

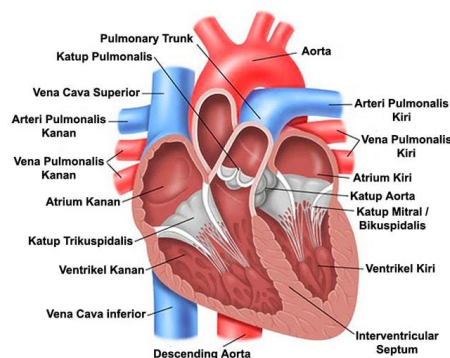
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Anatomi dan Fisiologi Jantung

Jantung terdapat pada gerong dada, diselaputi oleh satu jaringan penjaga yg diucap perikardium. Bilik jantung terdiri atas 3 bungkus ialah perikardium, miokardium serta endokardium. Bilik jantung terdiri atas jaringan ikat padat yg menciptakan suatukerangka fibrosa dan otot jantung. Bulu otot jantung bercabang- cabang danberanastomosis dengan cara akrab(Timurawan, 2017). Jantung ialah suatu alat berotot memakai 4 biji ruang Jantung memiliki berat lebih kurang 300 gr, walaupun berat dan ukurannya didetetapkan oleh umur, tipe kemaluan, berat tubuh, beratnya kegiatan raga, dan lain- lain. Jantung berusia wajar berdebar lebih kurang 60 sampai 80 kali per mnt, memancarkan lebih kurang 70 mililiter darah dari ke 2 ventrikel per detakan, dan keluaran totalnya kurang lebih 5 L atau mnt(Smeltzer serta Bare, 2013).



Gambar 2.1 Anatomi Jantung Normal

(Smeltzer dan Bare, 2013)

Jantung terdapat dalam gerong mediastinum berawal pada gerong dada(thoraks), diantara ke 2 paru. Epidermis yg memutari jantung dikira pericardium, yg terdiri atas 2 susunan, ialah pericardium parietalis, maksudnya susunan luar yg melekat pada tulang dada dan epidermis paru. serta pericardium viseralis, ialah susunan bagian atas dari jantung itu sendiri, yg pula diucap epikardium.

a. Susunan Jantung

Jantung dilapisi si epidermis yg berenergi, dan dilingkupi si gerong perikard yg terdiri oleh 2 susunan perikard yg antara lain perikard viseralis(epikardium) dan susunan paritalis, bagian luar perikard terdapat pembuluh darah besar dan diletakkan si ligament di kolumna vertebralis, diafragma, dan bagian- bagian jaringan lain pada dalam gerong mediastinum(Yudha, 2017).

Dari(Aaronson, 2010) Jantung memiliki 3 susunan dan masingmasing susunan memiliki guna yg tidak serupa, antara lain ialah:

1). Perikardium

Yakni selaput- selaput yg memutari jantung yg terdiri atas 2 susunan, ialah:

- a) *Perikardium parietalis*(susunan luar yg melekat di tulang dada dan epidermis paru).
- b) *Perikardium visceralis* (susunan bagian atas asal jantung yg diklaim epikardium)
- c) Diantara ke 2 susunan diatas, terdapat 50 cc larutan perikardium yg berperan jadi pelumas biar tidak

terbentuknya tumbukan antara perikardium dan epikardium yg terdapat dampak motilitas jantung durasi memompa

2). **Miokardium**

Yakni susunan tengah(susunan inti) berawal jantung dan sangat tebal serta terdiri dari otot- otot jantung. khasiatnya yakni kontraksi jantung.

3). **Endokardium**

Maksudnya susunan terluar yg terdiri asal jaringan endotel

b. **Siklus Jantung**

Daur jantung ialah peristiwa yang terjalin dalam jantung sepanjang penyebaran darah. Aksi jantung terdiri dari 2 tipe ialah kontraksi(sistolik) serta relaksasi(diastolik). Sistolik ialah sepertiga dari daur jantung. Kontraksi dari ke- 2 atrium terjalin dengan cara berbarengan yang diucap sistolik atrial serta relaksasinya diucap diastolik atrial. Lama kontraksi ventrikel $\pm 0,3$ detik serta langkah relaksasinya sepanjang 0,5 detik. Kontraksi kedua atrium pendek, sebaliknya kontraksi ventrikel lebih lama serta lebih kokoh. Energi sorong ventrikel kiri wajib lebih kokoh sebab wajib mendesak darah keseluruh badan buat menjaga titik berat darah sistemik. Walaupun ventrikel kanan pula memompakan darah yang serupa tetapi tugasnya cuma mengalirkan darah ke dekat alat pernapasan kala tekanannya lebih kecil(Smeltzer serta Bare, 2013).

c. **Daya Pompa Jantung**

Sepanjang orang sedang hidup pada biasanya jantung hendak

memompa darah dekat 4, 7 liter(0, 25 galon) darah masing- masing menitnya, 284 liter(75 galon) masing- masing jamnya serta 57 barel tiap hari dan 1, 5 juta barel selama hidupnya(Meter. Black. 2014).

d. Katup-katup Jantung

Jantung memiliki sebagian katup– katup yg amat genting pada lapisan perputaran darah dan pergerakan jantung:

- 1). *Valvula Trikuspidalis*, terdapat diantara atrium dekstra memakai ventrikel dekstra yg terdiri berawal 3 katup
- 2). *Valvula Bikuspidalis*, terdapat diantara atrium sinistra memakai ventrikel sinistra yang terdiri asal 2 katup
- 3). *Valvula Semilunaris Nadi Pulmonalis*, t terdapat antara ventrikel dekstra memakai areri pulmonalis, tempat darah mengalir keparu- paru
- 4). *Valvula Semilunaris Aorta*, terdapat antara ventrikel sinistra memakai aorta area darah mengalir mengarah ke semua tubuh (Smeltzer dan Bare, 2013)

e. Fisiologi Jantung

Fu Guna jantung merupakan memompa darah ke paru serta semua badan buat membagikan sari- sari santapan serta O_2 sampai sel terjalin metabolisme. Pembuluh nadi serta vena berperan selaku pipa ialah bekerja menuangkan darah dari jantung keseluruh jaringan badan, perbandingan pokok pada nadi serta vena ada pada lapisan histoanatomy yang mendukung gunanya masing– masing(Yudha, 2017).

Bersumber pada(Lily, 2004) Pembelahan ini amat genting karena setengah jantung kanan memperoleh serta pula memompa darah yang memiliki zat asam kecil sebaliknya bagian jantung sisi kiri maksudnya berperan untuk memompa darah yang memiliki zat asam besar. Jantung terdiri asal sebagian ruang jantung ialah atrium dan ventrikel yg tiap- tiap berawal ruang jantung itu dipecah jadi 2 ialah atrium kanan kiri, dan ventrikel kiri dan kanan. Selanjutnya guna dari bagian-bagian jantung ialah:

1). Atrium

- a) Atrium kanan berperan jadi penampungan(reservoir) darah yg kecil zat asam berawal seluruh badan. Darah itu mengalir lewat vena kava superior, vena kava inferior, dan sinus koronarius yg dari asal jantung sendiri. kemudian darah dipompakan ke ventrikel kanan serta berikutnya ke paru. Atrium kanan memperoleh darah de- oksigen dari badan lewat vena kava superior(pimpinan serta badan bagian atas) dan inferior vena kava(kaki serta dada lebih kecil). Simpul sinoatrial mengirimkan dorongan yg menyebabkan jaringan otot jantung asal atrium berkontraksi dengan metode yg terkoordinasi mendekati gelombang. Katup trikuspid yang merelaikan atrium kanan dari
- b) Ventrikel kanan, hendak terbuka untuk membiarkan darah de- oksigen digabungkan pada atrium kanan mengalir ke ventrikel kanan Atrium kiri memperoleh darah yg banyak zat

asam berawal kedua paru lewat 4 biji vena pulmonalis. setelah itu darah mengalir ke ventrikel kiri dan berikutnya ke seluruh badan lewat aorta. Atrium kiri memperoleh darah beroksigen berawal alat pernapasan lewat vena alat pernapasan. jadi kontraksi dipicu oleh node sinoatrial perkembangan lewat atrium, darah melampaui katup mitral ke ventrikel kiri.

2). Ventrikel

- a) Ventrikel kanan memperoleh darah berawal dari atrium kanan serta dipompakan ke alat pernapasan lewat nadi pulmonalis. Ventrikel kanan menyambut darah de- oksigen selaku kontrak atrium kanan. Katup paru mengarah ke nadi paru tertutup, membolehkan untuk memuat ventrikel memakai darah. setelah ventrikel penuh, mereka kontrak. jadi kontrak ventrikel kanan, menutup katup trikuspid dan katup paru terbuka. Penutupan katup trikuspid menghindari darah dari sokongan ke atrium kanan dan awal katup paru membolehkan darah mengalir ke nadi pulmonalis mengarah alat pernapasan.
- b) V Ventrikel kiri memperoleh darah dari atrium kiri dan dipompakan ke seluruh badan lewat aorta. Ventrikel kiri memperoleh darah yg memiliki zat asam jadi kontrak atrium kiri. Darah melampaui katup mitral ke ventrikel kiri. Katup aorta mengarah aorta tertutup, membolehkan untuk memuat

ventrikel memakai darah. sehabis ventrikel penuh, dan berkontraksi. jadi kontrak ventrikel kiri, menutup katup mitral serta katup aorta terbuka. Penutupan katup mitral menghindari darah dari sokongan ke atrium kiri serta awal katup aorta membolehkan darah mengalir ke aorta dan mengalir ke seluruh badan.

3). Siklus Jantung Dan Sistem Peredaran Darah Jantung

Siklus jantung tercantum pada bagian dari ilmu faal jantung itu sendiri. Jantung durasi bertugas dengan cara berselang-seling berkontraksi untuk meluangkan isi jantung serta hanya berelaksasi dalam bagan memuat darah kembali. siklus jantung terdiri atas rentang waktu sistol(kontraksi dan pengosongan isi) serta pula rentang waktu diastol(relaksasi dan pengisian jantung).

Atrium serta ventrikel hadapi siklus sistol dan diastol terpisah. Kontraksi terjalin dampak penyebaran eksitasi(metode listrik jantung) ke seluruh jantung. Sebaliknya relaksasi timbul selesainya repolarisasi ataupun jenjang relaksasi dari otot jantung. perputaran Darah Jantung. penyebaran jantung itu terdiri berawal penyebaran darah besar serta pula perputaran darah kecil. Darah yang kembali dari penyebaran sistemik(berawal semua badan) masuk ke atrium kanan lewat vena besar yg diketahui selaku vena kava. Darah yang masuk ke atrium kanan berawal dari jaringan badan, telah didapat O₂- nya serta ditambahi memakai CO₂.

Darah yg miskin hendak zat asam mulanya mengalir dari atrium kanan lewat katup ke ventrikel kanan, yg memompanya pergi lewat nadi pulmonalis ke paru. memakai begitu, bagian kanan jantung memompa darah yang miskin zat asam ke penyebaran paru. di dalam paru, darah hendak kehabisan CO₂-nya dan meresap O₂ fresh saat sebelum dikembalikan ke atrium kiri lewat vena pulmonalis.

4). Metabolisme Otot Jantung

Mendekati otot kerangka, otot jantung pula mengenakan energi kimia untuk berkontraksi, energi paling utama dari berawal metabolisme asam lemak dalam jumlah yang lebih kecil asal metabolisme zat vitamin paling utama laktat dan glukosa. Cara metabolisme jantung maksudnya aerobic yg menginginkan oksigen.

5). Pengaruh ion pada jantung

- a) Akibat ion potasium: kelebihan ion potasium di CES menyebabkan jantung dilatasi, lemas, dan gelombang lelet.
- b) Akibat ion kalsium: keunggulan ion kalsium menyebabkan jantung berkontraksi spastis
- c) Akibat ion sodium: menahan atau memencet guna jantung

6). Elektrofisiologi Sel otot Jantung

Kegiatan listrik jantung yakni akibat pergantian permeabilitas membrane sel. seluruh cara kegiatan listrik jantung

dikenal potensial kelakuan yang diakibatkan si rangsangan listrik, kimia, mekanika, dan termis.

- a) Tahap rehat: bagian pada bermuatan negative(penghadapan) dan bagian luar bermuatan positif
- b) Tahap depolarisasi(kilat): diakibatkan melonjaknya permeabilitas membrane kepada sodium, alhasil sodium mengalir dari pergi ke pada
- c) Tahap penghadapan parsial setelah depolarisasi terdapat sedikit pergantian akibat masuknya kalsium ke pada sel, alhasil bagasi positif pada sel selaku berkurang
- d) Tahap plato(kondisi normal) tahap depolarisasi diiringi kondisi normal relatif lama sinkronmasa refraktor absolute miokard
- e) Tahap repolarisasi(kilat) kalsium dan sodium berangsur cicil tidak mengalir dan permeabilitas kepada potasium amat terus menjadi tinggi

7). Sistem Konduksi Jantung

Sistem ketentuan jantung bukan merupakan sesuatu sistem tunggal hendak namun yakni sistem sirkuit yg relatif lingkungan yg terdiri asal sel yang sama. semua sel miosit di pada system konduksi jantung memiliki. sebagian kecondongan yg melainkan memakai sel otot yg bertugas buat guna pompa di orang, bagian yg berperan pada sistem konduksi jantung dipecah jadi sistem yang berperan untuk menciptakan dorongan serta sistem yang

berperan untuk menjalankan dorongan. 1, 2 Perihal ini terdiri dari nodus sinoatrial(nodus SA), nodus atrioventrikuler(nodus AV), dan jaringan konduksi kilat(sistem His- Purkinje)(Ahmad, 2017). Sebaliknya bersumber pada(Nazai, 2011) anulus fibrosus di antara atria serta ventrikula merelaikan ruangan- ruangan ini bagus dengan cara anatomis ataupun elektrik. untuk menjamin membangkitkan ritmik dan cocok, dan kontraksi otot jantung, terdapat rute konduksi spesial pada miokardium. Jaringan konduksi ini mempunyai sifat- sifat selaku selanjutnya:

- a) *Otomatosasi* : Keahlian menciptakan dorongan secara otomatis.
- b) *Ritmisasi* : Bangkitkan *dorongan* supaya tertib..
- c) *Konduktivitas* : Keahlian untuk menuangkan dorongan..
- d) *Energi membangkitkan*: Keahlian untuk menjawab eksitasi

Karena sifat- sifat ini hingga jantung sanggup menciptakan dengan cara impulsif dan ritmis impuls- impuls yg disalurkan lewat sistem penghantar untuk memicu miokardium dan menstimulir kontraksi otot. Dorongan jantung biasanya diawali dan asal asal nodus sinoatrialis(SA). Nodus SA ini dikira sbagai pemacu natural asal jantung. Nodus SA terdapat di bilik kemudian atrium kanan dekat ambang vena kava superior(Yudha, 2017).

Penyebab dorongan listrik jantung mencuat berawal SA Node lalu menyebar ke AV Node, Arsip His, Agen Arsip Kiri

serta Kanan, Bulu Purkinje dan kesimpulannya sampai ke otot ventrikel jantung. Arus listrik yg menyebar dari SA Node ke Arsip His membuat Istirahat PR(amati garis merah pada lukisan diatas), dan arus listrik berawal Agen arsip hingga bulu purkinje menciptakan Lingkungan QRS(amati garis hijau pada lukisan diatas). Lama wajar Istirahat tidak lebih berawal 5 kotak kecil(kk), dan Lingkungan QRS tidak lebih dari 3 kk.(Yudha, 2017).

2. Pengertian Acute coronary syndrome (ACS)

a. Definisi

Acute Coronary syndrome(ACS) ataupun ataupun sesuatu terminologi yg dipakai untuk membagikan sekumpulan isyarat perih dada iskemik yang kronis dan butuh penindakan lekas(kondisi darurat)(Hamm, 2011). ACS merupakan cakupan kronis serta berat yg maksudnya kondisi kegawatdaruratan dari coroner dampak ketidakseimbangan antara keinginan zat asam(O₂) miokardium dan penyebaran darah(Myrtha, 2012).

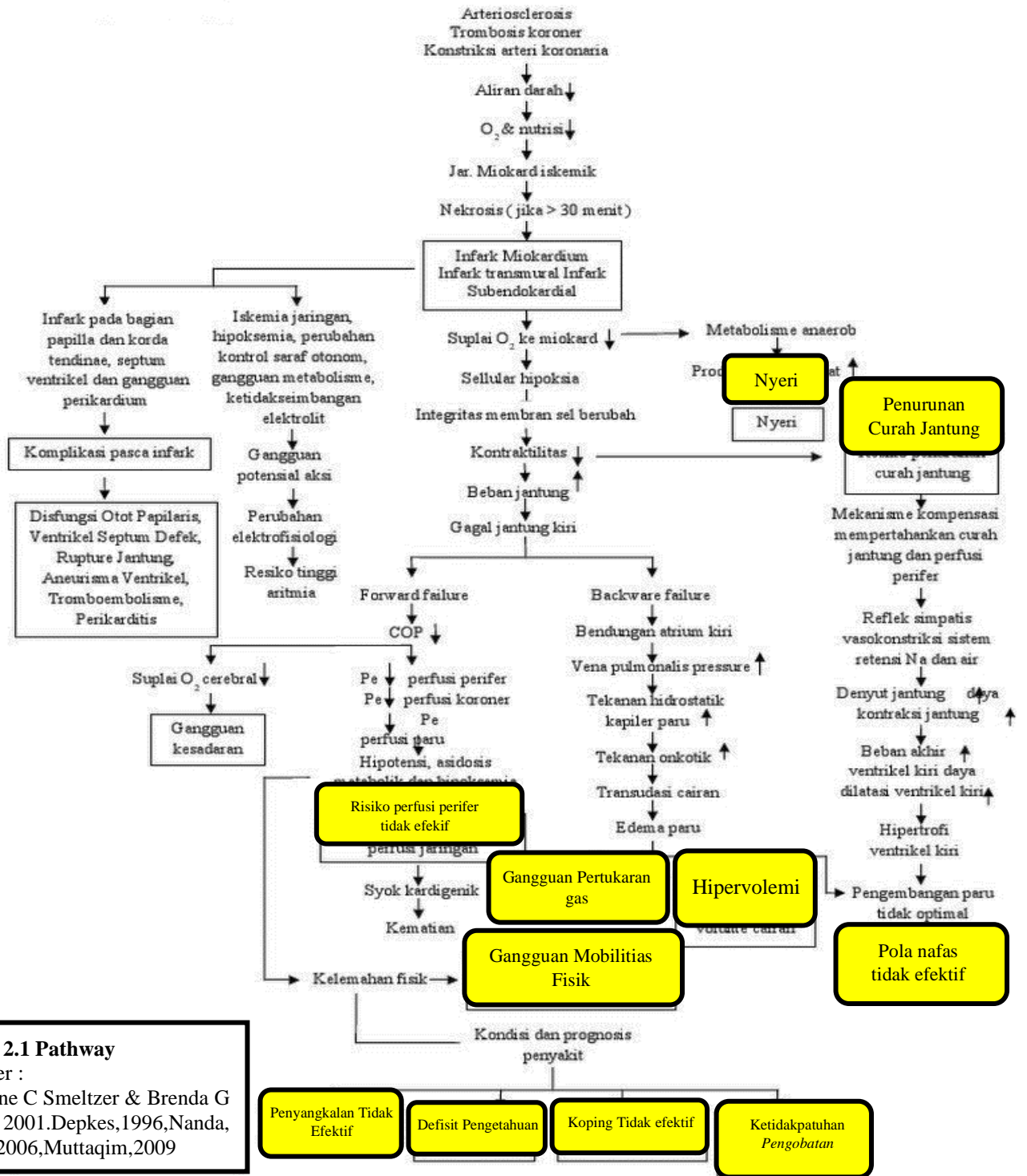
Acute Coronary syndrome(ACS) yakni sesuatu tutur ataupun terminologi yg dipergunakan buat melukiskan cakupan kondisi ataupun berkas cara penyakit. Myrtha(2012), menarangkan kalau di kondisi jantung wajar, penyebaran darah koroner terus menjadi besar bersamaan dengan kenaikan keinginan zat asam, tetapi pada penyakit *AcuteaCoronary syndrome(ACS)* gerakan darah tidak bisa penuhi keinginan zat asam.

b. Etiologi dan Faktor Risiko

Etiologi terjadinya *Acute Coronary Syndrome* (ACS) adalah Etiologi terbentuknya *Acute Coronary Syndrome* (ACS) ialah aterosklerosis dan rupturnya plak aterosklerosis yg menyebabkan trombosis intravaskular dan kendala pasokan darah miokard(Majid, 2008). Aterosklerosis yakni situasi patologis memakai diisyarati si sedimen tidak normal lipid, trombosit, makrofag, dan leukosit di seluruh susunan tunika. Kesimpulannya terjalin pergantian bentuk dan guna berawal nadi koroner dan terjalin penyusutan gerakan darah ke miokard. Pergantian isyarat klinik yang seketika dan tidak tersangka berhubungan dengan ruptur plak serta khusus menutup ke nadi koroner. Cara itu mencuat karena sebagian aspek resiko(Myrtha, 2012)

Aspek resiko ada yg tidak dapat diganti serta aspek resiko yg bisa diganti. Aspek resiko yang dapat diganti maksudnya umur, tipe kemaluan, suku bangsa, serta riwayat famili. Aspek resiko yg dapat diganti ataupun dapat dikontrol merupakan kenaikan kandungan lipid serum, darah tinggi, merokok, kendala keterbukaan glukosa(Desimeter), diet besar lemak bosan, kolesterol dan kalori(Myrtha, 2012).

c. Pathway



Tabel 2.1 Pathway
 Sumber :
 Suzanne C Smeltzer & Brenda G Bare , 2001.Depkes,1996,Nanda, 2005-2006,Muttaqim,2009

d. Manifestasi Klinis

Perwujudan klinis dari Acute Coronary Syndrome(ACS) merupakan terdapatnya perih dada yang khas, pergantian EKG, serta kenaikan enzim jantung. Perih dada khas Acute Coronary Syndrome dicirikan selaku perih dada dibagian substernal, retrosternal serta prekordial. Karakter semacam ditekan, diremas, terbakar, terasa penuh yang terjaln dalam sebagian menit, perih bisa menyebar ke dagu, leher, pundak, punggung, ataupun kedua tangan. Perih diiringi rasa mual, sempoyongan, berkeringat, berdegub, serta ketat napas(Muttaqin, 2009).

e. Patofisiologi

Acute Coronary Syndrome(ACS) ialah cara yang berkepanjangan. Kehancuran susunan endotel berfungsi dalam pembuatan aterosklerosis serta darah tinggi yang lama ialah aspek penting dalam terbentuknya *Acute Coronary Syndrome(ACS)*(Majid, 2008).

1). Proses Awal Terbentuknya *Aterosklerosis*

Aterosklerosis merupakan cara pembuatan plak di tunika intima nadi besar serta nadi lagi. Cara itu berjalan lalu menembus sepanjang hidup dengan progresivitas yang berbeda- beda hingga bermanifestasi selaku *Acute Coronary Syndrome(ACS)*(Majid, 2008).Sebagian hipotesa yang awal kali membuka kehancuran sel endotel serta mengakibatkan susunan cara inflamasi, evakuasi

serta proliferasi sel, kehancuran jaringan serta setelah itu terjalin koreksi yang setelah itu menimbulkan perkembangan plak..

2). Proses Inflamasi

Setelah terjadi kerusakan endotel, sel endotel menghasilkan molekul *adhesifendotel (cell adhesion molecule)*. Sel-sel inflamasi seperti monosit dan limfosit T masuk ke permukaan endotel dan bermigrasi dari endotelium ke lapisan subendotel dengan cara berikatan dengan molekul adhesif endotel. Kemudian monosit berdiferensiasi menjadi *makrofag*. *Makrofag* tersebut akan mencerna LDL teroksidasi yang berpenetrasi ke dinding arteri dan berubah menjadi sel foam yang selanjutnya membentuk fatty streaks (Majid, 2008).

Makrofak yang teraktivasi melepaskan zat kemoatraktan dan sitokin yang semakin mengaktifkan proses tersebut dengan merekrut lebih banyak makrofag. Sel T, dan sel otot polos. Sel otot polos bermigrasi dari tunika media menuju tunika intima lalu mensintesis kolagen, membentuk kapsul fibrosis yang menstabilkan plak dengan cara membungkus inti lipid dari aliran pembuluh darah (Myrtha, 2012)

3). Disrupsi Plak dan Trombosis

Plak aterosklerotik akan berkembang perlahan dan kebanyakan plak akan tetap stabil. Gejala angina akan muncul bila stenosis lumen mencapai 70-80% (Majid, 2008). *Acute Coronary Syndrome (ACS)* terjadi karena ruptur plak

aterosklerotik dan plak yang ruptur tersebut menyumbat kurang dari 50% diameter lumen. Setelah terjadi ruptur plak atau erosi endotel, matriks subendotel akan terpapar darah yang ada disirkulasi. Hal tersebut menyebabkan adhesi trombosit yang diikuti aktivasi dan agregasi trombosit yang akan membentuk *trombus*. *Trombus* tersebut akan menyumbat / oklusi dan akan mengalami infark miokard. Lokasi dan luasnya infark tergantung pada jenis arteri yang oklusi dan terdapatnya aliran darah koleteral (Myrtha, 2012).

f. Klasifikasi ACS

ACS dibagi menjadi 3 yaitu :

1). *Unstable Angina Pectoris* (UAP)/Angina pektoris tidak stabil.

UAP secara patologi dapat terjadi karena ruptur plak yang tidak stabil, sehingga tiba-tiba terjadi oklusi subtotal dari pembuluh darah koroner yang sebelumnya terjadi penyempitan yang minimal. Ruptur plak yang tidak stabil terdiri dari inti yang mengandung banyak lemak dan adanya infiltrasi sel makrofag. Ruptur dapat terjadi pada bagian depan jaringan fibrosa yang mengakibatkan terjadinya trombus, hal ini terjadi karena adanya interaksi antara lemak, sel otot polos dan kolagen. Pada UAP oklusi pembuluh darah oleh trombus terjadi pada partial pembuluh darah atau sumbatan pecah sebelum terjadinya miokard infark (Black & Hawk, 2009).

Karakteristik dari UAP adalah meningkat dari tingkat, durasi dan beratnya nyeri (Black & Hawk, 2009). Sifat nyeri UAP adalah nyeri timbul saat istirahat, atau timbul saat aktivitas minimal, nyeri dada biasa tapi nyeri makin hari makin sering timbul atau lebih berat dari sebelumnya, nyeri dada yang bisa disertai mual dan muntah, sesak nafas, kadang-kadang disertai keringat dingin. Gambaran EKG dapat menunjukkan adanya kelainan tetapi kadang tidak ditemukan kelainan.

2). *Acute non ST elevasi myocardial infarction (Acute NSTEMI)*

Kondisi ini oklusi pada pembuluh darah dengan cara komplit, alhasil menyebabkan kehancuran dari sel otot jantung yang diisyrati dengan keluarnya enzim yang terdapat didalam sel otot jantung semacam: Creatinin Kinase(CK), CK- MB, Troponin I serta T(Myrtha, 2012).

3). *Acute ST elevasi myocardial infarction (Acute STEMI)*

Kondisi ini terjalin bila gerakan darah koroner menyusut dengan cara tiba- tiba sehabis oklusi trombus pada plak aterosklerosis yang terdapat lebih dahulu. Pada STEMI, oklusi menutupi pembuluh darah sebesar 100%, bila trombus nadi koroner dengan cara kilat pada injuri vaskular dimana injuri itu dicetus oleh rokok, darah tinggi, serta penumpukan lipid. Cerminan EKG telah membuktikan terdapat keanehan berbentuk ST elevasi(Myrtha, 2012).

g. Diagnosis ACS

Penaksiran ACS bersumber pada keluhan khas angina. Seringkali penderita tidak terdapat keluhan khas angina tetapi ketat napas ataupun keluhan lain yang tidak khas semacam perih epigastrik ataupun sinkope yang diucap equivalent angina. Perihal ini diiringi oleh pergantian elektrokardiogram(EKG) serta ataupun pergantian enzim jantung. Pada sebagian permasalahan, keluhan penderita, cerminan dini EKG serta pengecekan makmal enzim jantung dini tidak dapat menghilangkan terdapatnya SKA, oleh sebab pergantian EKG bertabat energik serta kenaikan enzim terkini terjalin sebagian jam setelah itu. Pada situasi ini dibutuhkan observasi dengan cara serial saat sebelum menghilangkan penaksiran SKA.

h. Pemeriksaan Fisik ACS

Pengecekan raga dicoba buat melempangkan penaksiran, menghilangkan mungkin pemicu perih dada yang lain serta menilai terdapatnya komplikasi SKA. Pengecekan raga pada ACS biasanya wajar. Seringkali penderita nampak takut, keringat dingin ataupun diterima ciri komplikasi berbentuk takipnea, takikardi, bradikardia, terdapatnya gallop S3, ronki berair lembut di paru ataupun terdengar berisik jantung(murmur). Apabila tidak terdapat komplikasi nyaris tidak ditemui keanehan yang berarti.

i. Komplikasi ACS

Adapun komplikasi dari ACS menurut Myrtha (2012) diantaranya :

1). Terguncang Kardiogenik

Terguncang kardiogenik merupakan gawat kedokteran yang membutuhkan aksi kilat serta pas buat menjauhi kehancuran sel yang irreversibel serta kematian, umumnya disebabkan oleh kekalahan ventrikel kiri.

2). Kandas Jantung Kongestif

Kandas jantung kongestif dampak perputaran disfungsi miokard tempat penimbunan terkait dari ventrikel yang ikut serta. Disfungsi ventrikel kiri ataupun kandas jantung kiri memunculkan penimbunan pada vena pulmonalis. Disfungsi ventrikel kanan ataupun kandas jantung kanan menyebabkan penimbunan vena sistemik. Komplikasi mekanis yang sangat kerap sehabis infark miokard merupakan kandas jantung kiri.

j. Pemeriksaan Penunjang ACS

Analisis ACS biasanya dinaikan bersumber pada ciri serta pertanda, EKG 12 lead, uji makmal yang setelah itu bisa dijadikan informasi buat memastikan apakah penderita tercantum UAP, NSTEMI ataupun STEMI. Diagnosis terkait dari seberapa berat hambatan nadi koroner serta seberapa kehancuran yang terjalin pada miokardium.

1). EKG

Yakni analitis cagak yg genting, wajar EKG tidak menghilangkan tidak terdapatnya iskemik miokard ataupun

memulangkan penderita, pengecekan EKG butuh dicoba dengan cara terencana.

a) NSTEMI

Tekanan mental ST bagian 0,5 milimeter di sandapan yg bersebelahan ataupun kebalikan gelombang T 2 milimeter yg dinamik membagikan kebimbangan terdapatnya sesuatu sindrom koroner kronis non ST elevasi

b) STEMI

ST elevasi

1 milimeter pada 2 ataupun lebih sandapan yg bersebelahan di limb lead dan ataupun bagian elevasi 2 milimeter di 2 torehan chest lead, ataupun coretan LBBB terkini yang memberikan terdapatnya sesuatu sindrom koroner kronis dengan elevasi ST atau infark transmural. Gelombang T iskemik biasanya menjempalit, dalam serta harmonis. Gelombang Q merupakan ciri mungkin ada jaringan yang mati. (Dharma, 2009) ialah :

- *Antero septal* : V1, V2
- *Anterior* : V3, V4
- *Lateral* : V5, V6
- *Antero ekstensif* : I, AVL, V1 - V6
- *Hight Lateral* : I, AVL V5 dan V6
- *Inferior* : II, III, AVF
- *Right Ventrikel* : V2R – V4R

2). *Foto Thoraks*

Gambar thoraks umumnya wajar pada penderita dengan angina. Pelebaran jantung ataupun kenaikan titik berat vena bisa menunjukkan terdapatnya infark mioakrd ataupun disfungsi ventrikel kiri, tetapi penemuan ini kadangkala tidak bisa diharapkan.

3). *Ekhokardiografi*

Pengecekan ekhokardiografi menggenggam andil berarti dalam ACS. Ekhokardiografi bisa mengenali Tidak normal pergerakan bilik miokard serta menolong dalam melempangkan penaksiran. Ekhokardiografi menolong dalam memastikan luasnya infark serta totalitas guna ventrikel kiri serta kanan, dan menolong dalam mengenali komplikasi semacam regurgitasi mitral kronis, ruptur LV, serta efusi perikard(Coven, 2013)..

4). *Angiografi Coroner*

Melukiskan penyempitan ataupun penyumbat nadi koroner, umumnya dicoba buat mengukur titik berat ruang jantung serta menelaah guna ventrikel kiri(bagian ejeksi). Metode tidak senantiasa dicoba pada tahap AMI melainkan mendekati operasi jantung angioplasty ataupun bertabiat gawat.

5). *Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)*

Untuk menanggulangi kurang atau terhambatnya gerakan nadi coronaria akibat terdapatnya penyempitan apalagi penyumbatan ke otot jantung. Pemastian area yang hadapi

penyempitan ataupun penyumbatan telah dicoba lebih dahulu memakai melaksanakan kateterisasi nadi coronaria. CABG dicoba dengan membuka dinding dada lewat pemenggalan tulang sternum, berikutnya dicoba pemasangan pembuluh darah terkini yang bisa didapat dari nadi radialis ataupun nadi mammae interna atau vena saphenous terkait di keinginan, metode yang digunakan atau kondisi anatomic pembuluh darah penderita mulanya.

k. Penatalaksanaan

ACS yakni permasalahan kegawatan selaku akhirnya harus memperoleh penindakan yg lekas. dalam 10 mnt awal semenjak penderita datang ke instalasi berbahaya gawat, wajib telah dicoba evaluasi mencakup anamnesa riwayat perih, pengecekan raga, EKG 12 lead serta saturasi zat asam, analisis enzim jantung, elektrolit dan bekuan darah dan mempersiapkan intra vena line dengan D5%. (Myrtha, 2012)

- 1). Penatalaksanaan dini ACS ialah memakai ilmu obat, dengan karunia::
 - a) Agen antiiskemik (nitrat, *calcium channel blocker*, *beta blocker*).
 - b) Agen antiplatelet(aspirin, P2Y12 reseptor inhibitor: clopidogrel, prasugrel, serta ticagrelol, glikoprotein IIb atau IIIa reseptor antagonis: abciximab, tirofiban, serta eptifibatide).

- c) Anti koagulan(Unfractionated Heparin atau UFH, Low Molecular Weight Heparins atau LMWH).
- 2). dilanjutkan dengan revaskularisasi nadi koroner:
- a) *Fibrinolitik ataurombolitik*
 - b) *Coronary artery bypass grafting (CABG)*
 - c) *Percutaneous coronary intervention (PCI)*
- (Hamm et al, 2011)
- 3). Penindakan ilmu obat dini pada ACS ialah:

a) Oksigen

Sebagian riset membuktikan kalau lebih asal 70% penderita ACS diiringi hipoksemia, memakai hadiah zat asam hendak kurangi ST elevasi karena hendak kurangi kehancuran miokard lewat metode kenaikan pasokan zat asam. hadiah zat asam diserahkan lewat nasal kanul 2- 4 lt atau menit.

b) *Nitrogliserin*

Pemberian ISDN(isosorbid dinitrat) sublingual diserahkan 5 miligram per tiga- 5 mnt dengan maksimum 3 kali hadiah. Nitrat mempunyai 2 akibat pokok, awal ialah nitrat berperan selaku venodilator, alhasil hendak menimbulkan“ pooling darah” yg berikutnya hendak merendahkan venous return atau preload, selaku akhirnya kegiatan jantung hendak menurun. kedua, nitrat hendak merelaksasikan otot polos pembuluh koroner selaku akhirnya pasokan zat asam pada jantung dapat ditingkatkan.

c) Morfin

Karunia bisa diserahkan dengan cara intravena memakai dosis 2- 4 miligram, diserahkan Apabila perih tidak menurun memakai ISDN. akibat analgesik hendak merendahkan aktivasi sistem saraf sentra pada membebaskan katekolamin selaku akhirnya hendak merendahkan mengkonsumsi zat asam oleh miokard, tidak hanya itu pula memiliki dampak venodilator yang hendak merendahkan preload ventrikel kiri, serta dapat merendahkan narapidana vaskular sistemik yg kesimpulannya hendak merendahkan afterload.

d) *Aspirin*

Pemberian aspirin loading 160- 325 miligram dengan dosis perawatan 75- 150mg atau hari. Pil mengunyah aspirin memiliki akibat antiagregasi platelet yang irreversibel. Aspirin bertugas dengan Mengusik enzim cyclooksigenase yang berikutnya hendak berimbas di penyusutan kandungan thromboxan A₂, yg maksudnya aktivator platelet. Tidak hanya itu, aspirin pula memiliki dampak penstabil plak. cocok sebagian dampak riset, pemberian aspirin hendak merendahkan nilai mortalitas penderita dengan STEMI(Pramana, 2011)..

e) *Clopidogrel*

Clopidogrel iberikan loading 300- 600 miligram. Clopidogrel ialah bertentangan ADP serta membatasi akumulasi

trombosit. AHA atau ACC guidelines pembaharuan 2011 memasukkan campuran aspirin serta clopidogrel diserahkan di penderita PCI memakai pemasangan stent...

f) Obat penurun kolesterol

Diserahkan simvastatin walaupun kandungan lipid penderita wajar. pemberian statin dipergunakan untuk kurangi resiko dan merendahkan komplikasi sebesar 39%. Statin tidak hanya merendahkan kolesterol, berfungsi pula jadi anti inflamasi dan anti trombotik. pada penderita dengan hiperlipidemia, target penyusutan kolesterol merupakan <100 miligram atau dl dan penderita resiko besar Desimeter, sasaran penyusutan sebesar <70 miligram atau dl.

g) ACE inhibitor

Diserahkan captopril takaran penobatan 3x 6, 25 miligram. hadiah diserahkan pada 24 jam awal di penderita low EF < 40%, darah tinggi, acute kidney injury(AKI), riwayat infark miokard mengenakan disfungsi ventrikel kiri dan diabet.

h) Beta blocker

Beta blocker Mengusik akibat katekolamin di gerakan dan reseptor β - 1 yg bisa menyebabkan penyusutan mengkonsumsi zat asam miokard. hadiah beta bloker dengan sasaran aorta 50 atau 60 x atau mnt. Kontraindikasi yang

terutama maksudnya riwayat sesak napas bronkhial dan disfungsi ventrikel kiri kronis.

i) Tindakan reperfusi

Penentuan reperfusi ditatap dari onset gempuran ataupun perih dada dikala penderita tiba ke ruang darurat(tempat bermukim sakit). Bila onset kurang berawal 3 jam, hingga aksi yg dicoba ialah reperfusi dengan fibrinolitik, memakai kala door to needle maksimum 30 mnt. Walaupun terdapat koreksi, wajib senantiasa dicoba PCI pada 24 jam awal. Apabila onset kurang dari 12 jam, hingga lekas dicoba PCI pokok, memakai kala door to balloon maksimum 90 mnt. Bila onset lebih dari 12 jam hingga dicoba heparinisasi dengan permanen dicoba PCI. Penderita permanen diserahkan antikoagulan dan antiplatelet saat sebelum dan sepanjang penderita hendak dicoba PCI.

l. Prognosis

Kesinambungan biologi penderita ACS NSTEMI sepanjang 6 bulan selesainya gempuran jantung nyaris tidak tidak selaras. dampak waktu jauh yang ditingkatkan dengan disiplin hati- hati kepada pengobatan kedokteran sambungan, dan ini genting kalau seluruh penderita yang mengidap serbuan jantung dengan cara tertib serta lalu malakukan pengobatan waktu jauh memakai obat- obatan.

Kehancuran di otot jantung tidak senantiasa bermanifestasi selaku rasa sakit dada yg istimewa, biasanya berkaitan memakai serbuan

jantung. Apalagi Apabila performa karakter EKG ST tekanan mental ataupun T kebalikan tidak ditatap, serbuan jantung menimbulkan kehancuran otot jantung, selaku akhirnya metode terbaik untuk menanggulangi gempuran jantung ialah penangkalan.

3. Konsep Nyeri

a. Pengertian

Dari Andarmoyo(2013) manajemen perih yakni sesuatu aksi buat kurangi perih. Pendekatan yang dipergunakan pada manajemen perih mencakup pendekatan ilmu obat dan nonfarmakologi, hendaknya pendekatan ini dicoba dengan cara beserta- sama, sebab pendekatan ilmu obat serta non- farmakologi tidak hendak efisien Apabila dicoba ataupun dipergunakan individual. Pendekatan ini dipilih bersumber pada pada keinginan serta tujuan penderita dengan cara orang. semua campur tangan hendak amat sukses Bila dicoba saat sebelum perih jadi lebih akut, serta kesuksesan terbanyak tidak tidak sering digapai Bila sebagian hegemoni diaplikasikan dengan cara simultan(Brunner serta Suddarth, 2010).

b. Tujuan

Dari Andarmoyo(2013) dalam bumi keperawatan manajemen perih dicoba memakai tujuan jadi selanjutnya:

- 1). Kurangi keseriusan serta lama keluhkesah perih.
- 2). Merendahkan mungkin berubahnya perih kronis selaku pertanda perih parah yang berkanjang.

- 3). Kurangi beban serta ataupun ketidakmampuan atau ketidakberdayaan dampak perih.
- 4). Meminimalkan respon yg tidak di idamkan atau intoleransi tehdp pengobatan perih.
- 5). Tingkatkan mutu hidup penderita serta memaksimalkan keahlian penderita buat melaksanakan kegiatan tiap hari.

c. Tipe- tipe Manajemen Nyeri

1). Manajemen Nyeri Farmakologi

Dari Potter dan Perry(2009) analgesik yakni tata cara yg sangat biasa untuk menanggulangi perih. terdapat 3 tipe analgetik ialah:

a) *Non-Narkotik* dan Obat Anti- inflamasi Nonsteroid(NSAID)

NSAID Non- narkotik biasanya melenyapkan perih enteng ataupun lagi, semacam perih yg terpaut memakai arthritis rematoid, metode penyembuhan gigi serta metode operasi minor, episiotomi, dan perkara punggung bagian dasar.

b) Analgesik Narkotik ataupun Opiat

Analgesik opiat umumnya diresepkan untuk perih lagi sampai berat, mendekati perih sesudah pembedahan serta maligna. Opiat menimbulkan tekanan mental respirasi lewat tekanan mental pusat respirasi pada pada batang otak. Penderita pula hadapi impak sisi, mendekati mual, muntah, konstipasi, dan pergantian cara psikologis.

2). Manajemen Nyeri Non Farmakologi

Bagi Potter serta Perry(2009), ada beberapa pengobatan

nonfarmakologi yang kurangi perjamuan dan anggapan perih dan bisa dipakai pada kondisi pemeliharaan kronis. dengan metode yg serupa, terapi- terapi ini dipergunakan pada campuran dengan aksi ilmu obat. Aksi non- farmakologi mencakup hegemoni perilaku- kognitif dan pemakaian agen- agen raga. Tujuan hegemoni sikap- kognitif ialah memodernkan anggapan penderita Mengenai perih, mengganti sikap perih, dan berikan penderita rasa pengaturan yang lebih akbar.

Potter serta Perry(2009) mengatakan kalau, aksi nonfarmakologi untuk menanggulangi perih terdiri asal sebagian aksi penindakan. Awal cocok penindakan raga atau eksitasi raga mencakup Eksitasi kulit, Eksitasi listrik(TENS), Akupuntur, Plasebo. kedua bersumber pada campur tangan sikap kognitif melingkupi Relaksasi, Korban balik biologis, Hipnotis, Distraksi, Guided Imagery(imajinasi terbimbing).

a) Eksitasi Saraf Listrik Transkutan(TENS)

Eksitasi Saraf Listrik Transkutaneus(Transcutaneous Listrik Nerve Stimulations, TENS), dicoba dengan eksitasi pada kulit dengan memakai arus listrik enteng yang dihantarkan lewat elektroda luar. Pengobatan ini dicoba bersumber pada instruksi dokter. Bagian TENS terdiri dari transmiter berenergi baterai, kabel timah, serta elektroda. Elektroda dipasang langsung pada ataupun dekat posisi perih. Rambut ataupun bahanbahan yang dipakai buat

perencanaan kulit dibuang saat sebelum elektroda dipasang. Bila penderita merasa perih, transmitter dihidupkan serta memunculkan kehebohan kesemutan ataupun kehebohan gema.

b) Akupuntur

Akupuntur ialah penyembuhan yang telah semenjak lama dipakai buat menyembuhkan perih. Jarum- jarum kecil yang dimasukkan pada kulit, bermaksud memegang titik-titik khusus, terkait pada posisi perih, yang bisa memblok transmisi perih ke otak(Brunner serta Suddarth, 2010)

c) Akupresur

World Health Organization(World Health Organization) membenarkan akupresur selaku sesuatu ilmu yang menyebabkan neuron pada sistem saraf, dimana perih ini memicu kelenjarkelenjar endokrin serta hasilnya mengaktifkan alat yang bermasalah. Akupresur memakai metode pengepresan serta pemijatan dengan tujuan menghilangkan halangan serta penyumbat alhasil tenaga hidup bisa mengalir dengan cara tertib, serta alat yang tersendat dapat balik berperan wajar. Salah satu pendekatan yang menarik dari akupresur merupakan penindakannya tidak terbatas pada alat yang bermasalah saja, tetapi pula pada pangkal permasalahan yang kerap terletak di luar alat yang bermasalah(Brunner serta Suddarth, 2010)

d. Wujud nyeri

Wujud perih dengan cara biasa dapat dibedakan selaku perih kronis dan perih parah:

- 1). Perih kronis merupakan perih yang timbul dengan cara tiba-tiba serta kilat lenyap. umumnya perih ini berjalan tidak lebih berawal 6 bulan. Pemicu perih dan posisi perih biasanya sudah dikenal. Perih kronis diisyarati memakai kenaikan titik berat otot serta keresahan.
- 2). Perih Parah merupakan perih yg berjalan berkelanjutan, berbulan ataupun menetapselama lebih dari 6 bulan. pangkal perih dapat dikenal ataupun tidak. biasanya perih ini tidak bisa dipulihkan. Perih parah bisa dipecah jadi sebagian jenis, antara lain perih halte, sindrom perih parah, serta perih psikosomatis(Lyndon, 2013).

e. Pengecekan Nyeri

Analitis Perih dari(Mubarak& Chayatin, 2008), wajib dicoba di dikala pasein sampai di UDG. analitis hendak mempermudah planning penanganan kepada penderita. Tiap penderita wajib ditilik supaya pemicu perih bisa diketahuai serta bukan cuma terkonsentrasi pada rasa perih yang dialami penderita. Mnemonic PQRST didesain buat menolong analitis kepada perih serta penggunaannya dengan cara teratur hendak mempermudah pengecekan.

Adapaun pengecekan OPQRSTUV dari(Marlynn Jackson serta Lee Jackson, Keperawatan klinis, Pencetak Erlangga) dan(Reaksi Perih, Ns. Faida Annisa, S. Kep, 2013) selaku selanjutnya:

- Onset*** : Pastikan bila rasa tidak aman diawali. Bila mulainya? Kronis ataupun sedikit untuk sedikit?
- Provokasi*** : Tanyakan apa yang membuat perih ataupun rasa tidak aman memburuk, apakah posisi? Apakah bernafas pada ataupun palpasi di perut buatnya lebih kurang baik? Apakah perih berdiam?
- Quality*** : Mutu, nilailah tipe perih yg bertanya persoalan terbuka: mendekati apa perih yg kamu nikmati? Ataupun bagikan metode lain: ada poly tipe perih, apakah perih yang kamu rasakan lebih semacam rasa berat, titik berat, dibakar, terpotong, perih tumpul, runcing ataupun mendekati ditusuk jarum?
- Radiation*** / : Wilayah berjalan perih menyebar, tanyakan apakah perih menyebar ke bagian badan yg lain.
- Region***
- Severity*** : keparahan ataupun keseriusan perih, bagikan angka perih pada rasio 1- 10. Sehabis sebagian menit pemberian zat asam ataupun kapsul nitrogliserin angka balik..

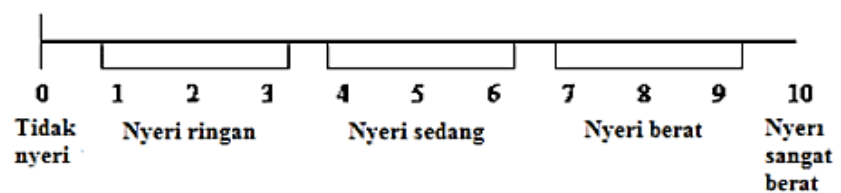
Treatment : upaya menyurutkan perih. Tanyakan aksi apa yang dicoba penderita untuk menanggulangi nyerinya?

Understanding : Gimana anggapan perih konsumen? Apakah sempat mencicipi perih lebih dahulu? Apabila iya, apa perkaranya?

f. Pengukuran skala nyeri

Skala Analog Visual (VAS) sangat berguna dalam mengkaji intensitas nyeri. Skala nyeri tersebut berbentuk garis horisontal sepanjang 10 cm. Ujung kiri biasanya menandakan tidak nyeri sedangkan ujung kanan biasanya menandakan nyeri berat. Cara kerjanya dengan meminta pasien untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi disepanjang rentang tersebut (Smeltzer, 2002). Beberapa skala yang dapat digunakan untuk mengukur intensitas nyeri, menurut (Smeltzer, 2002) adalah sebagai berikut:

1). Skala intensitas nyeri deskriptif



Gambar 2.2 Skala intensitas nyeri deskriptif

2). Skala identitas nyeri numeric



Gambar 2.3 Skala identitas nyeri numeric

3). Skala analog visual



Gambar 2.4 Skala analog visual

Keterangan :

- 0 : Tidak Nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan (Secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik)
- 4-6 : Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik
- 7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi

10 : Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

4). Wong-Baker Faces Rating Scale



Gambar 2.5 Wong-Baker Faces Rating Scale

Keterangan :

- Wajah nol : Sangat senang karena tidak merasa nyeri sama sekali
- Wajah Pertama : Sakit hanya sedikit
- Wajah Kedua : Sedikit lebih sakit
- Wajah Ketiga : Jauh lebih sakit
- Wajah Keempat : Jauh sangat lebih sakit
- Wajah kelima : Sangat sakit luar biasa sampai-sampai menangis

4. Konsep Akupresur

a. Pengertian

Pengobatan akupresur maksudnya sistem penyembuhan memakai metode menekan- nekan pada titik- titik khusus di badan(derajah) buat mendapatkan akibat membangkitkan pada daya berarti(QI) untuk memperoleh kepulihan dari sesuatu penyakit ataupun untuk meningkatkan mutu kesehatan(Ikhsan, 2019). Akupresur merupakan pengobatan dengan memencet titik di bagian badan yg yakni rute

derajah(saluran pada badan yang dilewati tenaga chi) dengan fokus mengenakan tangan paling utama jempol selaku akhirnya memakai pengepresan mulanya hendak mempengaruhi chi(daya), xie(darah), dan organ- organ badan bagus alat padat(cang) serta alat berlubang(fu) selaku akhirnya penyeimbang panas dan dingin badan dapat asri, energi kuat badan bertambah selaku akhirnya pathogen penyakit sanggup ditangani oleh kekebalan badan mulanya(wei chi).

b. Tujuan Terapi Akupresure

Metode penyembuhan akupresur bermaksud buat membuat balik sel- sel dalam badan yang melemah dan sanggup membuat sistem pertahanan serta meregenerasikan sel badan. Penyembuhan akupresur membagikan jalur pergi meregenerasikan sel- sel supaya energi kuat badan kokoh buat kurang sel- sel tidak normal(Fengge, 2012).

c. Manfaat Terapi Akupresure

Akupresur teruji berguna buat penangkalan penyakit, pengobatan penyakit, rehabilitasi(penyembuhan) dan tingkatkan energi kuat badan. Lewat pengobatan akupresur bisa dipakai buat memulihkan keluhkesah sakit, selaku rehabilitasi(penyembuhan) akupresur dipraktikkan buat tingkatkan situasi kesehatan setelah sakit. Tidak hanya itu, akupresur berguna buat tingkatkan energi kuat badan meski tidak lagi dalam kondisi sakit(Fengge, 2012).

d. Klasifikasi Akupresur

Poly macam akupresur yang telah bertumbuh, ada klasifikasi akupresur:

1). Shiatsu

Shiat- su berarti jemari(shi) dan titik berat(atsu), serangkaian fokus mengenakan jemari dengan cara melodius, totalitas bagian badan selama derajat daya. Titik- titik tekan cuma dijamah abtara tiga- lima dtk. Penindakan ini dapat memicu sekaligus meredakan..

2). Jin Shin

Sesuatu pola fokus yg halus dan berkelanjutan di titik- titik akupresur yang genting di derajat serta jalur- rute yang tersaring, tiap titik ditekan sepanjang 1- 5 mnt. Pengobatan ini dicoba dalam kondisi kondictionarylatif untuk menyamakan chi, oleh daya berarti.

3). Do-in

Sesuatu wujud pemijatan kepada diri sendiri pada otot serta titik- titik derajat. Do- in pula mencakup aksi, peregangan, dan bimbingan pernafasan.

4). Tui-Na

Tui- Na maksudnya tipe Cina untuk pijit yg memicu titik- titik akupresur dengan mengenakan banyak sekali macam aksi tangan

e. Bagian Bawah Pengobatan Akupresure

Ada 3 bawah bagian akupresur, ialah:

1). Chie Sie atau energi vital

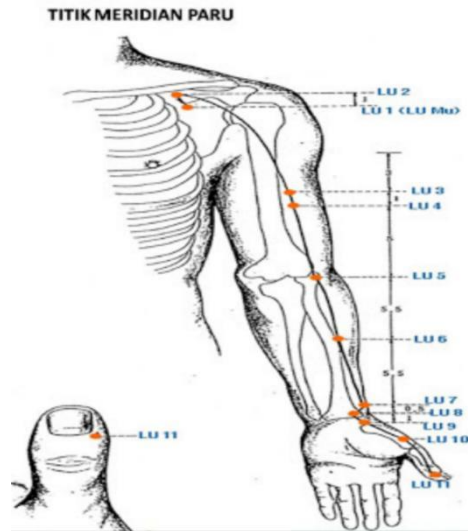
Chie yakni zat ekstrak kuliner dan Sie yakni darah, dengan cara pendek diucap daya vital. ada 2 asal tenaga vitsl, ialah tenaga berarti bawaan serta tenaga vital diterima. tenaga vital bawaan,

dari asal orang berumur mendekati karakter, kemampuan, muka, kesehatan raga serta psikologis. daya vital bawaan ini ditaruh pada dalam ginjal. daya vital asal berawal ekstrak kuliner yang didapat dari bunda sepanjang di isi, pula didapat kala telah lahir dari santapan, air, hawa, dan sokongan sosial dan area.

Derajah didiklasifikasikan selaku derajah biasa serta derajah. Derajah biasa ialah derajah paru- paru, usus akbar, alat pencernaan, kura, jantung, usus kecil, kantung kencing, ginjal, epidermis jantung, tripemanas, kantung empedu, batin. Derajah merupakan derajah tu dan derajah ren yg melintas pada garis tengah badan. Derajah istimewa merupakan pengikat ataupun calo seluruh derajah, selaku akhirnya keempat simpati derajah merupakan mata kaitan yang tidak terpenggal(Sukanta, 2008 pada Salsuda 2018).

a) Derajah Paru- paru

Derajah paru- paru diawali asal ruang tangan perut(pusat), kemudian naik ke atas menggapai alat pencernaan mendobrak diafragma, lalu kedua paru- paru, individu ke kerongkongan dan pergi di tengah tulang rusuk I serta II di wilayah dada, lau melewati tangan mengarah ibu jari tangan. di wilayah pergelangan tangan ada agen mengarah jari telunjuk untuk berafiliasi memakai derajah usus akbar.

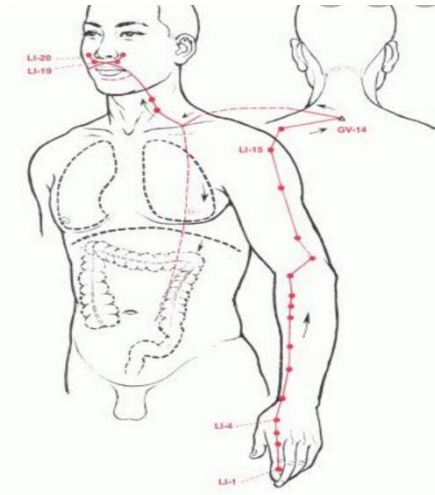


Gambar 2.6 Titik Meridian Paru

(Salsuda 2018)

b) Meridian Usus Besar

Derajah usus besar diawali dari akar kuku jemari telunjuk kiri serta kanan, naik ke pundak. Hingga dibahu berbelok serta bertangkai hingga ke tengkuk menggapai tonjolan persendian tulang leher 7 serta tulang punggung 1, serta balik ke pundak. Di pundak derajah ini bertangkai turun ke dasar melewati paru- paru menggapai usus besar. Sebaliknya agen yang lain naik dari tulang selangka pipi, melewati bibir, serta naik ke pinggir hidung hingga dasar mata berjumpa dengan derajah alat pencernaan.

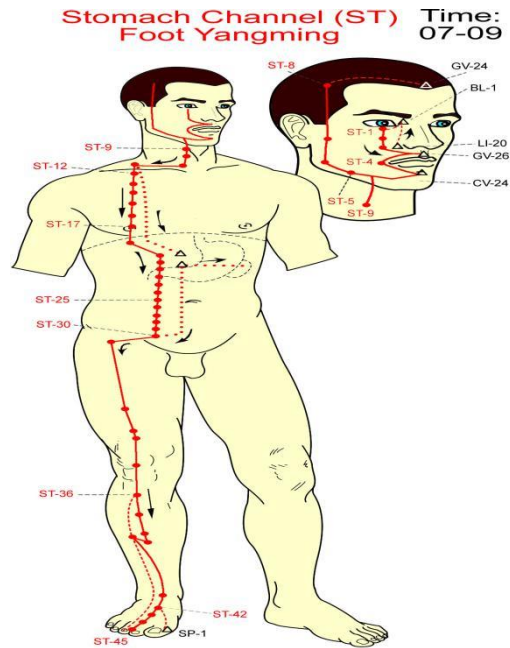


Gambar 2.7 Titik Meridian Usus besar

(Salsuda 2018)

c) Derajah Lambung

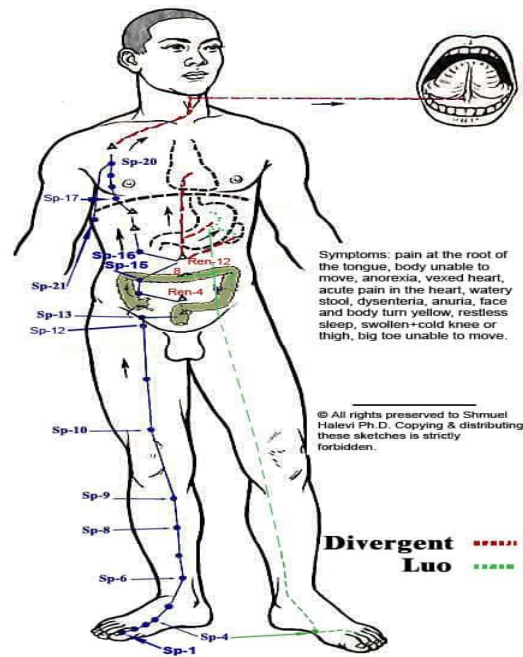
Derajah alat pencernaan diawali dari titik terakhir derajah usus besar, naik menggapai akar hidung, pergi di dasar tulang mata serta pipi, melewati pipi sampai akhir bibir, rahang, serta naik hingga di sisi kepala. Dari rahang dasar terdapat agen mengarah leher depan serta luar. Hingga di tulang selangka, derajah rusak jadi 2 agen yang berjalan sekelas di kiri kanan garis tengah badan, dari dada hingga ke rambut alat kelamin. Suatu agen yang lain masuk menggapai alat pencernaan serta kura, lalu ke dasar serta berjumpa dengan derajah luar di akar pukang, menjulur ke pukang sampai dasar dengkul, serta bertangkai balik. Suatu cabangnya saat sebelum hingga di jemari kaki kedua bertangkai pula ke jemari jempol buat menyambung dengan derajah kura. Agen satunya selesai pada jemari tengah kaki..



Gambar 2.8 Titik Meridian Lambung
(Salsuda 2018)

d) Derajah Limpa

Derajah kura diawali dari bunda jemari kaki, lalu naik hingga perut melewati kaki bagian dalam. Di perut, derajah ini bertangkai, suatu cabangnya ke kura, alat pencernaan, lalu ke jantung, paru- paru serta menggapai akar lidah. Agen yang lain mengarah bagian luar buah dada, naik ke arah tulang rusuk ke 3, serta turun ke sisi tubuh, hingga di antara tulang rusuk ke 6 serta

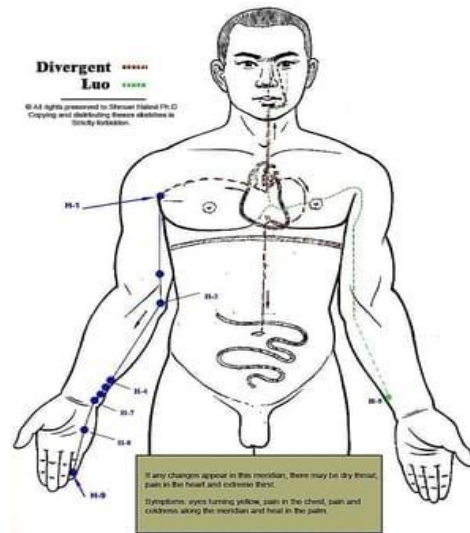


Gambar 2.9 Titik Meridian Limpa

(Salsuda 2018)

e) Derajah Jantung

Derajah jantung diawali dari ketek, suatu cabangnya turun mengarah tangan hingga di anak jari, lagi agen lain ke atas melewati dada mengarah jantung. di jantung, agen itu bertangkai 2. Suatu agen ke atas hingga di bola mata dengan melewati leher serta akar lidah. Ada pula agen lainnya ke dasar mengarah usus kecil.

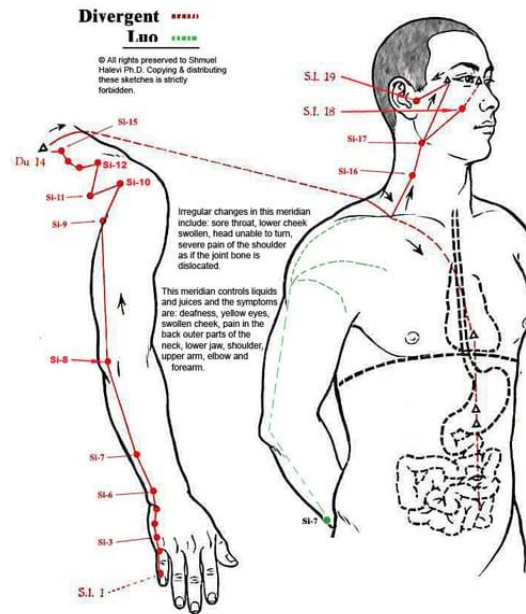


Gambar 2.10 Titik Meridian Jantung

(Salsuda 2018)

f) Derajah Usus Kecil

Derajah usus kecil diawali dari anak jari tangan, kelok ke titik T14, dipangkal tulang leher ke 7 kemudian naik ke pundak. Hingga di pundak bertangkai 2, suatu agen naik ke leher, pipi, pelipis, kuping, serta akar hidung menyambung dengan derajah kantung kencing. Agen lainnya ke dasar mendobrak jantung mengarah usus kecil.



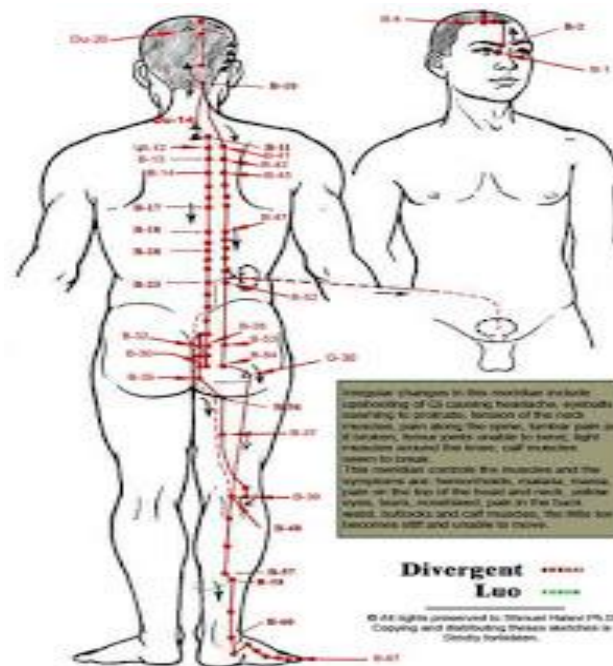
**Gambar 2.11 Titik Meridian Usus Kecil
(Salsuda 2018)**

g) Derajah Kantung Kemih

Derajah kantung kencing diawali dari ujung mata bagian dalam, naik ke kepala berjumpa dengan titik derajat Tu 20(pucuk kepala). Agen lain mengarah otak serta pergi lagi mengarah tengkuk, berjalan mengarah tulang belikat bagian dalam. Kedua derajat kantung kencing(kanan serta kiri) berjalan sekelas dengan tulang punggung hingga wilayah pinggang, kemudian masuk ke dalam badan berkaitan dengan gunjal serta kantung kencing.

Dari pinggang, derajat bertangkai ke wilayah pinggul, ke dasar hingga bekuk dengkul. Agen lainnya dari wilayah tengkuk berjalan sekelas dengan agen awal. Menjepit tulang punggung melampaui wilayah pinggulterus ke lipatan

pukang, berjumpa dengan agen awal di lipatan dengkul, turun ke betis serta selesai di jemari anak jari kaki seblah luar.

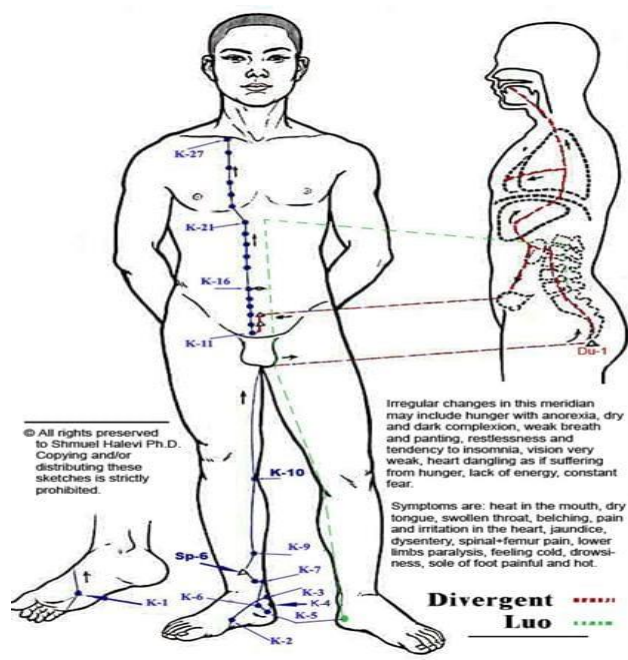


Gambar 2.12 Titik Meridian Kantong Kemih

(Salsuda 2018)

h) Meridian Ginjal

Meridian ginjal dimulai dari telapak kaki terus melingkar di mata kaki bagian dalam, naik ke paha. Di paha, meridian bercabang dua, sebuah cabang ke meridian luar, sedangkan cabang lain masuk ke tulang ekor, naik menyusuri tulang tersebut sampai ginjal, kantong kemih, hati, paru-paru, dan pangkal lidah. Meridian luar menjalar ke atas perut di antara meridian lambung dan garis tengah badan, berakhir di bawah tulang selangka.



Gambar 2.13 Titik Meridian Ginjal

(Salsuda 2018)

i) Meridian Selaput Jantung

Meridian selaput jantung dimulai dari dada selebar 4 jari di atas puting susu dan dua jari ke samping, menelusuri lengan bagian dalam sampai di telapak tangan, kemudian bercabang dua. Cabang yang satu menuju jari tengah sedangkan yang lainnya ke jari manis. Di dada, sebuah cabangnya masuk ke selaput jantung. Dari jantung terus ke bawah menembus diafragma, ke ruang tengah, dan perut bagian dalam

2). Titik akupresur

Titik akupresur maksudnya sesuatu zona kecil pada bagian atas badan yang mempunyai karakter watak ekamatra betegangan besar memakai hambatan kecil dibanding memakai jaringan

sekitarnya dan sensibilitas terhadap rangsangan lebih besar dibanding memakai wilayah sekelilingnya.

bersumber pada posisi titik, ada 3 berbagai titik pijit:

a) Titik meridian atau titik umum

Titik ini berafiliasi khusus memakai alat dan area badan yg dilintasi si meridianya.

b) Titik istimewa yg umumnya terletak pada luar jalan meridian

c) Titik nyeri

Titik perih Apabila dipijat hendak terasa sakit ataupun ngilu. Titik ini berperan jadi titik pengobatan untuk kurangi keluhan lokal atau setempat..

d) Indikasi dan Kontraindikasi

- Indikasi

Sebagian ciri dicoba akupresur antara lain pada ketentuan sakit kepala jenis kaku, sakit kepala sebelah, ketegangan otot, tekanan mental, keresahan, menolong lebih tenang, menanggulangi perih contoh perih sendi, perih tulang balik.

- Kontraindikasi

Akupresur yakni pengobatan yg dapat dicoba memakai biasa dan akibat sisi yg minimum. tetapi, akupresur tidak bisa dicoba pada bagian badan yg cedera, bengkak, tulang retak ataupun patah serta kulit yg dibakar. Tidak hanya itu jauhi melaksanakan

pengobatan di penderita memakai ketentuan berbahaya, ilustrasinya terjalin serbuan jantung, kandas napas, dan penyakit di saraf otak(stroke, rusak pembuluh darah)

f. Prinsip Objektif yang dipakai ataupun Metode Kegiatan Akupresur

Akupresur dapat memakai akhir bunda jemari buat memencet, sebagian orang terdapat yang lebih sesuai membagikan titik berat dengan telunjuk ataupun jemari tengah.

- 1). Penderita tidak bisa dalam kondisi penuh emosi, sangat pilu ataupun bahagia, perut sangat lapar ataupun kenyang, situasi badan sangat lemas.
- 2). Hendaknya tidak melaksanakan akupresur dalam kondisi berdiri, posisi terbaik merupakan bersandar bebas ataupun tidur bebas, posisi nyaman bisa jadi.
- 3). Titik berat pijatan harusnya tidak terasa sakit, terlebih hingga menyebabkan badan, buat menjauhi cedera hendaknya kuku jemari pendek serta tumpul.
- 4). Tidak hanya dengan jemari, pemijatan bisa dicoba dengan akar telapak tangan, siku, genggaman, ataupun barang tumpul yang lembut. Pijatan seharusnya memunculkan rasa nyaman serta aman.

Cara memijat :

Pada pemijatan akupresur upayakan dicoba janganlah sangat keras dan membuat penderita kesakitan. Pemijatan yang betul harus

dapat menghasilkan kehebohan rasa(aman, pegal, panas, mengerinyau, melilit, kesemutan serta lain serupanya). bila kehebohan rasa dapat berhasil hingga disamping gerakan chi(tenaga) dan xue(darah) mudah, hanya bisa memicu timbulnya hormon endorphin ialah hormone sama morfin yang diperoleh berawal pada badan untuk mengantarkan rasa rukun(Hartono, 2012)..

Cara kerja :

sasaran akupresur ialah memicu keahlian badan pada memulihkan diri sendiri. oleh terapis hendak menggenggam ataupun memencet banyak sekali titik pada badan ataupun sistem otot untuk memicu tenaga berawal badan sendiri. Rangsangan itu menghilangkan penyumbat daya serta rasa letih.

Dikala semua rute daya terbuka dan gerakan tenaga tidak lagi terhalang si ketegangan otot ataupun halangan yg lain, hingga tenaga badan hendak jadi balance. keseimbangan bawa kesehatan yg bagus dan perasaan aman. Bila salah satu rute tersendat, hingga butuh aplikasi memakai titik berat yang sempurna memakai jemari untuk melenturkan ketegangan otot, membuat penyebaran darah mudah, serta memotivasi ataupun menyamakan gerakan tenaga.

Bersumber pada harian Renintyas(2017) pada perihal ini periset mengantarkan campur tangan acupressure di titik L1 4, pada penderita dengan keluhan dysmenorhoe. Acupressure dipakai buat penderita itu bermaksud untuk kurangi perih datang bulan. dengan acupressure dapat meningkatkan kandungan endorfin yang berguna untuk pereda

perih yg dibuat badan pada darah serta opioid peptida endogeneous di dalam lapisan syaraf pusat. Jaringan syaraf hendak berikan dorongan di sistem endokrin untuk membebaskan endorphin cocok keinginan badan dan diharapkan bisa merendahkan rasa perih dikala haid.

Serta bersumber pada Narimani et angkatan laut(AL) di tahun(2018) menampilkan hasil kalau akupresure diserahkan di golongan campur tangan di titik L14 teruji penting dalam kurangi keluhan perih dada di penderita dengan penyakit jantung.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Melingkupi: Julukan, baya, tipe kemaluan, keyakinan, pembelajaran, profesi, analisis kedokteran, nomor register dan bertepatan pada MRS. Peradangan ini paling utama terkena kanak-kanak dan bertabiat efisien menular

b. Keluhan primer

c. Riwayat Penyakit Kini

d. Analisis RPS yang mensupport keluhan penting dicoba dengan mengajukan serangkaian persoalan hal perih dada pada konsumen dengan cara OPQRSTUV yang mencakup:

Onset : Pastikan bila rasa tidak aman diawali. Bila mulainya? Kronis ataupun sedikit untuk sedikit?

Provokasi : Tanyakan apa yang membuat perih ataupun rasa tidak aman memburuk, apakah posisi? Apakah

bernafas pada ataupun palpasi di perut buatnya lebih kurang baik? Apakah perih berdiam?

Quality : Mutu, nilailah tipe perih yg bertanya persoalan terbuka: mendekati apa perih yg kamu nikmati? Atau pun bagikan metode lain: ada poly tipe perih, apakah perih yang kamu rasakan lebih semacam rasa berat, titik berat, dibakar, terpotong, perih tumpul, runcing ataupun mendekati ditusuk jarum?

Radiation / : Wilayah berjalan perih menyebar, tanyakan apakah perih menyebar ke bagian badan yg lain.

Region

Severity : keparahan atau intensitas nyeri, berikan nilai nyeri pada skala 1-10. Setelah beberapa menit pemberian oksigen atau pil nitrogliserin nilai kembali.

Treatment : upaya menyurutkan perih. Tanyakan aksi apa yang dicoba penderita untuk menanggulangi nyerinya?

Understanding : Gimana anggapan perih konsumen? Apakah sempat mencicipi perih lebih dahulu? Apabila iya, apa perkaranya?

Values : Tujuan dan asa buat perih yg dialami penderita.

e. Riwayat Penyakit Dahulu

Analisis riwayat penyakit dulu hendak amat mensupport keseluruhan informasi situasi daaat ini. Informasi ini ddiperoleh

dengan menelaah apakah lebih dahulu konsumen sempat mengidap perih dada, darah tinggi, Desimeter, hiperlipidemia. Metode menelaah hendaknya sekuens serta terinci. Tanyakan hal obat-obatan yang lazim diminum oleh konsumen pada era yang kemudian yang sedang relevan dengan obat- obat antiangina semacam nitrat serta penghalang beta dan obat- obat antihipertensi.

Tulis terdapatnya dampak sisi yang terjalin di era kemudian, alergi obat, serta respon alergi yang mencuat. Kerap kali konsumen memaknakan sesuatu alergi selaku dampak sisi obat.

f. Riwayat Keluarga

Juru rawat tetap wajib bertanya mengenai penyakit yang sempat di natural oleh keluarga, badan keluarga yang tewas, serta pemicu kematian. Penyakit jantung iskemik pada orang berumur yang timbunya pada umur belia ialah aspek efek penting terbentuknya penyakit jantung iskemik pada keturunannya.

g. Riwayat pekerjaan dan pola hidup

Juru rawat bertanya suasana tempat bertugas serta lingkungannya. Begitu pula dengan Kerutinan sosial dengan bertanya Kerutinan serta pola hidup misalnya minum alkohol ataupun obat khusus. Kerutinan merokok dikaji dengan bertanya Kerutinan merokok telah berapa lama, berapa batang/hari, serta tipe rokok.

Disamping pertanyaan- pertanyaan diatas, informasi memoar pula ialah informasi yang butuh dikenal semacam julukan, baya, tipe

kemaluan, tempat bermukim, kaum, serta agama yang dianut oleh konsumen.

Dalam mengajukan persoalan pada konsumen, seharusnya cermati situasi konsumen. Apabila konsumen dalam kondisi kritis, hingga persoalan yang diajukan bukan persoalan terbuka namun persoalan tertutup, ialah persoalan yang tanggapannya merupakan “betul” serta “tidak”. Ataupun persoalan yang bisa dijawab dengan aksi badan semacam menganggut ataupun menggelengkan kepala alhasil tidak membutuhkan tenaga yang besar.

h. Analisis Psikososial

Pergantian integritas kepribadian abdi terjalin apabila konsumen melawan, khawatir mati, perasaan kematian telah dekat, marah pada penyakit, ataupun pemeliharaan yang tidak butuh, kuatir mengenai keluarga, profesi, serta finansial. Pertanda pergantian integritas kepribadian abdi yang bisa di penyelidikan merupakan konsumen menyangkal, melawan, takut, kurang kontak mata, risau, marah, sikap melanda, serta fokus pada diri sendiri.

Pergantian interaksi sosial yang dirasakan konsumen terjalin sebab stress yang dirasakan konsumen dari bermacam pandangan semacam keluarga, profesi, kesusahan bayaran ekonomi, ataupun kesusahan koping dengan stressoror yang ada.

i. Pemeriksaan FISIK

1). Keadaan umum

Di analisis kondisi biasa, pencerahan konsumen IMA biasanya bagus ataupun Compos mentis(centimeter) dan hendak berganti cocok derajat kendala yg mengaitkan perfusi sistem saraf pusat

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Pola Nafas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hambatan upaya napas
- b. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis
- c. Penurunan Curah Jantung Berhubungan Dengan Perubahan Kontraktilitas
- d. Gangguan Pertukaran Gas Berhubungan Dengan Perubahan Membrane Alveolus-Kapiler
- e. Hipervolemia Berhubungan Dengan Kelebihan Asupan Cairan
- f. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Nyeri
- g. Defisit Pengetahuan Berhubungan Dengan Gangguan Fungsi Kongnitif

3. Rencana keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Gangguan Neurologis	<p style="text-align: center;">POLA NAPAS (L.01004)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam, diharapkan Pola nafas tidak terganggu dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea (1) menjadi (5) 2. Penggunaan otot bantu nafas (1) menjadi (5) 3. Pemanjangan fase ekspirasi (1) menjadi (5) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Frekuensi nafas (1) menjadi (5) 5. Kedalaman nafas (1) menjadi (5) <p>Indikator :</p>	<p style="text-align: center;">MANAJEMEN JALAN NAPAS (I.101011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas 1.3 Monitor Sputum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Pertahan kan jalan napas dengan <i>Head-lilt dan chin-lift (jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal) 1.5 Posisikan semi-Fowler atau Fowler <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.6 Ajarkan tehnik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Kolaborasi pemberian bronkodeilato, ekspektoran, mukolitik, jika perlu <p style="text-align: center;">PEMANTAUAN RESPIRASI (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Monitor frekuensi, iram, kedalaman dan upaya napas 1.9 Monitor Adanya Produk sputum 1.10 Monitor adanya sumbatan jalan napas

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1.11 Aulkustasi bunyi napas 1.12 Monitor saturasi oksigen <p style="text-align: center;">Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.13 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 1.14 Dokumentasi hasil pemantauan <p style="text-align: center;">Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.15 Jelasan tujuan dan prosedur pemantauan 1.16 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2	Nyeri akut b.d agen pencedera Fisik	<p style="text-align: center;">TINGKAT NYERI (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama.... x 24jam diharapkan Tingkat nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan Nyeri (1) Menjadi (5) 2. Meringis (1) Menjadi (5) 3. Gelisah (1) Menjadi (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 	<p style="text-align: center;">MANAJEMEN NYERI (L.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi ,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Identifikasi Skala Nyeri 2.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 2.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 2.5 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 2.6 Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.7 Berikan Tehnik Non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2.8 Fasilitasi intirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.9 Jelaskan penyebab ,periode dan pemicu nyeri

		<p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup menurun</p> <p>5. Menurun</p>	<p>2.10 Ajurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>2.11 Ajarkan Tehnik Non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.12 Kolaborasi pemberian Analgetik, jika perlu</p>
3	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan Irama Jantung.</p>	<p style="text-align: center;">CURAH JANTUNG (L. 02008)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan selama ...X 24 jam, diharapkan Curah jantung dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Kekuatan nadi perifer (1) menjadi (5)</p> <p>2. Ejection Fraction (EH) (1) menjadi (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1. Menurun</p> <p>2. Cukup menurun</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup meningkat</p> <p>5. Meningkat</p> <p>3. Edema (1) menjadi (5)</p> <p>4. Dispne (1) menjadi (5)</p>	<p style="text-align: center;">PERAWATAN JANTUNG AKUT (I.02076)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi karakteristik nyeri</p> <p>3.2 Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T</p> <p>3.3 Monitor Aritmia</p> <p>3.4 Monitor Elektrolit yang dapat meningkat risiko aritmia</p> <p>3.5 Monitor Saturasi Oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.6 Pertahankan Tirah baring minimal 12 jam</p> <p>3.7 Pasang akses intravena</p> <p>3.8 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress</p> <p>3.9 Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>Edukasi</p> <p>3.10 Anjurkan segera melaporkan nyeri dada</p> <p>3.11 Jelaskan tindakan yang dijalani pasien</p> <p>3.12 Ajarkan tehnik menurunkan kecemasan dan ketakutan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.13 Kolaborasi Pemberian antiplatelet</p> <p>3.14 Kolaborasi Pemberian antiangina</p> <p>3.15 Kolaborasi Pemberian morfin</p>

		<p>5. Batuk (1) menjadi (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>(1) Meningkatkan (2) Cukup meningkat (3) Sedang (4) Cukup menurun (5) Menurun</p>	3.16 Kolaborasi Pemberian thrombus dengan antikoagulan
4	<p>Gangguan Pertukaran Gas Berhubungan Dengan Perubahan Membrane Alveolus-Kapiler</p>	<p>PERTUKARAN GAS (L.01003)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam, diharapkan Keseimbangan Cairan dapat teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Dipnea (1) menjadi (5)</p> <p>2. Bunyi napas tambahan (1) menjadi (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan</p>	<p>PEMANTAUAN RESPIRASI (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1. Monitor Frekuensi,irama,kedalaaman dan upaya napas 4.2. Monitor pola napas 4.3. Monitor kemampuan batuk efektif 4.4. Monitor adanya produksi sputum 4.5. Monitor saturasi oksigen 4.6. Monitor nilai AGD 4.7. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 4.8. Auskultasi bunyi napas</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.9. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 4.10. Dokumentasi hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p>

			<p>4.11. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>4.12. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></p>
5	<p>Hipervolemia</p> <p>Berhubungan Dengan Kelebihan Asupan Cairan</p>	<p style="text-align: center;">KESEIMBANGAN CAIRAN (L.03020)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam, diharapkan Keseimbangan Cairan dapat teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Edema (1) menjadi (5)</p> <p>2. Dehidrasi (1) menjadi (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keterangan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>Kriteria Hasil :</p> <p>3. Tekanan darah (1) menjadi (5)</p> <p>4. Mata cekung (1) menjadi (5)</p>	<p style="text-align: center;">MANAJEMEN HIPERVOLEMA (I.03114)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1. Identifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>5.2. Monitor status hemodinamik</p> <p>5.3. Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.4. Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>Edukasi</p> <p>5.5. Anjurkan melapor jika haluan urin < 0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>5.6. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.7. Kolaborasi pemberian Diuretik</p> <p>5.8. Kolaborasi pemberian <i>Continuous renal replacement therapy</i> (CRRT) , jika perlu</p> <p style="text-align: center;">PEMANTAUAN TANDA VITAL (L.02060)</p> <p>5.9. Monitor Tekanan darah</p> <p>5.10. Monitor Nadi</p> <p>5.11. Monitor Pernafasan</p> <p>5.12. Monitor Suhu tubuh</p>

		<p>5. Turgor Kulit (1) menjadi (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keterangan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	
6	<p>Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Nyeri</p>	<p style="text-align: center;">MOBILITAS FISIK L. 05042</p> <p>Setelah dilakukan tindakan selama ...X24 jam, diharapkan Mobilitas Fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas (1) menjadi (5) 2. Kekuatan otot (1) menjadi (5) 3. Rentang gerak (ROM) (1) menjadi (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 	<p style="text-align: center;">DUKUNGAN MOBILISASI I.05173</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 6.2 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 6.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 6.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.5 Fasilitasi melakukan pergerakan 6.6 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.7 Anjurkan mobilisasi sederhana

		<p>5. Meningkatkan</p> <p>4. Nyeri (1) menjadi (5)</p> <p>5. Gerakan terbatas (1) menjadi (5)</p> <p>6. Kelemahan Fisik (1) menjadi (5)</p> <p>Keterangan skala :</p> <p>(1) Meningkatkan (2) Cukup meningkat (3) Sedang (4) Cukup menurun (5) Menurun</p>	6.8 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
7	Defisit Pengetahuan Berhubungan Dengan Gangguan Fungsi Kognitif	<p>TINGKAT PENGETAHUAN (L.12111) Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam, diharapkan Tingkat pengetahuan dapat meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Perilaku sesuai anjuran verbalisasi minat dalam belajar (1) Menjadi (5)</p> <p>2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic (1) Menjadi (5)</p>	<p>EDUKASI KESEHATAN (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <p>7.1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>7.2. Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup berih dan sehat</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>7.4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan</p> <p>7.5. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>7.6. Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p>

		<p>3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan (1) Menjadi (5)</p> <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none">1). Menurun2). Cukup Menurun3). Sedang4). Cukup Meningkatkan5). Meningkatkan	<p>7.7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>7.8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Aplikasi yg merupakan bagian asal cara keperawatan yakni jenis dari sikap keperawatan dimana aksi yg diharapkan untuk menggapai tujuan serta yang hendak terjalin yang diperkirakan dari ajaran keperawatan yg dicoba serta dituntaskan(Potter& Perry(2005). Tahapannya ialah:

- a. mengamati balik konsumen atau konsumen.
- b. menyelidiki dan memodifikasi planning pemeliharaan yang telah ada.
- c. Melaksanakan aksi keperawatan.

5. Penilaian

Tahap evaluasi asal cara keperawatan mengukur jawaban konsumen kepada aksi keperawatan dan perkembangan konsumen kearah pendapatan tujuan. Ada pula tahapannya, ialah:

- a. Menyamakan reaksi konsumen memakai patokan.
- b. Menganalisa alasan
- c. emodifikasi konsep ajaran.
- d. Ketentuan Pemilihan Keperawatan
- e. (Potter & Perry (2005).

Evaluasi keperawatan ini hendak dicatat dan diubahsuaikan dengan tiap diagnose keperawatan. evaluasi untuk tiap diagnose keperawatan mencakup informasi individual(S) serta adil(O), analisa kasus(A) yg dirasakan konsumen cocok informasi S serta O, serta pemograman balik(P) cocok yang hendak terjalin analisa diatas.

C. Rancangan Filosofi Riset Kasus

Bersumber pada kamus akbar bahasa Indonesia(KBBI) riset maksudnya riset objektif, amatan, telaahan serta permasalahan yakni peristiwa, alhasil riset masalah merupakan pendekatan untuk mempelajari pertanda sosial dengan menganalisa sesuatu permasalahan dengan cara mendalam dan nyata. bagi Susilo Rahardjo& Gudnanto(2011: 250) riset permasalahan ialah sesuatu tata cara buat menguasai orang yg dicoba dengan cara integrative serta menyeluruh supaya didapat uraian yg mendalam Mengenai orang itu bersama bimbang yg dihadapinya memakai tujuan perkaranya dapat teratasi dan mendapatkan kemajuan diri yg bagus.

Aplikasi riset permasalahan dilaksanakan di tempat bermukim sakit atau alun- alun, serta laporannya selaku materi pengumuman pada Harian Keperawatan bermaksud untuk meningkatkan keahlian mahasiswa pada menuangkan pandangan dan akibat- hasil kegiatan ilmiah yang sudah dicoba kedalam wujud suatu postingan objektif berbarengan patokan standar penyusunan objektif. dengan begitu program ini diperlukan sanggup mengantar mahasiswa pada keahlian ataupun keahlian menulis. Lewat keahlian mulanya mahasiswa dengan cara runut sanggup menguraikan sesuatu konflik alhasil mendesak perlunya upaya penanganan ataupun pencarian pemecahan dengan tujuan khusus, kaitannya dengan perjuangan- usaha yg bisa jadi telah dicoba orang lain

Disamping itu mahasiswa pula dapat memilah metode dan alas filosofi yang terpaut memakai bentrokan yang diulas, dan intensitas ulasan serta menganalisa hasil yang didapat, yang kesimpulannya bermuara pada

penyimpulan usaha penanganan bersandar masalah yg sudah dicoba. akibat lain yg mau digapai lewat riset permasalahan ini merupakan terdapatnya desiminasi yang hendak terjalin kegiatan mahasiswa yg dapat membagikan partisipasi kepada perkembangan ilmu serta teknologi keperawatan ataupun khasiat lain untuk warga. Perihal ini hendak berhasil spesialnya apabila informasi yang ditaksir bagus dapat diterbitkan dalam Harian Keperawatan.