitral akut ini dapat relatif ringan dan bersifat sementara bila disebabkan oleh disfungsi otot papilaris. Ruptur otot papilaris/kord tendineae lebih jarang dan sering menyebabkan gagal jantung akut dan penurunan tekanan darah. Inkompetensi katup akibat aliran balik dari ventrikel kiri ke dalam atrium kiri, akibat yang terjadi adalah pengurangan aliran ke aorta dan peningkatan kongesti atrium kiri dan vena pulmonalis.

d. Ruptur jantung dan septum

Ruptur ventrikel menyebabkan tamponade karena dinding nekrotik yang tipis sehingga terjadi perdarahan massif ke dalam jantung perikardium sehingga menekan jantung.

e. Tromboembolisme

Trombus mural dapat ditemukan di ventrikel kiri pada tempat infark miokard dan kadang-kadang terjadi dalam 24 jam pertama, bila diketahui ada trombus mural maka anti koagulan perlu diberikan.

f. Aneurisma Ventrikel

Aneurisma ventrikel dapat timbul setelah terjadi MI transmural. Nekrosis dan pembentukan parut membuat dinding miokard menjadi lemah. Ketika sistol, tekanan tinggi dalam ventrikel membuat bagian miokard yang lemah menonjol keluar. Darah dapat merembes ke dalam bagian yang lemah itu dan dapat menjadi sumber emboli. Disamping itu bagian yang lemah dapat mengganggu curah jantung ke badan

yakananeurisma ventrikel terdapat pada apex dan bagian anterior jantung.

g. Perikarditis

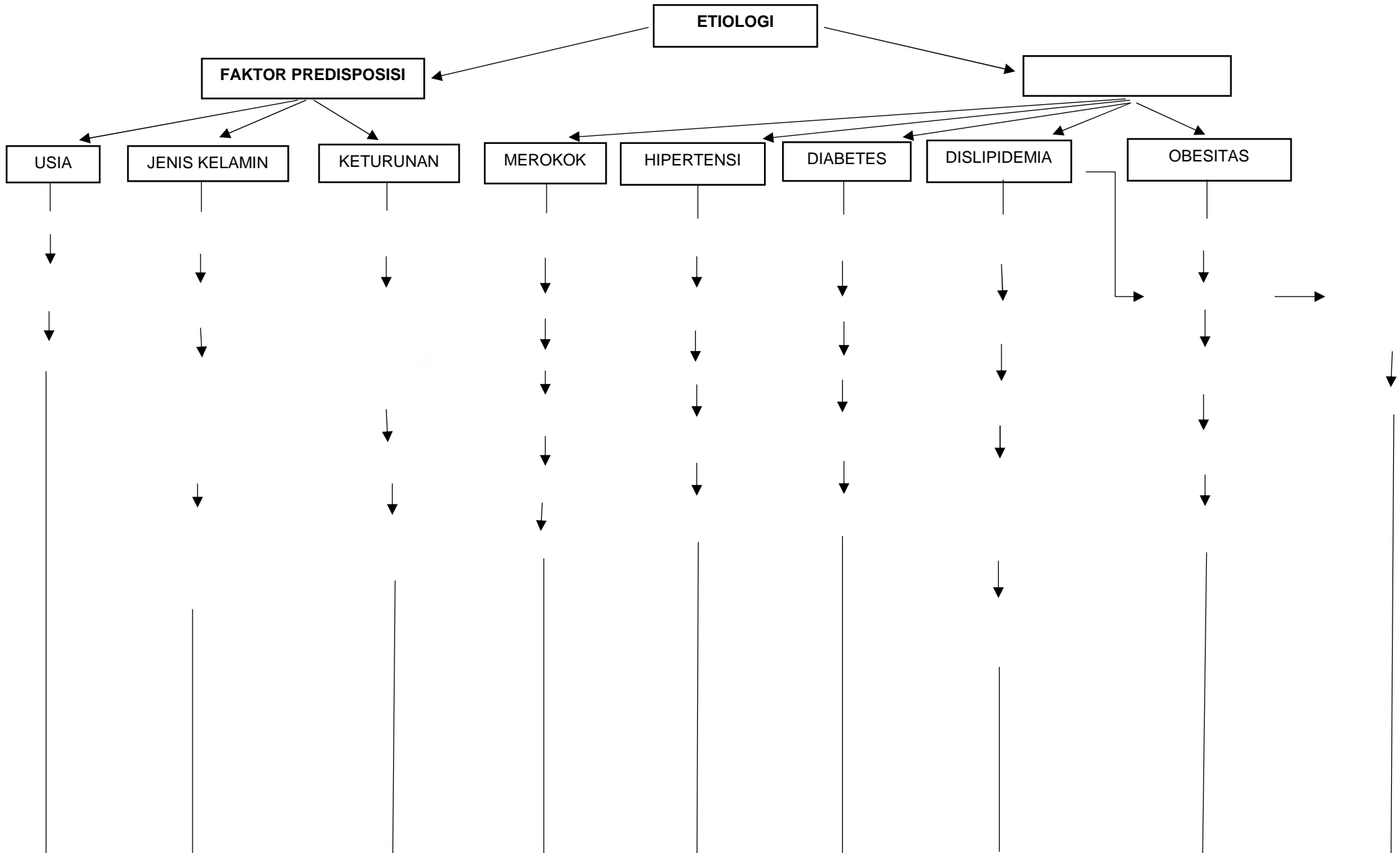
Sering ditemukan dan ditandai dengan nyeri dada yang lebih berat pada inspirasi dan tidur terlentang. Infark transmural membuat lapisan epikardium yang langsung kontak dengan perikardium kasar, sehingga merangsang permukaan perikard dan timbul reaksi peradangan.

h. Aritmia

Lazim ditemukan pada fase akut MCI, aritmia perlu diobati bila menyebabkan gangguan hemodinamik. Aritmia memicu peningkatan kebutuhan O₂ miokard yang mengakibatkan perluasan infark.

Acute coronary syndrome (ACS) dapat menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi yang paling sering adalah gangguan irama dan gangguan pompa jantung. Gangguan irama dapat bersifat fatal bila menyebabkan henti jantung, misalnya pada VF atau VT tanpa nadi. Komplikasi gangguan pompa jantung dapat menyebabkan gagal jantung akut.

PATHWAY ACUTE CORONARY SYNDROM





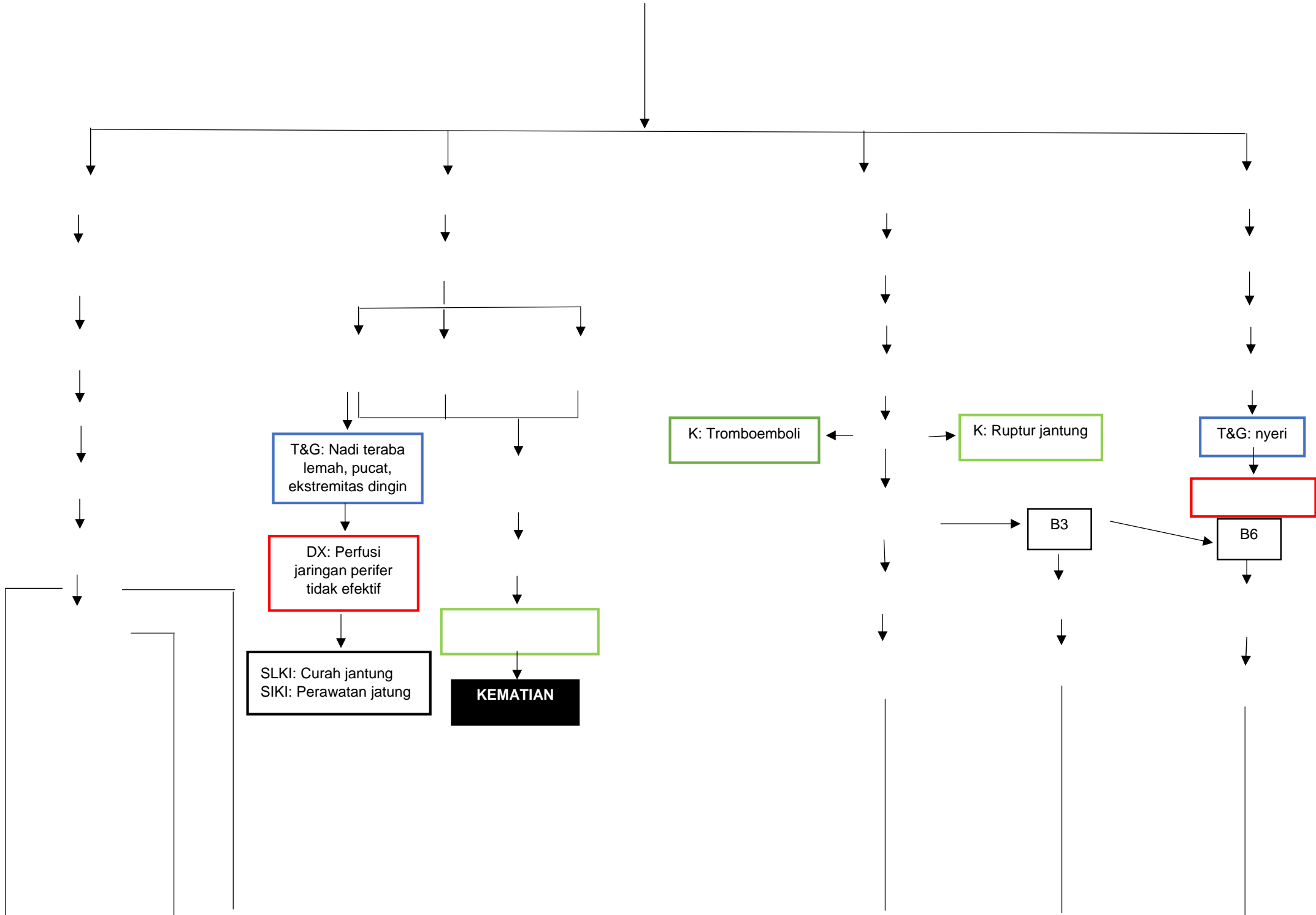
Penatalaksanaan:

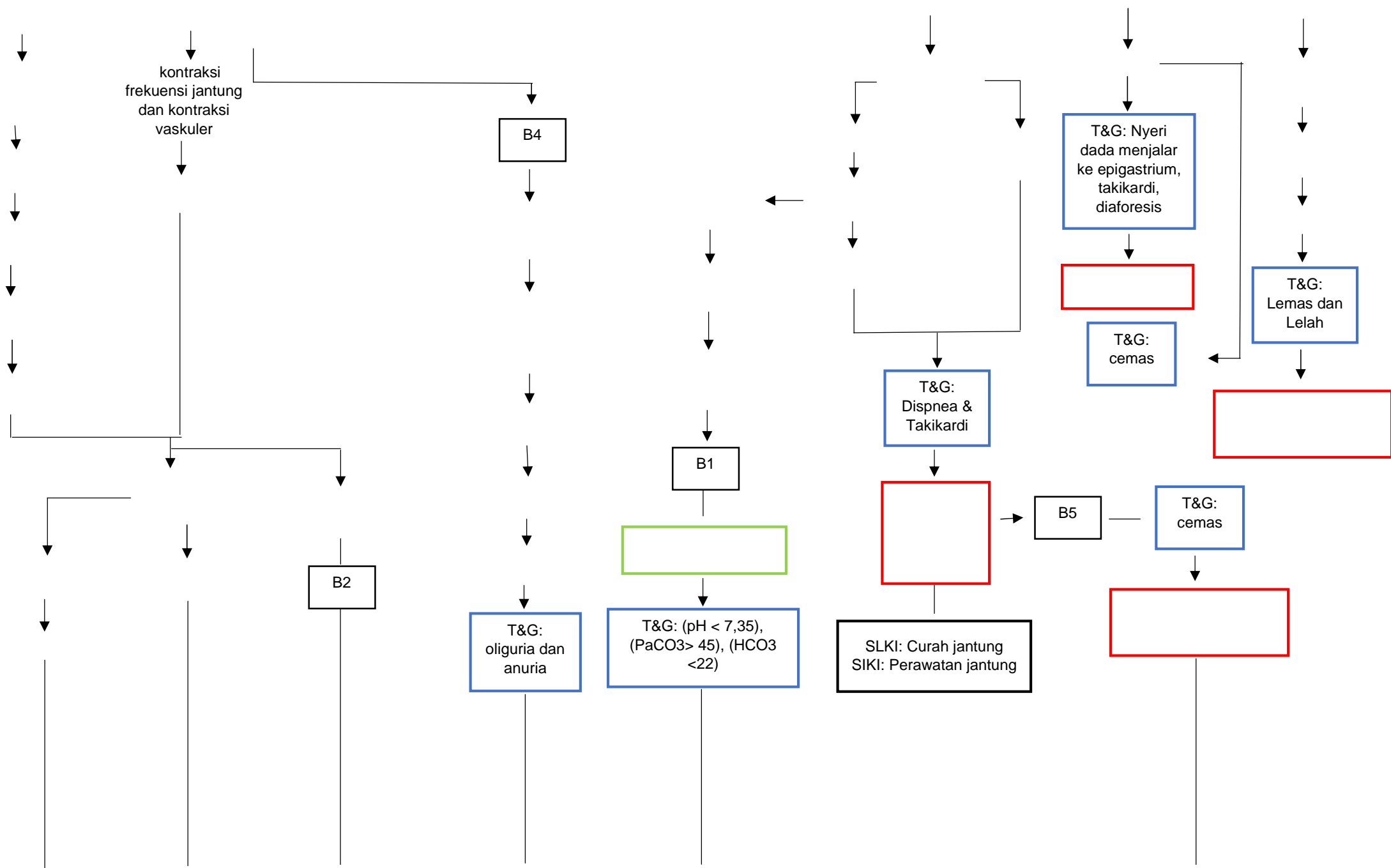
-) Oksigen 2-4 liter/menit
-) Trombolitik: cedocard 2mg/jam/sp
-) Nitrogliserin: ISDN (isosorbit dinitrat) sublingual 5mg/3-5 menit
-) Morfin 2-4 mg
-) Aspirin: loading 160-325 mg dengan 75-150 mg/hari
-) Clopidogrel: loading 300-600mg
-) Obat penurun kolesterol
-) ACE inhibitor: captopril 3X6,25mg
-) Inhibitor glikoprotein II b/ III a

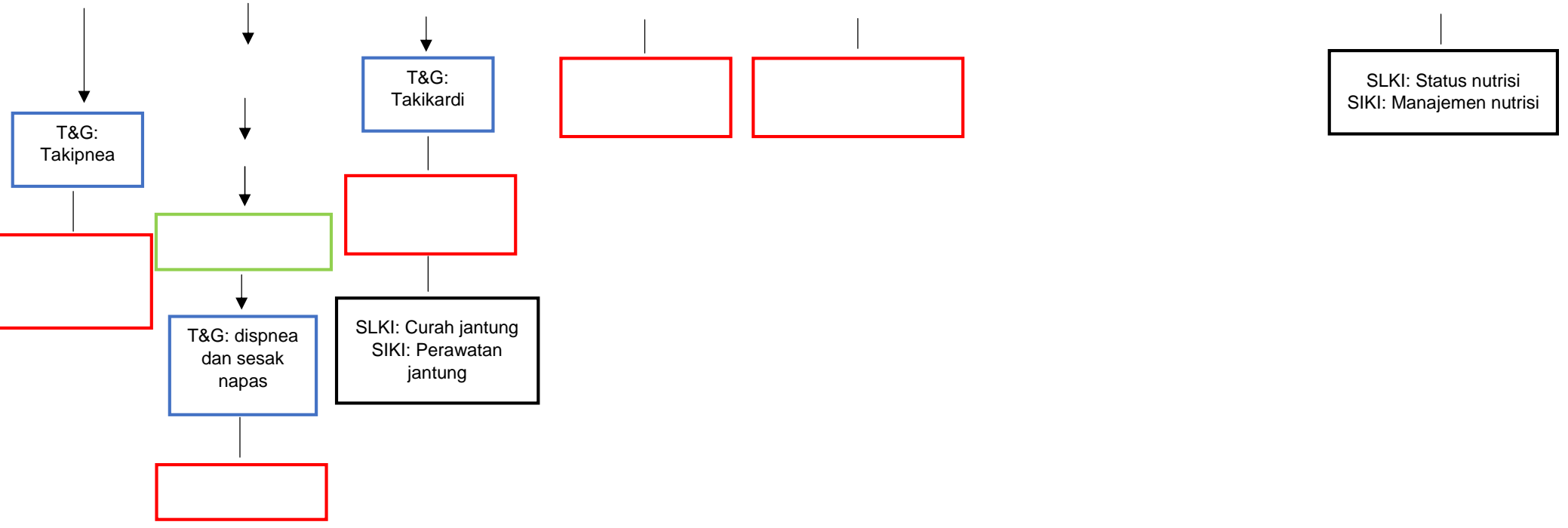


Pemeriksaan diagnostik:

-) EKG: NSTEMI, STEMI
-) Laboratorium
rutin: Hb, Ht, leukosit, trombosit, natrium, kalium, ureum, kreatinin, GDS, SGOT, SGPT.
Khusus: CK-MB, dan hs Troponin atau Troponin
-) Foto polos dada (Ap)
-) Enzim jantung: creatinin kinase (CK-MB, mioglobin, Troponin, LDH, elektrolit, leukosit, AGD, kolesterol dan trigliserida.
-) Echocardiogram
-) Angiografi koroner







B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Sihaloho, 2019).). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

a. Pengkajian primer

- 1) B1: Sesak dengan aktivitas ringan atau istirahat, RR lebih dari 24 kali/menit, irama ireguler dangkal, ronchi, krekles, ekspansi dada tidak penuh, penggunaan otot bantu nafas, dispnea (+), diberikan O2 tambahan
- 2) B2: Terdengar suara jantung di s3 dan s4, suara jantung murmur (+), chest pain (+), CRT kembali >2 detik, akral dingin, nadi lemah dan tidak teratur, takikardi, TD meningkat/ menurun, edema, gelisah, kulit pucat, sianosis, hasil Ekg NSTEMI atau STEMI, peningkatan JPV, hasil pemeriksaan GDS tidak dalam batas normal/ tinggi
- 3) B3: Pupil isokor, refleks cahaya (+), refleks fisiologis (+),
- 4) B4: Oliguri, output urine menurun
- 5) B5: Mukosa bibir kering, penurunan nafsu makan, mual (-), muntah (-), konstipasi/diare, peristaltik usus meningkat/menurun.
- 6) B6: Turgor kulit menurun

b. Pengkajian sekunder

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- a) Data subjektif: Riwayat pola hidup yang tidak sehat, kebiasaan makan makanan yang berlemak, gorengan, merokok, minum minuman alkohol,

infeksi, anemia dan penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi, DM dan kebiasaan kurang berolahraga, riwayat kebiasaan tidak dapat melakukan aktivitas berat.

b) Data objektif: Pasien tampak membatasi aktivitasnya, pola hidup tidak sehat

2) Pola nutrisi dan metabolik

a) Data subjektif: kehilangan nafsu makan, mual, muntah, penurunan berat badan

b) Data objektif: kehilangan nafsu makan, mual, muntah, penurunan berat badan signifikan, pembengkakan ekstremitas bawah, diet tinggi garam, penggunaan diuretik distensi abdomen, edema umum, dll.

3) Pola eliminasi

a) Data subjektif: Penurunan berkemih, berkemih pada malam hari, peristaltik usus menurun/meningkat

b) Data objektif: Output urine menurun, Urine berwarna pekat, oliguri, diare/konstipasi.

4) Pola aktivitas dan latihan

a) Data subjektif: Cepat lelah, sesak napas, kelemahan, nyeri dada dan penurunan aktivitas

b) Data objektif: Keletihan, nyeri dada dengan beraktivitas, gelisah, dispnea saat beraktivitas, perubahan status mental, tanda vital berubah saat beraktivitas

5) Pola tidur dan istirahat

a) Data subjektif: kesulitan istirahat dengan tenang, sulit untuk tidur karena nyeri dada, terbangun berkemih di malam hari

- b) Data objektif: Insomnia, dispnea saat istirahat, Kelelahan, malaise, gelisah, ortopnea, *dyspnea nokturnal proksimal*, palpebrae inferior berwarna gelap, ketidakmampuan mempertahankan posisi tidur dan nokturia, wajah mengantuk.
- 6) Pola persepsi dan kognitif
- a) Data subjektif: Perasaan nyeri dan sulit berkonsentrasi
 - b) Data objektif: Kebingungan, gelisah, gangguan proses berpikir, perubahan daya ingat, penglihatan kabur, disorientasi, gangguan status mental, penurunan kesadaran.
- 7) Pola persepsi dan konsep diri
- a) Data subjektif: Cemas, marah
 - b) Data objektif: Kecemasan, mudah tersinggung, perubahan peran, ketidakmampuan menerima penyakit.
- 8) Pola peran dan hubungan dengan sesama:
- a) Data subjektif: Menarik diri
 - b) Data objektif: Penurunan keikutsertaan dalam aktivitas sosial yang biasa dilakukan, gangguan komunikasi dan interaksi dengan orang lain.
- 9) Pola reproduksi dan seksualitas:
- a) Data subjektif: Tidak ada penyimpangan
 - b) Data objektif: Tidak ada penyimpangan
- 10) Pola mekanisme dan stress coping:
- a) Data subjektif: Cemas, khawatir, takut, marah
 - b) Data objektif: Ansietas, stress, marah, takut dan mudah tersinggung, tidak mampu menerima kenyataan.
- 11) Pola sistem nilai dan kepercayaan:

- a) Data subjektif: Kesulitan dalam melakukan ibadah
- b) Data objektif: Ibadah hanya di tempat tidur

2. Diagnosis keperawatan

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), masalah keperawatan yang sering muncul pada ACS yaitu:

- a. Penurunan curah jantung
- b. Gangguan pertukaran gas
- c. Perfusi perifer tidak efektif
- d. Risiko defisit nutrisi
- e. Hipervolemi

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
1.	Penurunan curah jantung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitasi menurun 2. Gambaran EKG aritmia menurun 3. Lelah menurun 4. Dyspnea menurun 	Perawatan jantung Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi, dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 	Perawatan jantung Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dyspnea dapat mengindikasikan terbentuknya cairan diparu dan dasar kapiler paru (seperti pada gagal jantung) 2. Untuk mendeteksi salis vena dan penurunan curah jantung 3. Untuk mendeteksi perubahan tekanan darah 4. Tanda nyeri dada dapat

			<p>3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)</p> <p>4. Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitas yang mengurangi nyeri)</p> <p>5. Monitor saturasi oksigen</p> <p>6. Monitor EKG 12 sadapan</p> <p>7. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <p>2. Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)</p> <p>3. Berikan oksigen untuk</p>	<p>mengidentifikasi hipoksia atau cedera miokardial</p> <p>5. Untuk mengetahui tingkat oksigen dalam darah</p> <p>6. Untuk mengetahui kelainan yang terjadi pada sistem kelistrikan jantung</p> <p>7. Untuk mengetahui adanya kelainan irama dan frekuensi jantung</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Untuk meningkatkan kenyamanan dan menghindari takikardia serta respons simpatis lainnya</p>
--	--	--	--	---

			<p>mempertahankan saturasi >94%</p> <p>4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, bila perlu</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian antiaritmia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengurangi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kerusakan jantung 3. Untuk meningkatkan suplai oksigen ke miokardium 4. Untuk menurunkan ansietas dan menghindari komplikasi cardiac <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menghindari kelelahan dan peningkatan beban kerja miokardium 2. Agar jantung dapat melakukan penyesuaian terhadap peningkatan
--	--	--	--	--

				kebutuhan oksigen Kolaborasi: 1. Untuk mengurangi atau menghentikan aritmia
2.	Gangguan pertukaran gas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun 2. PCO ₂ membaik 3. PO ₂ membaik pH arteri membaik	Pemantauan respirasi Observasi: 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik) 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor AGD Terapeutik:	Pemantauan respirasi Observasi: 1. Untuk mendeteksi tanda-tanda awal gangguan 2. Untuk mendeteksi tanda-tanda awal gangguan 3. Mengetahui kadar oksigen dalam darah 4. Memantau status oksigenasi dan ventilasi Terapeutik:

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor perubahan status pernapasan 2. Untuk mencatat kondisi pasien <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien mengetahui tujuan tindakan 2. Agar mengetahui hasil pemantauan
3.	Perfusi perifer tidak efektif	Setelah melakukan tindakan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> a. Denyut nadi perifer cukup meningkat b. Warna kulit pucat cukup menurun 	<p>Perawatan sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 	<p>Perawatan sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya atau tidaknya gangguan sirkulasi di perifer 2. Untuk mengetahui penyebab utama terjadinya gangguan

		c. Akral cukup membaik	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 2. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler 3. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) 	<p>pada sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memantau gangguan yang terjadi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meminimalkan gangguan sirkulasi perifer <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengobati dan meminimalkan gangguan sirkulasi perifer yang terjadi 2. Untuk pengobatan gangguan sirkulasi lebih lanjut 3. Untuk mengetahui apakah terjadi gangguan sirkulasi yang tidak dapat
--	--	---------------------------	---	---

				dicegah dan meminimalkan terjadinya komplikasi,
4.	Defisit nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x/24 jam, diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan cukup meningkat 2. Nafsu makan cukup membaik 3. Indeks massa tubuh cukup membaik 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p>	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya gangguan pada nutrisi 2. Untuk melihat ada atau tidaknya gangguan mencerna makanan 3. Melihat apakah terjadi penurunan atau peningkatan berat badan <p>Terapeutik</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menetapkan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meminimalisir gangguan nutrisi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memperbaiki pencernaan makanan 2. Untuk meminimalisir gangguan nutrisi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengukur jumlah kebutuhan gizi yang diperlukan untuk memperbaiki status nutrisi
5.	Hipervolemi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Manajemen hypervolemia Observasi:	Manajemen hypervolemia

		<p>selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Edema perifer menurun 3. Kongesti paru menurun <p>Jugular venous pressure (JVP) membaik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflek hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi asupan cairan dan garam 2. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam 2. Anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendeteksi adanya kelebihan volume cairan 2. Mengatasi penyebab kelebihan volume cairan pada pasien 3. Memantau adanya kelebihan atau kekurangan cairan dalam tubuh <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelebihan cairan dan garam dapat memperburuk kondisi pasien 2. Untuk keamanan pasien dalam pemenuhan oksigenasi
--	--	---	---	---

			<p>haluaran cairan</p> <p>3. Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretic 	<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. asupan yang melebihi haluaran dan peningkatan berat jenis urin dapat mengidentifikasi retensi atau kelebihan beban cairan 2. membuat pasien dan keluarga berpartisipasi aktif dalam asuhan keperawatan 3. meningkatkan pemahaman dan pengetahuan terkait kondisi pasien <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluarkan
--	--	--	---	---

				kelebihan cairan pada tubuh pasien
--	--	--	--	---------------------------------------

4. Perencanaan pulang (*Discharge planning*)
 - a. Anjurkan diet kalori, garam dan lemak
 - b. Anjurkan klien teratur mengonsumsi obat
 - c. Anjurkan klien dan keluarga untuk rutin memeriksakan kesehatan/kontrol sebulan sekali pada faskes rujukan
 - d. Anjurkan klien lakukan ROM aktif dan senam kaki secara berkala untuk melancarkan peredaran darah
 - e. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah dan gula darah secara teratur
 - f. Anjurkan klien olahraga rutin dan perbanyak konsumsi serat
 - g. Anjurkan keluarga untuk selalu mengingatkan klien minum obat dan makan tepat waktu

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien atas nama Ny "M" umur 67 tahun masuk ruang ICU rumah sakit Bhayangkara Makassar dengan diagnosa medik *Acute Coronary Syndrome* (ACS). Pasien menjalani perawatan di ruang ICU selama 3 hari sebelum dipindahkan ke ruang perawatan.

Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan sesak napas, dan saat berada di poli jantung, pasien mengalami nyeri dada secara tiba-tiba sehingga pasien dibawa ke ruang UGD, dan selanjutnya ke ruang perawatan *Intensive Care Unit* (ICU). Saat pengkajian pasien mengatakan nyeri dada yang dirasakan bahkan saat beristirahat khususnya di daerah epigastrium. Pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam dengan skala nyeri 7 dan nyeri dirasakan hilang timbul. Pasien mengeluh sesak napas dan merasa lelah. Pasien tampak lemah, warna kulit tampak pucat, akral teraba dingin, dan pengisian kapiler kuku > 3 detik. Tampak terpasang infus Dextrose 5 % 8 tetes/menit, NaCl 0,5% + Kcl 25 mEq (1/2) 8 tetes/menit, tampak terpasang kateter, tampak terpasang monitor, tampak terpasang oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit.

Pasien mendapatkan terapi obat-obatan yaitu Cedocard 2 mg/jam/sp Diviti 2,5 mg/24 jam/sc, Aspilet 80g/oral, Furosemide 2 ampul/12 jam/IV, CPG 75g/oral, Atrovistatin 20g/oral, Ramipril 2,5g/oral, Furosemide 5mg/jam/sp, dan ISDN 5mg/oral. Hasil pemeriksaan foto Thorax didapatkan hasil Cardiomegaly dengan elongasi aortae disertai edema paru dini dan Efusi pleura minimal dextra.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Jess Natalya dan Litwina Marampa'

Tanggal : 03 Juni 2022

Nama Pasien : Ny. M

Diagnosa Medis : *Acute Coronary Syndrome (ACS)*

1. Pengkajian Primer

Tabel 3.1
Pengkajian Primer

<i>Breath</i> (B1)	Pergerakan dada	Pasien tampak sesak, tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu napas	Tidak tampak penggunaan otot bantu napas
	Palpasi	<ul style="list-style-type: none">) Vocal premitus: Teraba getaran yang berbeda di kedua lapang paru. Pada lapang paru kanan teraba getaran yang kurang dibanding paru kiri.) Tidak terdapat Nyeri tekan) Tidak ada Krepitasi
	Perkusi	Perkusi dada terdengar redup di bagian basal paru
	Suara napas	Terdengar suara napas vesikuler dan tidak ada bunyi tambahan
	Batuk	Pasien tampak tidak batuk
	Sputum	Tidak terdapat sputum
	Alat bantu nafas	Tampak terpasang alat bantu napas oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none">) Frekuensi napas: 28x/i) Spo2: 98%

		<p>) Hasil foto thorax:</p> <p>Kesan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiomegaly dengan elongasi aortae disertai edema paru dini - Efusi pleura minimal dextra
<i>Blood (B2)</i>	Suara jantung	<p>) Terdengar suara jantung di S3 dan S4</p> <p>) Terdengar bunyi jantung irama gallop</p>
	Irama jantung	Irama jantung terdengar reguler
	CRT	Kembali dalam > 3 detik
	JVP	Normal, 5-2 cmh ₂₀
	CPV	Tampak Tidak ada
	Edema	Tampak Tidak ada edema
	EKG	ST-elevasi (Lead II dan III Avf) STEMI inferior
	Lain-lain	<p>) Tanda-tanda vital:</p> <p>TD: 113/74 mmHg</p> <p>N: 75x/i</p> <p>S: 36 °c</p> <p>P: 28x/i</p> <p>) GDS: 363 mg/dl</p> <p>) SGOT: 55u/L</p>
<i>Brain (B3)</i>	Tingkat kesadaran	<p>) Kualitatif: composmentis</p> <p>) Kuantitatif (GCS): 15</p> <p>E: 4</p> <p>V: 5</p> <p>M: 6</p>
	Reaksi pupil	<p>) Kanan:</p> <p>) Ada, isokor, diameter 3mm</p>

) Kiri:) Ada, isokor, diameter 3mm
	Refleks fisiologis) Refleks biceps : positif) Reflex triceps : positif) Reflex patella : positif) Reflex Achilles : positif) Reflex brachialis: positif
	Refleks patologis) Reflex Babinski : negatif) Kaku kuduk : negatif) Kerning sign : negatif) Brunzinski sign I,II : negatif) Lateral sign : negatif
	Meningeal sign) Tidak ada
	Lain-lain	-
<i>Bladder</i> (B4)	Urine) Jumlah: 600cc dalam 9 jam) Warna: kuning jernih
	Kateter) Ada, hari ke: 1) Jenis: no: 16 Fr dengan panjang 22cm
	Kesulitan BAK	Pasien terpasang kateter
	Lain-lain	-
<i>Bowel</i> (B5)	Mukosa bibir	Mukosa bibir pasien tampak kering
	Lidah	Lidah pasien tampak bersih
	Keadaan gigi	Tampak gigi pasien sudah ada yang tanggal, tampak gigi pasien tidak lengkap
	Nyeri telan	Pasien tidak mengalami nyeri telan
	Abdomen	Tampak tidak terdapat distensi abdomen
	Peristaltic usus	Terdengar peristaltik usus 10x/menit
	Mual	Tidak ada
	Muntah	Tidak ada

	Hematemesis	Tidak ada
	Melena	Tidak ada
	Terpasang NGT	Tampak Tidak terpasang NGT
	Terpasang colostomy bag	Tampak tidak terpasang colostomy bag
	Diare	Pasien tidak mengali diare
	Konstipasi	Pasien tidak mengalami konstipasi
	Asites	Tampak perut pasien tidak asites
	Lain-lain	-
<i>Bone (B6)</i>	Turgor	Turgor kulit pasien tampak elastis
	Perdarahan kulit	Tidak terjadi pendarahan kulit pada pasien
	Icterus	Pasien tampak tidak icterus
	Akral	Akral teraba dingin Pasien tampak pucat
	Pergerakan sendi	Pergerakan sendi bebas
	Fraktur	Tidak ada fraktur
	Luka	Tampak tidak ada luka pada pasien
	Lain-lain	-

2. Pengkajian Sekunder

a. Identifikasi

Nama initial : Ny. M
 Umur : 67 Tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Jumlah anak : 2
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : IRT
 Alamat rumah : Gowa

b. Data medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Stemi inferior (ST Elevasi)

Saat pengkajian : *Acute Coronary Syndrome* (ACS)

c. Keadaan umum

1) Keadaan sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan: tampak terpasang infus Dextrose 5 % 8 tetes/menit, NaCl 0,5% + Kcl 12.5 g (1/2) 8 tetes/menit, tampak terpasang kateter, tampak terpasang monitor, tampak terpasang oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit

2) Tanda-tanda vital

Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

Respon motorik : 6

Respon bicara : 5

Respon membuka : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien sadar penuh

a) Tekanan darah: 113/74 mmHg

MAP : 87 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

b) Suhu :36 C

c) Pernapasan : 28 x/menit

Irama : teratur

Jenis : dada

d) Nadi : 75 x/menit

e) Irama : teratur

d. Pengkajian pola kesehatan

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan, sebelum sakit pasien jarang memeriksakan kesehatan, keluarga mengatakan pasien jarang berolah raga, keluarga mengatakan pasien suka mengonsumsi nasi dalam porsi besar, makanan berlemak seperti daging dan makanan berminyak seperti goreng-gorengan. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 10 tahun yang lalu tetapi tidak rutin mengonsumsi obat hipertensi, serta tidak diet rendah lemak.

b) Riwayat penyakit saat ini

Keluhan utama : Nyeri dada

c) Riwayat keluhan utama :

Keluarga mengatakan, nyeri dada dirasakan pasien secara tiba-tiba khususnya di daerah epigastrium, nyeri dirasakan tajam dengan skala nyeri 7 dan nyeri dirasakan hilang timbul. Hal ini dialami pasien saat berobat ke poli jantung rumah sakit Bhayangkara Makassar disertai sesak yang dialami sejak 3 bulan yang lalu dan memberat 2 minggu yang lalu, sehingga pasien dibawa ke ruang UGD. Saat pengkajian, pasien mengatakan nyeri timbul bahkan saat beristirahat, pasien mengatakan nyeri tajam pada daerah epigastrium dengan skala nyeri 7. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.

d) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus sejak 10 tahun yang lalu, keluarga mengatakan, pasien juga memiliki riwayat asam urat dan kolesterol sejak 4 bulan yang lalu.

e) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan saudara pasien juga memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien yaitu hipertensi dan diabetes melitus.

f) Pemeriksaan fisik

- (1) Kebersihan rambut: rambut tampak beruban dan bersih
- (2) Kulit kepala: kulit kepala tampak bersih
- (3) Kebersihan kulit: kulit tampak bersih
- (4) Hygiene rongga mulut: mulut tampak kotor
- (5) Kebersihan genitalia: genitalia tampak bersih
- (6) Kebersihan anus: anus tampak bersih

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit, pasien makan dengan teratur dan pola makan pasien baik, pasien makan 3 kali sehari dengan menu nasi, daging, tahu, tempe. Keluarga mengatakan pasien suka mengonsumsi nasi dalam porsi besar, makanan berlemak seperti daging dan makanan berminyak seperti goreng-gorengan.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan, sejak sakit nafsu makan pasien menurun. Pasien hanya makan 2-3 sendok nasi dari makanan yang diberikan. Pasien dengan BB 45 kg dan TB 160 cm, IMT pasien 17,6 kg/m²

c) Pemeriksaan fisik

- (1) Keadaan rambut: Rambut tampak beruban dan bersih
- (2) Hidrasi kulit: Hidrasi kulit kembali <3 detik

- (3) Palpebra/conjungtiva: Palpebra tampak tidak edema, conjungtiva tampak anemis
 - (4) Sclera: Sclera tampak tidak ikterik
 - (5) Hidung: Rongga hidung tampak bersih, tampak tidak ada lesi, tampak tidak ada polip
 - (6) Rongga mulut: Rongga mulut bersih
 - (7) Gusi: Gusi tampak tidak ada peradangan
 - (8) Gigi: Gigi tampak kotor dan tidak lengkap
 - (9) Lidah: Lidah tampak bersih
 - (10) Pharing: Tampak tidak ada peradangan
 - (11) Kelenjar getah bening: Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening
 - (12) Kelenjar parotis: Tidak teraba pembesaran
 - (13) Abdomen
 - (a) Inspeksi: Abdomen tampak datar, tidak ada bayangan vena
 - (b) Auskultasi: Terdengar peristaltik usus 10x/menit
 - (c) Palpasi: Tidak ada nyeri tekan
 - (d) Perkusi: Perkusi abdomen terdengar bunyi tympani
 - (14) Kulit
 - (1) Edema: Tampak tidak ada edema
 - (2) Ikterik: Tampak tidak ikterik
 - (3) Tanda-tanda radang: Tidak ada tanda-tanda radang
 - (15) Lesi: Tampak tidak ada lesi
- 3) Pola Aktivitas dan Latihan
- a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit, pasien jarang berolah raga, pasien hanya tinggal di rumah dan melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu dan membersihkan rumah.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit, pasien hanya berbaring di tempat tidur dan tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri karena sesak yang dirasakan. Semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

c) Observasi

(1) Aktivitas harian

- (a) Makan : 2
- (b) Mandi : 2
- (c) Pakaian : 2
- (d) Kerapian : 2
- (e) Buang air besar : 2
- (f) Buang air kecil : 1
- (g) Mobilitas di tempat tidur: 2

Keterangan:

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

(2) Postur tubuh

Tidak dikaji

(3) Gaya jalan

Tidak dikaji

(4) Anggota gerak yang cacat

Tampak tidak ada anggota gerak yang cacat

(5) Fiksasi

Tidak ada

(6) Trakeostomi

Tampak tidak terpasang trakeostomi

d) Pemeriksaan fisik

(1) Tekanan darah

Berbaring : 113/74 mmHg

Duduk : -

Berdiri : -

Kesimpulan: hipotensi ortostatik negatif

(2) HR : 75x/menit

(3) Kulit

Keringat dingin : tidak ada

Basah : tidak ada

(4) JVP : 5-2 CmH₂O

Kesimpulan : normal

(5) Perfusi pembuluh kapiler kuku

Kembali > 3 detik

(6) Thorax dan pernapasan

(a) Inspeksi

Bentuk thorax : simetris kiri dan kanan

Retraksi intercosta : tidak ada

Sianosis : tampak tidak sianosis

Stridor : tidak ada

(b) Palpasi

Vocal premitus: Teraba getaran yang berbeda di kedua lapang paru. Pada lapang paru kanan teraba getaran yang kurang dibanding paru kiri.

Krepitasi: tidak ada krepitasi

(c) Perkusi

Perkusi paru terdengar redup

(d) Auskultasi

Terdengar suara napas vesiculer dan tidak terdengar suara napas tambahan

(7) Jantung

(a) Inspeksi

Ictus cordis: Tampak ictus cordis berada di ICS 5 linea midclavicula sinistra

(b) Palpasi

Teraba ictus cordis di ICS 5 line midclavicula sinistra

(c) Perkusi

Batas atas jantung: ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung: ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Batas kanan jantung: ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung: ICS 6 axilaris anterior sinistra

(d) Auskultasi

Bunyi jantung II A: Tunggal ICS 2 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung II P: Tunggal ICS 2 linea sternalis sinistra dan ICS 3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T: Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M: Tunggal di ICS 5 linea midclavícula sinistra

Bunyi jantung III irama gallop: terdengar suara jantung irama gallop

Murmur : tidak ada

Bruit : Aorta : tidak ada

A Renalis : tidak ada

A Femoralis : tidak ada

(8) Lengan dan tungkai

(a) Atrofi otot : tidak ada

(b) Rentang gerak

Kaku sendi: tidak ada

Nyeri sendi : tidak ada

Fraktur : tidak ada

Parese : tidak ada

Paralisis : tidak ada

(c) Uji kekuatan otot

Kanan	Kiri

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibanding sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak, tetapi tidak mampumelawan tekanan

Nilai 2: mampu menahan gravitasi, tetapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(d) Refleks fisiologis

Biceps : positif

Triceps : positif

Patella : positif

Achilles : positif

(e) Refleks patologis

Babinski : negatif

(f) Clubbing jari-jari : tidak ada

(g) Varises tungkai : tidak ada

(h) Columna vertebralis

Inspeksi : tampak tidak ada kelainan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : kaku kuduk negatif

4) Pola Eliminasi

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit, pasien biasa BAB 1 kali sehari dan BAK normal 4-5 kali sehari.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien pola BAB pasien lancar, pasien biasa BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat. Keluarga mengatakan sebelum dipasang kateter, pasien biasa BAK 3-4 kali sehari.

c) Observasi

Tampak pasien menggunakan pempers

Tampak terpasang kateter dengan jumlah urine 600/9 jam, berwarna kuning jernih

d) Pemeriksaan fisik

(1) Peristaltik usus: Terdengar peristaltik usus 10 kali/menit

(2) Palpasi kandung kemih: Kandung kemih teraba kosong

(3) Nyeri ketuk ginjal: Tidak ada nyeri ketuk ginjal

(4) Mulut uretra: Mulut uretra bersih

(5) Anus

Peradangan: Tampak tidak ada peradangan

Hemoroid: Tampak tidak ada peradangan

Fistula: Tampak tidak ada fistula

5) Pola Tidur dan Istirahat

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit, pola tidur pasien baik, pasien biasa tidur siang 30 menit - 1 jam, dan tidur malam 6-8 jam.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit, pasien sering sulit tidur karena sesak, dan sering terbangun malam hari. Pasien hanya tidur 4-5 jam sehari.

c) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : negatif

Banyak menguap : negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : negatif

6) Pola Persepsi Kognitif

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit, pasien tidak memiliki masalah/gangguan panca indera.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit panca indera pasien tidak mengalami gangguan

c) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu mendengar maupun kaca mata

d) Pemeriksaan fisik

(1) Penglihatan

(a) Kornea kanan : tampak jernih

Kiri : tampak jernih

(b) Pupil kanan : tampak isokor

Kiri : tampak isokor

(c) Lensa mata kanan: tampak jernih

Kiri: tampak jernih

(d) TIO: teraba sama kanan dan kiri

(2) Pendengaran

(1) Pina: tampak simetris kiri dan kanan

(2) Kanalis: tampak bersih

(3) Membran tympani: tampak utuh

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

a) Keadaan sebelum sakit

-

b) Keadaan sejak sakit

-

8) Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit, hubungan pasien dengan keluarga dan masyarakat sekitar terjalin dengan baik.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit hubungan dengan pasien tetap terjalin dengan baik

c) Observasi

Tampak keluarga pasien sering mengunjungi dan menemani pasien

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien memiliki 2 orang anak, dan tidak pernah mengalami masalah kesehatan terkait dengan sistem reproduksi.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak mengalami masalah/keluhan terkait dengan sistem reproduksi.

c) Observasi

Tampak tidak ada perilaku menyimpang sesuai dengan jenis kelamin

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan jika pasien memiliki masalah, pasien biasa menceritakannya kepada anak-anaknya

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit, pasien selalu bercerita dengan anaknya karena merasa cemas dengan keadaannya, keluarga mengatakan, pasien juga lebih sering berdoa.

11) Pola Sistem Nilai Kepercayaan

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien beragama islam. Keluarga mengatakan sebelum sakit, pasien sering terlibat dalam kegiatan keagamaan seperti pengajian.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit, pasien tidak lagi mengikuti kegiatan keagamaan di masyarakat, dan hanya sholat dan berdoa di rumah.

e. Tes Diagnostik

1) Pemeriksaan Laboratorium Darah Lengkap

Tabel 3.2

Pemeriksaan Darah Lengkap (03/06/2022)

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	9.80	10 ³ /uL	4.10-10.0
RBC	4.89	10 ⁶ /uL	4.0-5.50
HGB	12.6	g/dl	11.0-16.0
HCT	38.4	%	37.0-54.0
MVC	78.5	fL	80.0-100.0
MCH	25.8	pg	27.0-34.0
MCHC	32.8	g/dl	32.0-36.0
PLT	302	10 ³ /uL	150.0-400.0
RDW-SD	46.7	fL	35.0-56.0
RDW-CV	15.8	%	11.0-16.0
PDW	15.9	fL	9.0-17.0
MPV	11.1	fL	6.5-12.0
P-LCR	33.8	%	11.0-45.0
Hitungan jenis			
LYMPH	24.7	%	10.0-50.0
MXD	6.6	%	1.0-20.0
NEUT	67.8	%	37.0-80.0
LYMPH#	2.40	10 ³ /uL	0.80-4.00
MXD#	0.6	10 ³ /uL	
NEUT#	6.8	10 ³ /uL	2.00-7.00

2) Pemeriksaan Foto Thoraks (04/06/2022)

Cor besar, aorta elongasi dengan vaskular suprahilar bilateral

Sinus kanan tumpul

Tulang-tulang intak

Kesan: *Cardiomegaly* dengan elongasi aortae disertai edema paru dini, Efusi pleura minimal dextra

3) Pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG) (04/06/2022)

Stemi Inferior

HR: 75x/menit

4) Pemeriksaan Laboratorium Darah

Tabel 3.3

Pemeriksaan Darah (04/06/2022)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Ket.
KIMIA DARAH				
ELEKTROLIT				
Natrium (Na)	130	Mmol/L	136 – 145	
Kalium (K)	2.92	Mmol/L	3,5 – 5,1	
Clorida (CL)	93.7	Mmol/L	98 – 106	
KIMIA DARAH				
Gula darah sewaktu	363	Mg/dl	100-140	
KIMIA DARAH				
HbA1c	11,8	%	4,2 – 6,0	
Ureum	43	mg/dl	10 – 50	
Creatinin	0,9	mg/dl	L. 0,6-2,0 / P. 0,5-1,2	
SGOT	55	u/L	L. 5-40 / P. 5-40	
SGPT	31	u/L	L. 5-41 / P. 5-41	
Albumin	2,8	gr/dl	3,8 – 5,0	

f. Terapi

Terapi yang diberikan pada pasien yaitu:

- 1) Cedocard 2 mg/jam/SP
- 2) Diviti 2,5 mg/24 jam/SC
- 3) Aspilet 80g/24 jam/oral
- 4) CPG 75g/24 jam/oral
- 5) Atrovistatin 20g/24 jam/oral
- 6) Ramipril 2,5g/24 jam/oral
- 7) Furosemide 2 ampul/12 jam/IV
- 8) Furosemide 5mg/jam/SP
- 9) ISDN 5mg/24 jam/oral
- 10) NaCl 0,9% + Kcl 25 mEq 8 tpm
- 11) RL 500cc/16 tetes/menit

Berikut penjelasan lebih spesifik terkait terapi obat-obatan yang diberikan pada pasien Ny. M, antara lain:

1) Cedocard

- a) Nama obat: Cedocard
- b) Klasifikasi/ golongan obat: Golongan nitrat
- c) Dosis umum: 2-10mg/jam (1 ampul = 10 ml)
- d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2mg/jam
- e) Cara pemberian obat :Intravena (IV)

f) Mekanisme kerja dan fungsi obat:

Nitrat mempunyai dua efek utama, pertama yaitu nitrat berfungsi sebagai venodilator, sehingga akan menyebabkan “pooling darah” yang selanjutnya akan menurunkan venous return/preload, sehingga kerja jantung akan berkurang. Kedua, nitrat akan merelaksasikan otot polos pembuluh koroner sehingga suplai oksigen pada jantung dapat ditingkatkan. Obat anti angina untuk mengatasi gejala yang timbul pada saat terjadi serangan angina atau serangan jantung dan gagal jantung kongestif untuk mengurangi sesak dan gejala lainnya.

g) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:

Pasien mengalami nyeri pada dada tetapi lebih dominan pada daerah epigastrium

h) Kontra indikasi:

- (1) Anemia
- (2) Hipotensi
- (3) Syok kardiogeik
- (4) Hindari penggunaan bersamaan dengan slidenafil, tadalafil, vardenafil

(5) Pada orang hamil, anak dapat terjadi toleransi dan toleransi silang dengan nitrat dan nitrit lainnya.

i) Efek samping obat:

- (1) Sakit kepala
- (2) Hipotensi
- (3) Mual

2) Diviti

a) Nama obat: Diviti

b) Klasifikasi/ golongan obat : Antikoagulan, Antiplatelet, Dan Fibrinolitik (Trombolitik)

c) Dosis umum: 2,5mg/24 jam (pencegahan venous thromboembolic event (VTE), pengobatan deep vein thrombosis (DVT) dan pulmonary embolism (PE) dosis 5 mg untuk BB<50kg, 7,5mg BB 50-100kg, 10mg BB>100 kg

d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2,5mg/24jam

e) Cara pemberian obat: Subcutan (SC)

f) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat diviti bekerja dengan menghambat atau mengurangi aktivitas beberapa zat yang berfungsi dalam pembekuan darah

g) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:

h) Kontra indikasi:

- (1) Hipersensitif terhadap komponen obat
- (2) Perdarahan aktif
- (3) Endokarditis bakterial akut (infeksi pada lapisan bagian dalam jantung)
- (4) Gangguan ginjal berat (kreatinin klirens <20ml/menit)

i) Efek samping obat:

- (1) Umum: anemia, perdarahan (di berbagai tempat termasuk kasus jarang seperti perdarahan intrakranial, intraserebral, retroperitoneal), purpura (peradangan pembuluh darah), hematoma (kumpulan darah tidak normal diluar pembuluh darah), hematuria (darah dalam urine), hemoptisis (batuk darah), perdarahan gusi.
- (2) Tidak umum: trombositopenia, platelet abnormal, gangguan koagulasi, sakit kepala, mual, muntah, abnormalitas pada uji fungsi hati, peningkatan enzim hati, ruam, pruritus, wound secretion demam, edema perifer, anemia, dispnea, nyeri dada.
- (3) Jarang: infeksi pada luka pasca operasi, reaksi alergi, hipokalemia, ansietas, bingung, pusing, somnolens, vertigo, hipotensi, dispnea, batuk, nyeri abdomen, dispepsia, gastritis, konstipasi, diare, bilirubinemia, reaksi pada lokasi injeksi, nyeri dada, nyeri kaki, letih, edema pada genital, kulit memerah, sinkop.

3) CPG

- a) Nama obat: CPG
- b) Klasifikasi/ golongan obat: Obat anti platelet golongan thienopyridine
- c) Dosis umum: 1 kali/hari (75mg)
- d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 75mg (1-0-0)
- e) Cara pemberian obat: Oral
- f) Mekanisme kerja dan fungsi obat: CPG digunakan untuk membantu mencegah serangan jantung dan stroke pada pasien dengan penyakit jantung, stroke, atau penyakit sirkulasi darah (penyakit pembuluh darah

perifer). CPG bekerja dengan menghalangi platelet saling menempel dan mencegah mereka dari pembentukan gumpalan berbahaya. CPG membantu menjaga darah mengalir lancar dalam tubuh.

g) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Pasien di berikan obat tersebut untuk mencegah adanya serangan jantung yang tiba-tiba dan membantu memperlancar aliran darah tetap normal.

h) Kontra indikasi:

Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan kondisi:

- (1) Hipersensitif terhadap clopidogrel
- (2) Perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intrakranial

i) Efek samping:

- (1) Sakit kepala
- (2) Pusing
- (3) Ruam
- (4) Insomnia
- (5) Gangguan gastrointestinal (seperti: sembelit, muntah)

4) Aspilet

a) Nama obat: Aspilet

b) Klasifikasi/ golongan obat: Obat acetylsalicylic acid atau dikenal juga dengan aspirin merupakan senyuman non steroid yang digunakan sebagai analgesik, antipiretik, antiinflamasi dan anti-platelet.

c) Dosis umum: 80 mg/24jam

d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 80mg (1-0-0)

e) Cara pemberian obat: Oral

- f) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mekanisme kerja dari obat ini adalah terkait dengan penghambatan aktivitas COX-1, yang berperan untuk metabolisme enzim utama dari asam arakidonat yang merupakan prekursor prostaglandin yang memainkan peran utama dalam patogenesis peradangan, nyeri dan demam. Pengurangan prostaglandin (terutama E1) di pusat termoregulasi menyebabkan penurunan suhu tubuh akibat perluasan pembuluh darah pada kulit dan sekresi keringat meningkat. Efek analgesik yang baik karena memiliki efek sentral (pusat) dan perifer (tepi). Obat ini efektif untuk pencegahan primer penyakit kardiovaskuler dan pencegahan sekunder infark miokard. Obat ini dapat meningkatkan aktivitas fibrinolitik dan mengurangi plasma konsentrasi vitamin K dalam faktor-faktor koagulasi (II, VII, IX, X). Meningkatkan tingkat komplikasi perdarahan dalam pelaksanaan prosedur bedah. Blokade COX-1 dalam mukosa lambung dapat menyebabkan penghambatan prostaglandin gastroprotektif, yang dapat menyebabkan ulserasi pada membran mukosa.
- g) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Pasien di berikan kepada pasien untuk mencegah adanya penyumbatan pada pembuluh darah karena kandungan asetosal yang terdapat pada obat aspilet berfungsi sebagai pengencer darah karena pada pasien mengalami sumbatan pada pembuluh darah di jantung akibat dari faktor risiko seperti usia, hiperglikemia, dalam kolesterol yang tinggi dan meminimalkan terjadinya infark miokard

h) Kontra indikasi: Hypersensitive, Penderita asma, Pasien yang mengonsumsi antikoagulan, Penderita luka pada usus 12 jari dan dinding lambung, Penderita pendarahan pada bagian bawah kulit, Pasien dengan gangguan pembekuan darah

i) Efek samping:

- (1) Pusing dan sakit kepala
- (2) Mual dan muntah
- (3) Mulas dan sakit perut
- (4) Gangguan pendengaran dan telinga berdenging
- (5) Luka pada tukak lambung
- (6) Urine berwarna gelap
- (7) Kulit dan mata berwarna kekuningan

5) Atrovistatin

- a) Nama obat : Atrovistatin
- b) Klasifikasi/ golongan obat: Statin
- c) Dosis umum: 10 atau 20 mg/ hari
- d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 20g (0-0-1)
- e) Cara pemberian obat: Oral
- f) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Golongan obat statin tidak hanya aman dan memberikan toleransi yang baik, tetapi juga secara bermakna dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas akibat kardiovaskular. Oleh karena kadar LDL kolesterol kuat sekali kaitannya dengan kelainan aterosklerosis, maka diasumsikan bahwa terapi statin utamanya memakai patokan kadar kolesterol tersebut. Statin sangat efektif dalam mengurangi stress oksidatif dan inflamasi vaskular dengan meningkatkan stabilitas lesi aterosklerosis.

Statin bekerja dengan menghambat biosintesis kolesterol, meningkatkan penyerapan dan penurunan LDL, inhibisi sekresi lipoprotein, penghambatan oksidasi LDL, dan inhibisi reseptor. Atrovastatin menurunkan jumlah kolesterol dalam tubuh dengan cara menghambat enzim yang bertugas memproduksi kolesterol di hati.

- g) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Pasien di berikan obat atrovastatin karena mempunyai riwayat kolesterol yang diduga penyebab dari terjadinya penyakit ACS pada pasien, dan membantu menurunkan LDL atau kolesterol jahat pada tubuh.
 - h) Kontra indikasi: Anak usia dibawah 10 tahun, Wanita hamil, Wanita menyusui, Penyakit hati aktif atau kronis, Riwayat alergi
 - i) Efek samping: Nyeri sendi dan otot, Sakit kepala, Hidung tersumbat, Sakit tenggorokan, Diare, Mual, Konstipasi, Kembung, dan Mimisan.
- 6) Ramipril
- a) Nama obat : Ramipril
 - b) Klasifikasi/ golongan obat: ACE inhibitor
 - c) Dosis umum: 2,5-5mg/hari
 - d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2,5mg (0-0-1)
 - e) Cara pemberian obat: Oral
 - f) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Bekerja dengan cara menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II. Angiotensin berperan dalam menyempitkan pembuluh darah. Cara kerja ini akan

membuat pembuluh darah melebar, aliran darah lebih lancar, dan tekanan darahpun menurun.

g) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Pasien mengalami aterosklerosis atau penyumbatan pembuluh darah sehingga pasien di berikan obat ini agar dapat membantu melebarkan pembuluh darah agar darah dapat mengalir dengan lancar.

h) Kontra indikasi:

(1) Pada pasien yang hipersensitif pada produk ini atau obat ACEI lainnya, seperti captopril

(2) Pasien yang mempunyai riwayat angioedema, baik herediter, idiopatik, atau disebabkan oleh terapi ACEI

(3) Penggunaan bersamaan dengan aliskiren pada pasien dengan diabetes atau gangguan ginjal

(4) Kehamilan dan laktasi

(5) Penggunaan bersamaan atau dalam 36 jam saat berganti dari sacubitril

i) Efek samping:

(1) Pusing atau rasa melayang

(2) Batuk kering

(3) Rasa lelah yang tidak biasa

7) Lasix

a) Nama obat : Lasix

b) Klasifikasi/ golongan obat: Loop diuretik atau diuretik kuat

c) Dosis umum: 20-40mg/ hari

d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2amp/12jam

e) Cara pemberian obat: intravena (IV)

- f) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja pada glomerulus ginjal dengan menghambat penyerapan kembali zat natrium, oleh sel tubulus ginjal, sehingga terjadi peningkatan pengeluaran air, natrium, klorida, dan kalium tanpa mempengaruhi tekanan darah normal. Golongan obat diuretik kuat ini biasanya digunakan dalam terapi penumpukan cairan yang disebabkan karena jantung yang tidak mampu memompa darah ke seluruh tubuh dengan baik.
 - g) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Pasien di berikan obat lasix untuk meminimalkan penumpukan cairan yang terjadi pada pasien dengan penyakit jantung seperti edema dan dapat dilihat pada pasien seperti edema paru.
 - h) Kontra indikasi: Pasien dengan pradiabetes atau diabetes melitus, Sirosis hati, Gout, Gangguan berkemih, Gangguan ginjal dan hati, Anak wanita hamil dan atau menyusui
 - i) Efek samping: Haus, hipermurisemia, hipokalemia, hiponatremia, sakit kepala, mengantuk, kram otot, hipotensi, mulut kering, lemah, lesu, gelisah, oliguria, gangguan-gangguan saluran cerna, hipovolemia, dehidrasi, hiperurisemia, pustulosis eksantematosa umum akut, ruam obat dengan eosifilia dan sistemik gejala, sindrom stevens-jhonson, nekrolisis epidermal toksik; pengikatan kadar enzim hati, kolesterol dan trigliserida serum. Berpotensi fatal: jantung yang serius.
- 8) Furosemide
- a) Nama obat : Furosemide
 - b) Klasifikasi/ golongan obat: Diuretik

- c) Dosis umum: 20-80mg/ hari (oral) dan 10-20mg untuk injeksi
- d) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 5mg/jam
- e) Cara pemberian obat: Intravena (IV) / SP
- f) Mekanisme kerja dan fungsi obat: Furosemide bekerja dengan cara mengurangi penyerapan kembali elektrolit yakni natrium ke dalam darah pada saluran ginjal sehingga urine yang dihasilkan menjadi lebih banyak
- g) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Obat ini diberikan kepada pasien karena agar urine yang produksi urine meningkat karena pada pasien urine saat hari pertama 200 cc/6 jam
- h) Kontra indikasi: Furosemide tidak boleh digunakan pada keadaan gagal ginjal, penyakit addison, dan dehidrasi serta orang-orang dengan riwayat alergi terhadap obat-obatan, khususnya furosemide dan golongan sulfonamide.
- i) Efek samping: Terdapat beberapa efek samping yang mungkin muncul akibat penggunaan furosemid, yaitu pusing, vertigo, mual dan muntah, diare, penglihatan buram, hingga sembelit. Selain itu dapat muncul pula efek samping berat yang perlu diperiksakan ke dokter seperti kram perut, rasa lelah, mulut terasa kering, gangguan irama jantung, kulit menguning, mudah mengantuk bahkan hingga pingsan.

B. Analisa Data

1. Analisa data berdasarkan pengkajian primer

Tabel 3.4

Analisa data berdasarkan pengkajian primer

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri <p>P: pasien mengatakan nyeri bertambah saat beraktivitas</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri tajam</p> <p>R: pasien mengatakan nyeri pada daerah epigastrium</p> <p>S: pasien mengatakan skala nyeri 7</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri terus-menerus</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lelah - Pasien tampak cemas - Nadi terba lemah - Warna kulit tampak pucat - Terdengar suara jantung di S3 dan S4 dan gallop - Hasil EKG: STEMI inferior - Hasil observasi tanda-tanda vital <p>TD: 113/74 mmHg</p> <p>N: 75x/i</p> <p>S: 36 °c</p> <p>P: 28x/i</p>	Perubahan kontraktilitas	Penurunan curah jantung

2.	Ds: - Pasien mengatakan merasa lelah Do: - Nadi perifer menurun - Akral terasa dingin - Warna kulit tampak pucat - Tampak pengisian kapiler kuku kembali > 3 detik	Penurunan aliran arteri dan/ atau vena	Perfusi perifer tidak efektif
----	--	--	-------------------------------

2. Analisa data berdasarkan pengkajian sekunder

Tabel 3.5

Analisa data berdasarkan pengkajian sekunder

Data	Etiologi	Masalah
DS: - Keluarga mengatakan pasien tidak nafsu makan selama sakit DO: - Pasien tampak kurus - IMT 17,6 Kg/m ²	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)	Risiko defisit nutrisi

3. Analisa data berdasarkan pengkajian primer dan sekunder

Tabel 3.6

Analisa data berdasarkan pengkajian primer dan
pengkajian sekunder

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri <p>P: pasien mengatakan nyeri bertambah saat beraktivitas</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri tajam</p> <p>R: pasien mengatakan nyeri pada daerah epigastrium</p> <p>S: pasien mengatakan skala nyeri 7</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri terus-menerus</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lelah - Pasien tampak cemas - Nadi terba lemah - Warna kulit tampak pucat - Terdengar suara jantung di S3 dan S4 dan gallop - Hasil EKG: STEMI inferior - Hasil observasi tanda-tanda vital <p>TD: 113/74 mmHg</p> <p>N: 75x/i</p> <p>S: 36 °c</p>	Perubahan kontraktilitas	Penurunan curah jantung

	P: 28x/i		
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lelah <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi perifer menurun - Akral terasa dingin - Warna kulit tampak pucat - Tampak pengisian kapiler kuku kembali > 3 detik 	Penurunan aliran arteri dan/ atau vena	Perfusi perifer tidak efektif
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien tidak nafsu makan selama sakit <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kurus - IMT 17,6 Kg/m² 	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)	Risiko defisit nutrisi

C. Diagnosis Keperawatan

1. Diagnosis keperawatan (Berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian primer)
 - a. B1: Tidak ada masalah keperawatan
 - b. B2: Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas
 - c. B3: Tidak ada masalah keperawatan
 - d. B4: Tidak ada masalah keperawatan
 - e. B5: Tidak ada masalah keperawatan
 - f. B6: Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/ atau vena

2. Diagnosis keperawatan berdasarkan data dan pengkajian sekunder
 - a. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).

3. Diagnosis keperawatan berdasarkan pengkajian primer dan pengkajian sekunder

Tabel 3.7

Diagnosis Keperawatan berdasarkan pengkajian
primer dan pengkajian sekunder

No.	Diagnosis Keperawatan
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri/vena
3.	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

D. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.8
Perencanaan Keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan SDKI	Luaran yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
03/06/22	Penurunan curah jantung b/d perubahan kontraktilitas	<p>Setelah melakukan tindakan 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil (L.02008):</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kekuatan nadi perifer cukup meningkat b. Gambaran EKG aritmia cukup menurun c. Lelah menurun d. Dyspnea cukup menurun e. Pucat/ sianosis cukup menurun f. Suara jantung S3 cukup menurun g. Suara jantung S3 cukup 	<p>PERAWATAN JANTUNG</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor keluhan nyeri dada 6. Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit)

		menurun	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 3. Berikan teknik non farmakologi (terapi akupresure) untuk mengurangi nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat golongan nitrat, statin, antikoagulan, antiplatelet, diuretik, ACE inhibitor <ol style="list-style-type: none"> a. Cedocard 2 mg/jam/sp b. Diviti 2,5 mg/24 jam/sc c. Lasix 2 ampul/12 jam/IV d. Aspilet 80g/oral e. CPG 75g/oral f. Atrovistatin 20g/oral
--	--	---------	---

			<p>g. Ramipril 2,5g/oral</p> <p>h. ISDN 5mg/oral</p> <p>i. Furosemide 5mg/jam/sp</p>
2.	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan aliran arteri dan/ atau vena	<p>Setelah melakukan tindakan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil (L.02011):</p> <p>d. Denyut nadi perifer cukup meningkat</p> <p>e. Warna kulit pucat cukup menurun</p> <p>f. Akral cukup membaik</p>	<p>PERAWATAN SIRKULASI</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 2. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler 3. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh,

			hilangnya rasa)
3.	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x/24 jam, diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan cukup meningkat 2. Nafsu makan cukup membaik 3. Indeks massa tubuh cukup membaik	<p>MANAJEMEN NUTRISI</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menetapkan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>

E. Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Ny. M/67 Tahun

Ruang/kamar : ICU/ICCU RS Bhayangkara Makassar

Tabel 3.9

Implementasi Keperawatan

Tanggal	No.DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
03/06/22	D.0008	21.05	Memeriksa sirkulasi perifer Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak warna kulit pasien pucat - Akral pasien teraba dingin - CRT > 3 detik 	Litwina
	D.0009	21.05	Melakukan hidrasi dengan memberikan cairan Dextrose 5% 8 tetes/menit	Litwina
	D.0032	21.10	Memonitor berat badan Hasil: tampak berat badan pasien 45 kg	Litwina
	D.0008	21.20	Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Hasil: faktor risiko gangguan sirkulasi pada pasien karena terjadi penurunan aliran arteri/vena	Litwina
	D.0008	21.35	Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung Hasil:	Litwina

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lelah dan sesak - Pasien tampak lemah - Pasien tampak sesak 	
	D.0008	21.45	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung</p> <p>Hasil: Kulit pasien tampak pucat</p>	Litwina
	D.0008	22.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 106/75 mmHg 2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 98% 3. Melakukan kolaborasi pemberian obat Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Diviti 2,5 g/SC - Lasix 2 ampul/IV 	Litwina
	D.0008	22.10	<p>Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen</p> <p>Hasil: tampak terpasang oksigen menggunakan nasal kanul 3 liter/menit</p>	Litwina
	D.0008	22.30	<p>Memonitor keluhan nyeri dada</p> <p>Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa nyeri bahkan </p>	Litwina

			<p>saat beristirahat, pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam di daerah epigastrium dengan skala nyeri 6. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</p>	
	D.0008	23.30	<p>Menganjurkan pasien untuk melaporkan tanda dan gejala darurat misalnya jika nyeri bertambah</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan melakukan anjuran perawat untuk melaporkan jika nyeri bertambah 	Litwina
	D.0008	00.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 120/70 mmHg 2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99% 	Litwina
	D.0009	01.00	<p>Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>Hasil: Kulit pasien tidak teraba panas, tidak kemerahan, dan tidak bengkak, pasien mengatakan tidak ada nyeri</p>	Litwina

			pada ekstremitas	
	D.0008	02.00	<p>1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 120/70 mmHg</p> <p>2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99%</p>	Litwina
	D.0008	04.00	<p>1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 120/70 mmHg</p> <p>2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99%</p>	Litwina
	D.0008	04.10	<p>Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen</p> <p>Hasil: Memberikan oksigen 3 liter/menit menggunakan nasal kanul</p>	Litwina
	D.0032	05.00	<p>Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menetapkan jumlah kalori dan jenis nutrien yang diprogramkan</p>	Litwina
	D.0032	05.10	<p>Mengajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Hasil: pasien mengatakan memahami tentang pentingnya nutrisi tetapi pasien</p>	Litwina

			tidak memiliki selera untuk makan	
	D.0032	05.40	Memberikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori Hasil: tampak menu makanan pasien nasi, ikan, sayur, dan tahu	Litwina
	D.0032	05.50	Memonitor asupan makanan Hasil: pasien tampak tidak nafsu makan dan hanya makan 4 sendok makan dari makanan yang diberikan	Litwina
	D.0008	06.00	1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 120/90 mmHg 2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100% 3. Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Aspilet 80g/oral - CPG 75g/oral	Litwina
	D.0008	06.30	Melakukan balance cairan Hasil: Cairan masuk = 1664 cc/12 jam $IWL = 15 \times BB = 15 \times 45 / 24 = 28$ Urine: 200 cc/12 jam Intake - (output+IWL) = 1664cc-(200 cc+337.5 cc) = +1126.5 cc	Litwina

04/06/22	D.0008	08.00	<p>1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 120/80 mmHg</p> <p>2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2: 100%</p> <p>3. Kolaborasi pemberian obat Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cedocard 5 mg/50 cc Nacl (10 cc/jam (1 mg/jam)) - Nacl 0,9% 500cc+ KCL 25 mEq 	Lusia
	D.0008	09.00	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lelah - Pasien tampak lemah 	Maria
	D.0008	09.05	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien tampak pucat - Akral teraba dingin 	Maria
	D.0009	09.30	<p>Memeriksa sirkulasi perifer Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien tampak 	Lusia

			<p>pucat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral pasien terasa dingin - CRT > 3 detik 	
	D.0009	09.40	<p>Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien mengalami gangguan sirkulasi karena adanya penurunan curah jantung</p>	Lusia
	D.0008	09.45	<p>Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p>Hasil:</p> <p>Pemberian oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit</p>	Maria
	D.0008	10.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 110/80 mmHg 2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99% 3. Kolaborasi pemberian obat Hasil: Furosemide 5 mg/SP <p>Mengidentifikasi status nutrisi</p>	Lusia

	D.0032	10.10	Hasil: Pasien mengatakan tidak nafsu makan	Maria
	D.0032	10.12	Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: Memberikan makanan dengan menu telur, tahu, tempe, dan sayur	Maria
	D.0032	10.20	Memonitor asupan makanan Hasil: tampak pasien makan 7 sendok dari makanan yang diberikan	Maria
	D.0008	11.00	Memonitor keluhan nyeri dada Hasil: Pasien mengatakan merasa nyeri bahkan saat beristirahat, pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam di daerah epigastrium dengan skala nyeri 5. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul	Lusia
	D.0008	11.10	Memberikan teknik non farmakologi (terapi akupresur) untuk mengurangi nyeri Hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 4 1. Memonitor tekanan darah	Lusia

	D.0008	12.00	<p>Hasil: tekanan darah 112/86 mmHg</p> <p>2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100%</p>	Maria
	D.0009	01.00	<p>Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>Hasil: Kulit pasien tidak teraba panas, tidak kemerahan, dan tidak bengkak, pasien mengatakan tidak ada nyeri pada ekstremitas</p>	Lusia
	D.0008	14.00	<p>Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 120/80 mmHg</p> <p>Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100%</p>	Lusia
	D.0008	14.15	<p>Memonitor keluhan nyeri dada Hasil: Pasien mengatakan nyeri dirasakan bahkan saat beristirahat, pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam seperti tertusuk-tusuk pada daerah epigastrium dengan skala nyeri 6.</p>	Jess

			Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.	
	D.0009	14.30	Memeriksa sirkulasi perifer Hasil: Kulit pasien tampak pucat Akral terba dingin CRT > 3 detik	Jess
	D.0009	15.00	Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Hasil: Ekstremitas pasien teraba tidak panas, tampak tidak ada kemerahan, tampak tidak bengkak. Pasien mengatakan tidak ada nyeri pada ekstremitas	Jess
	D.0009	15.15	Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Hasil: gangguan sirkulasi pada pasien terjadi karena penurunan aliran arteri/vena	Jess
	D.0008	16.00	Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 127/78 mmHg	Jess
	D.0008	16.15	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100%	Jess

	D.0008	16.30	<p>Memonitor keluhan nyeri dada</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dirasakan bahkan saat beristirahat, pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam seperti tertusuk-tusuk pada daerah epigastrium dengan skala nyeri 4.</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.</p>	Jess
	D.0008	16.40	<p>Memberikan teknik non farmakologi (terapi akupresur) untuk mengurangi nyeri</p> <p>Hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 3</p>	Jess
	D.0009	17.00	<p>Melakukan hidrasi dengan memberikan cairan RL 500cc/16 tetes/menit</p>	Jess
	D.0008	17.05	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien mengeluh lelah</p> <p>Pasien tampak lemah</p> <p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah</p>	Jess

	D.0008	17.10	jantung Hasil: kulit pasien tampak pucat, akral teraba dingin	Jess
	D.0011	18.00	Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 12120.70mmHg	Jess
	D.0008	18.15	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100%	Jess
	D.0008	18.20	Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen Hasil: Memberikan oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit	Jess
	D.0032	18.30	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil: Pasien mengatakan tidak berselera makan, pasien tampak kurus	Jess
	D.0032	18.45	Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: memberikan pasien makanan dengan menu nasi, sayur, ikan, dan tahu Kolaborasi pemberian obat Hasil:	Jess

	D.0008	19.00	- Atrovistatin 20 g/oral - Ramipril 2,5 mg/oral	Jess
	D.0032	19.30	Memonitor asupan makanan Hasil: tampak pasien makan hanya 4 sendok dari makanan yang diberikan	Jess
	D.0008	20.00	Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 110/90 mmHg	Jess
	D.0008	20.05	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100%	Jess
	D.0008	20.30	Memonitor keluhan nyeri dada Hasil: Pasien mengatakan nyeri dirasakan bahkan saat beristirahat, pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam seperti tertusuk-tusuk pada daerah epigastrium dengan skala nyeri 3. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.	Jess
	D.0009	21.30	Memeriksa sirkulasi perifer Hasil: - Kulit pasien tampak	Litwina

			<p>pucat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral terba dingin - CRT < 2 detik 	
	D.0008	22.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 115/70 mmHg 2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99% 3. Kolaborasi pemberian obat Hasil: Diviti 2,5 g/SC 	Litwina
	D.0009	22.20	<p>Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>Hasil:</p> <p>Ekstremitas pasien teraba tidak panas, tampak tidak ada kemerahan, tampak tidak bengkak. Pasien mengatakan tidak ada nyeri pada ekstremitas</p>	Litwina
	D.0009	22.30	<p>Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi</p> <p>Hasil: gangguan sirkulasi terjadi pada pasien karena terjadi penurunan aliran arteri/vena</p>	Litwina
	D.0008	22.40	<p>Memonitor keluhan nyeri dada</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri</p>	Litwina

			<p>dirasakan bahkan saat beristirahat, pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam seperti tertusuk-tusuk pada daerah epigastrium dengan skala nyeri 4. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.</p>	
	D.0008	22.50	<p>Memberikan teknik non farmakologi (terapi akupresur) untuk mengurangi nyeri Hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 3</p>	Litwina
	D.0008	00.00	<p>Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 128/85 mmHg</p>	Litwina
	D.0008	00.05	<p>Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99%</p>	Litwina
	D.0008	02.00	<p>Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 110/80 mmHg</p>	Litwina
	D.0008	02.05	<p>Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100%</p>	Litwina
			Melakukan hidrasi	

	D.0009	03.00	Hasil: memberikan cairan RL 500cc/16 tetas/menit	Litwina
	D.0008	04.00	Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 110/80 mmHg	Litwina
	D.0008	04.05	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99%	Litwina
	D.0008	05.00	Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung Hasil: - Pasien mengeluh lelah - Pasien tampak lemah	Litwina
	D.0008	05.10	Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung Hasil: kulit pasien tampak pucat, akral teraba dingin	Litwina
	D.0008	06.00	1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 110/70 mmHg 2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100% 3. Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Aspilet 80 g/oral - CPG 75 g/oral Memberikan oksigen untuk	Litwina

	D.0008	06.05	mempertahankan saturasi oksigen Hasil: Memberikan oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit	Litwina
	D.0032	06.10	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil: Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan	Litwina
	D.0032	06.12	Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: memberikan pasien makanan dengan menu nasi, sayur, ikan, dan tahu	Litwina
	D.0032	06.30	Memonitor asupan makanan Hasil: tampak pasien makan 6 sendok dari makanan yang diberikan	Litwina
	D.0008	07.00	Melakukan balance cairan Hasil: Cairan masuk = 1885/24 jam IWL = 15xBB =675 cc/24 jam Urine:950 cc/24 jam Feses: 50 cc/24 jam Intake - (output+IWL) = 1885cc-(1000 cc+675 cc) = +210 cc	Litwina

05/06/22	D.0008	08.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 120/80 mmHg 2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2: 100% 3. Kolaborasi pemberian obat Hasil: Cedocard 2 mg/SP 	Ns. Wika
	D.0008	08.30	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lelah - Pasien tampak lemah 	Ns. Wika
	D.0008	08.35	<p>Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien tampak pucat - Akral teraba dingin 	Ns. Wika
	D.0009	09.30	<p>Memeriksa sirkulasi perifer</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien tampak pucat - Akral pasien teraba dingin - CRT > 3 detik 	Ns. Wika
	D.0009	09.45	Mengidentifikasi faktor risiko	Ns. Wika

			gangguan sirkulasi Hasil: Pasien mengalami gangguan sirkulasi karena adanya penurunan curah jantung	
	D.0008	09.50	Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% Hasil: Pemberian oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit	Ns. Wika
	D.0008	10.00	1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 110/80 mmHg 2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99% 3. Kolaborasi pemberian obat Hasil: Furosemide 5 mg/IV	Ns. Wika
	D.0032	10.10	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil: Pasien mengatakan tidak nafsu makan	Ns. Wika
	D.0032	10.12	Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: Memberikan makanan	Ns. Wika

			dengan menu telur, tahu, tempe, dan sayur	
	D.0032	10.20	Memonitor asupan makanan Hasil: tampak pasien makan 6 sendok makan dari makanan yang diberikan	Ns. Wika
	D.0008	10.45	Memonitor keluhan nyeri dada Hasil: Pasien mengatakan merasa nyeri bahkan saat beristirahat, pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam di daerah epigastrium dengan skala nyeri 5. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul	Ns. Wika
	D.0011	11.00	Memberikan teknik non farmakologi (terapi akupresur) untuk mengurangi nyeri Hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 4	Ns. Wika
	D.0008	12.00	Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 110/70 mmHg	Ns. Wika
	D.0008	12.05	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100%	Ns. Wika
	D.0009	12.30	Memonitor panas, kemerahan,	Ns. Wika

			nyeri atau bengkak pada ekstremitas Hasil: Kulit pasien tidak teraba panas, tidak kemerahan, dan tidak bengkak, pasien mengatakan tidak ada nyeri pada ekstremitas	
	D.0009	13.00	Melakukan hidrasi dengan memberikan cairan RL 500cc/16 tetes/menit	Ns. Wika
	D.0008	14.00	Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 120/80 mmHg	Ns. Wika
	D.0008	14.00	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100%	Ns. Wika
	D.0009	14.30	Memeriksa sirkulasi perifer Hasil: Tampak kulit pucat Akral terba dingin CRT > 3 detik	Litwina
	D.0009	14.40	Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Hasil: Ekstremitas pasien teraba tidak panas, tampak tidak ada kemerahan, tampak	Litwina

			tidak bengkak. Pasien mengatakan tidak ada nyeri pada ekstremitas	
	D.0009	15.00	Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Hasil: gangguan sirkulasi terjadi pada pasien karena penurunan aliran arteri/vena	Litwina
	D.0008	16.00	Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 127/78 mmHg	Jess
	D.0008	16.05	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100%	Jess
	D.0008	16.30	Memonitor keluhan nyeri dada Hasil: Pasien mengatakan nyeri dirasakan bahkan saat beristirahat, pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam seperti tertusuk-tusuk pada daerah epigastrium dengan skala nyeri 4. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.	Jess
	D.0008	17.00	Memberikan teknik non farmakologi (terapi akupresur) untuk mengurangi nyeri	Jess

			Hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 4	
	D.0008	17.30	Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung Hasil: - Pasien mengeluh lelah - Pasien tampak lemah	Litwina
	D.0008	17.35	Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung Hasil: kulit pasien tampak pucat, akral teraba dingin	Litwina
	D.0008	18.00	Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 127/78 mmHg	Litwina
	D.0008	18.05	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100%	Jess
	D.0008	18.07	Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen Hasil: Memberikan oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit	Jess
	D.0032	18.30	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil: Pasien mengatakan tidak	Litwina

			berselera makan, pasien tampak kurus	
	D.0032	18.40	Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: memberikan pasien makanan dengan menu nasi, sayur, ikan, dan tahu, tempe	Litwina
	D.0032	18.50	Memonitor asupan makanan: Hasil: Tampak pasien makan 8 sendok dari makanan yang diberikan	Litwina
	D.0008	19.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Atrovistatin 20 g/oral - Ramipril 2,5 mg/oral	Jess
	D.0008	20.00	Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 110/90 mmHg	Litwina
	D.0008	20.05	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100%	Jess
	D.0008	20.30	Memonitor keluhan nyeri dada Hasil: Pasien mengatakan nyeri dirasakan bahkan saat beristirahat, pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam seperti	Litwina

			tertusuk-tusuk pada daerah epigastrium dengan skala nyeri 3. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.	
	D.0009	21.30	Memeriksa sirkulasi perifer Hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien tampak pucat - Akral terba dingin - CRT > 3 detik 	Ns. Irma
	D.0008	22.00	1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 120/80 mmHg 2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100% 3. Kolaborasi pemberian obat Hasil: Diviti 2,5 g/SC	Ns. Irma
	D.0009	22.10	Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Hasil: Ekstremitas pasien teraba tidak panas, tampak tidak ada kemerahan, tampak tidak bengkak. Pasien mengatakan tidak ada nyeri pada ekstremitas	Ns. Irma

	D.0008	22.30	<p>Memonitor keluhan nyeri dada</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dirasakan bahkan saat beristirahat, pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam seperti tertusuk-tusuk pada daerah epigastrium dengan skala nyeri 5.</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.</p>	Ns. Irma
	D.0008	22.40	<p>Memberikan teknik non farmakologi (terapi akupresur) untuk mengurangi nyeri</p> <p>Hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 3</p>	Ns. Irma
	D.0009	23.00	<p>Melakukan hidrasi</p> <p>Hasil: pemberian cairan RL 500cc/16 tetes/menit</p>	Ns. Irma
	D.0008	00.00	<p>1. Memonitor tekanan darah</p> <p>Hasil: tekanan darah 120/80 mmHg</p> <p>2. Memonitor saturasi oksigen</p> <p>Hasil: SpO2 99%</p>	Ns. Irma
	D.0008	02.00	<p>Memonitor tekanan darah</p> <p>Hasil: tekanan darah 110/80 mmHg</p>	Ns. Irma

	D.0008	02.05	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99%	Ns. Irma
	D.0008	04.00	Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 110/80 mmHg	Ns. Irma
	D.0008	04.05	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99%	Ns. Irma
	D.0008	05.00	Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung Hasil: - Pasien mengeluh lelah - Pasien tampak lemah	Ns. Irma
	D.0008	05.05	Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung Hasil: kulit pasien tampak pucat, akral teraba dingin	Ns. Irma
	D.0008	06.00	1. Memonitor tekanan darah Hasil: tekanan darah 120/70 mmHg 2. Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 100% 3. Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Aspilet 80 g/oral - CPG 75 g/oral	Ns. Irma

	D.0008	06.10	<p>Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen</p> <p>Hasil:</p> <p>Memberikan oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit</p>	Ns. Irma
	D.0032	06.25	<p>Mengidentifikasi status nutrisi</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan</p>	Ns. Irma
	D.0032	06.30	<p>Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>Hasil: memberikan pasien makanan dengan menu nasi, sayur, ikan, dan tahu</p>	Ns. Irma
	D.0009	07.00	<p>Melakukan balance cairan</p> <p>Hasil:</p> <p>Cairan masuk = 1964/24 jam IWL = 15xBB =675 cc/24 jam Urine: 1150 cc/24 jam Feses: 50 cc/24 jam Intake - (output+IWL) = 1964cc-(1150 cc+675 cc) = +139 cc</p>	Ns. Irma

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/umur : Ny. M/67 tahun

Ruang/kamar : ICU/ICCU RS Bhayangkara Makassar

Tabel 3.10

Evaluasi Keperawatan

Tanggal No.DP	Evaluasi (S O A P)	Perawat
03/06/22 D0008	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lelah - Pasien mengeluh nyeri <p>P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan bahkan saat beristirahat</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada daerah epigastrium</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri 4</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien tampak pucat - Pasien tampak lemah - Terdengar bunyi jantung S3 dan S4 gallop sedang - CRT > 3 detik <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung - Monitor tekanan darah - Monitor saturasi oksigen - Monitor keluhan nyeri dada - Berikan teknik non farmakologi untuk 	Litwina

	<p>mengurangi nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen - Kolaborasi pemberian obat 	
D.0009	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lelah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit pasien tampak pucat - Akral teraba dingin - CRT > 3 detik <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi - Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas - Lakukan hidrasi - Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu - Anjurkan program rehabilitasi vaskular - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan 	Litwina
D.0032	<p>S:</p> <p>Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak nafsu makan, dan hanya makan 2-3 sendok makan dari makanan yang diberikan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak nafsu makan 	Litwina

	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien hanya makan 4 sendok makan dari makanan yang diberikan - Pasien tampak kurus dengan IMT 17,6 Kg/m² <p>A: Masalah risiko defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 	
04/06/22 D.0008	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lelah - Pasien mengeluh nyeri <p>P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan bahkan saat beristirahat</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada daerah epigastrium</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri 4</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien tampak pucat - Pasien tampak lemah - Terdengar bunyi jantung S3 dan S4 gallop sedang - CRT > 3 detik <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda/gejala primer penurunan 	Litwina

	<p>curah jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung - Monitor tekanan darah - Monitor saturasi oksigen - Monitor keluhan nyeri dada - Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen - Kolaborasi pemberian obat 	
D.0009	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lelah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit pasien tampak pucat - Akral teraba dingin - CRT > 3 detik <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi - Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas - Lakukan hidrasi - Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu - Anjurkan program rehabilitasi vaskular - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan 	Litwina
D.0032	S:	Litwina

	<p>Pasien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak nafsu makan - Tampak pasien hanya makan 6 sendok makan dari makanan yang diberikan - Pasien tampak kurus dengan IMT 17,6 Kg/m² <p>A: Masalah risiko defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 	
<p>05/06/22 D.0008</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lelah - Pasien mengeluh nyeri <p>P: Pasien mengatakan nyeri dirasakan bahkan saat beristirahat</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada daerah epigastrium</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri 3</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien tampak pucat - Pasien tampak lemah - Terdengar bunyi jantung S3 dan S4 gallop sedang - CRT > 3 detik <p>A: Masalah penurunan curah jantung belum</p>	<p>Jess</p>

	<p>teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung - Monitor tekanan darah - Monitor saturasi oksigen - Monitor keluhan nyeri dada - Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen - Kolaborasi pemberian obat 	
D.0009	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lelah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit pasien tampak pucat - Akral teraba dingin - CRT > 3 detik <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi - Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas - Lakukan hidrasi - Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu - Anjurkan program rehabilitasi vaskular 	Jess

	<ul style="list-style-type: none"> - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan 	
D.0032	<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan masih kurang nafsu makan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak nafsu makan - Tampak pasien hanya makan 8 sendok makan dari makanan yang diberikan - Pasien tampak kurus dengan IMT 17,6 Kg/m² <p>A: Masalah risiko defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 	Jess

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, pemeriksaan penunjang, dan hasil pengamatan langsung ke pasien. Pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny M (67 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*)

Berdasarkan hasil pengkajian pada sistem pernapasan pasien, didapatkan data: pasien tampak sesak dengan frekuensi pernapasan 28 kali/menit, terdengar suara napas vesiculer dan tidak ada bunyi napas tambahan, tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan, tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas. Tampak terpasang oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit.

Sesak napas terjadi pada pasien karena pada kasus STEMI terjadi konstriksi arteri koronaria yang menyebabkan aliran darah ke jantung menurun termasuk oksigen dan nutrisi sehingga terjadi hipoksia dan iskemik pada jaringan miokardium. Hal tersebut menyebabkan integritas membran sel jantung berubah dan terjadi penurunan kontraktilitas ventrikel kiri,

sehingga jantung mengalami penurunan kekuatan untuk memompa darah. Adanya penurunan curah jantung sekunder akibat nekrosis sebagian jaringan miokardium yang menyebabkan penurunan perfusi paru dapat menyebabkan pasien mengalami sesak napas.

Dari hasil pengkajian pada sistem pernapasan juga didapatkan data yaitu perkusi dada terdengar redup di bagian basal paru kanan yang disebabkan karena adanya cairan dalam rongga pleura (efusi pleura). Efusi pleura yang terjadi pada pasien yaitu efusi pleura transudat yang disebabkan karena adanya peningkatan beban kerja jantung untuk memompa darah yang menyebabkan terjadi penumpukan cairan di ventrikel serta peningkatan tekanan di atrium. Hal ini menyebabkan bendungan pada vena pulmonal sehingga terjadi arus balik darah masuk dan mengisi rongga paru.

2) B2 (*Blood*)

Berdasarkan hasil pengkajian pada sistem kardiovaskuler di dapatkan data: faktor risiko ACS pada pasien yaitu adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, dan kolesterol yang tidak terkontrol, dimana pasien suka mengonsumsi makanan tinggi lemak dan berminyak seperti daging dan jenis gorengan. Hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya aterosklerosis sehingga aliran darah ke otot jantung menurun termasuk oksigen dan nutrisi yang kemudian menyebabkan hipoksia dan iskemik pada jaringan miokardium, yang kemudian menyebabkan integritas membran sel jantung (ventrikel kiri) mengalami penurunan kekuatan untuk memompa darah ke seluruh

tubuh. Adanya kegagalan pada ventrikel kiri menyebabkan terjadinya bunyi jantung S3 (gallop) dan bunyi jantung S4 serta penurunan curah jantung termasuk penurunan perfusi ke paru-paru dan khususnya ke jaringan-jaringan perifer. Hal ini dapat menyebabkan pasien mengalami sesak napas, warna kulit pucat, dan akral terba dingin, sehingga dilakukan pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) dengan hasil STEMI Inferior yang didukung dengan adanya peningkatan enzim jantung dan peningkatan kadar SGOT (nilai SGOT pada pasien 55 u/L). Peningkatan kadar SGOT disebabkan karena adanya kerusakan jaringan sel seperti infark miokardium. Saat terjadi cedera terutama pada sel-sel hati dan otot jantung, enzim ini akan dilepaskan ke dalam darah. Peningkatan kadar SGOT pada awal infark miokardium menggambarkan luasnya daerah infark yang mengalami kerusakan sehingga menyebabkan enzim SGOT keluar ke dalam sirkulasi. Ketika terjadi infark miokardium penanganan pertama yang dilakukan yaitu diberi terapi awal berupa morfin, oksigen, nitrat, aspirin dan Clopidogrel.

Hasil observasi tanda-tanda vital tanda-tanda vital, tekanan darah 113/74 mmHg, suhu badan 36°C, frekuensi nadi 75x/menit, dan frekuensi pernapasan 28x/menit.

3) B3 (*Brain*)

Berdasarkan hasil pengkajian, tidak ada kesenjangan yang terjadi antara kasus dan teori.

4) B4 (*Bladder*)

Berdasarkan hasil pengkajian, tidak didapatkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

5) B5 (*Bowel*)

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 dimana obat-obatan tersebut dapat menghambat produksi air liur. Bibir kering dapat disebabkan juga karena 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*)

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

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data: Keluarga mengatakan, sebelum sakit pasien jarang memeriksakan kesehatan, keluarga mengatakan pasien

jarang berolah raga, keluarga mengatakan pasien suka mengonsumsi nasi dalam porsi besar, makanan berlemak seperti daging dan makanan berminyak seperti goreng-gorengan. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes melitus 10 tahun yang lalu tetapi tidak rutin mengonsumsi obat hipertensi, serta tidak diet rendah lemak. Keluarga mengatakan, pasien juga memiliki riwayat asam urat dan kolesterol sejak 4 bulan yang lalu.

Berdasarkan pengkajian pada pasien, ditemukan penyebab penyakit *acute coronary syndrome* (ACS) adalah riwayat hipertensi, kolesterol, riwayat diabetes mellitus, dan usia lanjut.

Hipertensi dapat menyebabkan *acute coronary syndrome* 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 pectoris, insufisiensi koroner, dan infark miokard. Tingginya tekanan darah sistolik diduga berhubungan dengan terjadinya *acute coronary syndrome* pada hipertensi. Angina pectoris 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 (Wibowo & Andina, 2018).

Kolesterol, lemak, dan substansi lainnya dapat menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah arteri, sehingga lumen dari pembuluh darah tersebut

menyempit dan proses ini disebut aterosklerosis. Penyempitan pembuluh darah ini akan menyebabkan aliran darah menjadi lambat bahkan dapat tersumbat sehingga aliran darah pada pembuluh darah koroner yang fungsinya memberi oksigen ke jantung menjadi berkurang. Kurangnya oksigen akan menyebabkan otot jantung menjadi lemah, nyeri dada, serangan jantung, bahkan kematian mendadak (Torry, Panda, & Ongkowijaya, 2013).

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 (Garcia, et al., 2012).

Pasien dengan diabetes melitus memiliki peningkatan insiden arteriosklerotik kardiovaskular, hipertensi dan kelainan metabolisme lipoprotein juga sering ditemukan pada orang dengan diabetes melitus. Hiperglikemia merupakan faktor penting yang mempercepat aterogenesis melalui berbagai mekanisme. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa produksi *reactive oxygen species (ROS)* meningkat dalam kondisi hiperglikemik, dan stres oksidatif berkontribusi pada kerusakan kardiovaskular diinduksi oleh hiperglikemia. Kelainan lemak darah lazim terjadi pada diabetes melitus karena resistensi

insulin atau defisiensi enzim penting dan jalur metabolisme yang berpengaruh pada metabolisme lemak. Perubahan lemak ini dikaitkan dengan peningkatan asam lemak bebas sekunder pada resistensi insulin. Hubungan sebab akibat antara dislipidemia dan aterosklerosis telah diketahui dengan baik. Pada kasus diabetes melitus, hubungan antara hiperglikemia, obesitas, dan perubahan kadar insulin sangat mempercepat pertumbuhan aterosklerosis.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan data: Keluarga mengatakan sebelum sakit, pasien makanan dengan teratur dan pola makan pasien baik, pasien makan 3 kali sehari dengan menu nasi, daging, tahu, tempe. Keluarga mengatakan pasien suka mengonsumsi nasi dalam porsi besar, makanan berlemak seperti daging dan makanan berminyak seperti goreng-gorengan.

Keluarga mengatakan, sejak sakit nafsu makan pasien menurun. Pasien hanya makan 2-3 sendok nasi dari makanan yang diberikan. Pasien dengan BB 45 kg dan TB 160 cm, IMT pasien 17,6 kg/m². Penurunan nafsu makan pasien disebabkan oleh perasaan nyeri pada epigastrium yang semakin bertambah apabila pasien makan. Nyeri tersebut menyebabkan pasien merasa tidak nyaman sehingga nafsu makan semakin berkurang.

3) Pola aktivitas dan latihan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data: Keluarga mengatakan sejak sakit, pasien hanya berbaring di tempat tidur dan tidak mampu melakukan

aktivitas secara mandiri karena sesak yang dirasakan. Semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Hasil observasi didapatkan hasil tekanan darah pasien 113/74 mmHg, nadi 75x/menit, dan perfusi kapiler kuku kembali > 3 detik. Hasil pemeriksaan pada palpasi thorax, vocal premitus teraba getaran yang berbeda di kedua lapang paru. Pada lapang paru kanan teraba getaran yang kurang dibanding paru kiri, dan hasil perkusi thoraks didapatkan hasil perkusi paru terdengar redup. Hal ini disebabkan karena terdapat cairan pada rongga paru sebelah kanan.

Pada pemeriksaan fisik pada jantung didapatkan data: Perkusi batas-batas jantung, yaitu batas atas jantung berada di ICS 2 linea sternalis sinistra, batas bawah jantung berada di ICS 5 linea medioclavicularis sinistra, batas kanan jantung berada di ICS 2 linea sternalis dextra, dan batas kiri jantung berada di ICS 6 axilaris anterior sinistra. Batas kiri jantung mengalami perubahan posisi/letak karena hasil pemeriksaan foto thoraks pada pasien didapatkan hasil bahwa pasien mengalami kardiomegali (pembesaran jantung). Terjadinya pembesaran jantung pada pasien disebabkan oleh terjadinya peningkatan beban kerja jantung untuk memompa darah yang menyebabkan hipertrofi serabut otot jantung.

4) Pola tidur dan istirahat

Berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan data: Keluarga mengatakan sejak sakit, pasien sering sulit tidur karena sesak, dan sering terbangun malam hari. Pasien hanya tidur 4-5 jam sehari.

2. Diagnosis Keperawatan

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

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas, yang didefinisikan ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (SDKI, 2016). Terjadinya penurunan curah jantung disebabkan karena adanya nekrosis pada jantung yang menyebabkan suplai oksigen ke miokard menurun dan terjadi hipoksia seluler. Hal ini menyebabkan integritas membran sel berubah dan terjadi penurunan kontraktilitas ventrikel kiri dan terjadi kegagalan/kelemahan pompa jantung.

Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien mengeluh nyeri dada, nyeri dirasakan bahkan saat beristirahat dan bertambah setelah makan, pasien mengatakan nyeri tajam pada daerah epigastrium dengan skala nyeri 7, pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul. Hasil observasi tanda-tanda vital, tekanan darah 113/74 mmHg, suhu badan 36°C, frekuensi nadi 75x/menit, dan frekuensi pernapasan 28x/menit, pasien tampak sesak, gambaran EKG ST elevasi (Stemi inferior).

Diagnosa ini menjadi prioritas utama karena dapat mengancam kehidupan/nyawa serta dapat mengacu/menyebabkan munculnya diagnosa yang lain.

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri/vena, yang didefinisikan sebagai penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (SDKI, 2016).

Perfusi perifer tidak efektif disebabkan oleh gangguan kontraktibilitas yang menyebabkan perubahan hemodinamik. Hal ini menyebabkan terjadinya perubahan volume sekuncup, sehingga suplai oksigen ke seluruh tubuh menurun terutama ke jaringan perifer.

Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien mengatakan merasa lelah. Dan dari hasil observasi pasien tampak lemah, warna kulit pasien tampak pucat, akral teraba dingin, dan pengisian kapiler kuku > 3 detik.

- c. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan), yang didefinisikan berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Risiko defisit nutrisi terjadi karena pasien mengalami penurunan nafsu makan yang disebabkan oleh perasaan nyeri pada epigastrium yang semakin bertambah apabila pasien makan. Nyeri tersebut menyebabkan pasien merasa tidak nyaman sehingga nafsu makan semakin berkurang.

Penulis mengangkat diagnosis ini karena keluarga mengatakan selama sakit pasien tidak nafsu makan. Pasien mengatakan tidak nafsu makan karena pasien akan merasa nyeri epigastrium setelah makan. Saat pengkajian, tampak pasien tidak nafsu makan, pasien tampak kurus dengan IMT 17,6 Kg/m².

Adapun diagnosis keperawatan teoritis yang tidak diangkat pada kasus yaitu:

- a. Gangguan pertukaran gas

Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena menurunnya aliran gas antara alveoli paru dan sistem

vaskular hanya dapat ditemukan dengan alat pemeriksaan diagnostik yang diprogramkan secara medis yaitu analisa gas darah, sedangkan pada pasien tidak ada pemeriksaan yang menunjang untuk mengangkat diagnosis tersebut yaitu pemeriksaan analisa gas darah (AGD).

b. Hipervolemia

Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena tidak ditemukan adanya tanda-tanda kelebihan volume cairan pada pasien, tapak tidak ada edema, hasil pemeriksaan kreatinin dalam batas normal.

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.

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah perawatan jantung yang meliputi tindakan observasi: identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan cvp, identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat, monitor tekanan darah, monitor saturasi oksigen, monitor keluhan nyeri dada, monitor nilai laboratorium jantung (mis. elektrolit). Tindakan terapeutik: berikan diet

jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak), berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, berikan teknik non farmakologi (terapi akupresure) untuk mengurangi nyeri. Tindakan edukasi: anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi. Tindakan kolaborasi: kolaborasi pemberian obat golongan nitrat, statin, antikoagulan, antiplatelet, diuretik, ace inhibitor (cedocard 2 mg/jam/sp, diviti 2,5 mg/24 jam/sc, lasix 2 ampul/12 jam/iv, aspilet 80g/oral, cpg 75g/oral, atrovistatin 20g/oral, ramipril 2,5g/oral, isdn 5mg/oral, furosemide 5mg/jam/sp).

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri/vena

Intervensi yang disusun penulis adalah perawatan sirkulasi, yang meliputi tindakan observasi: periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas. Tindakan terapeutik: lakukan hidrasi. Tindakan edukasi: anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu, anjurkan program rehabilitasi vaskuler, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misalnya rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

- c. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Intervensi yang disusun penulis adalah manajemen nutrisi, yang meliputi tindakan observasi: identifikasi status nutrisi, monitor asupan makanan, monitor berat badan. Tindakan terapeutik: berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Tindakan edukasi: anjurkan posisi duduk jika

mampu, ajarkan diet yang diprogramkan. Tindakan kolaborasi: kolaborasi dengan ahli gizi untuk menetapkan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan ini dilakukan selama tiga hari berturut-turut dengan kerjasama dari perawat ruangan dan sesama mahasiswa.

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas

Implementasi yang dilakukan pada pasien selama tiga hari perawatan di ruang ICU yaitu perawatan jantung, yang terdiri dari mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung, dimana pasien mengeluh lelah, pasien tampak lemah, kulit pasien tampak pucat, dan akral teraba dingin.

Memonitor tekanan darah, dimana hasilnya yaitu tekanan darah pasien 120/70 mmHg. Memonitor saturasi oksigen, hasilnya SpO₂ 100%, memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengeluh nyeri yang dirasakan bahkan saat beristirahat dan memberat setelah makan, pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam pada epigastrium dengan skala nyeri 3, pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.

Memonitor nilai laboratorium jantung (mis. elektrolit), hasilnya kadar elektrolit dalam batas normal. Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit, memberikan teknik non farmakologi (terapi akupresure) untuk mengurangi nyeri.

Hasilnya setelah diberikan terapi, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang. Melakukan kolaborasi pemberian obat golongan nitrat, statin, antikoagulan, antiplatelet, diuretik, ace inhibitor (cedocard 2 mg/jam/sp, diviti 2,5 mg/24 jam/sc, aspilet 80g/oral, cpg 75g/oral, atrovistatin 20g/oral, ramipril 2,5g/oral, furosemide 2 ampul/12 jam/iv, isdn 5mg/oral, furosemide 5mg/jam/sp).

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri/vena

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari pasien dirawat di ruang ICU yaitu perawatan sirkulasi. Memeriksa sirkulasi perifer, dan hasilnya kulit pasien tampak pucat, akral teraba dingin, dan CRT > 3 detik.

Mengidentifikasi factor risiko gangguan sirkulasi, dimana gangguan sirkulasi terjadi pada pasien karena adanya penurunan aliran arteri/vena. Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, hasilnya Ekstremitas pasien teraba tidak panas, tampak tidak ada kemerahan, tampak tidak bengkak. Pasien mengatakan tidak ada nyeri pada ekstremitas.

Melakukan hidrasi, pasien diberikan cairan Dextrose 5% 8 tetes/ menit. Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu. Hasilnya pasien diberikan Furosemide 2 ampul/12 jam/IV dan Cedocard 2 mg. Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misalnya rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

- c. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari pasien dirawat di ruang ICU yaitu manajemen nutrisi. Mengidentifikasi status nutrisi, dimana pasien mengatakan tidak nafsu makan. Memonitor asupan makanan, hasilnya tampak pasien makan 8 sendok makan dari makanan yang diberikan. Memonitor berat badan dan hasilnya berat badan pasien 45 kg. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Makanan yang diberikan berupa nasi, ikan, sayur, dan tahu. Mengajarkan diet yang diprogramkan, pasien mengatakan memahami tentang pentingnya nutrisi tetapi pasien tidak memiliki selera untuk makan. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menetapkan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.

5. Evaluasi keperawatan

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

Diagnosis pertama yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah penurunan curah jantung belum teratasi yang dibuktikan dengan data pasien masih sesak, pasien masih mengeluh nyeri dada pada epigastrium pasien tampak lemah, terdengar bunyi gallop.

Diagnosis kedua yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri/vena. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari

terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi dibuktikan dengan data kulit pasien tampak pucat, akral teraba dingin, dan pengisian kapiler kuku > 3 detik.

Diagnosis ketiga yaitu risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan). Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah risiko defisit nutrisi belum teratasi yang dibuktikan dengan data pasien mengatakan tidak nafsu makan, tampak pasien tidak menghabiskan makanan yang diberikan, dan pasien tampak kurus.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul *Evidence Based Nursing* (EBN)

Judul *evidence based nursing* yang digunakan penulis yaitu “Terapi akupresur sebagai *evidence based nursing* untuk mengurangi nyeri dada pada pasien sindrom koroner akut”.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan EBN yaitu diagnosis pertama penurunan curah jantung, dimana pasien mengeluh nyeri dada pada epigastrium. Nyeri dirasakan bahkan saat beristirahat dan bertambah setelah makan, pasien mengatakan nyeri tajam pada daerah epigastrium dengan skala nyeri 7, pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul.

3. Luaran yang diharapkan

Luaran yang diharapkan setelah diberikan intervensi yaitu tingkat nyeri menurun. Dimana sebelum diberikan intervensi, skala nyeri pasien 5, dan setelah diberikan intervensi, skala

nyeri pada pasien mengalami penurunan dari skala nyeri 5 ke skala nyeri 4.

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN yaitu perawatan jantung pada tindakan observasi dan terapeutik. Pada tindakan observasi, penulis memonitor tingkat nyeri pasien dan pada tindakan terapeutik, penulis memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu terapi akupresur pada pasien *Acute Coronary Syndrome (ACS)*.

5. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

a. Pengertian tindakan

Akupresur merupakan salah satu terapi non farmakologis yang berasal dari Tiongkok kuno didasarkan pada prinsip aktivasi *acupoint* di seluruh meridian yang mengoreksi ketidakseimbangan Qi. Aktivasi titik-titik spesifik pada meridian dikenal untuk memfasilitasi pengurangan rasa sakit di situs lokal (Metha, 2017 dalam (Haryani & Misniarti, 2020)).

Akupresur merupakan salah satu terapi komplementer berdasarkan pada teori keseimbangan yang bersumber dari isi alam raya dan sifat-sifatnya yang disebut Yin dan Yang. Pelaksanaan akupresur dilakukan dengan memberikan tekanan fisik pada beberapa titik pada permukaan tubuh yang merupakan tempat sirkulasi energi dan keseimbangan pada kasus gejala nyeri. Kelebihan teknik akupresur yaitu aman, mudah, praktis, tidak memerlukan biaya besar, tidak menimbulkan efek samping, dan bisa dilakukan oleh siapa saja

(Widyaningrum, 2013 dalam (Kambu, Kristinawati, & Shalihien, 2020)).

Terapi akupresur memiliki banyak fungsi bagi kesehatan tubuh, salah satunya adalah menurunkan nyeri akut maupun kronis. Nyeri terjadi karena adanya ketidakseimbangan aliran energi Qi di dalam tubuh. Akupresur akan menyeimbangkan aliran energi Qi tubuh sehingga akan menghilangkan rasa nyeri (Kurniyawan, 2016 dalam (Wibowo & Andina, 2018)). Akupresur adalah intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat dan telah diakui sebagai tindakan keperawatan dalam *Nursing Intervention Classifications* (Dochterment & Bulecheck, 2004 dalam (Adam, Nurachman, & Waluyo, 2014)).

b. Tujuan/rasional EBN pada kasus askep

Tujuan dilakukan intervensi terapeutik pemberian terapi akupresur adalah untuk membantu menurunkan nyeri dada yang dialami oleh pasien. Intervensi terapi akupresur/sentuhan diberikan pada lokasi titik L14 terletak di bagian belakang tangan kanan/kiri antara tulang metacarpal pertama dan kedua dan hampir sepanjang tulang radial. Dilakukan selama sekitar 20 menit dalam 10 detik diberikan tekanan sekitar 3 – 5 kilogram dengan periode istirahat 2 detik.

Dengan memberikan tekanan fisik pada titik L14 pada permukaan tubuh yang merupakan tepat sirkulasi energi dan keseimbangan pada kasus gejala nyeri dapat meningkatkan kadar endorfin dalam darah maupun sistemik, tetapi memiliki daerah tangkap yang berbeda, sehingga penggunaan titik akupresur berbeda sesuai dengan organ yang akan dituju dan sesuai indikasi. Endorfin merupakan opiat tubuh secara alami dihasilkan

oleh kelenjar pituitari yang berguna untuk mengurangi nyeri, mempengaruhi memori dan mood yang kemudian akan memberikan perasaan rileks (Yam et al, 2018 dalam (Kambu, Kristinawati, & Shalihien, 2020)).

- c. PICOT Penerapan EBN (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome dan Time*) pada Ny M (67 tahun).

1) *Problem/populasi*

Pemberian terapi akupresur diberikan kepada pasien atas nama Ny M (67 tahun) dengan diagnosa *Acute Coronary Syndrome* (ACS). Terapi akupresur diberikan kepada Ny M (67 tahun) karena mengalami nyeri yang dirasakan bahkan saat istirahat dan bertambah setelah makan. Pasien mengatakan nyeri dirasakan tajam pada dada khususnya di daerah epigastrium dengan skala nyeri 5 yang dirasakan hilang timbul. Pemberian terapi akupresur dilakukan dengan menilai/memonitor terlebih dahulu skala nyeri pasien. Terapi akupresur diberikan pada pasien dengan skala nyeri 0-5.

2) *Intervention*

Intervensi yang diberikan yaitu pemberian terapi akupresur untuk mengurangi nyeri dada dengan cara memberikan tekanan/pijatan pada titik L14 yang terletak di bagian belakang tangan kanan/kiri antara tulang metacarpal pertama dan kedua hampir sepanjang tulang radial.

Standar operasional pemberian terapi akupresur:

- a) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
- b) Mencuci tangan
- c) Berikan posisi yang nyaman

- d) Kaji keluhan nyeri pada pasien, terapi akupresur diberikan pada pasien jika skala nyeri pasien 0-5.
- e) Bersihkan bagian titik akupresur yang akan digunakan dengan kapas alkohol
- f) Tuangkan minyak zaitun ke tangan secukupnya
- g) Massage ringan untuk melemaskan otot-otot yang kaku
- h) Mulai melakukan akupresur pada titik titik L14 yang terletak di bagian belakang tangan kanan/kiri antara tulang metacarpal pertama dan kedua hampir sepanjang tulang radial,. Titik ini dikenal sebagai titik nyeri tubuh, berguna untuk setiap kondisi yang berhubungan dengan wajah, kepala, dan sirkulasi tubuh. Terapi ini dilakukan selama 20 menit dalam 10 detik diberikan tekanan dengan periode istirahat 2 detik.
- i) Setelah selesai, istirahatkan pasien dan kaji kembali keluhan yang dirasakan pasien.

3) *Comparation*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Narimani et al pada tahun 2018, memperlihatkan hasil bahwa akupresur diberikan pada kelompok intervensi pada titik L14 terbukti signifikan dalam mengurangi keluhan nyeri dada pada pasien dengan penyakit jantung.

Dengan memberikan tekanan fisik pada titik L14 pada permukaan tubuh yang merupakan tempat sirkulasi energi dan keseimbangan pada kasus gejala nyeri dapat meningkatkan kadar endorfin dalam darah maupun sistemik, tetapi memiliki daerah tangkap yang berbeda, sehingga penggunaan titik akupresur berbeda

sesuai dengan organ yang akan dituju dan sesuai indikasi. Endorfin merupakan opiat tubuh secara alami dihasilkan oleh kelenjar pituitary yang berguna untuk mengurangi nyeri, mempengaruhi memori dan mood yang kemudian memberikan perasaan relaks (Yam et al, 2018 dalam (Kambu, Kristinawati, & Shalihien, 2020)).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Mehta et al pada tahun 2017, memperlihatkan hasil bahwa akupresur dapat menurunkan nyeri tekan pada penyakit jantung iskemik. Aktivasi pada titik-titik spesifik pada meridian dikenal untuk memfasilitasi pengurangan rasa sakit (nyeri) di situs lokal (Haryani, 2020). Tindakan akupresur akan menyeimbangkan aliran energi Qi tubuh, sehingga akan menghilangkan rasa sakit (Kurniyawan, 2016 dalam (Haryani, 2020)).

Berdasarkan penerapan pemberian terapi akupresur pada pasien Ny M (67 tahun) didapatkan hasil bahwa pemberian terapi akupresur yang dilakukan dengan memberikan sentuhan/tekanan pada titik L14 terbukti memberikan pengaruh dengan penurunan skala nyeri dada yang dialami pasien. Sebelum dilakukan intervensi, skala nyeri pasien 5 dan setelah diberikan intervensi skala nyeri mengalami penurunan menjadi skala 4.

4) *Outcome*

Nyeri merupakan suatu sensasi yang ditangkap oleh medula spinalis kemudian diterima oleh medula oblongata dan diterjemahkan sebagai suatu sensasi yang tidak enak pada saraf pusat yang dapat dijelaskan melalui suatu teori *gate control*.

Nyeri merupakan gejala yang menjadi salah satu manifestasi klinis oleh penderita *Acute Coronary Syndrome* (ACS). Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional dimana seseorang yang mengalami nyeri merasa tidak nyaman dan nyeri hanya dapat dirasakan oleh penderita tersebut atau bersifat subjektif. Pemberian terapi akupresur akan menstimulasi sel saraf sensorik di sekitar titik akupresur yang akan diteruskan ke medula spinalis, kemudian ke mesensefalon dan kompleks pituitary hipotalamus yang ketiganya diaktifkan untuk melepaskan hormon endofrin yang dapat memberikan rasa tenang dan nyaman.

Dalam penerapan pemberian terapi akupresur pada pasien Ny M dengan *acute coronary syndrome* (ACS) terjadi pelaporan dimana pasien mengatakan setelah dilakukan intervensi, nyeri yang dirasakan berkurang dengan rata-rata penurunan nyeri 1. Ini menunjukkan bahwa akupresur terbukti efektif untuk menurunkan skala nyeri dada pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS), yang dikombinasikan dengan pemberian obat aspilet (80 mg/24 jam/oral).

5) Time

Dalam pemberian terapi akupresur, waktu yang digunakan adalah sekitar 20 menit dalam 10 detik dengan periode istirahat 2 detik. Terapi akupresur diberikan pada pasien Ny M sebanyak tiga kali dalam sehari (satu kali setiap shift) selama 2 hari.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

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

1. Pengkajian: dari hasil yang didapatkan dari Ny M faktor terjadinya ACS yaitu keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes melitus sejak 10 tahun yang lalu serta memiliki riwayat kolesterol sejak 4 bulan yang lalu.
2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Ny M dengan ACS, yaitu: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri/vena, dan risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).
3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis, meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.
4. Implementasi keperawatan: setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan: hasil evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada pasien tidak ada diagnosa keperawatan yang

teratasi karena perawatan pasien ACS memerlukan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.

6. Penerapan EBN pada pasien Ny M dengan ACS yaitu tentang pemberian terapi akupresur untuk mengurangi nyeri dada.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan pelayanan dan pengetahuan, yang ditujukan kepada:

1. Bagi pasien dan keluarga

Untuk mencegah terjadinya gejala ACS yang berulang, maka pasien dianjurkan untuk membatasi aktivitas sehari-hari, patuh dalam pengobatan dan terapi yang diberikan, dan menjalankan diet jantung yang dianjurkan. Disarankan kepada keluarga untuk memantau kondisi dan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan.

2. Bagi institusi rumah sakit

Pihak rumah sakit diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat kontinyu melakukan edukasi keperawatan pada pasien ACS selama menjalani perawatan di rumah sakit, sehingga pada waktu pulang, pasien bisa menerapkan informasi yang diperoleh dari perawat.

3. Bagi perawat

Untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang komprehensif terutama pada pasien ACS agar perawatan yang diberikan dapat membantu pasien memulihkan keadaan dan memberikan kepuasan bagi pasien dan keluarga untuk menghindari komplikasi yang lebih lanjut.

4. Bagi mahasiswa/mahasiswi

Untuk lebih meningkatkan pengetahuan terkait pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan ACS. Diharapkan mahasiswa/mahasiswi dapat meningkatkan keterampilan dalam

melakukan intervensi yang tepat bagi pasien ACS sesuai dengan teori yang didapatkan, membantu peningkatan mutu dalam merawat pasien serta diharapkan dapat mengadakan pembaruan melalui pendidikan tinggi keperawatan.

Daftar Pustaka

- Adam, M., Nurachman, E., & Waluyo, A. (2014). Akupresur Untuk Meningkatkan Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 81–87.
- AHA. (2017). *High blood pressure clinical practice guideline for the orevention, detection, evaluation. A report of the Amerika college of cardiologt. J Am Coll Cardiol.*
- Arif Wibowo, & Andina, M. (2018). Prevalensi Hipertensi dengan Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Haji Medan Sumatera Utara pada Tahun 2015. *Anatomi Medical Journal*, 1(3), 124–131.
- Asikin, M., Nuralamsyah, M., & Susaldi. (2016). *Keperawatan Medikal BEDAH: Sistem Kardiovaskuler*. Erlangga.
- Chan, D. S., Chau, J. P., & Chang, A. M. (2005). Acute Coronary Syndromes: Cardiac Rehabilitation Programes and Quality of Life. *Journal of Advance Nursing*, 591–599.
- Faridah, E. N., Pangemanan, J. A., & Rampengan, S. H. (2016). Gambaran Profil Lipid Pada Penderita Sindrom Koroner Akut Di Rsup. Prof. Dr. R. D. Kandou Periode Januari – September 2015. *E-CliniC*, 4(1). <https://doi.org/10.35790/ecl.4.1.2016.11023>
- Gracia, J. R., Lerman, A., Weisz, G., Maehhara, A., Mintz, G. S., Fahy, M., & Stone, G. W. (2012). Age and Gender Related Changes In Plaque Composition in Patiens With Acute Coronary Syndrome: The Prospec Study. *Eurointervention*, 929–938.
- Haryani, S., & Misniarti. (2020). Efektifitas Akupresur Dalam Menurunkan Skala Nyeri Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Perumnas. *Jurnal Keperawatan Raflesia*, 21–30.
- Hurst, M. (2016). *Keperawatan Medikal bedah*. EGC.
- Indrasari, C., Muflihatin, S. K., & Pakpahan, E. H. (2015). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Acute Coronary Syndrom (Acs) STEMI Di Ruang Intensive Coronary Care Unit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*.

- Kambu, I. S., Kristinawati, B., & Shalihien, S. (2020). Terapi Akupresure Sebagai Evidence Based Nursing Untuk Mengurangi Nyeri Dada Pada Pasien Sindrom Koroner Akut. *Journal of Health Education and Literacy*, 69–73.
- Kemendes RI. (2013). *Pharmaceutical Care untuk Pasien Penyakit jantung Koroner: Fokus Sindrom Koroner Akut*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Mutarobin. (2018). Modul Sistem Kardiovaskuler Acute Coronary Syndrome (ACS). *Poltekkes Kemenkes Jakarta 1*, 72.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, noc Dalam berbagai Kasus*. MediAction.
- PERKI. (2015). *Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut* (1st ed.).
- PERKI. (2018). *Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut* (4th ed.).
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- Riskesdas. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sihaloho, A. A. (2019). *Pengkajian dalam Proses Keperawatan sebagai Dasar Pemberian Asuhan Keperawatan*.
- Suryati. (2014). *Faktor Risiko Terjadinya Sindroma Koroner Akut Pada Penderita Usia <45 Tahun Yang Berobat Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Aceh*.
- Susilo, C. (2015). Identifikasi Faktor Usia, Jenis Kelamin dengan Luas Infark Miokard Pada Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Ruang ICCU RSD DR. Soebadi Jember. *The Indonesia Journal Of Health*, 6(1), 1–

7.

Torry, S. R., Panda, A. L., & Ongkowijawa, J. (2013). Gambaran Faktor Resiko Penderita Sindrom Koroner Akut. *Jurnal Fakultas Kedokteran Unsrat*, 1–8.

Tumade, B., Jim, E. L., & F., J. V. F. (2016). Prevalensi Sindrom Koroner Akut di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode 1 Januari 2014-31 Desember 2014. *Jurnal E-Clinic (ECi)*, volume 4 (, 223–300.

Wahyuni, S. hestu. (2014). *Usia, Jenis Kelamin Dan Riwayat Keluarga Penyakit Jantung Koroner Sebagai Faktor Prediktor Terjadinya Major Adverse Cardiac Events Pada Pasien Sindrom Koroner Akut*. 12–13.

Wahyuningsih, H. P., & Kusmiyati, Y. (2017). *Anatomi Fisiologi*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

WHO. (2017). *Kardiovaskular Penyakit*.
https://doi.org/http://doi.org/10.1007/978-1-60761-673-3_4

Wibowo, A., & Andina, M. (2018). Prevalensi Hipertensi dengan Sindrom Koroner Akut di Rumah Sakit Haji Medan Sumatera Utara pada Tahun 2015. *Jurnal Kedokteran Anatomica*, 124–131.

Yudanardi, M. R. R., Setiawan, A. A., & Sofia, S. N. (2016). Hubungan Tingkat Adiksi Merokok Dengan Derajat Keparahan Aterosklerosis Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, Volume 5,.

Lampiran 1

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Pribadi

Nama : Jess Natalya
Tempat/Tanggal Lahir : Tanjung Redeb, 02 Desember 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen
Alamat : Jalan Datu Museng Lorong 035

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Daniel Ka'bak Amben Barani
Ibu : Mince Panggalo
Agama : Kristen
Pekerjaan
Ayah : Petani
Ibu : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Jalan Pembangunan I, Tanjung Redeb, Berau,
Kalimantan Timur

C. Pendidikan yang Ditempuh

TK Santa Maria Imakulata : 2004-2005
SDN 004 Tanjung Redeb : 2005-2011
SMPN 15 Berau : 2011-2014
SMA PGRI 13 Tanjung Redeb : 2014-2017
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan) : 2017-2021
STIK Stella Maris Makassar (Profesi Ners) : 2021-2022

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Pribadi

Nama : Litwina Marampa'
Tempat/Tanggal Lahir : Manggape, 21 Desember 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jalan Perintis Kemerdekaan 4


B. Identitas Orang Tua

Ayah : Markus Tangke
Ibu : Neti Tangdilino
Agama : Katolik
Pekerjaan :
Ayah : Petani
Ibu : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Pandanan

C. Pendidikan yang Ditempuh

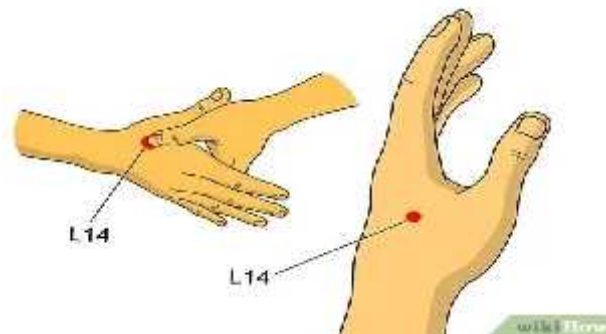
SDN 270 Inpres Tumbang Datu : 2005-2006
SDN 04 Buntao' : 2006-2011
SMP Rama Tallung Penanian : 2011-2014
SMK Matallo Rantepao : 2014-2017
STIK Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan) : 2017-2021
STIK Stella Maris Makassar (Profesi Ners) : 2021-2022

Lampiran 2

 <p>The logo is a blue pentagon with a white border. Inside, there is a circular emblem featuring a white sailboat on a blue sea under a yellow sun with rays. The text 'SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN' is written in a semi-circle at the top, 'STELLA MARIS' at the bottom, and 'MAKASSAR' at the very bottom.</p>	<p style="text-align: center;">SOP AKUPRESUR UNTUK NYERI DADA PADA PASIEN AUTE CORONARY SYNDROME (ACS)</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Akupresur merupakan salah satu bentuk terapi sentuhan yang berdasarkan prinsip ilmu akupuntur dan pengobatan China, dimana beberapa titik yang terdapat pada permukaan tubuh dirangsang dengan penekanan tubuh.</p>
<p>Tujuan</p>	<p>Tujuannya ialah membantu meringankan nyeri dada</p>
<p>Indikasi</p>	<p>Pasien yang mengalami nyeri dada</p>
<p>Kontraindikasi</p>	<p>Akupresur tidak boleh dilakukan pada bagian tubuh yang luka, bengkak, tulang retak atau patah, dan kulit yang terbakar</p>
<p>Persiapan pasien</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Memastikan identitas pasien2. Kaji kondisi pasien khususnya keluhan nyeri (skala nyeri)3. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan4. Jaga ketenangan pasien5. Posisikan pasien senyaman mungkin
<p>Persiapan alat</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Alat bantu pemijatan (minyak zaitun)2. Sarung tangan jika perlu3. Kapas alkohol4. Nierbeken

Prosedur kerja




















1. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
2. Mencuci tangan
3. Berikan posisi yang nyaman
4. Kaji keluhan nyeri pada pasien, terapi akupresur diberikan pada pasien jika skala nyeri pasien 0-5.
5. Bersihkan bagian titik akupresur yang akan digunakan dengan kapas alkohol
6. Tuangkan minyak zaitun ke tangan secukupnya
7. Massage ringan untuk melemaskan otot-otot yang kaku
8. Mulai melakukan akupresur pada titik titik L14 yang terletak di bagian belakang tangan kanan/kiri antara tulang metacarpal pertama dan kedua hampir sepanjang tulang radial,. Titik ini dikenal sebagai titik nyeri tubuh, berguna untuk setiap kondisi yang berhubungan dengan wajah, kepala, dan sirkulasi tubuh. Terapi ini dilakukan selama 20 menit dalam 10 detik diberikan tekanan dengan periode istirahat 2 detik.



9. Setelah selesai, istirahatkan pasien dan kaji kembali keluhan yang dirasakan pasien.

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

No.	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Tanda Tangan			
				Mahasiswa		Pembimbing	
				I	II	I	II
1.	03/05/2022	Mengajukan kasus asuhan keperawatan pada pasien stemi inferior di ruang ICU rumah sakit Bhayangkara Makassar	Lanjutkan membuat pengkajian				
2.	06/05/2022	Konsul pengkajian keperawatan	Lengkapi pemeriksaan yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa ACS				
3.	07/05/2022	Konsul pengkajian dan pemeriksaan diagnostik	ACC kasus ACS				
4.	08/05/2022	Konsul asuhan	Lengkapi penaklaiman				
		keperawatan (BAB 3)					
5.	10/05/2022	Konsul asuhan keperawatan (BAB 3)	Lengkapi Pengkajian				
6.	13/05/2022	Konsul Asuhan Keperawatan (Bab 3)	Perhatikan pengambilan diagnosa intoleransi aktivitas, tumpang tindih dengan penurunan curah jantung				
7.	15/05/22	Konsul jurnal EBN dengan judul "Terapi..."	ACC				

5.	10/05/2022	Konsul asuhan keperawatan (BAB 3)	Lengkapi Pengkajian				
6.	13/05/2022	Konsul Asuhan Keperawatan (Bab 3)	Perhatikan pengambilan diagnosa intoleransi aktivitas, tumpang tindih dengan penurunan curah jantung				
7.	15/05/22	Konsul jurnal EBN dengan judul "Terapi akupresur sebagai <i>evidence based nursing</i> untuk mengurangi nyeri dada pada pasien sindrom koroner akut"	ACC				
8.	16/05/2022	Konsul asuhan keperawatan (BAB 3)	ACC Bab 3, lanjut membuat Bab 4				
9.	20/06/2022	Konsul bab 1 dan 2	1. Perbaiki susunan latar belakang dari hal yang umum ke khusus 2. Revisi simpulan pengertian ACS				

			<p>pembuluh darah jantung, dan sirkulasi darah jantung</p> <p>4. Pada manifestasi klinis, tambahkan spesifikasi nyeri dada</p> <p>5. Hapus klasifikasi ACS</p> <p>6. Penatalaksanaan langsung pada poin-poin</p> <p>7. Pengkajian keperawatan langsung pada pengkajian primer dan</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

			<p>sirkulasi darah jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pada manifestasi klinis, tambahkan spesifikasi nyeri dada 5. Hapus klasifikasi ACS 6. Penatalaksanaan langsung pada poin-poin 7. Pengkajian keperawatan langsung pada pengkajian primer dan sekunder 8. Bandingkan diagnosa keperawatan dengan yang ada di buku 				
10.	24/06/2022	Konsul revisi bab 1 dan 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada latar belakang hapuskan teori 2. Pada anatomi fisiologi, hapuskan anatomi fisiologi jantung secara umum, langsung saja pada anatomi fisiologi arteri koroner 3. Pada etiologi, pisahkan antara faktor predisposisi dan presipitasi 4. Perbaiki penulisan dan konsistensi 				

			<p>4. Perbaiki penulisan dan konsistensi penulisan</p> <p>5. Pada patway jelaskan lebih mendetail dan spesifik faktor-faktor penyebab, tambahkan pemeriksaan penunjang serta penatalaksanaan</p>				
11.	27/06/2022	Konsul revisi bab 1, dan 2	<p>1. Pada latar belakang tambahkan tindakan untuk meringankan gejala</p> <p>2. ACC Patway</p>	Jus	H. Haryanto		f
12.	28/06/2022	Konsul Bab 4	<p>1. Pada pengkajian, tambahkan pengantar dan etiologi serta patofisiologi pasien</p> <p>2. Pada penerapan EBN tambahkan penjelasan di tiap-tiap komponen. Pada <i>intervention</i> tambahkan SOP terapi akupresur, dan pada komponen yang lain tambahkan penjelasan yang lebih spesifik.</p>	Jus	H. Haryanto	AV	

			komponen yang lain tambahkan penjelasan yang lebih spesifik.				
13.	29/06/2022	Konsul Bab 4	1. Jelaskan lebih spesifik pada				

13.	29/06/2022	Konsul Bab 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan lebih spesifik pada pengkajian primer poin Breath (B2) 2. Pada PICOT kasus, tambahkan perbandingan antara jurnal sebelumnya dengan pada kasus 	Jmy	H. H. H. H.	R	
14.	30/06/2022	Konsul Bab 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC Bab 4 2. Lanjut Bab 5 	Jmy	H. H. H. H.	R	
15.	01/07/2022	Konsul KIA keseluruhan	ACC	Jmy	H. H. H. H.	R	

