



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. Y DENGAN  
CORONARY ARTERY DISEASE (CAD) DI RUANG  
KARDIOLOGI KAMAR 612  
RSUD KOJA JAKARTA**

**ISMI DAMAYANTI**

**2110045**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2024**



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. Y DENGAN  
CORONARY ARTERY DISEASE (CAD) DI RUANG  
KARDIOLOGI KAMAR 612  
RSUD KOJA JAKARTA**

**Laporan Tugas Akhir**

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan  
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

**ISMI DAMAYANTI**

**211045**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2024**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Ismi Damayanti

NIM : 2110045

Tanda Tangan : 

Tanggal : 26 juni 2024

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien NY. Y Dengan  
Coronary Artery Disease (CAD) Di Ruang  
Kardiologi Kamar 612 RSUD  
Koja Jakarta**

**Jakarta,  
Pembimbing**



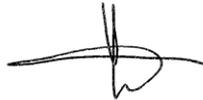
(Ns. Yarwin Yari, M. Kep., M. Biomed)

## LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien NY. Y Dengan  
Coronary Artery Disease (CAD) Di Ruang  
Kardiologi Kamar 612 RSUD  
Koja Jakarta**

**Dewan Penguji**

**Pembimbing,**



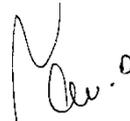
(Ns.Yarwin Yari,M.Kep.,M.Biomed)

**Penguji I**



(Ns.Rizqa Wahdini,M.Kep.)

**Penguji II**



(Ns.Neni Dian Nilawati S.Kep)

**Menyetujui**

**Program Studi Diploma Tiga Keperawatan**



(Ns.Nia Rosliany,M.Kep.Sp.Kep.MB)  
Ketua

## KATA PENGANTAR

Penulis ingin mengucapkan puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa. Atas karunia dan rahmat Tuhan penulis dapat menyelesaikan laporan akhir ini. Yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.Y Dengan Coronary artery disease (CAD) Diruang Kardiologi Kamar 612 RSUD Koja Jakarta Utara”. Penulisan makalah ini untuk memenuhi syarat untuk menyelesaikan program Diploma 3 Keperawatan RS STIKes Husada. Penulis menyadari bahwa akan sangat sulit menyelesaikan tugas akhir ini tanpa dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, mulai dari masa perkuliahan hingga penulisan laporan akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua STIKes RS Husada
2. Ns.Yarwin Yari,M.Kep.,M.Biomed selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga,kesabaran, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
3. Ns.Rizqa Wahdini,M.Kep. selaku penguji I yang sudah memberikan masukan dan arahan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns.Neni Dian Nilawati S.Kep selaku penguji II yang sudah memberikan masukan dan arahan dalam dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Staf pendidikan yang telah banyak membantu dan memberi bimbingan selama menjalani pendidikan serta memberikan saya motivasi.
6. Dr.Ida Bagus Nyoman Banjar , MKM selaku Direktur Umum RSUD Koja Jakarta Utara
7. Kepala ruangan penyakit kardiologi dan para perawat yang telah memberikan bimbingan dan ilmu yang bermanfaat selama praktik di ruangan jantung.
8. Ny.Y dan keluarga atas bantuan dan kerja samanya selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan.
9. Kepada kedua orang tua ku Bapak Ngatmian dan Ibu Sumintri yang telah memberikan kepercayaan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan ketahap ini,yang mengorbankan segalanya untuk penulis,selalu memberi semangat,mengajari untuk selalu bersabar disetiap proses yang di lalui,dan pantang menyerah dalam menggapai target hidup,serta tiada hentinya selalu mendoakan yang terbaik untuk penulis disetiap langkah.
10. Kakaku satu-satunya Rya Ayu Dewi Lestari yang selalu memberikan dukungan,selalu menjadi tempat cerita penulis,dan selalu mebantu penulis dalam hal apapun.
11. Nenek dan kakek (alm.) ku tercinta yang telah memberikan semangat,doa dan motivasi untuk penulis agar mau melanjutkan pendidikan ini.
12. Tante Tri Handayani dan Om Supriyanto terima kasih telah menjadi orang tua kedua penulis saat menjalani pendidikan di rantau ini serta motivasi,dan semangat yang selalu di berikan

13. Sahabat perantauan ku Neng Puji,Sindi Arianti,Elkana Dame,Widiya Armita,Reza Alda terima kasih selama ini telah menjadi tempat bertukar pikiran dan menjalin suka duka bersama serta terima kasih atas bantuan, dorongan dan dukungannya dalam tiga tahun terakhir ini sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
14. Teman kecil penulis Wiwin Puji Rahayu terima kasih sudah menjadi pendengar cerita dan keluh kesah penulis saat mengerjakan Karya Tulis Ilmiah
15. Untuk diri saya Ismi Damayanti terimakasih telah kuat sampai detik ini, yang mampu mengendalikan diri dari tekanan luar. Yang tidak menyerah sesulit apapun rintangan kuliah ataupun proses penyusunan tugas akhir ini, yang mampu berdiri tegak ketika dihantam permasalahan yang ada. Terimakasih diriku semoga tetap rendah hati, ini baru awal dari permulaan hidup tetap semangat kamu pasti bisa.

Jakarta,26 Mei 2024

Ismi Damayanti

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	12
A. LATAR BELAKANG .....	12
B. TUJUAN PENULISAN.....	16
C. RUANG LINGKUP .....	17
A. METODE PENULISAN.....	17
B. SISTEMATIKA PENULISAN.....	18
BAB II TINJAUAN TEORITIS .....	19
A. DEFINISI.....	19
B. PATOFISIOLOGI .....	20
C. PENATALAKSANAAN.....	25
D. PENGKAJIAN KEPERAWATAN.....	29
E. DIAGNOSA KEPERAWATAN .....	32
F. PERENCANAAN KEPERAWATAN .....	33
G. PELAKSANAAN KEPERAWATAN.....	44
H. EVALUASI KEPERAWATAN .....	45
BAB III TINJAUAN KASUS.....	46
A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN.....	46
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN .....	60
C. PERENCANAAN,PELAKSANAAN,DANEVALUASI KEPERAWATAN.....	60

BAB IV PEMBAHASAN.....	73
A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN.....	73
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN .....	75
C. PERENCANAAN KEPERAWATAN .....	77
D. PELAKSANAAN KEPERAWATAN.....	78
E. EVALUASI KEPERAWATAN .....	79
BAB V PENUTUP.....	82
A. KESIMPULAN .....	82
B. SARAN .....	84
DAFTAR PUSTAKA .....	86

## DAFTAR LAMPIRAN

PATHWAY.....	88
ANALISA OBAT .....	90

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

*Coronary artery disease* (CAD) merupakan penyakit jantung yang terutama disebabkan karena penyempitan arteri koronaria akibat proses aterosklerosis atau spasme atau kombinasi keduanya. CAD merupakan sosok penyakit yang sangat menakutkan dan masih menjadi masalah baik di negara maju maupun negara berkembang (Lewis et al., 2019).

*Coronary artery disease* (CAD) adalah suatu penyakit pada pembuluh darah arteri koroner yang terjadi pada jantung dimana adanya penyempitan dan penyumbatan pada pembuluh darah. *Coronary artery disease* (CAD) merupakan salah satu penyakit yang disebabkan oleh penumpukan plak sebagian atau seluruhnya di dalam lapisan arteri koroner, sehingga mengakibatkan menyumbat aliran darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai oksigen ke otot jantung (Nurkhalis & Adista, 2020).

Penyakit jantung biasanya disebabkan oleh gangguan fungsi penyumbatan pada sistem arteri. Arteri yang tersumbat menghalangi aliran oksigen dan nutrisi ke jantung. Makanan tinggi arteri koroner, serebrovaskular, pembuluh darah perifer, jantung bawaan, jantung rematik, penyakit jantung dalam, trombosis vena,

dan emboli paru merupakan penyebab utama 32% kematian di seluruh dunia. Secara global, penyakit kardiovaskular menyebabkan 17,9 juta kematian di antara orang berusia 30 hingga 69 tahun, diikuti oleh kanker sebesar 9,3 juta, penyakit pernapasan sebesar 4,1 juta, dan diabetes sebesar 1,5 juta (Agrawal et al., 2021).

Setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena Penyakit Tidak Menular (PTM) (63% dari seluruh kematian). Lebih dari 9 juta kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular terjadi sebelum usia 60 tahun, dan 90% dari kematian “dini” tersebut terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Secara global PTM penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskuler. Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti: Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Gagal jantung atau Payah Jantung, Hipertensi dan Stroke (Tsao et al., 2023).

Di USA setiap tahunnya 550.000 orang meninggal karena penyakit ini. Di Eropa diperhitungkan 20-40.000 orang dari 1 juta penduduk menderita PJK. Hasil survei yang dilakukan Kementerian Kesehatan RI menyatakan prevalensi CAD di Indonesia dari tahun ke tahun terus meningkat. Bahkan, sekarang (tahun 2000-an) dapat dipastikan, kecenderungan penyebab kematian di Indonesia bergeser dari penyakit infeksi ke penyakit kardiovaskular (antara lain CAD) dan degeneratif. Manifestasi klinik CAD yang klasik adalah angina pectoris. Coronary artery

disease (CAD) merupakan problem kesehatan utama di Negara maju. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya CAD .sehingga upaya pencegahan harus bersifat multifaktorial juga. Pencegahan harus diusahakan sedapat mungkin dengan cara mengendalikan faktor-faktor risiko CAD dan merupakan hal yang cukup penting pada penanganan CAD (Badan Pusat Statistika, 2022).

Perubahan gaya hidup pada pasien berisiko atau terkena CAD merupakan kunci utama untuk mengekang atau mencegah komplikasi. Gaya hidup seseorang yang terkena CAD dapat ditentukan berdasarkan pola makan, aktivitas fisik, istirahat, kebiasaan merokok, dan sebagainya. Konsumsi alkohol dan penggunaan narkoba. Pola konsumsi pangan atau kebiasaan makan adalah perilaku manusia, meliputi sikap, keyakinan, dan pilihan pangan, yang memenuhi kebutuhan pangan yang dikonsumsi. Pola konsumsi makanan atau kebiasaan makan merupakan berbagai informasi yang dapat memberikan gambaran mengenai jumlah, jenis, dan frekuensi makanan yang dikonsumsi setiap hari (Oktaviono, 2019).

Gejala umum pada pasien CAD (*Coronary Artery Disease*) saat serangan akut adalah nyeri dada yang biasanya berulang. Mekanisme berkembangnya CAD didasarkan pada lemak atau plak yang terbentuk di lumen arteri koroner (arteri yang mensuplai darah dan oksigen ke jantung) (Mauliani, 2020). Pengobatan akut bertujuan untuk mengurangi angka kematian. American Heart Association merekomendasikan beberapa strategi nyeri, termasuk pemberian morfin sulfat dan oksigen (Lawton et al, 2022.)

*Coronary artery disease* (CAD) merupakan problem kesehatan utama di Negara maju, banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya CAD, sehingga upaya

pengecegan harus bersifat multifaktorial juga (Isnadiya et al., 2019). Pencegegan harus diusahakan sedapat mungkin dengan cara mengendalikan faktor-faktor risiko CAD dan merupakan hal yang cukup penting pada penanganan CAD, alasan mengapa usia kerja dianggap penting adalah karena orang-orang pada usia ini merokok, minum alkohol, mengonsumsi garam, menjalani gaya hidup tidak sehat, dan ketika mencapai usia kerja, mereka sibuk dengan pekerjaan dan tidak punya waktu untuk melakukan hal-hal seperti Pasalnya, aktivitas fisik cenderung menurun sehingga berdampak pada kesehatan. Tingginya angka kejadian hipertensi dapat menimbulkan masalah pada kesehatan miokard (Chotimah & Futriani, 2022). Cara pengegegan yang dapat dilakukan pasien antara lain berhenti merokok, aktivitas fisik seperti olahraga, pengendalian berat badan, penyesuaian pola makan, minum obat sesuai anjuran dokter, pemeriksaan elektrokardiogram secara rutin di rumah sakit, dan pemeriksaan laboratorium (Isnadiya et al., 2019).

Dalam hal ini peran perawat disini sebagai anggota tim kesehatan yaitu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CAD atau penyakit jantung koroner yang meliputi peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitas. Upaya promotif perawat berperan untuk memberikan pendidikan kesehatan yang berupa pengertian, penyebab, tanda dan gejala dari penyakit angina pektoris sehingga dapat mencegeah bertambahnya jumlah pasien. Upaya preventif, perawat memberi pendidikan kesehatan mengenai cara-cara pengegegan agar pasien tidak terpapar penyakit dengan membiasakan pola hidup sehat. Peran perawat dalam upaya kuratif memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah dan respon

pasien terhadap penyakit yang dialami. Lalu untuk peran perawat dalam upaya rehabilitatif adalah memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yang sudah terkena penyakit agar tidak terjadi komplikasi yang tidak diinginkan.

Berdasarkan pemaparan tersebut, untuk mengetahui bagaimana memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien pasien CAD (*Coronary Artery Disease*) Ruang jantung Gedung B Lantai 6 Kamar 612 RSUD Koja Jakarta Utara dengan menggunakan proses pendekatan keperawatan.

## **B. Tujuan penulisan**

### 1. Tujuan umum

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien asuhan keperawatan pasien kasus CAD (*Coronary Artery Disease*) dengan proses keperawatan secara komprehensif dengan GGK melalui proses pendekatan keperawatan.

### 2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian dengan CAD (*Coronary Artery Disease*)
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien CAD (*Coronary Artery Disease*)
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien CAD (*Coronary Artery Disease*)

- d. Mampu melaksanakan rencana asuhan keperawatan pada pasien CAD (*Coronary Artery Disease*)
- e. Mampu melaksanakan evaluasi pada pasien dengan CAD (*Coronary Artery Disease*)
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktek
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung. Menghambat serta mencari solusi / alternatif pemecahan masalah.
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CAD (*Coronary Artery Disease*)

### **C. Ruang Lingkup**

Dalam penelitian karya ilmiah ini, penulis hanya memfokuskan pembahasan satu kasus yaitu asuhan keperawatan pada pasien Ny.Y dengan CAD di ruang Kardiologi RSUD Koja dari tanggal 27 Mei sampai 29 Mei 2024. Asuhan keperawatan ini dengan menggunakan tahapan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, Implementasi, dan evaluasi.

### **D. Metode Penulisan**

Metode penulisan karya ilmiah ini, penulis menggunakan 2 metode yaitu deskriptif dan studi kepustakaan. Metode deskriptif adalah suatu metode yang berkaitan dengan pengumpulan dan penyajian suatu gugusan data, sehingga memberikan informasi yang berguna. Dalam penulisan karya ilmiah ini menggunakan proses keperawatan yang terdiri dari : melakukan wawancara ,

pengkajian fisik dan meminta penjelasan seperlunya dengan pihak pasien, tentang objek yang akan di teliti dalam hal penderita penyakit CAD, melakukan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi, merumuskan diagnosa keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Metode studi kepustakaan adalah pengumpulan data dengan membaca dan mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan penyakit pasien dan media elektronik atau internet.

#### **E. Sistematika Penulisan**

Penulisan karya tulis ilmiah ini di susun secara sistematika terdiri dari lima BAB, yaitu BAB I : Pendahuluan dari latar belakang masalah , tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup , sistematika penulisan . BAB II : Tinjauan teoritis meliputi pengertian, patofisiologi (etiologi, proses penyakit, manifestasi klinik, dan komplikasi) Penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis)Pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III : Tinjauan kasus meliputi pengkajian,diagnosa keperawatan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan BAB V:penutupan yang menguraikan, kesimpulan dan saran. Karya tulis ilmiah ini di lengkapi dengan daftar pustaka dan lampiran- lampiran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Definisi**

*Coronary Artery Disease*(CAD) adalah penyempitan atau penyumbatan arteri atau arteri-arteri yang memasok aliran darah ke otot jantung .Penyempitan ini di sebabkan oleh plak dimana kumpulan kolestrol pada dinding pembuluh darah,mengakibatkan ketidaknormalan dan penebalan garis arteri jantung beragsur-angsur (kondisi dikenal sebagai aterosklerosis). Penyempitan biasanya berkembang perlahan dalam beberapa tahun. (Black, 2019)

*Coronary Artery Disease*(CAD) banyak digunakan saat ini untuk menggambarkan kejadian kegawatan pada pembuluh darah koroner.*Coronary Artery Disease*(CAD) merupakan satu sindrom yang terdiri dari beberapa penyakit koroner yaitu, angina tak stabil (unstable angina), infark miokard non-elevasi ST, infark miokard dengan elevasi ST, maupun angina pektoris pasca infark atau pasca tindakan intervensi koroner perkutan. *Coronary Artery Disease* (CAD) merupakan keadaan darurat jantung dengan manifestasi klinis rasa tidak enak di dada atau gejala lain sebagai akibat iskemia miokardium (Oong, 2018)

## **B. Patofisiologi**

### 1. Etiologi

Penyebab *Coronary Artery Disease* (CAD) adalah suplai oksigen (*Oxygen supply*) yang tidak sesuai dengan kebutuhan (*Oxygen demand*) sel dan otot jantung sehingga menyebabkan ischemic dan kematian sel otot jantung (Sweis & Jivan, 2022). Beberapa hal yang menimbulkan kondisi tersebut diantaranya: Berkurangnya Suplai Oksigen Ke Miokard (*Supply*) Menurunnya suplai oksigen disebabkan oleh tiga faktor, antara lain

#### a. Faktor Pembuluh Darah

Pembuluh darah merupakan jalan darah menuju sel- sel jantung, Kondisi yang membuat darah tidak dapat mengalir dengan lancar adalah kerusakan atau gangguan. Coroner yang mengalami atherosclerosis, arterioclerosis, spasme dan arteritis. Aterosiderotik (atherosklerosis, arteriosklerosis) merupakan suatu penyakit di arteri besar dan sedang dimana lesi lemak yang disebut plak (plaque) Ateromatosa timbul pada permukaan dalam dinding arteri. Sehingga mempersempit bahkan menyumbat suplai aliran darah ke arteri bagian distal.

#### b. Faktor Sirkulasi

Sirkulasi berhubungan dengan kelancaran peredaran darah jantung ke seluruh tubuh dan kembali ke jantung. Sehingga faktor sirkulasi tidak akan lepas dari faktor pemompaan dan volume darah yang dipompakan. Kondisi

yang menyebabkan gangguan pada sirkulasi diantaranya kondisi gagal jantung, hipotensi

c. Faktor Darah

Darah merupakan pengangkut oksigen menuju seluruh bagian tubuh. Jika darah kurang, maka jalan (pembuluh darah) dan pemompaan jantung tidak bekerja maksimal. Hal itu dapat mengganggu daya angkut darah misalnya pada kondisi anemia, hipoksemia dan polisitemia.

1) Meningkatnya Kebutuhan Oksigen Tubuh (Demand)

Kebutuhan oksigen orang normal yang meningkat mampu dikompensasi diantaranya dengan meningkatkan denyut jantung untuk meningkatkan COP. Tetapi jika memiliki penyakit jantung, mekanisme kompensasi akan memperberat kondisinya. Karena kebutuhan oksigen semakin meningkat, sedangkan suplai oksigen tidak bertambah.

2) Akibat dari Kokain

CAD dapat disebabkan oleh intoksikasi kokain yang dapat meningkatkan aktivitas sistem saraf simpatik baik dengan meningkatkan pelepasan katekolamin dari simpanan perifer dan pusat. Peningkatan katekolamin merangsang frekuensi dan kontraktilitas

jantung. meningkatkan otomatis jaringan jantung dan risiko disritmia, dan vasokonstriksi. menyebabkan hipertensi.

## 2. Proses

Dasar patologi *Coronary Artery Disease* (CAD) adalah adanya ketidakseimbangan antara pasokan (*supply*) dan kebutuhan (*demand*) oksigen pada tingkat sel otot jantung. Arteri koroner merupakan cabang pertama dari aorta, yang terbagi menjadi dua yaitu a. koroner kanan dan a. koroner kiri. Jika a. koroner mengalami sumbatan karena emboli, trombus, ataupun penyempitan, maka jumlah darah yang akan sampai ke sel dan otot jantung akan berkurang, sehingga tidak cukup untuk mendukung aktivitas dan kehidupan sel jantung sehingga terjadi kematian sel dan otot jantung. Apalagi pada kondisi kebutuhan oksigen yang meningkat misalnya pada saat aktifitas berlebihan, peningkatan metabolisme, nyeri, stres fisik dan psikologis, maka jantung atau miocard yang sangat peka terhadap kekurangan oksigen, akan lebih mudah dan cepat mengalami iskemia, injuri, dan kemudian infark. (Grossman et al., 2023) Tidak semua bagian a. koroner mengalami sumbatan, sumbatan bisa hanya secara parsial (bagian kecil atau sedang). Jika sumbatan a. koroner sudah total, maka aliran darah di otot jantung terhambat sepenuhnya yang menyebabkan iskemia jaringan yang lama dan kerusakan sel ireversibel. Cedera selular

terjadi saat sel tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang cukup. Iskemia yang lama terjadi lebih dari 20-45 menit, hipoksia ireversibel menyebabkan nekrosis jaringan dan kematian seluler. Proses kematian sel dan otot jantung ditandai dengan rasa nyeri lokal maupun referal dan gangguan kelitrikan jantung, dan irama jantung.

### **3. Manifestasi klinis**

Gejala dan keluhan awal yang paling jelas adalah nyeri yang teramat sangat pada bagian dada alias Angina (nyeri dada). Angina terjadi saat otot jantung tidak mendapatkan pasokan darah kaya oksigen yang cukup. Pasien akan merasa dicubit atau merasakan suatu tekanan yang berat di dada. Perasaan dicubit tersebut dapat menyebar ke pundak, lengan, leher, dan punggung kiri atau bisa juga seperti menembus dari depan dada ke punggung. Rasa nyeri dapat muncul dan menjadi lebih parah saat pasien sedang melakukan aktivitas, misalnya berolahraga. Tekanan mental psikologis dan emosi yang kuat tersebut dapat menyebabkan Angina. Salah satu gejala lain adalah kesulitan bernapas, jantung tidak menyebarkan darah kaya oksigen yang dibutuhkan tubuh mual, muntah, dan keringat dingin. (Brunner & Suddath, 2018). Selain itu, cairan berkumpul di paru-paru menyebabkan kesulitan bernapas bertambah parah. (Black, 2019) menambahkan gejala kliniknya meliputi:

- a. Terbentuknya thrombus yang menyebabkan darah sukar mengalir ke otot jantung dan daerah yang diperdarahi menjadi terancam mati .

- b. Rasa nyeri, rasa terjepit, kram, rasa berat atau rasa terbakar di dada (angina). Lokasi nyeri biasanya berada di sisi tengah atau kiri dada dan berlangsung selama lebih dari 20 menit. Rasa nyeri ini dapat menjalar ke rahang bawah, leher, bahu dan lengan serta ke punggung. Nyeri dapat timbul pada waktu istirahat. Nyeri ini dapat pula timbul pada penderita yang sebelumnya belum pernah mengalami hal ini atau pada penderita yang pernah mengalami angina, namun pada kali ini pola serangannya menjadi lebih berat atau lebih sering.

#### **4. Komplikasi**

Selain gejala-gejala yang khas di atas, bisa juga terjadi penderita hanya mengeluh seolah pencernaannya terganggu atau hanya berupa nyeri yang terasa di ulu hati. Keluhan di atas dapat disertai dengan sesak, muntah atau keringat dingin, perubahan BB, gerakan menjadi lamban, pingsan, cemas dan gelisah. Komplikasi tertinggi akut infark adalah aritmia, aritmia sering memberikan komplikasi Ventrikel Fibrilasi sehingga pasien 95 % meninggal sebelum sampai rumah sakit. Selain itu meliputi disfungsi ventrikel kiri/ gagal jantung dan hipotensi/ syok kardiogenik. (Sabitson, 2019).

### C. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medik, dalam Lewis, 2019 yaitu:

- a) PTCA (*Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty*), teknik kateter berujung balon dengan panduan rontgen yang menuju arteri yang mengalami sumbatan.
- b) Aterektomi Koroner Direksional, mengurangi stenosis arteri koroner dengan mengekstraksi dan mengangkat plak ateromatosa.
- c) Stent Intrakoroner, untuk mengurangi stenosis ulang dan penutupan mendadak arteri koroner akibat komplikasi angioplasty koroner.
- d) Ablasi Laser, digunakan bersama dengan angioplasty balon untuk menguapkan plak aterosklerotik.
- e) Revaskularisasi transmikoronal, suatu tipe kateter laser terbaru dalam prosedur *transmikoronal revaskularization* (TMR) dapat membantu pasien untuk tidak dibedah. (Lewis,2019)
- f) Aspirin, terapi ini sebagai pengobatan dan pencegahan angina pectoris dan infark miokardial, demam, nyeri..
- g) Clopidogrel, Clopidogrel adalah obat golongan antiagregasi trombosit atau antiplatelet yang bekerja secara selektif menghambat ikatan Adenosine Di-Phosphate (ADP) pada reseptor ADP di platelet, yang sekaligus dapat menghambat aktivasi kompleks glikoprotein GPIIb/IIIa yang dimediasi oleh ADP, yang dapat menimbulkan penghambatan terhadap agregasi platelet. Clopidogrel tidak menghambat aktivitas dari enzim fosfodiesterase

yang berpengaruh dalam siklus AMP, jadi tidak mempunyai efek vasodilatasi.

- h) Lovenox, Obat ini termasuk dalam golongan antikoagulan, bertujuan untuk mencegah dan pengobatan gangguan trombo emboli arteri dan vena dan MCI.
- i) ISDN, Diberikan untuk mencegah toleransi terhadap nitrat. Jika diperlukan, diberikan bersama dengan gliserilnitrat semprot. Obat yang umum digunakan yaitu antiangina (senyawa nitrat, penghambat beta, penghambat kanal kalsium) dan asetosal (Isselbacher, 2020).
- j) Bisoprolol, diindikasikan untuk pengobatan hipertensi, bisa juga digunakan sebagai monoterapi atau kombinasi dengan antihipertensi golongan lain.
- k) Simvastatin, bertujuan untuk menurunkan kolesterol LDL dan kolesterol total pada hiperkolesterolemia primer dan sekunder bila pengaturan pola makan (diet) dan tindakan non-farmakologikal lainnya tidak mencukupi.
- l) Laxadine, Obat laxadine merupakan golongan obat pencahar. Obat ini diberikan bertujuan untuk menghindari mencedakan karena dapat mencegah vagal refleks pada saat buang air besar dan dapat mengurangi beban otot jantung.
- m) Diazepam, untuk pengobatan jangka pendek pada gejala ansietas. Sebagai terapi tambahan untuk meringankan spasme otot rangka

karena inflamasi atau trauma; neuropathic (kelainan motorik serebral, paraplegia). Digunakan juga untuk meringankan gejala-gejala pada penghentian alkohol akut dan premedikasi anestesi. Pada terapi ini dengan tujuan pasien dapat istirahat sehingga konsumsi oksigen menurun. Pasien dalam keadaan gelisah dan stress dapat menyebabkan kebutuhan O<sub>2</sub> meningkat dan memperberat kerja jantung. (Tinggi et al., 2023)

- n) CK-MB merupakan suatu enzim yang dilepaskan saat terjadi cedera otot dan memiliki 3 fraksi isoenzim, yaitu CK-MM, CK-BB, dan CK-MB. CK-BB paling banyak terdapat pada jaringan otak dan biasanya tidak terdapat dalam serum. Peningkatan dan penurunan CK dan CK-MB merupakan pertanda cedera otot yang paling spesifik seperti infark miocardium. Setelah infark miocardium akut, CK dan CK-MB meningkat dalam waktu 4 hingga 6 jam dengan kadar puncak dalam 18 hingga 24 jam dan kembali menurun hingga normal setelah 2 hingga 3 hari. (Hudak & Gallo 2019)
- o) Trombolitik: dengan trombolitik pada STEMI dan left bundle branch block (LBBB) baru, dapat menurunkan mortalitas dalam waktu pendek sebesar 18% 29, namun tidak menguntungkan bagi kasus APTS dan NSTEMI. Walaupun tissue plasminogen activator (t-PA) kombinasi dengan Aspirin dan dosis penuh UFH adalah superior dari Streptokinase, hanya 54% pasien mencapai aliran normal pada daerah infark selama 90 menit 30,31,32,33.

p) Kateterisasi Jantung: selain penggunaan obat-obatan, teknik kateterisasi jantung saat ini juga semakin maju. Tindakan memperdarahi (melalui pembuluh darah) daerah yang kekurangan atau bahkan tidak memperoleh darah bisa dilaksanakan dengan membuka sumbatan pembuluh darah koroner dengan balon dan lalu dipasang alat yang disebut stent. Dengan demikian aliran darah akan dengan segera dapat kembali mengalir menjadi normal. (Muttaqin, A. 2018).

## 2. Penatalaksanaan Keperawatan

- a) Hindari makanan kandungan kolesterol yang tinggi, kolesterol jahat (LDL) dikenal sebagai penyebab utama terjadinya aterosklerosis yaitu pengerasan pada dinding pembuluh darah terutama di jantung, otak, ginjal dan mata.
- b) Diet rendah garam dan lemak pada makanan
- c) Konsumsi makanan yang berserat tinggi
- d) Merubah gaya hidup, anjurkan klien untuk berhenti merokok
- e) Menurunkan berat badan apabila mengalami kelebihan berat badan sehingga lemak tubuh bersama sama dengan menurunnya LDL kolesterol.
- f) Menurunkan tekanan darah, dengan cara mengontol tekanan darah secara rutin. (Brunner & Suddath, 2018).

#### **D. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan dalam Muttaqin A, 2014 yaitu;

1. **Keluhan Utama:** Keluhan utama diperoleh dengan menanyakan gangguan apa yang paling dirasakan klien hingga klien membutuhkan pertolongan. Keluhan utama pada klien dengan gangguan kardiovaskuler secara umum antara lain: sesak napas, batuk, nyeri dada, pingsan, berdebar- debar, cepat lelah. Nyeri dada kardiovaskuler merupakan salah satu keluhan utama yang dikemukakan klien.
2. **Riwayat Penyakit Sekarang**  
Pengkajian ini berkaitan dengan kardio vaskuler, misalnya sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi, bagaimana sifat dan berat keluhan, dimana pertama kali timbul, apa yang sedang dilakukan ketika keluhan terjadi, keadaan apa yang memperberat atau memperingan keluhan, adakah usaha untuk mengatasi keluhan selim meminta pertolongan, berhasil atau tidak. Tanyakan pada klien apakah baru-baru ini mendapat obat-obatan. Klien seringkali menjelaskan warna, dosis dminta klien untuk menunjukkannya.
3. **Riwayat Penyakit Dahulu**  
Perawat menanyakan pada klien tentang penyakit yang pernah dialami klien sebelumnya. Misalnya apa klien pernah dirawat sebelumnya, dengan penyakit apa, apakah pernah dirawat dengan sakit yang berat.
4. **Riwayat pengobatan yang lalu dan Alergi**

Adakah obat-obatan yang lalu yang masih relevan dengan penyakit saat ini, obat-obatan meliputi kortikosteroid dan antihipertensi. Catat adanya efek samping dan alergi yang timbul.

5. Riwayat Keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, anggota keluarga yang meninggal dan penyebab kematian. Penyakit jantung iskemik pada orang tua pada usia muda merupakan resiko factor utama terjadinya jantung iskemik pada keturunannya. Beberapa penyakit menurun seperti Hipertensi, DM

6. Riwayat Pekerjaan dan Pola hidup

Perawat menanyakan situasi kerja dan lingkungannya

Kebiasaan sosial: perawat menanyakan kebiasaan dan pola hidup seperti minum alcohol atau obat tertentu.

Kebiasaan merokok: berapa batang perhari, sudah berapa lama, jenis rokok.

Dalam pengajuan pertanyaan pada klien, melihat kondisi klien. Apabila klien kesulitan dalam berkomunikasi ajukan pertanyaan tertutup, Ya atau Tidak, atau dengan gerakan tubuh: mengangguk atau menggeleng.

7. Riwayat Psiko-Sosio-Spiritual

Pada pengkajian psikohis perawat memperhatikan persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme coping, respon emosi klien terhadap penyakit dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul seperti.,

ketakutan akan kecatatan, rasa cemas, rasa ketidak mampuan melakukan aktivitas sehari-hari, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (citra tubuh)

#### 8. Pengkajian Fisik

Pengkajian Fisik pada klien dengan kardiovaskuler meliputi pemeriksaan fisik per sistem, yaitu; observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengkajian fokus B1-B6.

##### a) Keadaan Umum

Perawat mengkaji keadaan umum klien, kesadaran klien; Composmentid, somnolen, koma, dsb dan pengukuran GCS.

##### b) Tanda- Tanda Vital: Nadi: palpasi irama, ciri denyutan, isi nadi dan keadaan pembuluh darah. Tekanan darah, Suhu Badan, Respirasi

##### c) B1 (Breathing)

Klien terlihat sesak melebihi normal, dan keluhan napas seperti tercekik, dispneu, orthopneu, Dispneu Noktural Proksimal (DNP), Batuk, sianosis.

##### d) B2 (Blood)

Denyut nadi perifer melemah, sinus takikardi, bunyi jantung tambahan S2 dan S3, kulit tampak pucat, teraba dingin.

##### e) B3 ( Brain)

Kesadaran klien kompos mentis, sering ditemukan sianosis perifer apabila terjadi gangguan perfusi jaringan berat, wajah meringis, menangis, merintih, merenggang dan menggeliat

## f) B4 (Bladder)

Perfusi ginjal yang menurun mengakibatkan anuria dengan keluaran kemih kurang dari 20 ml/jam. Dengan emarin berkurangnya curah jantung biasanya menurunkan pula keluaran kemih.

## g) B5 (Bowel)

Ditemukan hepatomegaly dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar. Anoreksia dan mual akibat pembesaran vena si dalam rongga abdomen

## h) B6 (Bone)

Edema setring dipertimbangkan apabila gagal ventrikel kanan telah terjadi. Mudah lelah akibat curah jantung yang berkurang yang dapat menghambat pembuangan hasil katabolisme.

### **E. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan CAD Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017) diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) .Menurut Lewis et al., (2019); Tim Pokja SDKI PPNI, (2017) diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien CAD/penyakit jantung koroner adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis iskemik miokard.
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap kematian.
4. Risiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan irama jantung.
5. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
6. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah.
7. Risiko kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi.

#### **F. Perencanaan keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah segala bentuk *treatment* yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018). Perencanaan keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung koroner adalah sebagai berikut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI PPNI, 2019):

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemik miokard)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun.

Kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik

## Intervensi : Manajemen nyeri

### a. Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

### b. Terapeutik

- 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

### c. Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- 5) Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

#### d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, dan gaya hidup monoton

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat.

Kriteria Hasil : frkuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, keluhan lelah menurun, dyspnea saat aktivitas menurun, dyspnea setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, aritmia saat aktivitas menurun, aritmia setelah aktivitas menurun, sianosis menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, EKG iskemia membaik

Intervensi : Manajemen energi

#### a. Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 3) Monitor pola dan jam tidur
- 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

b. Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
- 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

c. Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

3. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun.

Kriteria hasil: verbalisasi kebingungan menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik.

Intervensi : terapi relaksasi

a. Observasi

- 1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- 2) Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- 3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya
- 4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan
- 5) Monitor respons terhadap terapi relaksasi

b. Terapeutik

- 1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
- 2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
- 3) Gunakan pakaian longgar
- 4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
- 5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai.

c. Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia  
(mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
- 2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
- 3) Anjurkan mengambil posisi nyaman
- 4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- 5) Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih
- 6) Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

4. Risiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas dan perubahan preload.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pertukaran curah jantung meningkat

Kriteria hasil : kekuatan nadi perifer meningkat, ejection fraction (ef) meningkat, palpitasi menurun, bradikardia menurun, takikardia menurun, gambaran ekg aritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dispnea menurun, oliguria menurun, pucat/sianosis menurun, paroximal nocturnal dyspnea (pnd) menurun, ortopnea menurun, batuk menurun, suara jantung s 3 menurun, suara jantung s4 menurun, tekanan darah membaik, pengisian kapiler membaik

Intervensi : Perawatan Jantung Akut

- a. Observasi

- 1) Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi, dan frekuensi)
- 2) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- 3) Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T
- 4) Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia (mis: kalium, magnesium serum)
- 5) Monitor enzim jantung (mis: CK, CK-MB, Troponin T, Troponin I)
- 6) Monitor saturasi oksigen
- 7) Identifikasi stratifikasi pada sindrom koroner akut (mis: skor TIMI, Killip, Crusade)

b. Terapeutik

- 1) Pertahankan tirah baring minimal 12 jam
- 2) Pasang akses intravena
- 3) Puaskan hingga bebas nyeri
- 4) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress
- 5) Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan
- 6) Siapkan menjalani intervensi koroner perkutan, jika perlu
- 7) Berikan dukungan emosional dan spiritual

c. Edukasi

- 1) Anjurkan segera melaporkan nyeri dada
- 2) Anjurkan menghindari manuver Valsava (mis: mengedan saat BAB atau batuk)

- 3) Jelaskan Tindakan yang dijalani pasien
- 4) Ajarkan Teknik menurunkan kecemasan dan ketakutan

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antiplatelet, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian antianginal (mis: nitrogliserin, beta blocker, calcium channel blocker)
- 3) Kolaborasi pemberian morfin, jika perlu
- 4) Kolaborasi pemberian inotropic, jika perlu
- 5) Kolaborasi pemberian obat untuk mencegah manuver Valsava (mis: pelunak tinja, antiemetik)
- 6) Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan, jika perlu
- 7) Kolaborasi pemeriksaan x-ray dada

5. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat.

Kriteria hasil: asupan cairan meningkat, haluaran urin meningkat, kelembaban membran mukosa meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, asites menurun, konfusi menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik, membran mukosa membaik, mata cekung membaik, turgor kulit membaik, berat badan membaik

Intervensi : Manajemen hipervolemia

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)
  - 2) Identifikasi penyebab hypervolemia
  - 3) Monitor status hemodinamik
  - 4) Monitor intake dan output cairan
  - 5) Monitor tanda hemokonsentrasi
  - 6) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma
  - 7) Monitor kecepatan infus secara ketat
  - 8) Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)
  - 9) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
  - 10) Batasi asupan cairan dan garam
  - 11) Tingikan kepala tempat tidur 30-40°
  - 12) Anjurkan melapor jika haluaran urin  $<0,5$  ml/kg/jam dalam 6 jam
  - 13) Anjurkan melapor jika BB bertambah  $>1$  kg dalam sehari
  - 14) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin
  - 15) Ajarkan cara membatasi cairan
  - 16) Kolaborasi pemberian diuretic
  - 17) Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretic.
  - 18) Kolaborasi pemberian Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT), jika perlu.
6. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi perifer membaik

Kriteria hasil: Menunjukkan denyut nadi perifer meningkat dan akril, turgor kulit, tekanan darah sistolik, tekanan darah diastolik, tekanan arteri rata-rata menurun.

Intervensi : Perawatan Sirkulasi

- 1.) Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
- 2.) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)
- 3.) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas
- 4.) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi.
- 5.) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi.
- 6.) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
- 7.) Lakukan pencegahan infeksi
- 8.) Lakukan hidrasi
- 9.) Anjurkan berolahraga dengan rutin
- 10.) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
- 11.) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- 12.) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta

- 13.) Anjurkan program rehabilitasi vaskular
  - 14.) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
  - 15.) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
7. Risiko kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi.
- Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat
- Kriteria hasil : mampu mempertahankan integritas kulit dan mampu mendemostrasikan perilaku atau teknik untuk mencegah kerusakan kulit.
- Intervensi :
- 1) Kaji kulit adanya perubahan sirkulasi dan pigmentasi
  - 2) Beri masasege lembut di sekitar area yang pucat dan kemerahan
  - 3) Anjurkan pasien untuk mengubah posisi dengan sering dan latih rentang gerak (ROM) aktif dan pasif
  - 4) Jaga kebersihan kulit dan seminimal mungkin hindari trauma, panas terhadap kulit
  - 5) Berikan perawatan kulit secara berkala.

## G. Pelaksanaan keperawatan

Setelah dilakukan intervensi keperawatan, tahap selanjutnya yang dilakukan adalah implementasi yaitu tindakan atau aplikasi yang dilakukan sesuai rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda disesuaikan dengan kondisi saat itu dan kebutuhan yang dirasakan oleh pasien, implementasi keperawatan memerlukan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut harus dilakukan (Rohmah & Walid, 2016).

Menurut (Doenges, 2018) tindakan keperawatan dalam pelaksanaannya dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktek keperawatan, terdiri dari:

1. Independen

Tindakan keperawatan yang dilakukan mandiri oleh perawat tanpa berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, dilakukan dengan keputusan sendiri dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia.

2. Dependen

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum atau perawat kepala kepada pelaksana berdasarkan pelimpahan tugas atau instruksi.

3. Interdependen

Tindakan keperawatan yang dilakukan dengan kolaborasi dengan tim kesehatan lain, bukan hanya perawat dan dokter saja, tetapi dengan seluruh tenaga kesehatan yang ada.

## H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan rencana intervensi dan implementasinya, evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan pasien. (Jainurakhma et al., 2021)

Menurut Doenges (2018) ada dua tipe evaluasi keperawatan yaitu:

### 1. Evaluasi formatif

Evaluasi ini berisi hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien pada saat dilakukan tindakan keperawatan yang kemudian dilakukan pendokumentasian. Perumusan evaluasi formatif meliputi empat kompone yang disebut istilah SOAP, yaitu S (subyektif) yang berisi keluhan pasien, O (Obyektif) yang berisi hasil pemeriksaan, A (analisa data) berisi perbandingan data dengan teori dan P (perencanaan) yang berisi rencana keperawatan lebih lanjut untuk pasien.

### 2. Evaluasi sumatif

Merupakan evaluasi akhir yang dilakukan setelah tindakan keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi ini kesimpulan dari analisa dan observasi sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Metode yang digunakan dalam evaluasi sumatif ini adalah wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon pasien dan keluarga setelah melakukan tindakan keperawatan, dan mengadakan pertemuan pada pasien.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini, penulis menjelaskan tentang perawatan Ny.Y.Akibat Coronary artery disease (CAD), pada tanggal 27 Mei-29 Mei 2024 di Ruang Kardiologi RSUD Koja, Jakarta Utara. Sesuai tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

##### **1. Identifikasi pasien**

Berdasarkan hasil pengkajian yang di peroleh dari data antara lain, pasien bernama Ny.Y dengan usia 50 tahun, jenis kelamin Perempuan, beragama Islam, status sudah menikah, pendidikan tamat SMP, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, suku bangsa Sunda, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, alamat Jl.Kmp Lanji NO.16 , Jakarta Utara, sumber biaya yang digunakan BPJS Kelas 3, sumber informasi berasal dari keluarga pasien dan pasien, pasien masuk pada tanggal 24 Mei 2024 di Ruang Kardiologi nomor register 2405241702 dengan diagnosa medis Coronary artery disease (CAD) .

## 2. Resume

Pasien di antarkan ke RS.koja pada tanggal 24 Mei 2024 dengan keluhan sesak napas memberat sejak jam 21.30,sebelum di antar ke Rs.Koja pasien meminum obat yang di beli dari warung (napasin) dan setelah sampai di IGD Koja pasien langsung di cek TTV: TD:208/124mmHg, HR:145/menit, RR: 32/menit. Pasien mendapatkan infus asering 500ml/12jm,obat condesartan 4mgx1,cedocard 2mg/jam,dan pasien terpasang nasak kanul 3tpm, GCS E4M6V5 (Compos Mentis) pasien juga menderita penyakit jantung dari umur 12tahun, dan memiliki riwayat hipertensi sudah hampir 4thn. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien adalah penurunan curah jantung,gangguan pertukaran gas,dan intoleransi aktivitas

## 3. Riwayat Kesehatan

### a. Riwayat kesehatan sekarang

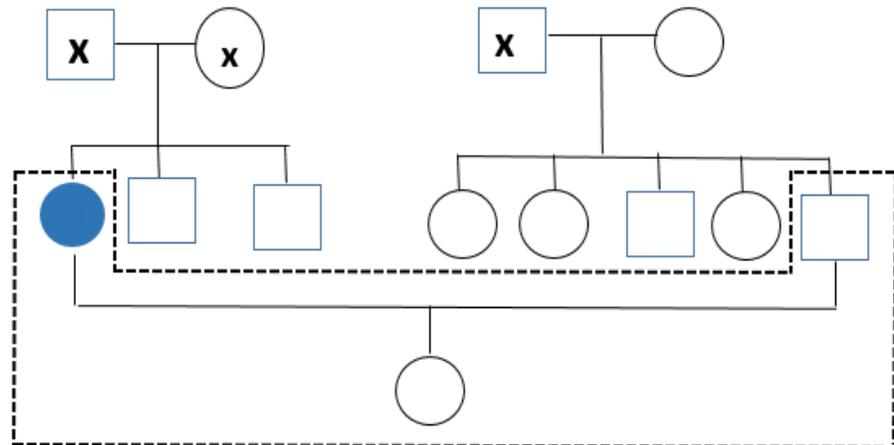
Keluhan utama pasien saat ini sesak hilang timbul faktor pencetusnya karena pasien memiliki riwayat jantung dari umur 12 tahun dan keluarga pasien kurang memahami mengenai penyakit jantung yang di derita dari umur 12 tahun itu. Sesak timbul secara mendadak lamanya kurang lebih 2jam,upaya mengatasi pasien berkunjung ke rumah sakit

### b. Riwayat kesehatan masalalu

Pasien memiliki riwayat penyakit jantung dari umur 12 tahun dan hipertensi kurang lebih 4 tahun yang lalu namun tidak sering kambuh karena jika tensi pasien naik pasien langsung meminum obat yang di beli dari apotik, pasien mengatakan pasien tidak memiliki alergi

terhadap makanan ataupun obat, riwayat obat yang dikonsumsi hanya obat hipertensi namun saat di kaji pasien lupa dengan nama obat yang di konsumsi saat tensi tinggi.

c. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan:

- ⊗ : Sudah Meninggal
- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Berhubungan
- : Tinggal Satu Rumah
- : Pasien

d. Penyakit yang pernah di derita anggota keluarga yang menjadi faktor resiko.

Pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit seperti yang di derita oleh pasien yaitu penyakit jantung koroner

e. Riwayat psikososial

Pasien mengatakan orang terdekat dengannya saat ini adalah suami dan anaknya, pola komunikasi yang diterapkan adalah pola komunikasi dua arah dan suami pasien , pasien tidak mengikuti kegiatan masyarakat namun pasien sering bersosialisasi dengan tetangga. Mekanisme koping yang dilakukan oleh pasien ketika stres adalah dengan minum obat, dan saat ini yang dipikirkan oleh pasien adalah kesehatannya, pasien berharap ingin cepat sembuh, pasien juga mengatakan bahwa selama sakit pasien tidak dapat bekerja dan beraktivitas tidak ada nilai-nilai kepercayaan yang bertentangan. Pasien mengatakan selalu beribadah atau sholat lima waktu. Kondisi lingkungan tempat tinggal dan rumah pasien saat ini cukup bersih namun suami pasien perokok.

f. Pola kebiasaan

1) Pola nutrisi

**Sebelum sakit:** Pasien makan 3 kali sehari nafsu makannya baik makanan yang dihabiskan satu porsi tidak ada makanan yang tidak disukai dan juga tidak ada makanan yang membuat alergi dan makanan pantangan pasien juga tidak memiliki makanan untuk diet.

**Sesudah sakit:** Frekuensi makan pasien 3 kali sehari nafsu makan baik pasien menghabiskan satu porsi makanan tidak ada makanan yang tidak disukai serta dapat membuat alergi serta pasien tidak memiliki makanan pantangan, pasien mengkonsumsi makanan diit tinggi protein penggunaan obat-obat sebelum makan tidak ada.

## 2.) Pola Eliminasi

**Sebelum sakit:** Pasien buang air kecil 4 kali sehari warna kuning bening, pasien tidak memiliki keluhan saat berkemih serta tidak menggunakan alat bantu. Pasien buang air besar satu kali sehari waktunya tidak tentu warna feses coklat konsistensi padat, serta tidak menggunakan laksatif.

**Sesudah sakit:** Frekuensi buang air kecil pasien 3 sampai 4 kali sehari warna kuning pasien tidak memiliki keluhan saat buang air kecil serta tidak menggunakan alat bantu. Frekuensi buang air besar pasien 1 kali sehari waktunya tidak tentu warna feses coklat konsistensi padat serta tidak menggunakan laksatif.

## 3) Pola personal hygiene

**Sebelum sakit:** Pasien mandi dua kali sehari pagi dan sore pasien menggosok gigi dua kali sehari pagi dan sore. Pasien mencuci rambutnya dua kali seminggu.

**Setelah sakit:** Pasien mandi dua kali sehari pagi dan sore serta menggosok gigi dua kali sehari pagi dan sore. Pasien mencuci rambutnya dua kali seminggu.

#### 4) Pola istirahat dan tidur

**Sebelum sakit:** Pasien tidur siang tidak tentu dan tidur malam kurang lebih 7 jam, pasien tidak memiliki kebiasaan tertentu sebelum tidur.

**Setelah sakit:** Pasien mengeluh sulit tidur, tidur pasien selama sakit kurang lebih 4jam . pasien juga mengatakan dada terasa sesak seperti tertimpa benda berat yang kadang-kadang hilang timbul, pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan tertentu sebelum tidur.

#### 5) Pola aktivitas dan latihan

**Sebelum sakit:** Pasien tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga, pasien tidak melakukan olahraga

**Setelah sakit:** Pasien tidak melakukan aktivitas apa-apa karena kegiatan pasien di batasi

#### 6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

**Sebelum sakit:** Pasien tidak memiliki kebiasaan merokok ,pasien tidak memiliki riwayat mengkonsumsi minuman keras ataupun narkotika.

**Setelah sakit:** Pasien tidak merokok.

### 4. Pengkajian Fisik

#### a) Pemeriksaan fisik umum

Pemeriksaan fisik umum didapatkan berat badan pasien 50 kg dengan tinggi badan 158 cm. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah didapatkan 152/66 mmHg, Nadi 76 kali per menit, frekuensi nafas 22 kali per menit, suhu tubuh pasien 36,5 derajat Celcius.

Keadaan umum pasien: pasien tampak sakit sedang, tidak ditemukan adanya pembesaran pada kelenjar getah bening.

b) Sistem penglihatan

Hasil pemeriksaan sistem penglihatan didapatkan hasil pemeriksaan kedua mata pasien simetris dengan kelopak mata normal pergerakan bola mata dalam batas normal, konjungtiva merah muda, kornea tampak normal, sklera ikterik, pupil isokor, tidak ditemukan kelainan, fungsi penglihatan baik, tidak ditemukan tanda-tanda radang, dan tidak menggunakan lensa kontak, reaksi terhadap cahaya positif, pasien tidak menggunakan kacamata.

c) Sistem pendengaran

Daun telinga pasien tampak normal, tidak ada tanda serumen, kondisi telinga bagian tengah pasien normal, tidak ditemukan adanya cairan dari telinga, pasien tidak merasa penuh di telinga serta tidak ditemukan adanya tinitus. Fungsi pendengaran pasien cukup baik, tidak ditemukan adanya gangguan keseimbangan serta tidak menggunakan alat bantu.

d) Sistem wicara

Bicara pasien lancar dan jelas serta pasien tidak memiliki masalah pada sistem bicara

e) Sistem pernapasan

Hasil pemeriksaan sistem pernapasan ditemukan jalan nafas pasien bersih, namun tampak sesak terutama ketika beraktivitas. Pasien

tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi nafasnya 22 kali per menit, irama teratur, pernapasan pasien spontan dengan kedalaman nafas dalam. Pada pemeriksaan palpasi dada tidak terdapat benjolan dan krepitasi, terdengar suara sonor pada perkusi dada, terdengar suara pernapasan vaskuler, dan pasien tidak merasakan nyeri saat bernapas serta tidak menggunakan alat bantu pernapasan.

f) Sistem kardiovaskuler

1. Sirkulasi perifer

Hasil pemeriksaan sistem kardiovaskuler denyut teraba lemah didapatkan nadi pasien 76 kali per menit, irama tidak teratur serta denyut nadi teraba lemah, tekanan darah 122/66 mmHg, tidak ditemukan adanya distensi vena jugularis, temperatur kulit teraba hangat, hasil pemeriksaan CRT kurang dari 2 detik, tidak ditemukan adanya edema .

2. Sirkulasi jantung

Pemeriksaan kardiovaskular menunjukkan irama tidak teratur dan tidak ada bunyi jantung abnormal. Pasien mengalami sesak memberat seperti di tekan dengan skala nyeri 4.

g) Sistem Hematologi

Hasil pemeriksaa hematologi tidak tampak pucat serta tidak di temukan adanya pendarahan.

h) Sistem saraf pusat

Pemeriksaan sistem saraf pasien tidak ada keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran compos mentis skor GCS 15, dan pemeriksaan juga menunjukkan pasien tidak menunjukkan tanda-tanda peningkatan TIK, hasil pemeriksaan reflek fisiologis serta reflek patologis tidak di temukan kelainan

i) Sistem pencernaan

Hasil pemeriksaan sistem pencernaan adalah sebagai berikut: Gigi pasien tidak ada gigi berlubang, tidak menggunakan gigi palsu, tidak terlihat stomatitis, dan lidah tampak bersih. Kandungan air liur normal, muntah tidak terdeteksi. tidak ada rasa sakit perut, saat pemeriksaan liver pasien tidak ada diare dan sembelit. saat diperiksa bagian perutnya tidak terlihat jelas. Perut pasien lunak.

j) Sistem endokrin

Hasil pemeriksaan endokrin tidak di dapatkan adanya pembesaran kelenjar tiroid serta tidak di temukan adanya luka ganggren

k) Sistem urogenital

Pemeriksaan sistem kemih menunjukkan keseimbangan cairan pasien, intake 1000 ml, output urin 950 ml, tidak ada perubahan pola berkemih, urin berwarna kuning, tidak ada distensi kandung kemih, dan tidak ada kelainan saluran kemih. Tidak ada keluhan nyeri pinggang.

l) Sistem integumen

Hasil pemeriksaan sistem integumen temperatur kulit pasien 36,5C, teraba hangat, keadaan kulit pasien baik, tidak tampak adanya luka, tidak ditemukan kelainan pada kulit pasien, kondisi sekitar pemasangan infus tampak baik tidak ada tanda-tanda pelebitis, keadaan rambut pasien baik dan bersih.

m) Sistem muskuloskeletal

Pemeriksaan muskuloskeletal menunjukkan bahwa pasien tidak memiliki masalah pergerakan dan tidak ada nyeri tulang atau sendi, patah tulang, kelainan bentuk sendi, kondisi struktur tulang belakang, tonus otot baik.

Kekuatan otot:

55 5 5	5 5 5 5
5 5 55	5 5 5 5

## 5. Data Tambahan

Pasien sudah cukup memahami penyakit yang di deritanya apa itu jantung koroner, namun pasien masih belum memahami makanan pantangan apa saja yang tidak boleh di konsumsi oleh penderita jantung.

## 6. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 24 mei 2024: Natrium(Na) 143 mEq/L (135-147), Kalium(K) 3.51 mEq/L(3.5-5.0), **Troponin I (hs-cTnI) 32.50 Ng/L(<29)**, Ureum 23.5 mg/dL(16.6-48.5), Kreatinin 1.11 mg/dL(0.51-0.95), **eGFR (CKD-EPI) 60.6 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>** , Glukosa

sewaktu 263 mg/dL(70-200), Hemoglobin 13.1g/d L(12.5-16.0), Hematokrit 41.3% (37.0-47.0), Eritrosit 5.17 Juta/uL(4.20-5.40) , MCV 80 fL(78-100), **MCH 25pg (27-31)**, MCHC 32g/dL(32-36), RDW-CV 13.2%(11.5-14.0), **Troboosit 38310<sup>3</sup>/uL(182-369)**, **Leukosit 42.20 10<sup>3</sup>/uL(4.00-10.50)**, Eosinofil 0.5%(0.7-5.8), Basofil 0.4%(0.1-1.2), **Neutrofil 73.2 % (34.0-71.1)**, Limfosit 22.6 % (19.3-51.7) , **Monosit 3.3%(4.7-12.5)**, **PH 7.223(7.350-7.450)**, **pCO2 53.3 mmHg(32.0-45.0)**, **pO2 218.8 mmHg(95.0-100)**, HCO<sub>3</sub> 22.2 mEq/L(21.0-28.8), **Base Excess -5.7 mmol/L(-2.1-+2.5)**, O<sub>2</sub> Saturation 99.9 % (94.00-100.00), Hasil EKG pada tanggal 25 mei 2024: didapatkan ST elevasi.

## 7. Penatalaksanaan

Infus Asering 500ml/24 jam, Cedocard inj 2mg/jam, Lasik inj 40mg/24jam, Ceftriaxone 2gr/24jam, CPG 75mg/24jam, Candesartan 4mg/24jam, Spironolacton 25mg/24jam, NAC 200mg 3x1, Atorvastatin 20mg, Inhalasi (pulmicort) 3x1 nebu.

## 8. Data Fokus

### a. Data subjek

Pasien mengatakan sesak seperti ditekan ,pasien mengatakan sesaknya hilang timbul,pasien mengatakan lemas ,pasien mengatakan cemas jika penyakitnya timbul lagi, pasien mengatakan masih bingung makanan apa saja yang tidak boleh dikonsumsi untuk penderita jantung ,pasien mengatakan sudah sakit jantung dari umur 12 tahun ,pasien mengatakan pusing pasien mengatakan bahwa dirinya cepat kelelahan,pasien

mengatakan susah tidur,pasien mengatakan sesak jika beraktivitas yang berlebih,pasien mengataka juga bahwa memiliki hipertensi kurang lebih 4thn.

**b. Data objek**

Pasien tampak lemas ,pasien tampak masih sesak ,pasien mendapatkan obat inhalasi (combivent,pulmicort) ,pasien tampak pucat, pasien masih tampak gelisah ,pasien dibantu keluarga aktivitasnya ,pasien dan suami masih tampak bingung saat ditanya mengenai makanan pantangan untuk penderita jantung, PCO<sub>2</sub> meningkat(\*53.3mmHg), PO<sub>2</sub> Meningkat (\*218.8mmHg),PH menurun (\*7.223), HCO<sub>3</sub> normal(22.2mq/L), hasil AGD: asidosis metabolik terkompensasi,TTV :TD:152/66 mmHg N:76x/menit S:36,5 RR:21x/menit,Pasien tampak mengkonsumsi makanan yang berminyak (gorengan)

**9. Analisa Data**

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: - pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan sesak seperti ditekan - pasien mengatakan sesaknya hilang timbul	Penurunan curah jantung	Perubahan Afterload

	<p>- pasien mengatakan sudah sakit jantung dari umur 12 tahun</p> <p>DO:</p> <p>-Pasien tampak pucat</p> <p>-pasien masih tampak sesak</p> <p>-pasien tampak lemas</p> <p>-Tensi pasien meningkat</p> <p>TD:152/66mmHg</p> <p>N:76x/menit</p> <p>-RR:21x/menit</p> <p>-Gambaran EKG</p> <p>:ST.elevasi</p>		
2.	<p>DS:</p> <p>-Pasien mengatakan sesak seperti di tekan</p> <p>-Pasien mengatakan sesak hilang timbul</p> <p>-Pasien mengatakan pusing</p> <p>DO:</p>	Gangguan pertukaran gas	Keridak seimbangan ventilasi-perfusi

	<p>-Pasien tampak gelisah</p> <p>-PCO<sub>2</sub> meningkat(*53.3mmHg)</p> <p>-PO<sub>2</sub> meningkat(*218.8mmHg)</p> <p>-PH menurun (*7.223)</p> <p>-HCO<sub>3</sub> normal(22.2mq/L)</p> <p>-asidosis metabolik terkompensasi sebagian</p> <p>- TTV :</p> <p>TD:152/66 mmHg</p> <p>N:76x/menit</p> <p>S:36,5</p> <p>RR:21x/menit</p>		
3.	<p>DS:</p> <p>-pasien mengatakan dirinya mudah lelah</p> <p>-pasien mengatakan sesak jika beraktifitas yang berlebih</p> <p>DO:</p>	Intoleransi aktivitas	Ketidak seimbangan antra suplai dan kebutuhan oksigen

	-Passien tampak lemas -pasien tampak pucat -pasien dibantu keluarga aktivitasnya - TTV : TD:152/66 mmHg N:76x/menit S:36,5 RR:21x/menit		
--	---	--	--

### B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisa data, Diagnosis keperawatan yang muncul disusun sesuai prioritas sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung b.d. Perubahan Afterload
2. Gangguan pertukaran gas b.d. Keridakseimbangan ventilasi-perfusi
3. Intoleransi aktivitas b.d. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

### C. Perencanaan, pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubunga denga Perubahan Afterload

**ditandai dengan :**

**Data Subjektif :** pasien mengatakan lemas,Pasien mengatakan sesak seperti ditekan, pasien mengatakan sesaknya hilang timbul,pasien mengatakan sudah sakit jantung dari umur 12 tahun

**Data Objektif:** Pasien tampak pucat, pasien masih tampak sesak, pasien tampak lemas, Tensi pasien meningkat TD:152/66mmHg N:76x/menit RR:21x/menit, Gambaran EKG :ST.elevasi

**Tujuan:** curah jantung meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24jam

**Kriteria Hasil:** lelah menurun ,dispnea menurun, pucat menurun, tekanan darah membaik

**Rencana Tindakan:**

**Perawatan Jantung**

**Observasi:**

- a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, artopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)
- b) identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- c) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)
- d) Monitor intake dan output cairan
- e) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- f) Monitor saturasi oksigen
- g) Monitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)
- h) Monitor EKG 12 sadapan

- i) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- j) Monitor nilai laboratorium jantung (mis, elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)
- k) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- l) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis, beta blocker, A thibitor, calcium channel blocker, digoksin)

**Terapeutik:**

- a) Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman Serkan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makan tinggi lemak)
- b) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- c) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu
- d) berikan dukungan emosional dan spiritual
- e) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

**Edukasi:**

- a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- b) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- c) Anjurkan berhenti meroko
- d) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
- e) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

**Kolaborasi:**

- a) Kolaborasi
- b) Rujuk ke program rehabilitasi jantung

**Implementasi****Tanggal 27 mei 2024**

Pukul 08.46 WIB monitor tekanan darah dan saturasi oksigen pasien dengan hasil tekanan darah 122/65mmHg, saturasi oksigen pasien 98%, pukul 09.00 WIB monitor keluhan nyeri dada dan Posisikan pasien semi fowler dengan hasil pasien mengatakan dadanya masih berat dan pasien sudah di berikan posisi semi fowler, pukul 11.45 WIB monitor tekanan darah dan saturasi oksigen pasien dengan hasil tekanan darah 145/75mmHg, saturasi oksigen pasien 99%, pukul 13.45 WIB memonitor keluhan nyeri dada dengan hasil pasien megatakan setelah di lakukan inhalasi dengan obat pulmicort 3x1 pernapasan dan dadanya sudah enakan.

**Tanggal 28 mei 2024**

Pukul 08. 25 WIB monitor tekanan darah dan saturasi oksigen pasien dengan hasil tekanan darah 134/85mmHg, N: 87x/menit, saturasi oksigen pasien 99%, pukul 09.25 WIB monitor keluhan nyeri dada dengan hasil pasien mengatakan bahwa dadanya sudah tidak begitu sesak hanya saja kadang hilang timbul ,pukul 10.00 WIB anjurkan aktivitas fisik secara bertahap denga hasil pasien sudah sering berjalan mondar-mandir di samping tempat tidur ,pukul 11.45 WIB periksa tekanan darah dan frekuensi nadi setelah beraktivitas dengan hasil 122/75mmHg

,N:90x/menit,pukul 13.45WIB Monitor keluhan nyeri dada dengan hasil pasien mengatakan tidak ada tanda-tanda keluhan nyeri dada

### **Tanggal 29 mei 2024**

Pukul 08.36WIB monitor tekanan darah dan saturasi oksigen pasien dengan hasil tekanan darah 199/122mmHg, N:81x/menit,saturasi oksigen pasien 99%,pukul 09.25WIB monitor keluhan nyeri dada pasien mengatakan semalam dan sampai pagi ini tidak ada sesak yang muncul,pukul 10.11WIB anjurkan aktivitas fisik secara bertahap dengan hasil pasien sudah terlihat membaik dan tidak ada pucat ,dan pasien sudah ke kamar mandi untuk mandi sendiri,pukul 11.25WIB Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi setelah beraktivitas dengan hasil:136/76 mmHg ,N:81x/menit pukul 14.00WIB memonitor keluha nyeri dada dengan hasil pasien mengatakan pasien sudah tidak ada nyeri dada dan rencana pulang pada sore ini .

### **Evaluasi**

### **Tanggal 27 mei 2024**

**Subyektif** : pasien masih mengeluh dada sesak seperti di tekan ,pasien masih terasa sesak

**Obyektif** :pasien masih tampak lemas,pasien masish tampak pucat,tangga tanda vital pasien TD:145/75mmHg,N:86x/menit,RR:22x/menit,S:36,5

**Analisa** : Penurunan curah jantung belum tercapai

**Perencanaan** : Intervensi dipertahankan ,monitor ttv,monitor keluhan nyeri dada,identifikasi tanda dan gejala primer ,monitor saturasi oksigen

**Tanggal 28 mei 2024**

**Subyektif :** pasien mengatakan sesaknya hilang timbul, pasien mengatakan badanya masih sedikit lemas

**Obyektif :** pasien masih tampak sedikit lemas, pucat pada pasien sudah berkurang, tanda-tanda vital pasien

TD:122/75mmHg, N:90x/menit, RR:20x/menit, S:36,5, spo2: 99%

**Analisa :** Penurunan curah jantung belum tercapai sebagian

**Perencanaan :** Intervensi dipertahankan, monitor ttv, monitor keluhan nyeri dada, monitor saturasi oksigen

**Tanggal 29 mei 2024**

**Subyektif :** Pasien mengatakan sudah tidak ada sesak, pasien mengatakan dirinya sudah membaik

**Obyektif :** pasien mengatakan sudah tidak ada tanda-tanda sesak, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien

TD:136/75mmHg, N:89x/menit, RR:20x/menit, S:36c, Spo:99%

**Analisa :** Penurunan curah jantung belum tercapai

**Perencanaan :** Intervensi di hentikan pasien pulang

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidak seimbangan ventilasi-perfusi

**Ditandai dengan:**

**Data subjektif:** Pasien mengatakan sesak seperti di tekan, pasien mengatakan sesak hilang timbul, Pasien mengatakan pusing

**DatamObjektif:**Pasien tampak gelisah,PCO2 meningkat(\*53.3mmHg),PO2 meningkat(\*218.8mmHg),PH menurun (\*7.223),HCO3 normal(22.2mq/L)

asidosis metabolik terkompensasi sebagian

**Tujuan:** pertukaran gas meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam

**Kriteria hasil:** Dispnea Menurun,pusing menurun,gelisan menurun,Pco2 membaik,P02 membaik,PH arteri Membaik.

**Rencana Tindakan:**

**Pemberian obat inhalasi**

**Observasi:**

a) Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat, jika perlu

**Terapeutik:**

b) Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)

c) Kocok inhaler selama 2-3 detik sebelum digunakan

d) Lepaskan penutup inhaler dan pegang terbalik

e) Posisikan inhaler di dalam mulut mengarah ke tenggorokan dengan bibir ditutup rapat

**Edukasi:**

a) Anjurkan bernapas lambat dan dalam selama penggunaan nebulizer

b) Anjurkan menahan napas selama 10 detik

- c) Anjurkan ekspirasi lambat melalui hidung atau dengan bibir mengerut
- d) Ajarkan pasien dan keluarga tentang cara pemberian obat
- e) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek sampingnya
- f) Jelaskan faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan efektifitas obat

**Kolaborasi:**

- a) Pemberian obat inhalasi pulmicort 3x1hari

**Implementasi**

**Tanggal 27 mei 2024**

Pukul 11.55WIB Identifikasi elergi interaksi dan kontra indikasi obat dengan hasil pasien tidak memiliki alergi obat ,pukul 12.00WIB lakukan prinsip 6 benar pemberian obat dengan hasil pasien diberikan obat inhalasi pulmicort dan obat oral NAC dengan teknik 6 benar obat, anjurkan bernapas lambat selama penggunaan inhalasi dengan hasil pasien sudah di ajarkan teknik bernapas saat sedang inhalasi,pukul 12.30WIB ajarkan pasien dan keluarga pasien cara pemberian obat dengan hasil pasien dan suami sudah di ajarkan bagaimana cara pemakaian obat inhalasi.

**Tanggal 28 mei 2024**

Pukul 12.00WIB Melakukan prinsip 6 benar pemberian obat dengan hasil pasien di berikan obat inhalasi pulmicort,dan pasien di berikan obat NAC oral dengan prinsip 6 benar obat

**Tanggal 29 mei 2024**

Pukul 11.59WIB Melakukan prinsip 6 benar pemberian obat dengan hasil pasien di berikan obat inhalasi pulmicort,dan pasien di berikan obat NAC oral dengan prinsip 6 benar obat

### **Evaluasi**

#### **Tanggal 27 mei 2024**

**Subyektif** : pasien mengatakan masih terasa sesak,pasien mengatakan pusing,pasien mengatakan masih lemah

**Obyektif** : pasien masih tampak pucat,pasien masih terlihat pucat,RR:23x/menit, pasien masih tampak gelisah

**Analisa** : Gangguan pertukaran gas belum tercapai

**Perencanaan** : Intervensi dipertahankan monitor ttv,anjurkan bernafas lambat saat pemberian obat inhalasi

#### **Tanggal 28 mei 2024**

**Subyektif** : pasien mengatakan sesak hilang timbul,pasien mengatakan masih sedikit lemas

**Obyektif** : pucat pada pasien berkurang,pasien sudah tidak terlihat gelisah,pasien sudah mampu duduk di samping tempat tidur

**Analisa** : Gangguan pertukaran gas tercapai sebagian

**Perencanaan** : intervensi dipertahankan monitor ttv,anjurkan bernapas lambat saat diberikan obat inhalasi.

#### **Tanggal 29 mei 2024**

**Subyektif** : pasien mengatakan sudah tidak ada sesak,pasien mengatakan bahwa dirinya sudah enak

**Obyektif :** pasien sudah tidak ada pucat, pasien sudah tidak terlihat gelisah

**Analisa :** Gangguan pertukaran gas tercapai

**Perencanaan :** intervensi dihentikan pasien pulang.

3. Intoleransi aktivitas berhubnga dengan Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

**Ditandai dengan:**

**Data subjektif :** pasien mengatakan dirinya mudah lelah, pasien mengatakan sesak jika beraktifitas yang berlebih

**Data objektif :** Pasien tampak lemas, pasien tampak pucat ,pasien dibantu keluarga aktivitasnya, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien TD:152/66 mmHg, N:76x/menit, S:36,5, RR:21x/menit

**Tujuan:** Toleransi aktivitas meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24jam

**Kriteria Hasil:** Saturasi oksigen meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, perasaan lemah Menurun, tekanan darah membaik frekuensi napas membaik

**Rencana Tindakan:**

**Manajemen Energi**

**Observasi:**

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

**Terapeutik:**

- a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
- b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

**Edukasi:**

- a) Anjurkan tirah baring
- b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

**Kolaborasi:**

- a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

**Implementasi**

**Tanggal 27 mei 2024**

Pukul 10.20WIB Monitor kelelahan fisik dan emosional dengan hasil pasien masih tampak berbaring lemas di tempat tidur, pukul 10.25WIB Monitor pola dan jam tidur dengan hasil pasien mengatakan susah tidur selama di rawat, pukul 10.35WIB anjurkan tirah baring dengan hasil pasien sudah dianjurkan untuk beristirahat.

**Tanggal 28 mei 2024**

Pukul 08.56WIB Monitor kelelahan fisik dan emosional dengan hasil pasien mengatakan keadaanya sudah mulai membaik,pukul 09.00WIB Monitor pola dan jam tidur dengan hasil pasien mengatakan sudah bisa tidur,pukul 10.35WIB anjurkan tirah baring dengan hasil pasien sudah dianjurkan untuk beristirahat.

#### **Tanggal 29 mei 2024**

Pukul 09.00WIB Monitor pola dan jam tidur dengan hasil pasien mengatakan sudah bisa tidur dan pasien mengatakan bahwa keadanya sudah enakan

#### **Evaluasi**

#### **Tanggal 27 mei 2024**

**Subyektif** : Pasien mengatakan masih lemas,pasien mengataakan masih pusing

**Obyektif** : pasien masih terlihat pucat,pasien hanya terbaring di tempat tidur

**Analisa** : Intoleransi aktivitas belum tercapai

**Perencanaan** : intervensi dipertahankan,monitor TTV,monitor pola dan jam tidur,monitor kelelahan fisik dan emosional

#### **Tanggal 28 mei 2024**

**Subyektif** : pasien mengatakan lemas sudah berkurang,pasien mengatakan pusing sudah berkurang

**Obyektif** : pasien terlihat sudah tidak pucat,pasin sudah bisa duduk dan berjalan

**Analisa :** Intoleransi aktivitas tercapai sebagian

**Perencanaan :** intervensi dipertahankan,monitor TTV,monitor pola dan jam tidur,monitor kelelahan fisik dan emosional

**Tanggal 29 mei 2024**

**Subyektif :** pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan

**Obyektif :** pasien sudah tidak pucat/pucat,pasin sudah mampu beraktivitas

**Analisa :** Intoleransi aktivitas tercapai

**Perencanaan :** intervensi dihentika pasien pulang

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan tentang perbedaan antara teori pada bab dua dengan kasus nyata serta faktor pendukung dan penghambat pada saat memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.Y dengan *Coronary artery disease* (CAD) di Ruang Kardiologi 612 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 27 mei – 29 mei 2024. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pada penyakit *Coronary artery disease* (CAD) adalah penyakit yang menyerang organ jantung. Gejala dan keluhan dari CAD hampir sama dengan gejala yang dimiliki oleh penyakit jantung secara umum. Menurut (Lewis et al., 2019) *Coronary artery disease* (CAD) merupakan penyakit jantung yang terutama disebabkan karena penyempitan arteri koronaria akibat proses aterosklerosis atau spasme atau kombinasi keduanya. PJK merupakan sosok penyakit yang sangat menakutkan dan masih menjadi masalah baik di negara maju maupun negara berkembang.

Menurut (Nurkhalis & Adista, 2020). Coronary artery disease (CAD) merupakan salah satu penyakit yang disebabkan oleh penumpukan plak sebagian atau seluruhnya di dalam lapisan arteri koroner, sehingga mengakibatkan menyumbat aliran darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai oksigen ke otot jantung. Pada kasus penyebab Coronary artery disease (CAD) karena pasien memiliki riwayat penyakit jantung koroner dari pasien umur 12 tahun dan hipertensi kurang lebih 4 tahun, Hal ini membuktikan bahwa penyebab CAD yang ditemukan pada pasien sesuai dengan teori yang diambil.

Menurut Muttaqin A, 2014 Keluhan utama diperoleh dengan keluhan utama pada klien dengan gangguan kardiovaskuler secara umum antara lain sesak napas, batuk, nyeri dada, pingsan, berdebar- debar, cepat lelah. Nyeri dada kardiovaskuler merupakan salah satu keluhan utama yang dikemukakan klien. Manifestasi klinik yang ditemukan pada kasus meliputi nyeri dada seperti tertimpa benda berat, dengan skala nyeri: 4 (numeric scale 1-10), pasien juga mengeluh lemah, pusing. Pada saat pengkajian masih terdapat sesak serta munculnya mendadak, dada terasa berdebar dan pasien tampak gelisah, Irama jantung pasien teratur dengan frekuensi nadi 76x/menit; Hasil EKG menunjukkan ST elevasi.

Menurut Lewis, 2019. menyebutkan penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien *Coronary Artery Disease* (CAD) adalah PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, Aterektomi Koroner Direksional, Stent Intrakoroner, Ablasi Laser, Revaskularisasi transmiokardial, Aspilet, clopidogrel,

lovenox, isdn, bisoprolol, simvastatin, laxadine, diazepam, CK-MB, Trombolik, kateterisasi jantung, Penatalaksanaan terapi pada kasus tidak sesuai dengan teori karena yang di dapat pasien adalah terapi obat ,Cedocard inj 2mg/jam,Lasik inj 40mg/24jm, Ceftriaxone 2gr/24jam, CPG 75mg/24jam, Candesartan 4mg/24jam, Spironolacton 25mg/24jam, NAC 200mg 3x1, Atorvastatin 20mg,Inhalasi (pulmicort) 3x1 nebu.

Sebagai faktor pendukung yang ditemukan penulis pada saat tahap pengkajian adalah terdapat kesesuaian antara teori dan kasus. Faktor pendukung lainnya yaitu pasien dan keluarga kooperatif serta tersediannya data penunjang yang bisa ditemukan oleh penulis dengan meminta ijin kepada kepala ruangan untuk meihat rekam medis elektronik pasien. Faktor penghambat yang penulis temukan pada saat tahap pengkajian adalah beberapa hasil penunjang pasien tidak memiliki kesimpulan bacaan, sebagai solusi atas hambatan tersebut adalah perawat akan bertanya kepada kepala ruangan atau kepada senior perawat serta berkonsultasi dengan dokter DPJP terkait dengan hasil pemeriksaan dan penatalaksanaan yang diberikan kepada pasien.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Pada diagnosa keperawatan penulis menemukan adanya perbedaan antara teori dengan kasus,dimana pada teori menurut (Lewis et al., 2019) dan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017), terdapat empat diagnosa keperawatan pada pasien penyakit jantung koroner yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis iskemik miokard, intoleransi aktifitas berhubungan dengan

ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian, risiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan irama jantung. Pada kasus penulis menemukan tiga diagnosa keperawatan, dimana untuk diagnosa sesuai dengan teori yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan pasien mengeluh jika pasien jika beraktivitas berlebih pasien mudah lelah dan sesak .Ada pun diagnosa penurunan curah jantung namun etiologinya tidak sesuai di teori karena penulis mengangkat etiologi perubahan afterload. sedangkan satu diagnosa yang lain tidak ditemukan di teori namun ada di kasus yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi-perfusi adapun alasan penulis mengangkat etiologi tersebut karena pada saat masuk tensi pasien tinggi 208/124mmHg.Diagnosa keperawatan yang sesuai teori tetapi tidak ditemukan di kasus yaitu:nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis iskemik miokard , ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian.

Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosa keperawatan yaitu terdapat keseuaian antara data pada kasus dan teori, adanya panduan standar diagnosa keperawatan indonesia dimana didalamnya sudah dijelaskan terkait tanda dan gejala yang muncul pada diagnosa keperawatan yang diangkat, serta hasil pemeriksaan penunjang yang menjadi pendukung dalam merumuskan diagnosa keperawatan. Faktor penghambatnya yaitu adanya diagnosa yang tidak terdapt pada teori. Sebagai solusi yang dilakukan oleh penulis adalah mengumpulkan lebih banyak lagi literatur dan juga data pada kasus terkait

dengan diagnosa keperawatan aktual yang muncul pada pasien hingga penulis akhirnya mendapatkan tiga diagnosa yang rumuskan.

### **C. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan terdiri dari tujuan, kriteria hasil dan rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang diangkat. Perencanaan keperawatan ini disusun oleh penulis berdasarkan prioritas masalah yang dialami pasien. Pada kasus dan teori dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan mulai dari prioritas masalah dibuat dengan menyesuaikan waktu praktik penulis yaitu 3x24 jam, sedangkan untuk tujuan serta kriteria hasil disusun secara spesifik dan dapat diukur.

Dalam perencanaan keperawatan resiko penurunan curah jantung berdasarkan teori Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) tidak ditemukan ada kesenjangan antara teori dengan kasus. Mulai dari observasi sampai kolaborasi yang ada di teori ditulis oleh penulis di perencanaan keperawatan, dalam rencana tindakan terapeutik penulis memodifikasi dengan berikan posisi semi fowler. Hal ini sejalan dengan penelitian Yulianti & Chanif (2021) yang menyatakan pada posisi semi fowler akan menyebabkan aliran balik darah ke jantung lebih menurun dibandingkan pada posisi head up karena adanya gaya gravitasi sehingga penyaluran O<sub>2</sub> menjadi optimal.

Dalam perencanaan keperawatan intoleransi aktivitas berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) tidak ditemukan ada kesenjangan antara teori dengan kasus. Mulai dari observasi sampai kolaborasi yang ada di teori ditulis

oleh penulis di perencanaan keperawatan, dalam rencana tindakan penulis memodifikasi dengan jelaskan pentingnya membatasi aktivitas pada penderita jantung koroner.

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan, penulis tidak menemukan adanya hambatan. Karna tersedianya referensi jurnal dan buku yang dapat penulis gunakan sebagai acuan teori dalam penulisan perencanaan.keperawatan. Dalam penulisan perencanaan penulis tidak menemui faktor penghambat atau kesulitan yang berarti.

#### **D. Pelaksanaan Keperawatan**

Penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun selama 3x24 jam. Adapun rencana tindakan keperawatan yang telah disusun penulis dapat terealisasi semua, karena pasien dan keluarga juga mendukung serta koperatif dalam menjalankan intervensi yang diberikan oleh penulis.

Diagnosa keperawatan penurunan curah jantung intervensi untuk monitor EKG 12 sadapan tidak dapat dilakukan, dimana intervensi ini bertujuan untuk tes standar untuk mengukur fungsi kelistrikan jantung. Intervensi ini tidak terealisasi sesuai rencana. Hal ini ini dikarenakan saat ini pasien sudah melakukan EKG pada saat di IGD dan tidak ada intruksi EKG lagi oleh dokter penanggung jawab.

Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas, pemberian intervensi sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus , dimana intervensi ini bertujuan untuk menenangkan perasaan pasien sehingga pasien tidak stres dengan penyakit yang

di derita . Hal ini ini dikarenakan saat ini pasien dirawat di kelas III dimana dalam satu ruangan tersebut berkapasitas delapan orang. Sebagai solusinya penulis menutup sampiran pasien agar pasien merasa lebih nyaman dan bisa merasa tenang.

Faktor pendukung yang penulis rasakan dalam melaksanakan tindakan keperawatan yaitu pasien dan keluarga yang sangat kooperatif selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan dan mampu bekerja sama baik dengan penulis, serta kepercayaan yang diberikan oleh kepala ruangan kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan yang direncanakan.

Adapun hambatan yang penulis temukan selama melaksanakan tindakan keperawatan adalah monitor EKG 12 sadapan dan sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus karna dikarenakan terbatasnya waktu yang dimiliki penulis serta pasien yang dirawat di kelas III. Sebagai solusinya penulis menanyakan kepada perawat ruangan kenapa tidak dilakukan EKG 12 sadapan yaitu karena tidak ada intruksi dari dokter penanggung jawab dan melakukan pendelegasian kepada perawat ruangan dan juga kepada perawat lain yang bertugas untuk memberikan intervensi serta menutup sampiran pasien agar pasien merasa lebih nyaman dan dapat membantu melakukan penyediaan ruangan yang cukup nyaman dan rendah stimulasi.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Pada tahap evaluasi ini, penulis menyesuaikan dengan teori yang didapatkan yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat

melakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil dilakukan untuk melihat pencapaian tujuan kriteria hasil. Dari tiga diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus, ada satu diagnosa keperawatan yang sudah tercapai dan dua diagnosa keperawatan yang tidak tercap.

Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload tujuan sudah tercapai dibuktikan dengan saat pasien diperiksa tekanan darahnya pasien sudah normal kembali tekanan darah; 136/75 mmHg, nadi; 89 x/menit, serta pasien sudah tidak ada sesak. Diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi-perfusi tujuan tercapai dibuktikan dengan pasien mengatakan sesak yang hilang timbul sudah tidak dirasakan, dan pasien sudah tidak tampak pucat. Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tujuan tercapai dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah dapat beraktivitas dengan normal dan sudah tidak ada sesak.

Faktor pendukung yang ditemukan penulis saat penyusunan evaluasi adalah evaluasi keperawatan adalah tujuan dan kriteria hasil yang tersusun dengan jelas, pasien dan keluarga pasien yang kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan sehingga penulis bisa mendapatkan luaran yang jelas dari hasil evaluasi pasien. Adapun hambatan yang penulis temukan yaitu tidak adanya perbaruan data pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan echochardiografi, EKG. Solusinya penulis melakukan konsultasi dengan kepala ruangan sehingga didapatkan keterangan bahwa pasien-pasien yang telah

membalik dan tidak diperlukan tindakan lebih lanjut biasanya memang tidak dilakukan pemeriksaan penunjang lagi

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada bab ini penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.Y dengan *Coronary artery disease* (CAD) di Ruang Kardiologi 612 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 27 mei – 29 mei 2024. Maka penulis bisa menarik kesimpulan dan memberikan saran untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan pada pasien dengan *Coronary artery disease* (CAD).

#### **A. Kesimpulan**

Pada pengkajian keperawatan ditemukan bahwa yang ditemukan pada pasien Coronary artery disease (CAD).sesuai dengan teori yang diambil serta Manifestasi klinik yang ditemukan pada kasus meliputi nyeri dada seperti tertimpa benda berat,dengan skala nyeri: 4 (numeric scale 1-10), pasien juga mengeluh lemah, pusing. Pada saat pengkajian masih terdapat sesak serta munculnya mendadak, dada terasa berdebar dan pasien tampak gelisah, Irama jantung pasien teratur dengan frekuensi nadi 76x/menit; Hasil EKG menunjukkan ST elevasi.

Pada diagnosa keperawatan penulis menemukan adanya perbedaan antara teori dengan kasus, dimana pada teori menurut (Lewis et al., 2017) dan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017), terdapat tujuh diagnosa keperawatan pada pasien

Coronary artery disease (CAD). Pada kasus penulis menemukan tiga diagnosa keperawatan, dimana untuk diagnosa sesuai dengan teori yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan pasien mengeluh jika pasien jika beraktivitas berlebih pasien mudah lelah dan sesak. Ada pun diagnosa penurunan curah jantung namun etiologinya tidak sesuai di teori karena penulis mengangkat etiologi perubahan afterload. sedangkan satu diagnosa yang lain tidak ditemukan di teori namun ada di kasus yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi-perfusi adapun alasan penulis mengangkat etiologi tersebut karena pada saat masuk tensi pasien tinggi 208/124mmHg. Diagnosa keperawatan yang sesuai teori tetapi tidak ditemukan di kasus yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis iskemik miokard , ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian.

Dalam perencanaan keperawatan intoleransi aktivitas berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) tidak ditemukan ada kesenjangan antara teori dengan kasus. Mulai dari observasi sampai kolaborasi yang ada di teori ditulis oleh penulis di perencanaan keperawatan, dalam rencana tindakan penulis memodifikasi dengan jelaskan pentingnya membatasi aktivitas pada penderita jantung koroner.

Pada pelaksanaan tindakan diagnosa keperawatan penurunan curah jantung dan intoleransi aktivitas tindakan keperawatan monitor EKG 12 sadapan dan sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus karna dikarenakan terbatasnya waktu yang dimiliki penulis serta pasien yang dirawat di kelas III. Sebagai solusinya penulis menanyakan kepada perawat ruangan kenapa tidak dilakukan EKG 12 sadapan yaitu karena tidak ada intruksi dari dokter penanggung jawab dan melakukan pendelegasian kepada perawat ruangan dan juga kepada perawat lain yang bertugas untuk memberikan intervensi serta menutup sampiran pasien agar pasien merasa lebih nyaman dan dapat membantu melakukan penyediaan ruangan yang cukup nyaman dan rendah stimulasi.

Pada tahap evaluasi ini, penulis menyesuaikan dengan teori yang didapatkan yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat melakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil dilakukan untuk melihat pencapaian tujuan kriteria hasil. Dari tiga diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus sudah tercapai.

## **B. Saran**

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan *Coronary artery disease* (CAD), maka penulis ingin memberikan saran sebagai berikut:

### **1. Ruangan**

Diharapkan konsep teori dan asuhan keperawatan *Coronary artery disease* (CAD) dapat digunakan sebagai referensi dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Coronary artery disease* (CAD) .

2. Untuk penulis

Penulis harus lebih mengembangkan ilmu pengetahuannya dalam bidang kesehatan khususnya bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien CAD. Hal ini dilakukan dengan banyak cara seperti membaca buku, membaca literatur dari jurnal atau artikel, dan melakukan update informasi terbaru tentang CAD. Penulis juga perlu meningkatkan kemampuan dalam berfikir kritis supaya dalam memodifikasi perencanaan keperawatan bisa sesuai dengan kebutuhan pasien, dengan cara membanding setiap literatur yang ada dan mencocokkan dengan keadaan pasien.

3. Untuk Institusi Pendidikan

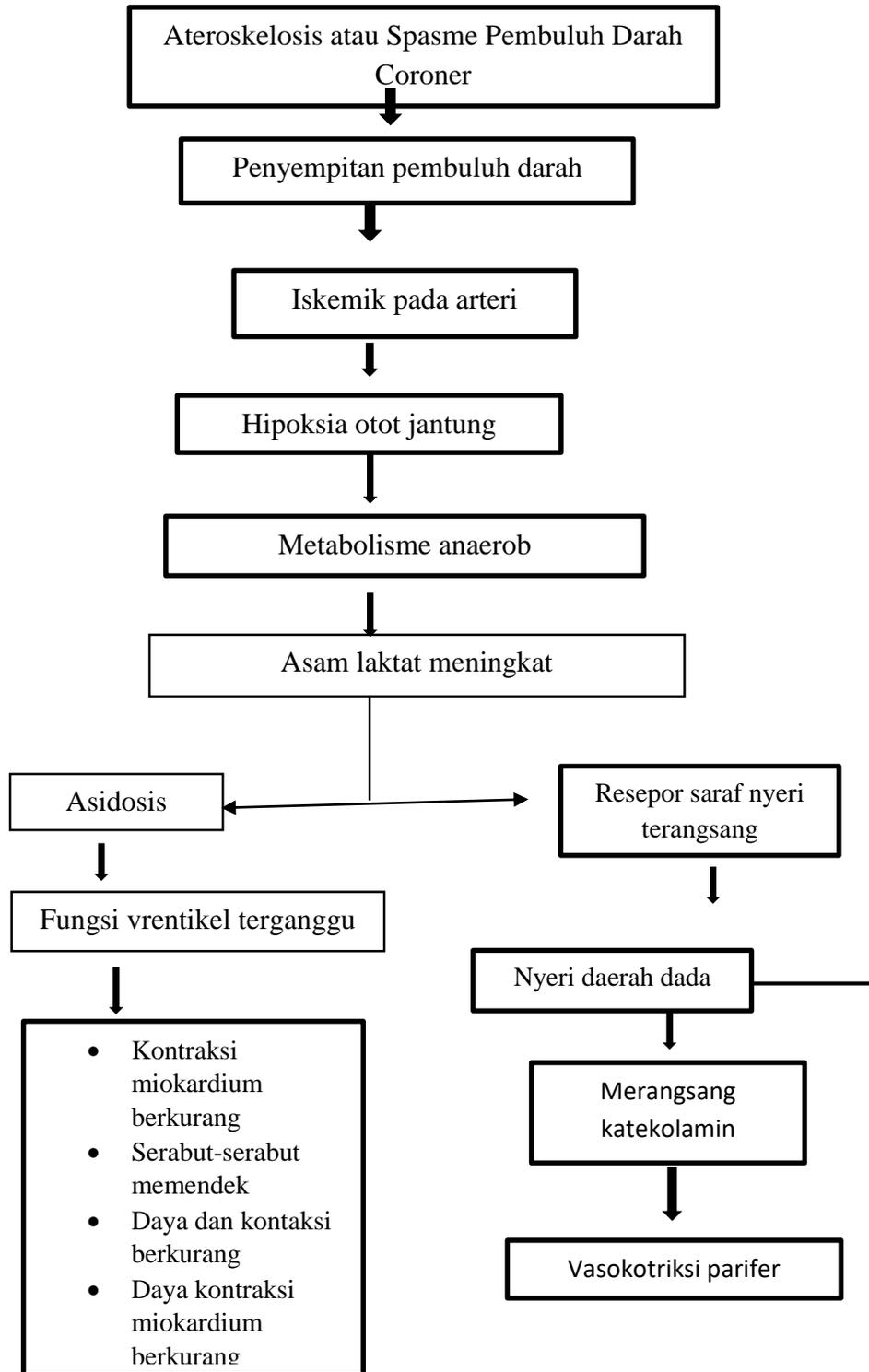
Diharapkan memperbanyak referensi yang berkaitan dengan CAD agar semakin luas wawasan dan pengetahuan tentang topik pembahasan tersebut.

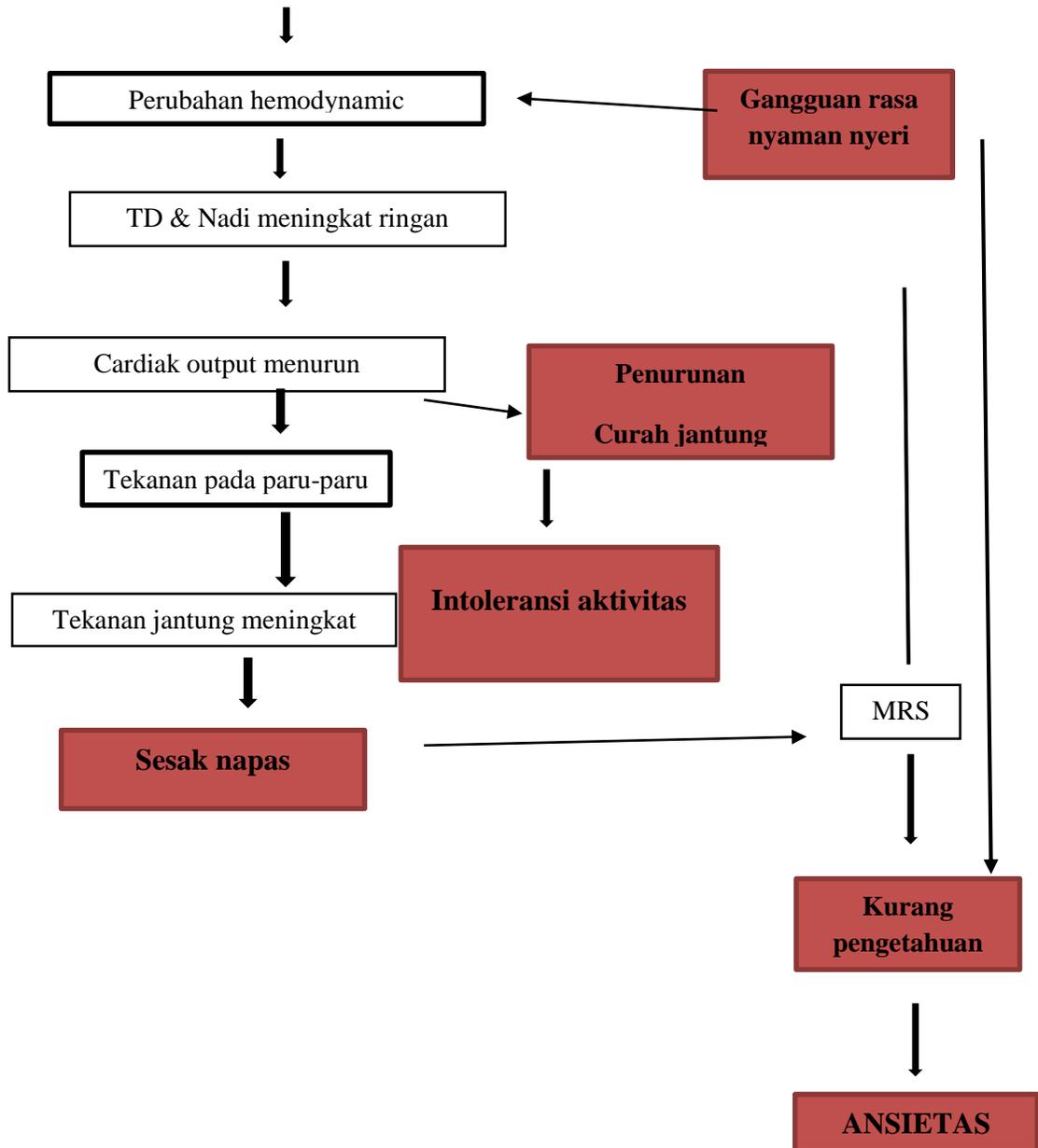
## DAFTAR PUSTAKA

- Agrawal, H., Chandiwala, J., Agrawal, S., & Goyal, Y. (2021). Heart Failure Prediction using Machine Learning with Exploratory Data Analysis. *2021 International Conference on Intelligent Technologies, CONIT 2021*, 1–6. <https://doi.org/10.1109/CONIT51480.2021.9498561>
- Badan Pusat Statistika. (2022). Profil Statistik Kesehatan. *Badan Pusat Statistik*, 148.
- Chotimah, C., & Futriani, E. S. (2022). Perbedaan Tingkat Nyeri Pada Pasien Angina Pektoris. *Jurnal Antara Keperawatan*, 5(2). <https://doi.org/10.37063/antaraperawat.v5i2.748>
- Isnadiya, A., Ryandini, F. R., & Utomo, T. P. (2019). Pengaruh Emotional Freedom Technique (EFT) terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Percutaneous Coronary Intervention (PCI) di SMC RS Telogorejo. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 1(2), 12. <https://doi.org/10.32584/jikmb.v1i2.187>
- Lewis, Dirksen, Heitkamper, & Bucher. (2019). *Medical Surgical Nursing : Assesment and Management Of Clinical Problem*. Elsevier Mosby.
- Nurkhalis, & Adista, R. J. (2020). Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Gagal Jantung. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 3(3), 36–46.
- Oktaviono, Y. H. (2019). Perkembangan Terapi Intervensi Pada Penyakit Jantung Koroner. In *Surabaya: Airlangga University Press* (pp. viii, 135 hlm).
- Tinggi, S., Kesehatan, I., & Husada, R. S. (2023). *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada*.
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Ho, J. E., ... Martin, S. S. (2023). Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association. In *Circulation*. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001123>

- Ahmed Kotb, Shuching Hsieh, George A. Wells. 2014. The Effect of Telephone Support Interventions on Coronary Artery Disease (CAD) Patient Outcomes during Cardiac Rehabilitation: A Systematic Review and Meta- Analysis. Plos (diakses 23 Maret 2017)
- Brunner & Suddart. 2018. Keperawatan medical Bedah Edisi 8. Jakarta: ECG
- Muttaqin, A. 2014. Pengantar Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler. Salemba Medika. Jakarta
- Ong Williet, dkk. 2004. Cardiologi Blue Book Edisi 3. Filipina: UP-philipine General Hospital
- Press, Taufik, Maulana. 2014. Penyakit Jantung Koroner, tersedia di [www.scribd.com, http://www.scribd.com/doc/3161769/JANTUNG KORONER](http://www.scribd.com/doc/3161769/JANTUNG_KORONER), (diakses 11 Maret 2017)
- Sabiston, David. 2012. Buku Ajar Bedah. Jakarta: ECG
- NLH (Heart, Lung dan Blood Institut), 2015. USA
- Lewis 2011 Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical problem Eighth Edition.
- NANDA International 2015- 2017 Diagnosa Keperawatan Defenisi & Klasifikasi Edisi 10 . Penerjemah Prof Dr. Budi Anna keliat S.Kp M App Sc.
- Hudak and Gallo 2010. Keperawatan Kritis (Pendekatan Holistik) edisi 6 volume 1 . Jakarta

### PATHWAY





## ANALISA OBAT

### 1. Cedocard

Obat Cedocard merupakan obat yang mampu membantu mengatasi gejala Angina Pektoris dan bisa membantu mencegah terjadinya Angina Pektoris pada penderita penyakit koroner. Angina Pektoris adalah kondisi nyeri dada di saat bagian jantung tidak mendapatkan pasokan darah yang cukup. Obat ini mengandung Isosorbide Dinitrate yang bekerja dengan cara membantu menurunkan kerja jantung dan membantu merelaksasi dinding pada pembuluh darah.

#### a. Indikasi umum

Membantu mencegah terjadinya serangan Angina Pektoris di penyakit koroner

#### b. Komposisi

Cedocard 2mg

#### c. Dosis

Mencegah terjadinya serangan akut: 5-10 mg setiap 3 kali sehari.

#### d. Aturan Pakai

Dikonsumsi 30 menit sesudah makan,dan setelah minum tidak di anjurkan untuk beraktivitas yang berat

e. Kontra Indikasi

Cedocard dikontraindikasikan untuk pasien yang diketahui Hipotensi, syok kardiogenik, anemia berat

f. Efek Samping

Sakit kepala,Mual,Muntah,Pusing,Kelelahan,Jantung berdebar-debar

**2. Lasik**

Lasix adalah obat untuk mengatasi edema (penumpukan cairan di dalam jaringan tubuh) yang biasanya disebabkan oleh hipertensi, penyakit jantung, penyakit liver, atau penyakit ginjal.

a. Indikasi Umum

mengatasi edema karena gagal jantung kongestif, sirosis, atau penyakit ginjal.

b. Komposisi

Lasik 20 mg

c. Dosis

Dewasa: berikan obat 40 mg sebanyak, 1 kali per hari, anak-anak: 1-3 mg/kg BB per hari. Dosis maksimal 40 mg/hari.

d. Aturan pakai

Konsumsi obat secara teratur pada waktu yang sama, dan harus dihabiskan, apabila lupa minum obat segera pakai obat jika jeda dengan waktu selanjutnya masih lama. Jika jeda dengan waktu pemberian sudah dekat, maka lupakan dosis yang tertinggal. Jangan menggandakan dosis pada waktu bersamaan.

e. Kontraindikasi

Orang-orang dengan kondisi riwayat hipersensitif terhadap Lasix,

Pasien gagal ginjal tidak di anjurkan menggunakan lasik

f. Efek samping

Sembelit, sakit perut, diare, penglihatan buram, gangguan pendengaran

tinnitus (telinga berdenging), sakit tenggorokan, sakit kepala, mulut terasa kering

**3. Ceftriaxone**

Cefriaxone merupakan obat antibiotik golongan sefalosporin. Obat ini bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Selain itu, ceftriaxone juga dapat digunakan untuk mencegah infeksi pada saat operasi.

a. Indikasi umum

Ceftriaxone membantu mencegah adanya infeksi bakteri karna termasuk golongan obat antibiotik

b. Komposisi

Ceftriaxone 4000mg

c. Dosis

Dewasa: 1.000–2.000 mg per hari, Anak usia <15 hari: 20–50 mg/kgBB, 1 kali sehari yang diberikan melalui infus IV selama 60 menit.

d. Aturan pakai

Dikonsumsi 30 menit sesudah makan

e. Kontraindikasi

Pasien yang hipersensitif terhadap antibiotik cephalosporin atau antibiotik  $\beta$ -laktam jenis lain, Neonatus (bayi baru lahir sampai usia 28 hari) dengan hiperbilirubinemia, ikterus, hipoalbuminemia, atau asidosis memerlukan pengobatan kalsium melalui intravena, atau infus yang mengandung Ca.

f. Efek samping

Diare, mual, muntah, stomatitis (adanya jamur pada mulut) dan glositis (radang atau infeksi lidah).

**4. CPG**

CPG adalah obat yang mengandung zat aktif clopidogrel. Obat CPG digunakan untuk membantu mencegah serangan jantung dan stroke pada pasien dengan penyakit jantung, stroke, atau penyakit sirkulasi darah (penyakit pembuluh darah perifer).

a. Indikasi umum

Obat CPG adalah obat yang di gunakan untuk mencegah serangan jantung,dan stroke

b. Komposisi

Clopidogrel 75 mg

c. Dosis

- Dewasa :Dosis awal 300 mg per hari yang dikombinasi dengan aspirin, diikuti dengan dosis perawatan 75 mg per hari setelah kondisi klinis dinyatakan stabil.
- Lansia >75 tahun: Dosis 1 tablet sekali sehari

d. Aturan pakai

CPG dapat dikonsumsi sebelum atau setelah makan. Minumlah CPG dengan segelas air. Konsumsi obat secara teratur dan pada waktu yang sama. Jangan menghentikan penggunaan obat secara tiba-tiba tanpa konsultasi ke dokter terlebih dahulu.

e. Kontraindikasi

clopidogrel juga sebaiknya tidak diberikan pada pasien yang memiliki gangguan metabolisme

f. Efek samping

Dispepsia,mual,muntah,pendarahan saluran cerna,pendarahan lain seperti mimisan.

## 5. Candesartan

candesartan bekerja sebagai agen antihipertensi dengan mengikat reseptor angiotensin II tipe 1 (AT1) di berbagai jaringan, sehingga angiotensin II tidak dapat mengikat AT1. Hal ini dapat mengurangi vasokonstriksi dan reabsorpsi air/garam akibat aktivitas angiotensin II, sehingga dapat menurunkan tekanan darah.

### a. Indikasi umum

Candesartan adalah obat untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi

### b. Komposisi

Candesartan 32mg

### c. Dosis

Dewasa: 8 mg, sekali sehari. Dosis dapat disesuaikan dengan respons tubuh pasien. Dosis maksimal 32 mg per hari, Anak usia 1–6 tahun: 0,2 mg/kgBB, 1 kali sehari. Dosis dapat dinaikkan atau diturunkan sesuai respons tubuh pasien, dengan dosis harian berkisar antara 0,05–0,4 mg/kgBB per hari. Dosis maksimal 0,4 mg/kgBB.

### d. Aturan pakai

Diminum setelah makan dan sesuai dosis yang di beri dokter

### e. Kontraindikasi

Riwayat hipersensitivitas terhadap komponen candesartan cilexetil.

f. Efek samping

Sakit kepala,nyeri punggung,pusing,batuk,bersin

**6. Spironolactone**

Spironolactone adalah obat yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi. Obat ini juga dapat digunakan dalam pengobatan gagal jantung, hipokalemia, sirosis, atau kondisi ketika tubuh terlalu banyak memproduksi hormon aldosterone (hiperaldosteronisme).

a. Indikasi umum

Spironolactone termasuk ke dalam jenis obat diuretik hemat kalium dan berguna untuk menurunkan tekanan darah

b. Komposisi

Spironolactone 100 mg

c. Dosis

Dewasa: 25–100 mg per hari, dibagi menjadi 1–2 kali sehari. Dosis dapat disesuaikan setelah 2 minggu.

d. Aturan pakai

Pastikan untuk membaca petunjuk pada label kemasan obat dan ikuti selalu anjuran dokter dalam mengonsumsi spironolactone.

e. Kontraindikasi

Pasien dengan gangguan anuria, gangguan ginjal dan hiperkalemia

f. Efek samping

Sakit kepala, rasa kantuk, mual, untah, diare

**7. NAC**

N-Asetilsistein sebagai mukolitik digunakan pada penyakit paru dengan mukus, seperti pneumonia, bronchitis, trakeobronitis, dan kistik fibrosis. Selain menurunkan produksi mukus, NAC berperan untuk menurunkan viskositas mukus sehingga mudah dikeluarkan.

a. Indikasi umum

Kategori Obat mukolitik (pengencer dahak), Mengencerkan dahak, batuk, dan obat paru-paru

b. Komposisi

N-Asetilsistein 200mg

c. Dosis

Dewasa sediaan granul: 200 mg 2–3 kali/hari, anak-anak Usia 2–6 tahun, granul: 100 mg 2–4 kali/hari

d. Aturan pakai

Diminum setelah makan dan dengan resep anjuran dokter

e. Kontraindikasi

Pemberian pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas

f. Efek samping

Mata gatal, pandangan kabur, iritasi dan merah

## **8. Atorvastatin**

Atorvastatin adalah obat untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) di dalam darah. Jika kolesterol dalam darah tetap terjaga dalam kadar normal, risiko terjadinya stroke dan serangan jantung akan semakin rendah.

### a. Indikasi umum

Atorvastatin menurunkan jumlah kolesterol dalam tubuh dengan cara menghambat enzim yang bertugas memproduksi kolesterol di hati.

### b. Komposisi

Atorvastatin 20mg

### c. Dosis

Dewasa: 10–80 mg per hari, anak-anak di atas 10 tahun: Dosis awal 10 mg, 1 kali sehari.

### d. Aturan pakai

Diminum 20 menit sesudah makan dan dengan resep dokter

### e. Kontraindikasi

Tidak boleh di konsumsi oleh pasien yang mempunyai hipersensitifite terhadap kompone-komponen yang terdapat pada obat ini

### f. Efek samping

Nyeri sendi dan otot,sakit kepala,hidung tersumbat, sakit tenggorokan

## 9. Pulmicort

Pulmicort adalah obat untuk mengobati penyakit saluran pernapasan, misalnya pada penderita asma bronkial. Tersedia dalam bentuk serbuk dan cairan inhaler, Pulmicort mengandung zat aktif budesonide.

### a. Indikasi umum

Pulmicort adalah obat yang digunakan untuk mengontrol asma pada kondisi asma bronkial.

### b. Komposisi

Pulmicort 0,5mg/ml

### c. Dosis

Dewasa: dosis 200 - 1200 mcg per hari terbagi dalam 2 - 4 dosis, Anak 3 bulan-12 tahun: dosis 0.5 - 1 mg diberikan 2 kali sehari. Dosis pemeliharaan 0.25 – 0.5 mg yang diberikan 2 kali sehari

### d. Aturan pakai

Pastikan menggunakan Pulmicort sesuai dengan anjuran dan resep dokter

### e. Kontraindikasi

Pulmicort dikontraindikasikan pada pasien yang hipersensitif pada kandungan budesonide.

### f. Efek samping

Suara serak,Infeksi kandidiasis pada rongga mulut,Bronkospasme,osteoporosis

## Lembar konsultasi

Nama Pembimbing : Ns.Yarwin Yari,M.Kep.,M.Biomed

Nama Mahasiswa : Ismi Damayanti

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien NY. Y Dengan

Coronary Artery Disease (CAD) Di Ruang Kardiologi Kamar

612 RSUD Koja Jakarta

NO	Tanggal	KONSULTASI	TANDA TANGAN
1.	20 Mei	Bimbingan sebelum mengambil kasus KTI	
2.	30 Mei	Bimbingan askep setelah pengambilan kasus dan ujian tindakan KTI	
3.	03 Juni	Konsul askep dan KTI	
4.	07 Juni	Konsul askep lanjut BAB 1 & 2	
5.	08 Juni	Konsul revisi BAB 1& 2	
6.	10 Juni	Revisi BAB 2	
7.	11 Juni	Revisi BAB 3	
8.	13 Juni	Revisi BAB 2 & 3	
9.	14 Juni	Revisi BAB 4	
10.	15 Juni	Revisi BAB 4&5	
11.	19 Juni	Revisi BAB 2 (nambahin komplikasi)	

12.	21 Juni	Revisi BAB 4&5 serta penataan sesuai modul	f
13.	22 Juni	Revisi BAB 4 &5 ,dan penambahan diagnosa bab 2	f
14.	24 Juni	ACC KTI lanjut sidang	f