

## **BAB IV**

# **Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Sindrom Koroner Akut**

Ns. Prima Trisna Aji,S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB

### **A. Urgensi Penanganan Sindrom Koroner Akut dalam Praktik Keperawatan**

Sindrom koroner akut (SKA) merupakan salah satu kondisi kegawatdaruratan kardiovaskular yang menjadi penyebab utama kematian dan disabilitas di dunia. Secara global, penyakit kardiovaskular dilaporkan sebagai penyebab kematian nomor satu, dengan estimasi lebih dari 17,9 juta kematian setiap tahun, di mana sebagian besar disebabkan oleh penyakit jantung koroner, termasuk sindrom koroner akut (World Health Organization, 2024). Data dari American Heart Association juga menunjukkan bahwa prevalensi penyakit jantung terus meningkat secara signifikan dalam dekade terakhir, seiring dengan peningkatan faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, obesitas, dan gaya hidup sedentari (Bress et al., 2024). Di Indonesia, tren serupa juga terlihat, di mana penyakit jantung koroner termasuk dalam tiga besar penyebab kematian tertinggi, dengan peningkatan kasus yang cukup signifikan dalam laporan Profil Kesehatan Indonesia (Kementrian Kesehatan, 2023).

Sindrom koroner akut sering disebut sebagai silent killer karena dalam banyak kasus berkembang secara tiba-tiba dan dapat berujung fatal tanpa gejala peringatan yang jelas. Meskipun sebagian pasien mengalami nyeri dada khas, tidak sedikit yang menunjukkan gejala atipikal seperti sesak napas, kelelahan ekstrem, atau bahkan tanpa keluhan nyeri sama sekali, terutama pada kelompok lansia, perempuan, dan pasien dengan diabetes melitus (Aminde et al., 2025). Kondisi ini menyebabkan keterlambatan dalam pengenalan dan penanganan, yang pada akhirnya meningkatkan risiko komplikasi serius hingga kematian. Selain itu, proses patofisiologis yang mendasari SKA, yaitu ruptur plak

aterosklerotik yang diikuti pembentukan trombus koroner, dapat terjadi secara cepat dan menyebabkan penurunan perfusi miokard secara mendadak (Prima Trisna Aji; Yunie Armiyati; Elinda Rizkasari, 2026).

Beban mortalitas dan morbiditas akibat sindrom koroner akut sangat tinggi, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Mortalitas akut pada pasien dengan infark miokard, khususnya ST-elevation myocardial infarction (STEMI), masih cukup tinggi meskipun telah terjadi kemajuan dalam terapi reperfusi seperti percutaneous coronary intervention (PCI) (Baidhowy, 2025). Selain risiko kematian, pasien yang selamat dari fase akut juga berisiko mengalami komplikasi kronis seperti gagal jantung, aritmia, dan penurunan kualitas hidup yang signifikan. Hal ini menjadikan SKA tidak hanya sebagai masalah klinis akut, tetapi juga sebagai beban kesehatan jangka panjang yang memerlukan penanganan komprehensif dan berkelanjutan (Hudiyawati et al., 2022).

Dalam konteks tersebut, peran perawat menjadi sangat krusial dalam seluruh spektrum pelayanan, mulai dari fase akut hingga rehabilitasi dan pencegahan sekunder. Di unit gawat darurat, perawat memiliki peran penting dalam melakukan triase cepat, pengkajian awal, monitoring hemodinamik, serta kolaborasi dalam pemberian terapi awal seperti oksigen, nitrat, dan antiplatelet. Di ruang perawatan intensif (ICU/ICCU), perawat bertanggung jawab dalam pemantauan ketat kondisi pasien, deteksi dini komplikasi, serta implementasi intervensi keperawatan berbasis evidence-based practice. Sementara itu, di komunitas, perawat berperan dalam edukasi kesehatan, promosi gaya hidup sehat, serta peningkatan kepatuhan pengobatan untuk mencegah kekambuhan (Aji & Sani, 2021).

Meskipun demikian, masih terdapat kesenjangan (gap) dalam pelayanan pasien dengan sindrom koroner akut, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Keterlambatan pasien dalam mencari pertolongan medis, keterbatasan fasilitas kesehatan, kurangnya pemahaman masyarakat terhadap gejala awal, serta variasi kompetensi tenaga kesehatan menjadi faktor yang berkontribusi terhadap tingginya angka mortalitas. Selain itu, implementasi edukasi berbasis teknologi dan pendekatan self-management masih belum optimal, padahal pendekatan ini terbukti dapat meningkatkan kepatuhan dan outcome pasien dalam jangka panjang (Aji & Lazuardi, 2025). Oleh karena itu, diperlukan penguatan peran perawat tidak hanya sebagai pemberi asuhan langsung, tetapi juga sebagai edukator, advokat, dan inovator dalam pengembangan intervensi berbasis teknologi untuk meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien dengan sindrom koroner akut.

## **B. Mekanisme Terjadinya Sindrom Koroner Akut dan Implikasi Keperawatan**

Sindrom koroner akut (SKA) merupakan manifestasi klinis dari ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard yang terjadi secara mendadak akibat gangguan aliran darah koroner. Mekanisme utama yang mendasari kondisi ini adalah proses aterosklerosis kronis yang mengalami instabilitas, ditandai dengan ruptur atau erosi plak aterosklerotik pada dinding arteri koroner. Ketika plak mengalami ruptur, komponen subendotel yang bersifat trombogenik akan terpapar ke aliran darah, sehingga memicu aktivasi trombosit, agregasi, dan pembentukan trombus intraluminal yang dapat menyumbat sebagian atau seluruh lumen pembuluh darah koroner (Aji, Rizkasari, et al., 2026). Proses ini berlangsung cepat dan dapat menyebabkan penurunan perfusi miokard secara signifikan dalam waktu singkat.

Pembentukan trombus yang terjadi setelah ruptur plak menjadi faktor kunci dalam menentukan derajat obstruksi aliran darah koroner. Jika oklusi terjadi secara total dan menetap, maka akan menyebabkan infark miokard dengan elevasi segmen ST (ST-elevation myocardial infarction/STEMI), yang ditandai dengan nekrosis miokard transmural akibat iskemia berat dan berkepanjangan. Sebaliknya, jika oklusi bersifat parsial atau intermiten, maka dapat menyebabkan non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) atau unstable angina pectoris (UAP). Pada NSTEMI, terjadi nekrosis miokard subendokardial yang ditandai dengan peningkatan biomarker jantung seperti troponin, sedangkan pada UAP belum terjadi nekrosis miokard, tetapi kondisi ini tetap berisiko tinggi berkembang menjadi infark miokard jika tidak ditangani secara cepat dan tepat (Aji, Bhadowy, et al., 2026).

Perbedaan karakteristik antara STEMI, NSTEMI, dan UAP memiliki implikasi penting terhadap pendekatan klinis dan keperawatan. STEMI umumnya memerlukan tindakan reperfusi segera seperti percutaneous coronary intervention (PCI) atau terapi trombolitik untuk memulihkan aliran darah koroner secepat mungkin, karena keterlambatan penanganan akan meningkatkan luas kerusakan miokard dan risiko kematian. Sementara itu, NSTEMI dan UAP lebih menekankan pada stabilisasi kondisi pasien, pemberian terapi antitrombotik, serta stratifikasi risiko untuk menentukan kebutuhan intervensi invasif lebih lanjut (Aji, Rizkasari, et al., 2026). Pemahaman terhadap klasifikasi ini menjadi penting bagi perawat dalam mendukung pengambilan keputusan klinis secara cepat dan tepat.

Gangguan perfusi miokard akibat SKA juga berdampak langsung terhadap fungsi hemodinamik jantung. Iskemia dan nekrosis miokard menyebabkan penurunan kontraktilitas ventrikel, yang pada akhirnya menurunkan curah jantung. Kondisi ini dapat memicu berbagai komplikasi seperti hipotensi, syok kardiogenik, dan gangguan perfusi organ vital. Selain itu, perubahan elektrofisiologis pada jaringan miokard yang iskemik dapat meningkatkan risiko terjadinya aritmia, termasuk aritmia yang mengancam jiwa seperti ventrikel takikardia dan ventrikel fibrilasi (Trisna Aji et al., 2025). Ketidakstabilan hemodinamik ini sering kali terjadi secara cepat dan memerlukan pemantauan intensif serta intervensi segera.

Implikasi keperawatan dari mekanisme terjadinya SKA sangat luas dan mencakup berbagai aspek pengkajian, pemantauan, serta intervensi yang terintegrasi. Perawat memiliki peran penting dalam melakukan deteksi dini terhadap tanda dan gejala iskemia miokard, seperti nyeri dada, perubahan elektrokardiografi, dan penurunan tekanan darah. Selain itu, pemantauan parameter hemodinamik secara kontinu, termasuk frekuensi jantung, tekanan darah, saturasi oksigen, dan status perfusi perifer, menjadi bagian krusial dalam mencegah perburukan kondisi pasien. Perawat juga bertanggung jawab dalam memastikan pemberian terapi farmakologis sesuai indikasi, seperti antiplatelet, antikoagulan, dan vasodilator, serta memantau respons dan efek sampingnya (Rizkasari, 2025).

Lebih lanjut, pemahaman tentang patofisiologi SKA memungkinkan perawat untuk memberikan intervensi yang lebih tepat sasaran, termasuk manajemen nyeri, pengurangan beban kerja jantung, serta pemberian dukungan psikologis untuk mengurangi kecemasan pasien yang dapat memperburuk kondisi hemodinamik. Dalam praktik klinis, perawat tidak hanya berperan sebagai pelaksana tindakan, tetapi juga sebagai pengambil keputusan klinis berbasis evidence yang mampu mengidentifikasi perubahan kondisi pasien secara dini. Dengan demikian, penguasaan mekanisme terjadinya sindrom koroner akut menjadi landasan penting dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan pasien.

## **C. Faktor Risiko dan Manifestasi Klinis pada Pasien Sindrom Koroner Akut**

Sindrom koroner akut (SKA) merupakan kondisi yang erat kaitannya dengan berbagai faktor risiko kardiovaskular yang berkontribusi terhadap terjadinya aterosklerosis dan

instabilitas plak pada arteri koroner. Faktor risiko tersebut secara umum dibagi menjadi faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi, namun dalam praktik klinis, faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, dan kebiasaan merokok memiliki kontribusi yang sangat signifikan terhadap peningkatan kejadian SKA. Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama yang menyebabkan kerusakan endotel vaskular akibat tekanan darah yang tinggi secara kronis, sehingga mempermudah proses pembentukan plak aterosklerotik. Tekanan darah yang tidak terkontrol juga meningkatkan beban kerja jantung dan mempercepat progresivitas penyakit arteri koroner (Aji, Baidhowy, et al., 2026).

Diabetes melitus juga berperan penting dalam patogenesis SKA melalui berbagai mekanisme, termasuk disfungsi endotel, peningkatan inflamasi, serta percepatan proses aterosklerosis. Pasien dengan diabetes cenderung memiliki risiko lebih tinggi mengalami kejadian kardiovaskular dan sering kali menunjukkan manifestasi klinis yang tidak khas, sehingga dapat menyebabkan keterlambatan diagnosis dan penanganan (Collet et al., 2021). Selain itu, dislipidemia, terutama peningkatan kadar low-density lipoprotein (LDL) dan penurunan high-density lipoprotein (HDL), berkontribusi terhadap pembentukan dan progresi plak aterosklerotik. Akumulasi lipid dalam dinding pembuluh darah akan memicu respon inflamasi kronis yang pada akhirnya meningkatkan risiko ruptur plak dan pembentukan trombus (Arechkik et al., 2025).

Kebiasaan merokok merupakan faktor risiko yang sangat kuat dan independen dalam kejadian SKA. Zat-zat toksik dalam rokok dapat menyebabkan vasokonstriksi, meningkatkan agregasi trombosit, serta mempercepat proses aterosklerosis. Selain itu, merokok juga berkontribusi terhadap penurunan kadar oksigen dalam darah dan meningkatkan stres oksidatif, yang secara keseluruhan memperburuk kondisi kardiovaskular (World Health Organization, 2024). Kombinasi dari berbagai faktor risiko tersebut akan meningkatkan kemungkinan terjadinya instabilitas plak dan kejadian akut pada arteri koroner, sehingga identifikasi dan pengendalian faktor risiko menjadi aspek penting dalam pencegahan primer maupun sekunder.

Manifestasi klinis pada pasien dengan sindrom koroner akut sangat bervariasi, mulai dari gejala khas hingga tidak khas. Gejala klasik yang paling sering dijumpai adalah nyeri dada yang bersifat menekan, terasa seperti tertindih beban berat, dan dapat menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, atau punggung. Nyeri ini biasanya berlangsung lebih dari 20 menit dan tidak sepenuhnya membaik dengan istirahat atau pemberian nitrat. Selain itu, pasien juga dapat mengalami gejala penyerta seperti sesak napas, diaforesis, mual, muntah,

serta perasaan cemas atau takut akan kematian (Ajoalabady et al., 2024). Pengenalan dini terhadap gejala khas ini sangat penting untuk mempercepat penanganan dan mengurangi risiko kerusakan miokard yang lebih luas.

Namun demikian, tidak semua pasien menunjukkan gejala yang khas. Manifestasi atipikal sering ditemukan terutama pada kelompok perempuan, lansia, dan pasien dengan diabetes melitus. Pada kelompok ini, gejala yang muncul dapat berupa kelelahan ekstrem, nyeri epigastrium, pusing, atau hanya berupa sesak napas tanpa disertai nyeri dada yang jelas. Kondisi ini sering menyebabkan keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan medis, sehingga meningkatkan risiko komplikasi dan mortalitas (Brie et al., 2025). Oleh karena itu, tenaga kesehatan, khususnya perawat, harus memiliki kewaspadaan tinggi terhadap variasi manifestasi klinis SKA agar dapat melakukan deteksi dini dan intervensi yang tepat.

Pemahaman yang komprehensif mengenai faktor risiko dan manifestasi klinis sindrom koroner akut sangat penting dalam praktik keperawatan, karena menjadi dasar dalam melakukan pengkajian, identifikasi masalah, serta penentuan prioritas intervensi. Perawat berperan dalam mengidentifikasi faktor risiko pada pasien, memberikan edukasi terkait modifikasi gaya hidup, serta mengenali tanda dan gejala awal yang mengarah pada kondisi kegawatdaruratan kardiovaskular. Dengan demikian, upaya promotif, preventif, dan kuratif dapat dilakukan secara optimal untuk menurunkan angka kejadian dan dampak buruk akibat sindrom koroner akut.

## **D. Pemeriksaan Diagnostik dan Penatalaksanaan Medis Sindrom Koroner Akut**

Pemeriksaan diagnostik pada pasien dengan sindrom koroner akut (SKA) bertujuan untuk menegakkan diagnosis secara cepat dan akurat, menentukan jenis SKA, serta menjadi dasar dalam pengambilan keputusan terapi yang tepat. Elektrokardiografi (EKG) merupakan pemeriksaan awal yang paling penting dan harus dilakukan sesegera mungkin pada pasien dengan kecurigaan SKA. EKG mampu memberikan gambaran perubahan listrik jantung yang khas, seperti elevasi segmen ST pada ST-elevation myocardial infarction (STEMI), depresi segmen ST, atau inversi gelombang T pada non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) dan unstable angina pectoris (UAP). Interpretasi EKG yang cepat dan tepat sangat krusial karena menentukan strategi reperfusi yang harus segera dilakukan untuk mencegah kerusakan miokard yang lebih luas (Wang et al., 2025).

Selain EKG, pemeriksaan biomarker jantung, khususnya troponin, memiliki peran penting dalam menegakkan diagnosis infark miokard. Troponin merupakan biomarker yang sangat sensitif dan spesifik terhadap kerusakan miokard, sehingga peningkatan kadar troponin dalam darah menjadi indikator utama adanya nekrosis sel otot jantung. Peningkatan troponin biasanya terjadi dalam beberapa jam setelah onset gejala dan dapat bertahan selama beberapa hari, sehingga sangat membantu dalam konfirmasi diagnosis, terutama pada kasus NSTEMI yang tidak menunjukkan elevasi segmen ST pada EKG (Beamish et al., 2021). Selain troponin, creatine kinase myocardial band (CK-MB) juga digunakan sebagai biomarker tambahan, meskipun sensitivitas dan spesifisitasnya lebih rendah dibandingkan troponin. CK-MB lebih bermanfaat dalam mendeteksi reinfark karena waktu peningkatan dan penurunannya yang lebih cepat .

Pemeriksaan lanjutan seperti angiografi koroner merupakan standar emas dalam mengevaluasi anatomi pembuluh darah koroner dan menentukan lokasi serta derajat obstruksi. Angiografi memungkinkan visualisasi langsung terhadap adanya stenosis atau oklusi pada arteri koroner, sehingga menjadi dasar dalam penentuan tindakan intervensi seperti percutaneous coronary intervention (PCI). Selain sebagai alat diagnostik, angiografi juga berfungsi sebagai bagian dari tindakan terapeutik, terutama pada pasien STEMI yang memerlukan reperfusi segera untuk mengembalikan aliran darah koroner (Alexander et al., 2024).

Penatalaksanaan medis pada SKA bertujuan untuk mengurangi iskemia miokard, mencegah perluasan infark, serta menurunkan risiko komplikasi dan kematian. Salah satu pendekatan awal yang sering digunakan adalah prinsip MONA, yaitu pemberian morphine, oxygen, nitrate, dan aspirin. Morphine digunakan untuk mengurangi nyeri dan kecemasan, oxygen diberikan pada pasien dengan hipoksemia untuk meningkatkan suplai oksigen ke jaringan, nitrate berfungsi sebagai vasodilator untuk mengurangi beban kerja jantung dan meningkatkan perfusi koroner, sedangkan aspirin diberikan sebagai antiplatelet untuk mencegah agregasi trombosit lebih lanjut (Bress et al., 2024). Pemberian terapi ini harus dilakukan secara cepat dan tepat sesuai dengan kondisi klinis pasien.

Tindakan reperfusi merupakan komponen utama dalam penatalaksanaan SKA, terutama pada STEMI. Percutaneous coronary intervention (PCI) merupakan metode reperfusi yang paling direkomendasikan karena memiliki tingkat keberhasilan yang tinggi dalam membuka sumbatan arteri koroner dan menurunkan angka mortalitas. PCI idealnya dilakukan dalam waktu kurang dari 90 menit sejak pasien pertama kali kontak dengan fasilitas kesehatan (Collet et al., 2021). Namun, pada kondisi di mana fasilitas PCI tidak

tersedia, terapi trombolitik dapat menjadi alternatif untuk melarutkan trombus dan mengembalikan aliran darah koroner. Terapi trombolitik harus diberikan dalam jangka waktu yang optimal sejak onset gejala untuk mendapatkan hasil yang maksimal, meskipun memiliki risiko perdarahan yang perlu dipertimbangkan secara hati-hati (Rao et al., 2025).

Dalam praktik keperawatan, pemahaman terhadap pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan medis SKA sangat penting untuk mendukung pengambilan keputusan klinis yang cepat dan tepat. Perawat memiliki peran dalam mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan EKG dan angiografi, memantau hasil biomarker jantung, serta mengobservasi respons pasien terhadap terapi yang diberikan. Selain itu, perawat juga bertanggung jawab dalam mendeteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi selama proses penatalaksanaan, seperti aritmia, hipotensi, atau reaksi terhadap obat-obatan. Dengan demikian, kolaborasi yang efektif antara perawat dan tim medis menjadi kunci dalam meningkatkan outcome pasien dengan sindrom koroner akut.

## **E. Diagnosa, Intervensi, dan Luaran Keperawatan Berbasis SDKI-SIKI-SLKI**

Penetapan diagnosa, intervensi, dan luaran keperawatan merupakan inti dari proses asuhan keperawatan pada pasien dengan sindrom koroner akut (SKA). Pendekatan berbasis Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) memberikan kerangka kerja yang sistematis dan terstandar dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Pada pasien SKA, beberapa diagnosa keperawatan yang sering muncul antara lain nyeri akut, penurunan curah jantung, dan ansietas, yang masing-masing memerlukan pendekatan intervensi yang spesifik dan terukur (.

### **E.1 Diagnosa Keperawatan pada Pasien Sindrom Koroner Akut**

Diagnosa keperawatan merupakan hasil analisis data pengkajian yang menggambarkan respons pasien terhadap kondisi penyakit yang dialaminya. Nyeri akut merupakan diagnosa yang paling umum ditemukan pada pasien SKA, yang berhubungan dengan iskemia miokard akibat penurunan aliran darah koroner. Nyeri yang tidak terkontrol dapat meningkatkan aktivitas sistem saraf simpatis, sehingga memperburuk kondisi hemodinamik pasien. Selain itu, penurunan curah jantung merupakan diagnosa yang muncul akibat gangguan kontraktilitas miokard yang disebabkan oleh iskemia atau nekrosis jaringan jantung. Kondisi ini dapat berdampak pada penurunan perfusi jaringan dan organ

vital. Di sisi lain, ansietas juga sering dialami pasien sebagai respons terhadap kondisi akut yang mengancam jiwa, yang dapat memperburuk kondisi fisiologis jika tidak ditangani dengan baik (Anderson & Morrow, 2022).

### **E.2 Intervensi Keperawatan Berbasis SIKI**

Intervensi keperawatan pada pasien SKA bertujuan untuk mengatasi masalah yang telah diidentifikasi melalui diagnosa keperawatan, serta mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. Pada diagnosa nyeri akut, intervensi difokuskan pada manajemen nyeri melalui pemantauan intensitas nyeri, pemberian posisi yang nyaman, teknik relaksasi, serta kolaborasi dalam pemberian analgesik sesuai indikasi. Pada penurunan curah jantung, intervensi meliputi pemantauan tanda vital secara ketat, observasi tanda-tanda penurunan perfusi, pemberian oksigen, serta kolaborasi dalam terapi farmakologis. Sementara itu, pada ansietas, intervensi meliputi pemberian dukungan emosional, komunikasi terapeutik, serta edukasi kepada pasien dan keluarga untuk meningkatkan pemahaman dan rasa aman (PPNI, 2021; American Heart Association, 2023).

### **E.3 Luaran Keperawatan Berbasis SLKI**

Luaran keperawatan merupakan indikator keberhasilan dari intervensi yang telah diberikan. Pada pasien dengan SKA, luaran yang diharapkan meliputi penurunan intensitas nyeri, stabilitas hemodinamik, serta penurunan tingkat kecemasan. Pengukuran luaran dilakukan secara objektif dan terukur, seperti skala nyeri, tekanan darah, frekuensi nadi, serta observasi perilaku pasien. Evaluasi luaran dilakukan secara berkelanjutan untuk memastikan bahwa intervensi yang diberikan efektif dan sesuai dengan kebutuhan pasien

**Tabel 1.1** Diagnosa, Intervensi, dan Luaran Keperawatan pada Pasien Sindrom Koroner Akut

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi (SIKI)	Luaran (SLKI)
1	Nyeri akut berhubungan dengan iskemia miokard	a. Monitor intensitas nyeri (skala nyeri) b. Atur posisi nyaman c. Ajarkan teknik relaksasi d. Kolaborasi pemberian analgesik	a. Nyeri menurun (skala $\leq 3$ ) b. Ekspresi wajah rileks c. Tanda vital stabil
2	Penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan kontraktilitas miokard	a. Monitor tekanan darah dan nadi b. Observasi tanda perfusi perifer c. Berikan oksigen sesuai indikasi - Kolaborasi terapi farmakologis	a. Tekanan darah stabil b. Nadi dalam batas normal c. Perfusi perifer adekuat
3	Ansietas berhubungan dengan kondisi akut dan ancaman kematian	a. Berikan komunikasi terapeutik b. Berikan informasi kondisi pasien c. Libatkan keluarga dalam perawatan d. Ajarkan teknik relaksasi	a. Ansietas menurun b. Pasien tampak tenang c. Pasien mampu mengontrol emosi

Keterangan:

Sumber: PPNI (2021); Smeltzer et al. (2022)

Pendekatan berbasis SDKI-SIKI-SLKI tidak hanya meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan, tetapi juga memastikan bahwa asuhan yang diberikan bersifat sistematis, terukur, dan berbasis evidence. Penggunaan standar ini juga mempermudah evaluasi outcome pasien serta meningkatkan keselamatan pasien dalam praktik klinis. Oleh karena itu, penerapan SDKI-SIKI-SLKI menjadi komponen penting dalam meningkatkan profesionalisme perawat dalam menangani pasien dengan sindrom koroner akut.

## **F. Edukasi, Rehabilitasi, dan Self-Management Pasien**

Edukasi, rehabilitasi, dan self-management merupakan komponen penting dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan sindrom koroner akut (SKA), terutama dalam upaya pencegahan sekunder dan peningkatan kualitas hidup pasien. Setelah melewati fase akut, pasien membutuhkan pendekatan komprehensif yang tidak hanya berfokus pada pengobatan, tetapi juga pada perubahan perilaku dan gaya hidup yang berkelanjutan. Perawat memiliki peran strategis sebagai edukator dan fasilitator dalam membantu pasien memahami kondisi penyakitnya, meningkatkan kepatuhan terhadap terapi, serta mengembangkan kemampuan self-management secara mandiri (American Heart Association, 2023).

### **F.1 Edukasi Diet pada Pasien Sindrom Koroner Akut**

Edukasi diet merupakan salah satu aspek utama dalam pengelolaan pasien SKA. Pola makan yang tidak sehat, seperti konsumsi tinggi lemak jenuh, kolesterol, dan garam, berkontribusi terhadap perkembangan aterosklerosis dan peningkatan risiko kejadian kardiovaskular berulang. Oleh karena itu, pasien dianjurkan untuk menerapkan pola makan sehat seperti diet rendah lemak jenuh, tinggi serat, serta memperbanyak konsumsi buah dan sayur. Pendekatan diet seperti Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) atau pola makan Mediterania terbukti efektif dalam menurunkan risiko kardiovaskular (Collet et al., 2021). Perawat berperan dalam memberikan edukasi yang mudah dipahami serta menyesuaikan rekomendasi diet dengan kondisi dan budaya pasien.

### **F.2 Aktivitas Fisik dan Rehabilitasi Jantung**

Aktivitas fisik yang teratur merupakan bagian penting dalam proses pemulihan pasien SKA. Latihan fisik yang terstruktur dapat meningkatkan kapasitas fungsional jantung, memperbaiki sirkulasi darah, serta mengurangi risiko kejadian kardiovaskular berulang. Program rehabilitasi jantung yang terintegrasi meliputi latihan fisik, edukasi kesehatan, serta dukungan psikososial yang dirancang secara individual sesuai dengan kondisi pasien. Rehabilitasi jantung terbukti mampu menurunkan angka mortalitas dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara signifikan (Anderson & Morrow, 2022). Perawat memiliki peran dalam memotivasi pasien, memantau respons terhadap aktivitas fisik, serta memastikan keamanan selama proses latihan.

### **F.3 Kepatuhan Pengobatan pada Pasien Sindrom Koroner Akut**

Kepatuhan terhadap terapi farmakologis merupakan faktor kunci dalam pencegahan komplikasi dan kekambuhan pada pasien SKA. Obat-obatan seperti antiplatelet, statin,

beta-blocker, dan ACE inhibitor memiliki peran penting dalam menurunkan risiko kejadian kardiovaskular lanjutan. Namun, dalam praktik klinis, tingkat kepatuhan pasien sering kali masih rendah akibat berbagai faktor, seperti kurangnya pemahaman, efek samping obat, serta keterbatasan akses pelayanan kesehatan (World Health Organization, 2023). Oleh karena itu, perawat perlu memberikan edukasi yang komprehensif mengenai pentingnya terapi, cara penggunaan obat yang benar, serta strategi untuk meningkatkan kepatuhan pasien.

#### **F.4 Pendekatan Self-Management dalam Perawatan Pasien**

Self-management merupakan kemampuan pasien dalam mengelola kondisi kesehatannya secara mandiri, termasuk dalam mengontrol faktor risiko, mematuhi terapi, serta mengenali tanda dan gejala yang memerlukan perhatian medis. Pendekatan ini menempatkan pasien sebagai pusat perawatan (patient-centered care), di mana pasien aktif terlibat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya. Peningkatan self-management terbukti berhubungan dengan penurunan angka rehospitalisasi dan peningkatan kualitas hidup pasien dengan penyakit kardiovaskular (McCarthy & Januzzi, 2021). Perawat berperan dalam membimbing, memotivasi, serta memberikan dukungan berkelanjutan agar pasien mampu mengelola kesehatannya secara optimal.

#### **F.5 Pemanfaatan Digital Health dalam Self-Management Pasien**

Perkembangan teknologi informasi telah membuka peluang baru dalam peningkatan kualitas asuhan keperawatan melalui pendekatan digital health. Penggunaan aplikasi berbasis Android dalam self-management pasien SKA menjadi salah satu inovasi yang efektif dalam meningkatkan kepatuhan dan monitoring kondisi pasien. Aplikasi ini dapat menyediakan fitur edukasi kesehatan, pemantauan tekanan darah, pengingat minum obat (medication reminder), serta komunikasi antara pasien dan tenaga kesehatan secara real-time. Pendekatan ini terbukti mampu meningkatkan keterlibatan pasien dalam perawatan serta mendukung pengelolaan penyakit secara berkelanjutan (American Heart Association, 2023).

Selain itu, fitur pengingat obat berbasis digital menjadi solusi efektif dalam meningkatkan kepatuhan terapi, terutama pada pasien dengan regimen obat yang kompleks. Dengan adanya sistem pengingat otomatis, pasien dapat lebih teratur dalam mengonsumsi obat sesuai jadwal, sehingga mengurangi risiko kekambuhan dan komplikasi. Integrasi teknologi dalam praktik keperawatan ini juga sejalan dengan perkembangan pelayanan kesehatan modern yang berbasis pada evidence-based practice dan patient-

centered care. Oleh karena itu, perawat perlu memiliki kompetensi dalam memanfaatkan teknologi digital sebagai bagian dari strategi inovatif dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan sindrom koroner akut.

## **G. Peran Perawat dalam Pencegahan Komplikasi Sindrom Koroner Akut**

Pencegahan komplikasi merupakan bagian penting dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan sindrom koroner akut (SKA), mengingat kondisi ini memiliki risiko tinggi terhadap berbagai komplikasi yang dapat mengancam jiwa. Komplikasi seperti aritmia, gagal jantung, syok kardiogenik, dan stroke dapat terjadi baik pada fase akut maupun lanjutan, sehingga memerlukan pemantauan yang ketat dan intervensi yang cepat serta tepat. Perawat memiliki peran strategis dalam mendeteksi dini tanda-tanda komplikasi, melakukan tindakan pencegahan, serta berkolaborasi dengan tim medis untuk mengoptimalkan hasil perawatan pasien (Ibanez et al., 2022).

### **G.1 Pencegahan dan Deteksi Dini Aritmia**

Aritmia merupakan salah satu komplikasi yang paling sering terjadi pada pasien SKA, terutama pada fase akut akibat gangguan aliran listrik jantung yang dipicu oleh iskemia miokard. Jenis aritmia yang dapat muncul bervariasi, mulai dari aritmia ringan hingga aritmia yang mengancam jiwa seperti ventrikel takikardia dan ventrikel fibrilasi. Perawat berperan dalam melakukan pemantauan elektrokardiografi secara kontinu, mengidentifikasi perubahan irama jantung, serta melaporkan temuan abnormal secara segera. Selain itu, perawat juga harus memastikan kesiapan alat resusitasi seperti defibrillator dan memberikan intervensi awal sesuai protokol kegawatdaruratan (Collet et al., 2021).

### **G.2 Pencegahan Gagal Jantung**

Gagal jantung merupakan komplikasi yang terjadi akibat penurunan fungsi pompa jantung sebagai konsekuensi dari kerusakan miokard. Kondisi ini ditandai dengan gejala seperti sesak napas, edema, serta penurunan toleransi aktivitas. Perawat memiliki peran dalam memantau tanda-tanda klinis gagal jantung, seperti peningkatan frekuensi napas, adanya bunyi napas tambahan, serta perubahan status cairan. Intervensi keperawatan meliputi pemantauan keseimbangan cairan, pemberian posisi semi-Fowler untuk meningkatkan ekspansi paru, serta kolaborasi dalam pemberian terapi diuretik dan

vasodilator sesuai indikasi (Smeltzer et al., 2022). Deteksi dini dan penanganan yang tepat dapat mencegah perburukan kondisi pasien.

### **G.3 Pencegahan Syok Kardiogenik**

Syok kardiogenik merupakan komplikasi serius yang ditandai dengan penurunan perfusi jaringan akibat kegagalan jantung dalam memompa darah secara adekuat. Kondisi ini memiliki tingkat mortalitas yang tinggi dan memerlukan penanganan segera. Perawat berperan dalam melakukan pemantauan hemodinamik secara ketat, termasuk tekanan darah, denyut nadi, status mental, dan perfusi perifer. Tanda-tanda seperti hipotensi, kulit dingin dan lembab, serta penurunan kesadaran harus segera diidentifikasi sebagai indikasi terjadinya syok kardiogenik. Intervensi keperawatan meliputi pemberian oksigen, mempertahankan akses intravena, serta kolaborasi dalam pemberian obat inotropik dan vasopressor sesuai dengan kondisi pasien (Ibanez et al., 2022).

### **G.4 Pencegahan Risiko Stroke pada Pasien Sindrom Koroner Akut**

Stroke merupakan komplikasi yang dapat terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak, baik karena emboli maupun trombosis yang berhubungan dengan kondisi kardiovaskular. Pasien dengan SKA memiliki risiko stroke yang meningkat, terutama jika disertai dengan gangguan irama jantung seperti fibrilasi atrium. Perawat berperan dalam memantau status neurologis pasien, seperti tingkat kesadaran, kekuatan otot, serta adanya gangguan bicara atau penglihatan. Selain itu, perawat juga berperan dalam memastikan kepatuhan pasien terhadap terapi antikoagulan atau antiplatelet yang diberikan untuk mencegah pembentukan trombus (American Heart Association, 2023).

Secara keseluruhan, peran perawat dalam pencegahan komplikasi sindrom koroner akut tidak hanya terbatas pada pemantauan kondisi pasien, tetapi juga mencakup tindakan preventif, edukasi, serta kolaborasi interprofesional. Kemampuan perawat dalam melakukan deteksi dini dan intervensi yang tepat sangat menentukan keberhasilan perawatan dan keselamatan pasien. Oleh karena itu, peningkatan kompetensi perawat dalam penatalaksanaan pasien SKA menjadi aspek yang sangat penting dalam upaya menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat penyakit kardiovaskular.

## **H. Studi Kasus Asuhan Keperawatan Sindrom Koroner Akut**

Studi kasus merupakan bagian penting dalam pembelajaran klinis karena memberikan gambaran nyata mengenai penerapan proses keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan sindrom koroner akut (SKA). Melalui studi kasus, perawat dapat

mengintegrasikan pengetahuan teoritis dengan praktik klinis, sehingga meningkatkan kemampuan dalam pengambilan keputusan dan penatalaksanaan pasien secara tepat.

### **H.1 Kasus Pasien Sindrom Koroner Akut**

Seorang laki-laki berusia 58 tahun datang ke Instalasi Gawat Darurat dengan keluhan nyeri dada sejak 2 jam sebelum masuk rumah sakit. Nyeri dirasakan seperti tertindih beban berat, menjalar ke lengan kiri dan rahang, serta tidak berkurang dengan istirahat. Pasien juga mengeluhkan sesak napas, keringat dingin, dan mual. Riwayat penyakit menunjukkan bahwa pasien memiliki hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan diabetes melitus yang tidak terkontrol. Pasien juga memiliki kebiasaan merokok sejak usia muda.

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 150/90 mmHg, frekuensi nadi 110 kali per menit, frekuensi napas 24 kali per menit, dan saturasi oksigen 94%. Pemeriksaan elektrokardiografi menunjukkan adanya elevasi segmen ST pada lead II, III, dan aVF, yang mengarah pada diagnosis ST-elevation myocardial infarction (STEMI). Pemeriksaan laboratorium menunjukkan peningkatan kadar troponin yang signifikan. Pasien direncanakan untuk dilakukan tindakan percutaneous coronary intervention (PCI) segera (Ibanez et al., 2022).

### **H.2 Analisis Keperawatan pada Kasus**

Berdasarkan data pengkajian, pasien menunjukkan tanda dan gejala khas sindrom koroner akut dengan diagnosis STEMI. Nyeri dada yang hebat merupakan manifestasi dari iskemia miokard akibat oklusi total arteri koroner. Peningkatan frekuensi nadi dan napas menunjukkan respons kompensasi tubuh terhadap penurunan perfusi jaringan. Riwayat hipertensi, diabetes melitus, dan kebiasaan merokok menjadi faktor risiko utama yang mempercepat proses aterosklerosis dan meningkatkan risiko kejadian SKA (American Heart Association, 2023).

Dari hasil analisis tersebut, beberapa diagnosa keperawatan utama yang dapat ditegakkan meliputi nyeri akut berhubungan dengan iskemia miokard, penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan kontraktilitas miokard, serta ansietas berhubungan dengan kondisi akut yang mengancam jiwa. Ketiga diagnosa ini menjadi prioritas dalam penanganan pasien pada fase akut, karena berhubungan langsung dengan stabilitas kondisi hemodinamik dan keselamatan pasien (Smeltzer et al., 2022).

### **H.3 Intervensi Keperawatan pada Kasus**

Intervensi keperawatan pada pasien ini difokuskan pada stabilisasi kondisi pasien, pengurangan nyeri, serta pencegahan komplikasi lebih lanjut. Pada diagnosa nyeri akut,

perawat melakukan pengkajian nyeri secara berkala menggunakan skala nyeri, memberikan posisi semi-Fowler untuk meningkatkan kenyamanan, serta melakukan kolaborasi dalam pemberian analgesik dan nitrat sesuai indikasi. Selain itu, perawat juga memberikan dukungan emosional untuk mengurangi kecemasan yang dapat memperburuk kondisi pasien.

Pada diagnosa penurunan curah jantung, perawat melakukan pemantauan tanda vital secara ketat, termasuk tekanan darah, frekuensi nadi, dan saturasi oksigen. Pemberian oksigen dilakukan untuk meningkatkan suplai oksigen ke jaringan, serta dilakukan observasi terhadap tanda-tanda penurunan perfusi seperti kulit dingin dan penurunan kesadaran. Perawat juga berkolaborasi dengan tim medis dalam persiapan tindakan PCI sebagai terapi reperfusi utama (Collet et al., 2021).

Sementara itu, pada diagnosa ansietas, perawat menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik untuk membantu pasien mengekspresikan perasaannya, memberikan informasi yang jelas mengenai kondisi dan tindakan yang akan dilakukan, serta melibatkan keluarga dalam proses perawatan. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi stres psikologis pasien, yang secara tidak langsung juga berkontribusi terhadap stabilisasi kondisi fisiologis.

Evaluasi terhadap intervensi yang dilakukan menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri, stabilisasi tanda vital, serta penurunan tingkat kecemasan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi keperawatan yang dilakukan secara sistematis dan berbasis evidence dapat memberikan dampak positif terhadap kondisi pasien dengan sindrom koroner akut. Studi kasus ini menegaskan pentingnya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, cepat, dan tepat dalam menangani pasien SKA, terutama pada fase akut yang sangat kritis (Anderson & Morrow, 2022).

## **I. Implikasi Praktik dan Rekomendasi Keperawatan**

Sindrom koroner akut (SKA) merupakan kondisi kegawatdaruratan kardiovaskular yang memerlukan penanganan cepat, tepat, dan komprehensif untuk mencegah terjadinya komplikasi serta menurunkan angka mortalitas dan morbiditas. Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan, dapat disimpulkan bahwa SKA memiliki mekanisme patofisiologis yang kompleks, ditandai dengan ruptur plak aterosklerotik dan pembentukan trombus yang menyebabkan gangguan perfusi miokard. Kondisi ini memunculkan berbagai manifestasi klinis, mulai dari nyeri dada khas hingga gejala atipikal, yang menuntut kemampuan deteksi

dini oleh tenaga kesehatan, khususnya perawat. Selain itu, keberhasilan penatalaksanaan SKA sangat dipengaruhi oleh ketepatan diagnosis, kecepatan intervensi medis, serta kualitas asuhan keperawatan yang diberikan secara berkelanjutan (Ibanez et al., 2022; Thygesen et al., 2021).

Implikasi klinis dari asuhan keperawatan pada pasien SKA menunjukkan bahwa perawat memiliki peran yang sangat strategis dalam seluruh spektrum pelayanan, mulai dari fase akut hingga rehabilitasi dan pencegahan sekunder. Dalam praktik klinis, perawat dituntut untuk memiliki kemampuan dalam melakukan pengkajian cepat dan akurat, menetapkan diagnosa keperawatan yang tepat, serta melaksanakan intervensi berbasis evidence yang berfokus pada stabilisasi kondisi pasien dan pencegahan komplikasi. Penerapan standar SDKI, SIKI, dan SLKI terbukti membantu dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang sistematis, terukur, dan terdokumentasi dengan baik. Selain itu, kemampuan perawat dalam melakukan deteksi dini terhadap komplikasi seperti aritmia, gagal jantung, syok kardiogenik, dan stroke menjadi faktor kunci dalam meningkatkan keselamatan pasien (American Heart Association, 2023; Smeltzer et al., 2022).

Lebih lanjut, pendekatan edukasi dan self-management memiliki implikasi penting dalam meningkatkan outcome jangka panjang pasien. Edukasi mengenai diet, aktivitas fisik, kepatuhan pengobatan, serta pengendalian faktor risiko merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan yang berkelanjutan. Integrasi teknologi digital dalam bentuk aplikasi berbasis Android dan sistem pengingat obat (medication reminder) menjadi inovasi yang menjanjikan dalam meningkatkan keterlibatan pasien dan kepatuhan terhadap terapi. Pendekatan ini sejalan dengan konsep patient-centered care dan evidence-based practice yang menekankan pada pemberdayaan pasien dalam pengelolaan kesehatannya secara mandiri (McCarthy & Januzzi, 2021).

Berdasarkan implikasi tersebut, beberapa rekomendasi praktik keperawatan dapat diajukan. Pertama, perlu dilakukan peningkatan kompetensi perawat melalui pelatihan berkelanjutan terkait penatalaksanaan pasien SKA, termasuk interpretasi EKG, manajemen kegawatdaruratan, serta penggunaan teknologi digital dalam pelayanan keperawatan. Kedua, penguatan implementasi standar SDKI-SIKI-SLKI dalam praktik klinis perlu terus dilakukan untuk memastikan kualitas asuhan yang konsisten dan terstandar. Ketiga, pengembangan program edukasi berbasis komunitas perlu ditingkatkan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap faktor risiko dan gejala awal SKA, sehingga dapat mencegah keterlambatan penanganan.

Selain itu, rekomendasi untuk pengembangan penelitian keperawatan juga menjadi penting dalam mendukung praktik berbasis evidence. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan berbasis teknologi, seperti aplikasi self-management berbasis Android, dalam meningkatkan kepatuhan dan outcome pasien dengan SKA. Penelitian mengenai pendekatan edukasi inovatif, strategi peningkatan self-management, serta model intervensi berbasis komunitas juga perlu dikembangkan untuk memperkuat peran perawat dalam pencegahan dan pengendalian penyakit kardiovaskular. Dengan demikian, sinergi antara praktik klinis, edukasi, dan penelitian keperawatan diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan serta menurunkan beban penyakit akibat sindrom koroner akut di masa mendatang.

# Referensi

- Aji, P. T., Baidhowy, A. S., & Rizkasari, E. (2026). Empowering Older Adults with Hypertension through Community-Based Education on Warm Water Foot Soak and Deep Breathing Relaxation. *Abdimas Umtas: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 9(1), 560–571. <https://doi.org/https://doi.org/10.35568/abdimas.v9i1.7668>
- Aji, P. T., Bhadowy, A. S., & Rizkasari, E. (2026). The Effect of Walking 100 Meters on Blood Pressure Changes in Hypertensive Patients in Karanganyar , Central Java. *Healthcare Nursing Journal*, 8(1), 116–123. <https://doi.org/https://doi.org/10.35568/healthcare.v8i1.7227>
- Aji, P. T., & Lazuardi, N. (2025). Peningkatan Kepatuhan Minum Obat melalui Nurse-Led Self-Management Berbasis Edukasi Tatap Muka pada Pasien Hipertensi: Laporan Kasus. *Ners Muda*, 6(3), 1–8. <https://doi.org/10.26714/nm.v6i3.20395>
- Aji, P. T., Rizkasari, E., & Rahmawati, E. (2026). The Effectiveness of Counseling-Based Self-Management Education on Stress Coping among Patients with Hypertension. *Journal Counseling Positivism*, 1(1), 1–8. <https://doi.org/https://attractivejournal.com/index.php/cp>  
The
- Aji, P. T., & Sani, F. N. (2021). Pengaruh Terapi Air Rebusan Daun Salam Terhadap Perubahan Teknan Darah pada Penderita Hipertensi di Wilayaha Tempurejo Jumapolo Karanganyar. In *Jurnal Kesehatan* (Vol. 12, Issue 13, pp. 50–63).
- Ajoolabady, A., Pratico, D., Lin, L., Mantzoros, C. S., Bahijri, S., Tuomilehto, J., & Ren, J. (2024). Inflammation in atherosclerosis: pathophysiology and mechanisms. *Cell Death and Disease*, 15(11), 1–16. <https://doi.org/10.1038/s41419-024-07166-8>
- Alexander, E., Estrada, C., Rafael, E., Sequeda, M., Enrique, J., Barros, B., Ríos, A. C., Michell, I., Segura, R., Lucia, G., & Barreto, L. (2024). Acute coronary syndrome : Definition , pathophysiology , diagnosis , and management. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 21(01), 2537–2548. <https://doi.org/https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.21.1.0352>  
Abstract
- Aminde, L. N., Agbor, V. N., Fongwen, N. T., Ngwasiri, C. A., Nkoke, C., Nji, M. A., Dzudie, A., & Schutte, A. E. (2025). High Burden and Trend in Nonadherence to Blood Pressure-Lowering Medications: Meta-Analysis of Data From Over 34 000 Adults With Hypertension in Sub-Saharan Africa. *Journal of the American Heart Association*, 14(9), 1–13. <https://doi.org/10.1161/JAHA.124.037555>
- Arechkik, A., Moussadak, N., Assafane, T., Yousoufi, A. EL, Ouhazli, Y. I., Baba, M. A., & Razine, R. (2025). Acute Coronary Syndrome: A Retrospective Study of the Epidemiological and Evolutionary Profile of Patients Hospitalized at the Agadir Regional Hospital in Southern Morocco. *The Open Public Health Journal*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.2174/0118749445389857250530110431>
- Baidhowy, A. S. prima trisna aji. (2025). Penerapan Teori Konservasi Levine Pada Pasien Dengan Acute Coronary Syndrome ; Studi Kasus. *Journal Ners Muda*, 6(3), 282–294. <https://doi.org/https://doi.org/10.26714/nm.v6i3.20378>

- Beamish, D., Maniuk, T., Mukarram, M., & Thiruganasambandamoorthy, V. (2021). Role of creatine kinase in the troponin era: A systematic review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 22(6), 1291-1294. <https://doi.org/10.5811/WESTJEM.2020.11.47709>
- Bress, A. P., Anderson, T. S., Flack, J. M., Ghazi, L., Hall, M. E., Laffer, C. L., Still, C. H., Taler, S. J., Zachrisson, K. S., & Chang, T. I. (2024). The Management of Elevated Blood Pressure in the Acute Care Setting: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, 81(8), e94-e106. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000238>
- Brie, D. M., Mornos, C., Adam, O., Tirziu, A., Popescu, R., & Brie, A. D. (2025). Inflammatory Mechanisms in Acute Coronary Syndromes: From Pathophysiology to Therapeutic Targets. *Cells*, 15(1), 1-48. <https://doi.org/10.3390/cells15010072>
- Collet, J. P., Thiele, H., Barbato, E., Bauersachs, J., Dendale, P., Edvardsen, T., Gale, C. P., Jobs, A., Lambrinou, E., Mehilli, J., Merkely, B., Roffi, M., Sibbing, D., Kastrati, A., Mamas, M. A., Aboyans, V., Angiolillo, D. J., Bueno, H., Bugiardini, R., ... Siontis, G. C. M. (2021). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 42(14), 1289-1367. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>
- Hudiyawati, D., Aji, P. T., Syafriati, A., & Jumaiyah, W. (2022). Pengaruh Murotal Al-Qur ' an Terhadap Kecemasan Pada Pasien Pre- Percutaneous Coronary Intervention. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 15(1), 8-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.23917/bik.v15i1.17049>
- Kementrian Kesehatan. (2023). Profil Kesehatan (M. Farida Sibuea, SKM, MSc.PH; Boga Hardhana, S.Si (ed.); 9th ed.). Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Prima Trisna Aji; Yunie Armiyati; Elinda Rizkasari. (2026). Meta-Heart Care: Pendekatan Keperawatan Berbasis Kecerdasan Buatan Untuk Edukasi dan Rehabilitasi Pasien Gagal Jantung Kronik. *Book of Abstract of Trend and Issue in Healthcare*, 3(1), 115-116. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/3t5t4x85>
- Rao, S. V., O'Donoghue, M. L., Ruel, M., Rab, T., Tamis-Holland, J. E., Alexander, J. H., Baber, U., Baker, H., Cohen, M. G., Cruz-Ruiz, M., Davis, L. L., de Lemos, J. A., DeWald, T. A., Elgendy, I. Y., Feldman, D. N., Goyal, A., Isiadinso, I., Menon, V., Morrow, D. A., ... Hundley, J. (2025). 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. In Sunil (Ed.), *Circulation* (5th ed., Vol. 151, Issue 13). *Circulation*. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001309>
- Rizkasari, P. T. A. A. S. B. Z. E. (2025). CASE REPORT: PENERAPAN SELF-MANAGEMENT KEPERAWATAN UNTUK MENCEGAH KEKAMBUHAN PADA PASIEN HIPERTENSI KRONIS. *Journal of Nursing Science Research*, 2(1), 67-75. <https://doi.org/https://doi.org/10.33862/crfdhr36>
- Trisna Aji, P., Sofyan Bhadowy, A., & Amanda, C. (2025). Non-Pharmacological Intervention To Reduce Blood Pressure in Elderly Hypertension: a Systematic Review. *Prosiding Seminar Nasional Ipegeri Jateng (SNIJ)*, 3(1), 20-33. <https://doi.org/https://pub.ipegerijateng.or.id/index.php/prosiding>

Wang, X., Wang, L., Qi, Y., Liu, Y., Zhang, Y., Song, G., Sun, Q., Wei, C., Liu, J., Shi, F., & Sun, L. (2025). Prognostic Value of Systemic Inflammation Scores in Patients with Acute Coronary Syndrome Who Underwent Percutaneous Coronary Intervention: A Prospective Cohort Study. *Journal of Inflammation Research*, 18(1), 15627–15643. <https://doi.org/10.2147/JIR.S542513>

World Health Organization. (2024). More than 700 million people with untreated hypertension. World Health Organization. [https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension?utm_source=chatgpt.com)