



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. K DENGAN
ANGINA PEKTORIS STABIL DI RUANG
KARDIOVASKULER KAMAR 607
RSUD KOJA JAKARTA**

FAISAL HAMDANI

2011093

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. K DENGAN
ANGINA PEKTORIS STABIL DI RUANG
KARDIOVASKULER KAMAR 607
RSUD KOJA JAKARTA**

Laporan Tugas Akhir

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

FAISAL HAMDANI

2011093

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**

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 : Faisal Hamdani

NIM : 2011093

Tanda Tangan :



Tanggal : 21 Juni 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. K Dengan
Angina Pectoris Stabil Di Ruang
Kardiovaskuler Kamar 607
RSUD Koja Jakarta**

Jakarta, 21 Juni 2023

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. K Dengan
Angina Pektoris Stabil Di Ruang
Kardiovaskuler Kamar 607
RSUD Koja Jakarta**

Pembimbing

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

Penguji I

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

Penguji II

(Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

(Ellynda S.E., M.M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis-penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. K Dengan Angina pektoris stabil Stabil Di Ruang Kardiovaskuler Kamar 607 RSUD Koja Jakarta Utara”. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua STIKes RS Husada
2. Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep. MB selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
3. Ns. Yarwin Yari, M.Kep., M.Biomed selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan arahan dalam dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Staf pendidikan yang telah banyak membantu dan memberi bimbingan selama menjalin pendidikan serta memberikan saya motivasi
6. Dr.Ida Bagus Nyoman Banjar , MKM selaku Direktur Umum RSUD Koja Jakarta Utara
7. Kepala ruangan penyakit kardiovaskular dan para perawat yang telah memberikan bimbingan selama praktik di ruangan penyakit dalam.
8. Tn.K dan keluarga atas bantuan dan kerja samanya selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan.
9. Orang Tua dan keluarga penulis yang telah memberikan bantuan material dan moral serta kasih sayang yang tidak pernah berhenti-henti nya penulis dapatkan

sehingga penulis bisa berada di posisi saat ini, semoga selalu berada dalam lindungan ALLAH SWT.

10. Sahabat Rahasia Negara Andini, Yulia, Dea, Subagyo, Joan, dan Roven, 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.
11. Kekasih hati Nanda Trianna, yang selalu memberikan dukungan dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
12. Teman-teman seperjuangan di tim Keperawatan Medikal Bedah dan kelompok ruangan penyakit kardiovaskular Dwi, Winda, Meisya, Tania yang telah saling membantu selama masa dinas.
13. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun telah berjuang bersama-sama, terutama kelas C terima kasih atas kebersamaan dan bantuannya.

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 21 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Pengertian.....	8
B. Patofisiologi	9
C. Penatalaksanaan	12
D. Pengkajian Keperawatan.....	14
E. Diagnosis Keperawatan.....	17
F. Perencanaan Keperawatan	18
G. Pelaksanaan Keperawatan	25
H. Evaluasi Keperawatan	26
BAB III TINJAUAN KASUS.....	28
A. Pengkajian Keperawatan.....	28
B. Diagnosis Keperawatan.....	40
C. Perencanaan, pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan	40
BAB IV PEMBAHASAN.....	51
A. Pengkajian Keperawatan	51
B. Diagnosa Keperawatan.....	54
C. Perencanaan Keperawatan	55

D. Pelaksanaan Keperawatan.....	57
E. Evaluasi Keperawatan.....	59
BAB V PENUTUP.....	61
A. Kesimpulan	61
B. Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA.....	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pathway.....	68
Lampiran 2 Analisa Obat.....	69
Lampiran 3 Lembar Konsultasi	74

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskular masih menjadi ancaman dunia (*global threat*) dan merupakan penyakit yang berperan utama sebagai penyebab kematian nomor satu di seluruh dunia. PJK bukan penyakit menular namun jika dibiarkan dapat menyebabkan penurunan produktifitas masyarakat akibat tidak bisa melakukan aktivitas. PJK belum diketahui secara jelas dapat disembuhkan namun bisa dikendalikan rasa sakit dan serangan jantung. Keadaan ini bisa mempengaruhi kualitas hidup penderita (Kemenkes.RI, 2017).

Salah satu manifestasi Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah Angina pektoris. Angina pektoris merupakan istilah medis untuk nyeri dada akibat dari penyakit jantung koroner. Gejala ini timbul karena adanya kelainan pada pembuluh darah koroner yaitu sepasang pembuluh nadi cabang pertama dari aorta yang mengantarkan zat-zat makanan yang dibutuhkan bagi jaringan dinding jantung. Gejala yang timbul umumnya berupa rasa nyeri hebat yang berasal dari jantung dan terjadi sebagai respon terhadap suplai oksigen yang tidak adekuat ke sel-sel atau ke daerah miokardium. Nyeri angina dapat

menyebar ke lengan kiri, punggung, ke rahang, atau ke daerah abdomen kadang-kadang juga menjalar ke lengan kanan, keluhananya dapat berupa cepat capai, sesak nafas pada saat aktifitas, yang disebabkan oleh gangguan fungsi akibat iskemik miokard. Masyarakat banyak yang tidak mengetahui bahwa masalah sebenarnya ada pada pembuluh jantung dan solusi satu-satunya hanya dengan melonggarkan sumbatan pembuluh jantung yang terjadi, jika tidak segera ditangani penderitanya bisa langsung meninggal hanya dalam waktu 15-30 menit setelah serangan pertama (Prihatiningsih and Sudyasih, 2018).

Penyakit kardiovaskuler menjadi pembunuh nomor satu di dunia. Menurut *World Health Organization*, diperkirakan 17,9 juta orang meninggal akibat *Cardiovascular Disease* (CVD) pada 2019, mewakili 32% dari semua kematian global. Dari kematian ini, 85% disebabkan oleh serangan jantung dan stroke. Lebih dari tiga perempat kematian CVD terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Dari 17 juta kematian dini (dibawah usia 70 tahun) akibat penyakit tidak menular pada tahun 2019, 38% disebabkan oleh CVD (Tsao et al., 2023).

Berdasarkan laporan dari Kemenkes RI tahun 2014 penyakit jantung koroner yang disertai angina pektoris merupakan penyebab utama kematian di Indonesia dan diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030. Prevalensi angina pektoris sendiri meningkat seiring dengan meningkatnya umur baik pada laki-laki maupun perempuan. Prevalensi angina pektoris pada laki-laki dan perempuan umur 45–64 tahun berturut-turut adalah 4%–7% dan 5%–7%, dan pada umur 65–84 tahun meningkat menjadi berturut-turut 12%–14% dan 10%–14%. Sedangkan hasil laporan Dinkes Propinsi Jawa

tengah pada tahun 2009, jumlah kasus Penyakit Jantung Koroner sebanyak 24.031 kasus yang terdiri dari Angina Pektoris 16.632 kasus dan AMI 7.399 kasus (Kemenkes RI, 2021). Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Niluh et al., 2016) dari 71 sampel penelitiannya ditemukan jumlah sampel terbanyak yaitu yang mengalami angina pektoris stabil sebanyak 30 orang (42,3%), unstable angina pektoris sebanyak 17 orang (23,9%), non ST elevasi miokard infark sebanyak 17 orang (23,9%) dan yang mengalami ST elevasi miokard infark sebanyak 7 orang (9,9%).

Angina pektoris diklasifikasikan berdasarkan karakteristik nyeri, ada yang namanya angina pektoris stabil (APS) dan angina pektoris tidak stabil atau infark miokard akut tanpa ST elevasi (*elevation myocardial infarction/NSTEMI*). Rasa nyeri pada angina pektoris stabil umumnya timbul saat beraktivitas, yang dapat hilang sendiri saat pasien beristirahat. Sementara itu, rasa nyeri pada angina pektoris tidak stabil timbul saat beristirahat, dengan intensitas dan frekuensi yang semakin lama semakin bertambah berat (Lewis et al., 2017).

Penyebab angina pektoris stabil menurut Smelter dan Bare (2017) disebabkan oleh penyakit jantung aterosklerotik dan hampir selalu berhubungan dengan sumbatan arteri koroner utama. Penyebab lainnya yaitu karena spasme arteri koroner, penyempitan dari lumen pembuluh darah terjadi bila serat otot halus dalam dinding pembuluh darah berkontraksi (*vasokontraksi*). Kondisi ini mengakibatkan pada saat otot jantung bekerja lebih cepat, khususnya saat melakukan aktivitas, akhirnya berpotensi

mengalami gejala angina pektoris stabil akibat iskemik yang ditandai dengan nyeri dada (Smeltzer & Bare, 2017).

Penderita angina pektoris stabil yang tidak tertangani dengan baik dapat menyebabkan komplikasi lanjutan berupa angina pektoris tidak stabil, infark miokard, dan kematian. Prognosis untuk pasien dengan angina pektoris bervariasi. Prognosis ini dipengaruhi oleh fungsi sistolik ventrikel kiri, luasnya penyakit arteri koroner, durasi olahraga, kondisi morbiditas, dan terapi yang adekuat (Setyowati, 2021).

Peran perawat disini sebagai anggota tim kesehatan yaitu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit angina pektoris 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 mencegah bertambahnya jumlah pasien. Upaya preventif, perawat memberi pendidikan kesehatan mengenai cara-cara pencegahan 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 (Anies, 2021).

Berdasarkan fenomena di atas merupakan hal yang sangat penting bagi peneliti untuk mengetahui bagaimana memberikan asuhan keperawatan kepada

pasien dengan angina pektoris stabil dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan angina pektoris stabil

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan diagnosa angina pektoris stabil
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pasien dengan diagnosa angina pektoris stabil
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa angina pektoris stabil
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pasien dengan diagnosa angina pektoris stabil
- e. Mampu melakukan evaluasi pasien dengan diagnosa angina pektoris stabil
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien angina pektoris stabil

C. Ruang Lingkup

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis hanya membahas satu kasus yaitu “Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. K dengan Angina pektoris stabil Di Ruang Kardiovaskular Kamar 607 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 13 Maret – 15 Maret 2023” dengan proses asuhan keperawatan menggunakan tahapan proses keperawatan dari mulai pengkajian keperawatan, menentukan masalah keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif, metode studi dokumentasi dan metode kepustakaan. Metode deskriptif merupakan suatu metode yang berkaitan dengan pengumpulan data, sehingga memberikan informasi yang berguna. Selain itu menggunakan cara lain dengan melakukan wawancara dan meminta penjelasan pada pihak keluarga tentang objek yang akan diteliti dalam hal ini mengenai Angina pektoris stabil. Adapun dengan cara studi dokumentasi yaitu mengumpulkan data dari rekam medis yang berkaitan dengan penyakit dan juga studi kepustakaan yaitu dengan cara membaca dan mempelajari dari buku dari sumber yang berhubungan dengan penyakit pasien.

E. Sistematika Penulisan

Adapun penulisan karya ilmiah ini disusun menjadi lima BAB yaitu, BAB I Pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Teori terdiri dari pengertian, patofisiologi, penatalaksanaan, pengkajian keperawatan, Diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. BAB III Tinjauan Kasus terdiri dari pengkajian, Diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. BAB IV Pembahasan terdiri dari pembahasan kesenjangan antara teori dan kasus serta faktor pendukung dan penghambat. Selanjutnya ada BAB V Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Angina pektoris stabil merupakan nyeri dada karena minimnya suplai darah dan oksigen menuju ke jantung. Penyakit ini umumnya berisiko akan semakin meningkat seiring bertambahnya usia dan bisa menjadi gejala penyakit jantung koroner. Angina pektoris stabil biasanya akan terjadi penumpukan kolesterol dan lemak (*plak*) di dalam arteri koroner jantung (*aterosklerosis*). Angina pektoris stabil juga dapat disebabkan oleh kejang otot di area arteri koroner (Lewis et al., 2017).

Angina pektoris stabil terjadi karena adanya sumbatan yang menutup di pembuluh darah jantung atau bahkan tidak bisa masuk ke jantung akibatnya jantung akan kekurangan oksigen, ditambah adanya aktifitas fisik dan emosi menjadikan kerja jantung lebih berat sehingga jantung membutuhkan asupan oksigen yang lebih banyak (Smeltzer & Bare, 2017).

Angina pektoris stabil, yaitu angina pektoris yang terjadi akibat sumbatan kronis pada pembuluh darah koroner, penderitanya biasanya mengeluh nyeri dada bila beraktivitas terlalu berat dan nyeri dadanya akan berkurang jika penderitanya beristirahat gejala ini juga sering terjadi pada pasien dengan masalah arteri koroner stabil (Alkatiri et al., 2019).

B. Patofisiologi

Mekanisme angina pektoris disebabkan oleh kurangnya suplai oksigen ke sel-sel miokardium yang terjadi karena kekakuan arteri dan penyempitan lumen pada arteri koroner (ateriosklerosis). Ateriosklerosis adalah penyakit arteri koroner yang sering ditemukan. Jika beban kerja suatu jaringan meningkat, maka oksigen yang dibutuhkan juga meningkat. Jika kebutuhan meningkat pada jantung yang sehat maka arteri koroner berdilatasi dan mengalirkan lebih banyak darah dan oksigen ke otot jantung. Apabila terjadinya penyempitan arteri koroner akibat dari ateriosklerosis dan tidak dapat berdilatasi sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan akan oksigen, maka akan terjadi iskemik (kekurangan suplai darah) miokardium. (Lewis et al., 2014; Smeltzer & Bare, 2017)

Bila aliran darah koroner tidak dapat menyuplai kebutuhan sejumlah oksigen yang diperlukan oleh otot jantung, maka terjadi ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan. Dalam pemenuhan kebutuhan energi otot jantung, tersedia pembuluh darah/arteri koronaria yang menyuplai otot jantung dan mempunyai kebutuhan metabolisme tinggi terhadap oksigen dan nutrisi (Ignatavicius et al., 2020).

Aterosklerosis meliputi berbagai kondisi patologi yang menghambat aliran darah dalam arteri yang mensuplai jantung dalam penyakit jantung koroner, arteri koroner ini menjadi semakin sempit dan kadang-kadang terblokir. Hal tersebut akan menyebabkan tidak dapat mengalirnya darah dengan baik ke otot-otot jantung. Pada tahap awal penderita akan dapat bernafas dalam keadaan normal dan darah yang mengalir ke jantung masih

cukup, namun ketika penderita melakukan aktivitas yang melelahkan arteri koroner yang menyempit tidak dapat mensuplai darah dengan baik ke otot-otot jantung. Gejala untuk kelelahan ini bersifat ringan, sehingga penderita dapat mengurangi aktivitas yang dilakukan secara bertahap. Namun jika pada suatu kondisi tidak ada darah yang mengalir pada arteri koroner maka penderita akan mengalami nyeri dada pada bagian kiri atau serangan jantung dan tidak sadarkan diri. (Keogh, 2019).

Gangguan yang dirasakan oleh pasien dengan angina pectoris stabil yaitu mengeluh pada bagian dada sebelah kiri yang terasa berat, sakit yang dirasakan menjalar hingga ke punggung, leher, rahang, dan lengan kanan, dan umumnya pasien merasakan tidak enak badan seolah-olah seperti ada angin yang memenuhi area dada dan perut tetapi sulit untuk dihilangkan (Keogh, 2019). Gejala yang ditimbulkan oleh angina pectoris menurut Bare & Smeltzer (2017) antara lain adanya nyeri dibagian substernal. Sensasi dapat terjadi di leher atau menyebar ke lokasi termasuk rahang, leher, bahu, dan lengan. Nyeri angina kronis biasanya tidak berubah dengan posisi atau pernapasan dan digambarkan seperti tajam atau menusuk. Beberapa pasien, terutama wanita dan orang dewasa yang lebih tua melaporkan gejala atipikal angina termasuk dispnea, mual, dan/atau kelelahan. Rasa sakit atau ketidaknyamanan angina kronis sering dipicu oleh aktivitas fisik, stress, atau gangguan emosional. Rasa sakit biasanya berlangsung hanya 5 – 15 menit dan sering mereda dengan istirahat, menenangkan diri. *Elektrokardiogram* (EKG) biasanya menunjukkan depresi segmen ST dan intervensi gelombang T, menunjukkan iskemia. Pola EKG kembali ke awal ketika rasa sakit berkurang.

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan kebutuhan oksigen miokard yaitu aritmia, demam, hipertensi, penggunaan kokalin, stenosis aorta, *arteriovenous shunt* (av shunts), anemia, tirotoksikosis, *congestive heart failure* (CHF) (Lewis et al., 2017). Sedangkan faktor-faktor yang dapat memicu serangan angina biasanya oleh aktivitas fisik seperti jalan kaki, naik tangga, dan olahraga. Di saat tersebut otot jantung tidak bisa mendapatkan cukup darah saat arteri menyempit dan penyebab tak langsung angina adalah merokok, stress emosional, suhu dingin, dan makan berat karena dapat menyebabkan penyempitan arteri. Kemungkinan penyebab lain adalah spasme atau mengencangnya arteri koroner sehingga lubang pada arteri menyempit (Lewis et al., 2017).

Komplikasi utama dari angina adalah serangan jantung (penyakit jantung koroner), menurut LeMone et al (2016) memiliki ciri sebagai berikut: rasa seperti ditekan, diremas, atau penuh pada dada dan berlangsung beberapa menit, nyeri yang dapat menjalar hingga rahang, tangan dan punggung, nyeri yang bertambah parah, nyeri dirasakan juga pada ulu hati, berkeringat atau keringat jagung, sesak nafas, mual, muntah dan pingsan. Bila tidak segera ditangani maka dapat menyebabkan kematian.

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

a. Non-Farmakologis

Terapi non farmakologis menurut Alkatiri et al (2019) adalah sebagai berikut : Diet rendah garam dan tinggi serat, buah, sayuran, dan biji-bijian. Semua lemak makanan kurang dari 30% dari total kalori, lemak jenuh kurang dari 7%. Batasi glukosa dalam diet (gula sederhana). Batasi kalori jika kelebihan berat badan. Omega-3 asam lemak termasuk dalam diet. Mulailah dengan berjalan lebih sering dan tingkatkan latihan fisik. Lihat program rehabilitasi jantung. Mencapai berat badan yang sehat. Berhenti merokok hindari paparan asap tembakau lingkungan (bekas) di rumah dan di tempat kerja, batasi asupan alcohol.

b. Farmakologis

Beberapa jenis obat yang dapat diberikan untuk meredakan gejala angina antara lain: Obat pengencer darah, seperti aspirin, clopidogrel, atau ticagrelor; Obat pelebar pembuluh darah golongan nitrat, seperti nitrogliserin dan isosorbite dinitrate, untuk melebarkan dan merelaksasi pembuluh darah, sehingga aliran darah ke jantung lebih baik; Obat penghambat beta, seperti atenolol atau bisoprolol, untuk memperlambat denyut jantung dan membuat pembuluh darah lebih rileks sehingga mengurangi beban kerja jantung; Obat untuk mengontrol penyakit diabetes, kolesterol, dan hipertensi yang merupakan faktor risiko dari penyakit jantung coroner; Obat

antiangina, seperti trimetazidine atau ranolazine, untuk mengurangi dan mencegah kejadian nyeri dada (Alkatiri et al., 2019).

2. Tindakan Medis

Tindakan medis pada pasien angina adalah prosedur angioplasti koroner awalnya adalah sama dengan prosedur diagnostik angiografi koroner yaitu dengan memasukkan kateter secara perkutan dengan menggunakan anastesi lokal. Kemudian guidewire dimasukkan melewati kateter yang sudah terpasang pada ostium pembuluh darah koroner melewati lesi yang dituju. Selanjutnya balon kateter dimasukkan melalui guidewire dan ditempatkan pada lesi yang dituju. Setelah itu baru dilakukan inflasi balon sebelum dilakukan pemasangan stent (Alkatiri et al., 2019).

Sebelum prosedur dimulai, penderita diberi terapi aspirin 325 mg per hari dan loading clopidogrel (platelet ADP-receptor antagonist) untuk meminimalkan deposisi platelet pada endotel yang rusak akibat dilatasi balon serta pemasangan stent. Prosedur angioplasti biasanya dilakukan melalui arteri femoralis. Namun, pada kondisi tertentu teruma jika ada kelainan pada arteri femoralis, dilakukan pendekatan melalui arteri brachialis dan radialis. Setelah pemasangan sheath pada arteri, diberikan terapi antitrombin pada awal prosedur angioplasti dan obat yang sering digunakan adalah unfractionated heparin (70 unit/kg) dengan dosis diturunkan menjadi 50 unit/kg jika sejak awal direncanakan pemberian GPIIb/IIIa inhibitor. Selama pemberian heparin, Activated Clothing Time (ACT) dipertahankan antara 275-300 detik (Oktaviono, 2019).

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Doenges & Yulianti, 2018). Pengkajian keperawatan pada pasien dengan angina pektoris meliputi:

1. Biodata pasien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, nomor telpon, status pernikahan, agama suku, pendidikan, pekerjaan, lama bekerja, nomor rekam medis, tanggal masuk, tanggal pengkajian, sumber informasi, nama keluarga dekat yang bisa dihubungi, status, alamat, pendidikan, dan pekerjaan.

2. Riwayat penyakit sekarang

Yang dikaji adalah riwayat penyakit yang dialami sekarang seperti apakah ada nyeri, nyeri skala berapa, intensitas nyerinya, penyebab terjadinya nyeri. Apakah terdapat sesak nafas, mual muntah, keringat dingin dan lemah.

3. Riwayat kesehatan masa lalu

Yang dikaji adalah riwayat penyakit yang pernah di derita, riwayat operasi dengan trauma, operasi, transfuse darah, alergi dan kebiasaan spesifik pasien lainnya. Selain itu, dikaji pula apakah sebelumnya pasien pernah menderita nyeri dada, darah tinggi, diabetes militus, dan hiperlipidemia.

Tanyakan obat-obatan yang biasa diminum oleh pasien pada masa lalu.

Tanyakan alergi obat dan reaksi alergi apa yang timbul.

4. Riwayat keluarga

Kaji penyakit yang pernah dialami oleh keluarga serta bila ada anggota keluarga yang meninggal, tanyakan penyebab kematiannya. Penyakit jantung iskemik pada orang tua yang timbulnya pada usia muda merupakan factor risiko utama untuk penyakit jantung pada keturunannya.

5. Status kardiovaskuer

Meliputi frekuensi dan irama jantung, tekanan darah arteri, tekanan vena central (CVP), tekanan arteri paru, bentuk gelombang pada tekanan darah invasif, curah jantung dan *cardiac index*, serta *drainase* rongga dada.

6. Status respirasi

Meliputi ukuran dan tanggal pemasangan ETT, masalah yang timbul selama intubasi, gerakan dada, suara nafas, setting ventilator (frekuensi, volume tidal, konsentrasi oksigen), kecepatan nafas, tekanan ventilator, saturasi oksigen, serta analisa gas darah.

7. Status neurologi

Meliputi tingkat kesadaran, orientasi, pemberian sedasi, ukuran refleks pupil terhadap cahaya, gerakan refleks (refleks muntah, patella, tendon), memori, nervus cranial, serta gerakan ekstremitas.

8. Status fungsi ginjal

Meliputi haluaran urine, warna urine, osmolalitas urine, distensi kandung kemih, serta kebutuhan cairan.

9. Status gastrointestinal

Meliputi bising usus, frekuensi bising usus, palpasi abdomen, nyeri pada saat palpasi, mual, muntah, frekuensi BAB, konsistensi dan warna feses.

10. Status muskuloskeletal

Meliputi kondisi kulit, gerakan eksteremitas, lokasi luka, kekuatan dan tonus otot.

11. Nyeri

Meliputi lokasi, onset, paliatif, kualitas, medikasi, serta efek nyeri terhadap aktivitas.

12. Pemeriksaan diagnostik

a. EKG

Normal pada saat istirahat tetapi bisa depresi pada segmen ST, gelombang T *inverted* menunjukkan iskemia, gelombang Q menunjukkan nekrosis.

b. Echocardiogram

Untuk mengkaji fraksi ejeksi (normalnya > 55%), gerakan segmen dinding, volume sistolik dan diastolik ventrikel, regurgitasi katup mitral karena disfungsi otot papiler dan untuk mendekteksi adanya thrombus mural, vegetasi katup, atau cairan pericardial.

c. Laboratorium

Perubahan enzim jantung, isoenzim, troponin T dan troponin I; CK-MB isoenzim yang ditemukan pada otot jantung meningkat antara 4-6 jam, memuncak dalam 12-24 jam, kembali normal dalam 48-72 jam.

LDH meningkat dalam 14-24 jam, memuncak dalam 48-72 jam dan kembali normal dalam 7-14 jam. Troponin-T, merupakan pertanda baru untuk infark miokard akut, mulai meningkat 3-12 jam, puncak selama 12 jam – 2 hari, kembali normal 5 – 14 hari. Troponin-I mulai meningkat 3-12 jam, puncak selama 24 jam, kembali normal 5-10 hari. Peningkatan lipid serum meliputi : kolestrol >200 mg/dl. Trigliserida >200 mg/dl, LDL >160 mg/dl, HDL <35 (factor resiko CAD).

E. Diagnosis Keperawatan

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 DPP PPNI, 2017)

Menurut Lewis et al., (2017); Tim Pokja SDKI PPNI, (2017) diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien angina pektoris stabil adalah sebagai berikut.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis iskemik miokard.
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelamahan.
3. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap kematian.
4. Risiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan irama jantung.

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 DPP PPNI, 2018b). Perencanaan keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung koroner adalah sebagai berikut (Tim Pokja DPP PPNI, 2019; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018a):

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, jika perlu.

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 inotropik, 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, jika perlu

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 & Yulianti, 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).

Evaluasi keperawatan pada pasien angina pektoris berjalan secara kontinu. Tujuan dan Kriteria hasil yang diharapkan setelah tindakan yang diberikan untuk intoleransi aktivitas yaitu : Frekuensi nadi menurun, Keluhan lelah menurun, Dispnea saat aktivitas menurun, Dispnea setelah aktivitas menurun, Perasaan lemah menurun, Aritmia saat aktivitas menurun, Aritmia setelah aktivitas menurun, Sianosis menurun, Tekanan darah membaik, Frekuensi nafas membaik, EKG Iskemia membaik (Anies, 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

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam Bab ini penulis akan menguraikan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. K dengan angina pectoris stabil di Ruang Kardiovaskuler Kamar 607 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara pada tanggal 14-16 Maret 2023. Pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan ini, penulis menggunakan proses keperawatan yang terdiri dari beberapa tahapan yaitu pengkajian, perumusan masalah keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien

Pasien bernama Tn. K berusia 61 tahun, status menikah, beragama Islam, suku bangsa Sunda, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, pendidikan tamat SD, pekerjaan Wiraswasta, alamat: Priok. Sumber biaya BPJS PBI, sumber informasi berasal dari pasien, keluarga dan rekam medis, pasien masuk pada tanggal 12 Maret 2023 di ruangan jantung.

2. Resume

Pasien Tn. K pasien masuk rumah sakit tanggal 12 Maret lewat IGD dengan keluhan nyeri nyeri sudah dirasakan sejak satu hari yang lalu, karakteristik nyerinya seperti ditusuk-tusuk, terbakar, dan menyebar, dengan skala nyeri: 6 (*numeric scale* 1-10), pasien juga mengeluh lemah, pusing, dan merasa sakit bila menggerakkan anggota badannya. Hasil

pengukuran TTV; TD: 131/68, N: 68x/menit, RR: 20x/menit, S: 97%, tingkat kesadaran pasien: compos mentis, tidak ada batuk, tidak ada pilek, ada sesak, tidak ada demam, ada perasaan jantung berdebar-debar, tidak pingsan, tidak ada bengkak, ada mual, tidak ada muntah, terdapat nyeri ulu hati, tidak ada diare, tidak ada BAB darah, tidak ada keringat dingin, tidak ada riwayat trauma, pasien memiliki riwayat penyakit jantung dan stroke.

Masalah keperawatan yang muncul pasien adalah nyeri akut dan intoleransi aktifitas. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan pada pasien yaitu mengukur tanda-tanda vital, mengkaji tingkat kemampuan pasien, membantu ADL pasien. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan pada pasien adalah kolaborasi pemberian obat Omeprazole 2x1 amp, kolaborasi pemberian obat ISDN 3x1 amp, kolaborasi pemberian obat Aspilet 1x80 mg, kolaborasi pemberian obat Clopidogrel 1x75 mg.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

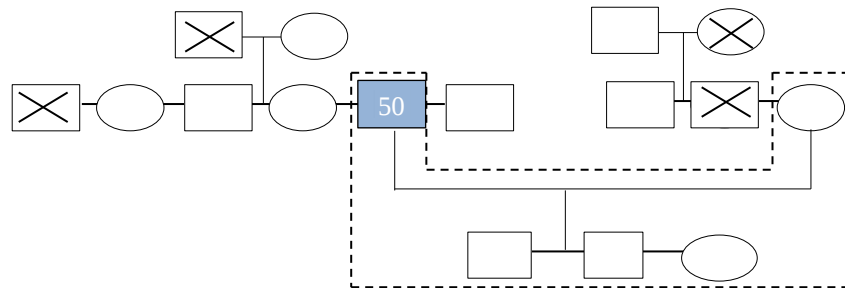
Keluhan utama saat ini pasien mengeluh nyeri dada sampai ke lambung, faktor pencetusnya karena kelelahan timbulnya mendadak lamanya 30 menit upaya untuk mengatasi pasien berkunjung ke rumah sakit.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien memiliki riwayat penyakit jantung koroner tahun 2019 stroke tahun 2014 dan hipertensi sejak 10 tahun yang lalu namun tidak sering kambuh karena pasien rutin minum obat hipertensi, pasien mengatakan pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan ataupun

obat, riwayat obat yang dikonsumsi oleh pasien adalah amlodipin diklofenak, miniaspi, aspilets dan omeprazole.

c. Riwayat kesehatan keluarga



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan:

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

d. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga yang menjadi faktor resiko.

Pasien mengatakan ayahnya meninggal karena menderita stroke dan hipertensi, kakak pasien juga meninggal karena penyakit jantung.

e. Riwayat psikososial

Pasien mengatakan orang terdekat dengannya saat ini adalah anaknya, pola komunikasi yang diterapkan adalah pola komunikasi dua arah dan pasien sebagai pembuat keputusan, kegiatan masyarakat yang selama ini diikuti oleh pasien adalah mengaji. Pasien mengatakan semenjak sakit, menjadi beban di keluarganya, pasien mengatakan semenjak sakit pasien tidak dapat beraktivitas seperti biasa.

Mekanisme kopling yang dilakukan oleh pasien ketika stres adalah dengan mencari pertolongan, 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 salat lima waktu. Kondisi lingkungan tempat tinggal dan rumah pasien saat ini.

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 obat yang dikonsumsi sebelum makan adalah Omeprazole.

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 diet tinggi protein penggunaan obat-obat sebelum makan tidak ada.

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Pasien buang air kecil 6 kali sehari warna kuning, pasien tidak memiliki keluhan saat berkemih serta tidak

menggunakan alat bantu. Pasien buang air besar satu kali sehari waktunya tidak tentu warna feses kuning konsistensi, serta tidak menggunakan laksatif.

Sesudah sakit: Frekuensi buang air kecil pasien 6 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 kuning 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 4 jam dan tidur malam 8 jam, pasien tidak memiliki kebiasaan tertentu sebelum tidur.

Setelah sakit: Pasien mengeluh sulit tidur, pasien sering terjaga, pasien mengeluh pola tidur berubah, pasien mengeluh istirahat tidak cukup pasien hanya tidur siang 1 jam dan tidur malam 4 jam pasien sering terbangun karena nyeri yang dirasakan, pasien juga mengatakan dada terasa berdebar kencang, pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan tertentu sebelum tidur,

5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit: Pasien biasanya bekerja sampai sore, pasien tidak melakukan olahraga

Setelah sakit: Pasien tidak melakukan aktivitas apa-apa karena setiap kali pasien melakukan aktivitas pasien selalu mengeluh nyeri pada lambung.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit: Pasien memiliki kebiasaan merokok sebanyak satu bungkus dalam sehari pasien telah merokok kurang lebih selama 30 tahun pasien tidak memiliki riwayat mengkonsumsi minuman keras ataupun narkoba.

Setelah sakit: Pasien tidak merokok.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Pemeriksaan fisik umum didapatkan berat badan pasien 59 kg dengan tinggi badan 160 cm. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah didapatkan 168/83 mmHg, Nadi 61 kali per menit, frekuensi nafas 20 kali per menit, suhu tubuh pasien 36,4 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, menggunakan kacamata + 2.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga pasien tampak normal, tidak ditemukan adanya serumen, kondisi telinga bagian tengah pasien normal, tidak ditemukan adanya cairan dari telinga, pasien tidak merasa penuh di telinga serta tidak ditemukan adanya tinnitus. Fungsi pendengaran pasien menurun tidak ditemukan adanya gangguan keseimbangan serta tidak menggunakan alat bantu.

d. Sistem wicara

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

e. Sistem pernapasan

Hasil pemeriksaan sistem pernapasan ditemukan jalan nafas pasien bersih pasien, namun tampak sesak terutama ketika beraktivitas. Pasien tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi nafasnya 20 kali per menit, iramanya teratur, pernapasan pasien spontan dengan kedalaman nafas dalam. Pada pemeriksaan palpasi dada tidak ditemukan adanya benjolan dan juga krepitasi, perkusi dada terdengar bunyi sonor, suara nafas vasikuler, pasien tidak mengalami nyeri saat bernapas, serta tidak menggunakan alat bantu nafas

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi Perifer

Hasil pemeriksaan sistem kardiovaskuler denyut teraba lemah didapatkan nadi pasien 79 kali per menit, irama tidak teratur serta denyut nadi teraba lemah, tekanan darah 168/83 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

Hasil pemeriksaan sirkulasi jantung didapatkan Irama tidak teratur tidak terdengar adanya kelainan bunyi jantung pasien merasakan nyeri pada dada seperti terbakar dengan skala nyeri enam.

g. Hematologi

Hasil pemeriksaan hematologi tidak tampak pucat serta tidak ditemukan adanya perdarahan

h. Sistem saraf pusat

Hasil pemeriksaan sistem persyarafan pasien tidak ada keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran kompos mantis dengan nilai GCS 15, hasil pemeriksaan juga didapatkan bahwa pasien tidak memiliki tanda-tanda adanya peningkatan TIK, hasil pemeriksaan reflek fisiologis normal serta reflek patologis tidak ditemukan.

i. Sistem pencernaan

Hasil pemeriksaan sistem pencernaan adalah sebagai berikut: gigi pasien tanpa karies, tidak didapatkan penggunaan gigi palsu, tidak tampak stomatitis serta lidah tampak bersih, isi saliva normal, tidak ditemukan adanya muntah, terdapat nyeri terdapat nyeri pada perut yang berasal dari nyeri dada skala nyeri enam karakteristik seperti terbakar nyerinya menyebar, hasil pemeriksaan bising usus 29 kali per menit, pasien tidak mengalami diare juga tidak mengalami konstipasi, pada pemeriksaan hepar pasien tidak teraba pada pemeriksaan abdomen abdomen pasien lembek.

j. Sistem endokrin

Hasil pemeriksaan sistem endokrin tidak didapatkan perbesaran pada kelenjar tiroid serta tidak ditemukan adanya luka gangrene.

k. Sistem urogenital

Hasil pemeriksaan sistem urologi didapatkan balance cairan pasien intake 1200 ml output 1100 ml, tidak ditemukan adanya perubahan pada pola kemih, buang air kecil pasien berwarna kuning, tidak ada distensi pada kandung kemih serta tidak didapatkan keluhan sakit pinggang.

l. Sistem integumen

Hasil pemeriksaan sistem integumen temperatur kulit pasien 36,4⁰C, teraba hangat, keadaan kulit pasien baik, tidak tampak adanya luka, tidak ditemukan adanya kelainan pada kulit pasien, kondisi sekitar pemasangan infus tampak baik, tidak ada pelebitis, keadaan rambut pasien baik dan bersih.

m. Sistem muskuloskeletal

Hasil pemeriksaan sistem muskuloskeletal didapatkan pasien tidak mengalami kesulitan dalam pergerakan dan tidak ditemukan sakit pada tulang ataupun sendi, tidak terdapat fraktur tidak ada kelainan bentuk tulang sendi, struktur tulang belakang keadaan, tonus otot baik, kekuatan otot :

5 5 5 5	5 5 5 5
5 5 5 5	5 5 5 5

5. Data Tambahan

Pasien mengetahui jika dia mengalami penyakit jantung yang disebabkan oleh adanya plak pada pembuluh darah jantung.

6. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 12 Maret 2023 adalah sebagai berikut : Hemoglobin 13.1g/dL (13.5-18.0), Leukosit $8.96 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00-10.50), Hematokrit 38.1% (42.0-52.0), Trombosit $285 \times 10^3/\mu\text{L}$ (163-337), Natrium 139 mEq/L (135-147), GDS 94mg/dl (0.67-1.17).

Hasil Pemeriksaan EKG pada tanggal 13 Maret 2023: didapatkan hasil ST depresi.

7. Penatalaksanaan

Infus Asering 500ml/24 jam, Terapi obat injeksi yaitu: Omeprazol 1x2mg (Pukul 12.00WIB). Obat oral yaitu : Isosorbit Dinitrat 2x5mg (Pukul 12.00WIB & 20.00WIB), Clopidogrel 1x75mg (Pukul 12.00WIB).

8. Data Fokus

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri dada sampai ke perut, pasien pernah menderita PJK tahun 2009 tahun 2014 dan hipertensi semenjak 10 tahun lalu, ayah pasien menderita stroke dan hipertensi serta kakaknya meninggal karena penyakit jantung, pasien sering terbangun karena nyeri yang dirasakan, dada terasa berdebar kencang, sejak sakit tidak dapat beraktivitas seperti biasa, memikirkan tentang kesehatannya, tidak dapat bekerja selama sakit, pasien memiliki penyakit jantung

Data Objektif: P: angina pectoris stabil; Q: seperti terbakar; R: Dada sampai perut; S: 6; T: mendadak, pasien tampak meringis saat ditekan perutnya, tekanan darah 168/83 mmhg, frekuensi nadi 59 x/menit, frekuensi nafas, suhu 36,4⁰C, pasien tampak kesulitan untuk tidur, pengisian kapiler <2 detik, irama jantung pasien tidak teratur, pasien tampak kesakitan dan memegang dadanya, peristaltik usus 29 x/menit, hasil pemeriksaan EKG tampak ST elevasi.

9. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	Data Subjektif : Nyeri dada sampai ke perut, dada terasa berdebar. Data Objektif :	Risiko penurunan curah jantung	Perubahan irama jantung

	Irama jantung pasien tidak teratur, pasien mengalami bradikardi, tekanan darah 168/83 mmhg, frekuensi nadi 59 x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, Hasil EKG menunjukkan ST depresi		
2	Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri dada sampai ke perut, nyeri muncul tiba-tiba. Data Objektif : Pasien tampak meringis ketika ditekan pada perut, frekuensi nadi 59x/menit, pasien tampak gelisah P: angina pektoris stabil; Q: seperti terbakar; R: Dada sampai perut; S: 6; T: mendadak Hasil EKG menunjukkan ST depresi.	Nyeri akut	Agan pencedera fisiologis: iskemia

3	Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas seperti biasa Data Objektif: Pasien tampak lemas, tekanan darah 168/86mmHg, frekwensi nadi 59x/menit, frekwensi nafas 20x/Menit	Intoleransi aktifitas	Kelemahan
---	---	-----------------------	-----------

B. Diagnosis Keperawatan

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

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: iskemia.
2. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Kelemahan.

C. Perencanaan, pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: iskemia ditandai dengan :**

Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri dada sampai ke perut, nyeri muncul tiba-tiba, mengeluh sulit tidur.

Data Objektif : Pasien tampak meringis, frekuensi nadi 59x/menit, pasien tampak gelisah, P: angina pectoris stabil; Q: seperti terbakar; R: Dada sampai perut; S: 6; T: mendadak, Hasil EKG menunjukkan ST depresi.

Tujuan: Nyeri akut menurun atau hilang setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam.

Kriteria hasil: skala nyeri menurun dengan skala $<2/10$ atau hilang dengan skala nyeri 0/10, tanda-tanda vital dalam batas normal TD:120/80; RR:20x/menit; suhu:36,5°C; frekwensi nadi: 80x/menit, pasien dapat melakukan teknik relaksasi.

Rencana tindakan:

- a. Observasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- e. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
- f. Berikan terapi Isosorbit Dinitrat 2x5mg (Pukul 12.00WIB & 20.00WIB), Clopidogrel 1x75mg (Pukul 12.00WIB).

Pelaksanaan:

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor dan mengobservasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, nyeri pada daerah dada sampai ke perut, nyeri seperti terbakar dan menyebar; Pukul 08.10 WIB Mengidentifikasi skala nyeri pasien, skalanya 6/10; Pukul 08.15 WIB

mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien tampak kesakitan ketika dilakukan penekanan pada perut; Pukul 08.25 WIB mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, pasien tampak rileks setelah diberikan posisi semifowler; Pukul 08.45 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik pengalihan atau distraksi, pasien terlihat sudah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan mengalihkan nyerinya dengan tidur; Pukul 10.00 WIB memberikan lingkungan nyaman, pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah nyaman; Pukul 12.00 WIB memberikan satu tablet Isosorbit Dinitrat 5 mg dan satu tablet Clopidogrel 75mg; Pukul 14.00 WIB memberikan lingkungan nyaman, pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah nyaman; Pukul 18.00 WIB tekanan darah 160/82 mmHg, frekuensi nadi 64x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C; Pukul 20.30 WIB memberikan lingkungan nyaman: pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah nyaman.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor dan mengobservasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, nyeri pada daerah dada sampai ke perut, nyeri seperti terbakar dan menyebar; Pukul 08.10 WIB Mengidentifikasi skala nyeri pasien, skalanya 4/10; Pukul 08.15 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien tampak kesakitan ketika dilakukan penekanan pada perut; Pukul 08.25 WIB mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, pasien tampak rileks setelah diberikan posisi semifowler; Pukul 10.00 WIB memberikan lingkungan

nyaman, pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah nyaman; Pukul 12.00 WIB mengkolaborasikan pemberian isosorbit dinitrat 5 mg dan clopidogrel 75mg; Pukul 14.00 WIB memberikan lingkungan nyaman, pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah nyaman; Pukul 18.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien tanda-tanda vital tekanan darah 158/80 mmHg, frekuensi nadi 83x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,2°C. Pukul 20.30 WIB memberikan lingkungan nyaman: pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah nyaman.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor dan mengobservasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, nyeri pada daerah dada sampai ke perut, nyeri seperti terbakar dan menyebar; Pukul 08.10 WIB Mengidentifikasi skala nyeri pasien, skalanya 3/10; Pukul 08.15 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien tampak kesakitan ketika dilakukan penekanan pada perut; Pukul 08.25 WIB mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, pasien tampak rileks setelah diberikan posisi semifowler; Pukul 08.45 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik pengalihan atau distraksi, pasien terlihat sudah diajarkan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan mengalihkan nyerinya dengan tidur; Pukul 10.00 WIB memberikan lingkungan nyaman, pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah nyaman; Pukul 12.00 WIB mengkolaborasikan pemberian isosorbit dinitrat 5 mg dan clopidogrel 75mg; Pukul 14.00 WIB memberikan lingkungan nyaman, pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah

nyaman; Pukul 18.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien tekanan darah 154/78 mmHg, frekuensi nadi 69x/menit, frekuensi napas 19x/menit, suhu 36,7°C; Pukul 20.30 WIB memberikan lingkungan nyaman: pasien mengatakan lingkungan tempat tidurnya sudah nyaman.

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif: nyeri pada daerah dada sampai ke perut, nyeri seperti terbakar dan menyebar

Objektif: skala nyeri 3/10, pasien masih kadang-kadang meringis kesakitan ketika dilakukan penekanan pada perut, pasien sudah bisa tidur 6 jam.

Analisa: Tujuan tercapai Sebagian

Perencanaan: tindakan keperawatan dilanjutkan sesuai point a, b, c, d, e dan f.

2. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan factor resiko perubahan irama jantung ditandai dengan :

Data Subjektif : Pasien mengeluh nyeri dada sampai ke perut, dada terasa berdebar.

Data Objektif : Irama jantung pasien tidak teratur, pasien mengalami bradikardi, tekanan darah 168/83 mmhg, frekuensi nadi 59 x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, Hasil EKG menunjukkan ST depresi.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka curah jantung meningkat

Kriteria hasil: Nyeri dada menurun (skala nyeri 2), takikardia menurun, gambaran EKG aritmia menurun.

Rencana tindakan:

- a. Observasi tanda primer penurunan curah jantung
- b. Monitor tekanan darah
- c. Monitor keluhan nyeri dada
- d. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- e. Berikan diet jantung yang sesuai
- f. Anjurkan berhenti merokok

Pelaksanaan:

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor dan mengobservasi tanda primer penurunan curah jantung, irama jantung pasien tidak teratur, hasil ekg didapatkan st depresi; Pukul 08.15 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien : tanda-tanda vital tekanan darah 160/82 mmHg, frekuensi nadi 64x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C; Pukul 08.30 WIB memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan masih terasa nyeri didada sampai ke perut; Pukul 08.35 WIB memposisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, pasien terlihat lebih nyaman; Pukul 09.00 WIB menganjurkan pasien berhenti merokok dengan edukasi, pasien mengatakan mengerti bahaya merokok serta masalah kesehatan yang timbul akibat rokok; Pukul 11.30 WIB memberikan diet rendah garam tinggi protein, pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan yang

diberikan; Pukul 12.00 WIB mengkolaborasikan pemberian isosorbit dinitrat 5 mg dan clopidogrel 75mg.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor dan mengobservasi tanda primer penurunan curah jantung, irama jantung pasien tidak teratur hasil ekg didapatkan st depresi; Pukul 08.15 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tanda-tanda vital tekanan darah 158/73 mmHg, frekuensi nadi 67x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 36,5°C; Pukul 08.30 WIB memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan masih terasa nyeri didada sampai ke perut namun skala nyeri sudah berkurang menjadi skala 4; Pukul 11.30 WIB memberikan diet rendah garam tinggi protein, pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan; Pukul 12.00 WIB mengkolaborasikan pemberian isosorbit dinitrat 5 mg dan clopidogrel 75mg.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor dan mengobservasi tanda primer penurunan curah jantung, irama jantung pasien tidak teratur hasil EKG didapatkan st depresi; Pukul 08.15 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien, tanda-tanda vital tekanan darah 154/78 mmHg, frekuensi nadi 69x/menit, frekuensi napas 19x/menit, suhu 36,7°C; Pukul 08.30 WIB memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan masih terasa nyeri didada sampai ke perut namun skala nyeri sudah berkurang menjadi skala 3; Pukul 11.30 WIB memberikan diet rendah garam tinggi protein, pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan; Pukul 12.00 WIB memberikan 1 tablet isosorbit Dinitrat 5 mg dan satu tablet Clopidogrel 75mg, obat diminum.

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan masih terasa nyeri didada sampai ke perut namun skala nyeri sudah berkurang menjadi skala tiga.

Objektif: Tekanan darah 154/78 mmHg, frekuensi nadi 69x/menit, frekuensi napas 19x/menit, suhu 36,7°C, irama jantung pasien tidak teratur hasil EKG didapatkan ST depresi (belum ada EKG ulang)

Analisa: Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan: tindakan keperawatan dilanjutkan sesuai point a, b, c, d, e, dan g

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan :

Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas seperti biasa.

Data Objektif: Pasien tampak lemas, tanda-tanda vital tekanan darah 168/86mmHg, frekwensi nadi 59x/menit, frekwensi nafas 20x/Menit

Kriteria hasil: pasien tidak lagi mengeluh lelah, pasien tampak bias melakukan aktifitas dengan mandiri, tanda-tanda vital dalam batas normal
Tekanan darah : 120/80; RR : 20x/menit; suhu : 36,5°C; frekuensi nadi : 80x/menit.

Rencana tindakan:

- a. Monitor pola dan jam tidur
- b. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
- c. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur

- d. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- e. Kolaborasi pemberian diet jantung

Pelaksanaan:

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan hanya bisa tidur malam sebanyak 4 jam; Pukul 08.10 WIB memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, pasien mengatakan nyeri dada saat beraktifitas; Pukul 08.20 WIB memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, pasien Nampak bias duduk disistempat tidur; Pukul 08.25 WIB menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, pasien Nampak mulai bias melakukan aktifitas secara bertahap dengan dibantu keluarga; Pukul 08.30 WIB mengajarkan relaksasi nafas dalam, pasien tampak bisa melakukan relaksasi nafas dalam; Pukul 11.30 WIB mengkolaborasikan pemberian diet rendah garam tinggi protein.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan hanya bisa tidur malam sebanyak 4 jam; Pukul 08.10 WIB memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, pasien mengatakan nyeri dada saat beraktifitas; Pukul 08.25 WIB menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, pasien Nampak mulai bias melakukan aktifitas secara bertahap dengan dibantu keluarga; Pukul 08.30 WIB mengajarkan relaksasi nafas dalam, pasien tampak bisa

melakukan relaksasi nafas dalam; Pukul 11.30 WIB mengkolaborasikan pemberian diet rendah garam tinggi protein.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, pasien mengatakan hanya bisa tidur malam sebanyak 4 jam; Pukul 08.10 WIB memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, pasien mengatakan nyeri dada saat beraktifitas; Pukul 08.25 WIB menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, pasien Nampak mulai bias melakukan aktifitas secara bertahap dengan dibantu keluarga; Pukul 08.30 WIB mengajarkan relaksasi nafas dalam, pasien tampak bisa melakukan relaksasi nafas dalam; Pukul 11.30 WIB mengkolaborasikan pemberian diet rendah garam tinggi protein.

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan sudah bisa tidur malam sebanyak 6 jam

Objektif: Pasien memahami manfaat tidur yang cukup, pasien tidak mengkonsumsi makanan dan minuman yang mengganggu tidur

Analisa: Tujuan tercapai

Perencanaan: tindakan keperawatan dipertahankan

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 Tn. K dengan Angina pectoris stabil Stabil di Ruang Kardiologi 607 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 13 Maret – 15 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Lewis et al (2014) dan Smeltzer & Bare (2017) menyebutkan angina pectoris terjadi akibat kurangnya suplai oksigen ke sel-sel miokardium yang terjadi karena kekakuan arteri dan penyempitan lumen pada arteri koroner yang disebabkan Aterosklerosis, Penyebab pasti aterosklerosis sendiri belum diketahui, tetapi beberapa faktor yang dapat menyebabkan arterosklerosis antara lain: Kolesterol tinggi, Tekanan darah tinggi, Diabetes, Peradangan akibat lupus, Obesitas dan Kebiasaan merokok. Pada kasus penyebab angina pectoris stabil karena pasien memiliki riwayat penyakit jantung koroner tahun 2019 angina pectoris stabil tahun 2014 dan hipertensi sejak 10 tahun, pasien juga memiliki kebiasaan merokok sebanyak satu bungkus dalam sehari pasien telah merokok kurang lebih selama 30 tahun. Hasil pengkajian riwayat keluarga juga ditemukan kakak pasien meninggal

karena penyakit jantung. Hal ini membuktikan bahwa penyebab angina pektoris stabil yang ditemukan pada pasien sudah sesuai dengan teori yang diambil.

Menurut Keogh, (2019) menyebutkan beberapa manifestasi klinik pada angina pektoris stabil yaitu mengeluh pada bagian dada sebelah kiri yang terasa berat, sakit yang dirasakan menjalar hingga ke punggung, leher, rahang, dan lengan kanan, dan umumnya pasien merasakan tidak enak badan seolah-olah seperti ada angin yang memenuhi area dada dan perut tetapi sulit untuk dihilangkan, hal ini bisa disebabkan oleh aktivitas fisik seperti jalan kaki, naik tangga, dan olahraga. Teori tersebut sudah hampir sesuai dengan apa yang sudah penulis temukan pada kasus, dimana data-data tersebut adalah nyeri dada seperti ditusuk-tusuk, terbakar, dan menyebar, dengan skala nyeri: 6 (*numeric scale* 1-10), pasien juga mengeluh lemah, pusing, dan merasa sakit bila menggerakkan anggota badannya. Pada saat pengkajian masih terdapat nyeri dada sampai ke perut seperti terbakar, dengan skala 6 serta munculnya mendadak, dada terasa berdebar dan pasien tampak gelisah, irama jantung pasien tidak teratur pasien mengalami bradikardi dengan frekuensi nadi 59x/menit, hasil EKG menunjukkan ST depresi.

Oktaviono, (2019) menyebutkan beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan meliputi EKG akan menunjukkan iskemia, gelombang Q menunjukkan nekrosis, echocardiogram untuk mengkaji fraksi ejeksi, gerakan segmen dinding, volume sistolik dan diastolik ventrikel, regurgitasi katup mitral karena disfungsi otot papiler dan untuk mendekteksi adanya thrombus mural, vegetasi katup, atau cairan pericardial, Perubahan enzim jantung, isoenzim, troponin T dan troponin I serta pemeriksaan kolestrol >200 mg/dl. Trigliserida

>200 mg/dl, LDL >160 mg/dl, HDL <35 namun pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien belum sesuai antara teori dengan kasus. Kalau dilihat tujuan dari pemeriksaan-pemeriksaan tersebut adalah untuk mencari factor resiko, penyebab Angina Pektoris serta untuk melihat sejauh mana kerusakan dari fungsi jantung. Pada kasus pasien hanya dilakukan pemeriksaan EKG dimana hasil interpretasi dari EKG tersebut menunjukkan adanya segmen ST depresi yang sesuai seperti apa yang dialami pasien dengan angina pektoris stabil di teori. Pada kasus tidak dilakukan pemeriksaan echocardiogram, enzim jantung troponin T dan troponin I serta pemeriksaan kolesterol, karena pasien tidak menunjukkan adanya dislipidemia atau ada riwayat kolesterol, sebagai factor resiko pada kasus adalah karena hipertensi, merokok dan sudah ada riwayat penyakit jantung sebelumnya. Kemudian pada kasus dilakukan pemeriksaan GDS namun hasilnya masih menunjukkan ambang batas normal pada GDS. Pemeriksaan tersebut dikarenakan pasien dicurigai memiliki penyakit diabetes mellitus karena berhubungan dengan gaya hidup pasien.

Menurut Alkatiri et al (2019), menyebutkan penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien angina pektoris stabil meliputi obat pengencer darah, obat pelebar pembuluh darah golongan nitrat, obat penghambat beta blocker, obat untuk mengontrol penyakit diabetes, kolesterol, dan hipertensi, obat antiangina. Penatalaksanaan terapi pada kasus sudah sesuai dengan teori yaitu pemberian Isosorbit Dinitrat 2x5mg dan Clopidogrel 1x75mg. Obat penghambat beta blocker tidak diberikan pada pasien karena tidak ditemukan adanya gambaran aritmia pada EKG pasien, obat untuk mengontrol penyakit diabetes dan kolesterol tidak diberikan karena dalam kasus tidak ditemukan

adanya abnormalitas pada kolestrol dan GDS pasien. Sedangkan penatalaksanaan yang diberikan pada kasus namun tidak ada di teori adalah Omeprazol 1x2mg, pada pasien diberikan obat ini karna pasien juga merasa nyeri pada perut.

Faktor pendukung yang ditemukan penulis pada saat tahap pengkajian adalah terdapat kesesuaian data di teori dengan di kasus. Faktor pendukung lainnya yaitu pasien dan keluarga kooperatif serta tersediannya data penunjang yang bisa ditemukan oleh penulis dengan meminta izin kepada kepala ruangan untuk melihat rekam medis elektronik pasien. Faktor penghambat yang penulis temukan pada saat tahap pengkajian adalah beberapa hasil penunjang tidak ada ekspertisi dari ahli radiologi, sebagai solusi atas hambatan tersebut adalah penulis berkonsultasi dengan kepala ruangan atau perawat senior serta dengan dokter DPJP terkait 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., 2017; Tim Pokja DPP PPNI, 2017), terdapat empat diagnosa keperawatan pada pasien angina pectoris stabil yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis iskemik miokard, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian, risiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan irama jantung. Pada kasus penulis menemukan tiga diagnosa keperawatan, dimana untuk ketiga diagnosa sesuai

dengan teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis iskemia, resiko penurunan curah jantung faktor resiko perubahan irama dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.

Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosis keperawatan yaitu terdapat kesesuaian antara data yang dibutuhkan untuk merumuskan diagnosis keperawatan pada kasus dan teori, serta adanya panduan standar diagnosis keperawatan indonesia dimana didalamnya sudah dijelaskan terkait tanda dan gejala yang muncul pada masing-masing diagnosis keperawatan yang diangkat, serta hasil pemeriksaan penunjang yang menjadi pendukung dalam merumuskan diagnosis keperawatan. Faktor penghambatnya yaitu adanya diagnosis yang tidak terdapat pada teori. Sebagai solusi yang dilakukan oleh penulis adalah mengumpulkan lebih banyak lagi literatur dan juga data pada kasus terkait dengan diagnosis keperawatan aktual yang muncul pada pasien hingga penulis akhirnya mendapatkan tiga diagnosis yang dirumuskan di kasus.

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 nyeri akut menurut 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 ajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Hal ini sejalan dengan penelitian Islamie & Safriadi (2018) yang menyatakan bahwa salah satu cara untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh klien angina pektoris adalah teknik relaksasi yang dapat menurunkan taraf keluhan fisik pada klien yang mengalami angina pektoris.

Dalam perencanaan keperawatan resiko penurunan curah jantung menurut 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 O₂ menjadi optimal.

Dalam perencanaan keperawatan intoleransi aktifitas menurut 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 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap mulai dari duduk disisi tempat tidur. Hal ini sejalan dengan penelitian (Sari et al., 2018)

yang menyatakan bahwa aktifitas yang bertahap akan membantu pasien dalam meningkatkan daya tahan tubuh. Dengan imunitas yang kuat, tubuh mampu melawan berbagai infeksi kuman secara maksimal sehingga tidak mudah terserang penyakit.

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 nyeri akut intervensi untuk mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri tidak dapat dilakukan, dimana intervensi ini bertujuan untuk dapat mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas reaksi terhadap rasa nyeri (Bare & Smeltzer, 2017). Intervensi ini tidak terealisasi sesuai rencana. 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 dapat membantu melakukan distrakssi pada nyeri yang dirasakan.

Diagnosa keperawatan risiko penurunan curah jantung, pemberian intervensi memberikan terapi Isosorbit Dinitrat 2x5mg pada pukul 20.00WIB tidak dapat dilakukan, dimana intervensi ini bertujuan untuk mencegah dan mengobati nyeri dada pada penderita masalah jantung. Obat bekerja dengan meleaskan dan memperlebar pembuluh darah sehingga darah yang mengandung oksigen dapat mengalir lebih mudah ke jantung (Smeltzer & Bare, 2017). Hal ini dikarenakan terbatasnya waktu yang dimiliki penulis. Sebagai solusinya penulis melakukan pendelegasian kepada perawat ruangan dan juga kepada perawat lain yang bertugas untuk memberikan intervensi.

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 pada saat memberikan terapi farmakologi pada pukul 20.00WIB dan distraksi karna dikarenakan terbatasnya waktu yang dimiliki penulis serta pasien yang dirawat di kelas III. Sebagai solusinya penulis 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 distraksi pada nyeri yang dirasakan.

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 diagnose keperawatan yang diangkat pada kasus, ada satu diagnosis keperawatan yang sudah tercapai dan dua diagnosis keperawatan yang tujuan tercapai sebagian.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan tujuan tercapai sebagian dibuktikan dengan pasien mengatakan bisa tidur malam sebanyak 6 jam, pasien memahami manfaat tidur yang cukup, serta tidak mengkonsumsi makanan dan minuman yang mengganggu tidur.

Diagnosa resiko penurunan curah jantung faktor resiko perubahan irama jantung tujuan tidak tercapai dibuktikan dengan tekanan darah 154/78 mmHg, frekuensi nadi 69x/menit, frekuensi napas 19x/menit, suhu 36,7°C, tidak ditemukan tanda-tanda penurunan curah jantung.

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis iskemia miokard tidak tercapai dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada daerah dada sampai ke perut, nyeri seperti terbakar dan menyebar, skala nyeri 3/10, pasien tampak kesakitan ketika dilakukan penekanan pada perut

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 EKG. Solusinya penulis melakukan konsultasi dengan kepala ruangan sehingga didapatkan keterangan bahwa pasien-pasien yang telah membaik dan tidak diperlukan tindakan lebih lanjut biasanya memang tidak dilakukan pemeriksaan penunjang lagi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. K dengan Angina pektoris stabil Stabil di Ruang Kardiologi 607 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 13 Maret – 15 Maret 2023. Maka penulis bisa menarik kesimpulan dan memberikan saran untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan pada pasien dengan Angina pektoris stabil Stabil.

A. Kesimpulan

Pada pengkajian keperawatan ditemukan bahwa penyebab angina pektoris stabil yang ditemukan pada pasien sesuai dengan teori yang diambil serta Manifestasi klinik yang ditemukan pada kasus meliputi nyeri dada seperti ditusuk-tusuk, terbakar, dan menyebar, dengan skala nyeri: 6 (numeric scale 1-10), pasien juga mengeluh lemah, pusing, dan merasa sakit bila menggerakkan anggota badannya. Pada saat pengkajian masih terdapat nyeri dada sampai ke perut seperti terbakar, dengan skala 6 serta munculnya mendadak, dada terasa berdebar dan pasien tampak gelisah, Irama jantung pasien tidak teratur pasien mengalami bradikardi dengan frekuensi nadi 59x/menit; Hasil EKG menunjukkan ST depresi.

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

angina pectoris stabil. Pada kasus penulis menemukan tiga diagnosa keperawatan, dimana untuk dua diagnosa sesuai dengan teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis iskemia dan risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung sedangkan satu diagnosa yang lain tidak ditemukan di teori namun ada di kasus yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Dalam perencanaan keperawatan diagnosa nyeri akut tidak ditemukan ada kesenjangan antara teori dengan kasus, dalam rencana tindakan penulis memodifikasi dengan ajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Diagnosa resiko penurunan curah jantung 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. Diagnosa gangguan pola tidur tidak ditemukan ada kesenjangan antara teori dengan kasus. dalam pemberian rencana tindakan penulis memodifikasi dengan jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

Pada pelaksanaan tindakan diagnosa keperawatan nyeri akut intervensi untuk mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri tidak dapat dilakukan, karena 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 dapat membantu melakukan distrakssi pada nyeri yang dirasakan. diagnosa keperawatan risiko penurunan curah jantung, intervensi memberikan terapi Isosorbit Dinitrat 2x5mg pada pukul 20.00WIB tidak dapat dilakukan, dkarena terbatasnya waktu

yang dimiliki penulis. Sebagai solusinya penulis melakukan pendelegasian kepada perawat ruangan dan juga kepada perawat lain yang bertugas untuk memberikan intervensi.

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 yaitu gangguan pola tidur dan dua diagnosa keperawatan yang tercapai sebagian yaitu nyeri akut dan risiko penurunan curah jantung.

B. Saran

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan Angina pektoris stabil, maka penulis ingin memberikan saran sebagai berikut:

1. Ruangan

Diharapkan konsep teori dan asuhan keperawatan Angina pektoris stabil dapat digunakan sebagai referensi dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Angina pektoris stabil.

2. Untuk penulis

Penulis harus lebih mengembangkan ilmu pengetahuannya dalam bidang kesehatan khususnya bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gastroenteritis. Hal ini dilakukan dengan banyak cara seperti membaca buku, membaca literatur dari jurnal atau artikel, dan

melakukan update informasi terbaru tentang gastroenteritis. 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 terbaru yang berkaitan dengan Angina pectoris stabil agar semakin luas wawasan dan pengetahuan tentang topik pembahasan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Alkatiri, A. A., Wicaksono, S. H., Pakpahan, H., & Dwiputra, B. (2019). PEDOMAN EVALUASI DAN TATALAKSANA ANGINA PEKTORIS STABIL. In *PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS KARDIOVASKULER INDONESIA*.
- Anies. (2021). Penyakit Jantung Dan Pembuluh Darah: Diagnosis, Solusi, Dan Pencegahannya. In *Yogyakarta : Arrus Media* (pp. xiv, 186 hal).
- Bare, B. G., & Smeltzer, S. C. (2017). *Smeltzer & Bare's textbook of medical-surgical nursing*. North Ryde, NSW : Lippincott Williams & Wilkins.
- Doenges, M. E., & Yulianti, D. (2018). Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa Volume 2 (Ed. 9). In *Jakarta: EGC*.
- Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., Blair, M., Rebar, C., & Winkelman, C. (2020). Medical Surgical Nursing Patient Centered Collaborative Care. In *Elsevier* (Vol. 8). Elsevier Mosby.
- Islamie, N. N., & Safriadi, T. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Angina Pektoris Di Rsud Kota Subulussalam. *JURNAL ILMIAH BINALITA SUDAMA MEDAN*, 3(10), 1–2.
- Jainurakhma, J., Koerniawan, D., Supriadi, E., Frisca, S., Perdani, Z. P., Zuliani, Z., Budiono, B., Malisa, N., Rantung, G. A. J., Windahandayani, V. Y., & others. (2021). *Dasar-Dasar Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam dengan Pendekatan Klinis*. Yayasan Kita Menulis.
- Kemenkes.RI. (2017). Profil Penyakit Tidak Menular 2016. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).

- Kemenkes RI. (2021). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Keogh, J. (2019). Medical Surgical Nursing Demystified. In *McGraw-Hill Education* (Vol. 3). McGraw-Hill Education eBooks.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. In *EGC*. Jakarta.
- Lewis, Dirksen, Heitkamper, & Bucher. (2017). *Medical Surgical Nursing: Assesment and Management Of Clinical Problem*. Elsevier Mosby.
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Harding, M. M. (2014). *MEDICAL-SURGICAL NURSING: ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF CLINICAL PROBLEMS*. Elsevier Inc.
- Niluh, C. E., Rampengan, S. H., & Jim, E. L. (2016). Gambaran penyakit jantung koroner pada pasien gagal jantung yang menjalani rawat inap di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode September-November 2016. *E-CliniC*, 4(2). <https://doi.org/10.35790/ecl.4.2.2016.14557>
- Oktaviono, Y. H. (2019). Perkembangan Terapi Intervensi Pada Penyakit Jantung Koroner. In *Surabaya: Airlangga University Press* (pp. viii, 135 hlm).
- Prihatiningsih, D., & Sudyasih, T. (2018). Perawatan Diri Pada Pasien Gagal Jantung. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 4(2). <https://doi.org/10.17509/jpki.v4i2.13443>
- Rohmah, & Walid. (2016). Proses Keperawatan : Teori & Aplikasi. In *Ar- Ruzz Media*. Yogyakarta.
- Sari, P. M., Hasymi, Y., & Yuseva, M. (2018). Gambaran Kualitas Tidur Pada

Pasien Gagal Jantung di Ruang ICCU RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2018 Putri Mayang Sari, Yusran Hasymi, Marti Yuseva. *Jurnal Vokasi Keperawatan*, 2(1), 1–10.

Setyowati, R. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskular*. LovRinz Publishing.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2017). Textbook of Medical-Surgical Nursing. In *Wolters Kluwer Health* (Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.

Tim Pokja DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. In *DPP PPNI*. Jakarta.

Tim Pokja DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kreteria Hasil Keperawatan (cetakan II). In *DPP PPNI*. Jakarta.

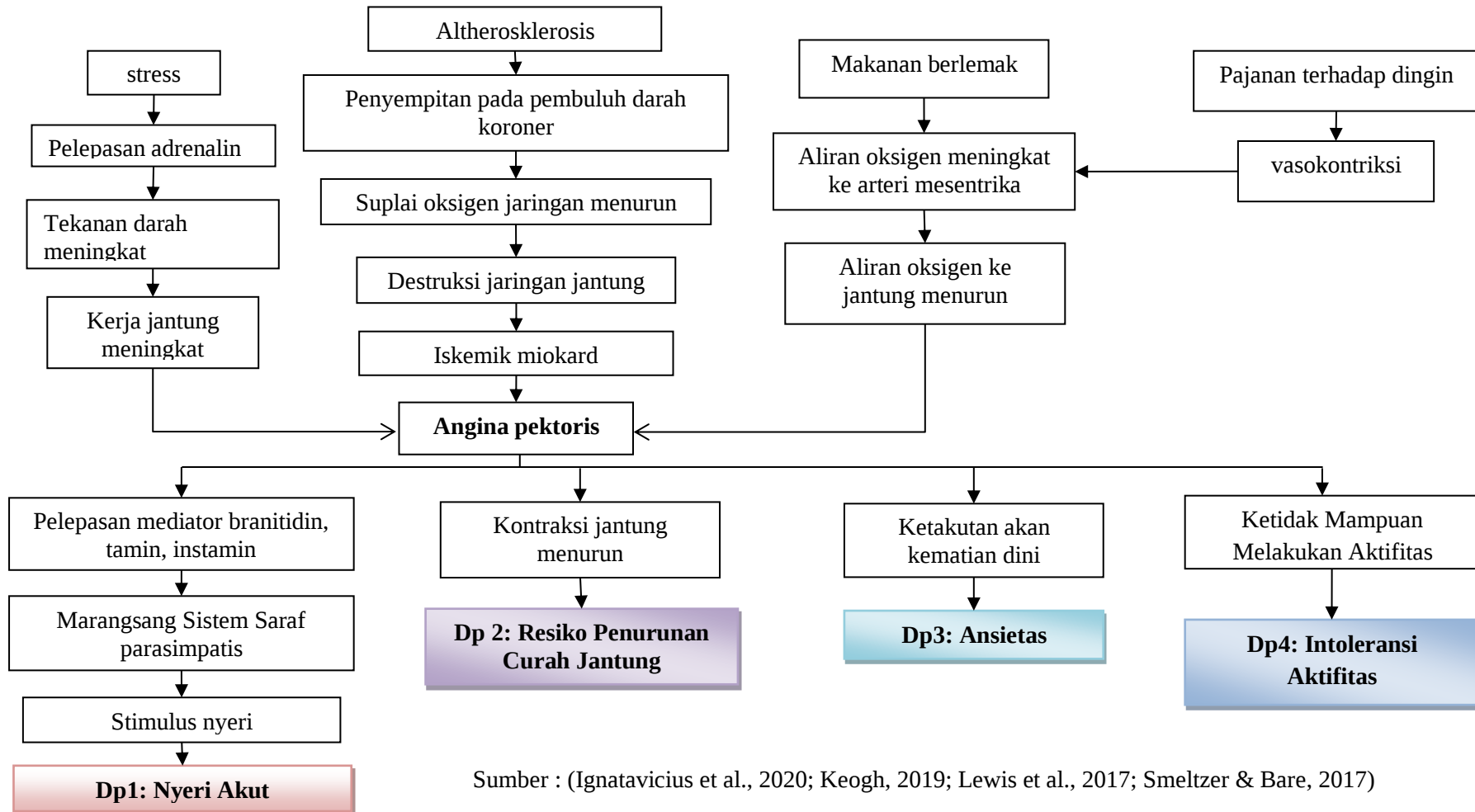
Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1*. Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

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>

Yulianti, Y., & Chanif, C. (2021). Penerapan Perubahan Posisi Terhadap Perubahan Hemodinamik Pada Asuhan Keperawatan Pasien Congestive Heart Failure. *Ners Muda*, 2(2), 82. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i2.6275>

PATHWAY



ANALISA OBAT

1. Omeprazol

Omeprazole merupakan obat golongan proton pump inhibitor yang digunakan untuk menurunkan produksi asam berlebih pada lambung. Obat ini sering digunakan untuk mengatasi tukak pada lambung dan usus, serta reflux esofagitis.

a. Indikasi Umum

Pengobatan jangka pendek untuk tukak duodenal, tukak lambung, refluks esofagitis, sindrom Zollinger-Ellison

b. Komposisi

Omeprazole 20 mg

c. Dosis

Dewasa : 20 - 40 mg per hari selama 2-4 minggu

d. Aturan Pakai

Dikonsumsi 30 menit sebelum makan

e. Kontraindikasi

Omeprazole dikontraindikasikan untuk pasien yang diketahui hipersensitivitas terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi.

f. Perhatian

- 1) Penderita dengan gangguan fungsi ginjal.
- 2) Wanita hamil, menyusui dan anak- anak usia kurang dari 1 tahun.

g. Efek Samping

Gangguan gastritis, sakit kepala, ruam kulit

2. Isosorbit Dinitrat

Isosorbide Dinitrate merupakan obat anti angina golongan nitrat. Obat ini bekerja untuk menurunkan kebutuhan dan meningkatkan suplai oksigen dengan cara mempengaruhi tonus vaskular. Obat ini digunakan untuk mengatasi Angina (nyeri dada) yang disebabkan oleh penyakit jantung.

a. Indikasi Umum

Pencegahan dan pengobatan angina pektoris yang disebabkan penyakit jantung koroner

- b. Komposisi
Isosorbide Dinitrate 5 mg
- c. Dosis
Dosis awal: 5 mg, dapat ditingkatkan 10 mg pada hari ke-2 atau ke-3 sesuai anjuran dokter. Dosis pemeliharaan: 1 tablet 2 kali per hari.
- d. Aturan Pakai
Dihisap dibawah lidah
- e. Kontraindikasi
Infark miokard akut, hipotensi, syok, hipovolemia, trauma serebral, anemia.
- f. Perhatian
Glaukoma sudut tertutup, hipotiroid, malnutrisi, hipotermia, sirkulasi darah yang tidak stabil. - Anak-anak
- g. Efek Samping
Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebihan dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Sakit kepala, vasodilatasi kutaneus, hipotensi postural, ruam kulit.

3. Clopidogrel

Clopidogrel tablet adalah obat yang memiliki efek anti agregasi platelet (keping darah atau trombosit) dan menghambat pembentukan trombus (penggumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah arteri dan vena). Trombus yang terbentuk dapat mengganggu aliran darah ke organ tubuh, sehingga berpotensi menyebabkan masalah kesehatan serius, seperti stroke dan serangan jantung. Obat ini secara selektif menghambat ikatan Adenosine Diphosphate (ADP) pada reseptor ADP di platelet. Dengan demikian, maka akan menghambat aktivasi kompleks glikoprotein GPIIb/IIIa yang dimediasi ADP, sehingga menimbulkan penghambatan terhadap agregasi platelet dan pembentukan trombus. Dengan demikian, maka Clopidogrel dapat mengurangi kejadian aterosklerosis pada pasien yang berisiko tinggi, termasuk pasien yang

memiliki riwayat infark miokard dan gejala lain dari sindrom koroner akut, stroke, serta penyakit arteri perifer.

a. Indikasi Umum

Mengurangi kejadian aterosklerosis (infark miokard, stroke dan kematian vaskular) pada pasien dengan aterosklerosis yang ditandai dengan stroke yang belum lama, terjadi infark miokard atau penyakit arteri lain

b. Komposisi

Tiap tablet mengandung: Clopidogrel Bisulfate yang setara dengan Clopidogrel 75 mg

c. Dosis

Sehari 1 kali 1 tablet (75 mg). Tidak ada penyesuaian dosis yang diperlukan untuk pasien lanjut usia atau pasien dengan penyakit ginjal.

d. Aturan Pakai

Dapat dikonsumsi sebelum maupun sesudah makan.

e. Perhatian

- 1) Clopidogrel harus digunakan dengan hati-hati pada pasien yang mungkin berisiko mengalami peningkatan perdarahan akibat trauma, pembedahan, atau kondisi patologis lain yang menerima penghambat glikoprotein IIb/IIIa secara bersamaan.
- 2) Terapi Clopidogrel tidak boleh diberikan dalam beberapa hari pertama setelah infark miokard.
- 3) Clopidogrel harus digunakan secara hati-hati pada pasien yang mengalami gangguan hati yang mungkin mengalami perdarahan diatesis.

f. Kontra Indikasi

Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan kondisi: Hipersensitif terhadap Clopidogrel. Perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intrakranial.

g. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping

yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Sakit kepala, pusing, ruam, insomnia, gangguan gastrointestinal (seperti: sembelit, muntah).

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep. MB
 Nama Mahasiswa : Faisal Hamdani
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. K Dengan Angina pectoris stabil Stabil Di Ruang Kardiovaskuler Kamar 607 RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1	06 Maret 2023	Pengarahan untuk UTEK di RSUD	
2	15 Maret 2023	Pengambilan kausu di ruang Neurologi kamar 607 lantai 6 RSUD Koja dengan pasien angina pectoris stabil	
3	29 Maret 2023	Bab III : perbaikan sesuai koreksi dari pembimbing (pengambilan diagnosa, data penunjang)	
4	12 April 2023	Bab I dan II (penulisan kalimat, citasi, prevalensi, sesuaikan dengan data terbaru)	
5	02 Mei 2023	Bab I dan II (penulisan kalimat, citasi, prevalensi, sesuaikan dengan data terbaru Etiologi, diagnosa pada teori)	
6	07 Mei 2023	Bab III (perbaikan kalimat yang typo dan penulisan kalimat pada implementasi)	
7	14 Mei 2023	ACC Bab I	
8	16 Mei 2023	Acc Bab II (perbaikan sedikit kalimat yang typo dan citasi)	
9	15 Mei 2023	Bab IV (perbaikan kesenjangan antara diagnosa teori dengan kasus)	
10	17 Mei 2023	Acc Bab III (revisi kalimat yang typo)	
11	18 Mei 2023	Bab IV (perbaikan kesenjangan antaran intervensi pada teori dengan kasus)	
12	19 Mei 2023	Konsul Bab V (perbaikan penulisan kalimat dan typo)	
13	20 Mei 2023	Acc Bab IV	
14	20 Mei 2023	Acc Bab V	