

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Th. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS
UNSTABLE ANGINA PECTORIS DI RUANG ICCU
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



OLEH :

CARLO MILANDO ALEXANDER

NIM . 2021008

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

2023

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Th. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS
UNSTABLE ANGINA PECTORIS DI RUANG ICCU
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

CARLO MILANDO ALEXANDER
NIM .2021008

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2023

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Februari 2023

CARLO MILANDO ALEXANDER
NIM.2021008

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku dosen pembimbing mahasiswa :

Nama : Carlo Milanco Alexander

NIM : 2021008

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. R dengan Diagnosa Medis
Unstable Angina Pectoris Di Ruang ICCU RSPAL Dr.
Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ilmiah ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd.Kep)

Surabaya, 22 Februari 2023

Pembimbing

Sri Anik Rustini, S.H., S. Kep., Ns., M. Kes.

NIP. 03054

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 22 Februari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : CARLO MILANDO ALEXANDER
NIM : 2021008
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. R dengan Diagnosa
Medis Unstable Angina Pectoris Di Ruang ICCU
RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang
Tuah Surabaya,pada:

Hari, tanggal : 22 Februari 2023
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN**, pada Prodi D-III
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc
NIP. 03006

Penguji II : Effiana Abidin, S.Kep.,Ns
NIP. 030

Penguji III : Sri Anik Rustini.,S.H., S.Kep.,Ns.,M.Kes (
NIP. 03054

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 22 Februari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan sebesar-besarnya

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta. J Sp Pd.Finasim,MM selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberi ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A. V. Sri Suhardiningsih., S.Kp., M.Kes.,FISQua, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku kepala prodi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Sri Anik Rustini, S.H., S. Kep., Ns., M. Kes. selaku pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta

perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah.

5. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc selaku penguji I yang selalu bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan arahan serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Ibu Effiana Abidin, S.Kep.Ns selaku CI lahan di ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya yang telah membimbing dan memberikan saya kesempatan observasi untuk penyelesaian tugas akhir.
7. Ibu Nadia Okhtiary, A.md selaku kepala Perpustakaan di Stikes Hangtuh Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
8. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Kepada Orang Tua dan Keluarga saya yang selalu ada dan selalu memberikan doa setiap langkahku.
10. Tn. R yang telah bersedia untuk menjadi bagian dalam asuhan keperawatan ini.
11. Teman & sahabat saya terimakasih telah menemaniku melewati masa kuliah ini dan tetap ada disuka duka saya.

12. Teruntuk kekasih saya, Apriani Oktaviana A.md.Kep., yang telah memberikan dukungan secara moril, semangat dan doa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Februari 2023

CARLO MILANDO ALEXANDER
NIM.2021008

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat.....	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskuler.....	8
2.1.1 Anatomi Jantung	8
2.1.2 Struktur Jantung.....	9
2.1.3 Pembuluh Darah Jantung	12
2.1.4 Darah.....	12
2.1.5 Fisiologi Jantung	13
2.2 Konsep Penyakit <i>Unstable Angina Pectoris</i> (UAP).....	19
2.2.1 Pengertian.....	19
2.2.2 Etiologi.....	21
2.2.3 Manifestasi Klinik.....	22

2.2.4 Patofisiologi	22
2.2.5 Komplikasi	24
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang	24
2.2.7 Penatalaksanaan	26
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	27
2.3.1 Pengkajian.....	27
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	30
2.3.3 Perencanaan keperawatan	31
2.3.4 Implementasi Keperawatan	33
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	33
2.4 WOC.....	35
BAB III TINJAUAN KASUS	36
3.1 Pengkajian	36
3.1.1 Identitas	36
3.1.2 Riwayat Sakit	36
3.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	39
3.1.4 Pemeriksaan Penunjang.....	42
3.1.5 Terapi Obat	45
3.2 Diagnosa Keperawatan	46
3.3 Intervensi Keperawatan.....	49
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	52
3.5 Evaluasi Sumatif.....	64
BAB IV PEMBAHASAN	66
4.1 Pengkajian	66
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	67
4.3 Intervensi Keperawatan.....	69
4.4 Implementasi Keperawatan	71
4.5 Evaluasi	73
BAB V PENUTUP	75
5.1 Simpulan.....	75
5.2 Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA	78
LAMPIRAN.....	79

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium Tn. R	43
Tabel 3. 2 Terapi obat Tn. R	45
Tabel 3. 3 Analisa data Tn. R	46
Tabel 3. 4 Prioritas masalah Tn. R.....	47
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan	48
Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan	51
Tabel 3. 6 Evaluasi Sumatif.....	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Jantung	11
Gambar 2. 2 Darah.....	19
Gambar 3. 1 Hasil EKG Tn. R di IGD.....	42
Gambar 3. 2 Hasil EKG Tn. R di ICCU	42
Gambar 3. 3 Hasil Photo Thorax.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standart Operasional Prosedur Elektrokardiografi (EKG).....	101
--	-----

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity daily living
BB	: Berat badan
C	: Celcius
CM	: Compos Mentis
CRT	: Capillary Refill time
D3	: Diploma III
DEPKES	: Departemen Kesehatan
DM	: Diabetes melitus
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
GCS	: Glasgow Coma scale
GDA	: Gula Darah Acak
GDS	: Gula Darah Sewaktu
HB	: Hemoglobin
HGB	: Hemoglobin
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IV	: Intravena
Ka	: Kalium
KEMENKES	: Kementrian Kesehatan
Kg	: Kilogram
KKal	: Kilokalori Kecil
KRS	: Keluar Rumah Sakit
m	: Meter
Mg	: miligram
Mg	: Miligram
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
Na	: Natrium
PCT	: Procalcitonin

PDW	: Platelet Distribution Widht
PLT	: Plateletcount
RI	: Republik Indonesia
ROM	: Range of motion
ROS	: Review of system
RR	: Respiratory rate
S	: Suhu
SDKI	: Standar diagnosis Keperawatan Indonesia
SDM	: Sumber Daya Manusia
SGOT	: Serum Glutamic Ocaloaseptik
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran keperawatan Indonesia
SMRS	: Sebelum masuk rumah sakit
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
TB	: Tinggi Badan
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TD	: Tekanan darah
TTV	: Tanda – tanda Vital
WBC	: White Blood Cel
WHO	: <i>World Health Organization</i>
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan kardiovaskuler merupakan suatu kondisi terganggunya kemampuan jantung untuk memompa darah. *Unstable Angina Pectoris* menjadi suatu kondisi yang menggambarkan nyeri dada atau ketidaknyamanan yang disebabkan oleh penyakit arteri koronari. Hal ini diakibatkan oleh suatu pembuluh darah jantung yang tidak mampu menyuplai oksigen ke jantung secara optimal, kondisi tersebut terjadi dikarenakan terbentuknya plak yang menyebabkan pembuluh darah pada jantung menjadi menyempit (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Pada angina tidak stabil disebabkan oleh penurunan suplai oksigen akibat stenosis arteri koroner. Jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan komplikasi kematian mendadak dengan gejala klinis seperti rasa tidak nyaman dan nyeri dada, peningkatan denyut jantung, peningkatan denyut nadi, peningkatan tekanan darah, dan peningkatan irama pernapasan. (Sartono et al., 2019).

Hasil riset yang dilakukan oleh WHO menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskuler menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia, yaitu sebagai penyebab 31% kematian. Karena kondisi *Unstable Angina Pectoris*. insiden *Unstable Angina Pectoris* di luar rumah sakit memiliki angka yang sama besar dengan angka pasien yang harus mendapatkan perawatan (WHO, 2015). Menurut hasil riset Kementerian Kesehatan RI tahun 2014 menunjukkan prevalensi jantung koroner berdasarkan diagnosis dokter di

Indonesia sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/gejala sebesar 1,5% atau diperkirakan sekitar 2.650.340 orang (Kemenkes RI, 2014). Menurut Rulitasari (2016) prevalensi penyakit jantung koroner di Jawa Timur dibagi menjadi tiga kelompok yaitu rendah, sedang, dan tinggi. Pada data di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya bahwa jumlah presentase kejadian Unstable Angina Pectoris pada pasien rawat masih meningkat setiap tahunnya yaitu 2,5% tercatat tiga bulan terakhir terdapat 14 pasien dari seluruh kota Surabaya.

Mekanisme terjadinya angina tidak stabil disebabkan oleh suplai oksigen yang tidak memadai ke sel-sel miokard akibat arteriosklerosis dan penyempitan rongga arteri koroner (aterosklerosis koroner). Komplikasi lain yang terjadi adalah pelepasan vasokonstriktor yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperburuk gangguan peredaran darah koroner. Penurunan aliran darah di arteri koroner menyebabkan iskemia miokard. (infark miokard). (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015). Aliran darah yang tidak adekuat ke jantung dan otak, menyebabkan risiko tinggi penurunan curah jantung, sehingga terjadi penurunan suplai O₂ ke miokard, terjadi peningkatan hipoksia jaringan miokardium, dan menyebabkan perubahan metabolisme pada miokardium (Purba et al., 2016). Unstable Angina Pectoris sebagai suatu syarat kegawatdaruratan yg sering timbul secara mendadak & wajib ditangani sedini mungkin lantaran banyak sekali kasus keperawatan bisa ada misalnya nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan dalam frekuensi/irama & konduksi elektrik, ansietas

berhubungan dengan ancaman terhadap suatu perubahan status kesehatan yg bisa mengakibatkan perubahan, ketidakmampuan, bahkan kematian, & kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang berita mengenai penyakit jantung yg dialaminya (Doenges et al., 2012).

Ketepatan asuhan keperawatan nyeri dada pada pasien dengan Unstable Angina Pectoris sangat menentukan prognosis penyakit. Perawat memiliki peran penting dalam penatalaksanaan nyeri dada pada pasien Unstable Angina Pectoris. Intervensi keperawatan kolaboratif pemberian antiplatelet. Berdasarkan latar belakang dan data diatas, maka diperlukan untuk melakukan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan diagnosis medis Unstable Angina Pectoris di Ruang ICCU-CPU Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana melakukan Asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis yang mengalami Unstable Angina Pectoris (UAP)” di Ruang ICCU Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien Tn. R dengan Diagnosa Medis Unstable Angina Pectoris (UAP) di Ruang ICCU Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya.”

1.3.2 Tujuan Khusus

a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien Tn. R dengan

diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP) di Ruang ICCU Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya.

- b. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. R dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP) di Ruang ICCU Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya.
- c. Mahasiswa mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien Tn. R dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP) di Ruang ICCU Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya.
- d. Mahasiswa mampu melakukan implementasi asuhan keperawatan pada pasien Tn. R dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP) di Ruang ICCU Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya.
- e. Mahasiswa mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien Tn. R dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP) di Ruang ICCU Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya.
- f. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. R dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP) di Ruang ICCU Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi

manfaat:

1. Manfaat bidang Akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan, khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien Tn. R dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP).

2. Manfaat Praktis

a. Bagi peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP).

b. Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP).

Bagi profesi kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai tambahan ilmu bagi profesi kesehatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP).

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi

kepuustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diperoleh melalui komunikasi langsung dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lainnya.

b. Observasi

Data diambil melalui hasil pengamatan terhadap pemeriksaan kondisi pasien.

c. Pemeriksaan

Data yang diperoleh melalui hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan pemeriksaan laboratorium yang dapat menunjang penegakan diagnose dan penanganan selanjutnya terhadap pasien.

3. Sumber data

a. Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga, catatan medis perawat, hasil pemeriksaan lainnya dan tim kesehatan lain.

4. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal

Pada bagian ini memuat halaman judul, halaman persetujuan, halaman pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar dan daftar isi.

2. Bagian inti

Pada bagian ini terdiri dari lima bab, yang masing-masing memiliki sub bab berikut ini:

- a. BAB I Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya ilmiah.
- b. BAB II Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP).
- c. BAB III Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
- d. BAB IV Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.
- e. BAB V Penutup, berisi kesimpulan dan saran.

3. Bagian akhir

Pada bagian ini berisi daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan gawat darurat dengan diagnose medis UAP. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, manifestasi klinis, tanda dan gejala, patofisiologi, diagnosis banding, komplikasi, pemeriksaan penunjang, dan penatalaksanaan medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit UAP dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.

2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskuler

Sistem kardiovaskular pada prinsipnya terdiri dari jantung, pembuluh darah dan saluran limfe. Sistem ini berfungsi untuk mengangkut oksigen, nutrisi dan zat-zat lain untuk didistribusikan ke seluruh tubuh serta membawa bahan-bahan hasil akhir metabolisme untuk dikeluarkan dari tubuh. Jantung terletak pada mediastinum yaitu kompartemen pada bagian tengah rongga thoraks diantara dua rongga paru. Mediastinum merupakan struktur yang dinamis, linak yang digerakkan oleh struktur-struktur yang terdapat didalamnya (jantung) dan mengelilinginya (diafragma dan gerakan lain pada pernafasan) serta efek gravitasi dan posisi tubuh.(Fikriana, 2018)

2.1.1 Anatomi Jantung

Jantung adalah pompa berotot didalam dada yang bekerja terus menerus tanpa henti memompa darah keseluruh tubuh. Jantung berkontraksi dan relaksasi sebanyak 100.000 kali dalam sehari, dan semua pekerjaan ini

memerlukan suplai darah yang baik yang disediakan oleh pembuluh arteri koroner. Bagian kanan dan kiri jantung masing-masing memiliki ruang sebelah atas (atrium) yang mengumpulkan darah dan ruang sebelah bawah (ventrikel) yang mengeluarkan darah. Agar darah hanya mengalir dalam satu arah, maka ventrikel memiliki satu katup pada jalan masuk dan satu katup pada jalan keluar. (Rudini et al.)

2.1.2 Struktur Jantung

Jantung berada di rongga dada, dekat median antara tulang dada dan tulang belakang (tulang belakang). Lokasi jantung berada di sebelah kiri bidang median sternum. Bagian anterior jantung dikelilingi oleh tulang dada dan tulang rusuk 3, 4, dan 5. Batas kranial jantung dibentuk oleh aorta ascendens, arteri pulmonalis, dan vena cava superior. Ukuran hati orang dewasa adalah 12 cm. Lebar 9 cm dan berat 300-400 gram (Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017).

Jantung memiliki dua bagian yaitu atrium dan ventrikel dibagi menjadi empat ruang yaitu atrium dextra, atrium sinistra dan ventrikel dextra, ventrikel sinistra. Septum merupakan batas kedua belah jantung untuk mencegah adanya pencampuran darah, dimana bagian kanan yang mengalirkan darah mengandung sedikit oksigen dan bagian kiri yang mengalirkan darah mengandung oksigen (*Setiadi, 2016*)

- a Atrium dextra, menampung pasokan darah yang mengandung sedikit oksigen dari seluruh tubuh melalui vena cava superior dan inferior dan dari jantung ke sinus koronarius dan dialirkan ke paru-paru. Tekanan atrium dextra sekitar 2 sampai 6 mmHg dengan saturasi oksigen 75%

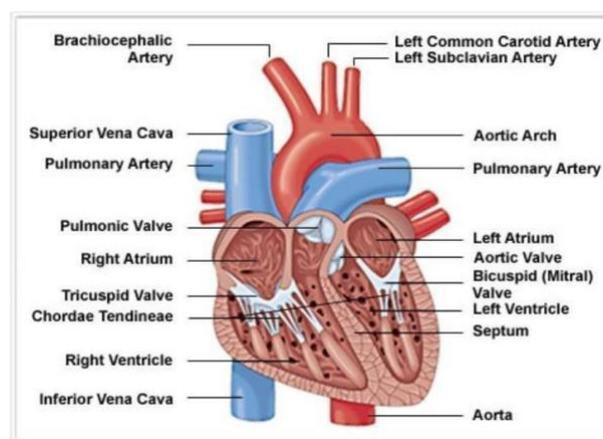
- b. Atrium sinistra, menerima pasokan darah yang mengandung oksigen dari paru-paru melalui vena pulmonalis. Tekanan pada atrium sinistra ini sekitar 4 sampai 12 mmHg dengan saturasi oksigen 98%.
- c. Ventrikel dextra, menerima pasokan darah dari atrium kanan dan memompa ke paru-paru melalui arteri pulmonalis. Tekanan sistolik 1530 mmHg dan diastolic 05 mmHg dengan saturasi oksigen 75%
- d. Ventrikel sinistra, menerima pasokan darah dari atrium kiri dan dipompa kemudian dialirkan ke seluruh tubuh melalui pembuluh darah besar yaitu aorta. Tekanan sistolik normalnya 120 mmHg dan diastolic 0-10 mmHg dengan saturasi oksigen 98%.

Jantung memiliki dua katup (pintu), katup atrioventrikular dan katup bulan sabit. Katup jantung memastikan bahwa darah mengalir dari ventrikel dalam satu arah. Saat tekanan berubah, perbedaan tekanan menyebabkan setiap katup membuka dan menutup dalam satu arah, bukan dalam arah yang berlawanan.

- a. Katup atrioventrikuler dapat menimbulkan kontraksi karena darah mengalir dari setiap atrium ke ventrikel. Letak diantara atrium kanan dan ventrikel kanan dan memiliki tiga katup yang disebut katup trikuspidalis sedangkan katup diantara atrium kiri dan ventrikel kanan memiliki dua katup yang disebut katup mitral (*Setiadi, 2016*).
- b. Katup bulan sabit adalah katup yang memisahkan ventrikel dari arteri terkait. Katup ini mengalirkan darah dari ventrikel ke paru atau aorta selama sistol. Katup pulmonalis ada di arteri pulmonalis dan katup aorta ada di ventrikel kiri dan aorta. (*Setiadi, 2016*)

Menurut (Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017) Jantung memiliki tiga lapisan dinding yang berbeda, yaitu :

- a. Perikardium (lapisan luar) adalah selaput luar tipis yang menutupi jantung dan dikelilingi oleh dinding-sisi perikardium yang disebut epikardium. Lapisan epikardial (visceral) rendah cairan dan memiliki fungsi mendorong pergerakan jantung, dan ada dua lapisan di bawah pusat tendon diafragma, yang merupakan kantong yang membatasi pergerakan jantung. Kedua lapisan tersebut dihubungkan oleh pembuluh darah besar yang dihubungkan ke tulang dada oleh ligamen perikardial sternum dan perikardium serosa (sisi dinding)..
- b. Miokardium (tengah), lapisan tengah terdiri dari otot jantung, sebagian membentuk dinding jantung dan lapisan otot yang akan menerima darah dari arteri koroner.
- c. Endokardium (dalam), lapisan tipis endothelium jaringan epitel yang melapisi bagian dalam system sirkulasi.



Gambar 2. 1 Anatomi jantung (Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017)

2.1.3 Pembuluh Darah Jantung

Jantung memiliki tiga pembuluh darah: arteri, vena, dan kapiler, yang terbagi rata sesuai fungsinya, seperti arteri, vena, dan kapiler. Pembuluh darah adalah saluran berbentuk seperti tabung kecil di dalam tubuh yang membawa darah dari jantung ke seluruh tubuh dan kembali ke jantung. (Setiadi, 2016).

2.1.4 Darah

Darah merupakan cairan yang didalamnya mengandung zat-zat dan komponen penting yang akan menutrisi seluruh jaringan atau organ yang ada di tubuh. Komponen darah dalam system kardiovaskuler yaitu, sel darah dan plasma darah.

1. Sel darah terdiri dari 3 macam sel darah diantaranya:
 - a. Sel darah merah (red blood cell), sel darah yang membawa dan mengikat O₂, membawanya ke bagian tubuh yang membutuhkan, dan mengembalikan CO₂ ke paru-paru. Sel darah merah memiliki hemoglobin. Hemoglobin terbuat dari Fe (besi) dan dapat mengikat oksigen dan, sebaliknya, ke CO₂ untuk membahayakan tubuh. Sel darah merah adalah bagian penting dari sistem kardiovaskular.
 - b. Sel darah putih (leukosit), sel darah yang berfungsi sebagai system imun guna untuk menjaga kekebalan tubuh dari berbagai ancaman komponen asing yang masuk di dalam tubuh.
 - c. Keping darah (trombosit), memiliki fungsi sebagai pembekuan darah jika terjadi perlukaan di tubuh dan menjaga kekuatan pada

pembuluh darah.

2. Plasma terutama air, mengangkut nutrisi ke sel, menghilangkan residu yang bertindak sebagai pelarut dan menciptakan arus listrik di pembuluh darah, memungkinkan sel darah merah di pembuluh darah terbawa saat jantung memompa. Jika ada sedikit atau tidak ada plasma, itu dapat mempengaruhi sistem kardiovaskular (*Setiadi 2016*).

2.1.5 Fisiologi Jantung

1. Sistem Konduksi

Jaringan yang ada di dalam otot jantung dapat menghantarkan aliran listrik yang bersifat khusus yaitu, otomatisasi bentuk impuls secara spontan, irama bentuk impuls teratur, daya konduksi menyalurkan impuls, dan daya rangsang yang bereaksi terhadap rangsangan. Hal tersebut disalurkan ke system hantaran yang merangsang otot jantung dan menimbulkan kontraksi otot. Impuls berjalan dari Nodus SA ke Nodus AV sampai ke serabut purkinje sehingga terjadi kerja pompa yang maksimal.

2. Koronaria Jantung

Arteri koroner berfungsi untuk menyuplai darah ke miokardium. Arteri koroner kiri menyuplai darah ke ventrikel kiri dan sebaliknya arteri kanan menyuplai darah ke ventrikel kanan.

3. Vena Jantung

Sistem kardiovaskular memiliki sistem dan fungsi yang dibagi menjadi tiga bagian. Artinya, sistem terkecil, vena Tebes, memasok sebagian darah ke otot jantung atrium kanan dan ventrikel kanan. Vena jantung anterior mengalirkan sebagian isi jantung. Vena ventrikel yang

masuk ke sistem utama atrium kanan dan sinus koroner serta cabang-cabangnya secara langsung. Ini membawa regurgitasi darah vena miokard melalui mulut sinus koroner ke atrium kanan dan berakhir berdekatan dengan vena cava inferior..

4. Siklus Jantung

Pada waktu waktu akitiftas depolarisasi menjalar keseluruh ventrikel, ventrikel berkontraksi dan tekanan di dalamnya mengingkat. Ketika waktu tekanan didalam ventrikel melebihi tekanan antrium, katub mitral dan trikuspid menutup dan terdengar sebagai bunyi jantung pertama. Fase kontraksi vertikel yang terjadi sebelum katubkatub semilunar terbuka disebut fase kontraksi, isovolumatrik artinya tekanan didalam ventrikel meningkat tanpa adanya darah keluar hingga katubkaub semilunar membuka dan darah keluar dari ventrikel. Ejeksi darah dari ventrikel kiri berlangsung cepat pada permulaan, sehingga menimbulkan suara yang merupakan komponen akhir dari bunyi jantung satu fase ini dikatakan sebagai fase ejeksi cepat. Setelah darah keluar dari ventrikel. Ketika tekanan ventrikel turun di bawah tekanan di aorta atau arteri pulmonalis, katup berbentuk bulan sabit menutup dan terdengar bunyi jantung kedua.

Selama kutub mitral dan trikupsit tertutup, darah dari pulmonalis dan fenakafa tetap mengisi kedua atrium yang menyebabkan peningkatan tekanan di atrium. Sementara itu tekanan dikedua ventrikel terus menurun sehingga menjadi lebih rendah dari tekanan atrium, dan katub mitral serta tricuspit terbuka, maka darah akan mengalir dari kedua antrium ke dua ventrikel, mulamula secara cepat (Fase pengisian cepat). Dan makin lama

lambat hingga berhenti, sewaktu tekanan di atrium ventrikel sama. Akhir diastole ventrikel, aktivitas listrik menimbulkan gelombang P pada EKG yang menyebabkan atrium berkontraksi. Menurut (*Setiadi. (2016).*, n.d.) tahap jantung ada tiga :

- a. Tahap Konstriksi, merupakan tahap dimana ventrikel jantung menguncup dan katup keadaan menutup sehingga valvula semilunaris terbuka dan darah dari ventrikel kanan ke arteri pulmonalis menuju ke paru-paru sedangkan darah dari ventrikel kiri ke aorta lalu keseluruhan tubuh.
- b. Tahap Dilatasi yaitu dimana jantung mengembang karena katup bikuspidalis dan trikuspidalis terbuka sehingga darah di atrium kiri mengalir ke ventrikel kiri dan begitu pula sebaliknya pada jantung sebelah kanan.
- c. Tahap Istirahat, pada tahap ini darah memasuki kedua bagian jantung kanan dan kiri.

5. Pengaturan Jantung

Kerja jantung tidak disadari atau refleksif, dan kecepatan serta kekuatan kontraksi jantung dipengaruhi oleh saraf simpatis, yang mengurangi denyut jantung selama kontraksi vaskular otot jantung, mengurangi denyut jantung selama vasodilatasi. saraf meningkatkan denyut jantung. Selain itu, kerja jantung selama pemompaan dipengaruhi oleh perubahan volume darah yang disebut autoregulasi endogen.

6. Faktor-faktor Penentu Kerja Jantung

Faktor yang mempengaruhi fungsi jantung untuk menentukan isi

sekuncup (stroke volume) dan curah jantung (cardiac output) yaitu preload, afterload, kontraktilitas, frekuensi jantung.

7. Metabolisme Jantung

Otot jantung memerlukan energi untuk berkontraksi sehingga energi yang diperlukan untuk berkontraksi berasal dari metabolisme asam lemak dengan jumlah sedikit dari metabolisme zat gizi terutama pada laktat dan glukosa. Oksigen merupakan bahan utama dalam proses metabolisme jantung.

8. Aliran Arus Listrik

Jantung tergantung dalam suatu medium konduktif. Satu bagian ventrikel elektronegatif dibandingkan lainnya, maka arus listrik akan berdepolarisasi ke daerah berpolarisasi di jalur memutar besar. Selama siklus depolarisasi arus listrik terus mengalir dalam jantung ke apeks, sewaktu impuls menyebar dari permukaan endokranial keluar otot melalui ventrikel. System elektroda disebut sandapan elektrokardigrafik.

9. Denyut Prematur

Denyut prematur terjadi karena jantung berkontraksi sebelum waktunya, hal ini disebut ekstrasistole. Denyut premature juga terjadi akibat focus ektopik di dalam jantung yang memancarkan impuls abnormal di waktu yang tidak tetap selama irama jantung. Beberapa faktor kebiasaan merokok, kopi, kurang tidur, dan perasaan mudah emosi dapat menimbulkan denyut prematur ventrikel jinak, sebaliknya denyut premature juga sering terjadi akibat penyakit jantung.

10. Rangsangan Jantung Berirama

Jantung manusia dewasa berkontraksi secara berirama dengan frekuensi sekitar 72 denyutan permenit. Semua jaringan peka rangsang dapat melepaskan muatan listrik secara berulang bila ambang rangsangannya cukup rendah. Seperti serabut saraf dan serabut otot rangka yang dalam keadaan stabil, melepaskan muatan berulang bila konsentrasi ion K turun dibawah nilai kritis. Pelepasan muatan berulang atau irama normal terjadi dalam jantung pelepasan bersama yang menyebabkan denyutan.

11. Irama Abnormal Jantung

- a. Kontraksi prematur-fokus ektopik
- b. Penyumbatan jantung terjadi karena transmisi impuls ke jantung terhambat pada titik-titik kritis. Blok atrioventrikular adalah blok jantung yang paling umum di situs atrioventrikular dan ventrikel dan hasil dari kerusakan serat penghubung AV atau bundel AV atau depresi lokal.
- c. Flutter dan fibrilasi adalah kontraksi atrium/ventrikel yang cepat dan tidak terkoordinasi. Kontraksi frekuensi rendah (200-300 denyut / menit) disebut flutter, dan kontraksi yang tidak terkoordinasi disebut fibrilasi. Itu karena pergerakan sirkus.
- d. Gerakan sirkus awalnya terjadi adanya rangsangan di satu bagian otot lalu menyebar ke lintasan lingkaran dan menjadi rangsangan berulang-ulang mengelilingi lingkaran.
- e. Fibrilasi atrium sering terjadi karena atrium mengalami pembesaran. Fibrilasi atrium ini menyebabkan ketidakseimbangan

menyeluruh kontraksi atrium sehingga pompa atrium berhenti. Hal ini membuat keaktifan jantung memompa berkurang 2535% namun atrium fibrilasi akan berlangsung terus selama bertahun-tahun tanpa adanya kelemahan berat pada jantung.

f. Fibrilasi ventrikel, disebabkan oleh syok listrik dan fokus ektopik.

12. Pengaruh Berbagai Ion pada Fungsi Jantung

a. Ion kalium

Kalium yang berlebihan menyebabkan jantung melebar dan memperlambat detak jantung. Defisiensi kalium juga menekan impuls jantung dari nodus atrioventrikular melalui nodus atrioventrikular. Peningkatan kadar kalium hingga 812 mEq/L, 23 kali lebih tinggi dari biasanya, dapat menyebabkan gagal jantung bahkan kematian.

b. Ion kalsium

Kelebihan kalsium menyebabkan jantung mengejang/berkontraksi lemah karena kalsium merangsang proses kontraktile jantung. Gagal jantung disebabkan oleh kekurangan kalsium. Penurunan kadar kalsium yang signifikan dapat membunuh orang. Peningkatan kalsium disimpan dalam tulang.

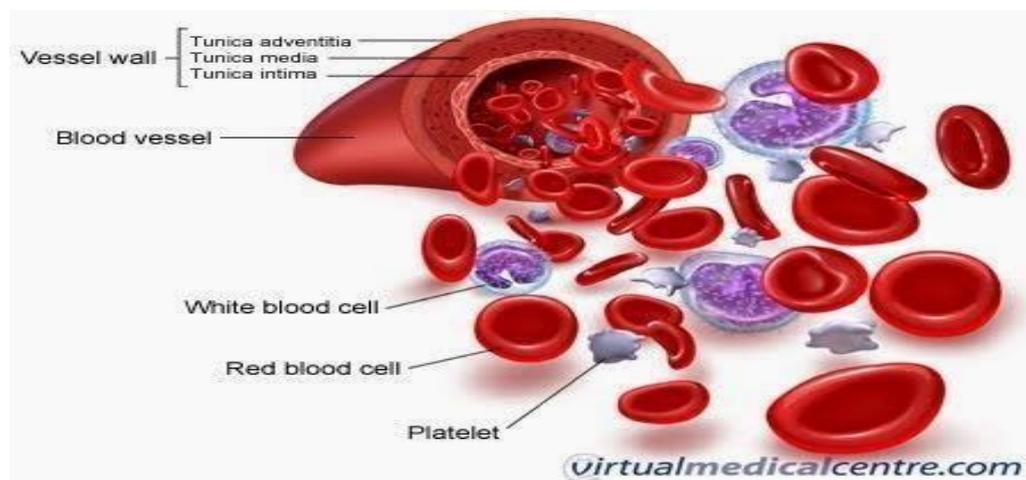
c. Ion natrium

Natrium yang berlebih akan menekan fungsi jantung. Jika peningkatan konsentrasi natrium dalam cairan ekstrasel makin kurang efektivitas kalsium akan menyebabkan kontraksi. Kurangnya konsentrasi natrium dapat menyebabkan kematian

karena fibrilasi jantung.

d. Suhu pada jantung

Peningkatan suhu dalam waktu yang lama dapat menyebabkan kelemahan pada jantung. Penurunan suhu dapat mengurangi frekuensi jantung sebaliknya, peningkatan suhu juga menyebabkan frekuensi jantung meningkat besar.



Gambar 2. 2 Darah (Syaifuddin, 2012)

2.2 Konsep Penyakit *Unstable Angina Pectoris* (UAP)

2.2.1 Pengertian

Angina pectoris merupakan suatu istilah yang berarti “nyeri dada”. Nyeri tersebut timbul secara tiba – tiba ketika seseorang melakukan aktivitas berat yang mengharuskan arteri meningkatkan suplai darah ke jantung. Namun karena adanya penyempitan pada arteri koronaria atau obstruksi, yang mengakibatkan jantung tidak mendapatkan suplai oksigen

yang adekuat. Sehingga otot jantung terbebani dan timbul nyeri pada dada (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Pengertian diatas juga sejalan dengan jurnal yang disusun oleh Satoto (2015) bahwa Angina Pectoris merupakan suatu sindrom klinis yang ditandai dengan adanya sensasi tidak nyaman di dada akibat kurangnya aliran darah koroner, sehingga mengakibatkan suplai oksigen ke jantung tidak adekuat yang menyebabkan peningkatan suplai kebutuhan oksigen jantung.

Tetapi pada umumnya dapat dibedakan 3 tipe angina yaitu:

1. Unstable angina (angina tak stabil / ATS)

Merupakan jenis angina yang sangat berbahaya dan membutuhkan waktu penanganan segera. Dijumpai pada individu dengan penyakit arteri koroner yang memburuk. Angina ini biasanya menyertai peningkatan beban jantung. Hal ini tampaknya terjadi akibat aterosklerosis koroner, yang ditandai perkembangan thrombus yang mudah mengalami spasme. Terjadi spasme sebagai respon terhadap peptide vasoaktif yang dikeluarkan trombosit yang tertarik ke area yang mengalami kerusakan. Gumpalan darah yang lebih besar meningkatkan frekuensi dan keparahan serangan angina tidak stabil dan risiko kerusakan jantung. Angina tidak stabil juga bisa disebabkan oleh kekurangan darah (anemia). Angina awal atau stabil dengan peningkatan keparahan dan durasi. Terjadi saat istirahat atau selama pekerjaan ringan. Ini lebih parah dari biasanya, menghilang selama periode waktu tertentu, dan tidak hilang dengan istirahat atau pengobatan angina.

2. Angina Pectoris Stabil

Pada keadaan ini, tidak selalu menyebabkan terjadinya iskemik seperti waktu istirahat. Angina pectoris akan timbul pada setiap aktifitas yang dapat meningkatkan denyut jantung, tekanan darah dan status jantung sehingga kebutuhan O₂ akan bertambah seperti pada aktifitas fisik yang berat, namun hilang dengan segera dan ketika di istirahatkan atau menggunakan pengobatan terhadap angina. Rasa sakitnya dapat menyebar ke lengan, punggung, atau area lain.

3. Variant angina

Bentuk ini jarang terjadi dan biasanya timbul pada saat istirahat, akibat penurunan suplai O₂ darah ke miokard secara tiba-tiba. Penelitian terbaru menunjukkan terjadinya obstruksi yang dinamis akibat spasme koroner baik pada arteri yang sakit maupun yang normal. Peningkatan obstruksi koroner yang tidak menetap ini selama terjadinya angina waktu istirahat jelas disertai penurunan aliran darah arteri koroner.

2.2.2 Etiologi

(Aspiyani, Reni Yuli. (2017) menyatakan bahwa penyebab angina pectoris yaitu:

1. Suplai oksigen ke miokard dapat berkurang disebabkan oleh tiga faktor yaitu:
 - a. Faktor pembuluh darah seperti aterosklerosis, spasme, arteritis.
 - b. Faktor sirkulasi seperti hipotensi, stenosis aorta, insufisiensi.
 - c. Faktor darah seperti anemia, hipoksemia, polisitemia.
2. Curah jantung meningkat yang disebabkan oleh aktivitas berlebihan,

emosi, makan terlalu banyak, dan hipertiroidisme.

3. Kebutuhan oksigen miokard yang meningkat pada kerusakan miokard, hypertropimiocard, dan hipertensi diastolik

2.2.3 Manifestasi Klinik

Menurut (*PERKI*). 2018 manifestasi klinis pada angina pektoris tidak stabil yaitu :

1. Nyeri dada yang timbul saat istirahat atau saat melakukan aktivitas, seperti rasa tertekan atau berat daerah retrosternal yang dapat menjalar ke leher, rahang, area interskapular, bahu, lengan kiri dan epigastrium, berlangsung beberapa menit atau lebih dari 20 menit.
2. Diaforesis (keringat dingin), mual, muntah, nyeri abdominal, dan sesak napas.
3. Gambaran EKG : Depresi segmen ST $>1\text{mm}$ dan atau inversi gelombang T $>2\text{mm}$ di beberapa sadapan prekordial, dapat disertai dengan elevasi segmen ST yang tidak persisten (<20 menit), gelombang Q yang menetap, Non-diagnostik, dan Normal.
4. Biomarka jantung yang tidak meningkat secara bermakna.

2.2.4 Patofisiologi

Angina berkembang karena suplai oksigen yang tidak memadai ke sel-sel miokardium yang disebabkan oleh arteriosklerosis dan penyempitan lumen arteri koroner karena beban jaringan meningkat dan kebutuhan oksigen meningkat. Faktor-faktor seperti usia, genetika, dan jenis kelamin menyebabkan disfungsi endotel. Leukosit yang bersirkulasi menempel pada

sel endotel yang diaktifkan, yang selanjutnya bermigrasi ke lapisan subepitel dan berubah menjadi makrofag. Makrofag mengeliminasi kolesterol LDL dan sel makrofag yang terpapar kolesterol LDL teroksidasi. Faktor pertumbuhan dan trombosit menyebabkan migrasi otot polos dari media ke intima dan proliferasi matriks yang mengubah tambalan lemak menjadi ateroma matang. Vasokonstriksi pada arteri koroner disebabkan oleh formasi plak yang dapat memperburuk keadaan obstruksi. Apabila perfusi tidak adekuat, suplai oksigen ke jaringan miokard menurun dan dapat menyebabkan gangguan fungsi mekanis, biokimia, dan elektrik miokard.

Iskemia yang disebabkan oleh oklusi total atau subtotal pada arteri koroner akan menyebabkan kegagalan otot jantung berkontraksi dan berelaksasi. Iskemia yang irreversible berakhir pada infark miokard. Kadar oksigen yang kurang membuat miokardium mengubah metabolisme yang bersifat aerob menjadi anaerob. Metabolisme anaerobik menghasilkan asam laktat, yang menurunkan pH sel dan dapat menyebabkan rasa sakit. Kombinasi hipoksia, penurunan ketersediaan energi, dan asidosis menyebabkan gangguan fungsi ventrikel kiri. Kekuatan kontraktil dari area miokardium yang terkena mempendek serat, yang dapat mengurangi kekuatan dan kecepatan serat. Pergerakan bagian iskemik dinding tidak normal, dan setiap kali ventrikel berkontraksi, bagian itu menonjol. Penurunan kontraktilitas dan gangguan gerakan jantung mengubah hemodinamik. Respon hemodinamik dapat bervariasi tergantung pada ukuran segmen iskemik dan derajat respons refleks kompensasi oleh sistem saraf otonom. Penurunan fungsi ventrikel dapat mengurangi curah jantung

dengan mengurangi volume sekuncup (jumlah darah yang dikeluarkan per detak jantung). Tidak mengetahui kondisi klien menimbulkan kecemasan bagi klien. (Aspiani. (2017).

2.2.5 Komplikasi

Menurut (Setyohadi) bahwa komplikasi yang mungkin terjadi pada angina pectoris yaitu aritmia, gagal jantung, komplikasi mekanik (Ruptur dinding ventrikel, regurgitasi mitral akut)

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Pada pasien Unstable Angina Pectoris diperlukan pemeriksaan penunjang sehingga tenaga medis dapat dilakukan penanganan yang tepat. Menurut Reny Yuli Aspiani (2016) terdapat pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan untuk pasien Unstable Angina Pectoris, yaitu :

1) Pemeriksaan laboratorium

Karena tes ini dilakukan untuk mengetahui adanya diagnosa lain seperti infark miokard akut, CPK, SGOT, atau enzim LDH yang sering diuji. Enzim yang diukur dalam penelitian ini meningkat ketika infark jantung parah, tetapi pada angina kadarnya masih dalam kisaran normal. Selain itu, tes lipid darah seperti kadar kolesterol, HDL, LDL, dan trigliserida harus dilakukan untuk menemukan faktor risiko..

2) Elektrokardiogram (EKG)

Gambar EKG sering menunjukkan konsekuensi dari pasien yang memiliki infark miokard sebelumnya. Hal ini terlihat dari hasil yang menunjukkan pembesaran ventrikel kiri dan perubahan segmen ST pada

pasien hipertensi dan angina, gelombang T atipikal pada pasien angina paroksismal dan EKG pada segmen ST..

3) Foto rontgen dada

Pada hasil foto rontgen dada seringkali menunjukkan bentuk jantung yang normal, namun pada pasien hipertensi dan angina terlihat jantung yang membesar dan dalam beberapa kasus tampak adanya klasifikasi arkus aorta.

4) Arteriografi koroner

Arteriografi koroner merupakan tindakan memasukkan kateter lewat arteri femoralis maupun brakialis yang kemudian diteruskan menuju aorta ke dalam muara arteri koronaria kanan dan kiri. Setelah itu media kontras radiografik disuntikkan dan cineroentgenogram akan menunjukkan kuntur arteri serta daerah penyempitan. Kateter tersebut kemudian didorong melalui katup aorta untuk masuk ke ventrikel kiri serta disuntikan lebih banyak media kontras untuk menentukan bentuk, ukuran, dan fungsi ventrikel kiri.

5) Uji latihan (*Treadmill*)

Tes stres ini membandingkan hasil saat pasien beristirahat dan saat pasien diminta berolahraga di treadmill atau sepeda olahraga untuk mencapai detak jantung maksimal atau submaksimal Tes fisik untuk memantau gambar. .. Gambar EKG diamati selama latihan ini, dan ketika selesai, EKG juga terus diamati. Tes ini dianggap positif jika hasil EKG menunjukkan depresi ST sebesar 1 mm atau lebih selama atau setelah latihan. Selain penurunan segmen ST, jika pasien menderita nyeri dada, seperti saat serangan, pasien sangat mungkin mengalami angina.

6) *Thallium Exercise Myocardial Imaging*

Studi pencitraan otot jantung thallium dilakukan pada waktu yang sama dengan tes stres latihan. Tes ini dapat meningkatkan sensitivitas dan spesifisitas tes stres. Talium 201 disuntikkan secara intravena selama latihan puncak, pemindaian jantung dilakukan segera setelah latihan berhenti, dan diulang setelah pasien pulih dan kembali normal. Jika hasilnya menunjukkan iskemia, akan muncul cold spot di area yang mengalami iskemia saat berolahraga dan menjadi normal..

2.2.7 Penatalaksanaan

Menurut (*Setyohadi, 2018.*) penatalaksanaan angina pektoris yaitu:

1. Tatalaksana non medikamentosa
 - a. Tirah baring.
 - b. Pemberian oksigen 2-4 liter/menit.
2. Tatalaksana medikamentosa
 - a. Pemberian nitrat, yang merupakan vasodilator endothelium bermanfaat untuk mengurangi symptom angina pektoris.
 - b. Pemberian aspirin, yang merupakan pengencer darah atau yang digunakan untuk mencegah penggumpalan pada darah.
 - c. Pemberian Clopidogrel, berfungsi untuk mencegah trombosit, yang saling menempel berisiko membentuk gumpalan darah.
 - d. Penghambat GP IIb/IIIa dapat mencegah agregasi trombosit dan pembentukan trombus pada pembuluh darah.
 - e. Antikoagulan yang berfungsi mencegah penggumpalan darah

- f. Penyekat beta berfungsi menurunkan frekuensi denyut jantung, tekanan di arteri dan peregangan pada dinding ventrikel kiri.
- g. Pemberian ACE Inhibitor, berfungsi menjadikan pembuluh darah melebar dan tekanan pada pembuluh darah berkurang.
- h. Pemberian *Angiotensin Receptor Blocker* (ARB) bila pasien intoleran dengan ACE Inhibitor.
- i. *High Intensity statin* berfungsi sebagai penurun lipid..

2.3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.3.1 Pengkajian

- a. Identitas pasien
- b. Keluhan utama : nyeri dada dan perasaan sulit bernapas
- c. Riwayat kesehatan dahulu
 - 1) Riwayat serangan jantung sebelumnya
 - 2) Riwayat penyakit pernafasan kronis
 - 3) Riwayat penyakit hipertensi, DM dan ginjal
 - 4) Riwayat perokok
 - 5) Diet rutin dengan tinggi lemak
- d. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat keluarga penyakit jantung, DM, hipertensi, stroke dan penyakit pernafasan (asma).
- e. Riwayat kesehatan sekarang
 - Faktor pencetus yang paling sering menyebabkan angina adalah kegiatan fisik, emosi yang berlebihan atau setelah makan.
 - Nyeri dapat timbul mendadak (dapat atau tidak berhubungan

dengan aktivitas).

- Kualitas nyeri: sakit dada dirasakan di daerah midsternal dada anterior, substernal prekordial, rasa nyeri tidak jelas tetapi banyak yang menggambarkan sakitnya seperti ditusuk-tusuk, dibakar ataupun ditimpa benda berat/tertekan.
- Penjalaran rasa nyeri rahang, leher dan lengan dan jari tangan kiri, lokasinya tidak tentu seperti epigastrium, siku rahang, abdomen, punggung dan leher, .
- Gejala dan tanda yang menyertai rasa sakit seperti: mual, muntah keringat dingin, berdebar-debar, dan sesak nafas.
- Waktu atau lamanya nyeri: pada angina tidak melebihi 30 menit dan umumnya masih respon dengan pemberian obat-obatan anti angina, sedangkan pada infark rasa sakit lebih 30 menit tidak hilang dengan pemberian obat-obatan anti angina, biasanya akan hilang dengan pemberian analgesic.

f. Pengkajian Psikososial

Perubahan integritas ego terjadi bila klien menyangkal, takut mati, perasaan ajal sudah dekat, marah pada penyakit atau perawatan yang tak perlu, kuatir tentang keluarga, pekerjaan, dan keuangan. Gejala perubahn integritas ego yang dapat dikaji dalah klien menolak, menyangkal, cemas, kurang kontak mata, gelisah, marah, perilaku menyerang, dan fokus pada diri sendiri.

Perubahan integritas sosial yang dialami klien terjadi Karena stres yang dialami klien dari berbagai aspek seperti keluarga, pekerjaan,

kesulitan biaya ekonomi, atau kesulitan coping dengan stresor yang ada

g. Pemeriksaan fisik

1. B1 (Breathing)

Adanya gejala dispneu, batuk dengan/tanpa riwayat merokok, penyakit pernafasan kronis, pola nafas peningkatan frekuensi pernafasan, sesak nafas, terdapat bunyi crackle atau mengi, sputum bersih atau berwarna merah muda

2. B2 (Sirkulasi)

Tekanan darah normal, naik/turun, perubahan di catat dari posisi tidur hingga duduk atau berdiri. Nadi normal, takikardi/bradikardi, nadi perifer teraba lemah, disritmia mungkin terjadi. Bunyi jantung S3/S4 mungkin menunjukkan gagal jantung atau penurunan kontraktilitas atau keluhan ventrikel. Bunyi jantung tambahan murmur, terdapat edema ekstremitas, wajah tampak pucat/sianosis, membrane mukosa kering. Irama jantung regular/irregular

3. B3 (Neurologi)

Kesadaran biasanya compos mentis, adanya wajah meringis, perubahan postur tubuh, merintih, dan menggeliat, kelemahan, pusing .

4. B4 (Perkemihan)

Pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan, pemantauan adanya oliguria.

5. B5 (Gastrointestinal)

Kaji adanya nyeri yang memberikan respon mual/muntah, nafsu makan menurun, turgor kulit menurun, perubahan berat badan, kaji pola makan apakah sebelumnya terdapat peningkatan konsumsi garam/lemak. Penurunan peristaltic usus.

6. B6 (Integumen)

Kesulitan melakukan perawatan diri, kelemahan, tidak dapat tidur, jadwal olah raga tidak teratur, dispneu pada saat istirahat/aktivitas.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut *PPNI. 2017* Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien yang mengalami *Unstable Angina Pectoris* (UAP) yaitu :

- a. Nyeri yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, ketidakseimbangan suplai darah dan oksigen dengan kebutuhan miokardium sekunder dan penurunan suplai darah ke miokardium.
- b. Aktual/resiko tinggi Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload.
- c. Aktual/resiko tinggi pola napas tidak efektif berhubungan dengan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, penurunan energi, posisi tubuh menghambat ekspansi paru.
- d. Aktual/resiko tinggi Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan curah jantung.
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara

suplai dengan kebutuhan oksigen.

- f. Ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan.

2.3.3 Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan dibuat menurut Diagnosa (*SDKI (PPNI 2017)*), Intervensi menurut (*SIKI (PPNI 2018)*), Tujuan dan kriteria hasil menurut (*SIKI (PPNI 2018)*)

- a. Nyeri Akut (**D.0077 hal. 172**)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. (Ackley et al dalam PPNI, 2017). **Tujuan:** menunjukkan nyeri menurun atau hilang, dengan **Kriteria hasil (L.08066 hal. 145):** Klien mengatakan nyeri berkurang, klien dapat menggunakan teknik non farmakologis. **Intervensi (1.08238 hal. 201):** Kaji nyeri, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan faktor presipitasi, observasi reaksi ketidaknyamanan secara non verbal, ajarkan cara terapi non farmakologis, kolaborasi dalam pemberian analgetik.

- b. Penurunan Curah Jantung (**D.0008 hal. 34**)

Definisi : Ketidakadekuatan jantung untuk memompa darah dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. (Ackley et al dalam PPNI, 2017). **Tujuan:** menunjukkan peningkatan curah jantung dengan

Kriteria Hasil (L.02008 hal. 20): Tanda-tanda vital dalam batas normal, irama jantung reguler, keseimbangan balance cairan, tidak ada edema paru, perifer, asites, dan capillary refill <3 detik. **Intervensi (1.02075 hal. 317):** observasi, auskultasi bunyi jantung, observasi pucat atau sianosis, hitung haluaran 24jam, berikan pendidikan kesehatan tentang istirahat cukup, berikan posisi semi fowler atau fowler, lakukan pemeriksaan EKG, Rontgen thorax, dan Echokardiografi, Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi, pemberian terapi oksigen sesuai indikasi.

c. Pola napas tidak efektif (**D.0005 hal. 26**)

Definisi : Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. (Ackley et al dalam PPNI, 2017). **Tujuan :** Menunjukkan pola napas membaik, dengan **Kriteria Hasil (L.01004 hal. 95):** Pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi napas normal, tidak ada penggunaan otot bantu napas, kedalaman napas membaik. **Intervensi (1.01011 hal. 186):** Observasi pola napas seperti frekuensi, kedalaman, usaha napas, Observasi bunyi napas tambahan, posisikan semi fowler atau fowler, kolaborasi pemberian oksigen, bronkodilator, ekspektoran.

d. Perfusi perifer tidak efektif (**D.0015 hal. 48**)

Definisi : Penurunan sirkulasi darah level kapiler yang mengganggu metabolisme tubuh. (Ackley et al dalam PPNI, 2017). **Tujuan:** Perfusi jaringan perifer menjadi efektif, dengan **Kriteria Hasil (L.02011 hal. 84):** Tanda - tanda vital dalam batas normal, warna

kulit normal, suhu kulit hangat, kekuatan fungsi otot normal.

Intervensi (1.06195 hal. 218): Monitor daerah yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul, monitor adanya parestase, instruksikan keluarga untuk observasi kulit jika ada laserasi.

e. **Intoleransi Aktivitas (D.0056 hal. 128)**

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. (Ackley et al dalam PPNI, 2017). **Tujuan:** menunjukkan

toleransi aktivitas meningkat dengan **Kriteria Hasil (L.05047 hal.**

149): Tanda-tanda vital dalam batas normal, lelah menurun, dispnea saat aktivitas maupun setelah aktivitas menurun. **Intervensi (1.05186**

hal. 415): ukur tanda-tanda vital sebelum dan setelah aktivitas, observasi adanya disritmia, pucat, catat keluhan yang dialami selama dan setelah aktivitas, anjurkan istirahat yang cukup, bantu klien melakukan aktivitas sesuai kemampuan.

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Muttaqin (2014), Implementasi keperawatan pada klien Unstable Angina Pectoris (UAP), di sesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dan di sesuaikan dengan apa yang dibutuhkan oleh klien.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Muttaqin (2014), hasil yang diharapkan dari proses keperawatan pada klien Unstable Angina Pectoris (UAP) adalah :

- a. Nyeri tidak ada.
- b. Menunjukkan peningkatan curah jantung.
- c. Tanda – tanda vital kembali normal, dan tidak terjadi kelebihan

volume cairan : Tidak sesak, tidak ada edema ekstremitas.

- d. Risiko penurunan Perfusi perifer tidak menjadi aktual.
- e. Menunjukkan peningkatan dalam melakukan aktivitas.

2.4 Konsep ICCU

2.4.1 Pengertian ICCU

Unit mandiri di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan intensif terhadap pasien dengan kondisi kardiovaskuler akut dan kritis yang bertujuan untuk pemantauan ketat tanda vital dan topongan terhadap kondisi hemodinamik yang mengalami gangguan akibat penyakit kardiovaskular.

2.4.2 Klasifikasi ICCU

Pada penyakit kardiovaskuler akut kegawatan yang membutuhkan tingkat perawatan yang berbeda-beda. Klasifikasi ICCU berdasarkan sumber daya yang dimiliki, disertai penentuan system jejaring yang memungkinkan perpindahan pasien sesuai dengan tingkat perawatan yang dibutuhkan. Pasien dapat disarankan untuk dirawat ditingkat ICCU tertentu sesuai stratifikasi resiko berdasarkan komdisi penyakitnya dan ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan.

Level ICCU secara umum dibagi menjadi tiga tingkat yaitu level I, II, III. Untuk Rumah sakit umum kelas A dan B wajib memiliki ICCU level III atau II. Sedangkan kelas C dan D wajib memiliki ICCU level II atau I. berikut jenis layanan sesuai level dibawah ini :

a. Level I :

- Resusitasi jantung paru dan pasca resusitasi
- Pemantauan tanda vital dan hemodinamik non invasif lengkap
- Kardioversi dan defibrilasi
- Pemeriksaan ekokardiografi
- Alat pacu jantung eksternal atau transkutan
- Terapi nutrisi enteral dan parenteral
- Terapi fibrinolitik
- Tatalaksan ventilasi non invasive
- Pemasangan dan pemantauan akses vena central
- Perikardiosentesis keadaan emergency
- X-ray portable dan CT-Scan, laboratorium 24 jam (kimia darah analisa gas darah, elektrolit, enzim jantung, profil koagulasi)

b. Level II :

- Pericardiosentesis
- Pemasangan dan pemantauan pacu jantung sementara trans vena
- Pemantauan hemodinamik invasive
- Tatalaksana temperature terukur atau terapi hipotermia pasca henti jantung
- Pemeriksaan ekokardiografi trans thokal atau tanpa trans esophageal
- X-ray portable dan CT-Scan, laboratorium 24 jam (kimia darah analisa gas darah, elektrolit, enzim jantung, profil koagulasi), laboratorium katerisasi

layanan intervensi koroner perkutan primer dan pemasangan pacu jantung permanen, pelayanan terapi pengganti ginjal di dalam unit atau di unit nefrologi atau penyakit dalam.

c. Level III :

- Pemasangan dan pengelolaan alat bantu topongan hemodinamik seperti Intra Aortic Ballon Pump/IABP.
- Pemasangan terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy) dalam bentuk hemofiltrasi, hemodialisa, dan continuous renal replacement therapy/CRRT.
- Tatalaksana jalan nafas lanjut dan ventilasi mekanik.
- X-ray portable dan CT-Scan, laboratorium 24 jam (kimia darah analisa gas darah, elektrolit, enzim jantung, profil koagulasi), laboratorium katerisasi layanan intervensi koroner perkutan primer dan pemasangan pacu jantung permanen, pelayanan terapi pengganti ginjal di dalam unit atau di unit nefrologi atau penyakit dalam, Intervensi kardiovaskuler seperti Valvuloplasty, TEVAR/EVAR, embolisasi, Transcutaneous Aortic Valverepacement/TAVR Transcutaneous Mitral Valve Repair. Serta layanan bedah jantung komprehensif (bedah pintas arteri, operasi aorta kompleks, penggantian/perbaikan katup jantung), layanan terapi ablasi dan cardiovascular resynchronization therapy/CRT.

d. Level III :

- Pemasangan dan pengelolaan alat bantu topongan hemodinamik seperti Intra Aortic Ballon Pump/IABP.
- Pemasangan terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy) dalam

bentuk hemofiltrasi, hemodialisa, dan continuous renal replacement therapy/CRRT.

- Tatalaksana jalan nafas lanjut dan ventilasi mekanik.
- X-ray portable dan CT-Scan, laboratorium 24 jam (kimia darah analisa gas darah, elektrolit, enzim jantung, profil koagulasi), laboratorium katerisasi layanan intervensi koroner perkutan primer dan pemasangan pacu jantung permanen, pelayanan terapi pengganti ginjal di dalam unit atau di unit nefrologi atau penyakit dalam, Intervensi kardiovaskuler seperti Valvuloplasty, TEVAR/EVAR, embolisasi, Transcutaneous Aortic Valverepacement/TAVR Transcutaneous Mitral Valve Repair. Serta layanan bedah jantung komprehensif (bedah pintas arteri, operasi aorta kompleks, penggantian/perbaikan katup jantung), layanan terapi ablasi dan cardiovascular resynchronization therapy/CRT.

2.4.3 Sumber Daya Manusia

- a. ICCU level I dipimpin seorang dokter spesialis jantung dan pembuluh darah dibantu dokter umum dan perawat yang telah mengikuti pelatihan dibidang kegawatdaruratan dan perawatan kardiovaskuler, tersertifikasi Advanced Cardiac Life Support (ACLS). Satu perawat untuk empat pasien, satu dokter untuk enam sampai delapan tempat tidur pasien (Irmalita et al., 2021).
- b. ICCU level II dipimpin dokter spesialis jantung dan pembuluh darah dengan pelatihan intensif kardiovaskuler. Pada level II ICCU beranggotakan dua dokter spesialis jantung dan pembuluh darah. Satu dokter merawat empat sampai delapan pasien, satu perawat merawat dua

sampai tiga pasien. ICCU level II merupakan tempat pendidikan untuk peserta program pendidikan spesialis jantung dan pembuluh darah.

- c. ICCU level III dipimpin dokter spesialis jantung dan pembuluh darah yang telah mengikuti pelatihan perawatan intensif kardiovaskuler dan memiliki pengalaman yang luas dibidangnya. Satu perawat merawat satu hingga dua pasien. ICCU level III ditujukan pada pasien yang mengalami kegawatan kardiovaskuler kritis berat atau keterlibatan banyak organ.

2.4.4 Sarana dan Prasarana

ICCU kelas II dan III idealnya memiliki minimal enam tempat tidur. Untuk 100.000 penduduk yang dilayani rumah sakit idealnya memiliki empat sampai lima tempat tidur. Untuk 100.000 kunjungan IGD per tahun, idealnya memiliki 10 tempat tidur. Pertimbangan untuk memperhitungkan tempat tidur pasien yaitu jumlah tempat tidur ruangan akut dan intensif rumah sakit (bedah maupun medical), tingkat pengisian ruang perawatan rumah sakit, penolakan pasien akibat ruangan ICCU penuh, jumlah lokasi ICCU di area sama, jumlah ruang operasi rumah sakit, adanya spesialis lain di rumah sakit yang membutuhkan dukungan spesialis jantung dan darah. Peralatan yang disediakan di ruang ICCU seperti, ruangan isolasi, central nurse stasion, ruangan tindakan kemampuan fluros kopi/X-ray, fasilitas untuk staf, fasilitas pendidikan serta ruang tunggu keluarga pasien yang nyaman dan menjaga privasi. Berikut ketersediaan peralatan di ICCU sesuai dengan tingkatan yaitu monitor EKG minimal 2 kanal dan dengan kanal tambahan, monitor tekanan darah, monitor parameter invasive minimal 1 kanal, pemantauan parameter invasive, monitor saturasi oksigen, nurse stasion untuk

pusat pemantauan sentral terhadap monitoring pasien, work station untuk analisa kejadian pasien, pompa volumetric/syringe pump, glukometer, mesin ekokardiografi trans thorakal, mesin ekokardiografi dengan tambahan probe trans esofageal, defibrillator/alat kejut listrik, pacu jantung eksternal/transkutan, mesin CPAP delivery system dengan masker wajah, mesin ventilasi mekanik dengan kapasitas pernafasan non invasif, alat pengukuran curah jantung non – invasif, thermometer non – invasive, pada level I ketersediaan alat hanya itu saja sedangkan alat pada level II hampir seluruhnya kecuali alat bantu IABP dan ECLS selanjutnya alat untuk terapi hipotermia, akses terapi pengganti ginjal (hemofiltrasi dan hemodialisa), mesin analisa gas darah, elektrolit dan profil koagulasi di dalam unit ICCU, mesin X-ray portable atau fluoroskopi di ruang tindakan, alat bantu hemodinamikseperti IABP, Extra corporeal life support (ECLS) dapat dipertimbangkan, keseluruhan ketersediaan alat ada pada level III.

2.4.5 Rujukan antar ICCU

Pemindaian pasien dari ICCU level I dan level II ke level tinggi perlu dipertimbangkan kepada pasien yang tidak mengalami perubahan atau membutuhkan tindakan intervensi spesifik yang tidak tersedia di rumah sakit asal

2.4.6 Administrasi dan Tata Kelola

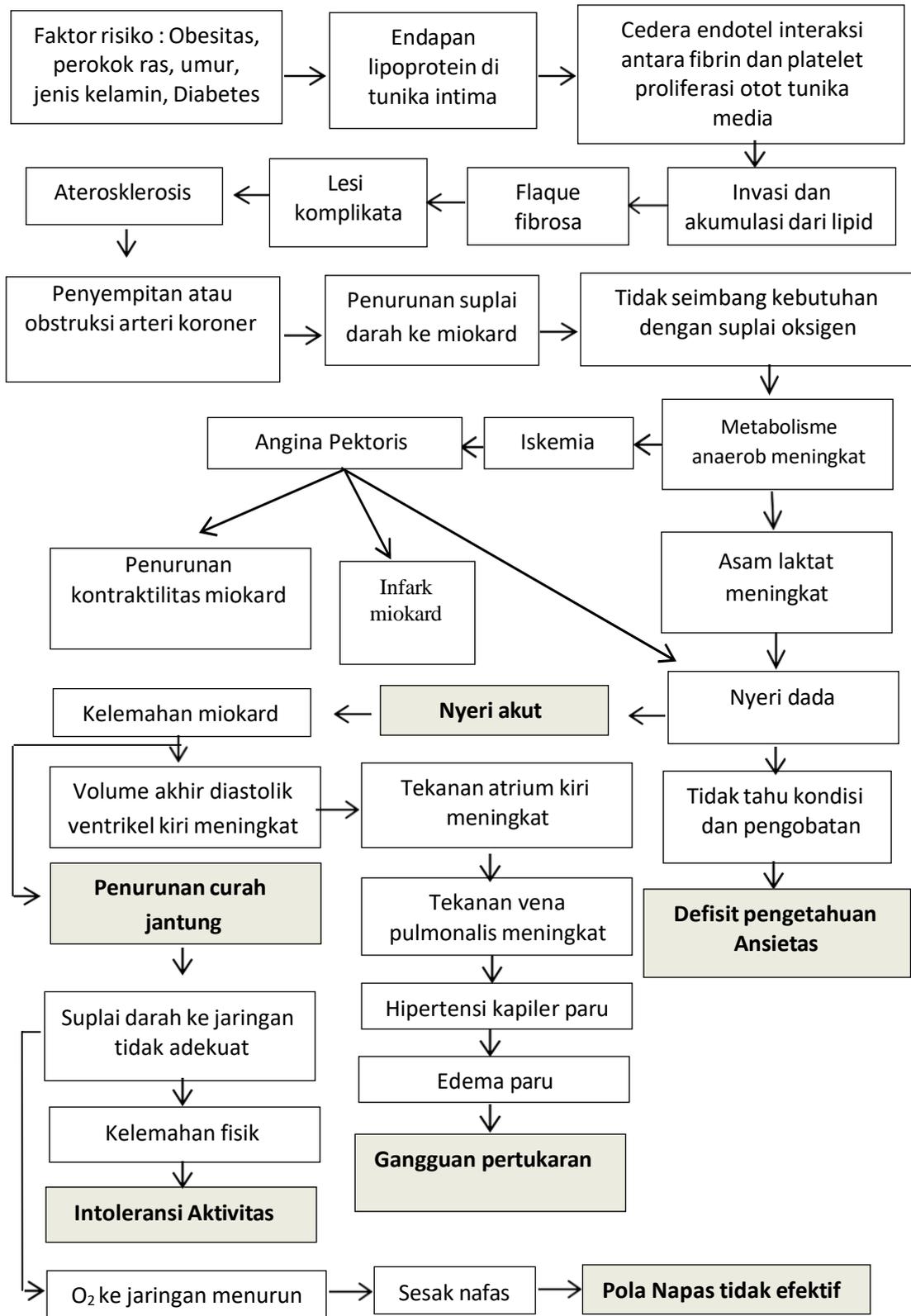
Pengorganisasian ICCU dibutuhkan dengan kebutuhan pasien dan diintegrasikan dengan pelayanan medis lainnya:

- a. Kedudukan ICCU dalam struktur RS harus jelas dan memiliki ketentuan hubungan kerja dengan unit lain ataupun RS lain

- b. Terdapat bagan organisasi dan uraian kerja tertulis bagi semua tenaga yang bekerja di ICCU

Pimpinan ICCU bertanggung jawab atas pelaksanaan perawatan, penggunaan peralatan dan pelatihan penggunaan, rekam medic dan audit medic, evaluasi perawatan, koordinasi pelatihan, pendidikan dan pelatihan staf, protokol mengatasi bahaya dan bencana (. Irmalita et al., 2021)

25 WOC



Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015

BAB III

TINJAUAN KASUS

Berikut ini penyajian hasil gambaran nyata mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis UAP. Penulis melakukan pengkajian pasien mulai pada tanggal 23 Januari 2023 pukul 12.45 WIB sampai dengan 25 Januari 2023 di Ruang ICCU Rumah Sakit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien Tn. R dengan diagnosa medis UAP dan No. Rekam Medik 66-XX-XX.

3.1 Pengkajian

Pasien masuk di Ruang ICCU Rumah Sakit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 23 Januari 2023. Penulis mulai melakukan pengkajian pada tanggal 23 Januari 2023 pukul 12.40 WIB pada pasien Tn. R dengan diagnosa medis UAP dengan No. Rekam Medik 66-XX-XX.

3.1.1 Identitas

Pasien bernama Tn. R berusia 52 tahun. Pasien adalah seorang laki-laki berstatus kawin. Pasien berasal dari suku Jawa dan beragama Islam. Pendidikan terakhir SMA. Pasien sebagai TNI AL dan bertempat tinggal di Surabaya.

3.1.2 Riwayat Sakit

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri di bagian dada sebelah kiri.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien Tanggal 22 Januari 2023 pukul 17.00 WIB pada saat di rumah,

pasien mengeluh nyeri dada di sebelah kiri, kemudian reda dan merasakan nyeri dada lagi pukul 19.00 WIB. Pada tanggal 23 Januari 2023 di pagi hari saat bangun tidur, kembali terasa nyeri, lalu pasien memutuskan berobat IGD. Pukul 07.00 WIB pasien diantar istri pergi ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pasien tampak lemah keadaan compos mentis. **P** : suplai oksigen ke miokard berkurang **Q** : Seperti ditekan beban berat, **R**: di dada sebelah kiri, **S** : 2 (Skala 1-10), **T** : nyeri hilang timbul. Tanda-tanda vital TD : 163/80 mmHg, nadi : 96 x/menit, suhu : 36,5⁰C, RR : 21 x/menit, SPO2 : 99%, GCS : 456. Pasien diberikan terapi injeksi ketorolac 30 mg, dipasang O2 nasal 3 lpm, cedocard 0,5 mg/jam syringe pump, terpasang Abocath No. 22, dan pemeriksaan darah lengkap, pasang kondom kateter. MRS di ICCU untuk mendapatkan perawatan intensif, pukul 12.00 WIB pasien pindah ke Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

c. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit pengentalan darah dari tahun 2016 sampai dengan tahun 2019.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit turunan seperti diabetes, hipertensi atau riwayat penyakit menular.

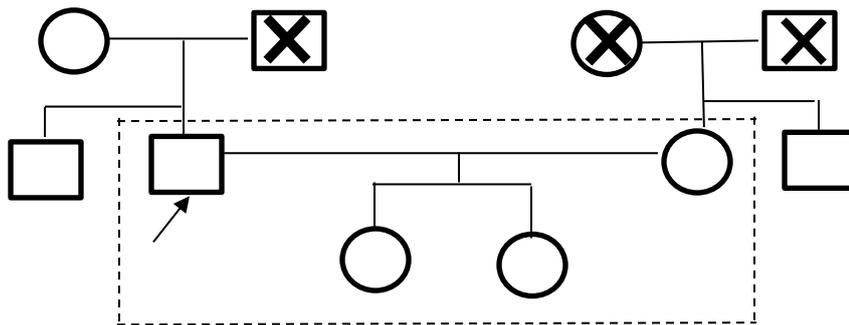
e. Riwayat alergi

Pasien mengatakan bahwa mempunyai riwayat alergi obat ranitidin.

f. Keadaan umum

Keadaan umum pasien lemah dengan kesadaran compos mentis. Hasil tanda – tanda vital tekanan darah 152/83 mmHg, Nadi 72x/menit, Suhu 36,7 °C, RR 20 x/menit dengan irama reguler.

g. Genogram



3.1.3 Pemeriksaan Fisik

Keadaan pasien tampak baik, kesadaran pasien compos mentis, GCS E: 4, V: 5, M: 6 total: 15, pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah : 161/78 mmHg, nadi : 100x/menit, RR : 20x/menit, suhu : 36,2⁰C, pemeriksaan antropometri tinggi badan : 172 cm, berat badan : 85 kg.

1. B1 (*Breathing*)/pernapasan

Anamnesa : Pasien mengatakan tidak sesak nafas

Inspeksi : Bentuk dada pasien normo chest, pergerakan dada simetris, septum hidung tepat di tengah, pergerakan nafas cuping hidung tidak ada.
 TD: 161/78 mmhg, N: 100x/menit,
 SpO₂: 97x/menit, S: 36,2⁰C, RR: 20x/menit dengan irama reguler.
 Dari foto thorax didapatkan:
 COR : Besar dan bentuk normal
 Pulmo: tak tampak infiltrat
 Diaphragma dan sinus baik
 Tulang tulang baik

Palpasi : Vocal femitus teraba seimbang kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan, pergerakan dada teraba simetris, tidak ada krepitasi

Perkusi : Perkusi dada sonor

Auskultasi : Suara nafas normal (veskuler), tidak ada suara nafas tambahan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

2. **B2 (Blood)/sirkulasi**

Anamnesa : Pasien mengatakan nyeri dada di sebelah kiri

P: suplai oksigen ke miokard berkurang

Q: nyeri dada seperti ditekan beban berat

S: nyeri dada di sebelah kiri

T: nyeri hilang timbul, durasi 15-30 menit

Inspeksi : Pasien tampak meringis saat nyeri, konjungtiva tidak anemis, wajah terlihat tidak pucat, mata tidak cawang, tidak ada pembesaran vena jugularis, pergerakan ictus cordis terlihat, akral tangan dan kaki terlihat merah

Palpasi : Pasien nyeri dada di sebelah kiri dengan skala 2
CRT <2, akral teraba hangat kering, pembatasan jantung tidak mengalami pergeseran, ictus cordis di ICS 5 midclavicular line sinistra, N: 100x/menit, Sklera konjungtiva normal, kekuatan ictus cordis kuat.

Perkusi : Kanan atas (ICS II linea para sternalis dextra)
Kanan bawah (ICS IV linea para sternalis dextra)
Kiri atas (ICS II linea para sternalis sinistra)
Kiri bawah (ICS IV linea media clavicularis sinistra)

Auskultasi : Irama jantung S1 S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan

Masalah keperawatan : Risiko Penurunan curah jantung

(SDKI 2016, hal 41/D.0011).

3. **B3 (*Brain*)/persarafan**

Anamnesa :-N1 Olfaktorius: Pasien dapat mengidentifikasi bau dengan baik

-N2 Optikus: Pasien dapat membedakan warna dengan baik dan memiliki ketajaman penglihatan yang baik

-N3 Occulomotorius: Tidak ada edema palpebral konjungtiva tidak anemis dan reflek pupil isokor

-N4 Trochlearis: Pergerakan bola mata pasien memiliki luas pandang baik

-N5 Trigeminus: Pasien bisa merasakan perubahan kualitas benda saat kontak dengan kulit dan otot wajah berfungsi dengan baik

-N6 Abducen: Bola mata pasien bisa memfokuskan pandangan dan bisa mengikuti perubahan arah dengan baik

-N7 Fasialis: Pasien dapat membedakan rasa dengan baik

-N8 Vestibulotrochlearis: Pasien bisa membedakan dan mendengarkan sumber suara dengan baik

-N9 Glosofaringeus: Reflek menelan pasien baik

-N10 Vagus: Getaran pita suara baik saat pasien berbicara

-N11 Assesorius: Kekuatan otot dan kesimetrisan bahu baik serta memiliki daya dorong baik

-N12 Hipoglossus: Pasien memiliki pergerakan dan kekuatan lidah yang baik

Inpeksi : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, reflek mata 4 (membuka secara spontan, reflek verbal 5 (orientasi baik), reflek motoric 6 (melakukan dengan benar), pupil isokor diameter kanan/kiri 2mm/2mm, reflek cahaya +/+

Palpasi dan perkusi: Reflek fisiologis (patella +/+, kremaster +/+, trisep +/+, bisep +/+, reflek patologis (babinsky /-, brudzinsky -/-, kernig -/-)

Auskultasi :-----

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. **B4 (Bladder)**

Anamnesa : Pasien mengatakan frekuensi berkemih kurang lebih 5-6x/sehari, pasien tidak memiliki gangguan berkemih, SMRS BAK 2-3 kali sehari, MRS BAK 500-1000cc dalam 24 jam

Inpeksi : Pasien terpasang kondom kateter ukuran M, jumlah urine pasien yang dikeluarkan kurang lebih 1000cc/24 jam, warna kuning, urine tidak berbau menyengat

Palpasi :tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih

Perkusi :suara kandung kemih timpani

Auskultasi :-----

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. B5 (Bowel)

Anamnesa : pasien mengatakan tidak mual dan muntah, pasien menyukai jenis makanan yang berkuah seperti sayur sayuran, dan menyukai ikan laut, nafasu makan membaik, kebiasaan defekasi 1x/hari secara konsisten lunak berwarna kuning coklat, SMRS BAB 1 kali dalam 2 hari, MRS BAB belum pernah BAB

Inpeksi :pasien menghabiskan 1 porsi makanan, pasien tidak terpasang NGT, mukosa bibir lembab, tidak di dapatkan hematemesis dan melena pada feses pasien

Palpasi dan perkusi : tidak teraba pembesaran hati dan limpah

Auskultasi : terdengar peristaltic usus 11x/menit

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. B6 (Bone)

Anamnesa : pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas saat nyeri datang

Inpeksi : tidak terdapat edema,kemampuan pergerakan sendi bebas, kekuatan otot

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

tidak ditemukan atrofi dan hiperatrofi, tidak ada paralisis, tidak terdapat fraktur

Palpasi : turgor kulit baik dan elastis dan tidak terdapat krepitasi, tidak terjadi kelemahan otot

Perkusi :-----

Auskultasi :-----

Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas (SDKI 2016, Hal.128/D.0056)

7. Sistem integumen

Inpeksi : warna kulit normal, tidak ada kelainan pigmentasi, tidak ditemukan keputihan dan sianosis

Palpasi : turgor kulit elastis, suhu kulit hangat, tidak terdapat bau busuk

Perkusi :----

Auskultasi :----

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Pola istirahat dan tidur

Istirahat tidur : Jumlah tidur siang

SMRS :± 2 jam (14.00-15.00 WIB)

MRS :± 2 jam (14.00-15.00 WIB)

Jumlah tidur malam

SMRS :± 7 jam (22.00-04.00 WIB)

MRS :± 9 jam (21.00-04.00 WIB)

Pola tidur baik, tidak terdapat kehitaman pada
lingkar mata, ritual sebelum tidur berdoa terlebih
dahulu

gangguan tidur : tidak ada insomnia

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9. Sistem pengindraan

Sistem penglihatan : lapang pandang normal, pasien tidak buta warna,
pasien dapat membaca dengan jarak 30 cm

Sistem pendengaran : tidak ada serumen, keadaan telinga bersih, sistem
pendengaran baik

Sistem penciuman : tidak ada polip, mukosa hidung lembab

Sistem perabaan : pasien bisa membedakan perabaan kasar dan halus
dengan sesuai

Sistem perasa : pasien bisa membedakan rasa makanan yang di coba
oleh pasien

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Endokrin

Keadaan tiroid : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada
nyeri tekan pada tiroid

Rasional : tidak ada luka ganggren, nafas tidak ada bau aseton

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Sistem reproduksi atau Genetalia

Genetalia :pada daerah genetalia nampak bersih

Anamnesa :pasien adalah seorang laki-laki, pasien mempunyai 2 orang anak kandung, pasien tidak mengalami kelainan reproduksi

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Personal Hygnie

Aktivitas	SMRS	MRS
Mandi	2x sehari	1x sehari
Keramas	2x seminggu	1x sehari
Menggosok gigi	3x sehari	1x sehari
Toileting/eliminasi	4x sehari	2x sehari
Menyisir rambut	1x sehari	Tidak menyisir rambut
Memotong kuku	1x seminggu	1x seminggu

Tabel 3. 1 Personal Hygnie Tn. R

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Psikososiocultural

Pada saat pengkajian pasien mengatakan menyadari akan penyakitnya dan pasien berharap agar dapat bisa sembuh dan segera pulang kerumah berkumpul dengan keluarganya.

Konsep diri :

- a. Harga diri : pasien dapat menerima kondisinya pada saat ini

- b. Idela diri : pasien mengatakan ingin segera sembuh dari sakitnya agar dapat beraktivitas seperti sebelumnya
- c. Gambaran diri : pasien mengatakan menerima keadaan tubuhnya dan kondisinya yang sekarang
- d. Fungsi peran : pasien berperan sebagai suami, ayah di keluarganya
- e. Identitas diri : pasien dapat menyebutkan nama, tanggal lahir, dan tempat tinggalnya

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3. 1 Hasil pemeriksaan Laboratorium Patologi pada Tn. R tanggal 23 Januari 2023.

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1	Eosinofil %	0.10 %	0.5-5.0 %
2	Limfosit %	8.30 %	20.0-40.0 %
3	Limfosit #	1.21 $10^3/uL$	0.80-4.00 $10^3/uL$
4	Leukosit	14.53 $10^3/uL$	4.00-1.00 $10^3/uL$
5	Neutrofil #	12.65 $10^3/uL$	2.00-7.00 $10^3/uL$
6	Neutrofil %	87.10 %	50.0-70.0 %
7	Kreatinin	1.17 mg/dL	0.6-1.5 mg/dL
8	BUN	10 mg/dL	10-24 mg/dL
9	Natrium	136.20 mEq/L	135-147 mEq/L
10	PCT	0.293 $10^3/uL$	0.108-0.282 $10^3/uL$
9	IMG %	0.100 %	0.16-0.62 %
10	Clorida	108.1 mEq/L	95-105 mEq/L
11	Troponin kuantitatif	>15.00 ng/dL	<0.03 ng/dL

2. Photo Thorax

Pemeriksaan photo thorax Tn.R tanggal 23 Januari 2023

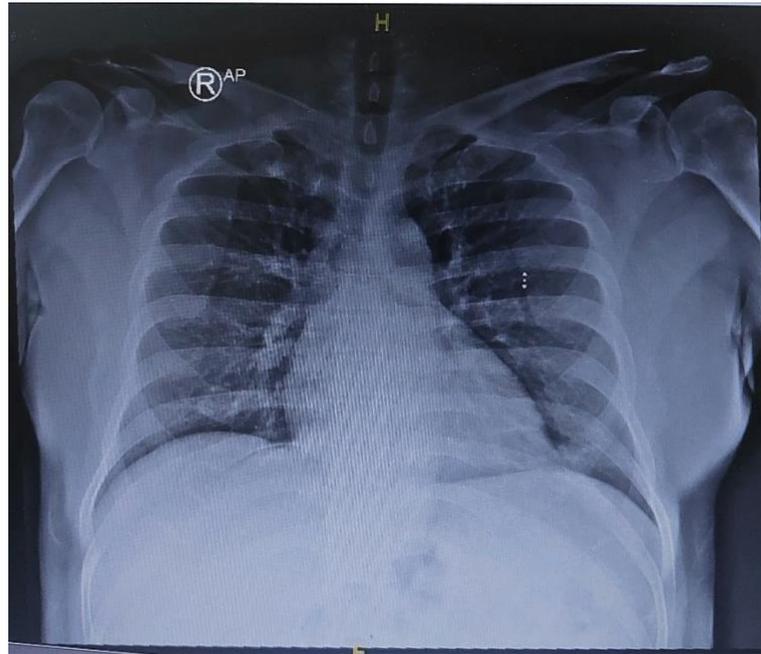
COR : Besar dan bentuk normal

Pulmo : Infiltrat/perselubungan (-)

Diaphragma dan sinus baik

Tulang tulang baik

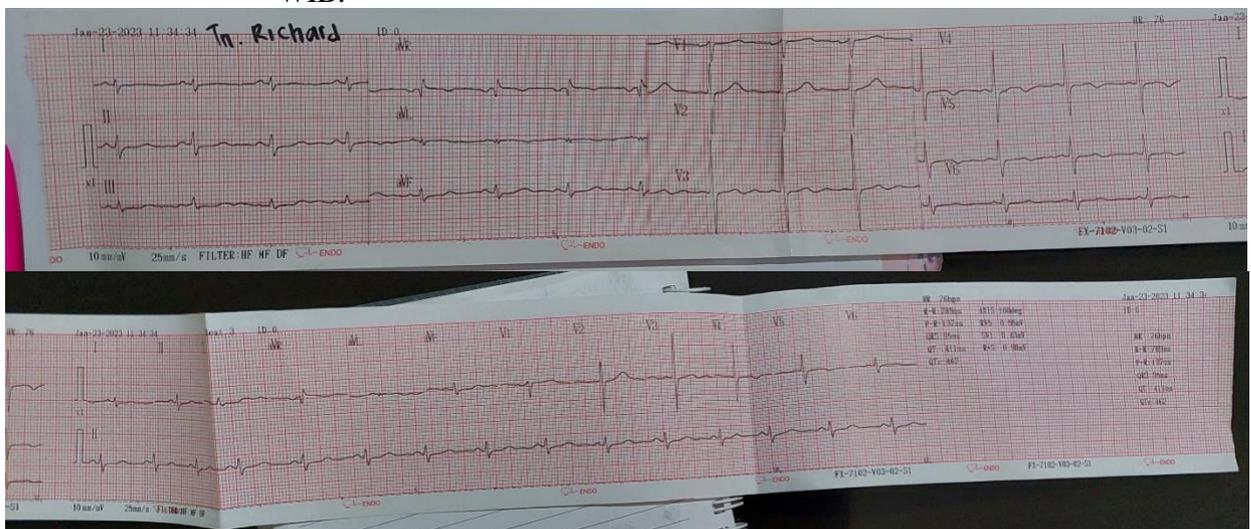
Kesan: Cor dan Pulmo baik



Gambar 3. 3 Hasil Photo Thorax Pada Tn. R

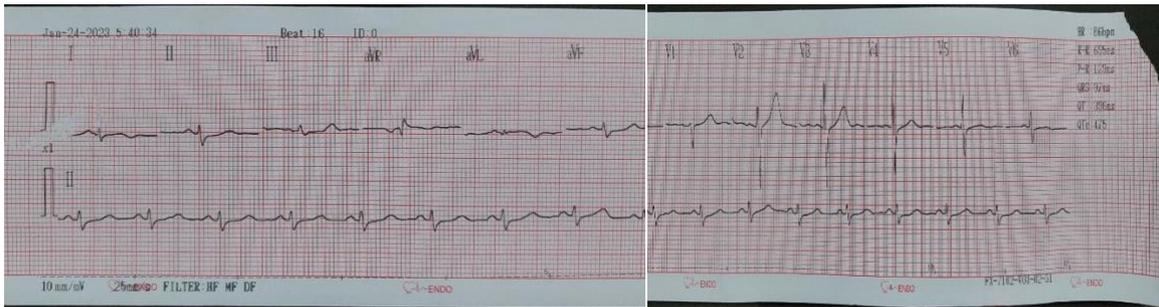
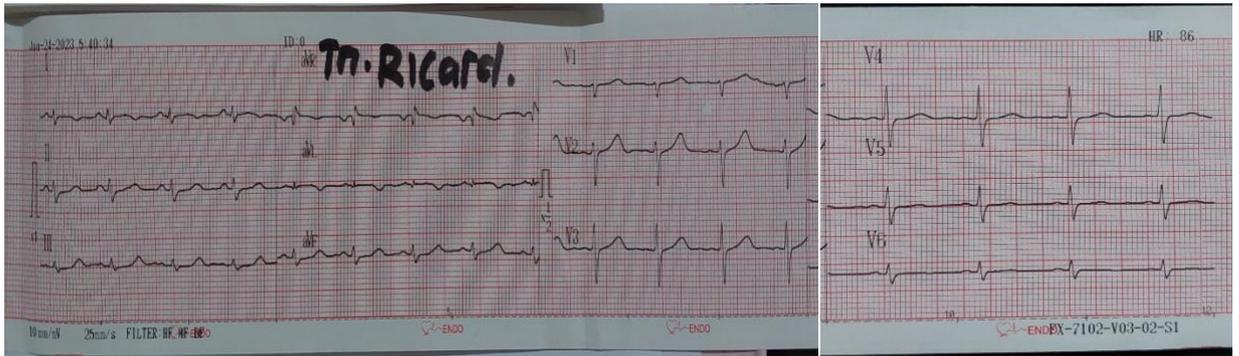
3. Pemeriksaan EKG

- a. Pemeriksaan EKG pada Tn. R, 23-01-2023 di IGD pukul 11:34 WIB.



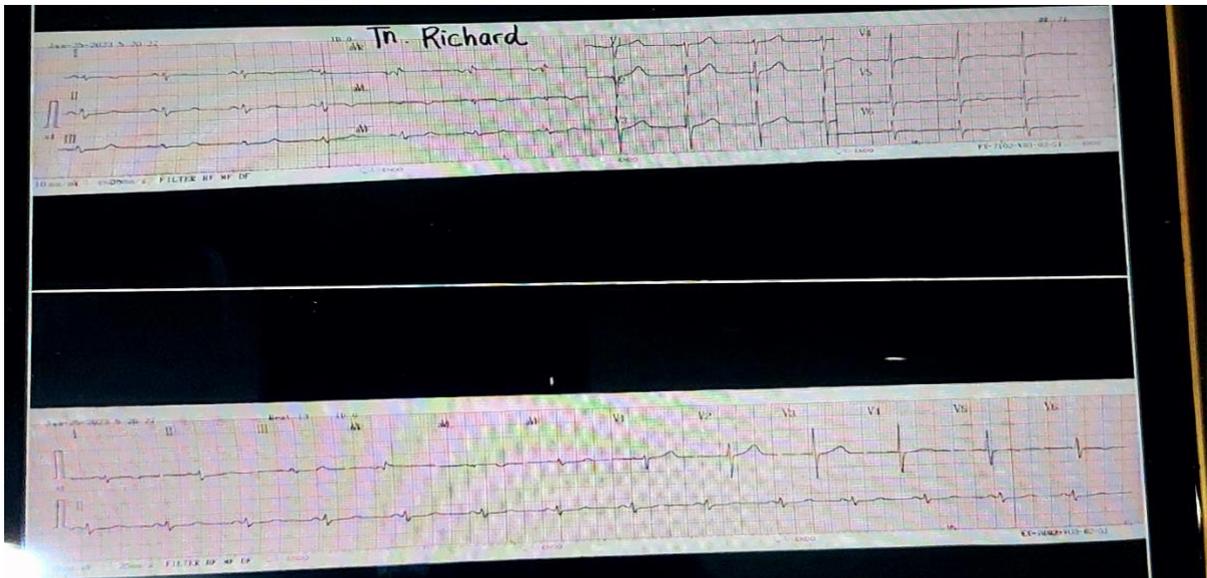
Gambar 3. 1 Hasil EKG T inversi dilit 1 AVL V4, V5.

- b. Pemeriksaan EKG pada Tn. R tanggal 24-01-2023 di Ruang ICCU pukul 05:40 WIB



Gambar 3. 2 Hasil EKG T inversi 1 AVL

c. Pemeriksaan EKG pada Tn. R, 25-01-2023 di IGD pukul 05:20 WIB.



Gambar 3. 3 Hasil EKG sinus 80X/menit T inversi dilit 1 AVL V4. V5.

3.1.5 Terapi Obat

Tabel 3. 2 Pemberian terapi obat pada Tn. R di ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Aspilet (mg)	1x1	Tablet	Obat golongan antikoagulan, antiplatelet dan fibrinolitik. Untuk mencegah dan menangani angina pektoris dan infark miokard
2	CPG (mg)	1x1	Tablet	Obat golongan thienopridine. Untuk menurunkan aterotrombosis yang menyertai
3	Inj. Lansoprazole (30 mg)	2x1	IV	Obat golongan proton pump inhibitor. Untuk mengatasi kondisi yang berkaitan dengan peningkatan asam lambung
4	Ramipril (2.5 mg)	1x1	Tablet	Obat golongan ACE inhibitor. Untuk membantu mengatasi hipertensi ringan sampai sedang gagal jantung kongestif
5	Atorvastatin (20 mg)	0.01 gram	Tablet	Obat golongan statin. Untuk tambahan diet untuk menurunkan kolestrol
6	ISDN (5 mg)	3x1	Tablet	Obat golongan nitrat. Untuk mencegah dan meredakan angina pektoris akibat penyakit jantung koroner
7	Alprazolam (1mg)	1x1	Tablet	Obat golongan ansiolitik dan hipnotik golongan benzodiazepin. Untuk mengtasi gangguan panik dan gangguan cemas.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 3 Analisa data.

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. R mengeluh nyeri dada sebelah kiri - Skala Nyeri (PQRST) <p>P : suplai oksigen ke miokard berkurang</p> <p>Q : Seperti ditekan beban berat</p> <p>R : di dada sebelah kiri</p> <p>S : 2</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. R tampak lemas - Tn. R menunjukkan lokasi nyerinya - N : 72 x/menit - TD : 152/83 mmHg 	<p>Agen pencedera fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut (SDKI 2016. Hal 172/D.0077)</p>
2.	<p>Faktor Risiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan afterload 2. Perubahan frekuensi jantung 3. Perubahan irama jantung 4. Perubahan kontraindikasi 5. Perubahan preload 		<p>Risiko Penurunan curah jantung (SDKI 2016, hal 41/D.0011)</p>
3.	<p>Faktor Risiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan (mis: alpukat, pisang, kiwi, kacang, makanan olahan laut, buah tropis, jamur) 2. Terpapar zat alergen (mis: zat kimia, agen farmakologis) 3. Terpapar alergen lingkungan (mis: debu, serbuk sari) 4. Sengatan serangga 		<p>Risiko Alergi (SDKI 2016, hal 292/D.0134)</p>

Prioritas Masalah

Tabel 3. 4 Prioritas masalah keperawatan.

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Akut (SDKI 2016, Hal 172/D.0077)	23 Januari 2023	25 Januari 2023	<i>CMAJ</i>
2.	Risiko Penurunan curah jantung (SDKI 2016, hal 41/D.0011)	23 Januari 2023	25 Januari 2023	<i>CMAJ</i>
3.	Risiko Alergi (SDKI 2016, hal 292/D.0134)	23 Januari 2023	25 Januari 2023	<i>CMAJ</i>

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

No	Masalah	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)	Rasional
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (SDKI 2016, Hal. 172/D.0077)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka, Tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (keluhan nyeri tidak ada) 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik (SLKI 2018, Hal 145/L.08066)	<i>Observasi</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri <i>Terapeutik</i> 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <i>Edukasi</i> 4. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri (menjelaskan pada pasien penyebab dari nyeri yang dirasakan pasien) 5. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Kolaborasi</i> 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik dan obat untuk penyakit jantung (Adalat oros)	 1. Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri. 2. Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri yang dialami oleh pasien. 3. Menyarankan pasien untuk beristirahat dan tidur. 4. Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien. 5. Menjelaskan pemahaman penyebab nyeri agar pasien tidak gelisah saat nyeri timbul. 6. Berkolaborasi dengan tim kesehatan untuk pemberian analgetik.

			(SIKI 2018, Hal. 201-202/1.09238)	
2.	Risiko Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung (SDKI 2016, hal 41/D.0011)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Takikardia menurun 2. Lelah menurun 3. Tekanan darah membaik (SLKI 2018, hal 20/L.02008)	<i>Observasi</i> 1. Monitor tanda/gejala primer penurunan curah jantung (kelelahan) 2. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ostostatik, jika perlu) 3. Monitor intake dan output cairan <i>Terapeutik</i> 4. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman <i>Edukasi</i> 5. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi <i>kolaborasi</i> 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat (Concor, CPG) (SIKI 2018, hal 317/1.02075)	1. Mengidentifikasi adanya tanda/gejala penurunan curah jantung seperti kelelahan. 2. Monitor tekanan darah. 3. Monitor intake dan output cairan. 4. Memposisikan pasien semi-fowler/fowler 5. Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi 6. Membantu meminimalkan rasa nyeri yang dialami pasien.

3.	<p>Risiko Alergi berhubungan dengan terpapar zat alergen (agen farmakologis) (SDKI 2016, hal 292/D.0134)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka, tingkat risiko alergi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Gatal lokal menurun 3. Konjungtifitis menurun 	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi riwayat alergi 2. Monitor terhadap reaksi obat, makanan, lateks, transfusi darah atau produk darah atau alergen lainnya. <p><i>Terpeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan tanda alergi pada rekam medis 4. Pasang gelang tanda alergi pada lengan 5. Hentikan paparan alergen 6. Lakukan tes alergi sebelum pemberian obat <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Ajarkan menghindari dan mencegah paparan alergen <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan dalam pencegahan alergi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya riwayat alergi pada pasien 2. Monitor adanya reaksi obat yang diberikan kepada pasien. 3. Memberikan dan memasang gelang tanda alergi pada pasien 4. Melakukan tes alergi pada pasien sebelum memberikan obat. 5. Mengajarkan pasien menghindari dan mencegah paparan alergen 6. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam pemberian obat.
----	--	--	---	---

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan

No Dx	Waktu (tgl & jam)	Tindakan	Paraf	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	23-01-2023 07.15 07.30 07.45 09.00 11.10 12.00 14.00	1. Timbang terima dengan Dinas Malam 2. Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri. P : Suplai oksigen ke miokard berkurang Q : Seperti ditekan beban berat R : di dada bagian kiri T : hilang timbul 3. Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri. Skala nyeri : 2 (Nyeri dada) 4. Mengonsultasikan dengan dokter penyakit dalam a/p : Primperan 2x1Amp. 5. Memeberi pasien Inj. Primperan 1 Amp perinfus 6. Mengevaluasi pemberian Inj. Primperan (tidak ada alergi) 7. Menjelaskan penyebab dari nyeri yang dirasakan pasien	<i>CMAJ</i>	24-01-2023 07.00	S : Tn. R mengatakan nyeri di dada berkurang P : pada saat beraktifitas Q : Seperti ditekan beban berat R : di dada kiri S : 1 T : hilang timbul - Tn. R melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul. O : - Tn. R dapat tidur meskipun hanya sebentar. - N : 73 x/menit - S : 36,5°C - RR : 22 x/menit A : masalah teratasi sebagian. - P : Intervensi dilanjutkan	<i>CMAJ</i>

	14.20	8. Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan				
	15.00	9. Memfasilitasi pasien untuk istirahat (memberikan posisi tidur semi Fowler 30 derajat).				
	15.30	10. Mengobservasi reaksi ketidaknyamanan secara non verbal : pasien terlihat tampak tidur kadang terbangun akibat perut terasa sakit seperti ditusuk-tusuk				
	17.00	11. Memberikan Inj. Ondancentron 4 mg				
	18.00	12. Memberikan obat oral (Omeperazole 1 cap, adalat oros 30mg, Sucralfat 1 sdm)				
	18.45	13. Memonitoring TTV dan gambaran EKG				
	19.00	14. Menganjurkan pasien untuk istirahat malam				
	20.00	15. Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan				

2.	<p>23-01-2023</p> <p>08.10</p> <p>10.15</p> <p>11.15</p> <p>11.30</p> <p>16.00</p> <p>17.10</p> <p>17.44</p> <p>23.10</p> <p>24-01-2023</p> <p>05.30</p> <p>06.30</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah. TD : 175/87 mmHg 2. Memonitor intake dan output cairan. Membuang urine Up. 500 CC 3. Mengidentifikasi adanya tanda/gejala penurunan curah jantung meliputi kelelahan. 4. Memposisikan pasien semi-fowler/fowler 5. Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi 6. Memberikan terapi Inj. arixtra 1x2,5 sc 7. Memonitor tanda-tanda Vital Tensi : 195/140 Nadi : 95 Suhu : 36,5 8. Membuang urine Up 400 CC 9. Monitoring TTV : TD : 156/70 N : 90 S : 36,5 10. Membuang urine pasien Up 200 cc 11. Monitoring EKG dan TTV 12. Monitoring balance cairan, mmembuang urine pasien Up 200 cc 	CMAJ	24-01-2023 07.00	<p>S : - Tn. R mengatakan badan terasa lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 173/92 mmHg - Input : 1000cc - Output : 13000cc <p>Balance cairan/24jam : 1000cc - 1300cc = -300cc</p> <p>A : masalah belum teratasi.</p> <p>P : lanjutkan intervensi.</p>	CMAJ
----	---	--	------	---------------------	---	------

3.	23-01-2023 07.25 13.00 09.00 10.00 11.35 23.00 14.15 17.15 21.10 24-01-2023 00.00 02.00 06.00	1. Mengidentifikasi riwayat alergi 2. Memonitor terhadap reaksi obat, makanan, lateks, transfusi darah atau produk darah atau alergen lainnya. 3. Memberikan tanda alergi pada rekam medis 4. Melakukan tes alergi sebelum pemberian obat 5. Mengajarkan pasien menghindari dan mencegah paparan alergen	CMAJ	24-01-2023 07.00	- S : - Tn. R mengatakan mempunyai riwayat alergi O : pasien tampak lemas A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi.	CMAJ
1.	24-01-2023 07.15	1. Timbang terima dengan Dinas Malam 2. Mengidentifikasi lokasi nyeri	CMAJ	25-01-2023 07.00	S : Tn. R mengatakan nyeri di dada berkurang P : suplai oksigen ke miokard	CMAJ

	<p>07.30 07.45</p> <p>11.10</p> <p>12.00</p> <p>14.00</p> <p>14.20</p> <p>15.00</p> <p>15.30</p> <p>17.00</p> <p>18.00</p> <p>19.00</p> <p>20.00</p>	<p>dan skala yang muncul saat nyeri. P : suplai oksigen ke miokard berkurang Q : Seperti ditekan beban berat T : hilang timbul</p> <p>3. Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri. Skala nyeri: 1</p> <p>4. Memeberi pasien Inj. Primperan 1 Amp perinfus</p> <p>5. Mengevaluasi pemberian Inj. Primperan (tidak ada alergi)</p> <p>6. Menjelaskan penyebab dari nyeri yang dirasakan pasien.</p> <p>7. Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan</p> <p>8. Memfasilitasi pasien untuk istirahat (memberikan posisi tidur semi Fowler 30 derajat).</p> <p>9. Memberikan Inj. Ondacentron 4</p> <p>10. Memberikan obat oral (Omeperazole 1 cap, adalat oros 30mg, Sucralfat 1 sdm, Nitrokaf 5mg, Atorvastatin 20mg)</p> <p>11. Memonitoring TTV dan gambaran EKG</p> <p>12. Menganjurkan pasien untuk istirahat malam</p>		<p>berkurang Q : Seperti ditekan beban berat R : di dada kiri S : 1 T : hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. R melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. R dapat tidur pulas - N : 68 x/menit - S : 36,5°C - RR : 20 x/menit <p>A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	---	--

	21.20 25-01-2023 05.00 06.30	13. Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan 14. Melakukan tindakan EKG 15. Memberikan obat oral (Nitrokaf 5mg, Omeperazole tab, Sucralfat 1 sdm, CPG) 16.				
2.	24-01-2023 08.10 10.15 11.15 11.30 16.00 17.10 23.10	1. Memonitor tekanan darah. TD : 155/70 mmHg 2. Mengidentifikasi adanya tanda/gejala penurunan curah jantung meliputi kelelahan. 3. Memosisikan pasien semi-fowler/fowler 4. Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi 5. Membuang urine Up. 200 CC 6. Memonitor tanda-tanda Vital Tensi : 188/89 Nadi : 75 Suhu : 36,5 7. Membuang urine Up 300 CC 8. Monitoring TTV : TD : 166/77 N : 75 S : 36,2 9. Memberikan terapi Inj. Arixtra	<i>CMAJ</i>	25-01-2023 07.00	S : - mengatakan badan terasa lemas berkurang O : - TD : 127/78 mmHg - Input : 1100cc - Output : 1000cc Balance cairan/24jam : 1100cc - 1000cc = +100cc A : masalah teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi.	<i>CMAJ</i>

		1x2,5 sc				
	25-01-2023 05.30 06.30	10. Memberikan Inj. Primperan perinfus 11. buang urine pasien Up 200 cc 12. Monitoring EKG dan TTV 1. Monitoring balance cairan, mmembuang urine pasien Up 300 cc				
3.	24-01-2023 07.25 09.00 10.00 11.35 13.00 14.15 17.15 21.10 23.00	1. Mengidentifikasi riwayat alergi 2. Memonitor terhadap reaksi obat, makanan, lateks, transfusi darah atau produk darah atau alergen lainnya. 3. Memberikan tanda alergi pada rekam medis 4. Melakukan tes alergi sebelum pemberian obat 5. Mengajarkan pasien menghindari dan mencegah paparan alergen	<i>CMAJ</i>	25-01-2023 07.00	- S : - Tn. R mengatakan mempunyai riwayat alergi O : pasien tampak lemas A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi.	<i>CMAJ</i>

	19-01-2022 00.00 00.10 02.00 05.45					
1.	25-01-2023 07.15 07.30 07.45 11.10 12.00 14.05 14.10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang terima dengan Dinas Malam 2. Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri. P : pada saat beraktifitas Q : Seperti ditekan beban berat T : hilang timbul 3. Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri. Skala nyeri : 1 4. Memeberi pasien Inj. Primperan 1 Amp perinfus 5. Mengevaluasi pemberian Inj. Primperan (tidak ada alergi) 6. Menggunakan strategi komunikasi terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan dan mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan 7. Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam 	<i>CMAJ</i>	25-01-2023 15.30	<p>S : Tn. R mengatakan nyeri di dada dan di perut masih ada P : pada saat beraktifitas Q : Seperti ditekan beban berat R : di dada kiri S : 1 T : hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. R melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. R dapat tidur pulas - N : 64 x/menit - S : 36,5°C - RR : 20 x/menit - TD : 126/87 mmHg <p>A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan</p>	<i>CMAJ</i>

					PASIEN PINDAH KE RUANG JANTUNG 15:30 WIB Asuhan keperawatan dilanjutkan di ruang jantung	
2.	25-01-2023 08.10 10.15 11.15 11.30 15.00	1. 1. Monitor tekanan darah. TD : 127/78 mmHg 2. Mengidentifikasi adanya tanda/gejala penurunan curah jantung meliputi kelelahan. 3. Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi 4. Membuang urine Up. 200 CC	<i>CMAJ</i>	25-01-2023 07.00	S : - Tn. R mengatakan badan terasa lemas berkurang O : - TD : 126/87 mmHg A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan	<i>CMAJ</i>
3.	25-01-2022 07.25 09.00 10.00 11.35	1. Mengidentifikasi riwayat alergi 2. Monitor terhadap reaksi obat, makanan, lateks, transfusi darah atau produk darah atau alergen lainnya. 3. Mengajarkan pasien menghindari dan mencegah paparan alergen 4. Konsultasi dengan tenaga kesehatan lainnya untuk pemberian obat.	<i>CMAJ</i>	25-01-2023 07.00	- S : - Tn. R mengatakan mempunyai riwayat alergi O : pasien mulai membaik A : masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	<i>CMAJ</i>

3.5 Evaluasi Sumatif

Tabel 3. 7 Evaluasi Sumatif

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Sumatif
1.	Nyeri Akut (SDKI 2016, Hal 172/D.0077)	<p>S : Tn. R mengatakan nyeri di dada sudah tidak ada P : - Q : - R : - S : - T : -</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. R mengatakan dapat tidur pulas. - Tn. R melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N : 64 x/menit - S : 36,5°C - RR : 20 x/menit - TD : 126/87 mmHg <p>A : masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan</p>
2.	Risiko Penurunan curah jantung (SDKI 2016, hal 41/D.0011)	<p>S : - Tn. R Mengeluh pusing berkurang O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 126/87 mmHg <p>A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan.</p>

3.	Risiko Alergi (SDKI 2016, hal 292/D.0134)	S : - Tn. R mengatakan mempunyai riwayat alergi O : pasien mulai membaik A : masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
-----------	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien di ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 23 Januari 2023 sampai 25 Januari 2023. Melalui pendekatan studi kasus, penulis akan menguraikan tentang kesenjangan teori dan praktek lapangan dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Unstable Angina Pectoris di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, perumusan masalah, intervensi asuhan keperawatan, implementasi asuhan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian penulis tidak mengalami adanya hambatan karena penulis menjalin hubungan komunikasi yang baik dengan pasien. Sehingga pasien terbuka dalam mengungkapkan masalah yang dialami pasien. Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada pasien, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang medis.

Pada pengkajian kasus, pasien Tn. R berusia 52 tahun dengan keluhan utamanya nyeri di bagian dada sebelah kiri, yang dirasakan sekarang yaitu, pasien tanggal 22 Januari 2023 pukul 17.00 WIB pada saat di rumah, pasien mengeluh nyeri dada di sebelah kiri, kemudian reda dan merasakan nyeri dada lagi pukul 19.00 WIB. Pada tanggal 23 Januari 2023 di pagi hari saat bangun tidur, kembali terasa nyeri, lalu pasien memutuskan berobat IGD. Pukul 07.00 WIB pasien diantar istri pergi ke

IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pasien tampak lemah keadaan compos mentis. **P** : suplai oksigen ke miokard berkurang **Q** : Seperti ditekan beban berat, **R**: di dada sebelah kiri, **S** : 2 (Skala 1-10), **T** : nyeri hilang timbul. Tanda-tanda vital TD : 163/80 mmHg, nadi : 96 x/menit, suhu : 36,5⁰C, RR : 21 x/menit, SPO₂ : 99%, GCS : 456. Pasien diberikan terapi injeksi ketorolac 30 mg, dipasang O₂ nasal 3 lpm, cedocard 0,5 mg/jam syringe pump, terpasang Abocath No. 22, dan pemeriksaan darah lengkap, pasang kondom kateter. MRS di ICCU untuk mendapatkan perawatan intensif, pukul 12.00 WIB pasien pindah ke Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Angina pectoris merupakan suatu istilah yang berarti “nyeri dada”. Nyeri tersebut timbul secara tiba – tiba ketika seseorang melakukan aktivitas berat yang mengharuskan arteri meningkatkan suplai darah ke jantung. Namun karena adanya penyempitan pada arteri koronaria atau obstruksi, yang mengakibatkan jantung tidak mendapatkan suplai oksigen yang adekuat. Sehingga otot jantung terbebani dan timbul nyeri pada dada.

Penulis berpendapat, pasien mengalami nyeri dada di sebelah kiri karena kurangnya aliran darah koroner, sehingga mengakibatkan suplai oksigen ke jantung tidak adekuat yang menyebabkan peningkatan suplai oksigen jantung.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya berisi teori, namun pada kenyataannya dilapangan, analisa data disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang dialami pasien. Kesenjangan yang didapatkan penulis yaitu tentang diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka yang tidak semuanya masuk ke dalam tinjauan kasus.

Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka menurut Muttaqin (2014), dan PPNI (2017) ada 6 yaitu :

- a. Nyeri yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- b. Aktual/resiko tinggi Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, perubahan irama jantung, perubahan preload, perubahan afterload.
- c. Aktual/resiko tinggi pola napas tidak efektif berhubungan dengan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, penurunan energi, posisi tubuh menghambat ekspansi paru.
- d. Aktual/resiko tinggi Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan curah jantung.
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen.
- f. Ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan.

Pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan didapatkan empat diagnosis keperawatan prioritas yang sesuai dengan kondisi klinis/keluhan yang di alami pasien di tinjauan kasus.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, ketidakseimbangan suplai darah dan oksigen dengan kebutuhan miokardium sekunder dan penurunan suplai darah ke miokardium ditandai dengan Data Subyektif nyeri pada bagian dada sebelah kiri, rasa nyeri seperti ditekan beban berat, nyeri timbul karena suplai oksigen ke miokard berkurang, skala nyeri : 2, nyeri terasa terus menerus dan nyeri pada perut perut Skala 4, celkit – celkit menetap, Data Obyektif pasien tampak meringis, Nafsu makan berkurang, N : 100 x/menit, TD : 161/78 mmHg
- b. Resiko Penurunan curah jantung berisiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh, faktor risiko Nadi perifer teraba lemah, Nadi 100x/Menit, tekanan darah : 161/78 mmHg, Cardiomegali = 58%
- c. Risiko Alergi karena pasien memiliki riwayat alergi terhadap obat ranitidin sehingga perlu di perhatikan dalam pemberian makanan maupun obat-obatan.

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Namun, pada tinjauan kasus perencanaan akan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan yang bertujuan untuk memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis

Unstable Angina Pectoris yang akan meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dalam mengenal masalah, dan perubahan perilaku pasien.

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung, intervensi diagnosa yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus terdapat perbedaan, karena masing- masing intervensi tepat mengacu pada sasaran dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis, tujuan intervensi selama 3x24 jam maka Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Frekuensi nadi membaik dengan rencana keperawatan Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri, Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri yang dialami oleh pasien, Menyarankan pasien untuk beristirahat dan tidur, Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien, Menjelaskan pemahaman penyebab nyeri agar pasien tidak gelisah saat nyeri timbul, Berkolaborasi pemberian analgetik.
2. Resiko Penurunan curah jantung, selama 3 x 24 jam maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil Takikardia menurun, Lelah menurun, Tekanan darah membaik dengan rencana keperawatan memonitor tanda/gejala penurunan curah jantung, Monitor tekanan darah, Monitor intake dan output cairan, Memberikan pasien semi-fowler/fowler, Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi, Berkolaborasi pemberian antiaritmia.

3. Risiko Alergi, selama 3x 24 jam tingkat resiko menurun dengan kriteria hasil nyeri menurun, gatal lokal menurun dengan rencana keperawatan memonitor tanda-tanda alergi terhadap asupan makanan dan obat-obatan yang dikonsumsi.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas konsep teori asuhan keperawatan pada pasien dengan Unstable Angina Pectoris (UAP). Sedangkan pada kasus nyata, pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien yang sesuai intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Untuk pelaksanaan diagnosa pada tinjauan kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal ini dikarenakan disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis dengan tindakan mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri dan tingkat rasa nyeri yang dialami oleh pasien sesuai dengan **P** : suplai oksigen ke miokard berkurang, **Q** : Seperti ditekan beban berat, **R** : di dada sebelah kiri, **S** : 2, menyarankan pasien untuk beristirahat dan tidur, mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, menjelaskan pemahaman penyebab nyeri agar pasien tidak gelisah saat nyeri timbul, Kolaborasi dengan dokter

dalam pemberian obat analgetik dan obat untuk penyakit jantung (Adalat oros).

2. Risiko Penurunan curah jantung dengan tindakan memonitor tanda/gejala penurunan curah jantung, Monitor tekanan darah, Monitor intake dan output cairan, Memberikan pasien semi-fowler/fowler, Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi, Membuang urine pasien, Monitoring EKG dan TTV, Monitoring balance cairan, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat (Concor, CPG).
3. Risiko Alergi dengan tindakan identifikasi riwayat alergi, monitor terhadap reaksi obat, makanan, lateksm transfusi darah atau produk darah atau alergen lainnya, berikan tanda alergi pada rekam medis, pasang gelang tanda alergi pada lengan, lakukan tes alergi sebelum pemberian obat, ajarkan menghindari dan mencegah paparan alergen, kolaborasi dengan tenaga kesehatan dalam pencegahan alergi.

Dalam pelaksanaannya, ada faktor penunjang dan faktor penghambat yang penulis alami. Faktor penunjang pada pelaksanaan intervensi diagnosa keperawatan antara lain adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana di ruangan dan diterimanya penulis di ruangan.

Adapun faktor penghambat yang penulis hadapi adalah ketidakmampuan penulis untuk melakukan asuhan keperawatan secara penuh selama 24 jam sehingga harus dilakukan pendelegasian dengan perawat ruangan dalam tindakan keperawatan karena penulis tidak dapat secara langsung mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan pasien.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilakukan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena berhubungan dengan pasien secara langsung dengan masalahnya.

Pada evaluasi tanggal 25 Januari 2023 Pada diagnosa Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (iskemia) selama 3x24 jam pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri sudah berkurang masing-masing skala 1. Risiko Penurunan curah jantung lelahnya pada pasien berkurang banyak dan pasien juga mengatakan badanya agak enakan dan masalah teratasi sebagian. Risiko Alergi lelah dan nyeri berkurang, alergi dapat dicegah, masalah teratasi. Hasil evaluasi pada Tn. R ini didapatkan sesuai dengan harapan, pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai dan pasien pindah ke Ruang Jantung tanggal 25 Januari 2023 pukul 15.30 WIB.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien pada pasien Tn. R dengan diagnosa medis UAP di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP).

5.1 Simpulan

Hasil dari uraian mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Unstable Angina Pectoris (UAP), maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada pasien dengan diagnosis medis *Unstable Angina*, ditemukan adanya keluhan nyeri pada dada sebelah kiri dengan skala 2 (0-10), frekuensi pernapasan 21x/menit terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, akral dingin. Tidak terdapat pernapasan cuping hidung, SPO2 : 99%, TD: 161/78, dan Nadi 100x/menit.
2. Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Unstable Angina*, didasarkan pada masalah yang ditemukan yaitu : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (iskemia), Risiko Penurunan curah jantung, Risiko Alergi berhubungan dengan terpapar zat alergen (agen farmaologis).

3. Intervensi keperawatan pada Tn. R disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan tingkat nyeri menurun difokuskan dengan intervensi mandiri perawat yaitu memberikan teknik relaksasi napas dalam, curah jantung membaik difokuskan pada intervensi mandiri perawat yaitu monitor tekanan darah, dan menurunkan risiko pasien mengalami reaksi alergi dengan mengidentifikasi riwayat alergi dan monitor terhadap reaksi obat, makanan, atau alergen lainnya.
4. Implementasi keperawatan pada Tn. R dengan diagnosa *Unstable Angina* dilakukan dengan manajemen nyeri, perawatan jantung, dan pencegahan alergi.
5. Evaluasi keperawatan pada tanggal 25 Januari 2023 pukul 15.30 bahwa masalah keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (iskemia) teratasi sebagian, Risiko Penurunan curah jantung teratasi sebagian , dan Risiko Alergi teratasi.

6. Pendokumentasikan semua tindakan keperawatan pada Tn. R yang direncanakan dan dibuat telah dimasukkan pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 23 Januari 2023.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Pencapaian akan keberhasilan hasil keperawatan diperlukan adanya komunikasi dan kerjasama yang baik dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Petugas pelayanan kesehatan khususnya perawat harus memiliki pengetahuan luas dan keterampilan dalam bidang keperawatan yang cukup, serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya guna memberikan asuhan keperawatan infark miokard akut yang terbaik.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan perlu diadakan seminar atau pertemuan kecil di setiap daerah untuk mengedukasi masyarakat mengenai penyakit unstable angina pectoris

DAFTAR PUSTAKA

- (PDF) SOP Pemasangan Elektrokardiogram EKG / septiawan putra - Academia.
Aspiani, Reni Yuli. (2017). *Buku Ajar Keperawatan*.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3*.
- Fikriana, R. (2018). *Sistem kardiovaskuler*.
- Kemenkes RI. (2014). Situasi kesehatan jantung. *Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. (2015). *Pedoman tatalaksana sindrom koroner akut. Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut*.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI). (2018). *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan*, 1(2), 118.
- Reny Yuli Aspiani, S. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler, Aplikasi NIC & NOC. EGC*.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Dasar. EGC*.
- Rudini, M., Pd, S., Fakultas Terbiyah, M. S., & Keguruan, D.
- Rulitasari, D. D. (2016). *Koroner Dengan Pendekatan Geographically Weighted Regression Di Jawa Timur Tahun 2013 Koroner Dengan Pendekatan Geographically Weighted Regression Di Jawa Timur Tahun 2013*.
- Sartono, Masudik, & Suhaeni AE. (2019). *Basic Trauma Cardiac Life Support*. Gadar Medik Indonesia.
- Satoto, H. H. (2015). Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner Coronary Heart Disease Pathophysiology. *Jurnal Anestesiologi Indonesia*, VI(3), 209–223.
SDKI (PPNI 2017).
- Setiadi. (2016).
Setyohadi.
- SIKI (PPNI 2018)*.
- Wahyuningsih, H., & Kusmiyati, Y. (2017). *Anatomi Fisiologi: Bahan Ajar Kebidanan*.
- WHO. (2015). *World Health Statistic*. World Health Organization.

Lampiran

Lampiran 1. 1 Lampiran SOP EKG

	<p style="text-align: center;">STANDART OPERASIONAL PROSEDUR PEMASANGAN ELEKTROKARDIOGRAFI (EKG)</p>
<p style="text-align: center;">DEFINISI</p>	<p>Pemasangan EKG adalah suatu tindakan merekam aktifitas listrik jantung berawal dari Nodus Sinoatrial yang dikonduksikan melewati jaringan serat sistem konduksi dalam jantung yang mengakibatkan jantung berkontraksi yang dapat direkam melalui elektroda yang diletakkan / dilekatkan pada kulit.</p>
<p style="text-align: center;">TUJUAN</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Untuk mengetahui adanya kelainan-kelainan irama jantung/disritmia2. Kelainan-kelainan otot jantung3. Pengaruh/efek obat-obat jantung4. Gangguan -gangguan elektrolit5. Memperkirakan adanya pembesaran jantung/hipertropi atrium dan ventrikel6. Menilai fungsi pacu jantung.
<p style="text-align: center;">PERSIAPAN ALAT</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Peralatan:<ol style="list-style-type: none">a. Alat monitor EKG lengkap siap pakai dan dalam keadaan baikb. Kapas alkoholc. Jelly khusus EKGd. Kapas atau kassa lembab2. Pasien dan lingkungan sekitar:<ol style="list-style-type: none">a. Keluarga diberi tahu tentang tujuan serta tindakan yang akan dilakukanb. Posisi pasien berbaring diatur terlentang dan datar

	c. Meminta izin untuk membuka Baju atas pasien
PELAKSANAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap pra interaksi <ol style="list-style-type: none"> a. Cek identitas pasien. b. Lakukan cuci tangan. c. Siapkan alat dan bahan. 2. Tahap orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Beri salam, panggil pasien dengan namanya. b. Jelaskan tujuan, prosedur dan lama tindakan. c. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya. d. Jaga privasi pasien. 3. Tahap kerja <ol style="list-style-type: none"> a. Dekatkan alat dan bahan pada pasien. b. Atur posisi pasien tidur terlentang. c. Memakai handscoon. d. Buka dan longgarkan pakaian pasien bagian atas, bila pasien memakai jam tangan, gelang, dan logam lain dilepas. e. Bersihkan kotoran dan lemak dengan menggunakan kapas alkohol pada daerah dada, kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai dilokasi pemasangan manset elektroda. f. Oleskan jelly pada permukaan elektroda. g. Pasang manset elektroda pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai. h. Sambung kabel EKG pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai pasien, untuk sadapan ekstremitas LEAD (LEAD I, II, III, AVR, AVL, AVF) dengan cara sebagai berikut:

	<ul style="list-style-type: none">a) Warna merah pada tangan kanan.b)Warna kuning pada tangan kiri.c)Warna hijau pada kaki kiri.d)Warna hitam pada kaki kiri.i. Pasangkan elektroda ke dada untuk meredam precardical:<ul style="list-style-type: none">V1 : pada interosta ke 4 pada garis sternum sebelah kanan.V2 : pada intercosta ke 4 pada garis sternum kiri.V3 : pertengahan antara V2 dan V4.V4 : pada intercosta ke 5 pada axilla bagian belakang kiri. V5 : pada axillasebelah depan kiri.V6 : pada intercosta ke 5 pada mid axilla.j. Lakukan perekaman secara berurutan sesuai dengan pemilihan LEAD yang terdapat pada mesin EKG.k. beri identitas pasien pada hasil rekaman.l. Merapikan pasien.m. Bereskan alat dan bahan.n. Lepas handscoon.4. Tahap terminasi<ul style="list-style-type: none">a. Beri salam dan terima kasih.b. Cuci tangan.c. Mendokumentasi pada lembar tindakan
--	---