

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Sindrom Koroner Akut

1. Definisi

Acute Coronary Syndrome (ACS) atau Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah suatu kumpulan gejala klinis iskemia miokard yang terjadi akibat kurangnya aliran darah ke miokardium dengan gejala berupa nyeri dada, perubahan segmen ST pada electrokardiogram (EKG) dan perubahan biomarker jantung. Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan penumpukan plak baik total maupun sebagian yang disebabkan oleh terbentuknya bekuan darah yang menutupi dinding pembuluh darah yang sudah pecah, plak ini mengurangi ruang gerak dari aliran darah (Badriyah, 2016).

SKA merupakan suatu kondisi iskemia atau infark yang menyebabkan penurunan aliran darah koroner secara tiba-tiba yang biasanya disebabkan oleh adanya thrombus dari plak atheroma pembuluh darah koroner yang robek dan pecah yang akan menyumbat liang pembuluh darah koroner baik secara total ataupun parsial (Pranatalia, et al, 2020). Berdasarkan beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa ACS adalah penurunan aliran darah pada arteri koroner secara sebagian maupun total sehingga otot jantung tidak dapat berfungsi dengan baik atau mati.

2. Etiologi

Menurut Aspiani (2016), factor resiko terjadinya Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah :

a. Faktor resiko yang dapat dirubah

1) Mayor

a) Merokok

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

b) Hipertensi

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

c) Obesitas

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

d) Penyakit Diabetes

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

e) Konsumsi Alkohol

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

mendukung konsep ini, bahkan peningkatan dosis alkohol dikaitkan dengan peningkatan mortalitas kardiovaskuler karena aritmia, hipertensi sistemik dan kardiomiopati dilatasi.

2) Minor

Seperti stress, kepribadian tipe A (emosional, agresif, ambivalen) dan kurang aktivitas fisik.

b. Faktor resiko yang tidak dapat dirubah

1) Usia

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

2) Jenis Kelamin

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

3) Riwayat Keluarga

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

4) Ras

Insiden kematian pada orang Asia yang tinggal di Inggris lebih tinggi sedangkan angka yang rendah terdapat pada RAS afro-karibia.

3. Tanda dan Gejala

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

- a. Nyeri dada sentral yang berat terjadi secara mendadak dan terus menerus tidak mereda, biasanya dirasakan diatas region sternal bawah dan abdomen bagian atas, seperti rasa terbakar, ditindih benda berat, seperti ditusuk, rasa diperas, dipelintir, tertekan yang berlangsung lebih dari 20 menit, tidak berkurang dengan pemberian nitrat. Nyeri dapat menjalar ke arah rahang dan leher. Gejala yang menyertai yaitu berkeringat, pucat, mual, sulit bernapas, cemas dan lemas.
- b. Ekstremitas yang teraba dingin, perspirasi, rasa cemas dan gelisah akibat pelepasan katekolamin.
- c. Tekanan darah dan denyut nadi pada mulanya meninggi sebagai akibat aktivasi sistem saraf simpatik. Jika curah jantung berkurang, tekanan darah mungkin turun. Bradikardi dapat disertai gangguan hantaran, khususnya pada kerusakan yang mengenai dinding inferior ventrikel kiri.
- d. Keletihan dan rasa lemah akibat penurunan perfusi darah ke otot rangka.
- e. Nausea dan vomitus akibat stimulasi yang bersifat refleks pada pusat muntah oleh serabut saraf nyeri atau akibat refleks vasovagal.
- f. Sesak napas dan bunyi krekels yang mencerminkan gagal jantung.
- g. Suhu tubuh yang rendah selama beberapa hari setelah serangan infark miokard akut akibat respon inflamasi.
- h. Distensi vena jugularis yang mencerminkan disfungsi ventrikel kanan dan kongesti paru.
- i. Bunyi jantung S3 dan S4 yang mencerminkan disfungsi ventrikel.

4. Komplikasi

a. Syok Kardiogenik

Syok kardiogenik dapat disebabkan oleh left ventricle infark luas atau dengan komplikasi mekanik, termasuk pecah papiler otot, septum ventrikel pecah, bebas dinding pecah dengan tamponade dan right ventricle infark. Timbulnya syok kardiogenik akibat komplikasi mekanik setelah ACS. Kebanyakan kasus terjadi dalam waktu 24 jam (Wahyudi & Gani, 2019).

b. Gagal Jantung Berat

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

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

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

e. Irama Nodal Irama nodal umumnya timbul karena protektif escape mekanisme dan tak perlu diobati, kecuali bila amat lambat serta

menyebabkan gangguan hemodinamik. Dalam hal terakhir ini dapat diberi atropine atau dipasang alat pacu jantung koroner.

- f. Takikardia Sinus Takikardia sinus ditemukan umumnya akibat peningkatan tonus saraf simpatis, gagal jantung, nyeri dada, pericarditis dan lainlain.
- g. Ruptur Miokardial Otot jantung yang mengalami kerusakan akan menjadi lemah, sehingga kadang mengalami robekan karena tekanan dari aksi pompa jantung. Bagian jantung yang mengalami robekan adalah dinding otot jantung dan otot yang mengendalikan pembukaan dan penutupan salah satu katup jantung (katup mitralis). Jika ototnya robek, maka katup tidak dapat berfungsi sehingga secara tiba-tiba terjadi gagal jantung yang berat. Otot jantung pada dinding jantung juga bisa mengalami robekan. Robekan septum kadang dapat diperbaiki melalui pembedahan, tetapi robekan pada dinding luar hampir selalu menyebabkan kematian.
- h. Bekuan Darah Pada sekitar 20-60% orang pernah mengalami serangan jantung, terbentuknya bekuan darah didalam jantung. Pada 5% penderita ini bekuan bisa pecah, mengalir di dalam arteri dan tersangkut dipembuluh darah yang lebih kecil diseluruh tubuh menyebabkan penyumbatan pada aliran darah ke sebagian otak (menyebabkan stroke) atau ke organ lainnya. Untuk mengetahui adanya bekuan darah di jantung atau untuk mengetahui faktor predisposisi yang dimiliki penderita maka dilakukan elektrokardiogram, Untuk membantu mencegah pembentukan pembekuan darah maka diberikan antikoagulan (mis: heparin dan warfarin).

5. Penatalaksanaan Medis

a. Farmakologi

1) Obat-obatan Trombolitik

Obat-obatan ini ditujukan untuk memperbaiki kembali aliran darah pembuluh darah koroner sehingga reperfusi dapat mencegah kerusakan miokard lebih lanjut. Obat-obatan ini digunakan untuk melarutkan bekuan darah yang menyumbat arteri koroner. Waktu yang paling efektif pemberiannya adalah 1 jam setelah timbul gejala pertama dan tidak boleh lebih dari 12 jam pasca serangan. Selain itu tidak boleh diberikan pada pasien diatas 75 tahun.

2) Nitrogliserin

Nitrogliserin (NTG) seblingual dapat diberikan dengan dosis 0,4 mg dan dapat diberikan sampai 3 dosis dengan interval 5 menit. NTG selain untuk mengurangi nyeri dada juga untuk menurunkan kebutuhan oksigen miokard dengan menurunkan preload dan meningkatkan suplai oksigen miokard dengan cara dilatasi pembuluh koroner yang terkena infark atau pembuluh kolateral. NTG harus dihindari pasien dengan tekanan darah sistolik <90 mmHg atau pasien yang dicurigai mengalami infark ventrikel kanan (Bosson et al., 2019).

3) Morfin

Morfin sangat efektif mengurangi nyeri dada dan merupakan analgesik pilihan dalam tata laksana nyeri dada. Morfin diberikan dengan dosis 2-4 mg dapat tingkatan 2-8 mg IV serta dapat di ulang dengan interval 5-15 menit. Efek samping yang perlu diwaspadai pada pemberian morfin adalah konstiksi vena dan arteriol melalui penurunan simpatis, sehingga terjadi pooling vena yang akan mengurangi curah jantung dan tekanan arteri (Tussolihah, 2018).

4) Aspirin

Aspirin merupakan tata laksana dasar pada pasien yang dicurigai STEMI. Inhibisi cepat siklooksigenase trombosit yang dilanjutkan dengan reduksi kadar tromboksan A2 dicapai

dengan absorpsi aspirin bukal dengan dosis 162-325 mg di ruang emergensi dengan daily dosis 75-162 mg (Tussolihah, 2018).

5) Beta blocker

Beta-blocker mulai diberikan segera setelah keadaan pasien stabil. Jika tidak ada kontraindikasi, pasien diberi beta- blocker kardioselektif misalnya metoprolol atau atenolol. Heart rate dan tekanan darah harus terus rutin di monitor setelah keluar dari rumah sakit. Kontraindikasi terapi beta- blocker adalah: hipotensi dengan tekanan darah sistolik < 100 mmHg, 12 bradikardi < 50 denyut/menit, adanya heart block, riwayat penyakit saluran nafas reversible, beta blocker harus dititiasi sampai dosis maksimum yang dapat ditoleransi (Tussolihah, 2018).

6) Terapi reperfusi

Terapi reperfusi yaitu menjamin aliran darah koroner kembali menjadi lancar. Reperfusi ada 2 macam yaitu berupa tindakan kateterisasi (PCI) yang berupa tindakan invasive (semi-bedah) dan terapi dengan obat melalui jalur infuse (agen fibrinolitik) (Bosson et al., 2019).

b. Non Farmakologi

1) Teknik relaksasi napas dalam

Yaitu teknik pelepasan otot sehingga akan mengurangi ketegangan pada otot yang akan mengurangi rasa nyeri. Teknik yang dilakukan berupa napas dalam secara teratur dengan cara menghirup udara sebanyak mungkin melalui hidung dan dikeluarkan secara perlahan-lahan melalui mulut (Atoilah, 2013).

2) Aktivitas

Faktor-faktor yang meningkatkan kerja jantung selama masa-masa awal infark dapat meningkatkan ukuran infark. Oleh

karena itu, pasien dengan STEMI harus tetap berada pada tempat tidur selama 12 jam pertama. Kemudian, jika tidak terdapat komplikasi, pasien harus didukung untuk melanjutkan postur tegak dengan menggantung kaki mereka ke sisi tempat tidur dan duduk di kursi dalam 24 jam pertama. Latihan ini bermanfaat secara psikologis dan biasanya menurunkan tekanan kapiler paru. Jika tidak terdapat hipotensi dan komplikasi lain, pasien dapat berjalan-jalan di ruangan dengan durasi dan frekuensi yang ditingkatkan secara bertahap pada hari kedua atau ketiga. Pada hari ketiga, pasien harus sudah dapat berjalan 185 m minimal tiga kali sehari.

3) Istirahat fisik

Bedrest dengan posisi semifowler atau menggunakan cardiac chair dapat mengurangi nyeri dada dan dispnea. Posisi kepala yang lebih tinggi sangat bermanfaat bagi pasien karena :

- a) Volume tidal dapat diperbaiki karena tekanan isi abdomen terhadap diafragma berkurang sehingga pertukaran gas dapat lebih baik.
- b) Drainase lobus atas paru lebih baik.
- c) Aliran balik vena ke jantung (preload) berkurang sehingga mengurangi kerja jantung (Gusti, 2019).

4) Diet

Karena adanya risiko emesis dan aspirasi segera setelah STEMI, pasien hanya diberikan air peroral atau tidak diberikan apapun pada 4-12 jam pertama. Asupan nutrisi yang diberikan harus mengandung kolesterol \pm 300 mg/hari. Kompleks karbohidrat harus mencapai 50-55% dari kalori total. Diet yang diberikan harus tinggi kalium, magnesium, dan serat tetapi rendah natrium (Itsipoulos et al., 2018).

B. Konsep Dasar Pemberian Terapi Thermotherapy (Terapi Hangat) Terhadap Nyeri Pada Sindrom Koroner Akut (SKA)

Thermotherapy adalah salah satu terapi non farmakologi yang menghilangkan rasa sakit dan memulihkan gejala dengan meningkatkan perfusi pada jaringan yang terluka atau meradang, melancarkan peredaran darah dan menghilangkan mediator inflamasi dari jaringan yang rusak sehingga tingkat kesakitan menurun. Disisi lain dengan terapi panas mengurangi kontraksi otot polos selain itu terapi ini bisa mengurangi aksi system syaraf sehingga menghilangkan rasa nyeri. Menurut teori kontrol gerbang, terapi panas mengurangi tingkat rasa sakit dengan meningkatkan reseptor rasa sakit dikulit dengan demikian menutup jalur nyeri (Lewis et al., 2017).

Sejalan dengan penelitian (Hala et al ., 2018) penurunan denyut jantung yang signifikan setelah aplikasi thermotherapy pada kelompok intervensi, ketika thermotherapy diberikan pada dada menyebabkan vasolidatasi pembuluh darah dan meringankan gejala nyeri dada pada pasien hal itu terjadi karena melebar pembuluh darah, resisten pembuluh darah menurun, pelebaran arteri yang mengakibatkan penurunan tekanan darah dan denyut nadi, sedangkan untuk respirasi rate mengalami penurunan karena nyeri dada yang dirasakan berkurang, untuk saturasi oksigen mengalami peningkatan karena efek thermotherapy yang menurunkan resistensi vascular dan paru sehingga menyebabkan peningkatan oksigenasi.

Berdasarkan penelitian (Mohammadpour et al., 2014) tekanan darah pada sample eksperimen yang diberikan thermotherapy (terapi panas) terjadi tingkat penurunan tekanan daran dengan cara meningkatkan aliran darah, prosentase pernafasan pasien dan saturasi oksigen mengalami peningkatan karena dapat mengurangi nyeri dada denngan melebarkan

arteri coroner, meningkatkan proses angiogenesis, meningkatkan perfusi miokard.

Hidroterapy adalah penggunaan air untuk menyembuhkan dan meringankan berbagai keluhan. Air bisa digunakan dalam banyak cara dan kemampuannya sudah diakui sejak dahulu dan air hangat juga bermanfaat untuk membuat tubuh rileks, menyingkirkan rasa pegal-pegal dan kaku pada otot dan nyeri pada dada (Sustrani, 2011).

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan mencakup pengumpulan informasi mengenai kebutuhan fisiologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual individu pasien. Ini adalah langkah pertama dalam keberhasilan evaluasi pasien. Pengumpulan data subyektif dan obyektif merupakan bagian integral dari proses ini. Bagian dari penilaian meliputi pengumpulan data dengan memperoleh tanda-tanda vital seperti suhu, laju pernapasan, denyut jantung, tekanan darah, dan tingkat nyeri dengan menggunakan skala nyeri usia atau konsisi yang sesuai. Pengkajian mengidentifikasi kebutuhan perawatan pasien saat ini dan masa depan dengan memungkinkan pembentukan diagnosis keperawatan. Perawat mengenali fisiologi pasien normal dan abnormal dan membantu memprioritaskan intervensi dan perawatan (Butler, J. Pace, et al., 2022).

a. Identitas Pasien

Identitas (pasien dan keluarga/penanggung jawab) meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, alamat, dan hubungan pasien dengan keluarga/pengirim), nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa medis dan label pasien (Kelly et al., 2021).

b. Langkah-langkah dalam Mengevaluasi Pasien

1) Catat keluhan utama dan anamnesis

- 2) Lakukan pemeriksaan fisik
 - 3) Selesaikan evaluasi psikologis awal
- c. Presentase munculnya data diagnosis paling sering : anamnesis, fisik, dan tes diagnostic
- 1) Riwayat : 70%
 - 2) Fisik : 15% hingga 20%
 - 3) Tes diagnostic : 10% hingga 15%
- d. Teknik Pengambilan Data Riwayat
- Pemeriksaan riwayat kesehatan atau keperawatan dapat menggunakan perangkat mnemonik *SAMPEL*. untuk memperoleh riwayat yang cepat dan terfokus (Cook et al., 2022).
- 1) S : Tanda dan gejala
 - 2) A : Alergi
 - 3) M : Obat-obatan
 - 4) P : Riwayat penyakit dahulu
 - 5) L : Makanan terakhir atau asupan oral
 - 6) E : Peristiwa sebelum situasi akut
- e. Penilaian Nyeri

Nyeri atau tanda vital kelima, merupakan komponen penting dalam memberikan perawatan yang tepat kepada pasien. Penilaian nyeri mungkin subyektif dan sulit diukur. Nyeri adalah segala sesuatu yang dinyatakan oleh pasien atau klien tentang dirinya. Sebagai perawat, anda harus mengetahui banyak faktor yang dapat mempengaruhi nyeri pasien. Skala nyeri yang sesuai dengan usia membantu pengukuran dan komunikasi nyeri yang ringkas diantara penyedia layanan. Peningkatan komunikasi mengenai penilaian nyeri dan penilaian ulang selama proses masuk dan keluar memfasilitasi manajemen nyeri, sehingga meningkatkan fungsi keseluruhan dan kualitas hidup secara bertahap (Toney-Butler & Unison-Pace, 2022).

Pengenalan indikator nyeri dan pengetahuan komprehensif dalam penilaian nyeri akan memandu protokol perawatan dan manajemen nyeri (Allen et al, 2022). Berikut adalah hal-hal yang dapat dijadikan sebagai indikator nyeri :

- 1) Gelisah atau mondar-mandir
- 2) Menangis
- 3) Mual atau muntah
- 4) Diaforesis
- 5) Mengepalkan gigi dan ekspresi wajah
- 6) Takikardia atau perubahan tekanan darah
- 7) Terengah-engah atau peningkatan laju pernapasan
- 8) Mencengkeram atau melindungi bagian tubuh
- 9) Tidak dapat berbicara atau membuka mata
- 10) Berkurangnya minat pada aktivitas, pertemuan social, atau rutinitas lama.

Selain indikator diatas, pengkajian nyeri PQRST juga dapat digunakan untuk mengevaluasi nyeri (Dunham & Macinnes, 2018).

- 1) P : Apa yang memprovokasi gejala? Apa yang memperbaiki atau memperburuk kondisi? Apa yang kamu lakukan saat itu dimulai? Apakah posisi atau aktivitas memperburuknya?
- 2) Q : Kualitas dan Kuantitas gejala : Apakah tumpul, tajam, konstan, terputus-putus, berdenyut-denyut, sakit, robek, atau menusuk?
- 3) R : Radiasi atau daerah gejala. Apakah rasa nyeri menjalar, atau hanya pada satu lokasi? Apakah selalu di area yang sama, atau dimulai di tempat lain?
- 4) S : Keparahan gejala atau peringkat pada skala nyeri. Apakah itu mempengaruhi aktivitas hidup sehari-hari seperti berjalan, duduk, makan, atau tidur?

5) T : Waktu atau sudah berapa lama mereka mengalami gejala. Apakah lebih buruk setelah makan, perubahan cuaca, atau waktu?

f. Penilaian Psikososial

Pertimbangan utama adalah kesehatan dan kebutuhan emosional pasien. Penilaian fungsi kognitif, memeriksa halusinasi dan delusi, mengevaluasi tingkat konsentrasi, dan menanyakan minat dan tingkat aktivitas merupakan penilaian kesehatan mental atau emosional. Menanyakan tentang bagaimana perasaan klien dan tanggapan mereka terhadap perasaan itu adalah bagian dari penilaian psikologis. Apakah mereka gelisah, mudah tersinggung, berbicara dengan nada suara keras, menuntut, depresi, ingin bunuh diri, tidak dapat berbicara, memiliki pengaruh yang datar, menangis, kewalahan, atau apakah ada tanda-tanda penyalahgunaan zat. Pemeriksaan psikologis dapat mencakup persepsi, apakah dibenarkan atau tidak, pada bagian dari pasien atau klien. Agama dan kepercayaan budaya adalah area penting untuk dipertimbangkan. Skrining untuk delirium sangat penting karena gejala sering kali tidak kentara dan mudah diabaikan, atau dijelaskan sebagai kelelahan atau depresi (Butler, J, Pace, et al., 2022).

g. Penilaian Keamanan

Penilaian keamanan pasien yang harus dikaji menurut Butler et al. (2022) adalah sebagai berikut :

- 1) Alat bantu rawat jalan
- 2) Masalah lingkungan, keamanan rumah
- 3) Risiko kekerasan dalam rumah tangga dan keluarga, risiko perdagangan manusia, risiko kekerasan terhadap orang tua atau anak
- 4) Risiko jatuh

- 5) Ide bunuh diri (memulai tindakan pencegahan bunuh diri seperti yang diarahkan oleh kebijakan institusional)

h. Penilaian Budaya

Asesmen kompetensi budaya akan mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menghambat implementasi diagnosis dan asuhan keperawatan (Cruz-Oliver et al., 2019). Informasi yang diperoleh harus mencakup :

- 1) Asal etnis, bahasa yang digunakan, dan kebutuhan akan juru bahasa
- 2) Bahasa utama lebih disukai untuk instruksi tertulis dan lisan
- 3) Sistem pendukung, pengambil keputusan
- 4) Pengaturan hidup
- 5) Praktek keagamaan
- 6) Tanggapan emosional
- 7) Persyaratan makanan khusus, pertimbangan diet
- 8) Kebiasaan budaya atau tabu seperti sentuhan atau kontak mata yang tidak diinginkan

i. Teknik Pemeriksaan Fisik

Evaluasi awal atau survei umum dapat meliputi :

- 1) Perawakan
- 2) Status kesehatan secara keseluruhan
- 3) Kebiasaan tubuh
- 4) Kebersihan pribadi, perawatan
- 5) Kondisi kulit seperti tanda-tanda kerusakan atau luka kronis
- 6) Nafas dan bau badan
- 7) Suasana hati dan keadaan psikologis secara keseluruhan
- 8) Pengukuran tanda vital awal: suhu yang dicatat dalam Celcius di sebagian besar institusi, laju pernapasan, denyut nadi, tekanan darah dengan ukuran manset yang sesuai, pembacaan oksimetri nadi dan catat jika berada di udara ruangan atau oksigen; mengukur berat badan dalam kilogram secara akurat

dengan skala dan pengukuran tinggi badan yang tepat, sehingga indeks massa tubuh (BMI) dapat dihitung untuk berat badan dosis dan pedoman nutrisi.

j. Penilaian Sekunder

Penilaian sekunder adalah penilaian pemeriksaan kepala hingga kaki yang cepat namun menyeluruh untuk mengidentifikasi potensi cedera. Itu harus dilakukan setelah survei primer dan stabilisasi awal selesai. Tujuan dari survei sekunder adalah untuk mendapatkan data historis yang relevan tentang pasien dan cederanya, serta untuk mengevaluasi dan merawat cedera yang tidak ditemukan selama survei primer. Sangat membantu untuk memprioritaskan evaluasi dan manajemen lanjutan. Kegiatan ini menjelaskan bagaimana survei sekunder dilakukan pada pasien trauma dan kepentingan klinisnya (Cook et al., 2022).

- 1) Kardiovaskular
- 2) Paru-paru
- 3) Saluran pencernaan
- 4) Muskuloskeletal
- 5) Neurologis
- 6) Genitourinari/Panggul
- 7) Status mental dan perilaku

k. Teknik Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dari ujung kepala hingga ujung kaki; periksa semua area termasuk depan, belakang, samping, bawah dan atas. Pemeriksaan ini melibatkan review kedua dari pemeriksaan jalan napas dan paru-paru. Sepanjang evaluasi, tindakan pencegahan standar untuk infeksi melalui darah atau cairan harus diperhatikan (Masak dkk., 2022).

- 1) Inspeksi
 - a) Lihatlah semua area kulit, termasuk di bawah pakaian atau gown

- b) Pastikan pasien menanggalkan pakaian, memungkinkan privasi, buka satu bagian tubuh pada satu waktu jika memungkinkan
 - c) Pencahayaan harus terang
 - d) Waspada terhadap bau tidak sedap dari tubuh termasuk rongga mulut; bau tinja, bau buah, bau alkohol atau tembakau pada nafas
 - e) Bandingkan satu sisi dengan sisi lainnya, dan tanyakan pada pasien tentang area yang asimetris
 - f) Amati warna, ruam, kerusakan kulit, tabung dan saluran air, bekas luka, memar, luka bakar
 - g) Evaluasi setiap edema yang ada
 - h) Dokumentasikan temuan normal dan abnormal terkait
- 2) Palpasi
- a) Tekstur
 - b) Ukuran
 - c) Konsistensi
 - d) Krepitasi
 - e) Setiap massa
 - f) Turgor
 - g) Kelembutan
 - h) Suhu dan kelembaban (hangat, lembab atau dingin, dan kering)
 - i) Distensi
 - j) Taktil Fremitus
- 3) Perkusi
- a) Teknik tangan dan jari yang baik
 - b) Teknik menyerang dan mendengarkan yang baik
 - c) Terutama penting dalam sistem paru dan gastrointestinal
 - d) Suara tumpul, datar, resonansi, hiper-resonansi, atau timpani

e) Perkusi adalah teknik lanjutan yang membutuhkan keahlian khusus untuk tampil. Oleh karena itu, ini adalah keterampilan yang dipraktikkan oleh perawat praktik lanjutan sebagai lawan dari perawat samping tempat tidur secara rutin

4) Auskultasi

- a) Mendengarkan suara tubuh seperti suara usus, suara napas, dan suara jantung
- b) Penting dalam memeriksa jantung, tekanan darah, dan sistem pencernaan
- c) Dengarkan bruit, murmur, gesekan, dan denyut nadi tidak teratur

i. Pemeriksaan Diagnostik

Didorong oleh temuan pada dan pemeriksaan fisik pilihan meliputi: riwayat

- 1) Tes darah (CBC, kimia, glukosa samping tempat tidur, tes kehamilan, urinalisis, enzim jantung, studi koagulasi)
- 2) Studi pencitraan (sinar-X, CT, MRI, ultrasonografi)
- 3) Studi diagnostik lainnya (EKG, EEG, pungsi lumbal, dll.)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang dapat timbul yaitu :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama, frekuensi, kontraktilitas, preload, afterload jantung. Pola napas

- tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, gangguan neuromuscular, penurunan energi.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, gangguan neuromuscular, penurunan energi.
 - c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis.
 - d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai nutrisi dan kebutuhan oksigen, kelemahan.

3. Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan adalah dimana tujuan dan hasil dirumuskan yang berdampak langsung pada perawatan pasien berdasarkan pedoman *Evidence Based Practice*. Sasaran khusus pasien ini dan pencapaian bantuan semacam itu dalam memastikan hasil yang positif. Rencana asuhan keperawatan sangat penting dalam fase penetapan tujuan ini. Rencana keperawatan memberikan arahan untuk perawatan pribadi yang disesuaikan dengan kebutuhan unik individu. Kondisi keseluruhan dan kondisi komorbid berperan dalam penyusunan rencana perawatan. Rencana perawatan meningkatkan komunikasi, dokumentasi, penggantian, dan kesinambungan perawatan di seluruh kontinum perawatan kesehatan (Butler, J, Thayer, et al, 2022).

Berdasarkan pedoman SDKI dan SLKI dari PPNI (2017, 2018), berikut adalah intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa pada pasien dengan Sindro Koroner Akut (SKA) :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat	Perawatan Jantung Observasi 1. Identifikasi tanda/gejala primer

	irama, frekuensi, kontraktilitas, preload, afterload jantung.	dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Bradikardi menurun 2. Takikardi menurun 3. Gambaran EKG aritmia menurun 4. Lelah menurun 	penurunan curah jantung <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor keluhan nyeri dada 7. Monitr EKG 12 sandapan Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai 3. Berikan terapi relaksasi untuk
--	---	---	---

			<p>mengurangi stress, jika perlu</p> <p>4. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap3. Anjurkan berhenti merokok4. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan5. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian <p>Kolaborasi</p>
--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antihistamin, jika perlu
2.	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, gangguan neuromuscular, penurunan energi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pola Napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan otot bantu napas menurun 2. Dyspnea menurun 3. Frekuensi napas membaik 4. Kedalaman napas membaik 	<p>Manajemen Jalan Napas Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna) <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi-fowler 2. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 3. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 4. Berikan

			<p>oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan tehnik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mokolitik, jika perlu
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi

			<p>istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
4.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai nutrisi dan kebutuhan oksigen, kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah menurun. Dispnea menurun 2. Rasa tidak nyaman menurun, 3. Lemah menurun 4. Sianosis menurun 	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional, 3. Monitor pola tidur dan jam tidur, 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. <p>Terapeutik</p>

			<ol style="list-style-type: none">1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan),2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif,3. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan tirah baring,2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah langkah yang melibatkan tindakan atau tindakan dan pelaksanaan intervensi keperawatan yang sebenarnya yang dituangkan dalam rencana asuhan. Fase ini membutuhkan intervensi keperawatan seperti penerapan monitor jantung atau oksigen, perawatan langsung atau tidak langsung, pemberian obat, protocol perawatan standar, dan standar *evidence based practice* (Butler, J, Thayer, et al, 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien (Chen et al., 2021).