



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."N"DENGAN *ACUTE  
CORONARY SYNDROME (STEMI)* DI RUANG ICCU  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA  
MAKASSAR**

**OLEH:**

**HELDIANA TANGADATU (NS2214901066)  
HERDA ANNEKE SOPUTAN (NS2214901067)**

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

**2023**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "N" DENGAN *ACUTE  
CORONARY SYNDROME (STEMI)* DI RUANG ICCU  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA  
MAKASSAR**

**OLEH:**

**HELDIANA TANGADATU (NS2214901066)  
HERDA ANNEKE SOPUTAN (NS2214901067)**

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

**2023**

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Heldiana Tangadatu (NS2214901066)
2. Herda Anneke Soputan (NS2214901067)

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

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

Makassar, 07 Juni 2023

Yang menyatakan,



Heldiana Tangadatu



Herda Anneke Soputan

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya ilmiah akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan *Acute Coronary Syndrome (STEMI)* di ruang ICCU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Heldiana Tangadatu (NS2214901066).  
2. Herda Anneke Sopotan (NS2214901067)

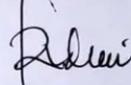
Disetujui oleh :

Pembimbing 1



Yunita Carolina Satti, Ns, M.Kep  
NIDN : 0904078805

Pembimbing 2



Rosdewi, S.Kp.,MSN  
NIDN : 0906097002

**Menyetujui,  
Wakil Ketua Bidang Akademik  
STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita E.R.Sa'pang, Ns.,Sp.Kep.MB  
NIDN : 0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

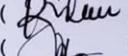
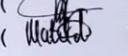
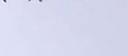
Nama : 1. Heldiana Tangadatu (NS2214901066)  
2. Herda Anneke Soputan (NS2214901067)

PROGRAM Studi : Profesi Ners

Judul kia : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."N" DENGAN  
ACUTE CORONARY SYNDROME (STEMI)  
DIRUANG ICCU RUMAH SAKIT BHAYANGKARA  
MAKASSAR

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan penguji.

### DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep (  )  
Pembimbing 2 : Rosdewi, S.Kp.,MSN (  )  
Penguji 1 : Serlina Sandi, Ns.,M.Kep (  )  
Penguji 2 : Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes (  )

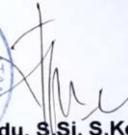
Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 07 Juni 2023

Mengetahui,

Ketua, STIK Stella Maris Makassar



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

NIDN : 0928027101

v

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Heldiana Tangadatu (NS2214901066)

Herda Anneke Sopotan (NS2214901067)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 07 Juni 2023

Yang menyatakan



Heldiana Tangadatu



Herda Anneke Sopotan

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaannya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya ilmiah akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada NY “N” dengan *ACCUTE CORONARY SYNDROME (STEMI)* Di Ruang ICCU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”.

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

Dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M.kep., Sp.KMB selaku wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Pasen, Ns., M.Kes selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep, selaku dosen pembimbing I dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini

5. Rosdewi, S.Kp., MSN selaku dosen pembimbing II dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Serlina Sandi,Ns.,M.Kep. selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Ny "N" selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
9. Teristimewa kepada kedua orang tua tercinta dari Heldiana Tangadatu, Bapak (Samuel Lempang) dan Ibu (Dina Tangadatu) serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Teristimewa kepada orang tua tercinta Herda Anneke Sopotan Bapak (Berti Sopotan) dan Ibu (Dominika) serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

11. Seluruh teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan serta kebersamaannya selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini. Penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Ilmiah ini. Oleh karena itu penulis mohon kritik dan masukan yang membangun dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Akhir kata penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 07 Juni 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PEGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>x</b>
<b>Halaman Daftar Gambar .....</b>	<b>xiii</b>
<b>Halaman Daftar Tabel .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan umum.....	3
2. Tujuan Khusus .....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
1. Bagi Instansi RS.....	4
2. Bagi Profesi Pendidikan .....	4
3. Bagi Institusi Penulisan .....	4
D. Metode Penulisan.....	4
1. Studi Kepustakaan .....	5
2. Studi Pengamatan Kasus.....	5
E. Sistematika Penulisan .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
A. Konsep Dasar.....	7
1. Pengertian.....	8
2. Anatomi dan Fisiologi .....	8
3. Klasifikasi .....	11

4. Etiologi .....	12
5. Patofisiologi.....	23
6. Manifestasi Klinik .....	23
7. Pemeriksaan Diagnostik.....	28
8. Penatalaksanaan Medis .....	25
9. Komplikasi.....	26
B. Konsep Dasar Keperawatan .....	30
1. Pengkajian .....	28
2. Diagnosis Keperawatan.....	31
3. Discharge Planning .....	32
4. Luaran dan Perencanaan Keperawatan .....	33
<b>BAB III PENGAMATAN KASUS .....</b>	<b>43</b>
A. Pengkajian Primer .....	44
B. Diagnosis Keperawatan Primer .....	48
C. Tindakan Keperawatan yang dilakukan .....	48
D. Pengkajian Sekunder .....	49
E. Analisa Data .....	61
F. Diagnosis Keperawatan .....	62
G. Intervensi Keperawatan .....	63
H. Implementasi Keperawatan .....	69
I. Evaluasi Keperawatan.....	79
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....</b>	<b>93</b>
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan .....	93
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> .....	101
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>107</b>
A. Simpulan .....	107
B. Saran.....	108
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung .....	8
----------------------------------	---

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data .....	61
Tabel 3.2 Diagnosis Keperawatan .....	62
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan .....	63
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....	69
Table 3.5 Evaluasi Keperawatan .....	79

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit jantung koroner (PJK) adalah gangguan fungsi jantung akibat kekurangan darah pada otot jantung yang disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah koroner. Penyempitan pembuluh koroner ini bisa disebabkan oleh proses yang disebut aterosklerosis atau trombosis. Hal ini mengakibatkan penurunan suplai oksigen ke otot jantung (*iskemia miokard*) dan dapat menyebabkan penurunan fungsi otot jantung dan kerusakan sel otot jantung, yang disebut dengan infark miokard akut (IMA) atau serangan jantung (Pujowaskito et al., 2021).

Penyakit kardiovaskular (CVDs) adalah penyebab utama kematian secara global, dari data organisasi kesehatan dunia (WHO) menyebutkan pada tahun 2019 diperkirakan 17,9 juta orang meninggal akibat CVD dan mewakili 32% dari semua kematian global, dari kematian tersebut, 85% disebabkan oleh serangan jantung dan Stroke. Lebih dari tiga perempat kematian CVD terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, dan dari 17 juta kematian dini (di bawah usia 70 tahun) akibat penyakit tidak menular 38% disebabkan oleh CVD. (WHO 2021)

Laporan Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) 2018 disebutkan angka prevalensi penyakit jantung secara umum Indonesia mencapai angka 1,5%, termaksud IMA. Prevalensi penyakit jantung terbesar berada di provinsi Kalimantan Utara sebesar 2,2%, Yogyakarta 2,0% dan Gorontalo 2,0%. Seseorang menderita hipertensi dan hiperkolestrol tinggi mempunyai peluang besar mengalami *infark miokard* (Afrianti et al., 2022). Dan prevalensi pasien yang dirawat dirumah sakit paling banyak adalah mereka dengan *infark miokard* baik itu *NSTEMI (Non ST elevasi miokard infark )* maupun *STEMI*

(*ST elevasi miokard infark*) (Sawu, 2022).

*Sindrom koroner akut (ACS)* adalah suatu keadaan darurat yang mengancam jiwa yang dihasilkan dari penyumbatan trombotik total dari arteri yang berhubungan dengan infark, pasien di tandai dengan nyeri dada yang parah. ACS juga termasuk Angina Tidak Stabil (*UA*) dan Infark Miokard yang berkembang (*IM*) yang biasanya dibagi menjadi elevasi segmen *ST Infark Miokard (STEMI)* dan ACS tanpa elevasi segmen *ST (NSTEMI)* (Angeline et al., 2022).

Laki-laki dan perempuan mempunyai peluang yang sama untuk terjadinya penyakit *STEMI*, namun yang membedakan hanyalah pola hidup yang dijalani sehari-hari. Sebagian besar penyakit kardiovaskular dapat dicegah dengan mengatasi faktor risiko perilaku seperti penggunaan tembakau, pola makan yang tidak sehat dan obesitas, kurangnya aktivitas fisik, dan penggunaan alkohol yang berbahaya. Penting untuk mendeteksi penyakit kardiovaskular sedini mungkin sehingga penatalaksanaan dengan konseling dan obat-obatan dapat dimulai. (Putri, 2023).

Ada beberapa macam penatalaksanaan lain yang dapat dilakukan untuk memperbaiki penurunan curah jantung berbasis *Evidence Based Medicine (EBN)* contohnya seperti terapi relaksasi otot progresif, terapi music klasik, terapi oksigen nasal kanul, terapi pijat punggung dan pemberian aromaterapi mawar yang terbukti efektif tanpa memberikan efek samping bagi tubuh. Penerapan *Evidence Based Medicine (EBN)* merupakan salah satu strategi pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan atas teori dan penelitian. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan mengungkapkan bahwa Pemberian terapi oksigenasi sendiri mampu mempengaruhi *ST elevasi* pada *infark anterior* yang berdasarkan *consensus* dianjurkan pemberian oksigen dalam 6 jam pertama terapi dan pemberian oksigen lebih dari 6 jam secara klinis tidak bermanfaat. Oksigen harus diberikan pada pasien dengan sesak

nafas, tanda gagal jantung, syok atau saturasi oksigen <95%. Pemberian oksigen tambahan dapat meningkatkan suplai sampai ke otot jantung, diharapkan besarnya infark tidak bertambah dan komplikasi lain tidak terjadi. Pemberian suplemen oksigen dapat meningkatkan tekanan oksigen dalam darah hingga di atas 60 mmHg (Darmawan & Milasari, 2019)

Berdasarkan uraian maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir dengan judul asuhan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrom* di ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar .

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

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

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* di Ruang ICCU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien *Acute Coronary Syndrome* di Ruangan ICCU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
- c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* di Ruangan ICCU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing (EBN)* di Ruang ICCU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* di Ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

### **C. Manfaat penulisan**

#### **1. Bagi Instansi Rumah Sakit**

Dapat menjadi masukan bagi Rumah Sakit dalam memberikan perawatan pasien dengan *Acute Coronary Syndrome* khususnya dalam menyediakan fasilitas yang mendukung perawatan pasien yang mengalami gangguan sistem kardiovaskular khususnya pasien *Acute Coronary Syndrome*.

#### **2. Bagi profesi keperawatan**

Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien *Acute Coronary Syndrome*, khususnya pentingnya pemberian terapi oksigen dalam 6 jam pertama pada *Acute Coronary Syndrome* selain penatalaksanaan nyeri akut dan trombolitik. Sehingga perawat dapat berperan aktif dalam mencegah kerusakan pada otot jantung yang lebih lanjut.

#### **3. Bagi institusi pendidikan**

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

### **D. Metode Penulisan**

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

1. Studi Kepustakaan

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

## 2. Pengamatan kasus

Untuk mengumpulkan informasi dalam melakukan pengkajian maka, penulis melakukan :

### a. Observasi

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

### b. Wawancara

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

### c. Pemeriksaan fisik

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

### d. Diskusi

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

### e. Dokumentasi

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

## E. Sistematik penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematis yang

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

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar**

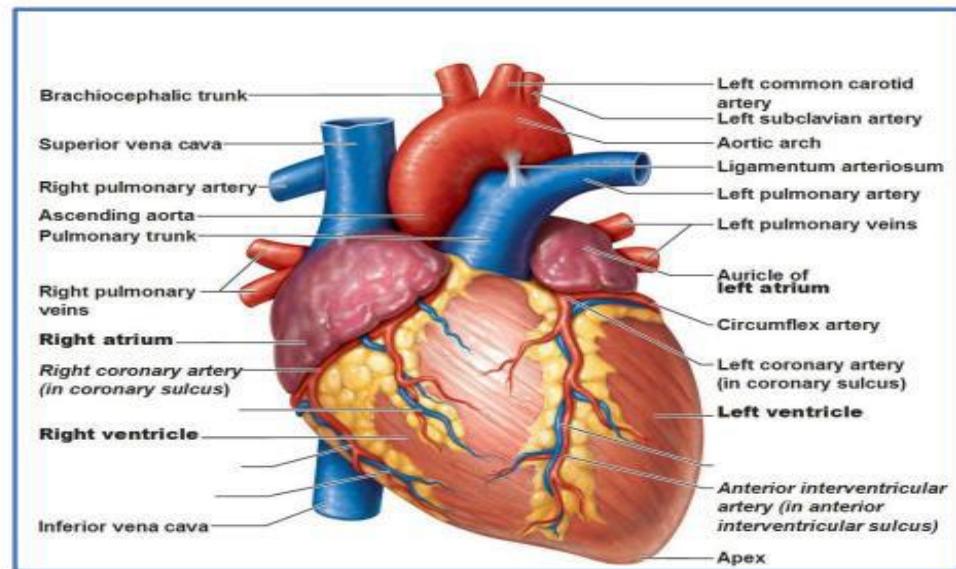
##### **1. Pengertian**

*Acute Coronary Syndrome (ACS)* atau *Sindrom Koroner Akut (SKA)* adalah suatu kumpulan gejala klinis iskemia miokard yang terjadi akibat kurangnya aliran darah ke miokardium dengan gejala berupa nyeri dada, perubahan segmen, Penyakit pembuluh darah *arteri koroner* adalah gangguan fungsi sistem kardiovaskuler yang disebabkan karena otot jantung kekurangan darah akibat adanya oklusi pembuluh darah arteri koroner dan tersumbatnya pembuluh darah jantung, yang menunjukkan adanya kelainan pada gelombang ST pada *electrokardiogram (EKG)* dan perubahan biomarker jantung. (Pratiknyo, 2022).

*Sindrom Koroner Akut (SKA)* 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)*. (Wulandari et al., 2022)

Berdasarkan tinjauan teori di atas maka penulis menyimpulkan bahwa *Acute Coronar Syndrom (ACS)* merupakan suatu kumpulan gejala klinis iskemia miokard yang terjadi akibat kurangnya aliran darah ke miokardium dengan gejala berupa nyeri dada, perubahan segmen gelombang ST dan biomarker pada jantung.

##### **2. Anatomi Fisiologi**



Gambar 2.1 Anatomi Jantung (Sumber : Simanjuntak (2019))

Jantung merupakan organ vital tubuh yang berfungsi memompa darah keseluruh tubuh untuk membawa oksigen dan bahan pokok yang diburuhkan sel untuk kelangsungan hidupnya. Secara anatomi, ukuran jantung manusia mendekati ukuran kepala tangannya atau dengan ukuran panjang kira-kira 12 cm dan lebar sekitar 9 cm. Jantung terletak di belakang tulang sternum, tepatnya di ruang mediastinum diantara kedua paru-paru dan bersentuhan dengan diafragma. Apeksnya (puncaknya) miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram.

#### a. Lapisan Pembungkus Jantung

Jantung dibungkus oleh sebuah lapisan yang disebut lapisan perikardium, dimana lapisan perikardium dibagi menjadi 3 lapisan, yaitu:

- 1) Lapisan fibrosa yaitu lapisan paling luar pembungkus jantung yang bersifat sangat keras dan bersentuhan langsung dengan bagian dinding dalam sternum thorax
- 2) Lapisan parietal yaitu bagian dalam dari dinding lapisan fibrosa
- 3) Lapisan visceral yaitu lapisan pericardium yang bersentuhan dengan lapisan luar dari otot jantung atau epikardium

#### b. Lapisan Otot Jantung

Lapisan otot jantung terdiri atas 3 lapisan yaitu :

- 1) *Epicardium* yaitu bagian luar otot jantung atau *pericardium visceral*.
- 2) *Miocardium* yaitu jaringan utama otot jantung yang bertanggung jawab atas kemampuan kontraksi jantung.
- 3) *Endocardium* yaitu lapisan tipis bagian dalam otot jantung yang berhubungan langsung dengan darah dan bersifat sangat licin untuk aliran darah.

#### c. Katup Jantung

Katup jantung berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik jantung. Ada dua jenis katup, yaitu katup atrioventrikular dan katup semilunar adapun jenisnya sebagai berikut:

- 1) Katup atrioventrikular, memisahkan antara atrium dan ventrikel. Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing –masing atrium ke ventrikel saat diastole ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel. Katup atrioventrikuler ada dua, yaitu katup triskupidalis dan katup biskupidalis. Katup triskupidalis memiliki 3 buah daun katup yang terletak antara atrium kanan dan ventrikel kanan. Katup biskupidalis atau katup mitral memiliki 2 buah katup dan terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri.
- 2) Katup semilunar, memisahkan antara arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel. Katup semilunar yang membatasi ventrikel kanan dan arteri pulmonaris disebut katup semilunar pulmonal. Katup yang membatasi ventrikel kiri dan aorta disebut katup semilunar aorta. Adanya katup ini memungkinkan darah

mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistole ventrikel dan mencegah aliran balik ke ventrikel sewaktu diastole ventrikel.

#### d. Arteri Koroner

Arteri Koroner adalah arteri yang bertanggung jawab dengan jantung sendiri, karena darah bersih yang kaya akan oksigen dan elektrolit sangat penting sekali agar jantung bisa bekerja sebagaimana fungsinya. Apabila arteri koroner mengalami pengurangan suplainya ke jantung atau yang disebut dengan *ischemia* maka dapat menyebabkan terganggunya fungsi jantung sebagaimana mestinya. Jika arteri koroner mengalami sumbatan total atau yang disebut dengan serangan jantung mendadak atau *miokardiac infarction* maka dapat menyebabkan kematian. Begitupun apabila otot jantung dibiarkan dalam keadaan iskemia, ini juga akan berujung dengan serangan jantung juga atau miokardiac infarction. Arteri koroner dibagi dua, yaitu:

##### 1) Arteri Koroner Kiri

Arteri koroner kiri mempunyai 2 cabang yaitu LAD (Left Anterior Desenden) dan arteri sirkumflek. Kedua arteri ini melingkari jantung dalam dua lekuk anatomis eksterna, yaitu *sulcus coronary* atau *sulcus atrioventrikuler* yang melingkari jantung diantara atrium dan ventrikel, yang kedua yaitu sulcus interventrikuler yang memisahkan kedua ventrikel. Pertemuan kedua lekuk ini dibagian permukaan posterior jantung yang merupakan bagian dari jantung yang sangat penting yaitu kruks jantung. Nodus AV node berada pada titik ini.

##### 2) Arteri Koroner Kanan

Arteri koroner kanan bertanggung jawab mensuplai darah ke atrium kanan, ventrikel kanan, permukaan bawah dan belakang ventrikel kiri, 90% mensuplai AV Node, dan 55% mensuplai SA Node.

### 3. Klasifikasi ACS

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis *Kardiovaskular* Indonesia (2018), menyatakan bahwa berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan *elektrokardiogram (EKG)*, dan pemeriksaan marka jantung, *Sindrom Koroner Akut* dibagi menjadi:

- a. *Angina Pectoris* Tidak Stabil (*UAP : Unstable Angina Pectoris*)
- b. *Infark Miokard* dengan *Non Elevasi Segmen ST (NSTEMI: Non ST segment Elevation Miocardial Infraction)*
- c. *Infark Miokard* dengan *Elevasi Segmen ST (STEMI: ST segment Elevation Miocardial Infraction)*

Diagnosis *NSTEMI* dan *angina pektoris* tidak stabil ditegakkan jika terdapat keluhan *angina pektoris* akut tanpa elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Rekaman *EKG* saat presentasi dapat berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T *pseudo-normalization*, atau bahkan tanpa perubahan. *Angina pektoris* tidak stabil dan *NSTEMI* dibedakan berdasarkan kejadian *infark miokard* yang ditandai dengan peningkatan marka jantung. Marka jantung yang lazim digunakan adalah *Troponin I/T* atau *CK-MB*. Bila hasil pemeriksaan biokimia marka jantung terjadi peningkatan bermakna, maka diagnosis menjadi *NSTEMI*. Pada *angina pektoris* tidak stabil marka jantung tidak meningkat secara bermakna. (PERKI, 2018). Rekaman *EKG* saat presentasi dapat berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T *pseudo-normalization* atau bahkan tanpa perubahan. Jika pemeriksaan *EKG* awal tidak

menunjukkan kelainan (normal) atau menunjukkan kelainan yang nondiagnostik sementara angina masih berlangsung, maka pemeriksaan diulang 10-20 menit kemudian. Jika ulangan EKG tetap menunjukkan gambaran nondiagnostik sementara keluhan angina sangat sugestif *Sindrom Koroner Akut*, maka pasien dipantau selama 12.

#### 4. Etiologi

Menurut *American Heart Association / American College of Cardiology* (2017) dalam (Mutarobin, 2018) ada beberapa penyebab gangguan pada kardiovaskular, yang terbagi menjadi faktor risiko yang tidak dapat dirubah dan faktor risiko yang dapat dirubah.

a. Faktor risiko yang tidak dapat dirubah yaitu:

1) Umur

Semakin bertambahnya umur akan meningkatkan kemungkinan terjadinya penyakit jantung koroner. *Sindrom Koroner Akut* lebih sering timbul pada usia lebih dari 35 tahun keatas dan pada usia 55 – 64 tahun terdapat 40% kematian disebabkan oleh penyakit jantung koroner. Umur merupakan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, dimana seseorang yang berumur lebih atau sama dengan 60 tahun memiliki risiko kematian sebesar 10,13 kali dibandingkan yang berumur 25 – 49 tahun Mutarobin, (2018).

2) Jenis kelamin

Pada kasus *Sindrom Koroner Akut* dikalangan wanita lebih rendah daripada laki- laki, tetapi hal ini akan berubah begitu memasuki periode menopause dimana insidens penyakit ini akan mendekati insiden pada pria, mempunyai peranan yang dominan terhadap penyakit yang menyerang pembuluh darah. Penuaan pembuluh darah dikaitkan dengan perubahan struktur dan fungsi keberadaan pembuluh darah, khususnya pembuluh darah besar, seperti diameter lumen, ketebalan dinding pembuluh darah, peningkatan kekakuan dinding pembuluh darah dan perubahan

fungsi *endotel*. Pembuluh darah yang paling sering terkena adalah yang bersifat elastis seperti aorta sentralis dan *arteri karotis*. Perubahan ini dipengaruhi oleh perubahan struktur, mekanika, dan biokimiawi oleh karena faktor umur yang kemudian berakibat pada menurunnya *arterial compliance* dan kakunya dinding pembuluh darah, menyebutkan bahwa peningkatan kekakuan dinding pembuluh darah adalah akibat dari siklus tekanan yang terus menerus dan putaran yang berulang-ulang pada dinding elastis arteri, sehingga menekan jaringan elastisnya untuk digantikan dengan jaringan kolagen. Selanjutnya kemungkinan kekakuan dinding ini diperbesar oleh adanya *specific gene polymorphism Aterosklerosis* mengalami peningkatan seiring dengan adanya penambahan usia.

Pada wanita usia dibawah 55 tahun angka kejadian *Sindrom Koroner Akut* lebih rendah dibandingkan laki-laki, namun pada usia 55 tahun angka kejadian relatif sama antara keduanya. Pada usia diatas 55 tahun angka kejadian jantung koroner pada wanita lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita mempunyai risiko lebih tinggi terjadi serangan jantung dibandingkan dengan laki-laki (AHA, 2014) dalam (Mutarobin, 2018). Wanita relatif tidak terlalu rentan terhadap penyakit *Sindrom Koroner Akut* sampai terjadinya *menopause*.

### 3) Genetik

Penelitian Rastogi, (2004) dalam (Mutarobin, 2018), menyatakan bahwa orang yang mempunyai riwayat keluarga positif penyakit jantung memiliki risiko 2,3 kali untuk mendapatkan *Sindrom Koroner Akut* dibandingkan dengan orang yang tidak mempunyai riwayat keluarga. Riwayat orang tua atau dari beberapa generasi sebelumnya yang menderita penyakit jantung koroner akan meningkatkan kemungkinan terjadinya *aterosklerosis* pada orang tersebut. Tidak hanya faktor keturunan saja yang dapat

menyebabkan *ateroseklerosis* tetapi juga *familial lipid* mempunyai andil dalam meningkatkan penyakit *aterosklerosis* tersebut. Riwayat keluarga dapat juga menggambarkan gaya hidup seseorang yang dapat menyebabkan terjadinya stres dan kegemukan .

b. Faktor risiko yang dapat dirubah yaitu:

1) Merokok

Orang yang merokok mempunyai risiko 2 kali lebih banyak untuk menderita penyakit kardiovaskular dibanding orang yang tidak merokok. Efek merokok terhadap terjadinya aterosklerosis antara lain dapat menurunkan kadar HDL, trombosit lebih mudah mengalami agregasi, mudah terjadi luka endotel karena radikal bebas dan pengeluaran katekolamin berlebihan serta dapat meningkatkan kadar LDL dalam darah. Kematian mendadak karena *Sindrom Koroner Akut* 2 – 3 kali lebih banyak pada perokok dibandingkan bukan perokok. Orang yang merokok mempunyai risiko kematian 60% lebih tinggi, karena merokok dapat menstimulasi pengeluaran katekolamin yang berlebihan sehingga *fibrilasi ventrikel* mudah terjadi.

Merokok dapat menaikkan kadar karbon dioksida dalam darah, kemampuan mengikat oksigen menjadi menurun dan jumlah oksigen yang rendah dapat mengganggu kemampuan jantung untuk memompa, dan nikotin yang terkandung dalam rokok menstimulasi diproduksinya katekolamin yang akan meningkatkan frekuensi *heart rate* dan *blood pressure*. Merokok akan mengganggu respon vaskuler sehingga meningkatkan *adhesi* dari *platelet*, yang akan meningkatkan risiko terjadinya trombus. *Trombus* merupakan gumpalan darah yang menempel pada pembuluh darah, hal ini terjadi karena permukaan pembuluh darah mengalami kerusakan. *Trombus* yang menempel pada dinding pembuluh darah akan

berdampak pada gangguan aliran darah karena trombus dan berpotensi untuk lepas yang selanjutnya akan berjalan didalam aliran darah sehingga terjadilah penutupan pembuluh darah secara mendadak.

## 2) Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai suatu peningkatan tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik yang tidak normal, kondisi tekanan darah yang melebihi atau sama dengan 140 mmHg pada tekanan sistolik dan melebihi atau sama dengan 90 mmHg pada tekanan diastolik. Nilai yang dapat diterima berbeda sesuai usia dan jenis kelamin, hipertensi juga merupakan faktor risiko yang secara langsung dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah, penderita hipertensi mungkin tidak menunjukkan gejala selama bertahun-tahun. Masa laten ini menyelubungi perkembangan penyakit sampai terjadi kerusakan organ yang bermakna. Bila terdapat gejala, sifatnya non spesifik misalnya sakit kepala atau pusing. Kalau hipertensi tetap tidak diketahui dan tidak dirawat, maka akan mengakibatkan kematian karena *Sindrom Koroner Akut*, payah jantung, stroke atau payah ginjal. Diagnosis dini hipertensi dan perawatan yang efektif dapat mengurangi kemungkinan morbiditas dan mortalitas.

## 3) Dislipidemia

Dislipidemia adalah meningkatnya kadar kolesterol dan bentuk ikatannya dengan protein seperti trigliserida dan LDL, tetapi sebaliknya kadar HDL menurun. Dislipidemia tidak lepas dari keterpaparan terhadap asupan lemak sehari – hari terutama asupan lemak jenuh dan kolesterol, yang dapat meningkatkan insidens penyakit jantung koroner. Dikatakan setiap penurunan 200 mg asupan kolesterol per 1000 kalori akan menurunkan 30% insidens penyakit jantung koroner. Sedangkan asupan lemak jenuh dalam ukuran normal maksimal 10% dari 30% total lemak

yang dibutuhkan untuk keperluan sehari – hari, asupan kolesterol tidak lebih dari 30 gram perhari. WHO merekomendasikan asupan lemak jenuh maksimal 10% dari 30% lemak keseluruhan yang digunakan sebagai bahan kalori *Study Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT)* mengemukakan bahwa angka kematian meningkat sesuai dengan angka kenaikan kolesterol. Pada kadar kolesterol diatas 300 mg% angka kematian *Sindrom Koroner Akut* sebanyak 4 kali dibandingkan dengan kadar kolesterol dibawah 200 mg%.

#### 4) Diabetes Melitus

Pada penderita diabetes terjadi kelainan metabolisme yang disebabkan oleh *hiperglikemi* yang mana metabolit yang dihasilkan akan merusak endotel pembuluh darah termasuk didalamnya pembuluh darah koroner. Pada penderita diabetes yang telah berlangsung lama akan mengalami *mikroangiopati* diabetik yaitu mengenai pembuluh darah besar, dimana pada penderita ini akan sering mengalami triopati diabetik / *mikrongopati* yaitu *neuropati*, *retinopati* dan *nefropati*. Dan bila mana *makroangiopati* ini terjadi bersama-sama dengan *neuropati* maka terjadilah infark tersembunyi ataupun angina yang tersembunyi yaitu tidak ditemukan nyeri dada, dimana keadaan ini mencakup hampir 40% kasus. Pada penderita DM terjadi percepatan *aterosklerosis* dan 75 – 80% kematian penderita diabetes disebabkan oleh *makroangiopati* terutama yang terjadi pada jantung, yaitu *Sindrom Koroner Akut*.

#### 5) Stress

Dalam kondisi stres yang kronis dan berkepanjangan syaraf simpatis akan dipacu setiap waktu, dan adrenalin pun akan meningkat, yang akan menyebabkan peningkatan tekanan darah bersamaan dengan meningkatnya kadar kolesterol dalam darah. Hal ini tentunya akan membebani jantung dan merusak pembuluh

darah koroner. Stress merupakan salah satu risiko koroner yang kuat, tapi sukar diidentifikasi.

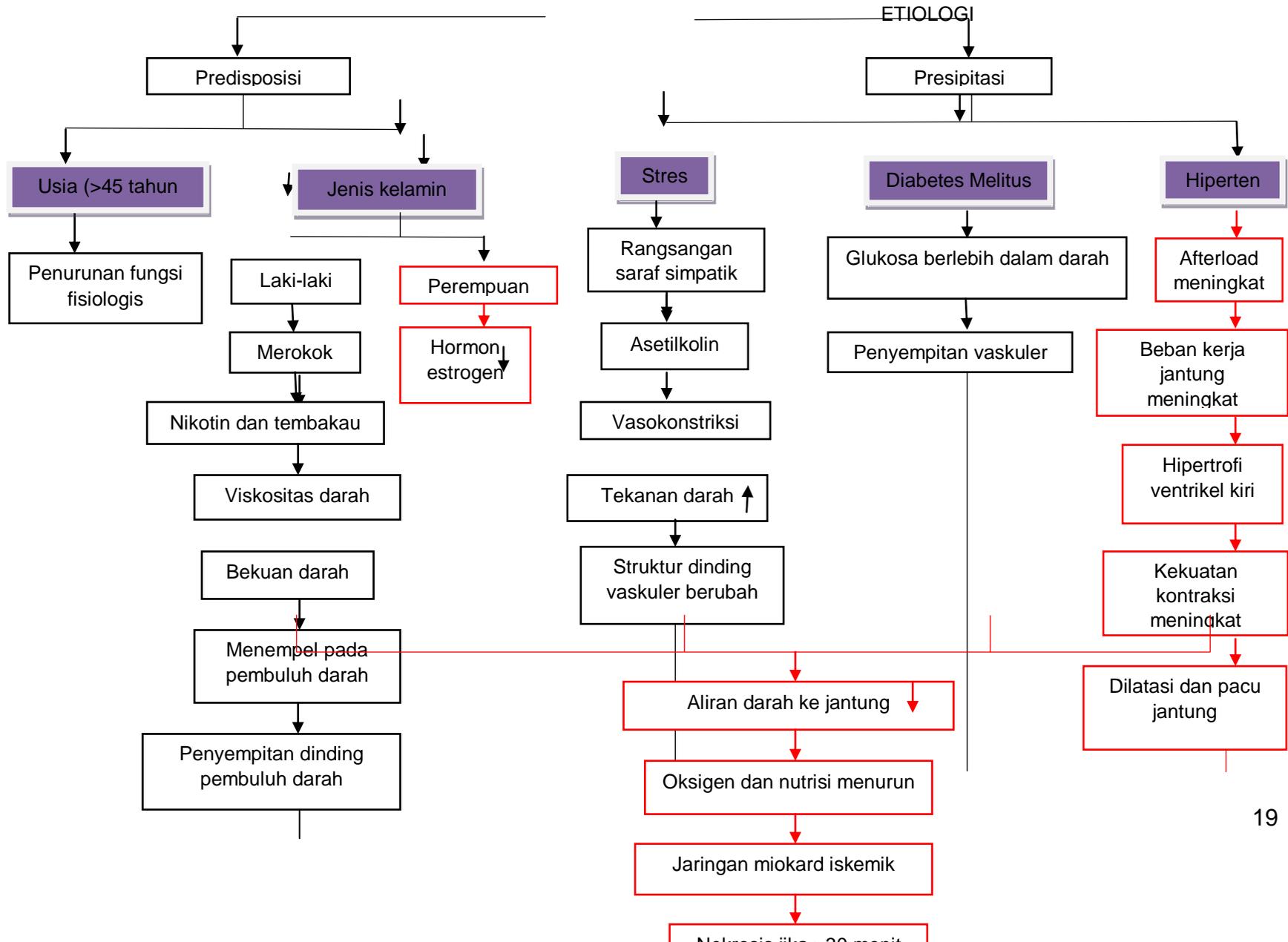
Stres merupakan respon yang tidak spesifik dari seseorang terhadap setiap tuntutan kehidupan, korelasi antara stres psikologis dengan kejadian Acute Coronary Syndrom. Stres yang terus menerus berlangsung lama akan meningkatkan tekanan darah dan kadar katekolamin sehingga mengakibatkan penyempitan pada arteri koroner. Situasi kecemasan dan depresi akan merangsang hipotalamus untuk mensekresikan *adreno cortico tropin (ACTH)*, yang kemudian akan menstimulasi korteks adrenal untuk mengeluarkan hormon kortisol yang berdampak pada perubahan hemodinamik pasien *Acute Coronary Syndrom*. Perubahan *hemodinamik* ini terjadi karena adanya pengaturan sistem *neurohormonal* yang bersifat adaptif maupun maladaptif. Sistem *neurohormonal* bersifat adaptif jika dapat memelihara *MAP* selama terjadi penurunan *cardiac output (CO)*. Dikatakan maladaptif ketika terjadi peningkatan *hemodinamik* tubuh melebihi nilai ambang batas normal, sehingga akan menstimulasi peningkatan kebutuhan oksigen dan memicu cedera sel otot miokard (Onk et al., 2016).

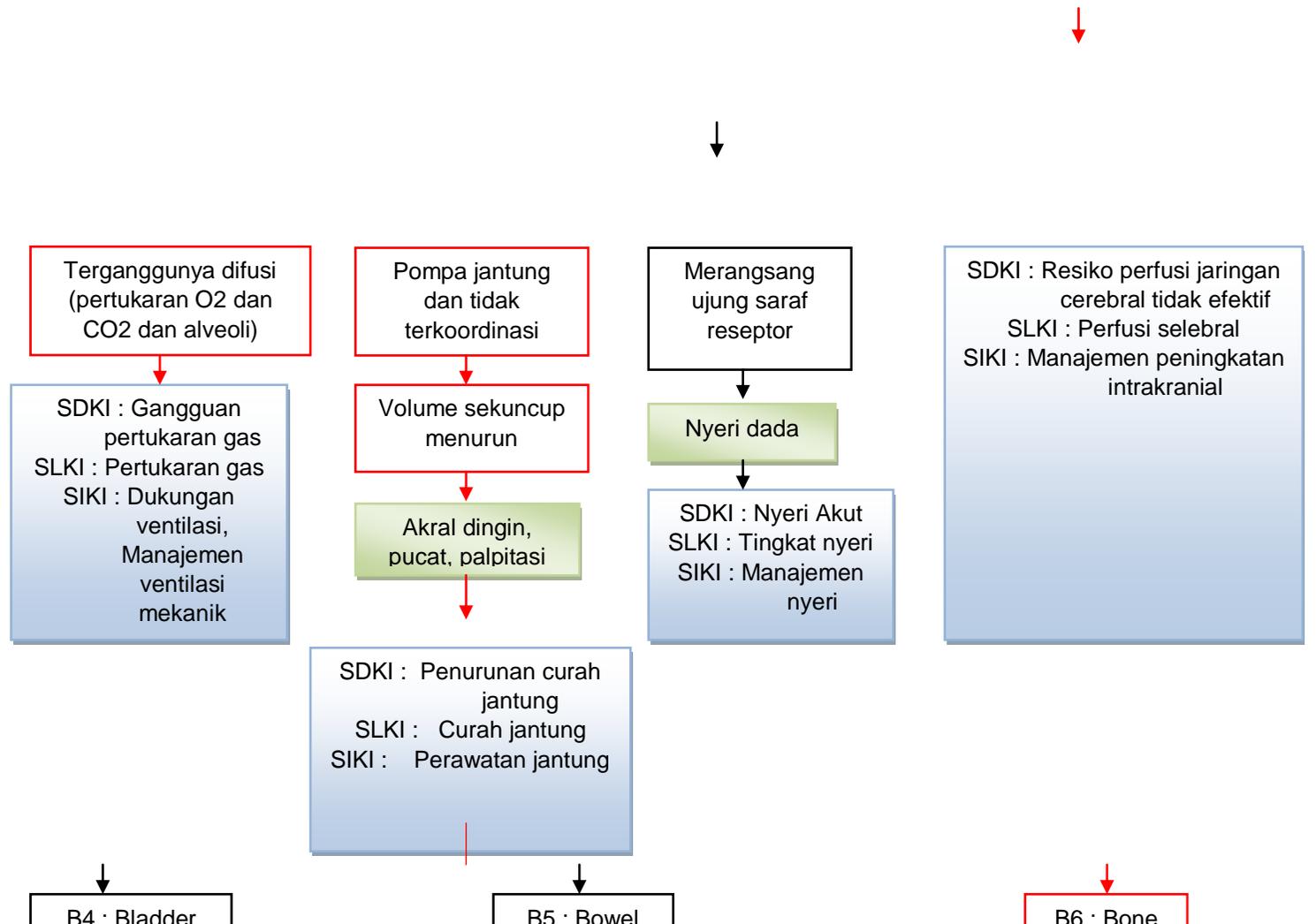
#### 6) Obesitas

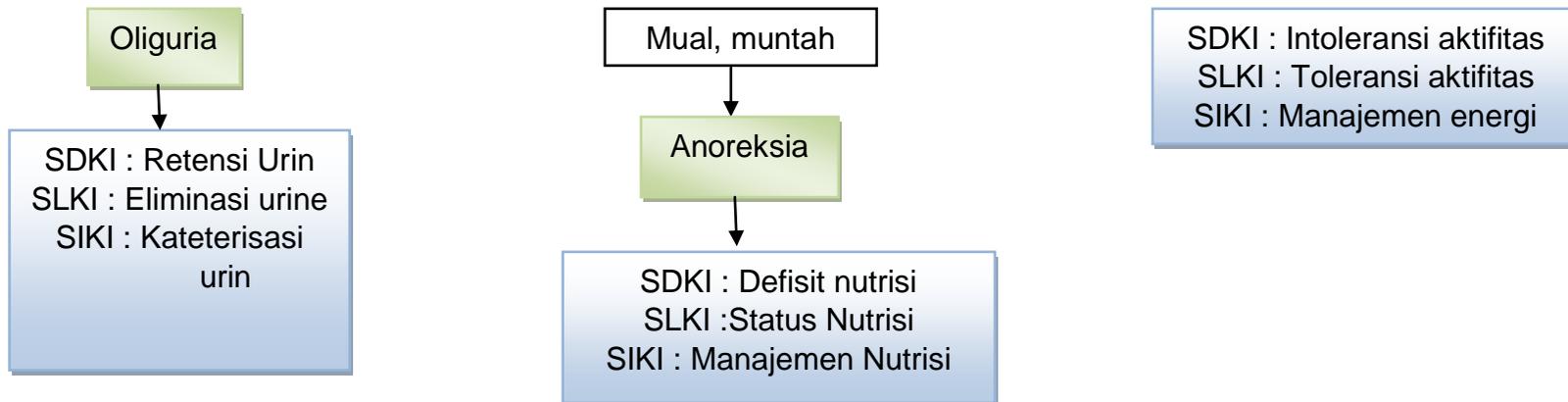
Obesitas didefinisikan sebagai berat badan lebih yang terutama disebabkan oleh akumulasi lemak tubuh. Obesitas adalah apabila indeks masa tubuh (IMT) > 27, dimana IMT adalah berat badan dalam kg dibanding tinggi dalam m<sup>2</sup>. Orang dengan obesitas mempunyai risiko 2,68 kali untuk terjadinya *Sindrom Koroner Akut* Dikutip dari *American Heart Association / American College of Cardiology* (2001). Studi Farmingham mengemukakan bahwa pada orang dengan obesitas kemungkinan untuk mengalami payah jantung dan *Sindrom Koroner Akut* lebih besar pada laki – laki dibanding perempuan.

Seseorang yang obesitas secara umum berisiko mengalami *hiperlipidemia* dan *hiperkolesterolemia*, yang merupakan faktor dominan yang dapat menyebabkan terjadinya *aterosklerosis*. Selain itu beban cairan tubuh yang cukup besar dan menurunnya kemampuan beraktivitas secara bertahap akibat dari obesitas, lambat laun akan menimbulkan meningkatnya beban kerja jantung dan menurunkan fungsinya. Obesitas berhubungan dengan peningkatan volume darah dan curah jantung yang disebabkan oleh peningkatan aktivitas metabolik yang tinggi dan jaringan adiposa yang akan mempengaruhi perubahan hemodinamik pasien *Acute Coronary Syndrom*.

Pathway







5.

**atofisiologi**

*Sindrom Koroner Akut (SKA)* dimulai dengan adanya ruptur plak *arteri koroner*, aktivasi kaskade pembekuan dan *platelet*, pembentukan trombus, serta aliran darah koroner yang mendadak berkurang. Oklusi mendadak dari arteri koroner bila ada ruptur plaque, akan mengaktifasi sistem pembekuan. Interaksi antara ateroma dengan bekuan akan mengisi lumen arteri, sehingga menutup lumen pembuluh darah koroner yang sudah mengalami *aterosklerosis*. *Hipoksemia* pada daerah distal dari sumbatan menyebabkan *iskemia* dan selanjutnya *nekrosis miokardia*. Kematian sel *miokardium* akibat *iskemia* disebut *infark miokard*, dimana terjadi kerusakan, kematian otot jantung, dan terbentuk jaringan parut tanpa adanya pertumbuhan kembali otot jantung. Pada infark miokard, fungsi ventrikel kiri mengalami gangguan kontraktilitas. Sumbatan tersebut mengakibatkan kontraksi jantung meningkat. Kontraksi jantung yang meningkat menyebabkan beban jantung juga meningkat dan tidak adekuatnya aliran darah di jantung sehingga menyebabkan penurunan curah jantung (maulidia, 2022)

**6. Manifestasi klinis**

Terbentuknya trombus akibat proses patofisiologi *Sindrom Koroner Akut* menyebabkan darah sulit mengalir ke otot jantung dan daerah yang diperdarahi menjadi terancam mati. Gejala yang khas dari *Sindrom Koroner Akut* adalah rasa nyeri, rasa terjepit, kram, rasa berat atau rasa terbakar di dada (*angina*). Lokasi nyeri biasanya berada di sisi tengah atau kiri dada dan berlangsung selama lebih dari 20 menit. Rasa nyeri ini dapat menjalar ke rahang bawah, leher, bahu atau lengan serta ke punggung.

Nyeri dapat timbul pada waktu istirahat, nyeri ini dapat pula timbul pada penderita yang sebelumnya belum pernah mengalami hal ini atau penderita yang pernah mengalami *angina*, namun pada kali ini pola serangannya menjadi lebih berat atau lebih sering. Selain gejala gejala

yang khas tersebut, bisa juga terjadi penderita hanya mengeluh seolah pencernaannya yang terganggu atau hanya berupa nyeri yang terasa di ulu hati. Keluhan diatas dapat disertai dengan sesak, muntah atau keringat dingin. *Sindrom Koroner Akut* dapat bermanifestasi sebagai angina tidak stabil atau serangan jantung dan dapat berakibat kematian (Kusumastuti, 2018)

## 7. Tes Diagnostik

### a. Elektrokardiogram (EKG)

*EKG 12 lead* saat istirahat merupakan alat diagnostik lini pertama dalam penilaian pasien-pasien yang beresiko *NSTEMI*. *EKG* harus didapat dalam 10 menit setelah kontak medis pertama. Karakteristik abnormalitas gambaran *EKG* yang ditemui pada *NSTEMI* adalah depresi segmen ST atau elevasi transient dan atau perubahan pada gelombang T (inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T pseudo-normal)

### b. Biomarker

*Kardiak troponin (TnT dan Tnl)* memegang peranan penting dalam diagnosis dan stratifikasi risiko, dan dapat membedakan *NSTEMI* dengan *Unstable Angina (UA)*. Troponin lebih spesifik dan sensitif dibandingkan enzim jantung lainnya seperti *creatine kinase (CK)*, *isoenzim CK* yaitu *CKMB* dan *mioglobin*. Peningkatan troponin jantung menggambarkan kerusakan selular *miokard* yang mungkin disebabkan oleh embolisasi distal oleh trombus kaya *platelet* dari plak yang *ruptur* atau mengalami *erosi*. Pada kondisi *iskemik miokard* (nyeri dada, perubahan *EKG*, atau abnormalitas gerakan dinding jantung yang baru), peningkatan troponin mengindikasikan adanya infark miokard

### c. Pemeriksaan *Imaging*

Pemeriksaan foto *thoraks* sebaiknya dilakukan pada saat awal pasien masuk ke rumah sakit, sehingga dapat dievaluasi kemungkinan lain penyebab nyeri dada dan digunakan sebagai

*skrining* adanya kongesti paru yang akan mempengaruhi prognosis (Kumar, et al., 2009). Pemeriksaan *ekokardiografi* dan *doppler* sebaiknya dilakukan setelah hospitalisasi untuk menilai fungsi global ventrikel kiri dan *abnormalitas* gerakan dinding regional. *Ekokardiografi* juga diperlukan untuk menyingkirkan penyebab lain dari nyeri dada (Fabiana Meijon Fadul, 2019).

## 8. Penatalaksanaan Medik

Pasien dengan *Sindrom Koroner Akut* memerlukan penanganan yang cepat dan tepat. Penatalaksanaan awal menentukan prognosis selanjutnya. Penatalaksanaan awal adalah terapi awal yang diberikan pada pasien dengan diagnosis kerjakemungkinan *Sindrom Koroner Akut* atas dasar keluhan angina di ruang IGD sebelum ada hasil pemeriksaan *EKG* dan/atau pemeriksaan enzim jantung. Terapi awal yang dimaksud adalah *Morfin*, *Oksigen*, *Nitrat*, *Aspirin (MONA)*. Terapi awal ini tidak harus diberikan semua atau bersamaan (Kusumastuti, 2018). Berdasarkan Pedoman Tatalaksana *Sindrom Koroner Akut* PERKI 2015, penatalaksanaan *Sindrom Koroner Akut* adalah :

- a. Tirah baring
- b. Suplemen oksigen harus diberikan segera bagi mereka dengan saturasi O<sub>2</sub> arteri kurang dari 95% atau yang mengalami distress pernapasan.
- c. Suplemen oksigen dapat diberikan pada semua pasien *Sindrom Koroner Akut* dalam 6 jam pertama, tanpa mempertimbangkan saturasi O<sub>2</sub> arteri
- d. *Aspirin* 160-320 mg diberikan segera pada semua pasien yang tidak diketahui intoleransinya terhadap *aspirin*. *Aspirin* tidak bersalut lebih terpilih mengingat absorpsi sublingual (dibawah lidah) yang lebih cepat.

e. Penghambat reseptor *ADP (Adenosine Diphosphate)*

Dosis awal *ticagrelor* yang dianjurkan adalah 180 mg dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 2x90 mg/hari kecuali pada pasien *STEMI* yang direncanakan untuk terapi reperfusi menggunakan agen *fibrinolitik*. Dosis awal *clopidogrel* adalah 300 mg dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 75 mg/hari (pada pasien yang direncanakan untuk terapi reperfusi menggunakan agen *fibrinolitik*, penghambat reseptor *ADP* yang dianjurkan adalah *clopidogrel*)

f. *Nitroglycerin (NTG)* spray/tablet *sublingual* bagi pasien dengan nyeri dada yang masih berlangsung saat tiba di ruang IGD. Jika nyeri dada tidak hilang dengan satu kali pemberian, dapat diulang setiap lima menit sampai maksimal tiga kali. *NTG* intravena diberikan pada pasien yang tidak responsive dengan terapi tiga dosis *NTG sublingual*. Dalam keadaan tidak tersedia *NTG*, *ISDN* dapat dipakai sebagai pengganti.

g. *Morfin* sulfat 1-5 mg intravena, dapat diulang setiap 10-30 menit, bagi pasien yang tidak responsive dengan terapi tiga dosis *NTG sublingual*. Terapi aspirin dan *ISDN sublingual* bisa diberikan dirumah sebelum pasien berangkat ke rumah sakit.

## 9. Komplikasi

a. Disfungsi *ventricular*

Ventrikel kiri mengalami perubahan serial dalam bentuk ukuran, dan ketebalan pada segmen yang mengalami infark dan non infark. Proses ini disebut *remodelling ventricular* yang sering mendahului berkembangnya gagal jantung secara klinis dalam hitungan bulan atau tahun pasca infark. Pembesaran ruang jantung secara keseluruhan yang terjadi dikaitkandengan ukuran dan lokasi infark, dengan dilatasi terbesar pasca infark pada apeks ventrikel kiri yang mengakibatkan penurunan hemodinamik yang nyata, lebih sering terjadi gagal jantung dan prognosis lebih buruk.

b. Gangguan *hemodinamik*

Gagal pemompaan (*pump failure*) merupakan penyebab utama kematian di rumah sakit pada *STEMI*. *Edema* paru akut juga bisa terjadi sebagai komplikasi infark miokard akut, dimana terjadi penurunan fungsi pompa otot miokard, dan menurunnya fungsi ejeksi ventrikel kiri. Kondisi ini menimbulkan perubahan pada keseimbangan gaya starling tekanankapiler *alveolar*, berupa peningkatan tekanan *hidrostatikkapiler alveolar* disertai kebocoran cairan ke intersisial dan *alveoli*.

c. *Syok kardiogenik*

*Syok kardiogenik* merupakan suatu keadaan patofisiologis dimana jantung gagal mempertahankan sirkulasi adekuat untuk kebutuhan tubuh meskipun pengisian cukup. Gagal jantung paling sering disebabkan oleh kegagalan kontraktilitas miokard, seperti pada infark miokard. Hanya 10% penderita syok kardiogenik ditemukan pada saat masuk, sedangkan 90% terjadi selama perawatan.

d. *Infark ventrikel kanan*

Mekanisme *aritmia* terkait *infark* mencakup ketidak-seimbangan sistem saraf autonom, gangguan elektrolit, *iskemi*, dan perlambatan konduksi dizona *iskemi miokard*

e. *Aritmia pasca STEMI*

Mekanisme *aritmia* terkait *infark* mencakup ketidak-seimbangan sistem saraf autonom, gangguan elektrolit, *iskemi*, dan perlambatan konduksi dizona *iskemi miokard*

f. *Ekstrasistol ventrikel*

Depolarisasi prematur ventrikel sporadis terjadi pada hampir semua penderita *STEMI* dan tidak memerlukan terapi. Obat penyekat beta efektif dalam mencegah aktivitas ektopik ventrikel pada penderita *STEMI*

g. *Takikardi dan fibrilasi ventrikel*

Dalam 24 jam pertama *STEMI*, *takikardi* dan *fibrilasi ventricular* dapat terjadi tanpa tanda bahaya *aritmia* sebelumnya (Ariedarmawan, 2020)

## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian Kritis (B1-B6)

- a. *Breath* (B1): Sesak dengan aktifitas ringan atau istirahat, RR lebih dari 24 kali/menit, *irama ireguler dangkal, ronchi, krekles, ekspansi dada* tidak penuh, penggunaan otot bantu nafas, *dyspnea (+)*, diberikan O2 tambahan.
- b. *Blood* (B2): Terdengar suara jantung di S3 dan S4, suara jantung murmur (+), chest pain (+), CRT kembali >2 detik, akral dingin, nadi lemah dan tidak teratur, *takikardi, bradikardi, TD* meningkat/menurun, *edema*, gelisah, kulit pucat, *sianosis*, hasil *EKG NSTEMI* atau *STEMI*, peningkatan *JVP*, hasil pemeriksaan *GDS* tidak dalam batas normal/tinggi.
- c. *Brain* (B3): Pupil isokor, refleks cahaya (+), refleks fisiologis(+)
- d. *Bladder* (B4): *Oliguri, hematuria, out put* urin menurun
- e. *Blow* (B5): Mukosa bibir kering, penurunan nafsu makan, mual muntah konstipasi/diare, peristaltik usus meningkat/menurun.
- f. *Bone* (B6): Turgor kulit menurun

### 2. Pengkajian Sekunder (Pola Gordon)

- a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

- 1) Data subjektif:

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

## 2) Data objektif:

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

## b. Pola Nutrisi dan Metabolik

## 1) Data subjektif:

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

## 2) Data objektif:

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

## c. Pola Eliminasi

## 1) Data subjektif:

Perubahan pada berkemih seperti inkontinensia urine, anuria atau perubahan BAB seperti konstipasi, peristaltik usus meningkat/menurun.

## 2) Data objektif:

Distensi kandung kemih, distensi abdomen dan bising usus menurun, output urine menurun, urin berwarna pekat, oliguria.

## d. Pola Aktivitas dan Latihan

## 1) Data subjektif:

Keterbatasan aktivitas karena kondisi klien yang lemah, cepat lelah, sesak napas dan nyeri dada.

## 2) Data objektif:

Keletihan, nyeri dada ketika beraktivitas, gelisah, dyspnea saat beraktivitas, perubahan tanda-tanda vital saat beraktivitas, dan perubahan status mental.

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Data subjektif:

Pada pasien ACS atau penyakit jantung lainnya biasanya istirahat dan tidurnya terganggu dikarenakan nyeri dada dan kecemasan yang dirasakan pasien.

2) Data objektif:

Tampak insomnia, gelisah, malaise, dyspnea saat beristirahat, kelelahan, ortopnea, palpebral inferior berwarna gelap, ketidakmampuan mempertahankan posisi tidur dan nokturia, tampak ekspresi wajah mengantuk.

f. Pola Persepsi Sensorik dan Kognitif

1) Data subjektif:

Perasaan nyeri dan sulit berkonsentrasi

2) Data objektif:

Gelisah, gangguan proses pikir, kebingungan, perubahan daya ingat, penglihatan kabur, gangguan status mental, penurunan kesadaran.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Data subjektif:

Gangguan integritas egonya karena memikirkan bagaimana akan menghadapi pengobatannya, pasien juga sering putus asa, cemas dan mudah marah.

2) Data objektif:

Kecemasan, gelisah, mudah tersinggung, perubahan peran, ketidakmampuan menerima penyakit.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Data subjektif:

Menarik diri dan lebih banyak merenung.

2) Data objektif:

Penurunan keikutsertaan dalam aktivitas social yang biasa dilakukan, gangguan komunikasi dan interaksi dengan orang

lain.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

- 1) Data subjektif:  
Tidak ada penyimpangan
- 2) Data objektif:  
Tidak ada penyimpangan

j. Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stres

- 1) Data subjektif:  
Pasien tidak berdaya, stres dan putus asa, sering merasa cemas dan takut.
- 2) Data objektif:  
Emosi yang berlebihan atau tidak bisa dikontrol, mudah marah dan tersinggung

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

- 1) Data subjektif:  
Tidak mampu atau mengalami keterbatasan dan menjalankan ibadah sesuai dengan kepercayaannya.
- 2) Data objektif:  
Klien beribadah hanya di tempat tidur.

### 3. Diagnosa Keperawatan

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

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

#### 4. Discharge Planning

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

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

### 5. Luaran dan Intervensi berdasarkan Diagnosa

SDKI	SLKI	SIKI	RASIONAL
Penurunan curah jantung berhubungan dengan Kontraktilitas (D.0008)	<b>Curah jantung meningkat (L.02008)</b> dengan kriteria hasil: 1. Bradikardi cukup menurun 2. Suara jantung S4 cukup menurun 3. Tekanan darah cukup membaik	<b>Perawatan jantung akut (I.02076)</b>	Mengumpulkan dan menganalisis data untuk memastikan jantung tidak dalam masalah
		<b>Observasi</b>	
		Identifikasi karakteristik nyeri dada	Untuk mengetahui karakteristik nyeri yang dirasakan
		Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)	Untuk mengetahui irama dalam batas normal
		Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan resiko aritmia (mis, kalium, magnesium, serum)	Untuk mengukur kadar elektrolit dalam darah
		<b>Terapeutik</b>	
		Pertahankan tirah	Agar mengurangi beban kerja jantung

		baring minimal 12 jam	
		Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan	Agar pasien terlihat nyaman dengan lingkungan sekitar
		<b>Edukasi</b>	
		Anjurkan segera melaporkan nyeri dada	Untuk membantu mengatasi masalah yang dirasakan secepat mungkin
		Anjurkan menghindari manuever (mis, mengedan saat BAB atau batuk)	agar tidak memberatkan beban jantung dan menimbulkan keluhan baru
		Jelaskan tindakan yang di jalani pasien	Agar pasien mengetahui apa saja tinskan yang sudah dlakukan
		<b>kolaborasi</b>	
		Kolaborasi pemberian anti platelet, jika perlu	Agar mengurangi nyeri dada yang dirasakan
		Kolaborasi	Agar memecahkan plak di pembuluh

		<p>pengecahan trombus dengan anti koagulan, jika perlu</p>	darah pasien
		<p>Kolaborasi pemeriksaan X-ray dada, jika perlu</p>	Agar mebuatgetahui kelainan paru pasien
		<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p>	Untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis(D.0077)</p>	<p><b>Tingkat nyeri menurun (L.08066)</b> dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri cukup menurun</li> <li>2. Meringis cukup menurun</li> <li>3. Gelisah cukup</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p>	
		<p>Identifikasi lokasi, karakteristik, drurasi, frekuensi, kualitas, inttensitas</p>	<p>Agar mengetahui titik nyeri yang dirasakan pasien</p>

	menurun		
--	---------	--	--

		<b>Terapeutik</b>	
		berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam)	Agar pasien mampu meredakan nyeri yang dirasakan
		fasilitasi istirahat dan tidur	Agar pasien terlihat nyaman dan sehat
		<b>Edukasi</b>	
		Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Agar pasien mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan
		Jelaskan strategi meredakan nyeri	Agar pasien mampu melakukannya
		<b>Kolaborasi</b>	
		Kolaborasi pemberian	Agar membantu meredakan nyeri

		analgetik, jika perlu	
<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian (D.0080)</p>	<p><b>Tingkat ansietas menurun (L.09093)</b> dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi cukup menurun</li> <li>2. Perilaku tegang cukup menurun</li> <li>3. Pola tidur cukup membaik</li> </ol>	<p><b>Reduksi ansietas (I.09314)</b></p>	<p>Untuk meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifikasi akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p>
		<p><b>Observasi</b></p>	
		<p>Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)</p>	<p>Ketidakmampuan menghadapi masalah</p>
		<p>Monitor tanda anda ansietas (verbal dan non verbal)</p>	<p>Untuk mengetahui ansietas yang dirasakan</p>

		<b>Terapeutik</b>	
		Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Agar pasien terlihat senang dan tidak stress dengan keadaan atau kondisi yang dihadapi saat ini.
		Temai pasien untuk mnegurangi kecemasan, jika memungkinkan.	Agar pasien merasakaa tidak sendirian dalam menghadapi masalah
		<b>Edukasi</b>	
		Informasikan secara faktual mengenai diagnosis pengobatan danprognosis	Agar pasien mengetahui apa yang dilakukan oleh perawat
		Latih teknik relaksasi	Agar membantu meredakan kecemasan pasien
		<b>Kolaborasi</b>	

		Kolaborasi pemberian obat antiansietas	Agar membantu meredakan kecemasan pasien
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi perfusi(D.0003)	<b>Pertukaran gas(L.01003) meningkat.</b> Dengan kriteria hasil: 1. Dyspnea cukup menurun 2. Gelisah cukup menurun 3. Takikardia cukup menurun	<b>Terapi oksigen (L.01026)</b>	
		<b>Observasi</b>	
		Memonitr kecepatan aliran oksiegen	Agar oksigen diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien
		Memonitor posisi alat oksigen	Agar oksiegen diberikan secara optimal
		Memonitor efektiifitas terapi oksigen(mis, oksimetri, AGD, jika perlu)	Mengevaluasi tindakan yang diberikan apakah efektif atau tiddak.
		Memonitor integritas mukosa hidung akibat	Untuk mengidentifikasi adanya levet akibat pemasangan oksigen

		pemasangan oksigen	
		<b>Terapeutik</b>	
		Pertahankan kepatenan jalan napas	
		Tetpa berikan oksigen saat pasien di transportasi	Agar pemenuhan kebutuhan oksigen pasien tetap terpenuhi.
		<b>Kolaborasi</b>	
		Kolaborasi penentuan dosis oksigen	Agar pemenuhan oksigem pasien sesuai dengan kebutuhannya.
Perfusi perifer tidak efektif behubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena(D.0009)	<b>Perfusi perifer meningkat(L02011).</b> Dengan kriteria hasil: 1. Denyut nadi perifer cukup meningkat 2. Warna kulit pucat cukup menurun	<b>Perawatan sirkulasi(I01070)</b>	
		<b>Observasi</b>	
		Memeriksa sirkulasi sekuler perifer(mis, nadi, edema, pengisian kapiler, warna, suhu,	Untuk mengidentifikasi adanya gangguan / masalah pada sirkulasi pasien

	3. Pengisian kapiler cukup membaik	anklebrachial index)	
	4. Akral cukup membaik	Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi(mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar olesterol tinggi )	Agar oksiegen diberikan secara optimal
		Memonitor panas kemerahan nyeri atau bengkak pada ekstermitas	Untuk memonitor keadaan pasien
		<b>Edukasi</b>	
		Anjurkan berhenti merokok	Untuk meminimalisir faktor resiko pada pasien
		Anjurkan berolahraga rutin	Untuk meminimalisir faktor resiko

		Anjurkan obat menurunkan tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol jika perlu	Agar terapi yang diberikan berjalan dengan baik dan optimal
		Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis, rendah lemak jenuh, minyak goreng ikan omega 3).	Membantu psien dalam mengatasi masalah kesehatannya

### **BAB III**

#### **PENGAMATAN KASUS**

Pada pasien dengan initial Ny. N usia 71 tahun, berstatus sebagai IRT, agama islam, alamat Timbuseng, Barombong, Tamalate, Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Dengan diagnosa *Acute Coronary Syndrome* hari perawatan ke dua di ICU, keluarga pasien mengatakan satu minggu sebelumnya Pada tanggal 3 mei 2023 pasien sudah mengeluh nyeri dada tembus kebelakang, nyeri dirasa saat pasien di rumah, nyeri mulai memberat skala 7, nyeri dirasa hilang timbul dan terasa seperti tertusuk-tusuk. Pasien mengeluh nyeri dada sebelah kanan namun tidak segera di bawah ke rumah sakit karna hanya di anggap sakit dada biasa namun mulai tidak bisa tertahankan setelah 2 hari kebelakang sehingga keluarga membawa ke pasien ke IGD Rumah Bhayangkara makassar pada tanggal 10 Mei 2023. Pada saat di IGD didapatkan data keluarga pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang, keluarga pasien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada dada sebelah kanan, dengan skala nyeri 5 dan nyeri di rasa hilang timbul, Setelah dilakukan pemeriksaan dan penanganan di IGD pasien dipindahkan ke ruangan ICCU pada jam 09.00 WITA. Pada saat pengkajian di ICCU tanggal 11 Mei 2023, saat pengkajiaan didapatkan data pasien dengan kesadaran composmentis, pasien mengeluh nyeri dada sebelah kanan tembus belakang disertai sesak, pasien mengeluh nyeri dada seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5, nyeri dirasa hilang timbul. TD: 148/78 mmHg, Nadi: 61x/menit teraba lemah, P: 20x/menit, S: 36,8°C, akral teraba hangat, tampak terpasang infus NaCL 0,5% tetes/menit, nasal kanul 3 liter/menit, dan terapi yang diberikan pada pasien *omeprazole* 40mg/24jam/iv, *Ramipil* 2,5 mg/ oral, hasil foto thorax *Cardiomegaly* dan *Bronchitis*, dan dapatkan hasil *EKG Stemi*.

### A. Pengkajian Primer

Breath(B1)	Pergerakan dada	- Simetris antara kiri dan kanan
	Pemakaian otot bantu napas	- Tidak ada
	Palpasi	- Vocal Fremitus : getaran dinding paru kiri dan kanan - Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan - Krepitasi: Tidak ada
	Perkusi	- Sonor terdengar di
	Suara napas	- Vesikuler - Lokasi : Kedua lapang paru
	Batuk	- Non produktif
	Sputum	- Tidak ada
	Alatbantu napas	- ada - Jenis Nasal Kanul 3 lpm
	Lain–lain	- P: 32x/menit - SPO2: 98% - Hasil foto thorax adalah <i>Cardiomegaly</i> dan <i>Bronchitis</i>
	Blood(B2)	Suara jantung
Irama jantung		- Reguler
CRT		- <3 detik

		≥3 detik
	JVP	- Normal
	CVP	- Tidak ada
	Edema	- Ada - Lokasi: tangan kanan derajat 2
	EKG	- <i>ST Elevasi</i> pada sadapan 1,V5,V6 streptase
	Lain-lain	- TD: 148/74mmhg - N: 66x/menit - S: 36,3°C - SPO2 :99% - Foto thorax : <i>Cardiomegaly</i> - Troponin I: Positif (111,88)ng/ml
Brain(B3)	Tingkatkesadaran	- Kualitatif: Composmentis - Kuantitatif(GCS) E : 4 - V : 5 - M : 6 - Jumlah : 15
	Reaksi Pupil: - Kanan - Kiri	Isokor - Ada, diameter 3 cm - Ada, diameter 3 cm
	Refleks fisiologis	- Refleks biceps : positif - Refleks Tricep : positif - Reflaks Patella : positif - Refleks Schiles : positif - Refleks Brachoalis : positif
	Refleks patologis	- Refleks Babinsky : negatif - Kaku kuduk : negatif
	Meningeal sign	- Tidak ada

	Lain-lain	- Tidak ada
Bladder(B4)	Urin	- Jumlah : 300cc/8 jam - Warna : kuning jernih
	Kateter	- Ada - Jenis: Folly kateter biasa no 16 fr dengan panjang 22 cm
	Kesulitan BAK	- Tidak ada
	Lain-lain	- Tidak ada
Bowel(B5)	Mukosa bibir	- Kering
	Lidah	- Bersih
	Keadaan gigi	- Lengkap
		- Gigi palsu
	Nyeri telan	- Tidak ada
	Abdomen	- Distensi - Tidak distensi
	Peristaltik usus	- Normal - Nilai : 18x/menit
	Mual	- Ya
	Muntah	- Tidak ada
	Hematememesis	- Tidak ada
	Melena	- Ya dapat menelan
	Terpasang NGT	- Tidak terdapat NGT
	Terpasang colostomy bag	- Tidak terdapat colostomy bag
	Diare	- Tidak adanya diare
	Konstipasi	- Tidak ada konstipasi
	Asites	- Tidak ada
	Lain-lain	- Tidak ada
Bone (B6)	Turgor	- Tidak ada

	Perdarahan kulit	- Tidak ada pendarahan pada kulit
	Icterus	- Tidak ada
	Akral	- Teraba hangat
	Pergerakan sendi	- Bebas
	Luka	- Tidak ada
	Fraktur	- Tidak terdapat Fraktur

**B. Diagnosa keperawatan (berdasarkan data yang diperoleh saat pegkajian)**

- B1: Tidak ada masalah keperawatan
- B2: penurunan curah jantung b/d irama jantung
- B3: Tidak ada masalah keperawatan
- B4: Tidak ada masalah keperawatan
- B5: Tidak ada masalah keperawatan
- B6: Tidak ada masalah keperawatan

**C. Tindakan keperawatan yang dilakukan (berdasarkan diagnosa)**

1. Memonitor tanda-tanda vital
2. Pemberian oksigen dengan nasal kanul 3 liter/menit
3. Identifikasi jenis aritmia
4. Monitor keluhan nyeri dada (intensitas, lokasinfaktor pencetus dan faktor pereda)
5. Monitor saturasi oksigen
6. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler
7. Kolaborasi pemberian obat (anti antlaritmia)

**Pengkajian sekunder (pengkajian riwayat keperawatan dan head to**

toe)

## KAJIAN KEPERAWATAN

Unit : ICCU

Autoanamnese : √

Tanggal masuk : 11 Mei 2023

Tanggal pengkajian : 12 Mei 2023

### A. IDENTIFIKASI

#### 1. PASIEN

Nama initial : Ny. N

Umur : 71 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Status perkawinan : Menikah

Jumlah anak : 3

Agama/ suku : Islam/ Makassar

Warga negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu rumah tangga (IRT)

Alamat : Timbuseng, Tamalate, Kota Makassar

#### 2. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. T

Umur : 30 Tahun

Alamat : Timbuseng, Tamalate, Kota  
Makassar, Sulawesi Selatan

Hubungan dengan pasien : Anak pasien

### B. DATA MEDIK

Diagnosa medik

Saat masuk : Chest pain + Hipertensi Grade II

Saat pengkajian : ACS + NSTE

### C. KEADAAN UMUM

#### 1. KEADAAN SAKIT

Keadaan pasien : Pasien tampak sakit berat

Alasan: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak terpasang infus Ns 20 tetes/menit, tampak terpasang kateter, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit.

#### 2. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran (kualitatif): Composmentis

b. Skala koma Glasgow (kuantitatif)

1) Respon motorik : 6

2) Respon bicara : 5

3) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

c. Tekanan darah : 148/78 mmHg

MAP : 101 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal tidak memadai

d. Suhu : 36,3<sup>0</sup>C

e. Pernapasan : 24 x/menit

Irama : Teratur

Jenis : Dada

f. Nadi : 66 x/menit

Irama : Teratur

#### 3. PENGUKURAN

a. Lingkar lengan atas : 26,7 cm

b. Tinggi badan	: 157 cm
c. Berat badan	: 70 kg
d. IMT	: 28.4 Kg/m <sup>2</sup>

#### D. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

##### 1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

###### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting bagi kita untuk melakukan segala aktifitas dengan lancar dan maksimal. Keluarga pasien mengatakan jika pasien sakit biasa pasien hanya beristirahat di rumah dan jika sudah tidak kunjung sembuh barulah pasien di bawah ke rumah sakit, pasien memiliki penyakit hipertensi sudah 2 tahun dan mengonsumsi amlodiplin 1 x 1 tablet sehari, apabila obat hipertensi habis pasien akan ke puskesmas untuk mendapatkan obat hipertensi, pasien sebelumnya mengeluh nyeri dada namun pasien menganggap hanya nyeri dada biasa sehingga pasien tidak memeriksakan ke layanan kesehatan, fase sebelum pasien sakit pasien memiliki pola hidup yang sehat, seperti pasien berolahraga jalan pagi dekat rumah.

###### b. Riwayat penyakit saat ini

###### 1) Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri pada dada sebelah kanan

###### 2) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan satu minggu sebelumnya pada tanggal 04 April 2023 pasien sudah mengeluh nyeri dada tembus kebelakang, nyeri dirasa saat saat pasien di rumah, nyeri mulai memberat skala 7, nyeri di rasa hilang timbul dan terasa seperti tertusuk-tusuk. Pasien mengeluh nyeri dada sebelah kanan namun tidak segera di bawah ke rumah sakit karna hanya di anggap sakit dada biasa, namun nyeri tidak bisa tertahankan sejak 2 hari yang lalu dan akhirnya pasien di

diantar keluarganya ke RS.Bhayangkara melalui IGD. Pada saat pasien di IGD pasien mendapat tindakan observasi TTV, pemasangan infus RL 20 tpm, pemberian santagesik 1 ampul, pemasangan kateter, inj. Vasolai/5 mcg dan setelah cairan RL 500cc habis diganti dengan cairan NaCL, dan di observasi kembali setelah di observasi pasien di antar ke ruangan ICU dan dilakukan pengkajian pada pasien. Pada saat dilakukan pengkajian di ruang ICU didapatkan data keluarga pasien mengatakan nyeri dada, nyeri dirasakan pada dada sebelah kanan, pasien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk- tusuk dengan skala nyeri 5 dan nyeri,dan nyeri dirasakan hilang timbul. TD: 148/78 mmHg, Nadi: 61x/menit teraba lemah, P: 20x/menit, S: 36,8°C EKG:Stemi inferior pada sadapan 1,V5,V6 streptase, Troponin Positif (11,88) ng/ml, Thorax : - Cardiomegaly dengan aorta dilatasi dan elongasi, Bronchitis, Kalium (K) 3.3 mmol/L.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Keluarga pasien mengatakan sering mengeluh nyeri dada hilang timbul. Pasien memiliki penyakit Hipertensi sejak 2 tahun yang lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti yang dialami pasien

Pemeriksaan Fisik

- a) Kebersihan rambut : Rambut tampak bersih dan tampak adanya uban
- b) Kulit kepala : Tampak kulit kepala bersih
- c) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih
- d) Higiene rongga mulut : Aroma mulut tidak berbau
- e) Kebersihan genetalia : Tampak bersih
- f) Kebersihan anus : Tampak bersih

## 2. Pola Nutrisi dan Metabolik

### a. Sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan dengan teratur dan pola makan pasien baik, pasien makan 3 kali sehari dengan menu nasi dan sayur serta lauk pauk. Pasien dulu suka minum kopi-kopi kali sehari.

### b. Sejak sakit:

Pasien diberi makan bubur 3 kali sehari dari makanan yang di sediakan rumah sakit, dan minum air 120 ml, dan diberikan diet jantung rendah lemak dan rendah garam (RLRG).

### c. Observasi

Tampak pasien hanya makan setengah dari porsi bubur yang di berikan dan tampak pasien menghabiskan 1 gelas air mineral. Terpasang infus NaCL 0,5% tetes/menit.

## 3. Pola Eliminasi

### a. Sebelum sakit:

Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi feses lunak dan berwarna kuning kecoklatan dan BAK 5-6 kali sehari dengan urin berwarnakuning jernih.

### b. Sejak sakit:

Pasien belum ada BAB selama di rawat di RS dan BAK pasien menggunakan kateter.

### c. Observasi:

Terpasang foley kateter 500 cc/8 jam,dengan warna kuning

## 4. Pola Aktivitas dan Latihan

### a. Sebelum sakit:

Pasien mengatakan aktivitas sehari-harinya adalah sebagai IRT, dirumah pasien mengerjakan pekerjaan rumah seperti memasak, mencuci,

membersihkan rumah, pasien juga mengatakan setiap pagi sering berjalan-jalan keliling sekitar rumah

**b. Sejaksakit:**

Pasien mengeluh lemas dan nyeri dada bertambah bila beraktivitas dibantu dalam beraktivitas, karena merasa sulit bergerak, sesak saat posisi *supine* dan akan berkurang saat posisi *semi fowler*.

**c. Observasi:**

**Tampak pasien dalam posisi semifowler Aktivitas Harian:**

- |    |                           |   |
|----|---------------------------|---|
| a) | Makan                     | 2 |
| b) | Mandi                     | 2 |
| c) | Pakaian                   | 2 |
| d) | Kerapihan                 | 2 |
| e) | Buangair besar            | 2 |
| f) | Buangair kecil            | 1 |
| g) | Mobilisasi ditempat tidur | 2 |

0 :mandiri
1 :bantuan dengan alat
2 :bantuan orang
3:bantuan alat dan orang
4 :bantuan penuh

**5. Pola istirahat dan tidur**

**a. Sebelum sakit:**

Pasien mengatakan waktu tidur malam kurang lebih 6-7 jam. Pasien mengatakan sangat jarang tidur siang karena sibuk bekerja

**b. Sejak sakit:**

Pasien mengatakan sulit tidur dikarenakan nyeri dan sesak yang dirasakan

**c. Observasi:**

Tampak pasien terbaring di tempat tidur

**6. Pola Persepsi kognitif**

**a. Sebelum sakit:**

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah/gangguan pada pancaindra, nyeri dada

**b. Sejak sakit:**

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada gangguan pendengaran, dan gangguan penglihatan

**c. Observasi**

Keluarga pasien mengatakan nyeri dada, nyeri dirasakan pada dada sebelah kanan, dengan skala nyeri 5 dan nyeri di rasa hilang timbul tembus ke belakang, pasien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk-tusuk.

**7. Pola Persepsi dan konsep diri**

**a. Sebelum sakit:**

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien merawat dirinya dengan baik dan bersyukur dengan apapun yang dia miliki. Pasien mengatakan pasien bekerja sebagai Ibu rumah tangga.

**b. Sejak sakit:**

Pasien mengatakan sejak sakit merasa sedih dengan keadaannya saat ini karena tidak dapat menjalankan perannya sebagai seorang ibu dan seorang nenek untuk cucunya.

**8. Pola peran dan hubungan dengan sesama**

**a. Sebelum sakit:**

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga teman dan tetangga selalu baik dan tidak ada masalah

**b. Sejak sakit:**

Pasien mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarganya baik-baik saja. Keluarga selalu memberikan semangat dan dukungan dalam proses penyembuhan pasien

**c. Observasi:**

Tampak pasien didampingi oleh anak dan saudaranya

## 9. Pola Mekanisme koping dan toleransi stress

### a. Sebelum sakit :

Saudara pasien mengatakan ketika ada masalah ia langsung menceritakannya kepadakeluargadan akan didiskusikan bersama keluarga untuk mengatasinya

### b. Sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisinya saat ini dan menyerahkan kepada Tuhan serta menyerahkan pengobatannya kepada dokter dan perawat

## 10. Pola reproduksi dan Seksualitas

### a. Sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan, pasien tidak memiliki penyakit kelamin

### b. Sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak memiliki penyakit kelamin

## 11. Pola Sistem nilai kepercayaan

### a. Sebelum sakit :

Saudara pasien mengatakan selalu meluangkan dirinya untuk selalu sholat 5 waktu

### b. Sejak sakit:

Pasien mengatakan selalu berdoa untuk kesembuhannya

### c. Observasi :

Tampak saudara dan keluarga selalu memanjatkan doa kepada pasien

### E. Uji Saraf Kranial

1. N I : Pasien mampu mencium aroma minyak kayu putih yang diberikan
2. N II : pasien mampu membaca tulisan dari jarak 30cm dengan font ukuran 12 cm
3. N III, IV, VI : pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah kanan dan ke arah kiri
4. N V  
 Sensorik : pasien mampu menunjukkan daerah yang diberi goresan tissue pada daerah dahi, kedua pipi dan dibawah dagu  
 Motorik : pasien mampu menggigit pada daerah rahang
5. N VII  
 Sensorik : pasien mampu merasakan Makanan yang di berikan  
 Motorik : pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi, dan tersenyum
6. N VIII : pasien mampu mendengar suaraa petikan jari
7. N IX dan N X : pasien mampu menelam makanan dan minuman
8. N XI : pasien tidak mampu mengangkat bahu
9. N XII : pasien mampu menjulurkan lidah dan mendorong pipi kiri dan pipi kan

### F. Pemeriksaan Penunjang

1. EKG:Stemi inferior pada sadapan 1,V5,V6 streptase
2. Troponin Positif (11,88) ng/ml
3. Thorax :

a. Cardiomegaly dengan aorta dilatasi dan elongasi

b. Bronchitis

#### 4. Laboratorium

JenisPemeriksaan	Hasil	NilaiRujukan
Hemoglobin	13,2	11,0-16.0gr/dL
Leukosit	7,50	3,5-10.0(x10)
HOT	38,5	20-40
Trombosit	238	100-300(x 10)
SGOT	83	<37
SGPT	85	<43
KIMIA DARAH		
GDS	101	100-140 mg/dL
ELEKTROLIT		
Ureum	12	9,0-18,0
Creatinin	0,8	0,6- 1,1
Kalium (K)	3.3	3,5-5.1 mmol/L
Natrium (Na)	145	136-145 mmol/L
Clorida (CL)	103	94-110 mmol/l

#### G. Terapi

1. Ramipil 2,5 mg/ oral
2. Sp Furosemide 5 mg / jam/ siring pup
3. Omz 40 mg/ 12 jam/iv
4. Miniaspi 80 mg/ oral
5. CPG 75 mg/ oral
6. Nitrokaf 2,5 mg/oral

7. Concor 1,25 mg/ oral

H. Diagnosa Keperawatan (sesuai dengan pengkajian sekunder)

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

I. Prinsip tindakan (tindakan mandiri dan kolaborasi serta rasional tindakan)

Prinsip dan Analisa tindakan

PRINSIP DAN TINDAKAN	RASIONAL
Tindakan pemberian oksigen	Mencegah transmisi mikroorganisme (infeksi nosocomial) dan penyebaran penyakit
a. Mencuci tangan	
b. Mengucapkan salam, menjelaskan prosedur, dan tujuan tindakan pada pasien	Menerapkan etika keperawatan agar pasien memahami tujuan tindakan yang akan diberikan.
c. Mengatur semi fowler	Memposisikan pasien nyaman mungkin
d. Selang dihubungkan dengan tabung oksigen	Menghubungkan selang dari tabung oksigen ke pasien
e. Flowmeter dibuka, dicoba pada pangkung tangan sebelum diberikan kepada pasien	Memastikan bahwa udara sudah mengalir melalui selang kanul
f. Memasang selang oksigenasi kepada pasien dan melakukan fiksasi	Memberikan fiksasi pada selang oksigen bertujuan agar selang oksigen tidak mudah terlepas.

g. Mengevaluasi tindakan	mengetahui apa yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan
h. Mengucapkan salam saat mengakhiri pertemuan pasien	menerapkan etika dalam keperawatan
i. Cuci tangan	mencegah transmisi mikroorganisme (infeksi nosocomial) dan penyebaran penyakit

## J. Analisa Data

Nama pasien/umur : Ny. N/ 71 tahun

Ruangan : ICCU

Tabel 3.1

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa sesak</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri dada</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri dada tembus ke belakang</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri dada seperti tertusuk- tusuk, nyeri dirasakan pada dada sebelah kanandengan skala nyeri 5 dan nyeri di rasa hilang timbul</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekspresi wajah meringis</li> <li>- Tampak pasien sesak</li> <li>- Terdengar bunyi jantung Gallop pada pasin di ICS 5</li> <li>- Tekanan darah 148/74 mmHg</li> <li>- N: 66x/menit</li> <li>- SPO2: 99%</li> <li>- Hasil EKG st elevasi Inferior pada sadapan 1,V5,V6</li> <li>- Hasil foto thorax : Cardiomegaly dan bronchitis</li> <li>- Troponin I: Positif (111,88)ng/ml</li> </ul>	Perubahan irama jantung	Penurunan curah jantung
2.	<p><b>Data subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pasien mengeluh lemas dan nyeri dada bertambah</b></li> </ul>	kelemahan	Intoleransi aktifitas

	<p><b>bila beraktivitas dibantu dalam beraktivitas</b></p> <p><b>Data objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien sesak</li> <li>- Tampak pasien di bantu oleh keluarga</li> <li>- Tampak pasien di bantu oleh perawat</li> <li>- Tekanan darah 148/74 mmHg</li> <li>- N: 66x/menit</li> </ul>		
--	---	--	--

### K. Diagnosis Keperawatan

Tabel 3.2

No.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
1.	Penurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung (D.0008)
2.	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan (D.0056)

### L. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2

No.	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Luaran yang Diharapkan	Intervensi Keperawatan

		(SLKI)	(SIKI)
1.	<p>Penurunan curah jantung</p> <p>b/d Perubahan irama jantung</p> <p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekspresi wajah meringis</li> <li>- Pasien mengatakan merasa sesak</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri dada</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri dada tembus ke belakang</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri dada seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada dada sebelah kanan dengan skala nyeri 5 dan nyeri di rasa hilang timbul</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien sesak</li> <li>- Terdengar bunyi jantung Gallop pada pasien di ICS 5m</li> <li>- Tekanan darah 148/74 mmHg</li> <li>- S: 32X/menit</li> <li>- N: 66x/menit</li> <li>- SPO2: 99%</li> <li>- Hasil EKG st elevasi</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : (L.02008)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bradikardi menurun</li> <li>2. Edema menurun</li> <li>3. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p>A. Perawatan jantung akut (1.02075)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi frekuensi</li> <li>- Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T</li> <li>- Monitor aritmia (kelainan irama jantung)</li> <li>- Monitor enzim jantung (mis. Troponin T, troponin I)</li> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan tirah baring minimal 12 jam</li> </ul>

	<p>Inferior pada sadapan 1,V5,V6 streptase</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil foto thorax Cardiomegaly, Bronchitis</li> <li>- Troponin I: Positif (111,88)ng/ml</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress</li> <li>- Berikan Oksigen</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan segera melaporkan nyeri dada</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian antiplatelet (Miniaspi 80 mg/ oral)</li> <li>- Kolaborasi pemberian antiangina (CPG 75 mg/ oral, Nitrokaf 2,5 mg/oral, Concor 1,25 mg/ oral)</li> <li>- Kolaborasi pemeriksaan x-ray dada</li> </ul> <p>B. Manajemen cairan (1.03098)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor status</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>hidrasi (mis. Frekuensi nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor berat badan harian</li> <li>- Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- catat <i>intake-output</i> dan hitung balance cairan 24 jam</li> <li>- Beikan asupan cairan, <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>- Berikan cairan intravena</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian diuretik (Furosemide 5 mg/jam/ siring pup)</li> </ul> <p>C. Pemantauan tanda vital (1.02060)</p>
--	--	--	---

			<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tekanan darah</li> <li>- Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)</li> <li>- Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)</li> <li>- Monitor suhu tubuh</li> <li>- Monitor oksimetri nadi</li> <li>- Identifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentasi hasil pemantauan</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informasikan hasil pemantauan</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat Hipertensi (Concor 1,25 mg/ oral, Ramipril 2,5 mg/ oral)</li> </ul>
2	Intoleransi aktivitas b/d	Setelah dilakukan	Manajemen energi

	<p>kelemahan</p> <p><b>Data subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pasien mengeluh lemas dan nyeri dada bertambah bila beraktivitas dibantu dalam beraktivitas,</b></li> </ul> <p><b>Data objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien sesak</li> <li>- Tampak pasien dibantu oleh keluarga</li> <li>- Tampak pasien dibantu oleh perawat</li> <li>- Tekanan darah 148/74 mmHg</li> <li>- S: 32X/menit</li> <li>- N: 66x/menit</li> </ul>	<p>tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan lelah menurun</li> <li>2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari cukup meningkat</li> <li>3. Dispnea saat aktivitas cukup menurun</li> <li>4. Perasaan lemah menurun</li> </ol>	<p>(1.05178) :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>- Monitor pola dan jam tidur</li> <li>- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>- Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan tirah baring</li> <li>- Anjurkan</li> </ul>
--	---	--	--

			<p>melakukan aktivitas secara bertahap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan (diet rendah lemak dan rendah garam (RLRG))</li> </ul>
--	--	--	--

### M. Implementasi Keperawatan

Nama pasien/umur : Ny. N/ 71 tahun

Ruangan :ICCU

Tabel 3.3

Tanggal	Dx	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama perawat
btu	I	14:00	- Memonitor pemberian diuretik	

11/05/2023			<p>(Furosemide 5 mg/jam/ siring pup)</p> <p>H/ Tampak Urine</p> <p>- Mengidentifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi frekuensi)</p> <p>H/</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk- tusuk</p> <p>R: Nyeri dirasakan pada dada sebelah kanan</p> <p>S: pasien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri di rasa hilang timbul</p> <p>- Memonitor TTV</p> <p>TD : 150/76 mmHg</p> <p>N : 58x/menit</p> <p>P : 25x/menit</p> <p>S : 36,7 °C</p> <p>SPO2 : 99%</p> <p>- Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p>	
	I	14:05		
	I	15:01		

	I	15:30	H/ 53x/menit(Bradikardia)	
			- Memonitor saturasi oksigen H/ SPO2 : 99%	
			- Memonitor pemberian oksigen 3 liter/menit H/ pasien merasa nyaman diberikan oksigen	
	II	16:00	- Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas H/ Tampak pasien tambah sesak jika berbicara dan bergerak	
	II	16:05	- Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara, kunjungan) H/ Tampak pasien nyaman dengan lingkungan yang dingin dan tampak pasien tertidur	
	I	17:00	- Memonitor TTV H/ TD : 150/78 mmHg N : 56x/menit P : 26x/menit S : 36,5°C SPO2 : 98%	
	II	18:00	- Memonitor pola dan jam tidur	

	I	18:05	H/ tampak pasien sering terbangun saat tidur	
			- Memonitor TTV	
			H/ TD : 151/71mmHg	
			N : 57x/menit	
			P : 24x/menit	
			S : 36,5°C	
	II	18:30	SPO2 : 99%	
			- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
	I	19:00	H/ Tampak pasien di berikan diet jantung rendah lemak dan rendah garam (RGRL)	
			-Kolaborasi pemberian obat	
			H/ diberikan Atorvastatin 40mg/oral, Nitrokat 2,5 mg/2x1/oral, Ramipril 2,5 mg/1x1/oral. Concor 1,25 mg/1x1/oral	
	I	21:00		
			- Memberikan cairan intravena	
	II		H/ Infus Nacl 0,5% 500cc tetes/menit	
			- Memonitor kelelahan fisik dan emosional	
			H/ Pasien mengatakan dirinya	

	I	21:05	<p>merasa lelah dan tubuhnya lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor TTV</li> </ul> <p>H/ TD : 154/79mmHg</p> <p>N : 55x/menit</p> <p>P : 24x/menit</p>	
	I	21:10	<p>S : 36,5°C</p> <p>SPO2 : 98%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul>	
	I		<p>H/ Menuliskan hasil TTV ke dalam Flow sheet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor intake dan output cairan</li> </ul> <p>H/ Balance cairan =Input – (Output + IWL)</p> <p>=2.200– (500+840)</p> <p>=2.200-1.340</p> <p>= 860cc/8jam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada</li> </ul> <p>H/ Tampak pasien paham dengan anjuran perawat</p>	
inggu 12/05/2023	I	14:01	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian diuretik (Furosemide 5 mg/jam/ siring pup)</li> </ul> <p>H/ Tampak urine</p>	

	I	14:10	- Memonitor TTV TD : 132/65 mmHg N : 54x/menit P : 22x/menit S : 36,4 °C SPO2 : 100%	
	I	14:30	-Memonitor enzim jantung H/ troponin positif (11,88) ng/ml	
	I	15:00	-Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) H/ 54x/menit(Bradikardia)	
	II	15:30	-memberikan oksigen, jika perlu. H/ Diberikan O <sub>2</sub> dengan nasal kanul sebanyak 3 lpm	
	I	16:00	-Memonitor TTV TD : 124/60mmHg N :50 x/menit P : 20x/menit S : 36,5°C SPO2 :100 %	
	II	16:30	-kolaborasi pemeriksaan <i>x-ray</i> dada H/ Tampak pemeriksaan foto thorax : Cardiomegaly, Bronchitis  -Memonitor kelelahan fisik dan	

	II	17:10	emosional H/ Pasien mengatakan dirinya merasa lelah dan tubuhnya lemah	
	II	18:00	- Menganjurkan tirah baring. tampak pasien terbaring di tempat tidur  -kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan H/ Tampak pasien di berikan diet jantung rendah lemak dan rendah garam (RGRL)	
	I	19:00	-Kolaborasi pemberian obat H/ diberikan Atorvastatin 40mg/oral, Nitrokaf 2,5 mg/2x1/oral, Ramipril 2,5 mg/1x1/oral. Concor 1,25 mg/1x1/oral	
	I	20:00	-Memonitor TTV TD : 128/66 mmHg N : 51x/menit P : 19 x/menit S : 36,6°C SPO2 : 99 %	

		21:00	- Memonitor TTV TD : 110/56mmHg N :46 x/menit P : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 :99 %	
	II	21:05	-Menyediakan lingkungan yang rendah stimulus H/ Tampak pasien nyaman dengan lingkungan yang dingin dan tampak pasien terbaring  - Memonitor intake dan output cairan H/ Balance cairan =Input – (Output + IWL) =1.200 – (1.500+840) =1.200 - 390 =810cc/8jam  -Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada H/ Tampak pasien paham dengan anjuran perawat	
nin, 13/04/2023	I	22:00	-Memonitor TTV H/ -TD : 135/71 mmHg - N : 50 x/menit - S :36 °C - P : 25 x/menit -SPO2 : 100%	

	II	22:30	-Memonitor fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan H/ pasien mengatakan merasa kelelahan pada bagian badan	
	II	23:00	- Menyediakan lingkungan yang rendah stimulus H/ Tampak pasien nyaman dengan lingkungan yang dingin dan tampak pasien tertidur	
	I	00:02	-Memonitor TTV H/ -TD : 124/60 mmHg - N : 50 x/menit - S :36,5 °C - P : 18 x/menit -SPO2 : 99%	
	I	00:05	- Memberikan oksigen H/ tampak pasien diberikan O2 4ltr	
	I	02:00	-Memonitor TTV H/ -TD : 130/71 mmHg - N : 60 x/menit - S :36,5 °C - P : 20 x/menit -SPO2 : 100%	
	I	02:05	- Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) H/ 60x/i(Bradikardia)	

	I	04:05	-Memonitor TTV H/ -TD : 135/78 mmHg - N : 46 x/menit - S :36,5 °C - P : 19 x/menit -SPO2 : 99%	
	II	05:30	-Memonitor kelelahan fisik dan emosional H/ Pasien lemas dan lelah mulai berkurang	
	I	06:00	-Memonitor TTV H/ -TD : 127/68 mmHg - N : 50 x/menit - S :36,5 °C - P : 20 x/menit -SPO2 : 100%	
		06:05	- Memonitor intake dan output cairan H/ Balance cairan =Input – (Output + IWL) =1.312 – (1.200 + 840) =1.312 – 1.200 = 2.040cc/8jam	
	II	06:10	- kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan H/ Tampak pasien di berikan diet	

			jantung rendah lemak dan rendah garam (RGRL).	
--	--	--	---	--

## N. Evaluasi

Nama pasien : Ny. N / 71 Tahun

Ruangan : ICCU

Tabel 3.4

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama perawat
Sabtu, 11/05/2023	Dx I : Penurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung  P: Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang	- Heldiana Tangadatu - Herda Anneke

	<p>Q: Pasien mengatakan nyeri dada seperti tertusuk- tusuk</p> <p>R: Nyeri dirasakan pada dada sebelah kanan</p> <p>S: pasien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri di rasa hilang timbul</p> <p style="text-align: center;">O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien meringis</li> <li>- Memonitor TTV :</li> </ul> <p>H/ TD : 150/76 mmHg</p> <p>N : 58x/menit</p> <p>P : 25x/menit</p> <p>S : 36,7 °C</p> <p>SPO2 : 99%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 53x/menit(Bradikardia)</li> <li>- Balance cairan =Input – (Output + IWL)</li> </ul> $=2.200 - (500+840)$ $=2.200-1.340$ $= 860\text{cc}/8\text{jam}$ <p style="text-align: center;">A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah Resiko perfusi miokard tidak efektif belum teratasi</li> </ul> <p>P : Lanjutkan intervensi Perawatan jantung akut, manajemen cairan, dan pemantauan tanda vital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas lokasi, radiasi, skala, durasi frekuensi)</li> <li>- Monitor EKG setiap hari</li> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> <li>- Memonitor pemberian oksigen 3liter/menit</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat</li> <li>- Monitor tekanan darah</li> </ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor intake dan output cairan</li> <li>- Dokumentasikan hasil pantauan</li> <li>- Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada</li> <li>- Berikan cairan intravena</li> </ul> <p>Dx II: Intoleransi aktivitas b/d kelemahan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan dirinya merasa lelah dan tubuhnya lemah</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien bertambah sesak jika berbicara dan bergerak</li> <li>- Tampak pasien sering terbangun saat tidur</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</li> </ul> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen energi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>- Monitor pola dan jam tidur</li> <li>- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas</li> <li>- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul>	
Minggu, 12/05/2023	<p>Dx I : Penurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 132/65 mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heldiana Tangadatu</li> <li>- Herda Anneke</li> </ul>

	<p>N : 54x/menit  P : 22x/menit  S : 36,4 °C  SPO2 : 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 53x/menit(Bradikardia)</li> <li>- Tampak pasien meringis</li> <li>- diberikan Atorvastatin 40mg/oral, Nitrokafe 2,5 mg/2x1/oral, Ramipril 2,5 mg/1x1/oral. Concor 1,25 mg/1x1/oral, Lefixime 200 mg/2x1/oral, diberikan sefixim 200mg 2x1 nitrokafe 2,5mg 2x1,</li> </ul> <p>Balance cairan =Input – (Output + IWL)  =1.200 – (1.500+840)  =1.200 - 390  =810cc/8jam</p> <p style="text-align: center;">A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah Resiko perfusi miokard tidak efektif belum teratasi</li> </ul> <p>P : Lanjutkan intervensi Perawatan jantung akut, manajemen cairan, dan pemantauan tanda vital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas lokasi, radiasi, skala, durasi frekuensi)</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat</li> <li>- Monitor tekanan darah</li> <li>- Monitor intake dan output cairan</li> <li>- Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada</li> <li>- Berikan cairan intravena</li> </ul> <p>Dx II: Intoleransi aktivitas b/d kelemahan</p>	
--	---	--

	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan dirinya merasa lelah dan tubuhnya lemah</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien bertambah sesak jika berbicara dan bergerak</li> <li>- Tampak pasien di berikan diet jantung rendah lemak dan rendah garam (RGRL)</li> <li>- Tampak pasien nyaman dengan lingkungan yang dingin dan tampak pasien terbaring</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</li> </ul> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen energi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Monitor fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas</li> <li>- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul>	
<p>Senin, 13/05/2023</p>	<p>Dx I : Penurunan curah jantung b/d Perubahan irama jantung</p> <p style="text-align: center;">S:</p> <p style="text-align: center;">O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 135/71 mmHg</li> </ul> <p style="text-align: center;">N : 50 x/menit</p> <p style="text-align: center;">S :36,5 °C</p> <p style="text-align: center;">P : 25 x/menit</p> <p style="text-align: center;">SPO2 : 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50x/menit(Bradikardia)</li> <li>- Balance cairan =Input – (Output + IWL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heldiana Tangadatu</li> <li>- Herda Anneke</li> </ul>

	<p> <math>=1.312 - (1.200 + 840)</math>  <math>=1.312 - 1.200</math>  <math>= 2.040\text{cc}/8\text{jam}</math> </p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- masalah Resiko perfusi miokard tidak efektif teratasi sebagian</li> </ul> <p>P : Lanjutkan intervensi Perawatan jantung akut, manajemen cairan, dan pemantauan tanda vital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas lokasi, radiasi, skala, durasi frekuensi)</li> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat</li> <li>- Monitor tekanan darah</li> <li>- Monitor intake dan output cairan</li> <li>- Menganjurkan segera melaporkan nyeri dada</li> <li>- Berikan cairan intravena</li> </ul> <p>Dx II: Intoleransi aktivitas b/d kelemahan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan merasa kelelahan pada bagian badan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien di berikan diet jantung rendah lemak dan rendah garam (RGRL)</li> <li>- Tampak pasien nyaman dengan lingkungan yang dingin dan tampak pasien tertidur</li> <li>- Pasien lemas dan lelah mulai berkurang</li> </ul> <p>A:</p>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</li></ul> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen energi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li><li>- Monitor kelelahan fisik dan emosional</li><li>- Monitor fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li><li>- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas</li><li>- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li></ul>	
--	--	--

## DAFTAR OBAT

1. Ramipil 2,5 mg/ oral
  - 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
  - e. Cara pemberian obat: Oral
  - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Bekerja dengan cara menghambat perubahan angiotensin menjadi angiotensin 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: obat ini diberikan kepada pasien karena 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
2. Sp Furosemide 5 mg / jam/ siring pup
  - 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 300 cc/8 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 sulfonamide. furosemide dan golongan
  - 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

3. Omeprazole 40 mg/ 12 jam/iv
  - a. Nama obat: Omeprazole
  - b. Klasifikasi/ golongan obat: proton pump inhibitor c. Dosis umum 40mg sehari diberikan melalui infus selama 20-30 menit sampai pemberian oral dimungkinkan.
  - c. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan 40mg sehari diberikan melalui infus.
  - d. Cara pemberian obat melalui intravena atau pembuluh darah vena.
  - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat mengatasi masalah perut, dan kerongkongan yang diakibatkan oleh asam lambung. membantu menyembuhkan kerusakan asam di lambung dan perut, mencegah luka pada lambung Cara kerja dengan menekan sekresi asam lambung oleh penghambat spesifik pompa proton yang ditemukan pada permukaan sekresi sel pariental lambung
  - f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan obat ini diberikan pada pasien karena untuk mengobati mual, muntah, rasa tidak enak di tenggorokan atau kerongkongan, sulit menelan.
  - g. Kontra indikasi hipersensitif pada omeprazole, pasien yang sedang menggunakan obat-obatan, yang mengandung rilpivirine, nelfinavir, atazanavir.
  - h. Efek samping obat ruam pada kulit, kulit melepuh, mengantuk atau kelelahan, batuk, pusing, demam, nyeri sendi dan otot, depresi, halusinasi

4. Miniaspi 80 mg/ oral
  - a. Nama obat : Miniaspi
  - b. Klasifikasi/ golongan obat: obat Miniaspi adalah obat yang dapat dikonsumsi untuk menangani gejala penyakit penggumpalan darah (agregasi platelet), obat golongan antiinflamasi nonsteroid yang bekerja untuk mencegah pembentukan prostaglandin, yaitu zat yang memicu timbulnya peradangan, nyeri, atau demam, sehingga kondisi tersebut dapat mereda (Aspirin)
  - c. Dosis umum: 80-160 mg
  - d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 80 mg/oral
  - e. Cara pemberian obat: oral
  - f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Obat ini bekerja dengan cara menghambat agregasi trombosit sehingga dapat menghambat pembentukan trombus (penggumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah) yang sering ditemukan pada pembuluh darah arter
  - g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: obat ini diberikan kepada pasien karena untuk mencegah serangan jantung, stroke, dan sebagai antiplatelet (menghambat pembekuan darah) pada orang yang berisiko tinggi terjadinya pembekuan darah. Miniaspi 80 (acetosal) bisa diberikan segera setelah serangan jantung untuk mencegah pembekuan dan mengurangi risiko serangan jantung atau kematian jaringan jantung.
  - h. Kontraindikasi : Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan kondisi: Hipersensitif terhadap aspirin dan obat antiinflamasi non steroid (AINS) lainnya. Asma, rhinitis, dan polip hidung. Memiliki riwayat atau sedang mengalami tukak

lambung. Pendarahan subkutan, homofilia, atau trombositopenia. Menerima terapi antikoagulan, atau AINS, atau Methotrexate. Gangguan hati atau ginjal yang berat. Anak-anak di bawah usia 16 tahun dan sedang dalam proses pemulihan dari infeksi virus.

- i. Efek samping:
  - 1) Sakit kepala ringan
  - 2) Kantuk
  - 3) Sakit perut
  - 4) Rasa panas di dada (heartburn)
5. CPG 75 mg/ oral
  - 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 40 mg 12 jam
  - 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 intracranial
- i. Efek samping:
  - 1) Sakit kepala
  - 2) Pusing
  - 3) Ruam
  - 4) Insomnia
  - 5) Gangguan gastrointestinal (seperti sembelit, muntah)
- j. Nitrokaf 2,5 mg/oral
  - 1) Nama obat : Nitrokaf
  - 2) Klasifikasi/ golongan obat: *Nitrokaf adalah obat yang mengandung bahan aktif glyceryl trinitrate (nitroglycerin)* Nitrokaf Retard termasuk ke dalam golongan obat keras. Obat ini hanya bisa didapatkan dan digunakan berdasarkan resep dokter
  - 3) Dosis umum: 2,5 mg
  - 4) Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2,5 mg/oral
  - 5) Cara pemberian obat: oral
  - 6) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Nitrokaf adalah obat yang mengandung zat aktif Nitrogliserin. Obat ini digunakan untuk mencegah dan terapi jangka panjang untuk penderita angina pectoris. Dalam penggunaan obat ini harus sesuai dengan petunjuk dokter. Pencegahan dan terapi jangka panjang angina pectoris. Obat ini bekerja dengan cara melebarkan pembuluh darah, serta meningkatkan pasokan darah dan oksigen ke otot jantung.

- 7) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan:  
Pasien diberikan obat tersebut untuk membantu merilekskan pembuluh darah, mempertahankan aliran darah ke jantung, dan meringankan gejala angina serta gagal jantung.
- 8) Kontraindikasi : Glaukoma, syok kardiogenik, anemia berat, trauma kepala, peningkatan tekanan intrakranial, pendarahan otak, insipien, kegagalan sirkulasi akut, hipotensi
- 9) Efek samping: Sakit kepala, hipotensi ortostatik, takikardi, kolaps yang disertai dengan aritmia bradikardi, mengantuk. Jarang : kolaps, kemerahan pada kulit.

#### 6. Concor

- a. Nama obat : Concor
- b. Klasifikasi/ golongan obat:
- c. Dosis umum: 5 Mg diminum sekali sehari di pagi hari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1,25mg
- e. Cara pemberian obat: Oral
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Concor merupakan obat yang termasuk ke dalam golongan obat keras sehingga pada setiap pembeliannya harus menggunakan resep Dokter. Selain itu, dosis penggunaan concor juga harus dikonsultasikan dengan Dokter terlebih dahulu sebelum digunakan, karena dosis penggunaannya berbeda-beda setiap individu tergantung berat tidaknya penyakit yang diderita.

1) Hipertensi

2) Gagal jantung kronik

Dosis awal: dosis 1.25 mg per hari, dosis dapat ditingkatkan setelah 1 minggu.

Dosis pemeliharaan: dosis 10 mg/hari.

g. Efek samping obat

1) Pusing

2) Rasa dingin atau kebas

3) Mual, muntah, diare, konstipasi

4) Kelelahan

5) Pusing

6) Sakit kepala (terjadi pada awal terapi tetapi biasanya menghilang sesudah 1-2 minggu)

7) Gagal jantung

8) Dispnea (sesak napas)

9) Kardiomiopati (kelainan otot jantung)

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Pembahasan Asuhan Keperawatan**

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Ny. N usia 71 tahun, dengan diagnosa Acute Coronary Syndrome di ruang perawatan ICU rumah sakit Bhayangkara Makassar yang dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 10 Mei 2023. Dalam proses keperawatan perlu menggunakan metode ilmiah sebagai pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan untuk membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan guna mencapai tujuan keperawatan yaitu meningkatkan, mempertahankan Kesehatan atau membuat pasien yang kritis dalam menghadapi kematian. Proses keperawatan ada lima tahap, dimana pada tahap ini secara Bersama- sama membentuk lingkaran pemikiran dan Tindakan kontiniu, yang mengulangi kontak dengan pasien.

Tahap-tahap dalam proses keperawatan adalah sebagai berikut:

##### **1. Pengkajian Keperawatan Kritis**

Pengkajian merupakan tahapan awal dalam proses keperawatan dengan memperoleh data melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien. selain itu juga memperoleh data dari observasi langsung, catatan medis, dan hasil pemeriksaan penunjang Rumah Sakit. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada kasus Ny.N berusia 71 tahun dengan melakukan pengkajian langsung pada pasien dan keluarga, Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 Mei 2023, Berdasarkan data yang didapatkan penulis pada pasien Ny.N yaitu : pasien dengan kesadaran composmentis,

pasien mengeluh nyeri dada sebelah kanan tembus belakang, pasien mengeluh sesak, pasien mengeluh nyeri dada seperti tertusuk-tusuk, , skala nyeri 5, nyeri di rasa hilang timbul saat bergerak. TD: 148/78 mmHg, Nadi: 61x/menit teraba lemah, P: 20x/menit, S: 36,8°C, akral teraba hangat, tampak terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit, nasal kanul 3 liter/menit, Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah 2 tahun dan nyeri dada. Pasien mengatakan semenjak didiagnosis hipertensi pasien diberikan obat hipertensi amlodipine 1x1 sehari, pemeriksaan penunjang yaitu: EKG: ST Elevasi pada sadapan 1, V5, V6 streptase, *troponin I* positif (11,88) ng/ml, thorax : *Cardiomegaly* dengan *aorta* dilatasi dan *elongasi*, *Bronchitis*.

Berdasarkan teori ada beberapa manifestasi klinis dari *Acute Coronary Syndrome (ACS)*, antara lain rasa terjepit, kram, rasa berat atau rasa terbakar di dada (angina). Rasa nyeri ini dapat menjalar ke rahang bawah, leher, bahu atau lengan serta ke punggung, Nyeri dapat timbul pada waktu istirahat, nyeri ini dapat pula timbul pada penderita yang sebelumnya belum pernah mengalami hal ini atau penderita yang pernah mengalami angina, dapat disertai dengan sesak, muntah atau keringat dingin (Kusumastuti, 2018)

Berdasarkan kasus ditemukan manifestasi klinis yaitu nyeri dada sebelah kanan tembus ke belakang, sesak napas, akral teraba hangat dan terdengar bunyi gallop pada ICS 5. Nyeri dada diakibatkan oleh aktifitas fisik karena dapat meningkatkan beban kerja jantung. Penyebabnya adalah ketidakadekuatan suplai oksigen ke sel-sel otot jantung yang diakibatkan penyempitan lumen arteri pembuluh darah jantung sesak napas pada pasien

Acute coronary syndrome terjadi karena adanya aterosklerosis sehingga aliran darah ke jantung menurun termasuk oksigen dan nutrisi yang dapat menyebabkan hipoksia dan iskemik pada jaringan miokardium sehingga terjadi kerusakan pada ventrikel kiri dan mengakibatkan pemompaan darah ke seluruh tubuh berkurang sehingga pasien mengalami sesak, kegagalan pada ventrikel kiri juga dapat mengakibatkan adanya bunyi S3 gallop (mulyadi, maykel 2018).

Gagal jantung terjadi ketika jantung tidak mampu memompa darah ke seluruh tubuh. Gagal jantung jarang muncul secara tiba-tiba dan sebagian besar kasusnya berkembang dalam tubuh selama bertahun-tahun. Hipertensi menjadi salah satu faktor risiko utama gagal jantung. Artinya, seseorang yang mengidap hipertensi punya peluang yang lebih besar untuk mengalami gagal jantung. Riwayat hipertensi akan lebih mudah terserang penyakit *Acute Coronary Syndrome*, karena hipertensi dapat menyebabkan terjadinya peningkatan resisten vaskular perifer yang mengakibatkan afterload dan kebutuhan ventrikel meningkat. Tentunya hal ini menimbulkan kebutuhan oksigen untuk miokard berkurang, sehingga dapat menyebabkan thrombus atau sumbatan pada pembuluh darah terutama pembuluh darah koroner yang menimbulkan terjadinya aterosklerosis yang mengakibatkan suplai darah yang mengandung O<sub>2</sub> dan nutrisi ke miokard berkurang sehingga jaringan miokard tidak dapat berkontraksi dengan baik hingga mengalami nekrosis. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya penurunan curah jantung dan penurunan suplai darah ke jaringan tubuh. Apabila hal tersebut tidak dapat dikompensasi maka dapat terjadi shock kardiogenik dan dapat memicu timbulnya *Acute Coronary Syndrome*. Penurunan aliran darah inilah yang

menyebabkan terjadinya jantung memiliki beban kerja yang lebih untuk memompa karena resistensi dan vasokonstriksi tersebut. Dari data-data yang yang didapat pada pasien dengan data berdasarkan tinjauan teoritis sangat mendukung bahwa pasien mengalami *Acute Coronary Syndrome*.

*ST Segmen Elevasi Myocardial Infraction (STEMI)* disebabkan karena adanya sumbatan total pada pembuluh darah koroner yang dapat menyebabkan injury pada sel sel otot jantung bahkan sampai mengenai lapisan oto jantung bagian luar. Pada hasil pemeriksaan EKG untuk penyakit jantung koroner yaitu terjadinya peningkatan amplitude gelombang R pada sandapan lateral saat laju jantung yang cepat, terjadi peningkatan gelombang T yang tinggi dan lancip di V2 dan V3, depresi segmen ST pada PVC dan dapat dilihat dari nilai kedalaman depresi segmen ST / tinggi gelombang R lebih dari 0,1.

Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena dari data-data yang yang didapat pada pasien dengan data berdasarkan tinjauan teoritis sangat mendukung bahwa pasien mengalami *Acute Coronary Syndrome* Troponin adalah Sel-sel otot jantung Anda mengandung jenis troponin tertentu, yaitu protein. Kerusakan pada sel tersebut menyebabkan troponin bocor ke dalam darah Anda, menandakan kerusakan pada jantung Anda. Troponin adalah indikator utama yang digunakan penyedia layanan kesehatan untuk mendiagnosis serangan jantung. Tes troponin biasanya dilakukan ketika seseorang diduga mengalami gejala serangan jantung. Beberapa gejalanya yang perlu dikenali adalah sebagai berikut: Nyeri dada seperti terasa sesak, diremas, atau ditekan. Nyeri dada yang menjalar dari dada ke lengan,

rahang, leher, punggung, dan perut. Jantung berdetak karena adanya kerja node sinus, yaitu sebuah jaringan di serambi jantung yang mengeluarkan sinyal listrik dengan ritme yang teratur. Sinyal listrik dari node sinus akan disebarkan ke serambi jantung, lalu ke bilik jantung dan menyebabkan jantung berdetak. Bradikardia terjadi akibat adanya gangguan aliran listrik pada jantung. Bradikardia dapat disebabkan oleh gangguan pada node sinus. Gangguan dapat terjadi jika aliran listrik yang dihasilkan menjadi lebih sedikit, berhenti sementara, gagal keluar, atau terhambat sebelum berhasil menyebar ke serambi (kemenkes,2022)

Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena dari data-data yang didapat pada pasien dengan data berdasarkan tinjauan teoritis sangat mendukung bahwa pasien mengalami *Acute Coronary Syndrome* didukung dengan adanya pemeriksaan troponin I positif dan adanya bradikardi.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Ny. N penulis menerapkan 2 diagnosa keperawatanyaitu:

### a) Penurunan curah jantung berhubungan dengan irama jantung

b) Penulis menerapkan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien mengalami tanda-tanda penurunan curah jantung yang di buktikan dengan : Pasien mengatakan merasa sesak, pasien mengeluh nyeri dada sebelah kanan, pasien mengeluh nyeri dada tembus ke belakang, pasien mengeluh nyeri dada seperti tertusuk- tusuk saat beraktivitas, nyeri dirasakan pada skala nyeri 5 dan nyeri di rasa hilang timbul, tampak warna kulit pucat , tampak pasien sesak, terdengar bunyi jantung gallop pada pasien di ics 5m, TD: 148/74mmhg, N: 66x/menit, S: 36,3°C, SPO2 :99%, Foto thorax :Cardiomegaly, Troponin I: Positif (111,88)ng/ml, hasil

ekg st elevasi inferior pada sadapan 1,v5,v6 streptase.

c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Penulis menerapkn diagnosis ini karena pada sat pengkajian didapatkan data yang menunjukkan bahwa pasien mengalami intoleransi aktivitas yang dibuktikan dengan : Pasien mengeluh lemas dan nyeri dada bertambah bila beraktivitas dibantu dalam beraktivitas, karena merasa sulit bergerak, tampak pasien sesak.tampak pasien di bantu oleh keluarga, tampak pasien di bantu oleh perawat.

3. Intervensi Keperawatan

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

a. Risiko perfusi miokard tidak efektif ditandai dengan hipertensi.

Diharapkan setelah diberikan perawatan selama 3x24 jam perfusi miokard meningkat dengan kriteria hasil : Gambaran EKG aritmia cukup meningkat, nyeri dada menurun, takikardi membaik, bradikardi membaik, tekanan darah membaik. Dimana rencana asuhan keperawatannya yaitu : Perawatan jantung akut : Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi,radiasi, skala, durasi frekuensi, monitor ekg 12 sadapan untuk perubahan st dan t, monitor aritmia (kelainan irama jantung), monitor enzim jantung(mis. troponin t, troponin i), monitor saturasi oksigen, pertahankan tirah baring minimal 12 jam, berikan terapi, relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress, anjurkan segera melaporkan nyeri dada, kolaborasi pemberian introplk, kolaborasi pemeriksaan x-ray dada. Manajemen cairan :

monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah), monitor berat badan harian, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, catat *intake-output* dan hitung baalans cairan 24 jam, berikan asupan cairan, *sesuai kebutuhan*, berikan cairan intravena, kolaborasi pemberian diuretic. Pemantauan tanda vital : monitor tekanan darah, monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama), monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman), monitor suhu tubuh, monitor oksimetri nadi, identifikasi penyebab perubahan tanda vital, dokumentasi hasil pemantauan, informasikan hasil pemantauan.

b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Luaran yang diharapkan setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : Keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun. Dimana rencana asuhan keperawatannya yaitu : Manajemen energi: Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik stimulus (cahaya, suara, kunjungan), berikan dan emosional, monitor pola dan jam tidur , monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan nyaman dan rendah aktivitas distraksi yang menenangkan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

#### 4. Implementasi

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny.N penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Dalam melakukan implementasi keperawatan ada intervensi yang tidak dilakukan yaitu: monitor berat badan harian.

#### 5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai. Dari hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis selama melaksanakan proses asuhan keperawatan selama 3 hari(11-13 Juni 2023) adalah sebagai berikut:

- a. Diagnosis pertama yaitu risiko perfusi miokard tidak efektif berhubungan dengan hipertensi berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa masalah risiko perfusi miokard tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dalam kategori belum teratasi. Dibuktikan dengan nyeri dada berkurang, pasien kadang mengeluh sesak, tekanan darah dan nadi masih naik turun.
- b. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan penulis pada hari terakhir perawatan, penulis menyimpulkan bahwa Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan belum teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa kelelahan bagian badan.

### **B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing**

1. Judul EBN efektivitas terapi oksigenasi terhadap saturasi oksigen dan chest pain pada penyakit *acute coronary syndrome (ACS)* di Instalasi Gawat Darurat.
2. Diagnosa keperawatan : Resiko perfusi miokard tidak efektif
3. Luaran yang diharapkan: Nyeri dada menurun, bradikardi membaik, tekanan darah membaik, ekg *ST ELEVASI* cukup menurun, output cairan menurun, *edema* menurun.
4. Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN : berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen 98%.
5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN
  - a. pengertian tindakan pemberian oksigen adalah merupakan salah satu dari terapi pernafasan dalam mempertahankan oksigenasi jaringan yang adekuat. pemberian oksigen kepada pasien dan melakukan pengukuran saturasi oksigen menggunakan alat oximetri untuk mengukur kadar oksigen didalam darah meningkat atau berkurang setelah diberikan oksigen.
  - b. Tujuan/Rasional EBN dan pada kasus ASKEP Mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah diberikan terapi oksigenasi nasal kanul terhadap perubahan saturasi oksigen pada pasien *acute coronary syndrome (ACS)*.

**PICOT EBN (Problem, Intervention, Outcome, and Time)**

Tabel 4.1 PICOT EBN

Rubrik	Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III
Judul	Efektivitas Terapi Oksigenasi Nasal Kanul <i>Terhadap Saturasi Oksigen Pada Penyakit Acute Coronary Syndrome (ACS)</i> di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin	Pemberian terapi oksigen pada pasien <i>acute coronary syndromedengan chest pain</i> di instalasi gawat darurat	Hubungan pemberian terapi oksigenasi dengan Nyeri Dada dan Saturasi Oksigen Pada Pasien <i>acute coronary syndrome (ACS)</i> Di IGD RSUD Sidoarjo
P (Problem/population) Masalah penelitian	teknik pengambilan sampel ini menggunakan nonprobability sampling dengan purposive sampling dan didapatkan sampel sebanyak 22 responden dengan kriteria inklusi pasien dengan penyakit <i>Acute Coronary Syndrome (ACS)</i> dan memiliki penyakit penyerta, pasien	metode penelitian yang digunakan dalam <i>literature review</i> ini adalah mengumpulkan dan melakukan analisa <i>textbook</i> dan artikel yang terkait dengan pemberian terapi oksigen pada pasien dengan <i>chest pain</i> dengan penyebab <i>acute coronary syndrome</i> . Sumber <i>literature review</i> ini diperoleh dari <i>textbook</i> dan artikel elektronik	teknik pengambilan sampel ini menggunakan rancangan penelitian analitik <i>corelasional</i> dengan metode <i>cross sectional</i> . Sampel dalam penelitian ini berjumlah 20 pasien yang mengalami <i>acute coronary syndrome (ACS)</i> dipilih secara <i>consecutive sampling</i> di IGD

	mengalami kekurangan oksigen kurang dari atau sama dengan 94% di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin.	seperti <i>ScienceDirect; World Health Organisation, Google Scholar, PubMed dan ClinicalKey</i> dengan kriteria <i>textbook</i> dan artikel yang dipublikasi selama periode 2000-2015	RSUD Sidoarjo.
I ( <i>Intervenstion</i> )	penelitian ini menggunakan jenis penelitian <i>quasi eksperimental one-group pra-post test design</i> . Instrumen penelitian ini yaitu menggunakan alat saturasi oksigen dan nasal kanul dengan melakukan pengukuran pre-test dan post-test terhadap responden <i>acute coronary syndrome (ACS)</i> dengan diberikan terapi nasal kanul selama 6 jam pengukuran secara berkala.	Penelitian ini menggunakan jenis penelitian <i>literature review</i> ini diperoleh dari <i>textbook</i> dan artikel elektronik seperti <i>ScienceDirect; World Health Organisation, Google Scholar, PubMed dan ClinicalKey</i> dengan kriteria <i>textbook</i> dan artikel yang dipublikasi selama periode 2000-2015.	Desain penelitian ini termasuk menggunakan rancangan penelitian analitik corelasional dengan metode <i>cross sectional</i> . Dimana variabel independen penelitian adalah pemberian terapi oksigenasi, sedangkan variabel dependen nyeri dada dan saturasi oksigen. Pengukuran Skala nyeri menggunakan <i>numeric rating scale (NRS)</i> dan pengukuran saturasi oksigen menggunakan oksimetri setelah pemberian terapi oksigenasi. Untuk

			mengetahui hubungan nyeri dan saturasi oksigen data dianalisis menggunakan uji corelasional person. penelitian ini menggunakan metode pre post dimana diukur skala nyeri dada sebelum diberikan oksigenasi dan sesudah diberikan oksigenasi, dengan rata rata penurunan skala nyeri dada berada pada skala nyeri dada sedang sebelum diberikan obat obatan. Dan melakukan pengukuran saturasi oksigen sebelum diberikan oksigen dan sesudah diberikan.
C ( <i>Comparasion</i> n)	Peneliti tidak menggunakan tindakan perbandingan karena peneliti hanya menggunakan desain eksperimen semu dengan rancangan one-group pra-post test design, tehnik <i>purposive sampling</i> menggunakan uji paired t-test, dengan melakukan pre dan post	Pada penelitian ini menggunakan perbandingan dari jurnal-jurnal sebelumnya karea ini adalah literatur review dari jurnal yang sudah ada	Peneliti tidak menggunakan tindakan perbandingan karena peneliti hanya menggunakan jenis penelitian <i>analitic cross sectional</i>

	test	sebelumnya.	dengan menggunakan metode <i>consecutive sampling</i>
O (Outcome)	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan tindakan terapi oksigen pada pasien dengan <i>Acute Coronary Syndrome (ACS)</i> efektifitas sebelum dan sesudah pemberian saturasi oksigenasi nasal kanul terhadap perubahan saturasi oksigen pada pasien <i>Acute Coronary Syndrome (ACS)</i> dibuktikan dengan melakukan pengukuran pretes dan posttest saturasi oksigen terhadap responden acute coronary syndrome (ACS) dengan diberikan terapi nasal kanul didapatkan nilai rata-rata	berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan Hasilnya adalah penggunaan rutin terapi oksigen tambahan untuk <i>Sindrom Koroner Akut. (SKA)</i> dengan nyeri dada berdasarkan penilaian fisik dan tingkat saturasi oksigen. Pasien <i>Sindrom Koroner Akut(SKA)</i> dengan nyeri dada tanpa tanda dan gejala hipoksia atau distress pernapasan, syok dan gagal jantung dengan saturasi oksigen $\geq 94\%$ kemudian tanpa terapi oksigen, jika pasien dengan satu atau semua tanda dan gejala di atas dengan saturasi oksigen $< 94\%$ maka terapi oksigen dapat diberikan dengan pemberian awal 4 L/menit dan di titrasi hingga	berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan pemberian terapi oksigenasi dengan nyeri dada dan saturasi oksigen pada pasien <i>Acute Coronary Syndrome (ACS)</i> didapatkan bahwa sebagian besar (55%) pasien mendapatkan terapi oksigen 6-8 Lpm hampir setengahnya (45%) $> 8$ Lpm dan hampir seluruhnya (85%) mengalami skala nyeri nyeri sedang dan sebagian kecil (15%) mengalami skala nyeri berat, dan seluruhnya memiliki saturasi normal yaitu 96 100%. Hasil penelitian ini mengemukakan bahwa

	<p>91.59 dan setelah diberikan terapi nasal kanul selama 6 jam pengukuran secara berkala didapatkan nilai rata-rata 93.9. Hasil analisis pengukuran pada saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan terapi nasal kanul didapatkan nilai p <math>(0.000) &lt; \alpha (0,05)</math>.</p>	<p>saturasi oksigen <math>\geq 94\%</math> dengan pemberian lebih dari 6 jam. Penilaian ulang selanjutnya dilakukan pada pasien</p>	<p>pemberian oksigen pada pasien <i>Acute Coronary Syndrome (ACS)</i> dapat meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan nyeri.</p>
<p>T (Time)</p>	<p>nelitian ini dilakukan pada bulan Oktober 2019 di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin.</p>	<p>Penelitian ini dilakukan pada 2, Oktober 2017.</p>	<p>Penelitian ini dilakukan pada 3 Desember 2018 di IGD RSUD Sidoarjo</p>

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Ny. N dengan *Acute Coronary Syndrome* di ruangan ICCU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian:

Dari hasil yang didapatkan dari Ny.N faktor terjadinya *Acute Coronary Syndrome* yaitu pasien dulunya merupakan perokok aktif serta mempunyai riwayat penyakit hipertensi.

2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny.N dengan *Acute Coronary Syndrome* yaitu: penurunan curah jantung berhubungan dengan irama jantung, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan.

3. Intervensi keperawatan yang telah disusun penulis yaitu perawatan jantung akut, manajemen cairan, pemantauan tanda vital, manajemen energi.

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

5. Evaluasi keperawatan : dari hasil evaluasi ada satu diagnosa keperawatan belum teratasi penurunan curah jantung berhubungan dengan irama jantung, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan diagnosa yang tidak teratasi dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan

## B.Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut:

### 1. Pasien dan keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kesehatan dan memeriksakan kesehatannya khususnya kesehatan jantung serta apabila ada keluarga yang sedang mengkonsumsi obat hipertensi atau obat jantung diharapkan dapat diminum secara teratur dan mengontrol diit yang telah dianjurkan.

### 2. Bagi Rumah Sakit

Pihak rumah sakit diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawatan kontinyu dalam melakukan edukasike perawatan khususnya pada pasien *Acute Coronary Syndrome* selama menjalani perawatan dirumah sakit.

### 3. Bagi Perawat

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

## DAFTAR PUSTAKA

Afrianti, I., Program Studi Ilmu Keperawatan, M., Keperawatan Universitas Syiah Kuala, F., Studi Ilmu Keperawatan, P., & Program Studi Ilmu Keperawatan-USK Banda Aceh, D. (2022). Lokasi Infark dengan Kejadian Acute Kidney Injury pada Pasien dengan STEMI Infark location

with the acute kidney injury among Patients with STEMI infarct anterior and inferior, acute kidney injury. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 10, 1.

Angeline, W. K., Martina, M., Girsang, E., & Nasution, A. N. (2022). Clinical Pathway Implementation in ACS STEMI Patients. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(3), 901–906. <https://doi.org/10.30604/jika.v7i3.1229>

Ariedarmawan, R. (2020). Karakteristik Penderita Sindrom Koroner Akut Yang Dirawat Inap Di Bagian Kardiologi Rsud Andi Makkasau Parepare Periode 1 Januari 2015 Sampai Dengan 31 Desember 2018.

Anxiety, and Stress Among Patients With Acute Coronary Syndrome: a re Darmawan, I., & Milasari. (2019). Efektivitas Terapi Oksigenasi Nasal Kanul Terhadap Saturasi Oksigen pada Penyakit Acute Coronary Syndrome (ACS) di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin. *Caring Nursing Journal*, 3(2), 68–73.

Fabiana Meijon Fadul. (2019). *Tinjauan Teori Sindrom Koroner Akut*. 229, 6–39. <file:///C:/Users/Administrator/Downloads/384-1-2487-1-10-20191223.pdf>

Isworo, A., & Upoyo, A. S. (2021). Effect of Massage Therapy on Chest Pain, view. *Journal of Bionursing*, 3(3), 182-194.

Kusumastuti, A. (2018). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pada Pasien Sindrom Koroner Akut (Ska) Di Ruang Hcu Rsup Dr. Kariadi Semarang. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Maulidia, harum kian. (2022). Asuhan keperawatan perawatan jantung pada pasien acute coronary syndrome (acs) dengan gangguan penurunan curah jantung di ruang iccu rsud dr. M. Yunus bengkulu tahun 2022. <http://repository.poltekkesbengkulu.ac.id/id/eprint/1591>

Ponco Pratiknyo. (2022). Asuhan Keperawatan Perawatan Jantung Pada Pasien Acute Coronary Syndrome (Acs) Dengan Gangguan Penurunan Curah Jantung Di Ruang Iccu Rsud Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2022. *Asuhan Keperawatan*. <http://repository.poltekkesbengkulu.ac.id/id/eprint/1591>

Mutarobin. (2018). Modul Sistem Kardiovaskuler Acute Coronary Syndrome (Acs). *Poltekkes Kemenkes Jakarta 1*, 72.

- Pujowaskito, P., Dwi, D., Emha, L., Fiddiyanti, I., & Bunawan, R. (2021). *Perbandingan Kualitas Hidup pada Pasien STEMI dengan Intervensi Koroner Perkutan ( PCI ) dan Non PCI in Dustira Hospital*. 37(Asmc), 266–278.
- Putri, E. (2023). *Aspiration of health journal*. 01(01), 10–15. Sawu, S. D. (2022). Faktor Risiko Dominan Penyakit Jantung Koroner Akut pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit. *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(1), 465. <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v7i1.5784>
- Radi, Basuki, dkk. 2016. Pedoman Uji Latih Jantung: Prosedur dan interpretasi. Perhimpunan dokter spesialis kardiovaskular Indonesia
- Rachmawati, D. (2017). Pemberian Terapi Oksigen Pada Pasien *Acute Coronary Syndrome* Dengan Chest Pain Di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 13 (3).
- Tim Pokj SDKI DPP PPNI.(2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik*. Ed 1. Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokj SDKI DPP PPNI.(2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik*. Ed 1. Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokj SDKI DPP PPNI.(2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik*. Ed 1. Jakarta: DPP PPNI
- Widyaresmi, V. N. (2018). Hubungan Pemberian Terapi Oksigenasi Dengan Nyeri Dada Dan Saturasi Oksigen Pada Pasien Infark Miokard Akut Di Igd Rsud Sidoarjo. *Jurnal Keperawatan*, 11(3), 142-146.
- Wulandari, S., Annaba, M., Tholib, A., Pratiwi, D. I., & Kesehatan, F. I. (2022). *Karakteristik umum penderita sindrom koroner akut*. 2(September), 20–26.
- Kementrian Kesehatan RI. 2018. Bradikardia. [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/1427/bradikardia](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1427/bradikardia). Diakses tanggal 6 Juni 2023.

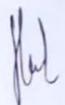
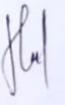
### LEMBAR KONSUL

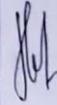
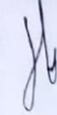
Nama dan Nim : Heldiana Tangadatu (NS2214901066)  
Herda Anneke Sopotan (NS2214901067)

Program : Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada NY. "N" Dengan ACUTE CORONARY SYNDROME (STEMI) Di Ruang ICCU RUMAH SAKIT BHAYANG KARA MAKASSAR

Pembimbing : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Tabdatangan Mahasiswa		Pembimbing
			I	II	
1	Rabu, 03 Mei 2023	BAB III - Pengkajian pertama pada pengkajian pasien dengan kesadaran menurun			
2.	Rabu, 10 Mei 2023	BAB III - Pada pengkajian - Lengkapi Analisa Data - Lengkapi Intervensi - Lengkapi Implementasi - Lengkapi Evaluasi			
3.	Selasa, 16 Mei 2023	Bab III - Melapor kasus dan konsul pengkajian kausu pada pasien Acute Coronary Syndrome			

4.	Senin, 29 Mei 2023	BAB III dan BAB IV - Lengkapi Pengkajian - Lengkapai analisa data - Lengkapi intervensi			
5.	Selasa, 30 Mei 2023	BAB III - Revisi pengkajian sampai implementasi			
6.	Kamis, 01 Juni 2023	- Revisi pengkajian sampai Rencana keperawatan, dan EBN			
7.	Jumat, 02 Juni 2023	- Revisi pengkajian - Analisa data - Intervensi - Implementasi - Evaluasi - Dan EBN			

### LEMBAR KONSUL

Nama dan Nim : Heldiana Tangadatu (NS2214901066)

Herda Anneke Sopotan (NS2214901067)

Program : Ners

Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada NY. "N" Dengan ACUTE CORONARY SYNDROME (STEMI) Di Ruang ICCU RUMAH SAKIT BHAYANG KARA MAKASSAR

Pembimbing : Rosdewi, S.Kp.,MSN

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Tandatangan Mahasiswa		Pembimbing
			I	II	
1.	Selasa, 30 Mei 2023	Konsul BAB I dan BAB II			
2.	Kamis, 01 Juni 2023	Revisi BAB I dan BAB II			
3.	Jumat, 02 Juni 2023	Revisi BAB II dan Pathway			
4.	Senin, 05 Juni 2023	Revisi Pathway			

## RIWAYAT HIDUP



### A. Identitas Penulis

Nama : Heldiana Tangadatu  
Tempat/Tanggal Lahir : Tarakan, 07 Juli 1998  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jl. Kesadaran IV.Lorong VII. No 07

### B. Identitas Orang Tua

Ayah : Samuel Lempang  
Ibu : Dina Tangadatu  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan  
Ayah : Buruh  
Ibu : IRT  
Alamat : Jl. Angsa Rawa RT.14

### C. Pendidikan yang ditempuh

Sekolah Dasar Swasta Yaditra Tarakan : Tahun 2005 - 2011  
Sekolah Menengah Pertama Negeri 9 Tarakan : Tahun 2011 - 2014  
Sekolah Menengah Atas Negeri 3 Tarakan : Tahun 2014 - 2017  
Akademi Keperawatan Kaltara Tarakan : Tahun 2017 - 2020  
Stik Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan) : Tahun 2020 - 2022  
Stik Stella Maris Makassar (Ners) : Tahun 2022 - 2023

## RIWAYAT HIDUP



### A. Identitas Penulis

Nama : Herda Anneke Soputan  
Tempat/Tanggal Lahir : Pomalaa, 10 Agustus 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen Protestan  
Alamat : Jl. Cendrawasi II No 11B

Identitas Orang Tua

Ayah : Berti Soputan  
Ibu : Dominika Oktahira  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan

Ayah : Karyawan Bumn  
Ibu : IRT  
Alamat : Jl. Beruang No 26

### B. Pendidikan yang ditempuh

Tk Antam Pomalaa : Tahun 2005-2006  
SD N 1 Pomalaa : Tahun 2006-2012  
Smpts 1 Antam Pomalaa : Tahun 2012-2015  
SMA Negeri 1 Pomalaa : Tahun 2015-2018  
Stik Stella Maris Makassar (S1 Keperawatan): Tahun 2018-2022