

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. H DENGAN DIAGNOSA MEDIS
UNSTABLE ANGINA PECTORIS DI RUANG HCU JANTUNG
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



OLEH :

LINATA MAHATIH
NIM .2222019

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2024**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. H DENGAN DIAGNOSA MEDIS
UNSTABLE ANGINA PECTORIS DI RUANG HCU JANTUNG
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

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



Oleh :

LINATA MAHATIH
NIM .2222019

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2024**

SURAT PERNYATAN

Saya bertanda tangan di bawah 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, Januari 2024

Linata Mahatih

NIM. 2222019

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Linata Mahatih
NIM : 2222019
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. H Dengan Diagnosa Medis
Unstable Angina Pectoris Di Ruang Hcu Jantung RSPAL Dr. Ramelan
Surabaya

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, Januari 2024

Pembimbing

Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03067

Ditetapkan : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Januari 2024

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Linata Mahatih
NIM : 2222019
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. H Dengan Diagnosa Medis
Unstable Angina Pectoris Di Ruang Hcu Jantung RSPAL Dr. Ramelan
Surabaya

Telah dipertahankan di hadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah STIKES Hang
Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal :
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D3 Keperawatan
STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji : Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat()
NIP. 03025
Penguji II : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep ()
NIP. 03001
Penguji III : Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes ()
NIP. 03067

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Januari 2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan baik. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

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

1. Laksamana Pertama TNI dr. Sujoko Purnomo, Sp.B selaku Kepala RSPAL dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., FISQua, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk berkuliah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
3. Dr. Dya Sustrami, Skep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan

masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini

5. Bapak Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini
6. Ibu Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini
7. 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, serta kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya, Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Surabaya, Januari 2024

Linata Mahatih
2222019

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskuler	9
2.1.1 Anatomi Jantung	9
2.1.2 Struktur Jantung	10
2.1.3 Pembuluh Darah Jantung	13
2.1.4 Fisiologi Jantung	13
2.2 Konsep Penyakit Unstable Angina Pectoris (UAP)	16
2.2.1 Pengertian.....	16
2.2.2 Etiologi	18
2.2.3 Manifestasi Klinik	18
2.2.4 Patofisiologi	19
2.2.5 Komplikasi	20
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang.....	20
2.2.7 Penatalaksanaan.....	22
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keperawatan Pada Pasien Dengan Unstable Angina Pectoris	23
2.3.1 Pengkajian	24
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	27
2.3.3 Intervensi keperawatan.....	28

2.3.4 Implementasi Keperawatan	32
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	32
2.4 WOC	33
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	34
3.1 Pengkajian	34
3.1.1 Identitas	34
3.1.2 Riwayat Sakit	34
3.1.3 Pemeriksaan Fisik	36
3.1.4 Pemeriksaan Penunjang.....	39
3.1.5 Terapi Obat.....	40
3.2 Diagnosa Keperawatan	41
3.3 Prioritas Masalah	43
3.4 Intervensi Keperawatan	44
3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	48
3.6 Evaluasi Sumatif.....	54
BAB 4 PEMBAHASAN	56
4.1 Pengkajian	56
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	57
4.3 Intervensi Keperawatan	59
4.4 Implementasi Keperawatan	61
4.5 Evaluasi	62
BAB 5 PENUTUP.....	64
5.1 Simpulan.....	64
5.2 Saran	65
5.2.1 Bagi Rumah Sakit.....	65
5.2.2 Bagi Perawat Dan Tenaga Kesehatan	65
5.2.3 Bagi Pasien Dan Keluarga.....	66
5.2.4 Bagi Penulis.....	66
DAFTAR PUSTAKA	67
LAMPIRAN.....	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2. 1 Anatomi Jantung (Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017)	12
2. 2 WOC	33
3. 1 Genogram.....	36
3. 2 Hasil EKG Sinus Rythm 75 BPM, Axis F LAD, Poor R II, III, aVF, T inve	39
3. 3 Photo Thorax Ny. H	40

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
3. 1 Hasil pemeriksaan Laboratorium Patologi pada Ny. H	39
3. 2 Pemberian terapi obat pada Ny. H di ruang HCU Jnatung RSPAL dr. Ramelan	40
3. 3 Analisa data.....	41
3. 4 Prioritas masalah keperawatan.....	43
3. 5 Intervensi Keperawatan.....	44
3. 6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	48
3. 7 Evaluasi Sumatif	54

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 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah salah satu penyakit tidak menular dimana terjadi perubahan patologis atau kelainan dalam dinding arteri koroner yang dapat menyebabkan terjadinya iskemik miokardium dan Unstable Angina Pectoris (UAP) serta Infark Miokard Akut (IMA) seperti Non-ST Elevation Myocardial Infarct (NSTEMI) dan ST-Elevation Myocardial Infarct (STEMI). Sindrom koroner akut menjadi salah satu penyakit kardiovaskular yang menyebabkan angka kematian tertinggi di dunia. Prevalensi kejadian penyakit Sindrom Koroner Akut (SKA) pada region Asia Pasifik sekitar 5%. Sindrom koroner akut dapat kambuh dengan prevalensi sekitar 11,65 hingga 19,5%. Tingkat kematian pada pasien ACS berulang adalah 31,1% (313/945). Ironisnya, peningkatan risiko sindrom koroner akut akan meningkatkan risiko kematian. Angina pektoris merupakan gejala klinis dari Sindrom Koroner Akut (SKA) yang mengarah pada penyakit jantung koroner (Wiseva, Setiadi and Suwantika, 2023).

Unstable angina pectoris merupakan kumpulan gejala klinis berupa serangan nyeri dada yang khas, yaitu seperti ditekan atau terasa berat di dada yang sering menjalar ke lengan kiri. Adapun gejala dari penyakit ini antara lain adanya nyeri dada yang khas meliputi lokasi yang berada di dada dengan penjalaran ke leher, rahang, bahu kiri sampai dengan jari-jari, punggung/pundak kiri. Kualitas nyeri biasanya merupakan nyeri yang tumpul seperti rasa tertindih/berat di dada, maupun rasa desakan yang kuat dari dalam atau dari bawah diafragma. Berhubungan dengan aktivitas biasanya nyeri dada angina timbul pada waktu melakukan aktivitas

misalnya berjalan cepat. Beberapa masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan unstable angina pectoris yaitu nyeri akut, penurunan curah jantung, pola napas tidak efektif, intoleransi aktifitas, ansietas gangguan pola tidur (Muttaqin 2014).

Data epidemiologi global menunjukkan bahwa prevalensi angina meningkat seiring dengan penambahan usia baik pada pria maupun wanita. Angina pektoris dialami oleh sekitar 4% pria dan 5% wanita berusia 45-64 tahun dan angka ini meningkat hingga 12% pada pria dan 10% pada wanita berusia 65-84 tahun. Pada populasi berusia di bawah 65 tahun, insidens angina pektoris tanpa komplikasi pada wanita tampak sedikit lebih tinggi dibandingkan pada pria. Pada populasi Kaukasia berusia 45-65 tahun, sekitar 1% pria mengalami angina pektoris tanpa komplikasi dan insidens tersebut terus meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Angina pektoris merupakan salah satu manifestasi Penyakit Jantung Koroner (PJK) yang menjadi penyebab utama kematian yang salah satunya disebabkan oleh *unstable angina pectoris* di Indonesia dan diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030 (Kantari, 2021). Pada Provinsi Jawa Timur tahun 2018 jumlah penderita penyakit jantung koroner sebanyak 1,5% dengan jumlah 151.878 jiwa (Kemenkes RI, 2018).. Kemudian peningkatan angka kejadian penyakit jantung koroner juga terjadi di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Presentase kejadian *Unstable Angina Pectoris* pada pasien rawat yang masih meningkat dari tiga bulan terakhir yang terdapat 12 pasien.

Mekanisme angina pektoris disebabkan oleh kurangnya suplay oksigen ke sel-sel miokardium yang terjadi karena kekakuan arteri dan penyempitan lumen pada arteri koroner. Jika beban kerja suatu jaringan meningkat, maka oksigen yang

dibutuhkan juga meningkat. Jika kebutuhan meningkat pada jantung yang sehat maka arteri koroner berdilatasi dan mengalirkan lebih banyak darah dan oksigen ke otot jantung. Apabila terjadinya penyempitan arteri koroner akibat dari aterosklerosis dan tidak dapat berdilatasi sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan akan oksigen, maka akan terjadi iskemik (kekurangan suplai darah) miokardium. Bila aliran darah koroner tidak dapat menyuplai kebutuhan sejumlah oksigen yang diperlukan oleh otot jantung, maka terjadi ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan (Kantari, 2021). Adapun faktor resiko dari penyakit angina pectoris ini dibagi menjadi 2 jenis, faktor resiko yang dapat diubah dan faktor resiko yang tidak dapat diubah. Faktor resiko yang dapat diubah meliputi diet (hiperlipidemia), rokok, hipertensi, stress, obesitas, kurang aktifitas dan diabetes mellitus sedangkan faktor resiko yang tidak dapat diubah adalah usia, jenis kelamin dan keturunan. Komplikasi angina pectoris sering disebabkan oleh penyakit jantung koroner. Bila pembuluh darah koroner semakin sempit dan tersumbat total, maka akan muncul serangan jantung yang bisa mengancam nyawa. Oleh karena itu, angina pectoris perlu diperiksa sejak masih berupa gejala awal, atau sejak nyeri masih ringan dan bisa mereda sendiri dengan istirahat (Luhtfiah dkk, 2021). Menurut Setyohadi et al (2018) komplikasi yang mungkin terjadi pada angina pectoris yaitu aritmia, gagal jantung, komplikasi mekanik (Ruptur dinding ventrikel, regurgitasi mitral akut).

Terapi penatalaksanaan angina pectoris adalah mencegah kematian dan terjadinya infark jantung. Terapi juga bertujuan untuk mengontrol serangan angina sehingga kualitas hidup pasien dapat diperbaiki. Penatalaksanaan angina pectoris terdiri atas terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologis, termasuk tindakan

revaskularisasi pembuluh koroner. Terapi farmakologis untuk angina pektoris meliputi pemberian obat vasodilator untuk pemenuhan kebutuhan oksigen, dan beberapa obat yang berperan untuk menurunkan kebutuhan oksigen. Obat antiagregasi trombosit juga telah terbukti bermanfaat dalam penanganan angina pektoris. Selain itu 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*. Berdasarkan latar belakang dan data diatas, maka diperlukan untuk melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Ny. H Dengan Diagnosis Medis *Unstable Angina Pectoris* di Ruang HCU Jantung Dr. Ramelan Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

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

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny. H dengan Diagnosa Medis *Unstable Angina Pectoris* (UAP) di Ruang HCU Jantung Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya.”

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien Ny. H dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* (UAP) di Ruang HCU Jantung

Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya.

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

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).

c. 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 kepustakaan 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 2

TINJAUAN PUSTAKA

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 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.

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)

1. 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%.
2. 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%.
3. 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%
4. 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.

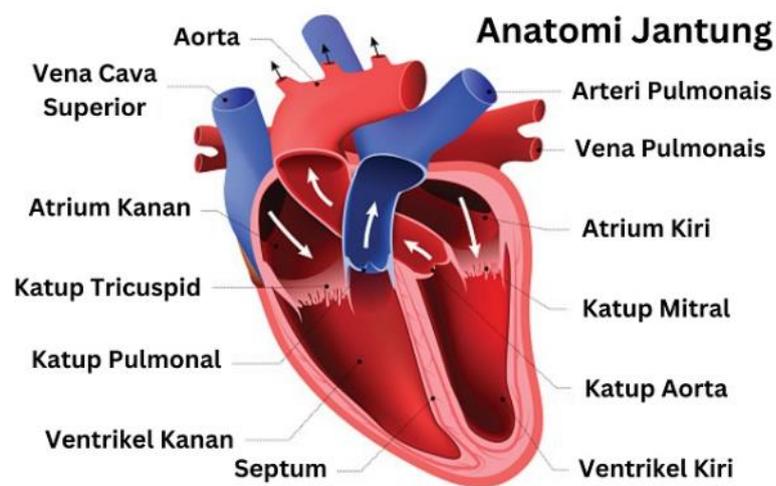
5. Katup atrioventrikuler dapat menimbulkan kontraksi karena darah mengalir dari setiap atrium ke ventrikel. Letak diantara atrium kanan dan ventrikel kanan dan memiliki tiga katup yang disebut katup trikuspidalis sedangkan katup diantara atrium kiri dan ventrikel kanan memiliki dua katup yang disebut katup mitral (Setiadi, 2016).
6. 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.

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

1. 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).

2. Miokardium (tengah), lapisan tengah terdiri dari otot jantung, sebagian membentuk dinding jantung dan lapisan otot yang akan menerima darah dari arteri koroner.
3. Endokardium (dalam), lapisan tipis endothelium jaringan epitel yang melapisi bagian dalam system sirkulasi.



Gambar anatomi jantung manusia

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 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.

4. Siklus Jantung

Ada 3 tahap siklus jantung yang terdiri dari:

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

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 pektoris 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

(Aspiani, 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 pectoris 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, Nondiagnostik, 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 memperpendek 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

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 disuntikkan 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 pectoris yaitu:

1. Tatalaksana non medikamentosa
 - a. Tirah baring.
 - b. Pemberian oksigen 2-4 liter/menit.
2. Tatalaksana medikamentosa

- a. Pemberian nitrat, yang merupakan vasodilator endotelium bermanfaat untuk mengurangi symptom angina pectoris.
- 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 Keperawatan Pada Pasien Dengan Unstable Angina Pectoris

Proses keperawatan merupakan suatu pendekatan dalam pemecahan masalah yang dialami oleh klien dengan tujuan agar tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar dan prosedur keperawatan, adapun beberapa metode yang digunakan dengan cara menganalisis, eksplorasi dan kajian bebas pada artikel, jurnal, text book, maupun e-book yang

relevan, Artikel yang digunakan minimal menggunakan 14 referensi yang diterbitkan sepuluh tahun terakhir. dan konsep dasar proses keperawatan ini sangatlah dibutuhkan oleh seorang perawat karena dengan proses inilah standar dalam melakukan tindakan kepada pasien misalnya mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Asenea, 2019). Dari proses tersebut harus bisa di kuasai oleh seorang perawat dan mampu mengimplementasikannya sesuai dengan prosedur yang telah di tetapkan untuk mencegah terjadinya kesalahan dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap klien. Jadi peranan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan haruslah sesuai dengan proses keperawatan agar pelayanan yang diberikan kepada klien optimal dan berkualitas (Asenea, 2019).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan, pengujian, analisa, dan mengkomunikasikan data tentang klien. Pengkajian bertujuan untuk membuat data dasar tentang tingkat kesehatan klien, praktik kesehatan, penyakit terdahulu, dan pengalaman yang berhubungan, dan tujuan perawatan kesehatan. Status pasien akan mengatur waktu dan kedalaman pengkajian. Pengkajian menghasilkan data dasar. Data dasar ini dirumuskan dari riwayat keperawatan, pengkajian fisik, dan sumber lain dari pengkajian data. Dibutuhkan pengkajian yang komprehensif untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien saat ini, antisipasi kebutuhan yang akan datang membuat keputusan dan melakukan dan melakukan koordinasi tindak lanjut perawatan (Nauli, 2019). Dalam proses pengkajian ada 2 tahap yang perlu dilalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

1. Identitas pasien

Nama pasien, suku bangsa, jenis kelamin, pendidikan, umur, pekerjaan, agama, penanggung jawab, status, alamat.

2. Keluhan utama

Adalah keluhan yang membuat seseorang datang ke tempat pelayanan kesehatan untuk mencari pertolongan.

3. Riwayat kesehatan dahulu

Adalah catatan tentang penyakit dan pengobatan yang dialami pasien pada masa lalu, merupakan informasi yang dapat menambah keterangan penyakit sekarang dan atau yang berpengaruh terhadap pengelolaan pasien.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi penyakit yang pernah dialami oleh anggota keluarga, mungkin ada anggota keluarga yang mengalami.

5. Riwayat kesehatan sekarang

a. Faktor pencetus yang paling sering menyebabkan angina adalah kegiatan fisik, emosi yang berlebihan atau setelah makan.

b. Nyeri dapat timbul mendadak (dapat atau tidak berhubungan dengan aktivitas).

c. 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.

d. Penjalaran rasa nyeri rahang, leher dan lengan dan jari tangan kiri, lokasinya tidak tentu seperti epigastrium, siku rahang, abdomen,

punggung dan leher.

- e. Gejala dan tanda yang menyertai rasa sakit seperti: mual, muntah keringat dingin, berdebar-debar, dan sesak nafas.
- f. 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.

6. 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 perubahan integritas ego yang dapat dikaji dalam 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.

7. Pemeriksaan Fisik

- a. 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
- b. 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

- c. B3 (*Neurologi*) : Kesadaran biasanya compos mentis, adanya wajah meringis, perubahan postur tubuh, merintih, dan menggeliat, kelemahan, pusing.
- d. B4 (*Perkemihan*) : Pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan, pemantauan adanya oliguria.
- e. 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.
- f. 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:

1. Nyeri yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, ketidakseimbangan suplai darah dan oksigen dengan kebutuhan miokardium sekunder dan penurunan suplai darah ke miokardium.
2. Pola Nafas tidak efektif adalah inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak

memberikan ventilasi adekuat.

3. Ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan.
4. Gangguan pola tidur yang berhubungan dengan tingginya kecemasan yang timbul dikarenakan takut mati pada saat terjadi serangan nyeri dada.

2.3.3 Intervensi keperawatan

No.	Masalah	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)
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 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun (SLKI 2018, Hal 145/L.08066)	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan sakit 5. Identifikasi monitor penurunan nyeri. 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 7. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri (Manajemen Nyeri I.080066) <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi istirahat dan tidur <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri (menjelaskan pada pasien penyebab dari nyeri yang dirasakan pasien) 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti terapi imajenasi

No.	Masalah	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)
			terbimbing, kompres hangat atau dingin. 4. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik dan obat untuk penyakit jantung (Adalat oros) Hasil kolaborasi : setelah diberikan obat jantung nyeri dada berkurang. (SIKI 2018, Hal.201202/1.09238)
2	Pola napas tidak efektif (SDKI D.0005)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka, pola napas pada pasien lebih baik, dengan kriteria hasil : pasien tidak mengeluh sesak lagi dan terlihat pasien tidak berat kalau bernapas	Observasi 1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2 Monitor peningkatan pola napas yang semula tidak teratur menjadi teratur. 3 Monitor adanya sumbatan jalan napas 4 Monitor saturasi oksigen edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Infomasikan hasil pemantauan jika perlu Terapeutik 1 Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift 2 Atur posisi pasien semi fowler 3 Berikan minum hangat 4 Berikan oksigen (SIKI, I.01011)
3	Ansietas (SDKI D.0080)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka, Tingkat Ansietas pada pasien berkurang, dengan kriteria hasil : 8. Perasaan Tidak Gelisah 9. Otot Tidak Tegang	Observasi 1. Monitor tanda-tanda ansietas 2. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 3. Identifikasi gangguan kecemasan 4. Monitor pola jam tidur Terapeutik

No.	Masalah	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)
		10. Wajah Tidak tegang (Tingkat Ansietas L.09093)	1. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 2. Berikan informasi faktual terkait diagnosa keperawatan dan prognosis 3. Dengarkan keluhan pasien dengan baik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Pahami situasi yang membuat ansietas (SIKI, I.09314)
4	Gangguan Pola Tidur (SDKI D.0055)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam diharapkan pasien tidak mengalami gangguan pola tidur. Kriteria Hasil: Pasien mengatakan tidurnya cukup dan nyaman (SLKI, L.05045)	Observasi: 1. Identifikasi gangguan pola tidur 2. Identifikasi pola aktivitas dan tidur Terapeutik 1. Minilimalkan suasana lingkungan 2. Anjurkan pasien relaksasi sebelum tidur 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Fasilitasi stres sebelum tidur (SIKI, I.05174)

1. 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

2. Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)

Definisi : Ventilasi atau pertukaran udara inspirasi dan atau akspirasi tidak adekuat (Santoso,2006). **Tujuan** : Pola nafas menjadi lebih teratur dan membaik. **Kriteria hasil (L.01004, SLKI)** : Pola nafas klien membaik dengan adanya penurunan disnea, penggunaan otot bantu nafas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi nafas membaik, dan kedalaman nafas membaik. **Intervensi** : Melakukan manajemen jalan nafas (**I.01011, SIKI**) dan pemantauan respirasi (**I.01014, SIKI**)

3. Ansietas (D.0080)

Definisi : Ketidacukupan 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.

4. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Definisi : Kumpulan kondisi yang dicirikan dengan adanya gangguan dalam jumlah, kualitas atau waktu tidur pada seseorang individu.

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Merupakan realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

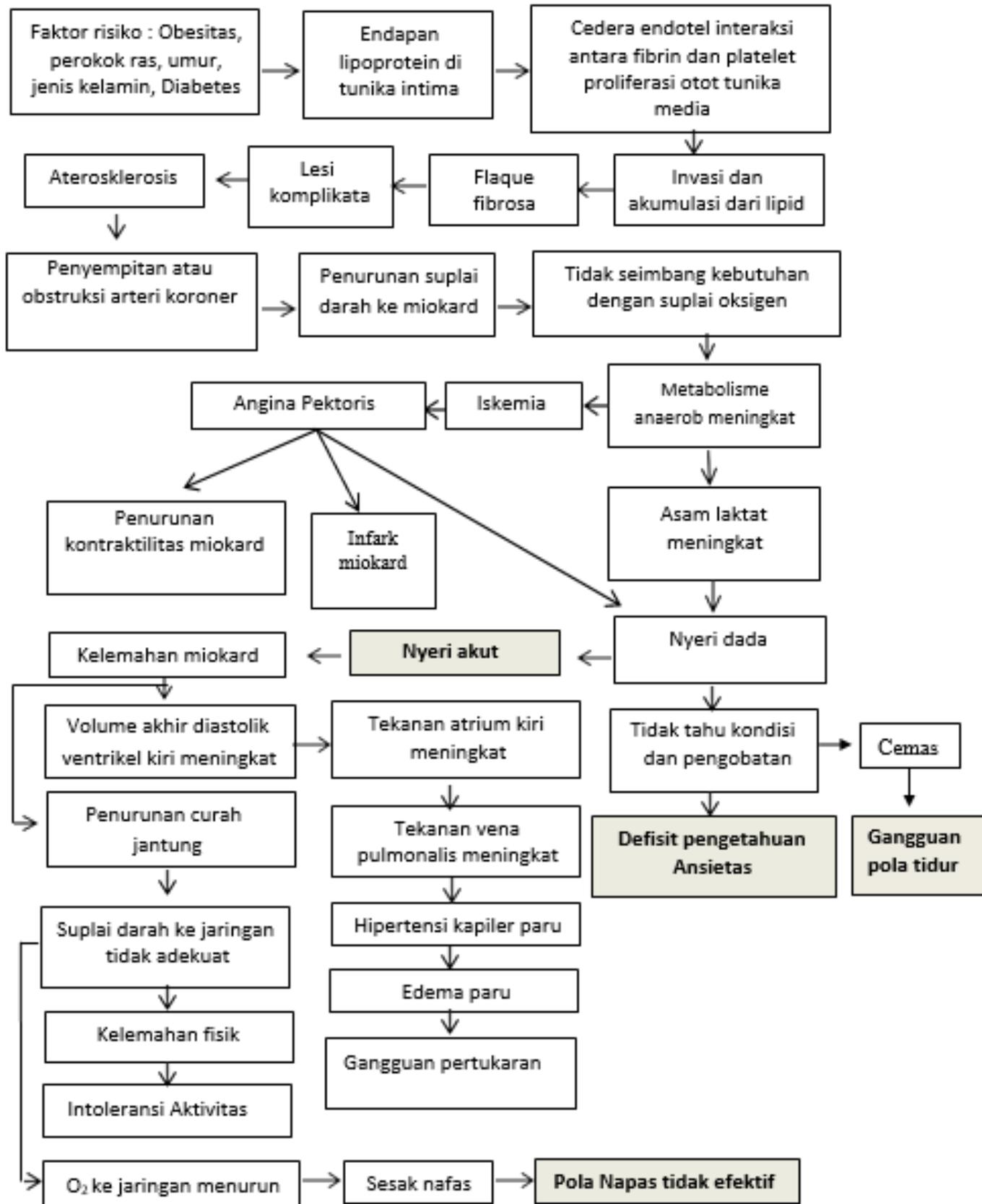
Menurut Muttaqin (2014), Implementasi keperawatan pada klien Unstable Angina Pectoris (UAP), disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dan disesuaikan dengan apa yang dibutuhkan oleh klien. Beberapa hal yang harus diperhatikan pada tahap implementasi dimulai dari pengkajian lanjutan, membuat prioritas, menghitung alokasi tenaga, memulai intervensi keperawatan, dan mendokumentasikan tindakan dan respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan (Lemone, et al., 2016).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

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

1. Nyeri tidak ada.
2. Menunjukkan peningkatan curah jantung.
3. Tanda – tanda vital kembali normal.
4. Risiko penurunan Perfusi perifer tidak menjadi aktual.
5. Menunjukkan peningkatan dalam melakukan aktivitas.

2.4 WOC



Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015

Gambar 2. 2 WOC

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Pasien masuk di Ruang HCU Jantung Rumah Sakit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 30 November 2023. Penulis mulai melakukan pengkajian pada tanggal 30 November 2023 pukul 12.00 WIB pada pasien Ny. H dengan diagnosa medis UAP dengan No. Rekam Medik 63-2X-XX.

3.1.1 Identitas

Pasien bernama Ny. H berusia 67 tahun. Pasien adalah seorang perempuan yang sudah berstatus kawin. Pasien berasal dari suku Jawa dan beragama Islam. Pendidikan terakhir SMA. Pasien sebagai Ibu Rumah Tangga, bertempat tinggal di Jl. Putat Gede No. XX Surabaya.

3.1.2 Riwayat Sakit

1. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri seperti di tusuk pisau disertai rasa panas dan sesak, keluhan ini hilang timbul selama 2 hari.

2. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 29 November 2023 tiba-tiba badan terasa panas disertai nyeri dada sebelah kiri, tapi masih dapat ditahan. Namun pada tanggal 30 November 2023 nyeri dada sebelah kiri disertai rasa panas timbul kembali dan tidak dapat ditahan oleh Ny. H. **P** : pada saat Ny. H sedang istirahat selama 30 menit, **Q** : Seperti ditusuk pisau, **R** : di dada sebelah kiri tembus kebelakang, **S** : 4 (Skala 1-10), **T** : nyeri terus menerus tidak

berkurang. Pada tanggal 30 November 2023 pasien diantar suami pergi ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan dilakukan tindakan pemeriksaan KU pasien lemah, keadaan kompos mentis, tanda-tanda vital TD : 146/89 mmHg, nadi : 65 x/menit, suhu : 36,5⁰C, RR : 20 x/menit, SPO2 : 100%, GCS : 456, dilakukan pemeriksaan Laboratorium, EKG, foto thorax dan pasien diberikam terapi Atorvastatin 40 mg, Aspilet 80 mg, Clopidogrel 75 mg, injeksi Arixtra 1amp IV, dan terpasang Abocath No. 22. Setelah dilakukan pemeriksaan pasien dinyatakan sakit jantung dan harus MRS di HCU Jantung untuk mendapatkan perawatan intensif, pukul 13.50 WIB pasien diarahkan pindah ke Ruang HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

3. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit nyeri pada lambung.

4. Riwayat kesehatan keluarga

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

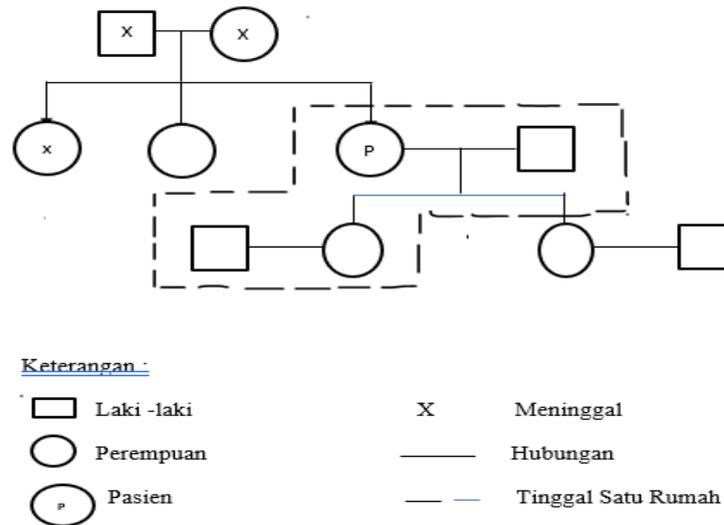
5. Riwayat alergi

Pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan dan obat-obatan.

6. Keadaan umum

Keadaan umum pasien lemah dengan kesadaran compos mentis

7. Genogram



Gambar 3. 1 Genogram

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

Keadaan pasien lemas, kesadaran compos mentis, GCS E: 4, V: 5, M: 6 total: 15, pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah : 146/89 mmHg, nadi : 65x/menit, RR : 20x/menit, suhu : 36,5⁰C, pemeriksaan antropometri tinggi badan : 156 cm, berat badan sebelum MRS : 54 kg IMT : 22.2

1. B1 (*Breathing*)/pernapasan

Bentuk dada pasien normo chest. Irama nafas pasien abnormal, pola nafas naik turun, RR : 20x/menit, SPO₂: 99%, suara nafas vesikuler, tidak ada sumbatan, tidak ada batuk, tidak ada suara nafas tambahan. Pergerakan dada simetris. Tidak terdapat penggunaan otot bantu nafas, tidak ada pernapasan cuping hidung, Pasien terpasang oksigen 3 lpm.

Masalah Keperawatan : Pola nafas tidak efektif (SDKI D.0005)

2. B2 (*Blood*)/sirkulasi

Nyeri dada sebelah kiri 8/10, tidak ada pendarahan, tidak ada edema, CRT <2

detik, akral dingin, nadi perifer teraba lemah, nadi : 65x/menit, irama jantung normal, tidak ada bunyi jantung tambahan. tekanan darah : 146/89 mmHg.

Masalah keperawatan : Nyeri Akut (SDKI 2016, hal 172/D.0077)

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

Kesadaran pasien compos mentis, GCS eye : 4, verbal : 5, motorik : 6, total : 15, pupil isokor. Reflek Fisiologis : Normal, Tidak kaku kuduk, Nervus Kranial : Normal dapat mencium, melihat, berkedip, menggerakkan bola mata, menggerakkan rahang, serta lidah dapat membedakan manis dan asin, serta dapat menggerakkan lidah.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

4. **B4 (*Bladder*) / perkemihan**

Pasien terpasang kateter. Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit frekuensi berkemih pasien 3-4 kali \pm 1000 cc, warna urine kuning jernih. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri saat berkemih, tidak ada retensi urine, tidak ada pembesaran pada kandung kemih.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

5. **B5 (*Bowel*) / pencernaan**

Pasien mengatakan tidak ada nyeri perut, tidak ada kembung, pasien BAB normal 1x sehari tekstur lunak, warna kuning, sebelum masuk rumah sakit, tidak ada nyeri pada abdomen, nafsu makan pasien normal, berat badan : 54 kg, Tinggi badan 156 Cm, IMT : 22.2.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

6. **B6 (*Bone*)**

Pasien selama di ruang HCU Jantung bedrest, melakukan aktifitas di

tempat tidur . Pasien mengatakan saat nyeri tidak bisa melakukan aktivitas hanya ditempat tidur saja.. ROM tidak terbatas, warna kulit pasien sawo matang, turgor kulit baik, tidak terdapat edema pada kaki dan tangan, tidak ada luka, Kekuatan otot normal.

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

Keterangan:

- 0 (tidak ada kekuatan) : tidak terdapat kontraksi
- 1 (sedikit) : sedikit kontraksi, tidak ada gerakan
- 2 (buruk) : rentang gerak penuh tanpa gravitasi
- 3 (sedang) : rentang gerak penuh dengan gravitasi
- 4 (baik) : rentang gerak penuh melawan gravitasi
- 5 (normal) : rentang gerak penuhmelawan gravitasi

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

7. Sistem endokrin

Tidak ada pemebesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar, tidak ada luka gangren, tidak ada pus, tidak ada bau, tidak hipoglikemi, hasil cek gula darah acak normal : 96.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Psikososial

Pasien mengatakan merasa cemas dan takut akan penyakitnya dikarenakan rasa nyeri dada sebelah kiri, sehingga mempengaruhi pola tidur pasien.

Masalah keperawatan : Ansietas (SDKI, D:0080), Gangguan pola tidur (SDKI, D.0055)

9. Personal hygiene

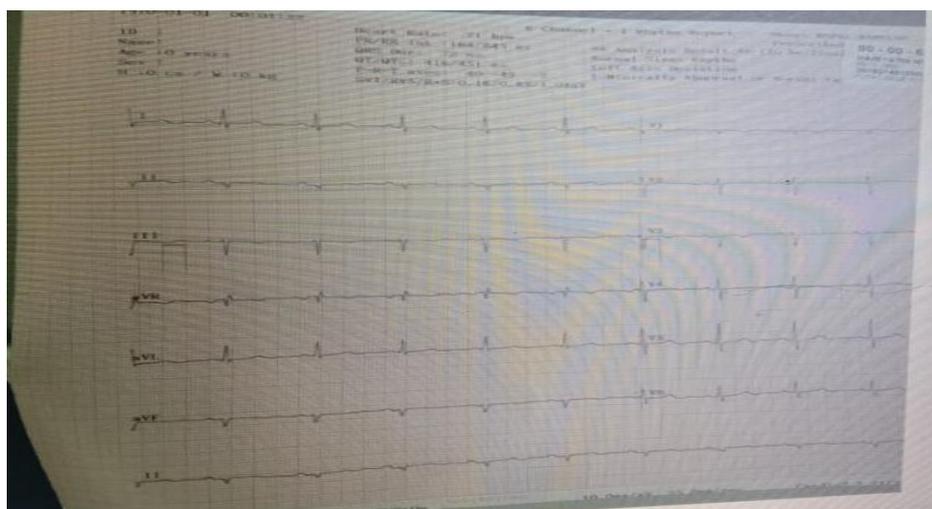
	SMRS	MRS
Mandi	2x sehari	2x sehari
Keramas	2x sehari	2x sehari
Menggosok gigi	3x sehari	3x sehari
Toileting/eliminasi	±3x sehari	±3x sehari
Menyisir rambut	5x sehari	5x sehari
Memotong kuku	1x seminggu	1x seminggu

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan EKG

a. Pemeriksaan EKG pada Ny. H, 30-11-2023 di IGD pukul 13:00 WIB.



Gambar 3. 2 Hasil EKG Sinus Rythm 75 BPM, Axis F LAD, Poor R II, III, aVF, T inverted

2. Laboratorium

a. Pemeriksaan Laboratorium pada Ny. H, 30-11-2023 di IGD pukul 13:00

Tabel 3. 1 Hasil pemeriksaan Laboratorium Patologi pada Ny. H

Pemeriksaan		Hasil	Nilai Normal
Hematologi	Hb	12,40 g/dL	12 - 15

Pemeriksaan		Hasil	Nilai Normal
Darah Lengkap	Trombosit	290.00/mm ³	150 - 450
	Hematokrit	37.30 %	37 - 47
Kimia Klinik	GDS	96 mg/dL	< 200
	BUN	9 mg/dL	10 - 24
	Kreatin	0.6 mg/dL	0,6 – 1.5
	Natrium	1.36 mmol/L	135 - 147
	Kalium	4.38 mmol/L	3.0 – 5.0

3. Photo Thorax

Pemeriksaan photo thorax Ny. H tanggal 30 Nopember 2023

COR : Besar dan bentuk normal,

Pulmo : Infiltrat/Perselubungan (-), sinus phrenicocostalis Kanan Kiri tajam, Diaphargma Kanan Kiri Baik, Tulang-Tulang Baik

Hasil pemeriksaan : Cor Dan Pulmo Dalam Batas Normal



Gambar 3. 3 Photo Thorax Ny. H

3.1.5 Terapi Obat

Tabel 3. 2 Pemberian terapi obat pada Ny. H di ruang HCU Jnatung RSPAL dr. Ramelan

Hari/Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
Kamis 30-11-2023	Atorvastatin 40mg	0-0-1	Kolesterol
	Aspilet 80 mg	0-1-0	Nyeri Sakit Kepala

Hari/Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
	Clopidogrel 75mg	1-0-0	Penyumbatan
	Arixtra 2,5mg	1x1	Anti Pembekuan Darah
Jum at 01-12-2023	Atorvastatin 20mg	0-0-1	Kolesterol
	Aspilet 80 mg	0-1-0	Nyeri Sakit Kepala
	Clopidogrel 75mg	1-0-0	Penyumbatan
	Arixtra 2,5mg	1x1	Anti Pembekuan Darah
Sabtu 02-12-2023	Atorvastatin 20mg	0-0-1	kolesterol
	Clopidogrel 75mg	1-0-0	Penyumbatan
	Lanzoprazole 30mg	0-1-0	Tukak Lambung
	Sucralfat syr	3x1C	Melapisi Tukak Lambung

3.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 3 Analisa data

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri - Skala Nyeri (PQRST) <p>P : Pada saat istirahat 30 menit</p> <p>Q : Dada Sebelah Kiri Seperti Di Tusuk</p> <p>R : Dada Sebelah Kiri</p> <p>S : 8(1-10)</p> <p>T : Hilang Timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien Tampak Meringis Kesakitan - TD : 146/89 mmHg 	<p>Penumpukan Plak Di Sepanjang Dinding Arteri Koroner</p>	<p>Nyeri Akut (SDKI 2016. Hal 172/D.0077)</p>

No	Data	Etiologi	Problem
	<ul style="list-style-type: none"> - N : 65 x/menit - RR : 20 x/Menit - SpO2 : 100 % - S : 36,4 °C 		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan Sesak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien Terlihat Agak Berat Jika Menghirup Nafas 	Gangguan Suplai Oksigen	Pola napas tidak efektif (SDKI D.0005)
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien Mengatakan Merasa Tegang Dan Ketakutan Akan Penyakitnya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat Muka Pasien Tegang Bila Di Ajak Bicara - TD : 146/89 mmHg - N : 65 x/menit - RR : 20 x/Menit - SpO2 : 100 % - S : 36,4 ° 	Nyeri Dada/Ancaman terhadap kematian	Ansietas (SDKI D.0080)
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien Mengatakan Sulit Tidur <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat Pasien Mengantuk Tapi Tidak Bisa Tidur - TD : 146/89 mmHg - N : 65 x/menit - RR : 20 x/Menit - SpO2 : 100 % - S : 36,4 °C 	Kurang Kontrol Tidur karena nyeri dada	Gangguan Pola Tidur (SDKI D.0055)

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3. 4 Prioritas masalah keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Akut (SDKI D.0077)	30 November 2023	02 Desember 2023	<i>Linata</i>
2	Pola napas tidak efektif (SDKI D.0005)	30 November 2023	01 Desember 2023	<i>Linata</i>
3.	Ansietas (SDKI D.0080)	30 November 2023	01 Desember 2023	<i>Linata</i>
4.	Gangguan Pola Tidur (SDKI D.0055)	01 Desember 2023	02 Desember 2023	<i>Linata</i>

3.4 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 : 4. Keluhan nyeri menurun 5. Meringis menurun 6. Sikap protektif menurun (SLKI 2018, Hal 145/L.08066)	<i>Observasi</i> 8. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 9. Identifikasi skala nyeri 10. Identifikasi respon nyeri non verbal 11. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan sakit 12. Identifikasi monitor penurunan nyeri. 13. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 14. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri (Manajemen Nyeri I.080066) <i>Terapeutik</i> 5. Fasilitasi istirahat dan tidur <i>Edukasi</i> 6. Jelaskan penyebab, periode dan	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

No.	Masalah	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)	Rasional
			<p>pemicu nyeri (menjelaskan pada pasien penyebab dari nyeri yang dirasakan pasien)</p> <p>7. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti terapi imajenasi terbimbing, kompres hangat atau dingin.</p> <p>8. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik dan obat untuk penyakit jantung (Adalat oros) Hasil kolaborasi : setelah diberikan obat jantung nyeri dada berkurang. (SIKI 2018, Hal.201202/1.09238)</p>	<p>tim kesehatan untuk pemberian analgetik.</p>
2	<p>Pola napas tidak efektif (SDKI D.0005)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka, pola napas pada pasien lebih baik, dengan kriteria hasil : pasien tidak mengeluh sesak lagi dan terlihat pasien tidak berat kalau bernapas</p>	<p>Observasi</p> <p>1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</p> <p>2 Monitor peningkatan pola napas yang semula tidak teratur menjadi teratur.</p> <p>3 Monitor adanya sumbatan jalan napas</p> <p>4 Monitor saturasi oksigen edukasi</p>	<p>- Untuk mengetahui seberapa efektif terapi oksigen yg di berikan</p> <p>- Dengan di posisikan semi fowler di harapkan tidak sesak</p> <p>- Agar pasien mengerti tentang kondisi saat ini dan tidak berfikir</p>

No.	Masalah	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)	Rasional
			prognosis 3. Dengarkan keluhan pasien dengan baik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Pahami situasi yang membuat ansietas (SIKI, I.09314)	
4	Gangguan Pola Tidur (SDKI D.0055)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam diharapkan pasien tidak mengalami gangguan pola tidur. Kriteria Hasil: Pasien mengatakan tidurnya cukup dan nyenyak (SLKI, L.05045)	Observasi: 1. Identifikasi gangguan pola tidur 2. Identifikasi pola aktivitas dan tidur Terapeutik 1. Minilimalkan suasana lingkungan 2. Anjurkan pasien relaksasi sebelum tidur 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Fasilitasi stres sebelum tidur (SIKI, I.05174)	1. Untuk mengetahui bagaimana pola tidur pasien 2. Lingkungan yang tenang dapat membantu pasien beristirahat 3. Membantu pasien untuk mengurangi persepsi nyeri

3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No.	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	Paraf	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	30-11-2023 14.00	1. Pasien Datang Dari IGD Ke HCU Jantung	<i>Linata</i>	01-12-2023 07.00	S; Ny. H mengatakan nyeri di dada Sudah Berkurang dan tidak sesak lagi P : pada saat tidur – tiduran. Q : Seperti ditusuk-tusuk R : di dada Sebelah Kiri 2 (nyeri Dada) T : Hilang Timbul - Ny. H melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul. - O : Td : 115/80 mmHg N : 64 x/Menit S : 36,5 C Spo : 100 %	<i>Linata</i>
2	14.05	2. Memasang Alat Pasien Monitor Serta Mencatat Tanda Tanda Vital Pasien Td : 146/89 mmHg N : 65 x/Menit S : 36,4°C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit	<i>Linata</i>			
3	15.00	3. Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri. P : pada saat Istirahat Q : Seperti ditusuk-tusuk R : di dada Sebelah Kiri T : Hilang Timbul	<i>Linata</i>			
4	15.30	4. Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri. Skala nyeri :2 (Nyeri dada)	<i>Linata</i>			
5	15.45	5. .Memberikan Posisi Tidur	<i>Linata</i>			

No.	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	Paraf	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
6	15.50	6. Semi Flowler 45 Derajat Menjelaskan penyebab dari nyeri	<i>Linata</i>		RR : 20 x/Menit A: Nyeri Akut Teratasi	
7	16.00	7. Mengajarkan Teknik Relaksasi Nafas Untuk Mengurangi Nyeri	<i>Linata</i>		P: Lanjutkan Pemberian Obat Sesuai Jadwal	
8	16.15	8. Memonitor Tanda-tanda Vital Td : 130/85 mmHg N : 64 x/Menit S : 36,5°C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit	<i>Linata</i>		-	
9	17.00	9. Memonitor Dan Mengevaluasi Pemberian Obat Atorvastatin	<i>Linata</i>	02-12-2023	S : Ny. H mengatakan nyeri di dada Sudah Berkurang	<i>Linata</i>
10	18.00	10. Memonitor balance cairan Membuang urine pasien up 200ml	<i>Linata</i>		P : pada saat tidur – tiduran.	
11	21.00	11. Mengidentifikasi Skala Nyeri : Skala Nyeri 1	<i>Linata</i>		Q : Seperti ditusuk-tusuk	
12	21.10	12. Memonitor Tanda-tanda Vital Td : 110/81 mmHg N : 64 x/Menit S : 36,5°C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit			R : di dada Sebelah Kiri 1 (nyeri Dada) T : Hilang Timbul O : Ny.H sudah bisa tidur dengan pulas Td : 110/70mmHg N : 64 x/Menit	
	01-12-2023					

No.	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	Paraf	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
13	07.00	13. Memonitor Tanda-Tanda Vital Pasien Td : 115/80 mmHg N : 64 x/Menit S : 36, 5°C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit	<i>Linata</i>		S : 36,4 C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit A : Masalah Teratasi Sebagian P : Intervensi di lanjutkan	
14	07.30	14. Memonitor Dan Mengevaluasi Pemberian	<i>Linata</i>			
15	08.00	Obat Inj arixtra Dan clopidogrel 75 mg 15. Memberikan Terapi Relaksasi Untuk Mengurangi Stres Dan Memberikan Dukungan Emosional Dan Spiritual	<i>Linata</i>			
16	09.00	16. Memonitor balance cairan	<i>Linata</i>			
17	12.00	Membuang urine pasien up 250 ml 17. Memonitor Tanda-Tanda Vital Pasien Td : 115/80 mmHg N : 64 x/Menit S : 36, 4°C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit	<i>Linata</i>			
18	12.15	18. Memonitor Dan Mengevaluasi Pemberian	<i>Linata</i>			

No.	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	Paraf	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
19	14.00	Obat Aspilet 80 mg 19. Mengajarkan Pasien Aktifitas Secara Bertahap Dan Mengajarkan Mengontrol Lingkungan HCU(Menyesuaikan Penerangan Lampu,Suhu Ruang,Kebisingan)	<i>Linata</i>			
20	16.00	20. Memonitor Tanda-Tanda Vital Pasien Td : 110/80 mmHg N : 64 x/Menit S : 36, 4 °C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit	<i>Linata</i>			
21	16.30	21. Memonitor Balance Cairan	<i>Linata</i>			
22	17.00	Membuang Urine Pasien 220 ml 22. Memonitor Dan Mengevaluasi Pemberian	<i>Linata</i>			
23	21.00	Obat atorvastatin 20 mg 23. Memonitor Tanda-Tanda Vital Pasien Td : 110/85 mmHg N : 64 x/Menit S : 36, 4 °C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit	<i>Linata</i>			
24	21.15		<i>Linata</i>			

No.	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	Paraf	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
		24. Memonitor Balance Cairan Membuang Urine Pasien 180 ml				
1	02-12-2023 07.00	1. Memonitor Tanda-Tanda Vital Td : 110/70mmHg N : 64 x/Menit S : 36,4 C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit	<i>Linata</i>			
2	07.30	2. Memonitor Dan Mengevaluasi Pemberian Obat	<i>Linata</i>			
3	08.00	Clopidogrel 75 mg	<i>Linata</i>			
4	08.30	3. Memonitor Balance Cairan Membuang Urine Pasien 240 ml	<i>Linata</i>			
5	09.00	4. Mengidentifikasi Penyebab Sakit Perut	<i>Linata</i>			
6	10.00	5. Mengkonsulkan ke Dokter Penanggung Jawab tentang sakit perut	<i>Linata</i>			
7	12.00	6. Memberikan Lingkungan yg nyaman (suhu ruangan,cahaya,suara)	<i>Linata</i>			

No.	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	Paraf	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
8	12.15	7. Memonitor EKG dan Memonitor Tanda- Tanda Vital Td : 110/70mmHg N : 64 x/Menit S : 36,4 C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit	<i>Linata</i>			
9	15.00	8. Memonitor Dan Mengevaluasi Pemberian Obat Lansoprazole 30 mg	<i>Linata</i>			
10	16.00	9. Memonitor balance cairan membuang urine pasien up 230ml	<i>Linata</i>			
11	17.00	10. Memonitor Tanda- Tanda Vital Td : 110/70mmHg N : 64 x/Menit S : 36,4 C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit	<i>Linata</i>			
12	21.00	11. Memonitor Dan Mengevaluasi Pemberian Obat Atorvastatin 20 mg Dan Sucralfat syr 12. Memonitor Tanda- Tanda Vital	<i>Linata</i>			

No.	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	Paraf	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
		Td : 110/70mmHg N : 64 x/Menit S : 36,4 C Spo : 100 % RR : 20 x/Menit				

3.6 Evaluasi Sumatif

Tabel 3. 7 Evaluasi Sumatif

No.	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Sumatif
1.	Nyeri Akut (SDKI 2016, Hal 172/D.0077)	<p>S : Ny. H mengatakan nyeri di dada P : pada saat tidur Q : Seperti ditusuk-tusuk R : di dada Sebelah Kiri S : 1 (Nyeri dada) T : Hilang Timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. H mengatakan dapat tidur pulas. - Ny. H 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

No.	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Sumatif
		<p>A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan</p>
2.	Pola napas tidak efektif (SDKI D.0005)	<p>S : Ny.H mengatakan sudah tidak sesak lagi O :Terlihat Pasien sudah bisa bernapas dengan teratur -RR : 20 x/menit -SPO2 : 100 %</p> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : : Intervensi dihentikan</p>
3.	Ansietas (SDKI D.0080)	<p>S : - Ny. mengatakan rasa cemas dan gelisah sudah berkurang O :</p> <p>-Nadi : 64 x/menit - S : 36,5°C -RR : 20 x/menit -SPO2 : 100 %</p> <p>A : masalah teratasi P : Intervensi dihentikan.</p>
4.	Gangguan Pola Tidur (SDKI D.0055)	<p>S : - Ny. mengatakan sudah dapat tidur dengan nyenyak O :</p> <p>-Nadi : 64 x/menit - S : 36,5°C -RR : 20 x/menit -SPO2 : 100 %</p> <p>A : masalah teratasi P : Intervensi dihentikan.</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien di HCU JANTUNG RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 30 November 2023 sampai 2 Desember 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 HCU JANTUNG 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 dan keluarga pasien. Sehingga pasien dan keluarga terbuka dalam mengungkapkan masalah yang dialami pasien. Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada pasien, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang medis.

Pada tinjauan kasus didapatkan bahwa klien berjenis kelamin perempuan dan berusia 67 tahun. Menurut (Azwardi et al.,2023) semakin bertambahnya umur fungsi fisiologi pada manusia akan mengalami penurunan yang disebabkan karena proses penuaan sehingga macam penyakit tidak menular seperti unstable angina pectoris banyak muncul pada orang-orang yang memasuki usia lansia muda.

Manifestasi klinis dari penyakit Unstable Angina Pectoris antara lain adanya Nyeri dada, adanya mual, muntah, nyeri abdominal, dan sesak napas, keringat dingin (*PERKI*). 2018. Sedangkan data yang diperoleh penulis dalam tinjauan kasus pasien Ny. H adalah nyeri dada sampai tembus kebelakang timbul hilang, terkadang mengalami sesak, pasien sering mengalami mual sehingga dianggap oleh pasien memiliki riwayat penyakit lambung, sehingga dalam hal ini antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak bertolak belakang.

Pada tinjauan pustaka didapatkan keluhan utama yang sering dirasakan oleh pasien Unstable Angina Pectoris yaitu terdapat nyeri dada restronal (dibelakang sternum), seperti diremas-remas, ditekan, ditusuk, panas atau ditindih barang berat. Nyeri menjalar ke lengan kiri, bahu, leher, rahang bahkan punggung, keringat dingin (diaphoresis), mual/muntah, sesak nafas, pusing, bahkan pasien tampak cemas dan gelisah (Ramadhaning & Setiyawan, 2019). Pada pengkajian pasien Ny. H di tinjauan kasus ditemukan: nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang seperti ditusuk-tusuk, pasien mengalami mual, sesak nafas. Pada Riwayat penyakit dahulu biasanya pasien punya riwayat nyeri lambung sehingga sering merasa mual dan muntah.

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 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. Pola Nafas tidak efektif adalah inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.
- c. Ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan.
- d. Gangguan pola tidur yang berhubungan dengan tingginya kecemasan yang timbul dikarenakan takut mati pada saat terjadi serangan nyeri dada.

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 ditusuk-tusuk, nyeri timbul pada saat Ny. H tidur tiduran, 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 : 65 x/menit, TD : 149/89 mmHg
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan, hambatan upaya napas,

deformitas dinding dada, penurunan energi, posisi tubuh menghambat ekspansi paru. data subjektif menunjukkan pasien tampak berat jika bernapas dan tidak teratur

- c. Ansietas yang berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan, data subjektif pasien tampak cemas dan gelisah ketika harus di rawat dan bed rest.
- d. Gangguan pola tidur yang di sebabkan adanya rasa tidak nyaman atas nyeri dan sesak nafas yang di rasakan, data subyektif pasien selama perawatan mengatakan kepada perawat bahwa pasien mengalami kesulitan untuk tidur karena rasa cemas dan nyeri dada yang di rasakan.

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. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan kurangnya suplai oksigen ke jantung, tujuan intervensi 3x24 jam diharapkan suplai oksigen ke jantung terpenuhi dan pasien tidak mengalami sesak lagi dengan cara pemberian oksigenasi, memposisikan semi Fowler.
3. Ansietas yang berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan, tujuan intervensi selama 3x24 jam diharapkan rasa kecemasan pasien dapat berkurang dengan pemberian motivasi kepada pasien agar tetap berfikir positif untuk kesembuhannya.
4. Gangguan pola tidur yang disebabkan adanya rasa tidak nyaman atas nyeri dan sesak napas yang dirasakan, tujuan intervensi 3x24 jam diharapkan pasien dapat tidur dengan nyaman dengan memberikan pasien ruang untuk bercerita sehingga timbul rasa nyaman dan tenang sehingga gangguan pola tidur dapat berkurang.

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** : pada saat tidur-tiduran, **Q** : Seperti ditusuk-tusuk, **R** : di dada sebelah kiri tembus kebelakang, **S**: 2 (Nyeri dada) dan 4 (Nyeri perut), 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. Pola napas tidak efektif di sebabkan penumpukan plak di sepanjang dinding arteri yang menyebabkan kurangnya suplai oksigen ke pembuluh darah arteri jantung
3. Ansietas yang berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan, intervensi yang dilakukan adalah melakukan

pendekatan kepada pasien dengan pemberian edukasi terkait kecemasan yang dialami oleh pasien.

4. Gangguan pola tidur yang di sebabkan adanya rasa tidak nyaman atas nyeri dan sesak nafas yang di rasakan, intervensi yang dilakukan dengan memberikan edukasi terkait agar pasien merasa nyaman.

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.

1. Pada evaluasi tanggal 02 Desember 2023 Pada diagnosa Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (iskemia) selama 3x24 jam pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang sudah berkurang masing-masing skala 1.
2. Pada diagnosa pola napas tidak efektif selama 3x24 jam pasien

mengatakan sudah tidak sesak lagi.

3. Pada diagnosa ansietas selama 3x24 jam sudah teratasi dengan baik.
4. Pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur pasien sudah bias tidur dengan nyenyak.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien Ny.H dengan diagnosa medis Unstable angina pectoris diruang HCU jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Unstable angina pectoris

5.1 Simpulan

Berdasarkan tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan pada Ny.H dengan diagnosa medis Unstable angina pectoris di ruang HCU jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Diagnosa yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi ,pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energy,ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian tampak pasien tampak cemas dan gelisah,gangguan pola tidur yg disebabkan adanya rasa tidak nyaman akan rasa nyeri dada yang dirasakan.
2. Diagnosa yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi ,pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energy,ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian tampak pasien tampak cemas dan gelisah,gangguan pola tidur yg disebabkan adanya rasa tidak nyaman akan rasa nyeri dada yang dirasakan.

3. Intervensi keperawatan yang direncanakan untuk pasien *Unstable Angina Pectoris* dengan gejala nyeri dada, pola nafas tidak teratur, ansietas, dan gangguan pola tidur sesuai dengan panduan buku SDKI DPP PPNI (2017).
4. Implementasi keperawatan *Unstable Angina Pectoris* yang di lakukan di IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya telah dilaksanakan sesuai rencana, yang disesuaikan dengan system triage, primary survey, dan secondary survey. Sedangkan implementasi pada saat di ruang HCU jantung, implementasi dilanjutkan sesuai rencana yang dibuat dan di kolaborasikan ulang dengan dokter, mengingat pemberian terapi yang berbeda.
5. Evaluasi dan analisi data tindakan keperawatan pada pasien *Unstable Angina Pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut, pola napas tidak efektif, ansietas, gangguan pola tidur.
6. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan tertulis yang diletakkan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Ny.H

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit RSPAL dr. Ramelan Surabaya Agar semakin meningkatkan kualitas dan kuantitas dokter dan para perawat serta tenaga kesehatan lainnya dalam rangka meningkatkan kualitas rumah sakit

5.2.2 Bagi Perawat Dan Tenaga Kesehatan

Bagi perawat Bagi perawat ruangan khususnya di Ruang HCU Jantung RSPAL dr. Ramelan Surabaya dalam pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan agar meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan

keperawatan terutama kepada pasien dengan diagnosa medis Unstable angina pectoris.

5.2.3 Bagi Pasien Dan Keluarga

Bagi keluarga Agar memberikan semangat dan dukungan yang positif serta doa terus menerus kepada pasien

5.2.4 Bagi Penulis

Bagi penulis selanjutnya Diharapkan lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan ilmu tentang perkembangan penanganan terbaru dalam dunia kesehatan khususnya ditunjukkan untuk pasien dengan diagnosa medis Unstable angina pectoris.

DAFTAR PUSTAKA

- Fikriana, R. (2018) 'Sistem Kardiovaskuler', in. Yogyakarta: CV Budi Utama, pp. 1–23.
- Kantari, N.P.A. (2021) *Gambaran Tekanan Darah Pada Pasien Angina Pectoris di RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021*. Politeknik Kesehatan Denpasar.
- Kemenkes RI (2018) 'Laporan Riskesdas 2018 Nasional', in *Balitbangkes*. Jakarta, p. 628.
- Rahman, A.I. and Dewi, R.L. (2023) 'Intervensi Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Unstable Angina Pectoris', *Jurnal Keperawatan*, 15(1), pp. 33–40. Available at: <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. EGC.
- Satoto, H. H. (2015). Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner Coronary Heart Disease Pathophysiology. *Jurnal Anestesiologi Indonesia*, VI(3), 209–223.
- Wahyuningsih, H., & Kusmiyati, Y. (2017). *Anatomi Fisiologi: Bahan Ajar Kebidanan*.
- Wiseva, K.O., Setiadi, A. and Suwantika, A.A. (2023) 'Pemantauan Terapi pada Pasien Angina Pectoris Tidak Stabil dan Penyakit Jantung Hipertensi di Salah Satu Rumah Sakit di Bandung', *Farmaka*, 21(2), pp. 132–141.

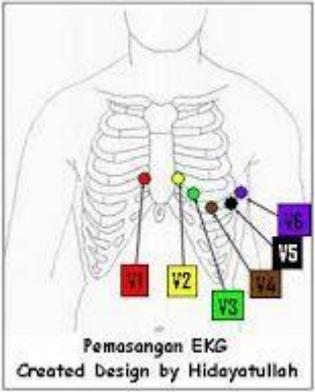
LAMPIRAN

SOP PEMASANGAN EKG

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	STIKES Hang Tuah Surabaya	Tgl Pembuatan 26 November 2023
1.	DEFINISI	Suatu tindakan merekam aktivitas listrik jantung yang berawal dari nodus sinoatrial, yang dikonduksikan melalui jaringan serat-serat (sistem konduksi) dalam jantung yang menyebabkan jantung berkontraksi, yang dapat direkam melalui elektroda yang dilekatkan pada kulit.	
2.	TUJUAN	Tujuan umum : Mampu membuat rekaman Aktifitas listrik Otot jantung secara berurutan dan benar Tujuan khusus : Mempersiapkan alat dan pasien Memasang electrode pada tempat penekanan dengan benar Melaksanakan penyadapan aktifitas listrik jantung Membuat elektrokardiogram dan keterangannya Merawat EKG setelah pemeriksaan	
3.	INDIKASI	Adanya kelainan –kelainan irama jantung Adanya kelainan-kelainan myokard seperti Infark Miokard, hipertrofi atrial dan ventrikel Adanya pengaruh obat-obat jantung terutama Digitalis Gangguan Elektrolit Adanya Perikarditis Pembesaran Jantung	

4.	PERSIAPAN ALAT	<p>Memeriksa kelengkapan alat EKG yang akan digunakan, sbb :</p> <p>Buku panduan untuk pemeriksaan EKG</p> <p>Mesin EKG beserta electrode dan kabel listrik (power) dan kabel untuk ground</p> <p>Kertas Interpretasi EKG, Pulpen, pensil</p> <p>Siapkan Jelly/ air</p> <p>Kapas Alkohol dalam tempatnya</p> <p>Kertas tissue</p> <p>Memeriksa Fungsi alat sehingga siap digunakan</p> <p>Membawa alat kedekat pasien</p>
5.	PERSIAPAN KONDISI PASIEN	<p>Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/ keluarga</p> <p>Menjelaskan Tujuan tindakan kepada pasien / keluarga</p> <p>Meminta persetujuan pasien</p> <p>Mengatur posisi tidur terlentang pada pasien</p>

6.	TINDAKAN PROSEDUR	<p>Perawat mencuci tangan</p> <p>Memasang Sampiran</p> <p>Menghidupkan monitor EKG</p> <p>Membuka dan melonggarkan pakaian bagian atas pasien serta melepas jam tangan, gelang dan logam lain.</p> <p>Membersihkan kotoran dan lemak menggunakan kapas alcohol pada daerah dada, kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai di lokasi pemasangan manset electrode</p> <p>Mengoleskan Jelly EKG pada permukaan electrode. Bila tidak ada jelly, gunakan kapas basah</p> <p>Menyambungkan Kabel EKG pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai pasien, untuk merekam ekstremitas lead (Lead I, II, III, aVR, aVF, AVL) dengan cara sbb :</p> <p>Warna Merah pada Tangan Kanan</p> <p>Warna Hijau pada Kaki Kiri</p> <p>Warna Hitam pada Kaki Kanan</p> <p>Warna Kuning pada Tangan Kiri</p> <p>Memasang Elektrode dada untuk rekaman Precordial Lead sbb :</p> <p>V1 : Spatium Interkostal (SIC) ke IV pinggir kanan sternum</p> <p>V2 : SIC ke IV sebelah pinggir kiri sternum</p> <p>V3 : ditengah diantara V2 dan V4</p> <p>V4 : SIC ke V garis mid klavikula kiria</p>
----	------------------------------	--

		<p>V5 : Seajar V4 garis aksilaris kiri V6 : Seajar V6 garis mid aksilaris V7 : Seajar V6 pada garis post aksilaris (<i>jarang dipakai</i>) V8 : Seajar V7 garis ventrikel ujung scapula (<i>jarang dipakai</i>) V9 : Seajar V8 pada kiri ventrikel (<i>jarang dipakai</i>)</p>  <p>Melakukan Kalibrasi 10mm dengan keadaan 25 mm/volt/ detik Membuat rekaman EKG secara berurutan sesuai dengan pilihan Lead yang terdapat pada mesin EKG Melakukan Kalibrasi kembali setelah perekaman selesai Memberi identitas pasien hasil rekaman : nama, umur, tanggal dan jam rekaman serta nomor Lead dan nama pembuat rekaman EKG</p>
7.	EVALUASI	Mencuci tangan Bereskan peralatan Salam terapeutik
8.	DOKUMENTASI	Dokumentasi Waktu pelaksanaan Reaksi pasien

9.	SIKAP KEPADA PASIEN	Ramah Sopan santun Komunikasi terapeutik Tepat & telit
-----------	----------------------------	---

SOP PENGAMBILAN DARAH VENA

		STANSTANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tgl Pembuatan 26 November 2023
1.	DEFINISI	Pengambilan darah vena adalah cara pengambilan darah dengan menusuk area pembuluh darah dengan menggunakan spuit.	
2.	TUJUAN	Untuk mendapatkan sampel darah yang baik dan memenuhi syarat untuk melakukan pemeriksaan.	
3.	INDIKASI	Untuk pemeriksaan laboratorium	
4.	PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spuit 2. Alkohol swab 70% 3. Kapas kering 4. Turniquet 5. Tabung reaksi 6. Sarung tangan 	
6.	TINDAKAN PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penjelasan pada klien (tentang tindakan yang akan di lakukan) 2. Siapkan tabung dan beri kode sesuai no-ID 3. Siapkan jarum dan beri tahu pasien akan di ambil darah sebelum membuka jarum bahwa jarum baru dan steril 4. Turniquet di pasang kurang lebih 10 cm diatas lipat siku pada bagian atas vena yang akan di ambil 5. Pasien disuruh mengepal dan menekuk tangan beberapa kali untuk mengisi pembuluhdarah 	

		6. Dengan tangan pasien masih mengepal,ujung telunjuk kiri memeriksa / mencari lokasi pembuluh darah yang akan di tusuk
--	--	---

		<p>7. Lakukan desinfeksi daerah yang akan ditusuk dengan kapas steril yang telah dibasahi alkohol 70% dan biarkan sampai kering</p> <p>8. Vena ditusuk pelan-pelan dengan sudut 30-45</p> <p>9. Tarik spuit untuk mengambil darah, bila sudah mendapat volume yang diinginkan tourniquet dilepas</p> <p>10. Keluarkan jarum perlahan-lahan</p> <p>11. Pasien diminta untuk menekan bekas tusukan dengan kapas alkohol selama 1-2 menit</p> <p>12. Tutup bekas tusukan dengan plester</p> <p>13. Buang bekas jarum ke dalam safety box</p> <p>14. Homogenkan darah dengan cara membolak-balik secara perlahan</p>
7.	EVALUASI	<p>Mencuci tangan</p> <p>Bereskan peralatan</p> <p>Salam terapeutik</p>
8.	DOKUMENTASI	<p>Dokumentasi</p> <p>Waktu pelaksanaan</p> <p>Reaksi pasien</p>
9.	SIKAP KEPADA PASIEN	<p>Ramah</p> <p>Sopan santun</p> <p>Komunikasi terapeutik</p> <p>Tepat & teliti</p>