

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS *NSTEMI* DI RUANG  
MELATI RSUD BANGIL PASURUAN**



**OLEH :**

**INTAN NURUL ANGGRIANI**

**NIM 1701006**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO  
2020**

# **KARYA TULIS ILMIAH**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS *NSTEMI* DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN**

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar  
Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)  
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



**Oleh :**

**INTAN NURUL ANGGRIANI**

**1701006**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO**

**2020**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Intan Nurul Anggriani  
NIM : 1701006  
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 18 April 1999  
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS NSTEMI DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN”** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 11 Juni 2020

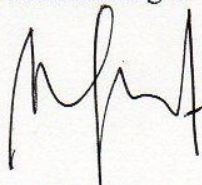
Yang Menyatakan,



**Intan Nurul Anggriani**  
1701006

Mengetahui,

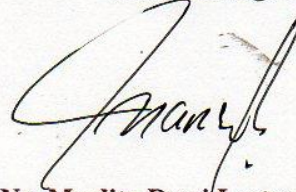
Pembimbing 1



**Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes**

NIDN. 0724098402

Pembimbing 2



**Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes**

NIDN. 0709038302



## LEMBAR PERSETUJUAN

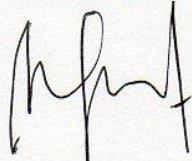
Nama : Intan Nurul Anggriani

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Nstemi Di  
Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada  
tanggal : 11 Juni 2020

Oleh :

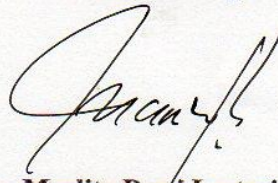
Pembimbing 1



Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0724098402

Pembimbing 2



Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes

NIDN. 0709038302

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801



## HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program DIII Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 11 Juni 2020

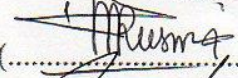
### TIM PENGUJI

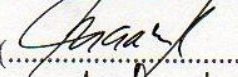
Ketua : Ns. Riesmiyatiningdyah, S.Kep.,M.Kes

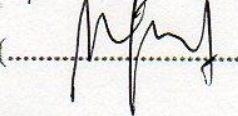
Anggota : 1. Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes

2. Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes

Tanda Tangan

()

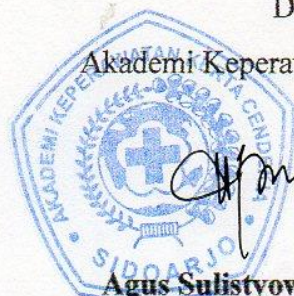
()

()

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia



  
**Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes**

**NIDN. 0703087801**

# MOTTO

*Barang siapa menempuh satu jalan (cara)  
Untuk mendapatkan ilmu, maka Allah pasti  
Mudahkan baginya jalan menuju surga.  
[Hr. Muslim]*

*Obat hati ada dua cara, yang pertama jangan suka memanjakan  
diri sendiri dan yang kedua selalu lihatlah ke bawah.*

## **PERSEMBAHAN**

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini memerlukan bantuan dari berbagai pihak. Maka untuk itu Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya bagi kita semua
2. Teruntuk Ibuku tercinta Iin Indartik dan Ayahku tercinta Amir Wahyudi, aku tidak akan pernah lupa semua pengorbanan dan jerih payah yang engkau berikan untukku agar dapat menggapai cita-cita dan semangat serta do'a yang kau lantunkan untukku sehingga aku bisa sampai sekarang ini. Semoga kelak aku bisa menjadi orang sukses dan bisa membahagiakanmu, terima kasih ayah ibu untuk semuanya.
3. Kepada Dosen pembimbing karya tulis ilmiah ini Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes dan Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes yang selalu memberikan motivasi untukku, selalu peduli dan perhatian, ucapan terima kasih yang tak terhingga atas ilmu yang sangat bermanfaat bagiku
4. Teruntuk Abu sofyan, terima kasih selama ini sudah menjadi teman, pacar, sahabat, sekaligus calon suami yang sangat mendukungku. Serta menjadi sumber inspirasi dan motivasi untukku menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Sahabat-sahabatku seperjuangan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terima kasih atas gelak tawa dan solidaritas yang luar biasa sehingga membuat hari-hari semasa kuliah lebih berarti.
6. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis *NSTEMI* di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.**” ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan yang Maha Esa yang senantiasa memberikan rahmat-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai dengan baik.
2. Orang tua tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan lancar.
3. Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
4. Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes selaku pembimbing 1 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Marlita Dewi Lestari, M.Kes selaku pembimbing 2 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
6. Para responden keluarga Klien.
7. Hj. Muniroh Mursan, Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan literatur yang dibutuhkan.
8. Pihak – pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca bagi keperawatan.

Sidoarjo, 10 juni 2020

Penulis

**Intan Nurul Anggriani**  
NIM. 1701043



## DAFTAR ISI

Sampul Depan .....	i
Halaman Judul .....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Pengesahan .....	v
Motto .....	vi
Persembahan .....	vii
Kata Pengantar .....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
1.5 Metode Penelitian .....	5
1.5.1 Metode.....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	5
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Penyakit .....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Patofisiologi .....	10
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	10
2.1.5 Klasifikasii .....	11
2.1.6 Diagnosa Banding .....	12
2.1.7 Komplikasi .....	12
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	14
2.1.9 Pencegahan.....	16
2.1.10 Penatalaksanaan .....	18
2.1.11 Dampak Masalah.....	21
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	22
2.2.1 Pengkajian .....	22
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	28

2.2.3	Perencanaan.....	29
2.2.4	Pelaksanaan .....	38
2.2.5	Evaluasi .....	40
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>		<b>44</b>
3.1	Pengkajian.....	44
3.1.1	Identitas .....	44
3.1.2	Keluhan Utama .....	44
3.1.3	Riwayat Kesehatan .....	44
3.1.4	Status Cairan Dan Nutrisi .....	45
3.1.5	Genogram .....	46
3.1.6	Pemeriksaan Fisik.....	46
3.1.7	Data Psikososial.....	49
3.1.8	Data Spiritual.....	50
3.1.9	Data Penunjang.....	51
3.1.10	Therapi .....	54
3.2	Diagnosa keperawatan .....	55
3.2.1	Analisa Data .....	55
3.2.2	Daftar Diagnosa.....	59
3.2.3	Daftar Berdasarkan Prioritas .....	59
3.3	Perencanaan Keperawatan .....	59
3.4	Implementasi Keperawatan.....	64
3.5	Evaluasi .....	73
3.5.1	Catatan Perkembangan .....	73
3.5.2	Evaluasi Akhir .....	80
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>		<b>83</b>
4.1	Pengkajian .....	83
4.2	Diagnosa keperawatan .....	94
4.3	Intervensi Keperawatan.....	96
4.4	Implementasi Keperawatan .....	97
4.5	Evaluasi Keperawatan .....	98
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>		<b>101</b>
5.1	Simpulan .....	101
5.2	Saran .....	102
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>103</b>

## DAFTAR GAMBAR

<b>No. Gambar</b>	<b>Judul Gambar</b>	<b>Hal</b>
Gambar 2.1	Pathway .....	43
Gambar 3.1	Genogram Ny. M Dengan Diagnosa Medis Nstemi Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan .....	46



## DAFTAR TABEL

<b>No. Tabel</b>	<b>Judul Tabel</b>	<b>Hal</b>
Tabel 2.1 :	Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan karakteristik miokard.....	29
Tabel 2.2 :	Nyeri akut yang berhubungan dengan iskemia jaringan se kunder terhadap sumbatan arteri .....	31
Tabel 2.3:	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli .....	32
Tabel 2.4:	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan iskemik kerusakan otot jantung .....	33
Tabel 2.5:	Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai oksigen miokard dan kebutuhan .....	35
Tabel 2.6:	Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis .....	36
Tabel 2.7:	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang fungsi jantung .....	37
Tabel 3.1	Hasil pemeriksaan laboratorium .....	51
Tabel 3.2.1	Analisa Data pada Ny.M dengan diagnosa medis NSTEMI.....	55
Tabel 3.3	Rencana Tindakan Keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa medis .....	59
Tabel 3.4	Implementasi pada Ny. M dengan diagnosa medis NSTEMI.....	64
Tabel 3.5.1	Catatan Perkembangan pada Tn. R dengan diagnosa medis NSTEMI .....	73
Tabel 3.5.2	Evaluasi Keperawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis NSTEMI .....	80

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>No. Lampiran</b>	<b>Judul Lampiran</b>	<b>Hal</b>
Lampiran 1 ..	Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus .....	105
Lampiran 2	Surat Balasan Pengambilan Data.....	106
Lampiran 3	Lembar <i>Informed Consent</i> .....	107
Lampiran 4	Satuan Acara Penyuluhan .....	108
Lampiran 5	Leaflet Penyuluhan .....	116
Lampiran 6	Lembar Konsultasi Proposal.....	117
Lampiran 7	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah .....	118

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan suatu keadaan dimana suplai darah pada suatu bagian jantung terhenti sehingga sel otot jantung mengalami kematian (Pratiwi, 2012). sindrom koroner akut adalah suatu keadaan infark atau nekrosis otot jantung karena kurangnya suplai darah dan oksigen pada miokard (ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard) (Udjianti, 2011). Fenomena yang terjadi di masyarakat adalah masyarakat menganggap penyakit SKA dengan menyebutnya angin duduk sering dianggap sebagai masuk angin, padahal angin duduk bukan masuk angin melainkan tanda gangguan pada jantung, angin duduk memang memiliki gejala mirip masuk angin biasa sehingga gejalanya sering disepelekan dan tidak langsung dibawa kedokter, tetapi mereka mengobatinya dengan cara minum jamu tolak angin dan mengerok lapisan kulit paling luar atau biasa disebut dengan kerokkan yang diyakini bisa menjadi solusi alternatif untuk mengatasi gejala masuk angin (Santoso, 2016).

Data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2016 menyebutkan lebih dari 17,9 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit jantung dan pembuluh darah, atau sekitar 31% dari seluruh kematian di dunia sebagian besar atau sekitar 85% disebabkan oleh serangan jantung dan stroke. Di Indonesia, hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa sebesar 1,5% atau 15 dari 1.000 penduduk Indonesia menderita penyakit jantung koroner. Saat ini sindrom koroner akut meningkat pada tahun 2013 dari 25% hingga 40% berdasarkan



presentasi infark miokard (Riskasdas, 2018). Berdasarkan diagnosis/ gejala jumlah penderita penyakit SKA terbanyak pada tahun 2013 terdapat di provinsi Jawa Timur sebanyak 375.127 orang (1,3%) (Dinkes, 2013). Di RSUD Bangil mulai bulan Januari – Desember 2019 di dapatkan klien dengan NSTEMI sebanyak 205 (Rekam Medik RSUD Bangil 2019).

Sindrom koroner akut disebabkan oleh penurunan suplai oksigen dan peningkatan kebutuhan oksigen miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner (Morton, 2012). Sindrom koroner akut terjadi karena trombosis akut dan proses vasokonstriksi koroner, trombosis akut diawali dengan ruptur plak aterosklerotik yang tidak stabil, pada lokasi ruptur plak terdapat proses inflamasi dilihat dari jumlah makrofag dan limfosit T (Hendriarto, 2014). Seorang yang menderita SKA akan mengalami tanda dan gejala seperti nyeri hebat pada dada kiri menyebar ke bahu kiri, leher kiri dan lengan atas kiri, nyeri akan membaik dengan istirahat, gejala yang menyertai keringat dingin, mual, sulit bernapas, cemas, dan lemas, dispnea (Joyce, 2014). Dampak masalah yang akan ditimbulkan jika tidak segera ditangani yaitu kerusakan otot jantung yang menimbulkan gangguan pompa jantung yang akan mempengaruhi tubuh secara sistemik (Rohmawati, 2011). SKA juga mengakibatkan masalah disritmia, syok kardiogenik, gagal jantung dan edema paru, emboli paru (Joyce, 2014).

Peran perawat terhadap klien dengan SKA yaitu meliputi peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, terutama peran promotif melalui edukasi dapat merubah klien dalam mengubah gaya hidup dan mengontrol kebiasaan pribadi untuk menghindari faktor resiko, dengan edukasi semakin banyak klien yang mengerti bagaimana harus mengubah perilaku sehingga mereka mampu

melakukan pengobatan dan perawatan mandiri (Perry & Potter, 2009). Peran preventif penyakit sindrom koroner akut dapat dicegah dengan mengatur pola hidup sehat, perawat dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang penyakit SKA dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit SKA dan cara hidup sehat yang meliputi menghindari konsumsi alkohol, makanan berlemak dan kolesterol, menghindari merokok. Peran perawat dalam segi kuratif pada klien SKA yang mengeluh nyeri dada dan sesak nafas dapat diberikan tindakan berupa bantuan oksigen untuk mengurangi sesak nafas, pembatasan aktivitas fisik dengan pengurangan atau penghentian seluruh aktivitas pada umumnya akan mempercepat pembebasan rasa sakit, tindakan kolaboratif untuk menangani masalah nyeri dada dan pernafasan klien yaitu dengan memberikan obat nitrogliserin (NTG), morfin sulfat, nitrat dan antitrombolitik (Muttaqin, 2012). Dalam segi rehabilitatif melalui pemulihan kesehatan dengan istirahat dan tirah baring yang cukup serta menghindari perilaku hidup yang tidak sehat dalam jangka waktu panjang sampai kondisi tubuh baik kembali, tirah baring digunakan untuk mengurangi kebutuhan O<sub>2</sub> (Perry & Potter, 2011).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan SKA (sindrom koroner akut) dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut) di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan ?”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut) di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji Ny. M dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut) di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut) di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.3 Merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut) di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut) di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.5 Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Ny. M dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut) di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan Ny. M dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut) di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas ini dapat memberi manfaat :

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut).

1.4.2 Secara praktis, tugas ini akan bermanfaat bagi :



#### 1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

1.4.2.2 Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut) dengan baik.

#### 1.4.2.3 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut).

#### 1.4.2.4 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut).

### **1.5 Metode Penulisan**

#### 1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan evaluasi.

#### 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

##### 1.5.2.1 Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

##### 1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien.

#### 1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

#### 1.5.3 Sumber Data

##### 1.5.3.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

##### 1.5.3.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

#### 1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

### 1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti, terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus.

Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa SKA (sindrom koroner akut) serta kerangka masalah.

Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien dengan Sindrom Koroner Akut (SKA). Konsep dasar penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Konsep dasar keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Sindrom Koroner Akut (SKA) dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit**

##### **2.1.1 Definisi Sindrom Koroner Akut (SKA)**

sindrom koroner akut adalah suatu keadaan infark atau nekrosis otot jantung karena kurangnya suplai darah dan oksigen pada miokard (ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard) (Udjianti, 2011).

Sindrom koroner akut adalah nekrosis miokard akibat aliran darah ke otot jantung terganggu yang disebabkan oleh karena sumbatan pada arteri koroner, sumbatan akut terjadi oleh karena adanya aterosklerotik pada dinding arteri koroner sehingga menyumbat aliran darah ke otot jantung (Joyce, 2014).

##### **2.1.2 Etiologi dan Faktor resiko**

Penyebab SKA paling sering adalah oklusi lengkap atau hampir lengkap dari arteri coroner, biasanya dipicu oleh ruptur plak arterosklerosis yang rentan dan diikuti oleh pembentukan trombus. Ruptur plak dapat dipicu oleh faktor-faktor internal maupun eksternal. (Joyce, 2014).

Faktor internal antara lain karakteristik plak, seperti ukuran dan konsistensi dari inti lipid dan ketebalan lapisan fibrosa, serta kondisi bagaimana plak tersebut terpapar, seperti status koagulasi dan derajat vasokonstriksi arteri. Plak yang rentan paling sering terjadi pada area dengan stenosis kurang dari 70 % dan ditandai dengan bentuk yang eksentrik dengan batas tidak teratur; inti lipid yang besar dan tipis ;dan pelapis fibrosa yang tipis. (Joyce, 2014).

Faktor eksternal berasal dari aktivitas klien atau kondisi eksternal yang memengaruhi klien. Aktivitas fisik berat dan stress emosional berat, seperti kemarahan, serta peningkatan respon system saraf simpatis dapat menyebabkan rupture plak. Pada waktu yang sama, respon system saraf simpatis akan meningkatkan kebutuhan oksigen miokardium. Peneliti telah melaporkan bahwa factor eksternal, seperti paparan dingin dan waktu tertentu dalam satu hari, juga dapat memengaruhi rupture plak. Kejadian coroner akut terjadi lebih sering dengan paparan terhadap dingin dan pada waktu- waktu pagi hari. Peneliti memperkirakan bahwa peningkatan respon system saraf simpatis yang tiba-tiba dan berhubungan dengan faktor-faktor ini dapat berperan terhadap ruptur plak. Peran inflamasi dalam memicu ruptur plak masih dalam penelitian. (Joyce, 2014).

Apapun penyebabnya, ruptur plak aterosklerosis akan menyebabkan (1) paparan aliran darah terhadap inti plak yang kaya lipid, (2) masuknya darah ke dalam plak, menyebabkan plak membesar, (3) memicu pembentukan trombus, dan (4) oklusi parsial atau komplet dari arteri coroner.( Joyce, 2014).

Angina tak stabil berhubungan dengan oklusi parsial jangka pendek dari artericoroner, sementara SKA berasal dari oklusi lengkap atau signifikan dari arteri coroner yang berlangsung lebih dari 1 jam. Ketika aliran darah berhenti

mendadak, jaringan miokardium yang disuplai oleh arteri tersebut akan mati. Spasme arteri koroner juga dapat menyebabkan oklusi akut. Faktor risiko yang memicu serangan jantung pada klien sama untuk semua tipe PJK. (Joyce, 2014)

### 2.1.3 Patofisiologi

Sindrom koroner akut mengacu pada proses rusaknya jaringan jantung akibat suplai darah yang tidak adekuat sehingga aliran darah koroner berkurang. Penyebab penurunan suplai darah mungkin akibat penyempitan kritis arteri koroner karena aterosklerosis atau penyumbatan total arteri oleh emboli atau trombus. Penurunan aliran darah koroner juga bisa diakibatkan oleh syok atau pendarahan. Pada setiap kasus ini selalu terjadi ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (Brunner & Suddarth, 2013).

Lokasi SKA paling sering adalah dinding anterior ventrikel kiri di dekat apeks, yang terjadi akibat thrombosis dari cabang desenden arteri koroner kiri. Lokasi umum lainnya adalah (1) dinding posterior dari ventrikel kiri di dekat dasar dan di belakang daun katup/ kupsis posterior dan katup mitral dan (2) permukaan inferior (diafragmatik) jantung. Infark pada ventrikel kiri posterior terjadi akibat oklusi arteri koroner kanan atau cabang sirkumfleksi arteri koroner kiri. Infark inferior terjadi saat arteri koroner mengalami oklusi. Pada sekitar 25% dari SKA dinding inferior, ventrikel kanan merupakan lokasi infark. Infark atrium terjadi pada kurang dari 5% peta konsep menjelaskan efek selular yang terjadi selama infark miokard (Joyce, 2014).

### 2.1.4 Manifestasi klinis sindrom koroner akut

Manifestasi klinis yang berhubungan dengan SKA berasal dari iskemia otot jantung dan penurunan fungsi serta asidosis yang terjadi. Manifestasi klinis utama

dari SKA adalah nyeri dada yang serupa dengan angina pectoris tetapi lebih parah dan tidak berkurang dengan nitrogliserin. Nyeri dapat menjalar ke leher, rahang, bahu, punggung, atau lengan kiri. Nyeri juga dapat ditemukan di dekat epigastrium, menyerupai nyeri pencernaan. SKA juga dapat berhubungan dengan manifestasi klinis yang jarang terjadi berikut ini (Joyce, 2014).

2.1.4.1 Nyeri dada, perut, punggung, atau lambung yang tidak khas.

2.1.4.2 Mual atau pusing.

2.1.4.3 Sesak nafas dan kesulitan bernafas.

2.1.4.4 Kecemasan, kelemahan, atau kelelahan yang tidak dapat dijelaskan.

2.1.4.5 Palpitasi, keringat dingin, pucat.

2.1.5 Klasifikasi Sindrom Koroner Akut (SKA)

Menurut Morton (2012) klasifikasi sindrom koroner akut dibagi menjadi 3 yaitu:

2.1.5.1 Unstable angina

Unstable angina merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan nyeri dada atau ketidaknyamanan yang disebabkan oleh penyakit arteri koronari, pasien dapat menggambarkan sensasi seperti tekanan, rasa sentuh, diremas, berat atau nyeri. Angina disebabkan oleh iskemia mycardium reversible dan sementara yang dicetuskan oleh ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen myocardium dan suplai

oksigen myocardium yang berasal dari penyempitan arterosklerosis arteri koroner.

2.1.5.2 Sindrom koroner akut tanpa elevasi ST (NSTEMI), disebabkan oleh penurunan suplai oksigen dan peningkatan kebutuhan oksigen miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner

2.1.5.3 Sindrom koroner akut dengan elevasi ST (STEMI), umumnya terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak setelah okulasi trombus pada plak arterosklerotik yang sudah ada sebelumnya.

2.1.6 Diagnosa Banding Sindrom koroner akut

Menurut Harahap (2014) diagnosa banding sindrom koroner akut dibagi menjadi 4 yaitu:

2.1.6.1 Sistem kardiovaskuler : miokarditis, perikarditis, kardiomiopati, kelainan katup, syok kardiogenik

2.1.6.2 Sistem respirasi : emboli paru, infark pulmonal, pneumonia, pneumothoraks

2.1.6.3 Sistem vaskular : diseksi aorta, aneurisma aorta, penyakit serebro vaskular

2.1.6.4 Sistem gastrointestinal : *Gastroesophageal Reflux Disease* (GERD), esofagitis, pankreatitis

2.1.7 Komplikasi Sindrom koroner akut

Menurut Joyce (2014) komplikasi sindrom koroner akut dibagi menjadi 5 yaitu :

#### 2.1.7.1 Disritmia

Merupakan penyebab dari 40% hingga 50% kematian setelah SKA. Ritme ektopik muncul pada atau sekitar batas dari jaringan miokardium yang iskemik dan mengalami cedera parah. Miokardium yang rusak juga dapat mengganggu system konduksi, menyebabkan disosiasi atrium dan ventrikel (blok jantung). Supraventrikel takikardia (SVT) kadang kala terjadi sebagai akibat gagal jantung. Reperfusi spontan atau dengan farmakologis dari area yang sebelumnya iskemik juga dapat memicu terjadinya ventrikel disritmia.

#### 2.1.7.2 Syok kardiogenik.

Syok kardiogenik berperan hanya pada 9% kematian akibat SKA, tetap lebih dari 70% klien syok meninggal karena sebab ini. Penyebabnya antara lain (1) penurunan konstaksi miokardium dengan penurunan curah jantung, (2) disritmia tak terdeteksi, dan (3) sepsis.

#### 2.1.7.3 Gagal jantung dan edema paru

Penyebab kematian paling sering pada klien rawat inap dengan gangguan jantung adalah gagal jantung. Gagal jantung melumpuhkan 22% klien laki-laki dan 46% wanita yang mengalami SKA serta bertanggung jawab pada sepertiga kematian setelah SKA.

#### 2.1.7.4 Emboli paru

Emboli paru dapat terjadi karena flebitis dari vena kaki panggul (thrombosis vena) atau karena atrial flutter atau fibrilasi. Emboli paru



terjadi pada 10% hingga 20% klien pada suatu waktu tertentu, saat serangan akut atau pada periode konvalensi.

#### 2.1.7.5 Infark miokardium berulang

Dalam 6 tahun setelah SKA pertama, 18% laki-laki dan 35% wanita dapat mengalami SKA berulang. Penyebab yang mungkin adalah olahraga berlebih, embolisasi, dan oklusi trombotik lanjutan pada arteri koroner oleh atheroma.

#### 2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Menurut Muhadi (2014) pemeriksaan penunjang sindrom koroner akut dibagi menjadi 5 yaitu :

##### 2.1.8.1 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan troponin T atau I dan pemeriksaan CK-MB telah diterima sebagai petanda paling penting dalam diagnosis SKA. Menurut *European Society Of Cardiology (ESC)* dianggap ada mionekrosis bila troponin T atau I positif dalam 24 jam. Troponin tetap positif sampai 2 minggu. Resiko kematian bertambah dengan tingkat kenaikan troponin. CK-MB kurang spesifik untuk diagnosis karena juga ditemukan di otot skeletal, tapi berguna untuk diagnosis infark akut dan akan meningkat dalam beberapa jam dan kembali normal 48 jam.

##### 2.1.8.2 Ekokardiografi

Pemeriksaan ekokardiografi tidak memberikan data untuk diagnosis angina tak stabil secara langsung. Tetapi bila tampak adanya gangguan faal ventrikel kiri, adanya insufisiensi mitral dan abnormalitas

gerakan dinding regional jantung, menandakan prognosis kurang baik. Ekokardiografi stres juga dapat membantu menegakkan adanya iskemia miokard.

#### 2.1.8.3 Elektrokardiografi (EKG)

Perubahan EKG yang terjadi pada fase awal adanya gelombang T tinggi dan simetris. Setelah ini terdapat elevasi segmen ST. Perubahan yang terjadi kemudian ialah adanya gelombang Q/QS yang menandakan adanya nekrosis. Nekrosis miokard dilihat dari 12 lead EKG. Selama fase awal miokard infark akut, EKG pasien yang mengalami oklusi total arteri koroner menunjukkan elevasi segmen ST. Kemudian gambaran EKG berupa elevasi segmen ST akan berkembang menjadi gelombang Q. Sebagian kecil berkembang menjadi gelombang non-Q. Ketika trombus tidak menyebabkan oklusi total, maka tidak terjadi elevasi segmen ST. Pasien dengan gambaran EKG tanpa elevasi segmen ST digolongkan ke dalam unstable angina atau Non STEMI. Diagnosis STEMI ditegakkan jika ditemukan angina akut disertai elevasi segmen ST. Nilai elevasi segmen ST bervariasi, tergantung kepada usia, jenis kelamin, dan lokasi miokard yang terkena. Bagi pria usia  $\geq 40$  tahun, STEMI ditegakkan jika diperoleh elevasi segmen ST di V1-V3  $\geq 2$  mm dan  $\geq 2,5$  mm bagi pasien berusia  $< 40$  tahun. ST elevasi terjadi dalam beberapa menit dan dapat berlangsung hingga lebih dari 2 minggu. Diagnosis Non STEMI ditegakkan jika terdapat angina dan tidak disertai dengan elevasi segmen ST yang persisten. Gambaran EKG pasien Non STEMI beragam, bisa berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar

atau pseudo-normalization, atau tanpa perubahan EKG saat presentasi. Untuk menegakkan diagnosis Non STEMI, perlu dijumpai depresi segmen ST  $\geq 0,5$  mm di V1-V3 dan  $\geq 1$  mm di sandapan lainnya. Selain itu dapat juga dijumpai elevasi segmen ST tidak persisten (<20 menit), dengan amplitudo lebih rendah dari elevasi segmen ST pada STEMI. Inversi gelombang T yang simetris  $\geq 2$  mm semakin memperkuat dugaan Non STEMI.

#### 2.1.8.4 Uji latihan

Pasien yang telah stabil dengan terapi medikamentosa dan menunjukkan tanda resiko tinggi perlu pemeriksaan *Exercise test* dengan alat *treadmill*. Bila hasilnya negatif maka prognosis baik. Sedangkan bila hasilnya positif, lebih-lebih bila didapatkan depresi segmen ST yang dalam, dianjurkan untuk dilakukan pemeriksaan angiografi koroner, untuk menilai keadaan pembuluh koronernya apakah perlu tindakan revaskularisasi (PCI atau CABG) karena risiko terjadinya komplikasi kardiovaskuler dalam waktu mendatang cukup besar.

#### 2.1.8.5 Rontgen toraks

Rontgen dada sangat berperan untuk mengidentifikasi adanya kongesti pulmonatkan ventrikel kiri atau oedem, yang biasanya terjadi pada pasiem UA/NSTEMI luas yang melibatkan ventrikel kiri sehingga terjadi disfungsi ventrikel kiri.

#### 2.1.9 Pencegahan Sindrom koroner akut

Menurut Widodo(2012)pencegahan Sindrom Koroner Akut (SKA) dibagi menjadi 3 yaitu :

#### 2.1.9.1 Pencegahan Primordial

Yaitu upaya pencegahan munculnya faktor predisposisi terhadap penyakit jantung dalam suatu wilayah dimana belum tampak adanya faktor yang menjadi risiko penyakit jantung. Sasaran dari pencegahan ini adalah masyarakat yang sehat secara umum. Upaya ini terutama ditujukan kepada masalah penyakit tidak menular. Upaya primordial dapat berupa anjuran kesehatan, peraturan-peraturan atau kebijakan nasional nutrisi dalam sektor agrokultur, industri makanan, impor ekspor makanan, pencegahan hipertensi, promosi aktivitas fisik atau olahraga dan peringatan pemerintah pada iklan rokok.

#### 2.1.9.2 Pencegahan Primer

Pencegahan Primer yaitu upaya awal pencegahan penyakit jantung sebelum seseorang menderita penyakit jantung. Pencegahan ini ditujukan kepada kelompok yang mempunyai faktor risiko tinggi. Dengan adanya pencegahan ini diharapkan kelompok yang berisiko ini dapat mencegah berkembangnya proses atherosklerosis secara dini

Upaya- upaya pencegahan disarankan meliputi:

- 1) Mengontrol kolestrol darah yaitu dengan cara mengidentifikasi jenis makanan yang kaya akan kolestrol kemudian mengurangi konsumsinya serta mengkonsumsi serat yang larut
- 2) Mengontrol tekanan darah. Banyak kasus tekanan darah tinggi tidak dapat disembuhkan. Keadaan ini berasal dari suatu kecenderungan genetik yang bercampur dengan faktor resiko seperti stres, kegemukan, terlalu banyak konsumsi garam dan kurang gerak badan. Upaya pengendalian yang dapat

dilakukn adalah mengatur diet, menjaga berat badan, menurunkan stress dan melakukan olahraga.

- 3) Berhenti merokok. Program – program pendidikan umum dan kampanye anti merokok perlu dilaksanakan secara intensif di rumah sakit dan tempat umum lainnya.
- 4) Aktivitas fisik. Manfaat melakukan aktivitas fisik dan olahraga bagi penyakit jantung antara lain adalah perbaikan fungsi dan efisiensi kardiovaskuler, pengurangan faktor resiko lain yang mengganggu pembuluh darah koroner. Ada dua jenis olahraga, yaitu olahraga aerobik dan olahraga anaerobik. Olahraga aerobik adalah olahraga yang dilakukan secara terus-menerus dimana kebutuhan oksigen masih dapat dipenuhi tubuh. Sebagai contoh olahraga aerobik adalah gerakan jalan cepat, jogging, lari, senam, renang dan bersepeda.

#### 2.1.9.3 Pencegahan sekunder

Yaitu upaya untuk mencegah atau menghambat timbulnya komplikasi melalui tindakan deteksi dini dan memberikan pengobatan yang tepat pada penderita penyakit jantung. Disini diperlukan perubahan pola hidup terhadap faktor- faktor yang dapat dikendalikan dan kepatuhan berobat bagi mereka yang sudah menderita penyakit jantung. Pencegahan ini ditunjukkan untuk menurunkan mortalitas.

#### 2.1.10 Penatalaksanaan Medis

Tujuan penatalaksanaan medis adalah memperkecil kerusakan jantung sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi. Kerusakan jantung diperkecil dengan cara, segera mengembalikan keseimbangan antara kebutuhan

dan suplai oksigen jantung. Terapi obat – obatan, pemberian oksigen dan tirah baring dilakukan secara bersamaan untuk tetap mempertahankan jantung. Obat – obatan dan oksigen digunakan untuk meningkatkan suplai oksigen, sementara tirah baring dilakukan untuk mengurangi kebutuhan oksigen. Hilangnya nyeri merupakan indikator utama bahwa kebutuhan dan suplai telah mencapai keseimbangan.

### 1. Terapi farmakologis

Menurut Brunner (2013) farmakoterapi ada tiga kelas obat- obatan yang biasa digunakan untuk meningkatkan suplai oksigen yaitu:

#### 1) Vasodilator

Vasodilator pilihan untuk mengurangi nyeri jantung adalah nitrogliserin (NTG) intravena. Dosis NTG yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri dada bervariasi antara satu pasien dengan yang lainnya.

#### 2) Antikoagulan

Heparin adalah antikoagulan pilihan untuk membantu mempertahankan integritas jantung. Heparin memperpanjang waktu pembekuan darah, sehingga dapat menurunkan kemungkinan pembentukan trombus dan selanjutnya menurunkan aliran darah.

#### 3) Trombolitik

Tujuan trombolitik adalah untuk melarutkan setiap trombus yang telah terbentuk di arteri koroner, memperkecil penyumbatan dan juga



luasnya infark. Agar efektif, obat ini harus diberikan pada awal awitan nyeri dada.

#### 4) Pemberian oksigen

Terapi oksigen dimulai saat awitan nyeri. Oksigen yang dihirup akan langsung meningkatkan saturasi darah. Efektifitas terapeutik oksigen ditentukan dengan observasi kecepatan dan irama pertukaran pernapasan, dan pasien mampu bernafas dengan mudah. Saturasi oksigen dalam darah secara bersamaan diukur dengan pulsa-oksimetri.

#### 5) Analgetik

Pemberian analgetik dibatasi hanya untuk pasien yang tidak efektif diobati dengan nitrat dan anti koagulan. Analgetik pilihan masih tetap morfin sulfat yang diberikan secara intra vena dengan dosis meningkat 1 sampai 2 mg. Respons kardiovaskuler terhadap morfin dipantau dengan cermat, khususnya tekanan darah yang sewaktu – waktu dapat turun. Tetapi karena morfin dapat menurunkan preload dan afterload dan merelaksasi bronkus sehingga oksigenasi meningkat, maka tetap ada keuntungan terapeutik selain menghilangkan nyeri pada pemberian obat ini.

## 2. Terapi non farmakologi

Menurut Idrus (2014) terapi non farmakologi yang dapat dilakukan oleh pasien Sindrom koroner akut yaitu sebagai berikut :

### 1) Aktivitas pasien harus istirahat dalam 12 jam pertama

- 2) Diet karena resiko muntah dan aspirasi segera setelah infark miokard, pasien harus puasa atau hanya minum air dalam, 4 – 12 jam pertama. Diet mencangkup lemak < 30% kalori total dan kandungan kolesterol < 300% mg/hari. Menu harus diperkaya dengan makanan yang kaya serat, kalium, magnesium, dan rendah natrium.
- 3) *Bowels* istirahat ditempat tidur dan efek penggunaan narkotik untuk menghilangkan nyeri mengakibatkan konstipasi. Dianjurkan penggunaan kursi roda di samping tempat tidur, diet tinggi serat dan penggunaan pencahar ringan secara rutin.
- 4) Sedasi pasien memerlukan sedasi selama perawatan untuk mempertahankan periode inaktivasi dengan penenang. Dapat menggunakan diazepam 5 mg, oksazepam 15 – 30 mg atau lorazepam 0,5 – 2 mg diberikan 3 atau 4 kali sehari biasanya efektif.

#### 2.1.11 Dampak masalah

Dampak saat terjadi pada serangan SKA adalah terganggunya system kardiovaskuler yang disebabkan karena beberapa factor di antaranya karena sering mengkonsumsi makanan siap saji yang mengandung lemak jahat yang sulit di metabolisme dalam tubuh yang bias mengakibatkan kolesterol tinggi dan obesitas. Dampak ekonomi pengobatan SKA sebagai upaya penanggulangan kondisi kesehatan yang berhubungan dengan obesitas dapat menyebabkan peningkatan beban ekonomi pada sistem perawatan, pengusaha, keluarga, dan individu termasuk pada peningkatan biaya yang harus dikeluarkan. Selain itu juga dapat menyebabkan derajat kesehatan sumberdaya manusia menurun, sehingga estimasi

kerugian ekonomi akibat penyakit yang diderita sangat penting (Wulansari,2016). Sedangkan dampak fisik pada pasien yang mengalami SKA kerusakan otot jantung yang menimbulkan gangguan pompa jantung yang akan mempengaruhi tubuh secara sistemik (Rohmawati, 2011).

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

#### **2.2.1.1 Identitas**

Perlu ditanyakan : nama, umur, jenis kelamin, alamat, suku, agama, nomor register, pendidikan, tanggal MRS, serta pekerjaan yang berhubungan dengan stress atau sebab dari lingkungan yang tidak menyenangkan. Identitas tersebut digunakan untuk membedakan antara pasien yang satu dengan yang lain dan untuk menentukan resiko penyakit jantung koroner yaitu laki-laki umur di atas 35 tahun dan wanita lebih dari 50 tahun. Laki-laki memiliki risiko lebih besar terkena serangan jantung dan kejadiannya lebih awal dari pada wanita. Morbiditas penyakit PJK pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan dengan wanita dan kondisi ini terjadi hampir 10 tahun lebih dini pada laki-laki dari pada perempuan. Karena wanita mempunyai hormon estrogen endogen yang bersifat protektif pada perempuan, namun setelah menopause insiden PJK meningkat dengan pesat dan memiliki resiko yang sama dengan laki – laki (Shoemaker, 2011).

#### **2.2.1.2 Keluhan Utama**

Klien Sindrom koroner akut mengeluh nyeri pada dada substernal, yang rasanya tajam dan menekan sangat nyeri, terus menerus dan dangkal.

Nyeri dapat menyebar kebelakang sternum sampai dada kiri, lengan kiri, leher, rahang, atau bahu kiri. Nyeri miokard kadang-kadang sulit dilokalisasi dan nyeri mungkin dirasakan sampai 30 menit tidak hilang dengan istirahat atau pemberian nitrogliserin ( Gede, 2011). Yang mendukung keluhan utama dilakukan dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai nyeri dada pada klien secara PQRST meliputi :

1. *Provoking Incident*: nyeri setelah beraktivitas dan tidak berkurang setelah istirahat dan setelah diberikan nitrogliserin.
2. *Quality of Pain*: seperti apa nyeri yang dirasakan klien. Sifat nyeri dapat seperti tertekan, diperas atau diremas.
3. *Region:Radiation, Relief*: lokasi nyeri didaerah substernal atau nyeri diatas perikardium.penyebaran nyeri sampai meluas hingga ke dada.Dapat terjadi nyeri dan ketidakmampuan menggerakkan bahu dan tangan.
4. *Severity (Scale) of Pain*: klien ditanya dengan menggunakan rentang 0-4 atau 0-10 (visual analogue scale-VAS) dan klien akan menilai seberapa berat nyeri yang dirasakan.Biasanya pada saat angina terjadi, skala nyeri berkisar antara 3-4 (0-4) atau 7-9 (0-10).
5. *Time*: biasanya gejala nyeri timbul mendadak. Lama timbulnya umumnya dikeluhkan > 15 mnt.Nyeri infark oleh miokardium dapat timbul padawaktu istirahat, nyeri biasanya dirasakan semakin berat (progresif) dan berlangsung lama.

#### 2.2.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada klien sindrom koroner akut mengeluh nyeri pada bagian dada sebelah kiri yang dirasakan lebih dari 30 menit, nyeri dapat menyebar

sampai lengan kiri, rahang dan bahu yang disertai rasa mual, muntah, badan lemah dan pusing, klien dengan sindrom koroner akut merasakan nyeri dada lebih dari 30 menit merupakan serangan pertama penyakit jantung hingga klien tiba di unit gawat darurat juga menentukan pilihan tindakan yang dapat dilakukan. Semakin cepat klien datang, semakin baik pula hasilnya. Direkomendasikan agar klien tiba di unit gawat darurat untuk mendapatkan penanganan dalam waktu kurang dari 120 menit dengan waktu ideal “*golden hour*” kurang dari 60 menit. *Golden period* penyakit jantung adalah hingga 12 jam setelah serangan. Rentang waktu 12 jam itu merupakan waktu yang baik bagi dokter untuk melakukan reperfusi, atau proses membuka aliran darah yang tersumbat. Penundaan waktu reperfusi meningkatkan risiko kematian (Gede, 2011).

#### 2.2.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pada klien sindrom koroner akut perlu dikaji mungkin pernah mempunyai riwayat diabetes mellitus, karena diabetes mellitus terjadi hilangnya sel endotel vaskuler berakibat berkurangnya produksi nitri oksida sehingga terjadi spasme otot polos dinding pembuluh darah. Hipertensi yang sebagian diakibatkan dengan adanya penyempitan pada arteri renalis dan hipo perfusi ginjal dan kedua hal ini disebabkan lesi arteri oleh arteroma dan memberikan komplikasi trombo emboli (Underwood, 2012)

#### 2.2.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit jantung keluarga, diabetes mellitus, peningkatan kolesterol darah, kegemukan, hipertensi, yang beresiko diturunkan secara

genetik berdasarkan kebiasaan keluarganya. Pola yang mempengaruhi kesehatan antara lain (Gede, 2011)

#### 2.2.1.6 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

##### 1) Tidak olahraga teratur

Olahraga bukan hanya sekali atau dua kali saja dilakukan, tetapi harus teratur dan terukur untuk meningkatkan kesehatan jantung.

##### 2) Terlalu banyak minum alkohol

Dampak buruk terlalu banyak minum alkohol bagi kesehatan tubuh, termasuk jantung. Minum minuman beralkohol dapat meningkatkan risiko tekanan darah tinggi, meningkatkan kadar lemak dalam darah, dan risiko gagal jantung.

##### 3) Makan berlebihan

Makan terlalu banyak menyebabkan kelebihan berat badan yang menjadi salah satu faktor risiko utama terjadinya penyakit jantung. Tingginya lemak dalam darah bisa menyebabkan penumpukkan plak di pembuluh darah. Kurangi kebiasaan minum minuman manis dan menggantinya dengan minum air putih saja juga membantu penurunan berat badan dan risiko sakit jantung

##### 4) Merokok

Merokok dapat meningkatkan pembekuan darah, menghambat aliran darah ke jantung, hingga meningkatkan penumpukkan plak di pembuluh darah. Tak hanya bagi merokok, mereka yang tidak merokok tetapi tinggal dengan seorang perokok pun berisiko terkena penyakit jantung.



### 2.2.1.7 Riwayat Psikososial

Rasa takut, gelisah dan cemas merupakan psikologis yang sering muncul pada klien dan keluarga. Hal ini terjadi karena rasa sakit, yang dirasakan oleh klien. Perubahan psikologis tersebut juga muncul akibat kurangnya pengetahuan terhadap penyebab, proses dan penanganan penyakit sindrom koroner akut. Hal ini terjadi dikarenakan klien kurang kooperatif dengan perawat (Gede, 2011).

### 2.2.1.8 Pemeriksaan Fisik

#### B1 (*Breathing*)

Inspeksi: pada klien SKA terlihat adanya peningkatan produksi sputum, sesak nafas, serta penggunaan otot bantu pernafasan, perubahan kecepatan/kedalaman pernafasan, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Palpasi: pada palpasi biasanya kesimetrisan, ekspansi, dan taktil fremitus normal dan seimbang kanan dan kiri. Perkusi: pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah. Auskultasi: terdapat suara nafas tambahan seperti krekels, ronkhi, dan mengi.

#### B2 (*Blood*)

Biasanya bunyi jantung irama tidak teratur, bunyi ekstra, denyut menurun. Inspeksi: sianosis +, pucat +, edema perifer +. Palpasi: vena jugular amplitudonya meningkat, CRT > 2 detik, nadi biasanya takikardi. Auskultasi: sistolik murmur, suara jantung S3. Perkusi: Pemeriksaan perkusi pada jantung biasanya jarang dilakukan jika pemeriksaan foto rontgen toraks telah dilakukan. Tetapi pemeriksaan perkusi ini tetap

bermanfaat untuk menentukan adanya kardiomegali, efusi perikardium, dan aneurisma aorta. Foto rontgen toraks akan menunjukkan daerah redup sebagai petunjuk bahwa jantung melebar. Daerah redup jantung akan mengecil pada emfisema.

### B3 (*Brain*)

Inspeksi: pada klien SKA kesadaran *compos mentis*. Biasanya klien merasakan pusing, berdenyut, sakit kepala, disorientasi, bingung, letargi.

### B4 (*Bladder*)

Inspeksi: pengukuran volume output urine perlu dilakukan karena berkaitan dengan intake cairan. Pada penderita SKA ditemukan adanya pola berkemih seperti oliguria. Oliguria disebabkan adanya gangguan pada ginjal urine sedikit kurang dari 400 ml. Haluaran urine menurun bila curah jantung menurun berat.

### B5 (*Bowels*)

Inspeksi: pengkajian tentang status nutrisi klien meliputi jumlah, frekuensi dan kesulitan-kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya pada klien SKA biasanya hilang nafsu makan, anoreksia, tidak toleran terhadap makanan, mual muntah, perubahan berat badan, perubahan kelembaban kulit.

### B6 (*Bone*)

Inspeksi: pada klien SKA ditemukan adanya pergerakan ekstermitas menurun, tonus otot menurun, nyeri, turgor kulit menurun, kulit pucat, dan sianosis.

### B7 (Sistem Penglihatan)

Inspeksi: pada klien SKA ditemukan adanya kerusakan penginderaan seperti pada penglihatan terganggu terjadi perubahan pupil, dan tidak ada gangguan pada pendengaran.

### B8 (Sistem Endokrin)

Inspeksi: pada penderita SKA tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar *thyroid* dan kelenjar parotis.

(Bararah & Jauhar, 2013).

## 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

2.2.2.1 Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan karakteristik miokard.

2.2.2.2 Nyeri akut yang berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri.

2.2.2.3 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli

2.2.2.4 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan iskemik kerusakan otot jantung.

2.2.2.5 Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen miokard dan kebutuhan.

2.2.2.6 Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis

2.2.2.7 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang fungsi jantung

(Nurarif & kusuma,2015).

### 2.2.3 Rencana Keperawatan

2.2.3.1 Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan karakteristik miokard

Tabel 2.1 : Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan karakteristik miokard

<b>Tujuan / kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam. diharapkan curah jantung kembali normal /stabil dengan kriteria. hasil sebagai berikut:</p> <p>1) Tidak ada edema</p> <p>2) Tidak ada</p>	<p>1) Auskultasi tekanan darah dan bandingkan tekanan darah kedua tangan.</p> <p>2) Pantau frekuensi jantung dan irama. Catat disritmia</p>	<p>1) Hipotensi dapat terjadi sehubungan dengan disfungsi ventrikel, hipoperfusi miokardia dan rangsang vagal</p> <p>2) Frekuensi dan irama jantung berespons terhadap obat dan aktivitas sesuai</p>

<b>Tujuan / kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p>disritmia</p> <p>3) Saluran urin Adekuat</p> <p>4) TTV dalam batas normal.</p>	<p>3) Auskultasi dan catat terjadinya bunyi jantung S3 dan S4.</p> <p>4) Auskultasi bunyi napas.</p> <p>5) Kolaborasi pemberian oksigen tambahan , sesuai indikasi</p>	<p>dengan terjadinya komplikasi/ disritmia yang mempengaruhi fungsi jantung atau meningkatkan kerusakan iskemik.</p> <p>3) S3 berhubungan dengan gagal jantung kris atau gagal mitral yang disertai infark berat. S4 berhubungan dengan iskemia, kekakuan ventrikel, atau hipotensi pulmonal.</p> <p>4) Krekels menunjukkan kongesti paru mungkin terjadi karena penurunan fungsi miokardia.</p> <p>5) Meningkatkan jumlah sediaan oksigen untuk kebutuhan miokard, menurunkan iskemia dan disritmia lanjut.</p>

2.2.3.2 Nyeri akut yang berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri.

Tabel 2.2 : Nyeri akut yang berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri.

<b>Tujuan / kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan terdapat penurunan respon nyeri dada dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri dada hilang / Terkontrol</li> <li>2. Mendemostrasikan penggunaan teknik relaksasi</li> <li>3. Menunjukkan nurunnya tegangan dan rileks.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Catat karakteristik nyeri, lokasi ,intensitas, lamanya dan penyebarannya.</li> <li>2) Anjurkan klien untuk melaporkan nyeri dengan segera.</li> <li>3) Lakukan teknik relaksasi.</li> <li>4) Periksa tanda vital sebelum dan sesudah obat narkotik</li> <li>5) Kolaborasi Pemberian Analgesik.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Variasi penampilan dan perilaku klien karena nyeri yang terjadi sebagai temuan pengkajian.</li> <li>2) Nyeri berat dapat menyebabkan syok kardiogenik yang berdampak pada kematian yang mendadak.</li> <li>3) Membantu dalam penurunan persepsi/ respon nyeri</li> <li>4) Hipotensi / depresi pernapasan dapat terjadi sebagai akibat pemberian narkotik.</li> <li>5) Untuk menurunkan nyeri hebat</li> </ol>

### 2.2.3.3 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli

Tabel 2.3: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli

<b>Tujuan/ kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan pertukaran gas pasien efektif dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Klien mengatakan sesaknya berkurang.</li> <li>2 Mendemostrasikan ventilasi dan oksigenasi adekuat pada jaringan ditunjukkan oleh oksimetri dalam rentang normal</li> <li>3 Tanda- tanda vital dalam rentang normal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Awasi frekuensi, kedalaman, dan upaya pernafasan.</li> <li>2) Auskultasikan suara nafas</li> <li>3) Pertahankan duduk di kursi/ tirah baring dengan kepala tempat tidur tinggi 20 – 30 derajat, posisi semi Fowler.</li> <li>4) Observasi TTV terutama respirasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penekanan pernafasan (penurunan kecepatan) dapat terjadi dari penggunaan analgetik berlebihan.</li> <li>2) Kehilangan suara nafas aktif pada area ventilasi sebelum dapat menunjukkan kolaps segmen paru.</li> <li>3) Menurunkan konsumsi oksigen/ kebutuhan dan meningkatkan inflamasi paru maksimal.</li> <li>4) Peningkatan respirasi merupakan tanda adanya gangguan pola nafas.</li> </ol>



<b>Tujuan/ kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
	5) Kolaborasi pemberian oksigen tambahan dengan kanula nasal atau masker sesuai indikasi.	5) Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokardia dan juga mengurangi ketidaknyamanan sehubungan dengan iskemia jantung.

2.2.3.4 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan iskemik kerusakan otot jantung, penyempitan/penyumbatan pembuluh darah arteri koronaria.

Tabel 2.4: Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan iskemik kerusakan otot jantung

<b>Tujuan / kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan perfusi p perifer meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut : 1) Tekanan systole dan diastole dalam batas normal. 2) Tidak ada	1) Pantau pernapasan dan catat kerja pernapasan 2) Kaji warna kulit pucat, sianosis, kulit dingin/ lembab dan catat kekuatan nadi perifer.	1) Pompa jantung gagal dapat mencetuskan distress pernafasan 2) Vasokonstriksi sistemik diakibatkan oleh Penurunan curah jantung mungkin dibuktikan oleh penurunan perfusi kulit dan penurunan nadi.

Tujuan / kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>ortostatik hipertensi</p> <p>3) Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial</p>	<p>3) Kaji fungsi gastrointestinal, catat anoreksia, mual/ muntah, distensi abdomen, konstipasi.</p> <p>4) Pantau urine output</p> <p>5) Kolaborasi pemberian obat ranitidin sesuai indikasi</p>	<p>3) Penurunan aliran darah ke mesenterik dapat mengakibatkan disfungsi gastrointestinal, contoh kehilangan peristaltik.</p> <p>4) Penurunan curah jantung mengakibatkan menurunnya produksi urine pemantauan yang ketat pada produksi urine &lt;600ml/hari merupakan tanda-tanda terjadinya syok kardiogenik.</p> <p>5) Menurunkan atau menetralkan asam lambung, mencegah ketidaknyamanan dan iritasi gaster, khususnya adanya penurunan sirkulasi mukosa.</p>

2.2.5.4 Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen miokard dan kebutuhan.

Tabel 2.5: Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen miokard dan kebutuhan.

<b>Tujuan / kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan aktivitas klien mengalami peningkatan dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien tidak mengeluh pusing</li> <li>2) Alat dan sarana untuk memenuhi aktivitas tersedia</li> <li>3) dan mudah klien jangkau.</li> <li>4) TTV dalam batas normal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Catat frekuensi jantung, irama, dan perubahan tekanan darah selama dan sesudah aktivitas.</li> <li>2) Tingkatkan istirahat, batasi aktivitas dan berikan aktivitas senggang yang tidak berat.</li> <li>3) Anjurkan untuk menghindari peningkatan tekanan abdomen misalnya mengedan saat Defekasi.</li> <li>4) Rujukan ke program rehabilitasi jantung</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Respon klien terhadap aktivitas dapat mengindikasikan penurunan oksigen miokardium.</li> <li>2) Menurunkan kerja miokardia/ konsumsi oksigen.</li> <li>3) Dengan mengejan dapat mengakibatkan bradikardi, penurunan curah jantung dan takikardia, serta peningkatan tekanan darah.</li> <li>4) Memberikan dukungan/ pengawasan tambahan berlanjut dan</li> </ol>

<b>Tujuan / kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
		partisipasi proses penyembuhan dan kesejahteraan.

#### 2.2.5.5 Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis

Tabel 2.6: Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis

<b>Tujuan / kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu selama 2 x 24 jam diharapkan kecemasan berkurang dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas</li> <li>2) Mengidentifikasi teknik untuk mengontrol cemas.</li> <li>3) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi dan ketahui persepsi pasien terhadap ancaman/ situasi.</li> <li>2) Catat adanya kegelisahan, menolak dan menyangkal.</li> <li>3) Kaji tanda verbal/ non verbal kecemasan dan tinggal dengan pasien</li> <li>4) Berikan privasi untuk pasien dan orang terdekat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Koping terhadap nyeri dan trauma emosi IM sulit.</li> <li>2) Penelitian terhadap frekuensi hidup antara individu tipe A/ B dan dampak penolakan telah berarti dua.</li> <li>3) Pasien mungkin tidak menunjukkan masalah secara langsung tetapi kata- kata/ tindakan dapat menunjukkan rasa agitasi marah dan gelisah.</li> <li>4) Memungkinkan waktu untuk mengekspresikan perasaan, menghilangkan</li> </ol>

<b>Tujuan / kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
menunjukkan berkurangnya kecemasan. 4) TTV dalam batas normal.	5) Kolaborasi pemberian anticemas sesuai indikasi contoh diazepam (Valium).	cemas, dan perilaku adaptasi. 5) Meningkatkan relaksasi/ istirahat dan menurunkan rasa cemas.

2.2.5.6 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang fungsi jantung.

Tabel 2.7: Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang fungsi jantung

<b>Tujuan / kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu selama 1 x 24 jam diharapkan klien memahami pengetahuan tentang penyakit dengan kriteria hasil sebagai berikut: 1) Klien menyatakan paham penyakit sendiri. 2) Klien menyatakan	1) Pantau tingkat pengetahuan pasien/ orang terdekat. 2) Beri penguatan penjelasan factor resiko, pembatasan diet/aktivitas, obat, dan gejala yang memerlukan perhatian medis cepat.	1) Mengidentifikasi secara verbal kesalahan pahaman dan memberikan penjelasan. 2) Memberikan kesempatan pada pasien untuk mencakup informasi dan mengasumsi control/partisipasi dalam program rehabilitasi.

<b>Tujuan / kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p>paham rencana pengobatan,</p> <p>3) Klien mengetahui tujuan pengobatan dan efek samping/ reaksi merugikan.</p>	<p>3) Peringatkan untuk menghindari aktivitas isometric</p> <p>4) Tekankan pentingnya mengikuti perawatan dan mengidentifikasi sumber di masyarakat / kelompok pendukung contoh program rehabilitasi jantung.</p>	<p>3) Aktivitas ini sangat meningkatkan kerja jantung/ konsumsi oksigen miokardia, dan dapat merugikan kontraktilitas/ curah jantung.</p> <p>4) Memberikan tekanan bahwa ini adalah masalah kesehatan berlanjut dimana dukungan/ bantuan diperlukan setelah pulang.</p>

### 2.2.6 Implementasi keperawatan

Merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi,2012).

Pada diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan factor-faktor listrik, penurunan karakteristik miokard, selama 2 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa mendengarkan tekanan darah, memantau

frekuensi jantung, irama dan mencatat disritmia, mendengarkan bunyi jantung S3 dan S4, mendengarkan bunyi nafas, memantau frekuensi dan irama jantung.

Pada diagnosa nyeri yang berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai darah dan oksigen dengan kebutuhan miokardium sekunder dari penurunan suplai darah ke miokardium, selama 2 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa mencatat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas, lamanya dan penyebarannya, mengajarkan klien untuk melaporkan nyeri, melakukan teknik relaksasi, memeriksa tanda vital sebelum dan sesudah obat narkotik.

Pada diagnosa kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen akibat disfungsi miokard, selama 2 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa mencatat frekuensi kedalaman dan upaya pernafasan, mendengarkan bunyi nafas, mempertahankan duduk di kursi/ tirah baring dengan kepala tempat tidur tinggi 20 – 30 derajat, posisi semi fowler, memberikan oksigen dengan nasal kanul atau masker sesuai indikasi, mengobservasi TTV terutama respirasi.

Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan iskemik kerusakan otot jantung, selama 2 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa memantau pernapasan dan mencatat kerja pernapasan, mengkaji warna kulit pucat, sianosis, kulit dingin/ lembab dan mencatat kekuatan nadi perifer, mengkaji fungsi gastrointestinal, catat anoreksia, mual/ muntah, distensi abdomen, konstipasi., memantau urine output.

Pada diagnosa intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan penurunan perifer sekunder dan ketidak seimbangan antara suplai oksigen miokardium

dengan kebutuhan, selama 2 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa mencatat frekuensi jantung irama dan perubahan tekanan darah selama dan sesudah aktivitas, membatasi aktivitas dan memberikan aktivitas senggang yang tidak berat, menganjurkan menghindari peningkatan tekanan abdomen, merujuk ke rehabilitasi jantung.

Pada diagnosa Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis, selama 2 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa mengidentifikasi dan ketahu persepsi pasien terhadap ancaman/ situasi, mencatat adanya kegelisahan, menolak dan menyangkal, mengkaji tanda verbal/ non verbal kecemasan dan tinggal dengan pasien, memberikan privasi untuk pasien dan orang terdekat.

Pada diagnosa Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang fungsi jantung , selama 1 x 24 jam dilakukan tindakan keperawatan berupa memantau tingkat pengetahuan, menjelaskan tentang factor resiko pembatasan diet atau aktivitas obat dan gejala, menghindari aktivitas isometric, menekankan pentingnya mengikuti perawatan dan mengidentifikasi sumber di masyarakat/ kelompok pendukung contoh program rehabilitasi jantung.

#### 2.2.7 Evaluasi

Merupakan kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung,2011).



Pada diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan factor-faktor listrik, penurunan karakteristik miokard. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan curah jantung membaik/stabil, tidak ada edema, tidak ada disritmia, haluaran urin normal, TTV dalam batas normal.

Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri, setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam diharapkan terdapat penurunan respon nyeri dada, nyeri dada berkurang, ekspresi wajah rileks, tenang tak tegang, tidak gelisah, klien dapat melakukan teknik relaksasi.

Pada diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai oksigen akibat disfungsi miokard. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan pertukaran gas pasien efektif, klien mengatakan sesak nafasnya berkurang, klien dapat mendemostrasikan ventilasi dan oksigenasi adekuat pada jaringan ditunjukkan oleh oksimetri dalam rentang normal, TTV dalam batas normal.

Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan iskemik kerusakan otot jantung. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tekanan systole dan diastole dalam rentang normal, tidak ada ortostatik hipertensi, tidak ada tekanan intracranial

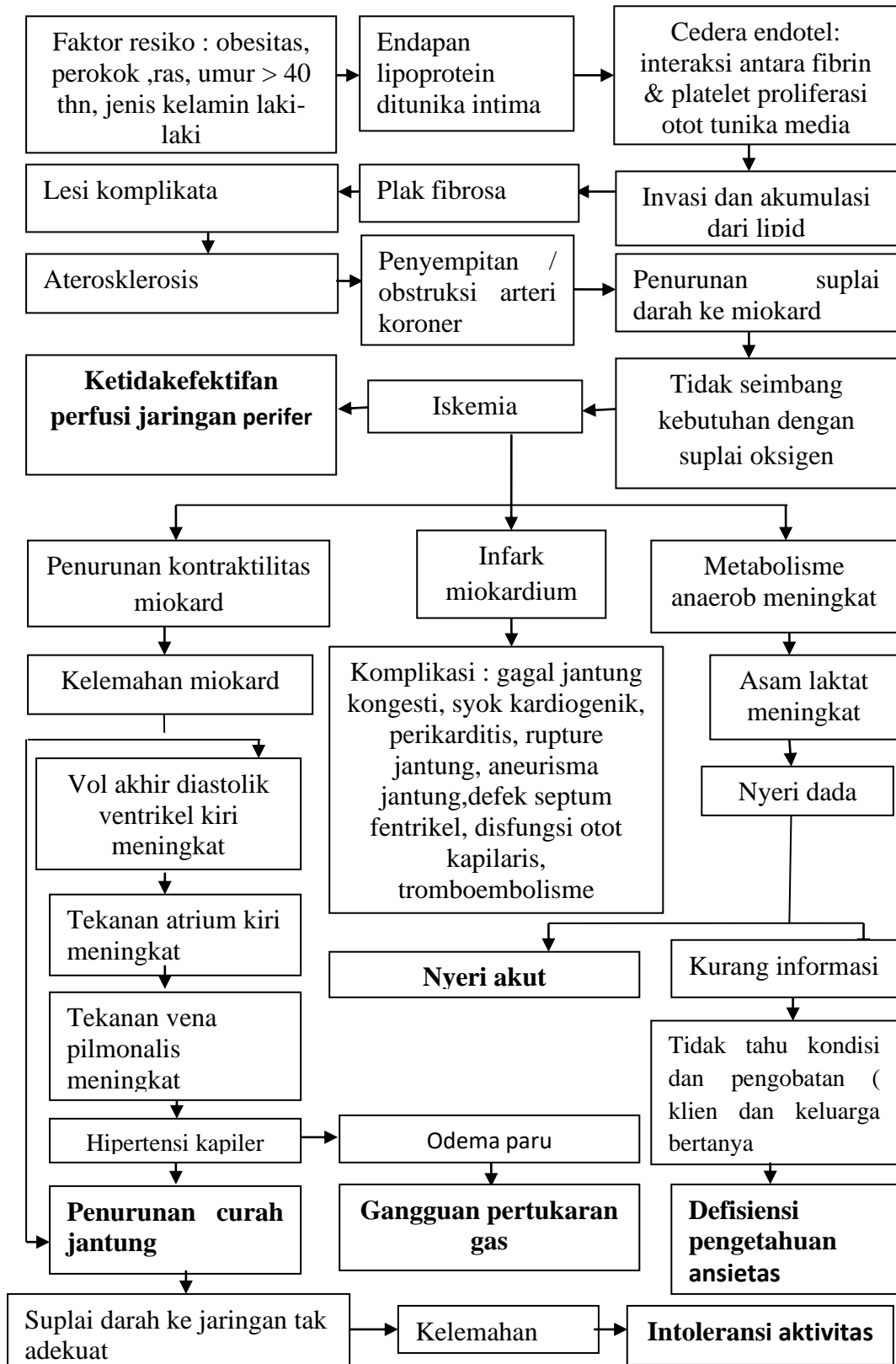
Pada diagnosa intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan penurunan perifer sekunder dan ketidakseimbangan antara suplai oksigen miokardium dengan kebutuhan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan aktivitas klien mengalami peningkatan, klien tidak mengeluh pusing,

alat dan sarana untuk memenuhi aktivitas tersedia dan mudah klien jangkau, TTV dalam batas normal.

Pada diagnosa Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam di harapkan pasien kecemasan berkurang, mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas, klien dapat mengontrol cemas, Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh menunjukkan berkurangnya kecemasan, TTV dalam batas normal.

Pada diagnosa Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang fungsi jantung, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam di harapkan klien memahami pengetahuan tentang penyakit, menyatakan pemahaman penyakit sendiri, rencana dan tujuan pengobatan dan efek samping reaksi merugikan.

2.2.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway pada Klien Dengan Diagnosa Medis SKA (Nurarif & Kusuma, 2015)

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada klien dengan diagnose medis NSTEMI pada tanggal 15 januari – 19 januari 2020 diruang rawat inap Melati RSUD Bangil Pasuruan.

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Klien adalah seorang Perempuan bernama “Ny. M” usia 54 tahun, beragama Islam, bahasa yang digunakan adalah bahasa Madura. Klien lulusan SD dan bekerja petani. Klien tinggal di daerah Kalisat RT 02 RW 01 Rembang, Pasuruan. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 13 Januari 2020 jam 14.00 WIB, nomor rekam medis 00414137.

##### **3.1.2 Keluhan Utama**

Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri

##### **3.1.3 Riwayat Kesehatan**

###### **3.1.3.1 Riwayat Kesehatan Sekarang :**

Pada tanggal 13 Januari 2020 pukul 14.00 WIB klien mengeluh nyeri dada seperti tertekan, keringat dingin, sesak nafas, lalu oleh keluarga klien langsung dibawa ke IGD RSUD Bangil lalu ditempatkan keruang CVCU pukul 21.00 WIB keadaan klien membaik klien dipindahkan ke ruang Melati pada tanggal 14 Januari 2020 pukul 09.00 WIB pada saat pengkajian klien mengatakan nyeri dada

di sebelah kiri jantung, rasanya seperti tertekan, nyerinya menjalar sampai ke bahu belakang, skala nyeri 6 dan hilang timbul.

#### 3.1.3.2 Riwayat Kesehatan Sebelumnya

Klien mengatakan pernah menderita hipertensi 2 tahun yang lalu dan keluarga pasien mengatakan 5 bulan yang lalu pasien sudah ada tanda dan gejala seperti penyakit jantung tetapi pasien tidak mau memeriksakannya. Klien mengatakan tidak pernah melakukan operasi dan klien mengatakan tidak mempunyai alergi obat maupun makanan

#### 3.1.3.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan

#### 3.1.3.4 Lingkungan rumah dan komunitas

Klien mengatakan lingkungan rumah bersih dan nyaman.

#### 3.1.3.5 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Klien mengatakan suka makanan yang asin dan kurang mengatur pola makan

#### 3.1.3.6 Persepsi dan pengetahuan tentang penyakit dan penatalaksanaanya

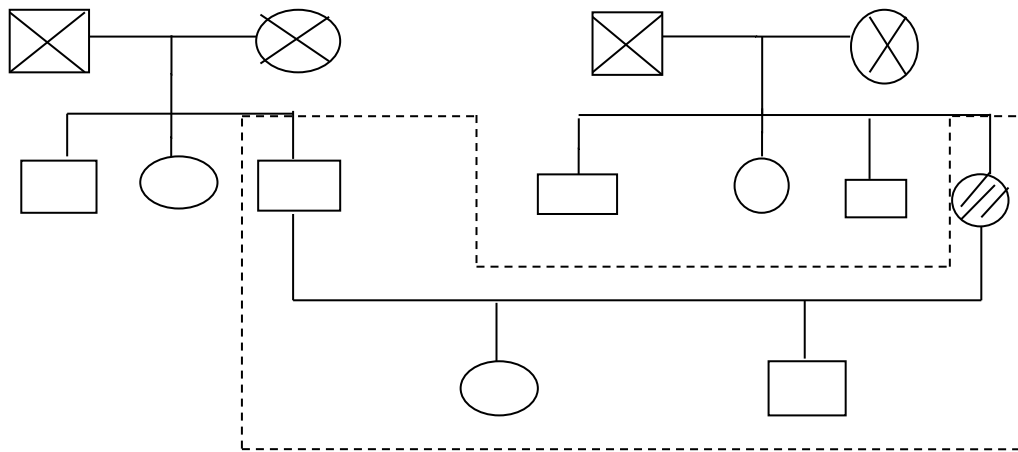
Klien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya dan cara minum obat yang benar

#### 3.1.4 Status cairan dan nutrisi

Nafsu makan baik, pola makan di rumah : 3x1 porsi habis, di RS : 3x1/2 porsi habis, jenis minuman yang diminum air putih, jumlah air yang diminum sehari 1000 cc/hari, pantangan makan tidak ada . Menu makanan/diet sekarang diet lunak.

### 3.1.5 Genogram (3 generasi)

Genogram Ny. M Dengan Diagnosa Medis Nstemi Diruang Melati RSUD Bangil Pasuruan



Keterangan :

X = Meninggal

□ = laki-laki

⊗ = Pasien

----- = Tinggal satu rumah

○ = Perempuan

### 3.1.6 Pemeriksaan Fisik

3.1.6.1 Keadaan umum: klien tampak lemah

3.1.6.2 Tanda-tanda vital:

Tekanan darah: 130/80MmHg, nadi : 85x/mnt, suhu : 36,1°C, respirasi : 24x/menit, Spo<sup>2</sup> : 97%

### 3.1.6.3 Sistem pernafasan (B1/ *Breathing*)

Bentuk dada simetris, susunan ruas tulang belakang normal, irama nafas tidak teratur, tidak ada retraksi otot bantu nafas, perkusi thorak sonor, alat bantu nafas nasal 3 lpm, vokal fremitus normal kanan kiri sama, nyeri dada saat bernafas tidak ada, suara nafas wheezing, tidak ada batuk, tidak ada sputum, pasien mengatakan nafasnya ngongsrong setelah pergi ke kamar mandi

Masalah keperawatan : Ketidakefektifan pola nafas

### 3.1.6.4 Sistem kardiovaskuler (B2/ *Blood*)

Terdapat nyeri dada, irama jantung irreguler, ictus cordis lemah posisi di ics V midklavikula sinistra, bunyi jantung S1 S2 tunggal dan terdapat bunyi jantung tambahan S3 murmur, CRT < 3 detik, tidak ada sianosis, tidak ada pembengkakan clubbing finger, JVP normal < 5 cm, px mengatakan lemas dan kelelahan.

Lain- lain: Tanda vital sebelum pergi ke kamar mandi tekanan darah : 130/70 mmhg, nadi: 85 x/menit, suhu: 36° C, respirasi: 22 x/menit, sedangkan setelah dari kamar mandi, tekanan darah: 130/ 70 mmhg, nadi: 85 x/ menit, respirasi: 24 x/ menit, suhu: 36,°C, pasien tampak menyeringai

Masalah keperawatan : Nyeri akut dan Penurunan curah jantung

### 3.1.6.5 Sistem persyarafan (B3/ *Brain*)

Kesadaran compos mentis, orientasi baik klien mampu mengenal tempat, waktu, dan orang, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudsky, klien tidak mengalami nyeri kepala, istirahat/tidur : siang 3 jam/hari malam 8jam/hari, klien tidak mempunyai kelainan nervus cranialis.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.6.6 Sistem perkemihan (*B4/ Bladder*)

Bentuk alat kelamin normal, alat kelamin bersih, frekuensi berkemih klien di rumah sakit jumlah : 1000cc/24 jam, bau khas, warna kuning jernih, tempat yang digunakan kamar mandi, klien tidak menggunakan alat bantu berkemih.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.6.7 Sistem Pencernaan (*B5/ Bowel*)

Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi klien 2x1 sehari selama di Rs, tidak ada kesulitan di tenggorokan, abdomen thympani, peristaltik usus 15x/mnt, klien BAB 1x/hari, konsistensi padat, warna coklat kekuningan , bau khas, tempat yang digunakan WC, tidak ada masalah eliminasi alvi, tidak ada pemakaian obat pencahar.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.6.8 Sistem muskuloskeletal dan integumen (*B6/ Bone*)

Kemampuan pergerakan klien bebas, kekuatan otot 5/5/5/5, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, tidak ada luka, akral hangat, tugor kulit baik, tidak ada odema, kelembapan baik, kebersihan kulit bersih, ADL di bantu parsial oleh keluarga, px mengatakan pergi ke kamar mandi dengan bantuan keluarga setelah dari kamar mandi nafas px ngongsrong .

Masalah keperawatan : Intoleransi aktivitas

#### 3.1.6.9 Sistem penginderaan

Mata simetris, pupil isokor, reflek cahaya normal, konjungtiva tidak anemis (merah muda), sklera putih, tidak ada odema pada palpebra, tidak ada strabismus, ketajaman penglihatan normal, tidak ada alat bantu, hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret pada hidung, ketajaman penciuman



normal, telinga simetris, ketajaman pendengaran normal, perasa normal manis pahit asin asam, peraba normal.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.6.10 Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran limfe, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak terdapat luka gangren

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.7 Data psikososial

##### 3.1.7.1 Gambaran diri/citra diri

Tanggapan klien tentang tubuhnya bahwa klien bersyukur di beri tubuh normal, tanggapan klien tentang tubuhnya klien menyukai semua bagian tubuhnya, klien mengatakan tidak ada bagian tubuhnya yang tidak disukai, klien mengatakan merasa cemas jika salah satu organ tubuhnya sakit terhadap persepsi kehilangan bagian tubuh.

##### 3.1.7.2 Identitas

Klien mengatakan status dalam keluarga sebagai ibu , klien mengatakan mengerti akan posisinya sebagai ibu rumah tangga, klien puas akan jenis kelaminnya sebagai perempuan.

##### 3.1.7.3 Peran

Klien menjalani peran sebagai ibu, klien mampu melakukan perannya sebagai ibu rumah tangga.

##### 3.1.7.4 Ideal diri

Harapan klien berharap cepat sembuh dan bisa kembali ke rumah, posisi pekerjaan klien adalah petani , status klien dalam keluarga adalah

ibu rumah tangga, tugas pekerjaan klien adalah buruh, harapan klien terhadap keluarga adalah pasien mengatakan ingin berkumpul kembali dengan keluarganya, harapan klien terhadap masyarakat klien berharap masyarakat tetap menerima saat pasien pulang, harapan pasien tentang penyakit yang diderita dan tenaga kesehatan pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan bisa berkumpul kembali dengan keluarganya

#### 3.1.7.5 Harga diri

Tanggapan klien tentang harga dirinya bahwa klien mengatakan sudah dihargai oleh keluarganya dan klien merasa mendapatkan banyak perhatian.

#### 3.1.7.6 Data sosial

Hubungan klien dengan keluarga dan pasien lain sangat baik, dukungan keluarga untuk klien sangat mendukung atas kesembuhannya, reaksi klien saat berinteraksi sangat baik

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.8 Data spiritual

3.1.8.1 Konsep tentang penguasa kehidupan : pasien mengatakan dengan cara berdoa agar bisa sembuh

3.1.8.2 Sumber kekuatan /harapan saat sakit : pasien mengatakan berdoa dan sholat

3.1.8.3 Ritual agama yang bermakna/berarti/harapan saat ini : sholat 5 waktu

3.1.8.4 Sarana/peralatan/org yg diperlukan untuk melaksanakan ritual : pasien mengatakan sajadah dan mukenah

3.1.8.5 Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit: pasien yakin akan segera sembuh

3.1.8.6 Persepsi terhadap penyakit : pasien mengatakan ini ujian untuk lebih sabar

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.9 Pemeriksaan penunjang

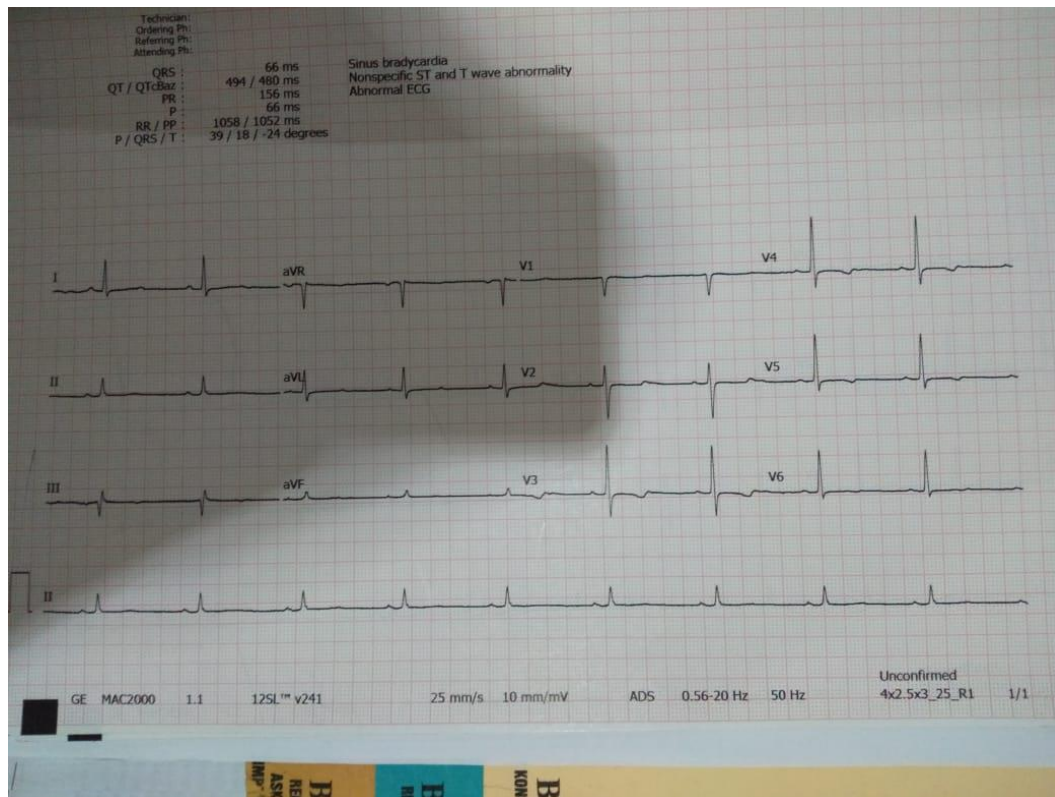
3.1.9.1 Pemeriksaan Laboratorium ( 13 Januari 2020 )

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis *NSTEMI* Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

<b>Nama pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai rujukan</b>
<b>Hematologi</b>		
<b>Darah lengkap</b>		
Leukosit (WBC)	10,25	3,70-10,1
Neutrofil	6,3	
Limfosit	2,42	
Monosit	0,9	
Easinofil	4809	
Basofil	0,08	
Neutrofil	61, 9%	39,3-73,7
Limfosit	23,6%	18,0-48,3
Monosit	9,0%	4,40-12,7
Eosinofil	4,7%	0,600-7,30
Basofil	0,8%	0,00-1,70
Eritrosit (RBC)	4,939/uL	4,6-6,2
Hemoglobin (HGB)	14,44g/dL	13,5-18,0

Hematokrit (HCT)	41,5 %	40-54
MCV	84,02 uL	81,1-96,0
MCH	29,23 pg	27,0-31,2
MCHC	34,79 g/dL	31,8-35,4
RDW	10,61%	11,5-14,5
PLT	268%	150-450
MPV	6,105 fL	6,90-10,6
<b>KIMIA KLINIK</b>		
<b>FAAL GINJAL</b>		
BUN	8 mg/dl	7,8 – 20,23
Kreatinin	0,717 mg/dl	0,6 – 1,0
<b>PEMERIKSAAN PATOLOGI KLINIK</b>		
CK-MB	18,0 mg/dl	<=24
<b>JANTUNG</b>		
Troponin I	0,050 ng/ml	<0,02
<b>GULA DARAH</b>		
Glukosa darah sewaktu	92 mg/dl	< 200

## 3.1.9.2 Pemeriksaan EKG



15 Januari 2020

Mahasiswa

Intan Nurul Anggriani

### 3.1.10 Terapi (14 Januari 2020)

1. Inf. NS 500cc/24 jam : Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit, mengembalikan Ph, menghidrasi tubuh
2. Inj. Furosemide 1x40 mg : untuk mengurangi cairan berlebih dalam tubuh
3. Inj. Arixtra 2x2,5 mg : untuk mencegah dan mengobati penyakit deep vein thrombosis (DVT) yaitu kondisi yang menyebabkan terbentuknya gumpalan darah dan penyumbatan di pembuluh darah
4. Inj. Topazol 1x40 mg : Untuk meredakan gejala meningkatnya asam lambung
5. PO. ASA 1x80 mg : untuk pencegah thrombosis pada infark miokard akut
6. PO. CPG (clopidogrel) 4x75 mg : untuk mencegah trombosit saling menempel yang beresiko membentuk gumpalan darah
7. PO. Aspilet 4x80 mg : Untuk mengencerkan darah dan mencegah penggumpalan di pembuluh darah

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

#### 3.2.1 Analisa Data

Tanggal : 15 Januari 2020

Nama pasien : Ny. M

Umur : 54 tahun

No RM : 00-41-41

Tabel 3.2 Analisa Data pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis *NSTEMI* Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS: pasien mengatakan nyeri dada, lemas dan kelelahan</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/u lemah</li> <li>-Kesadaran composmentis</li> <li>- Irama jantung irreguler</li> <li>- Terdapat bunyi jantung tambahan S3 murmur</li> </ul> <p>JVP tidak terdapat</p> <p>pembesaran &lt; 5 cm</p>	<p>Penurunan kontraktilitas miokard</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kelemahan miokard</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan curah jantung</p>	<p>Penurunan curah jantung</p>

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
	<p>- TTV sebelum pergi ke kamar mandi</p> <p>TD : 130/ 70 mmhg</p> <p>N: 85 x/menit</p> <p>S: 36°C</p> <p>RR: 22 x/menit</p> <p>- TTV setelah dari kamar mandi</p> <p>TD: 130/ 70 mmhg</p> <p>N: 85 x/ menit</p> <p>RR: 24 x/ menit</p> <p>S: 36°C</p>		
2.	<p>DS:Px mengatakan nyeri dada seperti tertekan dan menjalar ke bahu belakang skala nyeri 6 hilang timbul dari 1 – 10 pasien memilih 6 untuk menggambarkan rasa nyerinya.</p> <p>DO:</p> <p>-Keadaan umum lemah</p>	<p>Iskemia jaringan sekunder</p> <p>↓</p> <p>Nyeri dada</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri Akut



NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
3	<p>Pasien tampak menyeringai</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 6</li> <li>-TTV</li> <li>TD : 130/80 Mmhg</li> <li>N : 85x/menit</li> <li>S : 36,1 °C</li> <li>RR : 24x/menit</li> </ul> <p>DS: Pasien mengatakan nafasnya ngongsrong setelah pergi dari kamar mandi</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- irama nafas tidak teratur</li> <li>- Takipnea</li> <li>- Alat bantu nafas nasal 3 lpm</li> <li>-Suara nafas whezing</li> <li>- TD : 130/80 Mmhg</li> <li>N : 85x/menit</li> <li>S : 36,1 °C</li> <li>RR : 24x/menit</li> </ul>	<p>Infark miokard</p> <p>↓</p> <p>Penurunan kontraktilitas miokard</p> <p>↓</p> <p>Keletihan miokard</p> <p>↓</p> <p>Vol akhir diastolik ventrikel kiri meningkat</p> <p>↓</p> <p>Tekanan atrium kiri meningkat</p> <p>↓</p> <p>Tekanan vena pulmonalis meningkat</p> <p>↓</p> <p>Hipertensi kapiler paru</p> <p>↓</p> <p>Keletihan otot pernafasan</p>	<p>Ketidakefektifan Pola Nafas</p>

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
4.	<p>DS: Pasien mengatakan nafasnya ngongsrong setelah dari kamar mandi</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/U lemah</li> <li>- Aktivitas ADL dibantu oleh keluarga pasien sebagian (parsial)</li> <li>- TTV sebelum pergi ke kamar mandi</li> </ul> <p>TD : 130/ 70 mmhg</p> <p>N: 85 x/menit</p> <p>S: 36°C</p> <p>RR: 22 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV setelah dari kamar mandi</li> </ul> <p>TD: 130/ 70 mmhg</p> <p>N: 85 x/ menit</p> <p>RR: 24 x/ menit</p> <p>S: 36°C</p>	<p>Suplai darah ke jaringan</p> <p style="text-align: center;">tak adekuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kelemahan fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Intoleransi aktivitas</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>

### 3.2.2 Daftar Diagnosa

#### 3.2.2.1 Penurunan curah jantung

#### 3.2.2.2 Nyeri Akut

#### 3.2.2.3 Ketidakefektifan pola nafas

#### 3.2.2.4 Intoleransi aktivitas

### 3.2.3 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

#### 3.2.3.1 Penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas miokard

#### 3.2.3.2 Nyeri Akut b.d iskemia jaringan

#### 3.2.3.3 Ketidakefektifan pola nafas b.d kelelahan otot pernafasan

### 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tanggal : 15 Januari 2020

Nama pasien : Ny. M

Dx Medis : NSTEMI

No RM : 00-41-41

Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis *NSTEMI* Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	1.Observasi dan catat bunyi jantung	1. S1 S2 mungkin lemah. Irama gallop umum (S3&S4 ) dihasilkan

No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
	<p>diharapkan curah jantung kembali normal.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. K/u baik</li> <li>2. TTV batas normal</li> </ol> <p>TD : 110-130/70-90</p> <p>Mmhg</p> <p>N : 60-90x/mnt</p> <p>S : 36,5 c- 37,5 c</p> <p>RR : 16-20x/mnt</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. tidak terdapat bunyi jantung tambahan</li> <li>4. irama reguler</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pantau frekuensi dan irama jantung</li> <li>3. Berikan makanan kecil/ mudah dikunyah.</li> </ol> <p>Batasi asupan kafein, contoh kopi, coklat, coca cola</p>	<p>sebagai aliran darah ke serambi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. perubahan frekuensi dan irama jantung dapat menunjukkan adanya komplikasi disritmia</li> <li>3. makan besar dapat meningkatkan kerja miokardia dan menyebabkan rangsang vagal mengakibatkan bradikardia/denyut ektopik. Kafein adalah perangsang langsung pada jantung yang dapat meningkatkan</li> </ol>

No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
		<p>4. Observasi tanda tanda vital</p> <p>5. Kolaborasi tim medis pemben obat oral : ASA1x80mg, Aspilet 3x5mg, CPG 1x75mg.</p>	<p>frekuensi jantung.</p> <p>4. Untuk mengetahui perkembangan pasien</p> <p>5. Untuk mempercepat penyembuhan pasien</p>
2.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dada pasien menurun.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Pasien mampu menjelaskan penyebab nyeri dan penatalaksanaanya</p> <p>2. Pasien melaporkan nyeri berkurang</p>	<p>1. Jelaskan pada pasien penyebab nyeri dada dan penatalaksanaann ya</p> <p>2. Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri dengan segera</p> <p>3. Ajarkan teknik distraksi dan</p>	<p>1. Untuk menambah pengetahuan pasien tentang penyebab nyeri</p> <p>2. nyeri hebat dapat menyebabkan syok kardiogenik yang berdampak pada kematian yang mendadak</p> <p>3. Teknik distraksi dan relaksasi</p>




No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
	<p>3. Pasien mampu mendemostrasikan ulang teknik distraksi dan relaksasi</p> <p>4. Pasien tidak menyeringai</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 1-3</li> <li>- pasien tampak rileks</li> </ul>	<p>relaksasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distraksi dengan cara pengalihan nyeri misal: berbicara dengan keluarga atau pasien lain</li> <li>- Relaksasi dengan tarik nafas dalam melalui hidung dikeluarkan melalui mulut secara perlahan</li> </ul> <p>4. Catat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas, lamanya dan persebarannya</p> <p>5. Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat ASA 1x80 mg</p>	<p>dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan dan membuat pasien lebih senang</p> <p>4. Variasi penampilan dan perilaku klien karena nyeri yang terjadi sebagai temuan pengkajian</p> <p>5. Untuk proses penyembuhan pasien dengan pemberian obat ASA mengurangi</p>

No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
3.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas kembali efektif.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu menjelaskan penyebab sesak nafas dan penatalaksanaanya</li> <li>2. Pasien melaporkan sesak berkurang</li> <li>3. Pasien mampu mendemostrasikan ulang nafas dalam</li> <li>4. Tanda- tanada vital dalam batas normmal TD:110-130/70 90Mmhg N : 60-90x/mnt</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pada pasien penyebab sesak nafas dan penatalaksaannya</li> <li>2. Berikan posisi semi fowler 45°</li> <li>3. Ajarkan pada pasien nafas dalam dalam</li> <li>4. Obsevasi tanda – tanda vital</li> </ol>	<p>rasa nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menambah pengetahuan pasien tentang penyebab dan penatalaksanaan sesak nafas</li> <li>2. Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru</li> <li>3. Memudahkan pernafasan dengan menurunkan tekanan pada diafragma dan meminimalkan ukuran aspirasi</li> <li>4. Untuk mengetahui perkembangan</li> </ol>






No	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
	S : 36,5 c- 37,5 c RR : 16-20x/mnt	5. Kolaborasi dengan tim medis pemberian oksigen	pasien 5. Meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokard




### 3.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN






Tabel 3.4 Implementasi pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis *NSTEMI* Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan






No dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/Tanda tangan
1.	16-01-2020	11.00	1. Mengobservasi dan catat bunyi jantung - Terdapat bunyi jantung S1,S2 tunggal bunyi tambahan S3 Murmur	
		11.05	2. Memantau frekuensi dan irama jantung	
		11.10	3. Memberikan makanan kecil/ mudah dikunyah. Batasi asupan kafein, contoh kopi, coklat, coca	











No dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/Tanda Tangan
2.	16-01-2020		cola	
		11.25	4. Mengobservasi tanda tanda vital TD: 130/70 Mmhg N : 82x/menit S : 36. <sup>5</sup> °C RR : 23 x/menit	
		11.30	5. Berkolaborasi tim medis pemberian obat - Aspilet 5mg, -CPG 75mg -Inj. Arixtra 2.5 mg	
		12.00	1. Menjelaskan pada pasien penyebab nyeri dan penatalaksanaannya - Pasien mengatakan paham akan penyebab nyeri dada dan penatalaksanaannya	
12.05	2. Menganjurkan klien melaporkan nyeri dengan segera - Pasien melaporkan nyeri dada sebelah kiri			
12.10	3. Mengajarkan teknik distraksi dan			







No dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/Tanda tangan
3.	16-01-2020		<p>Relaksasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teknik relaksasi dengan nafas dalam melalui hidung lalu dikeluarkan melalui mulut secara perlahan. Teknik distraksi dengan mengalihkan nyeri berbicara dengan keluarga pasien atau pasien lain</li> </ul>	
		12.15	<p>4. Mencatat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas, lamanya dan persebarannya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri dada seperti tertekan skala nyeri 6 menjalar sampai ke bahu belakang</li> </ul>	
		12.20	<p>5. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien diberikan obat ASA 80 mg</li> </ul>	
		13.00	<p>1. Menjelaskan pada pasien penyebab sesak nafas dan penatalaksanaannya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan mengerti</li> </ul>	





No dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/Tanda tangan
1.	17-01-2020	10.00	<p>1. Mengobservasi dan catat bunyi jantung</p>	
		13.05	<p>tentang penyebab sesak nafasnya dan penatalaksanaanya</p> <p>2. Memberikan posisi semi fowler 45°</p> <p>- Pasien melaporkan sesak nafas</p>	
		13.10	<p>3. Mengajarkan pada pasien nafas dalam</p> <p>- Pasien mampu melakukan nafas dalam dengan instruksi perawat</p>	
		13.20	<p>4. Mengobservasi TTV</p> <p>- TD: 130/70 mmhg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 23 x/menit</p> <p>S: 36,5°C</p>	
		13.30	<p>5. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian oksigen</p> <p>- Memastikan kepatenan oksigen nasal pasien</p> <p>- pasien memakai oksigen nasal 3 lpm</p>	

No dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/tanda Tangan
2.	17-01-2020		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat bunyi jantung S1,S2 tunggal bunyi tambahan S3 Murmur</li> </ul>	
		10.10	2. Memantau frekuensi dan irama jantung	
		10.15	3. Memberikan makanan kecil/ mudah dikunyah. Batasi asupan kafein, contoh kopi, coklat, coca cola	
		10.20	4. Mengobservasi tanda tanda vital TD: 120/80 Mmhg N : 80x/menit S : 36 <sup>10</sup> C RR : 21 x/menit	
		10.30	5. Berkolaborasi tim medis pemberian obat -Aspilet 5mg, -CPG 75mg -Inj. Arixtra 2.5 mg	
		10.50	1. Menganjurkan klien melaporkan nyeri dengan segera  - Pasien melaporkan nyerinya	


No dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/tanda Tangan
		10.55	<p>Berkurang</p> <p>2. Mengajukan klien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teknik relaksasi dengan nafas dalam melalui hidung lalu dikeluarkan melalui mulut secara perlahan.</li> <li>Teknik distraksi dengan mengalihkan nyeri berbicara dengan keluarga pasien atau pasien lain</li> </ul>	
		10.60	<p>3. Mencatat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas, lamanya dan persebarannya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh sedikit nyeri dada seperti tertekan skala nyeri 4 menjalar sampai ke bahu belakang</li> </ul>	
		11.00	<p>4. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien diberikan obat ASA 80 mg</li> </ul>	

No dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/ tanda tangan
3.	17-01-2020	11.05	1. Mempertahankan posisi semi fowler 45° - Pasien melaporkan sesak nya telah berkurang	
		11.10	2. Menganjurkan pada pasien nafas dalam - Pasien mampu melakukan nafas dalam secara mandiri	
		11.15	3. Mengobservasi TTV - TD: 120/80 mmhg N: 80 x/menit RR: 21 x/menit S: 36,1°C	
		11.20	4. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian oksigen - Memastikan kepatenan oksigen nasal pasien - pasien memakai oksigen nasal 3 lpm	
1.	18-01-2020	13.00	1. Mengobservasi dan catat bunyi jantung - Terdapat bunyi jantung S1,S2	

No dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama /tanda tangan
2.	18-01-2020		tunggal bunyi tambahan S3 Murmur	
		13.05	2. Memantau frekuensi dan irama jantung	
		13.10	3. Memberikan makanan kecil/ mudah dikunyah. Batasi asupan kafein, contoh kopi, coklat, coca cola	
		13.15	4. Mengobservasi tanda tanda vital TD: 130/80 mmhg N: 80 x/menit RR: 21 x/menit S: 36°C	
		13.20	5. Berkolaborasi tim medis pemberian obat Aspilet 5mg, CPG 75 mg	
		13.30	1. Menganjurkan klien melaporkan nyeri dengan segera - Pasien melaporkan nyerinya berkurang	
13.35	2. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik distraksi dan			

No dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/tanda tangan
3.	18-02-2020		Relaksasi - Teknik relaksasi dengan nafas dalam melalui hidung lalu dikeluarkan melalui mulut secara perlahan. Teknik distraksi dengan mengalihkan nyeri berbicara dengan keluarga pasien atau pasien lain	
		13.40	3. Mencatat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas, lamanya dan persebarannya	
		13.50	- Pasien mengeluh nyeri seperti tertekan, skala nyeri 1 hilang timbul 4. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik	
		14.00	1. Mempertahankan posisi semi fowler 45° - Pasien melaporkan sesaknya berkurang	
		14.05	2. Mengajarkan pada pasien nafas Dalam	





No dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/tanda tangan
		14.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu melakukan nafas dalam secara mandiri</li> <li>3. Mengobservasi TTV</li> <li>- TD: 130/80 mmhg, N: 80 x/menit RR: 21 x/menit, S: 36°C</li> </ul>	



### 3.5 Evaluasi


#### 3.5.1 Catatan Perkembangan


Tabel 3.5 Catatan Perkembangan pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis *NSTEMI* Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan



Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
16-01-2020	Penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas miokard	<p>S : pasien mengatakan nyeri dada, lemas , dan kelelahan</p> <p>O : K/u lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bunyi jantung S1 S2 tunggal, bunyi tambahan S3 murmur</li> <li>- Irama jantung irregular</li> <li>- JVP normal &lt; 5 cm</li> <li>- TTV :</li> </ul>	


Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
16-01-2020	Nyeri akut b.d iskemia jaringan	<p>TD: 130/70 mmhg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 23 x/menit</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri dada seperti tertekan menjalar ke bahu belakang skala nyeri 6 hilang timbul</p> <p>O : Keadaan umum lemah</p> <p>- TTV :</p> <p>TD: 130/70 mmhg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 23 x/menit</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>- Skala nyeri 6</p> <p>- Pasien tampak menyeringai</p> <p>- Pasien diberikan obat ASA 80 mg</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p>	

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
16-01-2020	Ketidakefektifan pola nafas b.d kelelahan otot pernafasan	<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>S: Pasien melaporkan sesak nafas dan nafasnya ngongsrong setelah pergi dari kamar mandi.</p> <p>O: - K/U Lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Irama nafas takipnea</li> <li>- alat bantu nafas oksigen nasal 3 lpm</li> <li>- Suara nafas whezing-</li> </ul> <p>Memastikan kepatenan oksigen nasal pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 130/70 mmhg</li> <li>N: 82 x/menit</li> <li>RR: 23 x/menit</li> <li>S: 36,5°C</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
17-01-2020	Penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas miokard	<p>S : pasien mengatakan sedikit nyeri dada, lemas , dan kelelahan</p> <p>O : K/u lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bunyi jantung S1 S2</li> </ul>	

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Cacatan perkembangan	Paraf
17-01-2020	Nyeri akut b.d iskemia jaringan	<p>tunggal, bunyi tambahan</p> <p>S3 murmur</p> <p>- Irama jantung irregular</p> <p>- JVP normal &lt; 5 cm</p> <p>- TTV :</p> <p>TD: 130/70 mmhg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 23 x/menit</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>S : Pasien melaporkan nyerinya berkurang, nyeri seperti tertekan , skala nyeri 4 hilang timbul</p> <p>O : Keadaan umum lemah</p> <p>- TTV :</p> <p>TD: 120/70 mmhg</p> <p>N: 80 x/menit</p> <p>RR: 21 x/menit, S: 36,1°C</p> <p>- Skala nyeri 4</p>	

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
17-01-2020	Ketidakefektifan pola nafas b.d kelelahan otot pernafasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sedikit menyeringai</li> <li>- Pasien diberikan obat ASA 80 mg</li> <li>A : Masalah belum teratasi</li> <li>P : Intervensi dilanjutkan</li> <li>S: Pasien melaporkan sesaknya sedikit berkurang</li> <li>O: - K/U Lemah</li> <li>- Irama nafas takipnea</li> <li>- alat bantu nafas oksigen nasal 2 lpm</li> <li>- Suara nafas vesikuler</li> <li>- Memastikan kepatenan oksigen nasal pasien</li> <li>- TD: 120/70 mmhg</li> <li>N: 80 x/menit</li> <li>RR: 21 x/menit</li> <li>S: 36,1 °C</li> <li>A: Masalah belum teratasi</li> <li>P : Intervensi dilanjutkan</li> </ul>	


Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
18-01-2020	Penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas miokard	<p>S : pasien mengatakan nyeri dada, lemas , dan kelelahannya berkurang</p> <p>O : K/u cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bunyi jantung S1 S2 tunggal, bunyi tambahan S3 murmur</li> <li>- Irama jantung irregular</li> <li>- JVP normal &lt; 5 cm</li> <li>- TTV :</li> <li>TD: 130/70 mmhg</li> <li>N: 82 x/menit</li> <li>RR: 23 x/menit</li> <li>S: 36,5°C</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
18-01-2020	Nyeri akut b.d iskemia jaringan	<p>S : Pasien melaporkan nyerinya berkurang, nyeri seperti tertekan, skala nyeri 1 hilang timbul</p> <p>O : Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV :</li> </ul>	

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
18-01-2020	Ketidakefektifan pola nafas b.d kelelahan otot pernafasan	TD: 120/70 mmhg N: 80 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,1°C - Skala nyeri 1 - Pasien tampak tidak menyeringai A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan S: Pasien melaporkan sesaknya berkurang O: - K/U cukup - Irama nafas teratur - Suara nafas vesikuler - alat bantu nafas oksigen nasal 2 lpm - Memastikan kepatenan oksigen nasal pasien - TD: 130/80 mmhg N: 80 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,1°C	



Tangaal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
		A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	

## 3.5.2 Evaluasi Akhir

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis *NSTEMI*  
Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
19-01-2020	Penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas miokard	S : pasien mengatakan tidak nyeri dada, lemas , dan kelelahan  O : K/u cukup baik  - Bunyi jantung S1 S2 tunggal, bunyi tambahan S3 murmur  - Irama jantung regular  - JVP normal < 5 cm  - TTV :  TD: 120/80 mmhg  N: 81 x/menit  RR: 20 x/menit	



Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Paraf
19-01-2020	Nyeri akut b.d iskemia jaringan	<p>S: 36°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p> <p>S : Pasien melaporkan tidak nyeri lagi</p> <p>O : Keadaan umum cukup baik</p> <p>- TTV :</p> <p>TD: 120/80 mmhg</p> <p>N: 81 x/menit</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>S: 36°C</p> <p>- Skala nyeri 0</p> <p>- Pasien tampak tidak menyeringai</p> <p>- Pasien tampak rileks</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	
19-01-2020	Ketidakefektifan pola nafas b.d kelelahan	<p>S: Pasien melaporkan tidak sesak nafas lagi</p>	

Tangaal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Paraf
	otot pernafasan	O: - K/U cukup baik - Irama nafas teratur - Suara nafas vesikuler - alat bantu nafas tidak ada - retraksi otot bantu nafas tidak ada - TTV : TD: 120/80 mmhg N: 81 x/menit RR: 20 x/menit S: 36°C A: Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan pasien pulang	

## DISCHARGE PLANNING

1. Berikan instruksi spesifik tentang obat dan efek sampingnya
2. Ajarkan tentang teknik memberi makan dan kebutuhan nutrisi
3. Anjurkan pada pasien menghentikan aktifitas selama ada serangan dan istirahat
4. Kenali gejala – gejala yang ditimbulkan penyakit
5. Diet rendah kalori dan mudah dicerna

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab IV akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Klien Ny. M dengan diagnosa medis NSTEMI di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan yang dilaksanakan mulai tanggal 13 Januari 2020 sampai 19 Januari 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian**

##### 4.1.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. M dengan melakukan anamnesa pada Klien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari.

##### 4.1.1.1 Identitas Klien:

Data yang didapatkan Ny M berusia 54 tahun, sudah menikah, berjenis kelamin perempuan, pendidikan SD, pekerjaan petani. Faktor resiko penyakit jantung koroner yaitu laki-laki umur di atas 35 tahun dan wanita lebih dari 50 tahun. Laki-laki memiliki risiko lebih besar terkena serangan jantung dan kejadiannya lebih awal dari pada wanita. Morbiditas penyakit PJK pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan dengan wanita dan kondisi ini terjadi hampir 10 tahun lebih dini pada laki-laki dari

pada perempuan. Karena wanita mempunyai hormon estrogen endogen yang bersifat protektif pada perempuan, namun setelah menopause insiden PJK meningkat dengan pesat dan memiliki resiko yang sama dengan laki – laki (Shoemaker, 2011).

#### 4.1.2 Riwayat Keperawatan

##### 4.1.2.1 Riwayat kesehatan sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang klien tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, klien datang dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri. Nyeri miokard kadang-kadang sulit dilokalisasi dan nyeri mungkin dirasakan sampai 30 menit tidak hilang dengan istirahat atau pemberian nitrogliserin. Klien dengan sindrom koroner akut merasakan nyeri dada lebih dari 30 menit merupakan serangan pertama penyakit jantung hingga klien tiba di unit gawat darurat juga menentukan pilihan tindakan yang dapat dilakukan. Semakin cepat klien datang, semakin baik pula hasilnya. Direkomendasikan agar klien tiba di unit gawat darurat untuk mendapatkan penanganan dalam waktu kurang dari 120 menit dengan waktu ideal “*golden hour*” kurang dari 60 menit. *Golden period* penyakit jantung adalah hingga 12 jam setelah serangan. Rentang waktu 12 jam itu merupakan waktu yang baik bagi dokter untuk melakukan reperfusi, atau proses membuka aliran darah yang tersumbat. Penundaan waktu reperfusi meningkatkan risiko kematian (Gede, 2011).

#### 4.1.2.2 Riwayat Penyakit Dahulu:

Pada riwayat kesehatan dahulu klien tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus klien mengatakan pernah menderita hipertensi 2 tahun. Hipertensi secara terus menerus menyebabkan kerusakan sistem pembuluh darah arteri dengan perlahan-lahan. Arteri tersebut mengalami pengerasan yang disebabkan oleh endapan lemak pada dinding sehingga menyempitkan lumen yang terdapatdi dalam pembuluh darah, kondisi iniakan menyebabkan terjadinya PJK. Peningkatan tekanan darah sistemik akibat hipertensi meningkatkan resistensi terhadap pemompaan darah dari vertikel kiri sehingga beban kerja jantung bertambah (Marliani, 2013). Menurut Underwood (2012), hipertensi yang sebagian diakibatkan dengan adanya penyempitan pada arteri renalis dan hipoperfusi ginjal dan kedua hal ini disebabkan lesi arteri oleh arteroma dan memberikan komplikasi trombo emboli.

#### 4.1.2.3 Riwayat kesehatan keluarga:

Pada riwayat kesehatan keluarga terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perlu dikaji adanya keluarga yang mempunyai riwayat diabetes mellitus, peningkatan kolesterol darah, kegemukan, hipertensi (Gede, 2011). Pada tinjauan kasus didapatkan klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan. Faktor genetik berperan cukup besar dalam munculnya penyakit jantung , namun ada beberapa faktor resiko yang dapat terjadinya penyakit jantung, seperti pola makan yang tidak sehat, merokok, memiliki berat badan berlebih dan jarang berolahraga ( Farhud, 2015).

#### 4.1.2.4 Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pada kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, klien mengatakan sering makanan yang asin dan kurang mengatur pola makan. American Heart Association (2017) menganjurkan untuk tidak mengonsumsi natrium ( yang didapat dari garam) lebih dari 2.300 mg dalam sehari, Namun lebih baik lagi jika dapat mengonsumsi natrium hanya 1.500 mg per hari. Seperempat sendok teh garam mengandung sekitar 600 mg natrium, selain itu natrium tidak hanya ditemukan pada garam tetapi juga pada makanan atau minuman kemasan. Hal ini harus diperhatikan, jika tidak maka risiko penyakit jantung semakin meningkat sedangkan untuk penderita penyakit jantung mengonsumsi natrium dibatasi untuk mengontrol tekanan darah yang membuat jantung harus berkerja lebih keras guna menyuplai darah ke tubuh.

#### 4.1.3 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem yaitu:

##### 4.1.3.1 Pernafasan (B1/ *Breathing*)

Pada tinjauan kasus ditemukan data adanya Inspeksi: pada klien SKA terlihat adanya peningkatan produksi sputum, sesak nafas, serta penggunaan otot bantu pernafasan, perubahan kecepatan/kedalaman pernafasan, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Palpasi: pada palpasi biasanya kesimetrisan, ekspansi, dan taktil fremitus normal dan seimbang

kanan dan kiri. Perkusi: pada perkusi didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma menjadi datar dan rendah. Auskultasi: terdapat suara nafas tambahan seperti krekels, ronkhi, dan mengi. (Bararah, Jauhar 2013).

Pada tinjauan kasus didapatkan :Inspeksi:bentuk dada simetris, susunan ruas tulang belakang normal, irama nafas tidak teratur, tidak ada retraksi otot bantu nafas,alat bantu nafas nasal 3 lpm.Perkusi : thorak sonor. Palpasi: vokal fremitus normal kanan kiri sama, nyeri dada saat bernafas tidak ada. Auskultasi: suara nafas wheezing, tidak ada batuk , tidak ada sputum. Klien mengatakan nafasnya ngongsrong setelah pergi ke kamar mandi.

Pada sistem pernafasan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan adanya perkusi thorax sonor, tidak ada batuk, tidak ada produksi sputum karena klien tidak menderita penyakit pada saluran pernapasan dan tidak ada komplikasi emboli paru. Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sama- sama ditemukan perubahan kecepatan/ kedalaman pernafasan, vokal fremitus normal dan seimbang kanan dan kiri, suara nafas wheezing, hal ini disebabkan karena sumbatan arteri koroner menyebabkan terjadinya sumbatan aliran darah ke otot jantung sehingga dapat mengganggu kontraksi otot jantung. Gangguan kontraksi otot jantung akan menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada tubuh sehingga usaha pernafasan meningkat dan frekuensi pernafasan akan meningkat ( Joyce, 2014).

#### 4.1.3.2 Kardiovaskuler r (B2/ *Blood*)

Pada tinjauan pustaka klien NSTEMI didapatkan bunyi jantung irama tidak teratur, bunyi ekstra, denyut menurun. Inspeksi: sianosis +, pucat +, edema perifer +. Palpasi: vena jugular amplitudonya meningkat, CRT >2 detik, nadi biasanya takikardi. Auskultasi: sistolik murmur, suara jantung S3. Perkusi: Pemeriksaan perkusi pada jantung biasanya jarang dilakukan jika pemeriksaan foto rontgen toraks telah dilakukan. Tetapi pemeriksaan perkusi ini tetap bermanfaat untuk menentukan adanya kardiomegali, efusi perikardium, dan aneurisma aorta. Foto rontgen toraks akan menunjukkan daerah redup sebagai petunjuk bahwa jantung melebar. Daerah redup jantung akan mengecil pada emfisema (Bararah, Jauhar 2013).

Pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu terdapat nyeri dada, irama jantung irreguler, ictus cordis lemah posisi di ics V midklavikula sinistra, bunyi jantung S1 S2 tunggal dan terdapat bunyi jantung tambahan S3 murmur, CRT < 3 detik, tidak ada sianosis, tidak ada pembengkakan clubbing finger, JVP normal < 5 cm, px mengatakan lemas dan kelelahan. Lain- lain: Tanda vital sebelum pergi ke kamar mandi tekanan darah : 130/70 mmhg, nadi: 85 x/menit, suhu: 36°C, respirasi: 22 x/menit, sedangkan setelah dari kamar mandi, tekanan darah: 130/ 70 mmhg, nadi: 85 x/ menit, respirasi: 24 x/ menit, suhu: 36,°C,  $SpO_2$  : 97%

Pada sistem kardiovaskuler ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus tidak ada sianosis karena saturasi oksigen ( $SpO_2$ ) Klien 97%. Menurut Hafiiz (2012) saturasi



oksigen adalah presentasi hemoglobin yang berkaitan dengan oksigen dalam arteri, saturasi oksigen normal adalah antara 95-100%, tidak ada edema perifer karena klien tidak disertai dengan komplikasi kardiomegali. Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sama- sama ditemukan irama jantung tidak teratur dan bunyi jantung tambahan, hal ini disebabkan karena dengan adanya penyempitan arteri karotis akibat aterosklerosis atau penyumbatan total arteri oleh emboli atau trombus menyebabkan jaringan yang membutuhkan aliran darah dari pembuluh arteri tersebut akan mengalami gangguan, akibatnya katup jantung tidak menutup dengan benar sehingga darah mengalir kembali dan menimbulkan bising jantung ( Brunner & Suddarth, 2013).

#### 4.1.3.3 Persyarafan (B3/ *Brain*)

Pada tinjauan pustaka pada klien NSTEMI didapatkan kesadaran *compos mentis*. Biasanya klien merasakan pusing, berdenyut, sakit kepala, disorientasi, bingung, letargi.(Bararah, Jauhar 2013).

Pada tinjauan kasus didapatkan kesadaran *composmentis*, GCS : 4-5-6, orientasi baik, klien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinky, tidak ada nyeri kepala, tidak ada pusing, istirahat/tidur: siang  $\pm$  3jam/hr, malam  $\pm$  8jam/hr, tidak ada kelainan *nervus cranialis*, pupil isokor, reflek cahaya :  $+/+$  (normal),

Pada sistem persyarafan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan klien tidak mengalami penurunan kesadaran, orientasi baik, tidak pusing dan tidak ada kejang. Karakteristik kesadaran paling utama adalah kesadaran

seseorang terhadap tempat, waktu, dan orang disekitarnya. Penurunan kesadaran disebabkan oleh penurunan aliran darah ke otak, kondisi ini terjadi dengan kondisi yang berbeda, sehingga dapat menyebabkan pingsan umumnya terjadi saat sakit kepala setelah itu penglihatan meredup kondisi ini terjadi berkepanjangan justru dapat memicu kejang (Handayani, 2019)

#### 4.1.3.4 Perkemihan (B4/ *Bladder*)

Pada tinjauan pustaka didapatkan data Inspeksi: pengukuran volume output urine perlu dilakukan karena berkaitan dengan intake cairan. Pada penderita SKA ditemukan adanya pola berkemih seperti oliguria. Oliguria disebabkan adanya gangguan pada ginjal urine sedikit kurang dari 400 ml. Haluaran urine menurun bila curah jantung menurun berat (Bararah, Jauhar 2013).

Pada tinjauan kasus didapatkan bentuk alat kelamin normal, alat kelamin bersih, frekuensi berkemih klien di rumah sakit jumlah :1000cc/24 jam, bau khas, warna kuning jernih, tempat yang digunakan kamar mandi, klien tidak menggunakan alat bantu berkemih.

Pada sistem perkemihan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus klien tidak mengalami oliguria karena output urin 1000cc/24 jam, hal ini disebabkan karena Klien telah mendapatkan injeksifurosemide 1x40 mg untuk mengurangi cairan berlebih dalam tubuh, klien juga tidak mengalami nyeri tekan pada kandung kemih karena tidak terjadi distensi kandung kemih. Pada dasarnya Klien dengan penurunan curah jantung akan mengalami oliguria,

hal ini disebabkan oleh peningkatan kebutuhan oksigen serta peningkatan konsumsi oksigen oleh jantung akan mempengaruhi preload melebihi kemampuan pemompaan yang akan mempengaruhi kongestif vaskuler pulmonal, berdampak pada penurunan aliran ke ginjal ditandai dengan adanya penurunan haluaran urine (Huddak & Gallo, 2010).

#### 4.1.3.5 Pencernaan (B5/ *Bowel*)

Pada tinjauan pustaka didapatkan dataInspeksi: pengkajian tentang status nutrisi klien meliputi jumlah, frekuensi dan kesulitan-kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya pada klien SKA biasanya hilang nafsu makan, anoreksia, tidak toleran terhadap makanan, mual muntah, perubahan berat badan, perubahan kelembaban kulit (Bararah, Jauhar 2013).

Pada tinjauan kasus didapatkan keadaan mulut bersih, mukosa lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi klien 2x1 sehari selama di Rs, tidak ada kesulitan di tenggorokan, abdomen thympani, peristaltik usus 15x/mnt, klien BAB 1x/hari, konsistensi padat, warna coklat kekuningan , bau khas, tempat yang digunakan WC, tidak ada masalah eliminasi alvi, tidak ada pemakaian obat pencahar, nafsu makan sebelum sakit baik (3 x sehari), saat sakit kurang (3 x ½ porsi), jenis minuman sebelum sakit air putih sebanyak 1000cc/hari dan saat sakit juga air putih sebanyak 1000cc/hari, berat badan sebelum sakit 70 kg, saat sakit 70 kg.

Pada sistem pencernaanadakesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan tidak ada perubahan

berat badan dikarenakan intake cairan dan nutrisi Klien masih adekuat karena Klien tidak mengalami penurunan nafsu makan yang drastis dan tidak mengalami anoreksia.

#### 4.1.3.6 Sistem muskuloskeletal dan integumen (B6/ *Bone*)

Pada tinjauan pustaka didapatkan data adanya pergerakan ekstermitas menurun, tonus otot menurun, nyeri, turgor kulit menurun, kulit pucat, dan sianosis (Bararah, Jauhar 2013).

Pada tinjauan kasus didapatkan kemampuan pergerakan klien bebas, kekuatan otot 5/5/5/5, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, tidak ada luka, akral hangat, turgor kulit baik, tidak ada odema, kelembapan baik, kebersihan kulit bersih, ADL dibantu parsial oleh keluarga, px mengatakan pergi ke kamar mandi dengan bantuan keluarga setelah dari kamar mandi nafas klien ngongsrong.

Pada sistem muskuloskeletal dan integumen ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan Klien tidak mengalami ekstermitas menurun karena kemampuan pergerakan klien bebas, kekuatan otot 5/5/5/5 dan tidak mengalami tonus otot menurun dikarenakan intake cairan dan nutrisi masih mencukupi untuk menghasilkan energi. Nutrisi merupakan elemen yang dibutuhkan untuk proses dan fungsi tubuh. Kebutuhan energi didapatkan dari berbagai nutrisi seperti karbohidrat, protein, air, lemak, vitamin dan mineral (Potter & Perry, 2010).

#### 4.1.3.7 (B7) Penginderaan

Pada tinjauan pustaka pada klien SKA ditemukan adanya kerusakan penginderaan seperti pada penglihatan terganggu terjadi perubahan pupil, dan tidak ada gangguan pada pendengaran. (Bararah, Jauhar 2013)..

Pada tinjauan kasus didapatkan konjungtiva tidak anemis, sklera normal putih, tidak ada palpebra, tidak ada strabismus, ketajaman penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal, tidak ada kelainan, telinga berbetuk simetris, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, perasa manis, pahit, asam, asin, peraba normal.

Pada sistem pengindraan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan tidak adanya gangguan pada penglihatan dikarenakan tekanan darah Klien normal. Jika tekanan darah meningkat maka kemungkinan dalam mengalami kerusakan pada mata juga semakin besar, tekanan darah yang tinggi dalam waktu lama dapat menyebabkan menebalnya pembuluh darah retina yang kemudian membatasi darah untuk mencapai retina kondisi ini memicu terjadinya retinopati hipertensi (Widyastuti, 2019)

#### 4.1.3.8 B8 (Endokrin)

Pada tinjauan pustaka tidak ada pembesaran kelenjar thyroid maupun kelenjar parotis (Bararah, Jauhar 2013). Pada tinjauan kasus

didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada luka gangren.

Pada sistem endokrin tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan tidak ada pembengkakan atau pembesaran kelenjar thyroid pada Klien yang biasa dilihat dengan jelas di bagian leher, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada luka gangren karena Klien tidak ada riwayat penyakit diabetes melitus. Hipertiroid dapat meningkatkan resiko mengalami aritmia (denyut jantung tidak normal) akibat jantung yang mendapatkan stimulus berlebihan dari produksi kelenjar tiroid. Selain itu tiroid yang terlalu aktif akan memaksa jantung untuk bekerja lebih keras dan lebih cepat sehingga lama – kelamaan dapat menyebabkan gagal jantung (Solan & Fantauzzo,2016).

## **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada diagnosa keperawatan NSTEMI yang muncul pada tinjauan pustaka menurut beberapa sumber yaitu :

- 4.2.1 Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan karakteristik miokard.
- 4.2.2 Nyeri akut yang berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri.
- 4.2.3 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli

4.2.4 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan iskemik kerusakan otot jantung.

4.2.5 Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen miokard dan kebutuhan.

4.2.6 Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis

4.2.7 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang fungsi jantung

Pada tinjauan kasus hanya ditemukan empat diagnosa keperawatan yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard, nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan, ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Pada diagnosa keperawatan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus tidak muncul diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah ke alveoli dikarenakan klien tidak mengalami sianosis dan saturasi O<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub>) normal yaitu 97%. Diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan iskemik kerusakan otot jantung tidak muncul dikarenakan Klien tidak mengalami perubahan kulit dan tidak adanya sianosis. Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis tidak muncul dikarenakan persepsi klien terhadap penyakitnya hanya ujian untuk lebih sabar dan keyakinannya terhadap kesembuhan, dan diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang fungsi jantung juga

tidak muncul dikarenakan klien sudah mengetahui tentang penyakit jantung seperti tanda dan gejala serangan jantung dan cara minum obat yang benar.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Pada perumusan perencanaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus biasanya terjadi kesenjangan yang cukup berarti karena perencanaan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi Klien.

Pada diagnosa keperawatan diagnosa keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan karakteristik miokard terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus yaitu pada tinjauan kasus ditambahkan rencana tindakan berikan makanan kecil/ mudah dikunyah, Batasi asupan kafein, contoh kopi, coklat, coca colayang berguna agar tidak menyebabkan rangsang vagal yang mengakibatkan bradikardia/denyut ektopik. Kafein adalah perangsang langsung pada jantung yang dapat meningkatkan frekuensi jantung. Perawat menambahkan intervensi berikan makanan kecil/ mudah dikunyah agar tidak memperberat kerja jantung dalam memompa darah.

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, yaitu pada tinjauan kasus ditambahkan rencana tindakan jelaskan tentang penyebab nyeri dada dan penatalaksanannya karena berguna agar klien tidak cemas terhadap kondisinya dan klien dapat mengetahui penatalaksanannya jika terjadi nyeri dada.

Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan



tinjauan kasus, yaitu pada tinjauan kasus ditambahkan rencana tindakan jelaskan tentang penyebab sesak nafas dan penatalaksananya, berikan posisi semi fowler 45°; ajarkan pada Klien nafas dalam, observasi tanda-tanda vital, kolaborasi dengan tim medis pemberian oksigen yang berguna untuk menambah pengetahuan Klien tentang penyebab dan penatalaksanaan sesak nafas, meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru, memudahkan pernafasan dengan menurunkan tekanan pada diafragma dan meminimalkan ukuran aspirasi, untuk mengetahui perkembangan Klien, meningkatkan jumlah oksigen yang ada untuk pemakaian miokard.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Pada tinjauan kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan Pelaksanaan adalah perwujudan dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat diwujudkan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus pelaksanaan telah disusun dan diwujudkan pada Klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Dalam melaksanakan perencanaan yang telah dibuat ada beberapa hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerima yang baik oleh kepala ruangan dan tim perawat di ruang Melati kepada penulis.

Diagnosa keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas miokard semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti mengobservasi dan catat bunyi jantung, memantau frekuensi dan irama jantung, memberikan makanan kecil/ mudah dikunyah, batasi asupan kafein contoh kopi, coklat, coca cola, mengobservasi tanda tanda vital TD : 130/70 MmHg, N : 82x/mnt, S : 36,5 c, RR : 24x/mnt, Berkolaborasi tim medis pemberian obat, CPG 4x75mg, aspilet 4x80 mg, injeksi arixtra 2x 2,5 mg

Diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan, semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menjelaskan pada Klien penyebab nyeri dan penatalaksanaanya, menganjurkan Klien untuk melaporkan nyeri dengan segera, mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi, mengobservasi skala nyeri, lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh Klien, berkolaborasi dengan tim medis pemberian obat ASA 1x 80 mg

Diagnosa keperawatan Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pernafasan semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menjelaskan pada Klien penyebab sesak nafas dan penatalaksanaanya, memberikan posisi semi fowler 45°, mengajarkan pada Klien nafas dalam, mengobservasi TTV TD: 130/70 MmHg, N : 82x/mnt, S : 36,5 c, RR : 24x/mnt, berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian oksigen.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan Klien dan masalahnya secara langsung.

Pada akhir evaluasi diagnose keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard disimpulkan bahwa masalah keperawatan klien teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu curah jantung kembali normal. Hal ini sesuai dengan teori menurut Doenges, Marilyn E. (2012), bahwa tujuan keperawatan dari diagnose Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard yaitu curah jantung kembali normal.

Diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan disimpulkan bahwa masalah keperawatan klien teratasi karena telah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu nyeri dada klien menurun. Hal ini sesuai dengan teori menurut Doenges, Marilyn E. (2012), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan yaitu nyeri dada klien menurun.

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pernafasan disimpulkan bahwa masalah keperawatan Klien teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu pola nafas kembali efektif. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nurarif & Hardhi (2016), bahwa tujuan keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pernafasan yaitu pola nafas kembali efektif.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dan kriteria hasil dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara perawat dan klien serta keluarga klien dan tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Ny.M sudah sesuai dengan harapan ,

masalah teratasi sebagian dan klien KRS. Pada saat persiapan pemulangan Klien, penulis memberikan beberapa informasi terkait kesehatan klien, diantaranya :

4.5.1 Memberikan instruksi spesifik tentang obat dan efek sampingnya

4.5.2 Mengajarkan tentang teknik memberi makan dan kebutuhan nutrisi

4.5.3 Mengajarkan pada Klien menghentikan aktifitas selama ada serangan dan istirahat

4.5.4 Mengenali gejala – gejala yang ditimbulkan penyakit.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan diagnosa medis NSTEMI diruang melati RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis NSTEMI

#### **5.1 Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis NSTEMI maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Fokus pengkajian pada Ny. M yaitu pada sistem kardiovaskuler dengan data sebagai berikut Terdapat nyeri dada, irama jantung irreguler, ictus cordis lemah posisi di ics V midklavikula sinistra, bunyi jantung S1 S2 tunggal dan terdapat bunyi jantung tambahan S3 murmur, CRT < 3 detik, tidak ada sianosis, tidak ada pembengkakan clubbing finger, JVP normal < 5 cm.

5.1.2 Diagnosa keperawatan prioritas pada Klien meliputi: Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas miokard, nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan dan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan

5.1.3 Pada ketiga diagnosa prioritas yang muncul pada klien dilakukan melalui dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri keperawatan dan tindakan kolaborasi dengan dokter dan ahli gizi.

5.1.4 Implementasi keperawatan dilaksanakan selama dua hari dan semua tindakan yang di implementasikan kepada klien berdasarkan pada rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan oleh perawat.

5.1.5 Dari ketiga diagnosa prioritas yang terjadi pada Ny. M didapatkan tiga masalah teratasi. Kondisi Ny. M sudah cukup baik dari sebelumnya sehingga Ny.M dianjurkan untuk KRS.

## **5.2 Saran**

Penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa SKA (Sindrom Koroner Akut).

5.2.2 Secara praktis, tugas ini akan bermanfaat bagi :

5.2.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

5.2.2.2 Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa SKA (Sindrom Koroner Akut) dengan baik.

5.2.2.3 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa SKA (Sindrom Koroner Akut).

5.2.2.4 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa SKA (Sindrom Koroner Akut).

## DAFTAR PUSTAKA

- Alwi, Idrus. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi VI Jilid II*. Jakarta : Interna Publishing
- Brunner dan Suddarth. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Edisi VIII Volume 2*. Jakarta : EGC
- Bararah, Jauhar. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta : Prestasi Pustaka Publisher
- Doenges, Marilyn E. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3*. Jakarta : EGC
- Dinkes (2013). *Kementrian Kesehatan*. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) Diakses pada tanggal 18 Agustus 2019 pada pukul 14.00 WIB
- Farahdika. (2015). *Pengkajian identitas*. [Journal.unnes.ac.id](http://Journal.unnes.ac.id) Diakses pada tanggal 19 Agustus 2019 pada pukul 13.00
- Farhud, D.D. (2015) . *Dampak Gaya hidup Terhadap kesehatan*. *Jurnal kesehatan masyarakat* diperoleh dari situs Diakses pada tanggal 15 April 2020 pada pukul 15.00
- Gede. (2011). *Kosep asuhan keperawatan sindrom koroner akut*. [Samoke2012.wordpress.com](http://Samoke2012.wordpress.com) Diakses pada tanggal 20 Agustus 2019 pada pukul 12.30 WIB.
- Hendriarto. (2014). *Bab 1 Pendahuluan*. [etd.Repository.ugm.ac.id](http://etd.Repository.ugm.ac.id) Diakses pada tanggal 26 Juli 2019 pada pukul 20.35 WIB.
- Harahap. (2014). *Diagnosa Banding Infark Miokard*. [Repository.usu.ac.id](http://Repository.usu.ac.id) Diakses pada tanggal 27 Juli 2019 pada pukul 14.00 WIB
- Huddak & Gallo. (2010). *Keperawatan kritis : pendekatan asuhan holistik edisi – VII* Jakarta : EGC.
- Joyce, M. Black. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Salemba Medika.
- Muttaqin, Arif. 2012. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi* Jakarta : Salemba Medika.
- Muhadi, Trisnohadi Hanafi B. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi VI Jilid II*. Jakarta : Interna Publishing
- Morton. (2012). dalam Nurarif, Amin Huda dan Kusuma, Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*.
- Nurarif, Amin Huda dan Kusuma, Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc. jilid 1*. Jogjakarta : Mediacion

- Pratiwi. 2012. *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan system kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika.
- Perry dan potter. (2011). *fundamental keperawatan* ,edisi ESG : Jakarta
- Perry dan potter. (2009). *Bab 1 Pendahuluan*. repository.unissula.ac.id Diakses pada tanggal 27 juli 2019 pada pukul 14.15 WIB
- Prasnatik, wandha. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn.R Dengan Diagnosa Medis infark miokard akut (Nstemi) di Ruang Melati RSUD Bangil*. Karya Tulis Ilmiah Akademik Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo
- Riskesdas (2018). *Penyakit Jantung*. Diakses pada tanggal 26 juli 2019 pada pukul 19.51 WIB
- Rohmawati. (2011). *Asuhan Keperawatan*.elib.stikesmuhgombang.ac.id Diakses pada tanggal 27 juli 2019 pada pukul 14.00 WIB
- Rekam Medik RSUD Bangil . (2017). *Jumlah Penderita SKA dari bulan Januari sampai bulan Desember 2017*. Bangil: RSUD Bangil
- Santoso. (2016). *Angin Duduk Gangguan Jantung*. lifestyle.kompas.com Diakses pada tanggal 29 juli 2019 pada pukul 15.00 WIB.
- Shoemaker. (2011). *Kosep asuhan keperawatan sindrom koroner akut*.Samoke2012.wordpress.comDiakses pada tanggal 14 agustus 2019 pada pukul 12.30 WIB.
- Udjianti, Wajan Juni. 2011. *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta : Salemba Medika.
- Underwood (2012).*Kosep asuhan keperawatan sindrom koroner akut*.samoke2012.wordpress.com Diakses pada tanggal 14 agustus 2019 pada pukul 12.30 WIB.
- WHO (2016). *Penyakit Kardiovaskuler*. www.who.int Diakses pada tanggal 26 juli 2019 pada pukul 20.00 WIB
- Widodo. (2012).*Upaya perawat dalam promosi kesehatan untuk pencegahan penyakit*.publikasiilmiah.ums.ac.id Diakses pada tanggal 12 agustus pada pukul 14.00 WIB.
- Wulansari.(2016).*Kerugian ekonomi akibat obesitas di Indonesia* .journal.ipb.ac.id Diperoleh dari situs Diakses pada tanggal 29 Agustus 2019 pada pukul 14.00 WIB





YAYASAN KERTA CENDEKIA  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232  
Telepon: 031 – 8961496; Faximile : 031 – 8961497  
Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 37/BAAK/VIII/2019  
I : Permohonan Studi Penelitian

Sidoarjo, 22 Agustus 2019

Yth. Direktur RSUD Bangil  
Pasuruan

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir, Mahasiswa Tingkat III Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Tahun Akademik 2019 – 2020, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan bantuan kepada mahasiswa kami,

No.	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Intan Nurul Anggrani	1701006	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Nstemi

Untuk melakukan pengambilan data studi kasus sesuai dengan tujuan proposal penelitian yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Permohonan dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur

Agus Sulistyowati, S. Kep, M.Kes



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153  
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Bangil, 10 Januari 2020

Nomor : 445.1/103.01/424.072.01/2020  
Lampiran : -  
Hal : Persetujuan Pengambilan Kasus

Kepada  
Yth. Direktur Akademi Keperawatan  
Kerta Cendekia  
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul  
SIDOARJO

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor: C.3.5/3/D/XII/2019 tanggal 27 Desember 2019 perihal Pengambilan Kasus untuk KTI Mahasiswa atas nama:

Nama : INTAN NURUL ANGGRIANI  
NIM : -  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis Sindroma Koroner Akut (SKA) di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Kasus di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung tanggal 9 Januari – 8 Februari 2020.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN  
Kepala Bidang Penunjang



**D'IDIK MARIYONO, SKM.**

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Melati
2. Yang bersangkutan.



**INFORMED CONSENT**

Judul : **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis *NSTEMI* Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan”.**


Tanggal pengambilan studi kasus.....15.....Bulan.....01.....Tahun.....2020

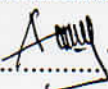
Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mer.dapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Intan Nurul Anggriani** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.


Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya, Nona/Nyonya/Tuan.....*NY . MUSLIHA*.....

Dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan.......... Partisipan  
 (.....*MUSLIHA*.....)

Tanda tangan.......... Saksi  
 (.....).....

Tanda tangan.......... Peneliti  
 (.....*intan. nurul. Anggriani*.....)

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**  
**PENYAKIT JANTUNG *SINDROM KORONER AKUT***

Bidang Studi : Keperawatan Medikal Bedah

Topik : Penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*

Sasaran : pasien dan keluarga pasien

Tempat : Diruang Melati Bangil Pasuruan

Hari/Tanggal : 19 - Januari - 2020

Waktu : 30 Menit

**Tujuan Instruksional**

1. Tujuan Instruksional Umum

- 1) Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*
- 2) Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang penyebab penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*
- 3) Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*

2. Tujuan Instruksional Khusus

- 1) Menjelaskan pengertian penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*
- 2) Menjelaskan macam - macam penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*
- 3) Menjelaskan gejala penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*
- 4) Menjelaskan pencegahan penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*
- 5) Menjelaskan penatalaksanaan penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*

**Waktu pelaksanaan**

Hari Minggu, 19 – 01- 2020 pukul 13.00 – 13.30

**Pelaksana**

Intan Nurul Anggriani

**Uraian Tugas**

## 1. Penanggung jawab

Mengkoordinir persiapan dan pelaksanaan penyuluhan.

## 2. Moderator

- 1) Membuka acara
- 2) Memperkenalkan mahasiswa dan dosen pembimbing
- 3) Menjelaskan tujuan dan topik
- 4) Menjelaskan kontrak waktu
- 5) Menyerahkan jalannya penyuluhan kepada pemateri
- 6) Mengarahkan alur diskusi
- 7) Memimpin jalannya diskusi
- 8) Menutup acara

## 3. Pemateri

Mempresentasikan materi untuk penyuluhan.

## 4. Observer

Mengamati proses pelaksanaan kegiatan dari awal sampai akhir.

## 5. Fasilitator

- 1) Memotivasi peserta untuk berperan aktif dalam jalannya penyuluhan

2) Membantu dalam menanggapi pertanyaan dari peserta

### Metode

- 1) Ceramah
- 2) Tanya jawab

### Media

- 1) Leaflet

Waktu	Tahap kegiatan	Penyuluhan	Sasaran
5 menit	Pendahuluan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuka acara dengan mengucapkan salam kepada pasien dan keluarga</li> <li>2. Memperkenalkan diri kepada pasien keluarga</li> <li>3. Menyampaikan topik maksud dan tujuan penkes kepada pasien dan keluarga</li> <li>4. Kontrak waktu untuk kesepakatan pelaksanaan penkes kepada pasien dan keluarga</li> </ol>	<p>Menjawab salam</p> <p>Memperhatikan penyuluh</p> <p>Mendengarkan penyuluh menyampaikan topik dan tujuan</p> <p>Menyetujui kesepakatan waktu pelaksanaan penkes</p>

15 menit	Kegiatan inti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenali kemampuan pasien dan keluarga tentang materi yang akan disampaikan</li> <li>2. Memberikan penjelasan tentang materi yang akan diberikan kepada pasien dan keluarga dengan menggunakan leaflet</li> <li>3. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> <li>4. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang sudah disampaikan penyuluh</li> </ol>	<p>Menyampaikan pengetahuannya tentang materi penyuluhan</p> <p>Mendengarkan penyuluh menyampaikan materi</p> <p>Bertanya tentang materi yang telah diberikan</p> <p>Menjawab pertanyaan</p>
5 Menit	Penutup	1. Menyimpulkan dan mengklasifikasi materi penyuluhan yang telah	Mendengarkan

		disampaikan kepada sasaran	
		2. Membuat perencanaan dari materi yang telah disampaikan	Menyepakati perencanaan tindak lanjut
		3. Menutup acara dan mengucapkan salam serta terima kasih kepada sasaran	Mendapatkan penyuluh menutup acara dan menjawab salam

### **KRITERIA EVALUASI**

#### 1. Evaluasi Struktur

- 1) Laporan telah dikoordinasi sesuai rencana
- 2) 60% peserta menghadiri penyuluhan
- 3) Tempat, media dan alat penyuluhan sesuai rencana

#### 2. Evaluasi Proses

- 1) Peran dan tugas mahasiswa sesuai dengan perencanaan
- 2) Waktu yang dilaksanakan sesuai pelaksanaan
- 3) 70% peserta aktif dalam kegiatan penyuluhan
- 4) 70% peserta tidak meninggalkan ruangan selama penyuluhan

#### 3. Evaluasi Hasil

Peserta mampu:



- 1) Menyebutkan pengertian penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut* dengan bahasa sendiri.
- 2) Menyebutkan penyebab penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*
- 3) Menjelaskan tanda-tanda dari penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*
- 4) Menjelaskan komplikasi dari penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*
- 5) Menyebutkan penatalaksanaan penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut*

## **Materi Hepatitis**

### **1. Pengertian penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut***

sindrom koroner akut adalah suatu keadaan infark atau nekrosis otot jantung karena kurangnya suplai darah dan oksigen pada miokard (ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard)

### **2. Macam – macam penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut***

- 1) Unstable angina merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan nyeri dada atau ketidaknyamanan yang disebabkan oleh penyakit arteri koronari
- 2) Sindrom koroner akut tanpa elevasi ST (NSTEMI), disebabkan oleh penurunan suplai oksigen dan peningkatan kebutuhan oksigen miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner.
- 3) Sindrom koroner akut dengan elevasi ST (STEMI), umumnya terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak.

### **3. Tanda dan Gejala**

- 1) Nyeri dada, perut, punggung, atau lambung yang tidak khas.
- 2) Mual atau pusing.

- 3) Sesak nafas dan kesulitan bernafas.
- 4) Kecemasan,kelemahan,atau kelelahan yang tidak dapat dijelaskan.
- 5) Palpitasi, keringat dingin, pucat.

#### **4. Penyebab penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut***

Sindrom koroner akut disebabkan oleh proses rusaknya jaringan jantung akibat suplai darah yang tidak adekuat sehingga aliran darah koroner berkurang. Penyebab penurunan suplai darah mungkin akibat penyempitan kritis arteri koroner karena aterosklerosis atau penyumbatan total arteri oleh emboli atau trombus

#### **5. Pencegahan penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut***

- 1) Mengontrol kolestrol darah
- 2) Mengontrol tekanan darah.
- 3) Berhenti merokok.
- 4) Aktivitas fisik Sebagai contoh olahraga aerobik adalah gerakan jalan cepat, jogging, lari, senam, renang dan bersepeda.

#### **6. Komplikasi penyakit jantung *Sindrom Koroner Akut***

- 1) Gagal jantung dan edema paru
- 2) Emboli paru suatu kondisi dimana satu atau lebih arteri di paru – paru menjadi terhalang oleh gumpalan darah.
- 3) Disritmia ( gangguan irama jantung )

#### **7. Penatalaksanaan Hepatitis**

- 1) Aktivitas pasien harus istirahat dalam 12 jam pertama
- 2) Diet
- 3) Sedasi pasien memerlukan sedasi selama perawatan untuk mempertahankan periode inaktivasi dengan penenang.
- 4) *Bowels* istirahat ditempat tidur

## **PENYAKIT JANTUNG *SINDROM* KORONER AKUT**



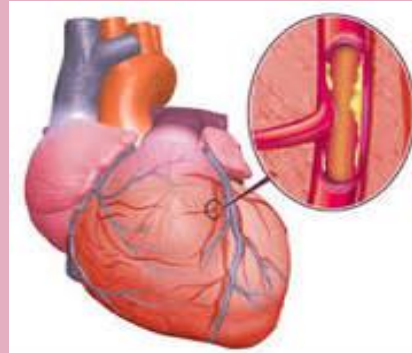
**Disusun Oleh:**

**Intan Nurul Anggriani**

**1701006**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA  
CENDEKIA  
SIDOARJO  
2019**

## **Apa Itu Penyakit Jantung *Sindrom* Koroner Akut?**



sindrom koroner akut adalah suatu keadaan infark atau nekrosis otot jantung karena kurangnya suplai darah dan oksigen pada miokard (ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard)

### **Apa Macam – Macam Penyakit**

#### **Jantung *Sindrom* Koroner Akut ?**

1) Unstable angina merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan nyeri

dada atau ketidaknyamanan yang disebabkan oleh penyakit arteri koronari

- 2) Sindrom koroner akut tanpa elevasi ST (NSTEMI), disebabkan oleh penurunan suplai oksigen dan peningkatan kebutuhan oksigen miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner.
- 3) Sindrom koroner akut dengan elevasi ST (STEMI), umumnya terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak.

### **Tanda Dan Gejala Jika Terjadi**

#### **Penyakit Jantung *Sindrom* Koroner Akut**

- 1) Nyeri dada, perut, punggung, atau lambung yang tidak khas.

- 2) Mual atau pusing.
- 3) Sesak nafas dan kesulitan bernafas.
- 4) Kecemasan,kelemahan,atau kelelahan yang tidak dapat dijelaskan.
- 5) Palpitasi, keringat dingin, pucat.

### **Apa Saja Penyebab Penyakit Jantung**

#### ***Sindrom Koroner Akut?***

Sindrom koroner akut disebabkan oleh proses rusaknya jaringan jantung akibat suplai darah yang tidak adekuat sehingga aliran darah koroner berkurang. Penyebab penurunan suplai darah mungkin akibat penyempitan kritis arteri koroner karena aterosklerosis atau penyumbatan total arteri oleh emboli atau trombus.

### **Apa Saja Pencegahan penyakit jantung**

#### ***Sindrom Koroner Akut ?***

- 1) Mengontrol kolestrol darah
- 2) Mengontrol tekanan darah.
- 3) Berhenti merokok.
- 4) Aktivitas fisik Sebagai contoh olahraga aerobik adalah gerakan jalan cepat, jogging, lari, senam, renang dan bersepeda

### **Apa Saja Komplikasi Dari Penyakit**

#### ***Jantung Sindrom Koroner Akut ?***

- 1) Gagal jantung dan edema paru
- 2) Emboli paru suatu kondisi dimana satu atau lebih arteri di paru – paru menjadi terhalang oleh gumpalan darah.

- 3) Disritmia ( gangguan irama jantung )

### **Penatalaksanaan Penyakit Jantung**

#### ***Sindrom Koroner Akut ?***

- 1) Aktivitas pasien harus istirahat dalam 12 jam pertama
- 2) Diet
- 3) Sedasi pasien memerlukan sedasi selama perawatan untuk mempertahankan periode inaktivasi dengan penenang.
- 4) *Bowels* istirahat ditempat tidur







