

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kegawatan merupakan suatu insiden yang tidak dapat dikira-kira atau terjadi secara tiba-tiba yang memerlukan penanganan medis segera dan merupakan kejadian yang mengancam nyawa (Dorlan, Purwaka, 2016). Kegawatan merupakan masalah yang sering ditemukan dalam dunia kesehatan. Tindakan cepat dalam menghadapi kondisi darurat ini adalah pemberian bantuan hidup dasar (*Basic Life Support/BLS*) (Nurul Hidayah, 2020). Keperawatan gawat darurat (*Emergency Nursing*) pelayanan keperawatan komprehensif diberikan kepada penderita yang bisa mengancam nyawa. Keperawatan gawat darurat memerlukan pengetahuan serta keahlian agar bisa menanggulangi penderita dengan resusitasi, syok, trauma, keracunan, ketidakstabilan multisistem, serta kegawatan yang mengancam nyawa (Krisanty, 2013).

Menurut Kemenkes RI (2019), penyakit jantung merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Penyempitan pembuluh darah bisa menimbulkan serangan jantung, nyeri dada, serta stroke. Indikasi pertama masalah jantung antara lain nyeri dada, telapak tangan berkeringat, letih, jantung berdetak cepat, napas berat, nyeri kepala, serta perut kembung (Lakshmi & Herianto, 2018). *American Heart Association* (AHA) tahun 2021, pemicu pertama kematian diakibatkan masalah kardiovaskuler merupakan masalah *Acute coronary syndrome* serta gagal jantung (Virani et al., 2021).

Di Indonesia, sekitar sepertiga dari total seluruh kematian yang terjadi disebabkan oleh *Acute coronary syndrome* yang menjadi penyebab utama (Utama et al., 2022). *Acute coronary syndrome* merupakan suatu masalah kardiovaskuler yang utama karena menyebabkan angka perawatan rumah sakit dan angka kematian yang tinggi. *Acute coronary syndrome* adalah suatu kumpulan gejala ditandai dengan angina pektoris tidak stabil (*Unstable Angina Pectoris / UAP*), *infark miokard dengan ST Elevasi (ST Elevation Myocard Infarct (NSTEMI)* (Sandi et al., 2019).

ACS seringkali merupakan manifestasi klinis pertama dari penyakit kardiovaskular. Pada tahun 2019 diperkirakan 5,8 juta kasus baru penyakit jantung iskemik di 57 negara-negara anggota ESC. Menurut *World Health Organization* (WHO) terdapat sekitar 17,9 juta orang meninggal setiap tahunnya karena penyakit kardiovaskuler, yang merupakan 32% dari angka kematian global secara umum. Lebih dari 75% angka kematian di negara maju dan berkembang itu disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler (Alhikmah, 2020). Data dari *One ACS Registry multisenter* melaporkan 48,8% ACS dengan STEMI dan 51,2% ACS dengan NSTEMI. Angka mortalitas pasien ACS ini mencapai 8,9%, dimana mortalitas pada STEMI lebih tinggi dari NSTEMI.

ACS meningkat menjadi 1,8 juta kejadian pada tahun 2020, menjadikan ACS sebagai penyakit yang berbahaya di Asia, salah satunya Indonesia (Yusniawati et.al, 2023). Menurut Riskesdas (2018), angka kejadian ACS di Indonesia relatif tinggi yaitu mencapai 1,5%, dengan Provinsi Jawa Barat menjadi salah satu jumlah kasus ACS terbanyak yakni sekitar 1,6% (Rokom, 2021). Pada tahun 2012 dari total jumlah pasien yang masuk ke UGD RS Pusat Jantung Nasional Harapan Kita (PJNHK) didapatkan jumlah pasien yang didiagnosa ACS adalah 21% dari jumlah pasien yang masuk ke UGD. Dari total pasien dengan diagnosa ACS tersebut didapatkan jumlah pasien yang didiagnosa UAP : 39% , NSTEMI : 25,2%, dan yang didiagnosa STEMI : 36,8% .

Faktor risiko umum untuk penyakit ACS adalah merokok, hipertensi, diabetes, hiperlipidemia, kurangnya aktivitas fisik, obesitas keluarga, dan praktik gizi yang buruk, penyalahgunaan kokain juga dapat menyebabkan vasospasme, riwayat keluarga dengan infark miokard dini (usia 55 tahun) juga merupakan faktor risiko tinggi.

Manifestasi klinis ACS menurut Tussolihah (2019) adalah nyeri dada yang spesifik, perubahan EKG, dan kenaikan enzim jantung. Nyeri dada ACS ditandai dengan nyeri dada dibagian substernal, retrosternal serta precordial. Karakteristiknya seperti ditekan, dibakar, terasa ditusuk yang berlangsung sejenak. Nyeri bisa menyebar ke dagu, leher, bahu, punggung, ataupun kedua lengan. Gejala nya seperti mual dan muntah juga dapat menjadi tanda nyeri visceral. *Chest pain* atau nyeri dada, sering kali berkaitan dengan keadaan

mengancam jiwa, seperti henti jantung mendadak, yang memiliki tingkat mortalitas yang tinggi. Nyeri dada ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor, baik yang berkaitan dengan jantung (*cardiac*) maupun yang tidak berkaitan dengan jantung (*non-cardiac*). Dari penyebab yang terkait dengan jantung, insiden tertinggi yang menyumbang nyeri dada, berkisar antara 15%-25%, disebabkan oleh *Acute Coronary Syndrome* (Erhardt et al, 2002; Sabatine & Cannon, 2010).

Chest pain pada ACS ini karena rupturennya plak arterosklerosis dan terdapatnya trombus pada arteri koroner baik komplrit maupun partial. Kadaan ini akan menyebabkan gangguan pengangkutan oksigen terutama di area jantung sehingga terjadi penurunan perfusi arteri koroner yang berakibat terjadinya iskemik bahkan sampai kematian sel jantung atau infark apabila terjadi blok atau trombus total. Dari fenomena tersebut pasien akan mengalami nyeri dada (*chest pain*) yang menetap atau mungkin bisa hilang pada saat istirahat (Metcalf, 2012; Finamore et al, 2013). Nyeri pada ACS dapat bertahan lebih lama dari 15 menit, sehingga menghambat aktivitas dan dapat menyebabkan komplikasi.

Menurut Syafarina (2019) komplikasi yang dapat terjadi seperti gagal jantung apabila infark mencapai >20-25% di ventrikel kiri, syok kardiogenik apabila infark lebih dari 40% di ventrikel kiri, dan juga dapat memicu aritmia selama periode peri- infark miokard akut. Keadaan seperti ini jika tidak dikendalikan maka dapat mengakibatkan kematian.

Penanganan yang tepat merupakan salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian pasien *chest pain* penyebab utama ACS. Penanganan ini terutama dilakukan oleh perawat di instalasi gawat darurat yang berperan sebagai *first responder* dengan melakukan *initial management* segera sebagai upaya pertolongan untuk menurunkan nyeri dan menurunkan kematian pada 2 jam pertama serangan. *Initial management* dalam penanganan ACS ini disebut MONA, yang merupakan kependekan dari Morphine, Oksigen, Nitrat atau nitrogliserin dan aspirin (ACLS, 2015).

Oksigen merupakan salah satu bagian dari MONA untuk menurunkan nyeri dada (*chest pain*) pada pasien ACS. Oksigen adalah salah satu komponen penting dalam penanganan nyeri dada (*chest pain*) pada pasien dengan *Acute*

Coronary Syndrome (ACS). Pemberian oksigen secara rutin kepada pasien yang mengalami nyeri dada akut akibat ACS telah dilakukan selama lebih dari seratus tahun. Praktik ini didukung oleh *American Heart Association* (AHA) sejak tahun 1975 hingga 2005 yang merekomendasikan intervensi tersebut, serta oleh *American College of Cardiology* hingga tahun 2007. Pemberian oksigen di instalasi gawat darurat pada pasien ACS didasarkan pada rekomendasi AHA 2010 yang menyatakan bahwa oksigen harus diberikan pada pasien *Uncomplicated ACS* dengan *arterial oxyhemoglobin saturation* <95% atau terdapat gejala *breathlessness*, tanda *hearth failure*, syok hypoxia atau distress pernafasan. Ketika pasien datang dengan *chest pain et, causa ACS* di IGD maka perawat harus melakukan *assessment* dan pemeriksaan SpO2.

Alasan pemberian terapi oksigen adalah saat terjadi penurunan aliran darah ke jantung, oksigen yang diberikan dapat meningkatkan tekanan perfusi koroner, sehingga memperbaiki oksigenasi pada jaringan jantung yang mengalami iskemia atau mengatasi ketidakseimbangan oksigen di jantung (Metcalf, 2012; Finamore dan Kennedy, 2013). Hal ini sejalan dengan temuan Wijesinghe et al. (2009) yang dikutip dalam Metcalfe (2012), yang menyatakan bahwa pemberian oksigen pada pasien dengan iskemia miokard dapat mengurangi ukuran infark miokard dan meningkatkan hasil klinis bagi pasien.

Salah satu penatalaksanaan non farmakologis untuk mengurangi nyeri dada (*chest pain*) dan memperbaiki *circulation* pada pasien ACS yaitu dengan posisi *head up* 30°. Pada pasien dengan ACS, posisi *head up* 30° membantu mengurangi beban pada jantung dengan mengurangi pengembalian darah ke jantung (*preload*) dan mengurangi resistensi pembuluh darah (*afterload*), meningkatkan ventilasi, dan memberikan kenyamanan pada pasien, posisi ini mengurangi kerja jantung yang sudah terbebani, terutama pada pasien yang mengalami angina atau infark miokard.

Adapun penyebab utama peningkatan pernapasan pada pasien dengan ACS disebabkan oleh penumpukan karbon dioksida di paru-paru, sehingga volume karbon dioksida dalam darah meningkat dan menyebabkan sesak napas. Sesak napas ditandai dengan napas terasa pendek, detak jantung meningkat, terdapat tanda gagal jantung, dan syok. Kondisi tersebut jika tidak di tangani dengan

tepat maka akan menyebabkan hipoksia. Hipoksia yaitu keadaan dimana tubuh kekurangan oksigen. Kondisi tersebut juga dapat menimbulkan komplikasi berupa disorientasi atau linglung hingga penurunan kesadaran, sehingga salah satu tindakan yang dapat diberikan adalah meningkatkan saturasi oksigen dengan memberikan posisi *head up* 30° dan pemberian oksigenasi.

Mayo Clinic dan *American Heart Association* tidak menyarankan posisi tidur mendatar bagi pasien dengan nyeri dada atau ACS, melainkan menyarankan posisi *head up* 30°. Dalam pedoman *American Heart Association* (AHA) untuk pengelolaan ACS mencatat bahwa salah satu pendekatan awal adalah penempatan pasien (dengan posisi kepala lebih tinggi yaitu 30°), yang dapat membantu dalam mengurangi beban jantung dan meningkatkan ventilasi, sehingga membantu sirkulasi darah dan mengurangi kerja jantung. Posisi kepala tegak 30° untuk pasien dengan nyeri dada akut dan penyakit jantung iskemik terbukti membantu mengurangi sesak napas dan memperbaiki ventilasi paru-paru (Turi Z, et al. 2008). Pada pasien dengan gagal jantung kongestif yang juga berisiko mengalami ACS, posisi ini dapat mengurangi tekanan pada diafragma, membantu aliran darah kembali ke jantung, dan mengurangi stagnasi darah di paru-paru, yang semuanya meningkatkan kenyamanan pasien dan mengurangi risiko kerusakan jantung lebih lanjut.

Penting untuk memastikan bahwa sikap dan partisipasi dalam asuhan keperawatan terintegrasi dengan praktik keperawatan, serta mencerminkan ciri khas yang membedakan keperawatan gawat darurat (Kurniati, 2018). Pada saat melakukan nilai-nilai kristiani dalam lingkungan Universitas Kristen Indonesia seperti menerapkan nilai-nilai seperti, nilai rendah hati, berbagi dan peduli, disiplin, profesional, bertanggung jawab, dan berintegritas yang mampu menghasilkan pelayanan guna dalam membantu proses penyembuhan yang dilakukan kepada pasien. Oleh sebab itu, perawat harus memegang penting sikap caring dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan cara peduli terhadap pasien tersebut. Jika perawat menerapkan sikap caring kepada pasien tersebut, berarti perawat sudah memberikan dampak yang positif dan menciptakan keadaan atau suasana yang nyaman kepada pasien (Sitorus, 2019).

Penanganan *Acute Coronary Syndrome* menurut *American Heart Association* (AHA) dengan penilaian awal seperti anamnesis dan pemeriksaan fisik, rekam jantung EKG 12 sadapan < 10 menit, dilakukan pemeriksaan troponin jantung, monitoring tanda vital dan saturasi oksigen. Dalam penanganan *Acute Coronary Syndrome* di RSUD Budhi Asih yaitu dengan penilaian ABC (Airway, Breathing, Circulation), monitor EKG dan tanda vital, melakukan pemasangan infus, melakukan EKG 12 sandapan dalam < 10 menit setelah tiba di IGD, melakukan pemeriksaan troponin, dan melakukan pemasangan oksigen bila saturasi <90-92%, sesak berat atau gagal napas. Penulis menemukan kesenjangan antara teori guideline AHA yang terjadi dengan fenomena di RSUD Budhi Asih bahwa tidak ada dilakukannya penilaian awal anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Berdasarkan fenomena tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil tugas akhir dengan masalah *Acute Coronary Syndrome*, karena masalah ACS merupakan penyakit tertinggi yang banyak ditemukan pada saat di Instalasi Gawat Darurat. Oleh karena itu, penulis mengambil pasien untuk tugas akhir dengan judul “Posisi *Head Up* 30° Dan Terapi Oksigen Untuk Mengatasi Kegawatdaruratan *Circulation* Pada Pasien *Chest Pain* Akibat *Acute Coronary Syndrome* DI IGD RSUD Budhi Asih Jakarta”

1.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang tersebut penulis merumuskan masalah sebagai berikut, bagaimana Posisi *Head Up* 30° Dan Terapi Oksigen Untuk Mengatasi Kegawatdaruratan *Circulation* Pada Pasien *Chest Pain* Akibat *Acute Coronary Syndrome* DI IGD RSUD Budhi Asih Jakarta

1.3 Tujuan Umum

Diharapkan penulis dapat menerapkan proses asuhan keperawatan dengan penatalaksanaan “Posisi *Head Up* 30° Dan Terapi Oksigen Untuk Mengatasi Kegawatdaruratan *Circulation* Pada Pasien *Chest Pain* Akibat *Acute Coronary Syndrome* DI IGD RSUD Budhi Asih Jakarta”

1.4 Tujuan Khusus

- 1.4.1 Mampu melakukan pengkajian pada pasien *acute coronary syndrome* dengan *chest Pain* di IGD RSUD Budhi Asih Jakarta
- 1.4.2 Mampu merumuskan dan menetapkan diagnosa pada pasien *acute coronary syndrome* dengan *chest Pain* di IGD RSUD Budhi Asih Jakarta
- 1.4.3 Mampu menyusun intervensi keperawatan pada pasien *acute coronary syndrome* dengan *chest Pain* di IGD RSUD Budhi Asih Jakarta
- 1.4.4 Mampu melaksanakan implementasi posisi *head up* 30° dan terapi oksigen untuk mengatasi kegawatdaruratan *circulation* pada pasien *chest pain* akibat *acute coronary syndrome* di IGD RSUD Budhi Asih Jakarta
- 1.4.5 Mampu mengevaluasi tindakan posisi *head up* 30° dan terapi oksigen untuk mengatasi kegawatdaruratan *circulation* pada pasien *chest pain* akibat *acute coronary syndrome* di IGD RSUD Budhi Asih Jakarta
- 1.4.6 Mampu mendokumentasikan dari posisi *head up* 30° dan terapi oksigen untuk mengatasi kegawatdaruratan *circulation* pada pasien *chest pain* akibat *acute coronary syndrome* di IGD RSUD Budhi Asih Jakarta

1.5 Manfaat studi kasus

Studi kasus karya tulis ilmiah ini memiliki manfaat untuk meningkatkan pengetahuan mengenai posisi *head up* 30° dan terapi oksigen untuk mengatasi kegawatdaruratan *circulation* pada pasien *chest pain* akibat *acute coronary syndrome* di IGD RSUD Budhi Asih

1.5.1 Bagi Pasien

Meningkatkan pengetahuan tentang *Acute Coronary Syndrome* dengan *chest pain* dan mampu melakukan pencegahan yang dapat dilakukan agar terhindar dari *Acute Coronary Syndrome*

1.5.2 Bagi Keluarga

Keluarga dapat berperan aktif dalam menjaga keselamatan pasien dalam memahami penyakit *acute coronary syndrome*, dapat merencanakan dan memutuskan secara musyawarah terkait dengan perawatan anggota keluarganya yang menderita penyakit *Acute Coronary Syndrome*

1.5.3 Bagi Penulis

Memperoleh peningkatan pengetahuan dalam posisi *head up* 30° dan terapi oksigen untuk mengatasi kegawatdaruratan *circulation* pada pasien *chest pain* akibat *acute coronary syndrome* di IGD RSUD Budhi Asih Jakarta

1.5.4 Bagi institusi pelayanan Kesehatan

Meningkatkan pelayanan professional terutama perawat dalam memberikan posisi *head up* 30° dan terapi oksigen untuk mengatasi kegawatdaruratan *circulation* pada pasien *chest pain* akibat *acute coronary syndrome* di IGD RSUD Budhi Asih Jakarta

1.5.5 Bagi institusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini dapat meningkatkan pengetahuan serta berguna dalam pengembangan ilmu bagi Mahasiswa dalam bidang Kesehatan

