

Emergency Nursing Care with Decreased Cardiac Output in Acute Coronary Syndrome Patients

Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dengan Penurunan Curah Jantung Pada Pasien Sindrom Koroner Akut

¹Mita Juwita, ²Nelly Hermala Dewi, ³Epi Rustiawati

Program Studi D III Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Sultan Ageng Tirtayasa

Abstract

Acute Coronary Syndrome (ACS) is a condition where chest discomfort or other symptoms are caused by a lack of oxygen supply to the heart muscle due to disruption of the coronary arteries. Acute coronary syndrome patients experience a decrease in cardiac output which disrupts blood flow in the coronary arteries, the condition is followed by blockage of atheroma plaque that disrupts blood flow and causes chest discomfort or other symptoms. This study uses a descriptive method in the form of a case study using two patients with acute coronary syndrome and decreased cardiac output as respondents. Data collection in this study were observation, interview, physical examination, and documentation study conducted in 2024 at RSUD dr. Drajat Prawiranegara. The results of this study highlight the importance of multidisciplinary management in patients with SCA, especially in stabilizing hemodynamics and reducing the risk of complications.

Keywords: Emergency Nursing Care, Acute Coronary Syndrome, Decreased Cardiac Output

Abstrak

Sindrom Koroner Akut (SKA) yaitu kondisi dimana munculnya rasa tidak nyaman pada dada atau gejala lainnya yang disebabkan kurangnya pasokan oksigen ke otot jantung akibat gangguan pada arteri koroner. Pasien sindrom koroner akut mengalami penurunan curah jantung yang mengganggu aliran darah pada pembuluh darah koroner, kondisi tersebut diikuti dengan tersumbatnya plak atheroma sehingga mengganggu aliran darah dan mengakibatkan rasa tidak nyaman pada dada atau gejala lainnya. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan menggunakan dua orang pasien sindrom koroner akut dengan penurunan curah jantung sebagai responden. Pengumpulan data pada penelitian ini yaitu observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi yang dilakukan pada 2024 di RSUD dr. Drajat Prawiranegara. Hasil penelitian ini menyoroti pentingnya pengelolaan multidisiplin pada pasien dengan SKA, khususnya dalam menstabilkan hemodinamik dan mengurangi risiko komplikasi.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan Gawat Darurat, Sindrom Koroner Akut, Penurunan Curah Jantung

Received:
November 11, 2024

Revised:
November 14, 2024

Accepted:
November 25, 2024

Pendahuluan

Sindrom Koroner Akut (SKA) terutama disebabkan oleh dua faktor yaitu aterosklerosis dan trombosis. Aterosklerosis adalah suatu kondisi di mana arteri menjadi menyempit dan mengeras akibat penumpukan plak (jaringan lemak dan jaringan fibrosa) pada dinding pembuluh darah (Pusat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2018). Sedangkan trombosis adalah suatu kondisi di mana lemak menumpuk dan mengeras di pembuluh darah dalam jangka waktu yang lama dan dapat menyebabkan kerusakan bahkan robeknya dinding pembuluh darah (Aldaly, 2022).

World Health Organization (WHO) yang diterbitkan pada tahun 2004 menyebutkan bahwa sindrom koroner akut adalah penyebab kematian paling umum di seluruh dunia. Sebanyak 7,2 juta (12,2%) meninggal karena penyakit ini. Sindrom koroner akut merupakan penyebab kematian terbanyak di negara-negara miskin, dengan angka kematian sebesar 2,47 juta (9,4%). Di Indonesia, pada tahun 2002, sindrom koroner akut merupakan penyebab kematian terbanyak, dengan angka kematian sebesar 220.000 (14%) (Kutenai et al., 2022).

SKA merupakan penyakit kegawatan jantung yang terjadi akibat ruptur atau erosi dari plak aterosklerosis pada pembuluh darah koroner, yang memiliki gambaran berupa beberapa gejala seperti angina pectoris tidak stabil (unstable angina pectoris/UAP), infark miokardium akut (IMA) baik dengan peningkatan segmen ST (ST-segment elevation myocardial infarction/STEMI) maupun tanpa peningkatan segmen ST (non-ST-segment elevation myocardial infarction/NSTEMI).

Manifestasi klinis sindrom koroner akut antara lain:

1. Perubahan Irama Jantung: Palpitasi (detak jantung terasa berdebar kencang), bradikardia, takikardia, gangguan EKG aritmia atau gangguan konduksi.
2. Perubahan Preload: Lelah, edema, distensi vena jugularis, central venous pressure (CVP) meningkat/menurun, hepatomegali.
3. Perubahan Afterload: Dispnea (sesak napas), tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer terasa lemah, capillary refill time (CRT) > 3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan/atau sianosis.
4. Penurunan Kontraktilitas: Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), ortopnea, batuk, terdengar suara jantung S3 dan/atau S4, ejection fraction (EF) menurun.

Pada sindrom koroner akut menimbulkan masalah keperawatan seperti penurunan curah jantung, nyeri dada, risiko tinggi penurunan pertukaran gas, pola pernapasan tidak efektif, volume cairan berlebihan, dan ventilasi yang tidak memadai, serta toleransi aktivitas (Mugihartadi dan Handayani, 2020). Masalah keperawatan penurunan curah jantung dapat dihindari dan diatasi dengan asuhan keperawatan yang komprehensif. Mulai dari pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pasien SKA.

Metode Penelitian

Metode penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan desain studi kasus menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian,

diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Subjek penelitian ini adalah dua pasien yang terdiagnosa sindrom koroner akut dengan masalah keperawatan penurunan curah jantung. Instrumen penelitian yang digunakan adalah format asuhan keperawatan gawat darurat, lembar standar prosedur operasional, dan alat-alat pemeriksaan fisik. Studi kasus ini dilakukan di RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kota Serang. Studi kasus ini dilakukan di ruangan IGD dan kemudian pemberian terapi dilanjutkan ke ruangan perawatan dimana pasien menjalani rawat inap setelah dari IGD. Proses analisa data akan dilakukan dengan mengelompokkan data yang didapatkan dari hasil pengkajian dan hasil pemeriksaan fisik, lalu dianalisis, sehingga ditemukan diagnosa keperawatan. Hasil diagnosa yang ditegakkan akan disusun intervensi keperawatan dan dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari perawatan.

Hasil

Pengkajian Keperawatan

Tabel 1. Identitas pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny.S	Tn. I
Jenis kelamin	Perempuan	Laki-laki
Umur	53 tahun	52 tahun
Tgl masuk	20 Feb 2024	3 Apr 2024
Tgl pengkajian	20 Feb 2024	3 Apr 2024
Dx. Medis	SKA	SKA
No. RM	524453	524613

Berdasarkan tabel 1, pasien 1 berinisial Ny.S berusia 53 tahun berjenis kelamin perempuan, sedangkan pasien 2 berinisial

Tn. I berusia 82 tahun berjenis kelamin laki-laki dan terdiagnosa medis sindrom koroner akut. Pasien 1 masuk ke rumah sakit pada tanggal 20 Februari 2024, sedangkan pasien 2 masuk ke rumah sakit pada tanggal 3 April 2024.

Berdasarkan table 2 pada pengkajian primer pasien 1 dan 2, pada *airway* tidak ditemukannya masalah pada jalan napas antara pasien 1 dan 2. Pengkajian *breathing* didapatkan sesak napas, adanya penggunaan otot bantu pernapasan pada kedua pasien dengan nilai RR pasien 1 adalah 20x/menit dan sSpO₂ 98% terpasang oksigen nasal kanul 4lpm sedangkan nilai RR pasien 2 adalah 17x/menit dan SpO₂ 98% terpasang oksigen nasal kanul 5lpm. Pengkajian *Circulation* didapatkan pasien 1 tekanan darah 150/100 mmhg, nadi 107x/menit, suhu 36,8 akral teraba hangat, CRT <3 detik, Oliguria sedangkan pasien 2 tekanan darah 110/70 mmhg, nadi 63x/menit, suhu 36,7 akral teraba dingin, CRT <2 detik, kulit pucat. Pengkajian *disability* kedua pasien memiliki tingkat kesadaran composmentis dan kesadaran umum lemah. Pengkajian *exposure* pada pasien 1 dan 2 didapatkan tidak ada luka dibagian tubuh dan pada pasien 1 terdapat nyeri pinggang sedangkan pada pasien 2 terdapat nyeri pada bagian tangan.

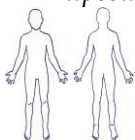
Berdasarkan tabel 3. pada pengkajian kepala dan leher pasien 1 memiliki bentuk kepala simetris, rambut berwarna hitam, tidak ada lesi dan tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, mata simetris, reflek pupil cepat, mulut bersih tidak ada stomatitis, bibir kering sedangkan pasien 2 memiliki bentuk kepala simetris, rambut berwarna hitam dan bersih, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, mata simetris, konjungtiva tidak

anemis, hidung simetris, mulut bersih tidak ada stomatitis. Pengkajian dada terdapat paru- paru pada pasien 1 dan pasien 2 terdapat pengembangan dada kanan dan kiri simetris, adanya penggunaan otot bantu napas, taktil fermitus kanan kiri normal dan suara vesikuler, pada jantung pasien 1 dan pasien 2 terdapat iktus cordis tidak terlihat, iktus cordis teraba di ICS 6 midklavikula kiri, perbatasan atas ICS II paratrenal kiri batas ICS VI axila anterior kiri batas bawah ICS VI midklavikula kiri, bunyi jantung I dan II regular. Pada pengkajian abdomen pasien 1 dan 2 didapatkan tidak terdapat jejas atau lesi

pada abdomen warna kulit normal, tidak ada asites, bising usus ada pada pasien 1 bising usus 9x/menit sedangkan pasien 2 bising usus 10x/menit, suara perut timpany, tidak ada pembesaran limfe atau liver, pada pasien 1 terdapat nyeri pada ulu hati sedangkan pasien 2 tidak ada nyeri tekan. Pengkajian pada punggung didapatkan pada pasien 1 terdapat nyeri pinggang sedangkan pasien 2 tidak ada nyeri pada pinggang. Pengkajian pelvis dan ekstermitas pada kedua pasien didapatkan tidak terdapat luka pada kaki dan tidak ada edema pada kaki.

Tabel 2. Pengkajian Primer

Survey Primer	Pasien 1	Pasien 2
<i>Airway</i>	Tidak ada masalah pada jalan napas	Tidak ada masalah pada jalan napas
<i>Breathing</i>	Sesak napas, adanya penggunaan otot bantu RR : 20 x/mnt, SPO2: 98%, Terpasang oksigen nasal kanul 4lpm, Tidak ada suara napas tambahan	Sesak napas, adanya penggunaan otot bantu RR : 17 x/mnt, SPO2: 98%, Terpasang oksigen nasal kanul 5lpm, Tidak ada suara napas tambahan
<i>Circulation</i>	Tekanan darah: 150/100 mmhg Nadi : 107 x/mnt, Suhu: 36,8 CRT <3 detik Akral hangat Oliguria	Tekanan darah: 110/70 mmhg Nadi : 63 x/mnt, Suhu : 36,7 CRT <2 detik Akral dingin Kulit pucat
<i>Disability</i>	Kesadaran : Composmentis Kesadaran umum : lemah	Kesadaran : Composmentis Kesadaran umum : lemah
<i>Exposure</i>	Terdapat nyeri pinggang	Terdapat nyeri pada bagian tangan



Tabel 3. Pengkajian sekunder

Pengkajian sekunder	Pasien 1	Pasien 2
Kepala dan leher	Bentuk kepala simetris, rambut berwarna hitam, tidak ada lesi dan tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, mata simetris, reflek pupil cepat, mulut bersih tidak ada stomatitis, bibir kering.	Bentuk kepala simetris, rambut berwarna hitam dan bersih, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, mata simetris, konjungtiva tidak anemis, hidung simetris, mulut bersih tidak ada stomatitis.
Dada		
Paru-paru	I : pengembangan dada kanan kiri simetris, penggunaan otot bantu pernapasan P : taktil fermitus kanan kiri normal P : suara sonor A : vesikuler	I : dada kanan kiri simetris, terdapat retraksi dada, penggunaan otot bantu pernapasan P : taktil fermitus kanan kiri normal P : suara sonor A : vesikuler
Jantung	I : iktus cordis tidak terlihat P : iktus cordis teraba di ICS 6 Midklavikula kiri P : perbatasan atas ICS II paratrenal kiri batas ICS VI axila anterior kiri batas bawah ICS VI midklavikula kiri A : bunyi jantung I dan II reguler	I : iktus cordis tidak terlihat P : iktus cordis teraba di ICS 6 midklavikula kiri P : perbatasan atas ICS II Paratrenal kiri batas ICS VI axila anterior kiri batas bawah ICS VI midklavikula kiri A : bunyi jantung I dan II Reguler
Abdomen	I : tidak terdapat jejas atau lesi pada abdomen, warna kulit normal, tidak ada asites. A : bising usus (+) 9x/mnt P : suara perut timpany P : tidak ada pembesaran limfe atau liver, terdapat nyeri pada ulu hati	I : tidak terdapat jejas atau lesi pada abdomen, warna kulit normal, tidak ada asites. A : bising usus (+) 10x/mnt P : suara perut timpany P : tidak ada pembesaran limfe atau liver, tidak ada nyeri tekan
Punggung	Nyeri pinggang	Tidak ada nyeri pada pinggang
Pelvis dan Ekstermitas	Tida terdapat luka pada kaki, tidak ada edema pada kaki.	Tida terdapat luka pada kaki, tidak ada edema pada kaki.

Tabel 4. Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Nyeri dada	Nyeri dada
Riwayat Kesehatan Sekarang	<p>Pasien datang ke IGD pada tanggal 20 februari 2024 diantar keluarganya dengan keluhan nyeri dada sejak 1 hari yang lalu, nyeri dada seperti tertimpa benda, nyeri dada disebelah kiri menjalar ke punggung, leher dan disertai lemas, mual, pusing, dan sulit mengeluarkan urin, nyeri dengan skala 7, nyeri yang dirasakan hilang timbul.</p> <p>P : nyeri dada sejak 1 hari yang lalu Q: nyeri dada seperti tertimpa benda R: nyeri dada disebelah kiri menjalar ke punggung, leher dan disertai lemas, mual, pusing, dan sulit mengeluarkan urin S : skala 7 T: nyeri yang dirasakan hilang timbul</p>	<p>Pasien datang ke IGD pada tanggal 3 April 2024 diantar keluarganya dengan keluhan nyeri dada sejak 7 jam yang lalu, nyeri dada seperti tertimpa benda, nyeri disebelah kiri menjalar kebagian belakang dan tangan sebelah kiri, disertai keringat dingin dan pucat, nyeri dengan skala 6, nyeri yang dirasakan terus menerus.</p> <p>P: nyeri dada sejak 7 jam yang lalu Q: nyeri dada seperti tertimpa benda R: nyeri disebelah kiri menjalar kebagian belakang dan tangan sebelah kiri, disertai keringat dingin dan pucat S: nyeri dengan skala 6 T: nyeri yang dirasakan terus menerus</p>
Riwayat kesehatan terdahulu	Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak dulu	Pasien memiliki riwayat jantung sejak Desember 2023
Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien mengatakan tidak ada keluarganya yang memiliki riwayat penyakit jantung dan penyakit keturunan lainnya	Pasien mengatakan tidak ada keluarganya yang memiliki riwayat penyakit jantung

Berdasarkan tabel 4 hasil anamnesa pasien 1 dan 2 mengeluh nyeri dada. Pada riwayat kesehatan sekarang pasien 1 merasakan keluhan nyeri dada sejak 1 hari yang lalu, nyeri dada seperti tertimpa benda, nyeri dada sebelah kiri menjalar ke punggung, leher dan disertai lemas, mual, pusing, dan sulit mengeluarkan urin, nyeri dengan skala 7, nyeri yang dirasakan hilang timbul. Pada pasien 2 keluhan nyeri dada

sejak 7 jam yang lalu, nyeri dada seperti tertimpa benda, nyeri disebelah kiri menjalar kebagian belakang dan tangan sebelah kiri, disertai keringat dingin dan pucat, nyeri dengan skala 6, nyeri yang dirasakan terus menerus. Pada riwayat kesehatan terdahulu pada pasien 1 memiliki riwayat hipertensi sejak dulu sedangkan pasien 2 memiliki riwayat jantung sejak desember 2023. Pada kesehatan keluarga kedua pasien tidak

memiliki riwayat penyakit jantung atau keturunan.

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, pada pasien 1 mengalami sesak napas sejak 1 hari yang lalu dan pasien juga mengatakan nyeri dada sebelah kiri disertai pusing dan mual, dan hasil EKG pasien sinus rhytm dengan T inverted, terdapat tekanan darah yang tinggi data yang ditemukan bahwa diagnosa keperawatan pada pasien 1 adalah penurunan curah jantung. Pada pasien ke 2 hasil data saat pengkajian ditemukan bahwa pasien mengalami sesak napas dan nyeri dada seperti tertimpa benda berat, nyeri menjalar hingga ke belakang dan ke tangan, sebelumnya pasien juga mengalami riwayat jantung pada 3 bulan yang lalu, hasil EKG pasien mengalami sinus rhytm dengan ST non elevasi. Dari data-data yang ditemukan dan sesuai buku SDKI bahwa pasien diagnosa keperawatan penurunan curah jantung. Dapat disimpulkan dari kedua data pasien sama-sama mengalami diagnosa keperawatan penurunan curah jantung.

Intervensi

Intervensi yang disusun yaitu : perawatan jantung SIKI halaman 317 yaitu, identifikasi tanda/gejala primer dan sekunder, monitoring tekanan darah, monitoring saturasi oksigen, mengatur posisi semi fowler, monitoring keluhan nyeri dada, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%.

Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah ditegaskan diatas maka pengimplementasian pada

pasien 1 yaitu memonitoring tanda-tanda vital seperti (tekanan darah, suhu, nadi, oksimetri, respirasi), memberikan oksigen sesuai anjuran yaitu 4 lpm, monitor keluhan nyeri, mengatur posisi semi fowler, mengkolaborasikan pemberian obat, dan monitor EKG 12 sedapan. Pada pasien 2 mengimplementasikan dengan monitoring tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, oksimetri, respirasi), memberikan oksigen sesuai anjuran, posisikan semi fowler, monitoring keluhan nyeri, monitoring EKG 12 sedapan, kolaborasi pemberian obat.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dari hasil pelaksanaan implementasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada masalah keperawatan penurunan curah jantung pada pasien sindrom koroner akut pada kasus pasien 1 hal ini dibuktikan dari pengkajian hari ke-3 pasien dipulangkan dan data pasien sudah tidak sesak, nyeri dada sudah berkurang, tekanan darah sudah menurun yaitu 120/90 mmhg, nadi 97x/menit, suhu 36,6 RR : 23x/menit, tanda-tanda vital sudah dapat terpantau sesuai dengan anjuran dokter. Maka masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi. Dari hasil pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada masalah keperawatan penurunan curah jantung pada pasien 2 dapat dibuktikan pada hari ke 3 didapatkan data pasien masih sesak, nyeri dada seperti tertimpa benda berat dengan skala 6, keadaan umum lemah, tekanan darah 112/79 mmhg, nadi 76x/menit, RR 20x/menit, suhu 36.2 tanda-tanda vital masih dipantau sesuai anjuran dokter. Masalah keperawatan penurunan curah jantung belum teratasi

Pembahasan

Pengkajian Keperawatan

Pengkajian primer menunjukkan bahwa kedua pasien tidak mengalami masalah pada jalan napas (airway), namun terdapat sesak napas dan penggunaan otot bantu pernapasan pada aspek breathing. Pasien 1 memiliki laju pernapasan (RR) 20x/menit dengan saturasi oksigen (SpO₂) 98% menggunakan nasal kanul 4 lpm, sedangkan pasien 2 memiliki RR 17x/menit dengan SpO₂ yang sama menggunakan nasal kanul 5 lpm. Pada circulation, pasien 1 mengalami tekanan darah tinggi (150/100 mmHg), nadi cepat (107x/menit), dan oliguria, sedangkan pasien 2 menunjukkan tekanan darah normal (110/70 mmHg) dan nadi lebih lambat (63x/menit) dengan kulit pucat. Kedua pasien memiliki tingkat kesadaran *compos mentis*, namun dalam keadaan umum yang lemah. Pada aspek exposure, pasien 1 merasakan nyeri pinggang, sementara pasien 2 merasakan nyeri pada tangan.

Pengkajian sekunder mengungkapkan bahwa struktur kepala dan leher pada kedua pasien simetris dan tidak menunjukkan kelainan fisik seperti lesi atau pembengkakan. Pada pemeriksaan dada, paru-paru menunjukkan pengembangan simetris dengan suara vesikuler. Pada pemeriksaan jantung, terdapat konsistensi temuan iktus kordis di ICS 6 midklavikula kiri dan bunyi jantung reguler. Abdomen kedua pasien normal, namun pasien 1 melaporkan nyeri pada ulu hati, sementara pasien 2 tidak merasakan nyeri. Ekstremitas kedua pasien tidak menunjukkan luka atau edema.

Riwayat penyakit menunjukkan adanya keluhan utama nyeri dada pada kedua pasien. Pasien 1 melaporkan nyeri

dada dengan skala 7 sejak satu hari yang lalu, bersifat hilang timbul, disertai lemas, mual, pusing, dan oliguria. Pasien 2 mengalami nyeri dada dengan skala 6 sejak tujuh jam yang lalu, bersifat menetap, disertai keringat dingin dan pucat. Pasien 1 memiliki riwayat hipertensi, sedangkan pasien 2 memiliki riwayat penyakit jantung sejak Desember 2023. Tidak ada riwayat penyakit keturunan pada keluarga kedua pasien.

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian, diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan adalah:

- 1) Gangguan pertukaran gas terkait dengan sesak napas dan penggunaan otot bantu pernapasan.
- 2) Nyeri akut terkait dengan iskemia miokard yang ditandai dengan nyeri dada menjalar, pucat, dan keringat dingin.
- 3) Penurunan curah jantung pada pasien 1 terkait hipertensi dan nadi cepat, sedangkan pada pasien 2 terkait riwayat penyakit jantung.
- 4) Kelelahan akibat gangguan perfusi dan nyeri berkepanjangan.

Implikasi dan Rekomendasi

Hasil penelitian ini menyoroti pentingnya pengelolaan multidisiplin pada pasien dengan SKA, khususnya dalam menstabilkan hemodinamik dan mengurangi risiko komplikasi. Rekomendasi intervensi meliputi:

- 1) Manajemen oksigenasi untuk mempertahankan saturasi oksigen optimal.
- 2) Pemberian analgesik dan terapi farmakologis lainnya untuk mengurangi

nyeri dan memperbaiki perfusi miokard.

- 3) Monitoring ketat parameter hemodinamik seperti tekanan darah, nadi, dan laju pernapasan.
- 4) Edukasi pasien dan keluarga terkait pencegahan penyakit kardiovaskular, termasuk pengelolaan hipertensi dan faktor risiko lainnya.

Kesimpulan

Pada pengkajian kedua pasien sindrom koroner akut memiliki kesamaan dan perbedaan data, kesamaannya pasien bergejala sesak napas, nyeri dada, keadaan lemah, perbedaannya pasien 1 mengalami tekanan darah tinggi, pusing dan mual, sedangkan pasien ke 2 tidak mengalami tekanan darah tinggi. Diagnose yang di alami kedua pasien sama yaitu penurunan curah jantung. Intervensi yang diberikan pada kedua pasien tersebut yaitu monitoring EKG, posisi semi fowler, pemberian oksigen, monitoring tekanan darah, monitoring saturasi oksigen, monitoring keluhan nyeri, monitoring intake output cairan. Implementasi yang di kerjakan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat pada kasus pasien sindrom koroner akut 3x24 jam. Evaluasi pada kedua pasien dengan masalah keperawatan penurunan curah jantung, pasien 1 teratasi dan pasien 2 belum teratasi. Penelitian ini memberikan gambaran rinci tentang kondisi pasien dengan SKA di RSUD dr. Drajat Prawiranegara, yang dapat menjadi referensi untuk pengembangan pedoman klinis di masa depan.

Referensi

Abd El-Hay, S. A., Ibrahim, N. A., & Hassan, L. A. (2015). *Basic Life Support on the Johan Rikianto, Kusnanto Kusnanto.*

"Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Kegawat Daruratan dengan Pelaksanaan Triage Padal Pasien Gawalt Darurat di UGD RSUD Bantargebang", *Malahayati Health Student Journal*, 2023.

- Hady, A., Astuti, D. E., Ekowatiningsih, D., K, B., & Mustafa, M. (2022). *Studi Literatur Tindakan Resusitasi Cairan Pada Pasien Perdarahan Dengan Syok Hipovolemik*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 17.
- Haryono, R., & Utami, M. P. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Hutagaol, D. M. (2020). *Perilaku Aman pada Siswa Sekolah Luar Bisa*. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*.
- Ismail, W., Suranata, F. M., & Djalil, R. H. (2022). *Hubungan Wakt Tanggap Perawat Dalam Penanganan Pasien Luka Terbuka Dengan Resiko Terjadinya Syok Hipovolemik*. *Jurnal Kesehatan: Amanah Prodi Ners Universitas Muhammadiyah Manado*, 1-9.
- Katayama, Y., Kitamura, T., Kiyohara, K., Iwami, T., Kawamura, T., Hayashida, S., & al, e. (2022). *Factors Associated With The Difficulty In Hospital Acceptance At The Scene By Emergency Medical Service*.
- Kornia, R. (2020). *Hubungan Metode Triase Emergency Saverity Index (ESI) dengan Length of Stay (LOS) di IGD RS Singaparna Tasikmalays*.
- Laila Febriyana. (2023). *Penerapan Local Thermoherapy Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Dada Pasien Sindrom Koroner Akut Di Ruang IGD RSUP DR. Soeradji Tirtonegoro Klaten*. (Doctoral Dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Mahrur, Yuniar, & Sarwono. (2017). *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi*

- Lamanya Waktu Tanggap Dalam Pelayanan Gawat Darurat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr Soedirman Kabumen.*
- Maulana, A.A., Janes. (2023). Pengaruh Penatalaksanaan Awal Terhadap Penurunan Nyeri Dada Pada Pasien SKA di IGD RSI Sakinah Mojokerto (Doctoral dissertation).
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- Ramli, Y., & Zairinal, R. (2017). *Buku Ajar Neurologi*. Tangerang: Kedokteran Indonesia.
- Rihiantoro, T., Handayani, R. S., & Musiani. (2020). *Sumber Daya Manusia Dalam Pelayanan Gawat Darurat Bagi Korban Kecelakaan Lalu Lintas di Kabupaten Lampung Selatan*. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 16.
- RISKESDAS. (2018). *Badan Penelitian dan Perkembangan Kesehatan Kementrian RI 2018*.
- Tim Pokja SDKI. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Ulfa, A., Aklima, & Amni, R. (2022). *Asuhan Keperawatan Traumatic Brain Injury Di Instalasi Gawat Darurat: Studi Kasus*. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Kesehatan Universitas Syiah Kuala*, 1, 2716-3555.
- WHO. (2023). *Road Traffic Injuries*.