**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN Ny. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS *UNSTABLE ANGINA* DI RUANG ICCU-CPU**

**RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

****

**Oleh :**

**ACHMAD SYARIFUL RIZAL, S.Kep.**

**NIM.203.0002**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2021**

# **KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN Ny. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS *UNSTABLE ANGINA* DI RUANG ICCU-CPU**

**RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**

****

**Oleh :**

**ACHMAD SYARIFUL RIZAL, S. Kep.**

**NIM.203.0002**

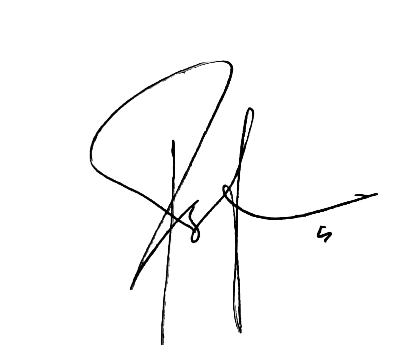
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2021**

# **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

****Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan perngetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 12 Juli 2021

Penulis

**Achmad Syariful Rizal, S. Kep.**

**NIM. 203.0002**

****

# **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Achmad Syariful Rizal, S. Kep

NIM : 203.0002

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Ny. S dengan Diagnosis Medis *Unstable Angina* di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

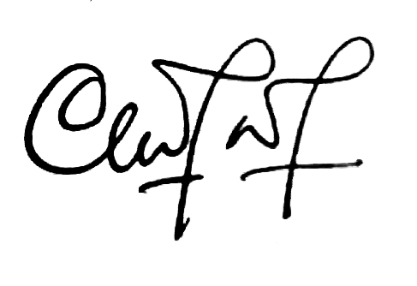
**NERS (Ns)**

**Surabaya, 12 Juli 2021**

**Pembimbing**

**Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep**

**NIP. 03.049**

****

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 12 Juli 2021

# **HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Achmad Syariful Rizal, S. Kep

NIM : 2030002

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Ny. S dengan Diagnosis Medis *Unstable Angina* di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya tulis ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns.)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners

STIKES Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Penguji 1 :** | **Dr. Setiadi, S. Kep., Ns., M. Kep**  **NIP. 03.001** |  |
| **Penguji 2 :** | **Ceria Nurhayati, S. Kep., Ns., M. Kep**  **NIP. 03.049** |  |
| **Penguji 3 :** | **Nisha Dharmayanti R, S. Kep., Ns., Msi**  **NIP. 03.045** |  |

|  |
| --- |
| **Mengetahui,**  **STIKES Hang Tuah Surabaya**  **Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners** |
| **Ns. Nuh Huda, M. Kep., Sp. Kep.MB.**  **NIP.03020** |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 12 Juli 2021

# **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta’ala yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bentuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL, Sp.KL selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Dr. Setiadi, S. Kep., Ns., M. Kep selaku Penguji 1 terima kasih atas saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini
5. Ibu Nisha Dharmayanti R, S. Kep., Ns., Msi selaku Penguji 3 terima kasih atas saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M. Kep, selaku pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Effiana Abidin, S.Kep., Ns, selaku pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Bapak dan ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah Subhanahu Wa Ta’ala membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir iini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 12 Juli 2021

Penulis

# **DAFTAR ISI**

KARYA ILMIAH AKHIR i

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN ii

HALAMAN PERSETUJUAN iii

HALAMAN PENGESAHAN iv

KATA PENGANTAR v

DAFTAR ISI viii

DAFTAR TABEL x

DAFTAR GAMBAR xi

DAFTAR LAMPIRAN xii

DAFTAR SINGKATAN xiii

BAB 1 PENDAHULUAN 1

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 4

1.3 Tujuan 4

1.3.1 Tujuan Umum 4

1.3.2 Tujuan Khusus 5

1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir 5

1.4.1 Manfaat Teoritis 5

1.5 Metode Penulisan 7

1.6 Sistematika Penulisan 8

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 10

2.1 Konsep Penyakit Unstable Angina Pectoris 10

2.1.1 Pengertian 10

2.1.2 Anatomi Fisiologi Jantung 10

2.1.3 Etiologi 17

2.1.4 Manifestasi Klinis 18

2.1.5 Patofisiologi 19

2.1.6 Komplikasi 20

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang 21

2.1.8 Penatalaksanaan 23

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Unstable Angina Pectoris 25

2.2.1 Pengkajian 25

2.2.2 Diagnosis Keperawatan 29

2.2.3 Intervensi 30

2.2.4 Implementasi 34

2.2.5 Evaluasi 35

2.3 Konsep Map (Pathflow) 36

BAB 3 TINJAUAN KASUS 37

3.1 Pengkajian 37

3.1.1 Data dasar 37

3.1.2 Primary Survey 39

3.1.3 Secondary Survey 40

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang 41

3.1.5 Penatalaksanaan Medis 42

3.2 Diagnosa Keperawatan 43

3.2.1 Analisa Data 43

3.2.2 Prioritas Masalah 44

3.3 Intervensi Keperawatan 45

3.4 Implementasi Keperawatan 48

3.5 Evaluasi Keperawatan 54

BAB 4 PEMBAHASAN 55

4.1 Pengkajian 55

4.1.1 Identitas 55

4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan 55

4.1.3 Pemeriksaan Fisik 58

4.2 Diagnosa Keperawatan 61

4.3 Intervensi Keperawatan 65

4.4 Implementasi Keperawatan 71

4.5 Evaluasi 75

BAB 5 PENUTUP 79

5.1 Simpulan 79

5.2 Saran 80

5.2.1 Pasien Dan Keluarga 80

5.2.2 Rumah Sakit 81

5.2.3 Perawat Ruang ICCU-CPU 81

DAFTAR PUSTAKA 82

LAMPIRAN 87

# **DAFTAR TABEL**

**Tabel 3.1** Hasil Pemeriksaan Laboratorium 19/04/2021 41

**Tabel 3.2** Daftar terapi yang diberikan 42

**Tabel 3.3** Diagnosis Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Unstable Angina Pectoris 43

**Tabel 3.4** Prioritas Masalah Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Unstable Angina Pectoris 44

**Tabel 3.5** Prioritas Masalah Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Unstable Angina Pectoris 45

**Tabel 3.6** Implementasi Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Unstable Angina Pectoris 48

**Tabel 3.6** Evaluasi Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Unstable Angina Pectoris 54

# **DAFTAR GAMBAR**

[**Gambar 2.1** Anatomi Fisiologis Jantung 11](#_Toc77614828)

[**Gambar 2.2** lapisan perikardium 12](#_Toc77614829)

[**Gambar 2.3** lapisan perikardium 13](#_Toc77614830)

[**Gambar 2.4** Katup Jantung 17](#_Toc77614831)

[**Gambar 2.5** Patoflow Unstable Angina 36](#_Toc77614832)

[**Gambar 3.1** Genogram Keluarga Ny. S 38](#_Toc77614833)

[**Gambar 3.2** Hasil EKG 42](#_Toc77614834)

# **DAFTAR LAMPIRAN**

[**Lampiran 1** CURRICULUM VITAE 87](#_Toc78187100)

[**Lampiran 2** MOTTO DAN PERSEMBAHAN 88](#_Toc78187101)

[**Lampiran 3** SOP Pemberian Posisi Semi Fowler 89](#_Toc78187102)

[**Lampiran 4** SOP Pemberian Oksigen 90](#_Toc78187103)

[**Lampiran 5** SOP Pemberian Posisi Semi Fowler 92](#_Toc78187104)

[**Lampiran 6** SOP Pemberian Obat Oral 94](#_Toc78187105)

[**Lampiran 7** SOP Pemberian Obat melalui Syringe Pump 96](#_Toc78187106)

# **DAFTAR SINGKATAN**

**SINGKATAN**

B1: *Breath/ Pernapasan*

B2: *Blood/* Sirkulas

B3: *Brain/* Persarafan

B4: *Bladder/* Perkemihan

B5: *Bowel/* Pencernaan

B6: *Bone/* Muskuloskeletal

BAB: Buang Air Besar

BAK: Buang Air Kecil

CRT: *Capillary Refill Time*

EKG: Elektrokardiogram

GCS: *Glasgow Coma Scale*

KEMENKES RI: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia

KIA: Karya Ilmiah Akhir

Ns: Ners

Ny: Nyonya

RS: Rumah Sakit

SDKI: Standara Diagnosis Keperawatan Indonesia

SIKI: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

SLKI: Standar Luaran Keperawatan Indonesia

SOP: Standar Operasional Prosedur

WHO: *World Health Organization*

**SIMBOL**

% : Persen

? : Tanda Tanya

/ : Atau

= : Sama Dengan

− : Sampai

(+) : Positif

(-) : Negatif

< : Kurang Dari

> : Lebih Dari

≤ : Kurang Dari Sama Dengan

≥ : Lebih Dari Sama Denga

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

## **Latar Belakang**

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

Pada kebanyakan kasus *Unstable Angina Pectoris* diakibatkan oleh penurunan suplai oksigen yang diakibatkan oleh penyempitan arteri koronaria. Jika tidak mendapatkan penanganan segera mungkin akan menyebabkan komplikasi kematian secara mendadak dengan manifestasi klinis berupa keluhan tidak nyaman atau nyeri pada dada, jantung berdetak lebih keras, peningkatan nadi, tekanan darah, dan irama nafas (Sartono, Masudik dan Suhaeni AE, 2019).

Hasil riset yang dilakukan oleh WHO menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskuler menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia, yaitu sebagai penyebab 31% kematian. Sepanjang tahun 2015 penyakit kardiovaskuler ini menyebabkan sekitar 17,5 juta orang di dunia meninggal dunia, data tersebut terdiri dari 42% kematian karena penyakit jantung koroner. Setiap tahunnya lebih dari satu juta orang dirawat di rumah sakit Amerika Serikat karena kondisi *Unstable Angina Pectoris*. Selain itu, insiden *Unstable Angina Pectoris* di luar rumah sakit memiliki angka yang sama besar dengan angka pasien yang harus mendapatkan perawatan (WHO, 2015).

Menurut hasil riset Kementrian Kesehatan RI tahun 2014 menunjukkan prevalensi jantung koroner berdasarkan diagnosis dokter di Indonsesia sebesar 0,5% atau diperirakan sekitar 883.447 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/gejala sebesar 1,5% atau diperkirakan sekitar 2.650.340 orang. Estimasi jumlah penderita penyakit jantung koroner terbanyak terdapat di provinsi Jawa Barat sebanyak 160.812 orang (0,5%) sedangkan berdasarkan diagnosis/gejala, estimasi jumlah penderita penyakit jantung koroner terbanyak terdapat di provinsi Jawa Timur sebanyak 375.127 orang (1,3%) (Kemenkes RI, 2014).

Menurut Rulitasari (2016) prevalensi penyakit jantung koroner di Jawa Timur dibagi menjadi tiga kelompok yaitu rendah, sedang, dan tinggi. Kelompok kabupaten/kota dengan kategori rendah yaitu prevalensi kurang dari 1 % terdiri dari 14 kabupaten/kota. Kelompok kabupaten/kota dengan kategori sedang berada pada range 1% - 1,9% terdiri dari 19 kabupaten/kota. Terdapat 5 kabupaten/kota dengan kategori tinggi yang berada di Kabupaten Situbondo, Kota Surabaya, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Sumenenp, dan Kabupaten Pamekasan dengan masing-masing nilai yaitu sebesar 3,5%, 2,5%, 2,3%, 2,3%, dan 2,2%.

Mekanisme terjadinya *Unstable Angina Pectoris* diakibatkan oleh ketidakadekuatan suplai oksigen ke sel-sel miokardium yang diakibatkan kekakuan arteri dan penyempitan lumenareteri koroner (ateriosklerosis koroner). Kondisi ini berhubungan dengan perubahan komposisi plak serta penipisan tudung fibrus pada arteri tersebut. Kondisi ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Terbentuklah trombus yang kaya trombosit (*white thrombus*), hal tersebut dapat mengakibatkan arteri koronaria menjadi tersumbat, baik secara total maupun parsial atau menjadi mikroemboli yang menyumbat arteri koronaria yang lebih distal. Komplikasi lain yang terjadi yaitu pelepasan zat vasoaktifyang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan *iskemia miokardium.* Jika suplai oksigen yang tidak adekuat ini tidak dilakukan penanganan yang cepat dan tepat maka akan menyebabkan miokardium mengalami *nekrosis (infark miokard)* (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015).

Aliran darah yang tidak adekuat ke jantung dan otak, menyebabkan risiko tinggi penurun curah jantung, sehingga terjadi penurunan suplai O2 ke miokard, terjadi peningkatan hipoksia jaringan miokardium, dan menyebabkan perubahan metabolisme miokardium (Purba, Susyanti dan Pamungkas, 2016). Adanya pecahnya plak aterosklerosis yang diikuti perlekatan, aktivasi, dan agregasi platelet serta aktivasi clotting cascade sehingga fibrin dan platelet membentuk koagulasi darah. Dipelukan penanganan dengan terapi kolaboratif farmakoterapi pada penderita ini, meliputi kombinasi dari fibrinolitik, antiplatelet, dan antikoagulan atau dapat juga diberikan terapi konvensional seperti nitrat dan penghambat adrenergik-β. Berdasarkan beberapa uji klinik yang dilakukan secara acak, antiplatelet terpilih untuk terapi pada semua pasien dengan sindroma koroner akut termasuk *Unstable Angina Pectoris* (Yunita, Zulkarnain dan Aminuddin, 2015).

*Unstable Angina Pectoris* menjadi suatu kondisi kegawatdaruratan yang sering timbul secara mendadak dan harus ditangani sedini mungkin karena berbagai masalah keperawatan dapat muncul seperti nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan pada frekuensi/irama dan konduksi elektrikal, ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap suatu perubahan status kesehatan yang dapat menimbulkan perubahan, ketidakmampuan, bahkan kematian, dan kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit jantung (Doenges, Moorhouse dan Geissler, 2012).

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

## **Rumusan Masalah**

Berdasar latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan Ny. S dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

## **Tujuan**

### **Tujuan Umum**

Melakukan pengkajian pada individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

### **Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

## **Manfaat Karya Ilmiah Akhir**

### **Manfaat Teoritis**

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat, dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability, dan mortalitas pada pasien *Unstable Angina Pectoris*

1. Secara Praktis
2. Bagi Institusi di Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan *Unstable Angina Pectoris* sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukkan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris* serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

1. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit *Unstable Angina Pectoris* sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan *Unstable Angina Pectoris* di rumah secara mandiri.

1. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan *Unstable Angina Pectoris* sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru

## **Metode Penulisan**

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada suatu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena.

1. Teknik Pengumpulan Data
2. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.

1. Pemeriksaan

Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

1. Sumber Data
2. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

1. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti; catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

1. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan masalah yang dibahas.

## **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis *Unstable Angina Pectoris*.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini.

BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dam lampiran.

# 

# **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep Penyakit *Unstable Angina Pectoris*, 2) Konsep Asuhan Keperawatan *Unstable Angina Pectoris*, 3) Konsep Map (Pathflow).

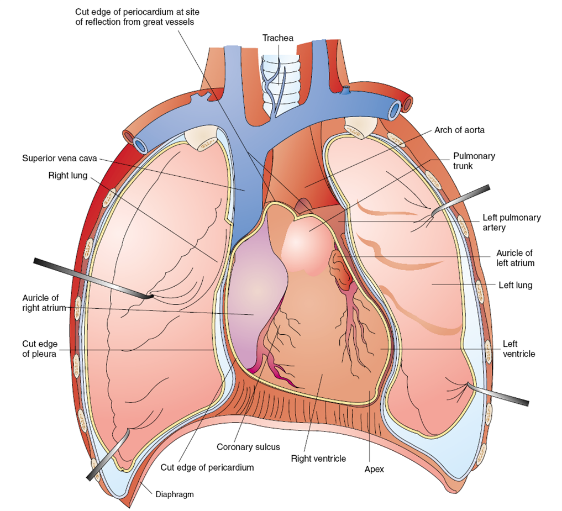
## **Konsep Penyakit *Unstable Angina Pectoris***

### **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 dan 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.

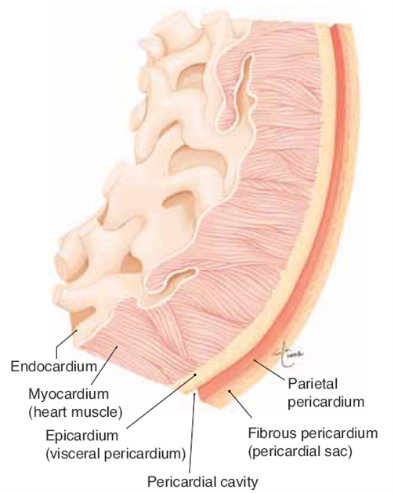
### **Anatomi Fisiologi Jantung**

Sistem Kardiovaskuler terdiri dari tiga komponen utama yaitu darah, jantung dan pembuluh darah. Posisi jantung terletak di dalam mediastinum pada rongga dada. Tepatnya di 2/3 bagian kiri dan 1/3 bagiannya terletak di bagian kanan dari garis tengah tubuh. Proyeksi jantung dextra secara visual pada permukaan anterior yaitu dibawah sternum dan tulang iga, serta pada bagian permukaan inferior (Apeks dan batas kanan jantung) diatas diafragma. Sedangkan batas jantung kanan (yang meluas kebagian inferior dan basal) bertemu dengan paru-paru dextra. Kemudian untuk batas jantung sinistra bertemu dengan paru-paru sinistra. Untuk batas superior jantung dextra terletak pada intercostae ke-3 kurang lebih sekitar 3 cm ke kanan dari garis tengah. Garis tersebut yang menghubungkan kedua titik yang berhubungan dengan basal jantung. Batas inferior jantung sinistra terletak pada apeks intercostae ke-5 kurang lebih 9 cm ke kiri dari garis tengah. Batas inferior jantung dextra terletak pada intercostae ke-6 kurang lebih sekitar 3 cm ke kanan dari garis tengah. Garis yang menghubungkan garis inferior kanan dan kiri berhubungan dengan inferior surface jantung. Berat jantung pada orang dewasa laki-laki mempunyai berat kurang lebih 300-350 gram, sedangkan untuk berat jantung orang dewasa wanita kurang lebih 250-350 gram. Untuk panjang jantung 12 cm, lebar 9 cm dan tebal 6 cm atau 4 gr/kg BB dari berat badan ideal (Hariyono, 2020).

##### Gambar 2.1 Anatomi Fisiologis Jantung

Sumber : (Hariyono, 2020)

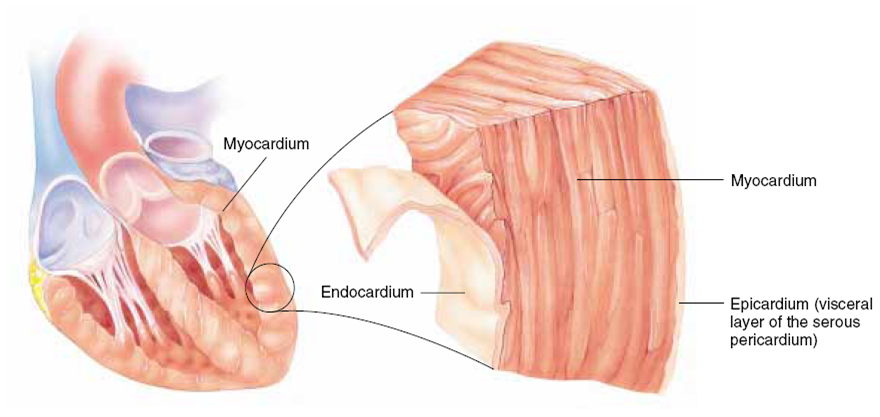
1. Struktur Lapisan Jantung

Pada bagian luar jantung dilapisi dan dikelilingi oleh membran yang dinamakan dengan perikardiu, membran ini membatasi jantung pada posisi didalam mediastinum. Perikardium sendiri terdiri dari dua bagian utama yaitu *fibrous pericardium* dan *serous pericardium*. *Fibrous pericardium* merupakan lapisan yang keras, tidak elastik dan merupakan jaringan tebal yang tidak beraturan*. Fibrous pericardium* berfungsi untuk mencegah peregangan berlebihan dari jantung, melindungi dan menempatkan jantung dalam mediastinum. Sedangkan *Serous pericardium* merupakan lapisan dalam yang tipis, membran ini sangat halus dan terdiri dari dua lapisan. Lapisan pertama yaitu lapisan parietal, lapisan ini berada paling luar dari *serous pericardium* yang menyatu dengan *fibrous pericardium*. Lalu lapisan kedua yaitu lapisan visceral (lapisan dalam) yang di sebut juga epikardium, lapisan ini menempel pada permukaan jantung, diantara lapisan parietal dan *visceral* ini terdapat cairan yang di sebut cairan perikadial. Cairan perikardial adalah cairan yang dihasilkan oleh sel perikardial untuk mencegah pergesekan antara memberan saat jantung berkontraksi (Hariyono, 2020).

##### Gambar 2.2 lapisan perikardium

Sumber : (Hariyono, 2020)

Myokardium (lapisan tengah) merupakan jaringan otot jantung yang paling tebal dari bagian jantung dan memiliki fungsi sebagai pompa jantung serta bersifat involunter. Sedangkan endokardium merupakan lapisan tipis dari endotelium yang melapisi jaringan penghubung serta memberikan suatu batas yang licin bagi ruang-ruang jantung dan menutupi katup-katup jantung .Endokardium berhubungan dengan endothelial yang melapisi pembuluh besar pada jantung (Hariyono, 2020).



##### Gambar 2.3 lapisan perikardium

Sumber : (Hariyono, 2020)

1. Struktur bagian dalam dan luar jantung ruang-ruang jantung

Jantung terdiri dari empat ruang utama yaitu, dua atrium dan dua ventrikel pada bagian anterior. Pada setiap atrium terdapat aurikel, aurikel ini berfungsi untuk meningkatkan kapasitas ruang atrium sehingga atrium dapat menerima volume darah yang lebih besar. Permukaan jantung memiliki lekukan-lekukan khas, lekuk ini disebut sulkusyang mengandung pembuluh darah koroner dan sejumlah lemak. Setiap sulkus memberi tanda batas pada tiap dua ruang jantung. Sulkus koroner pada bagian dalam melapisi sebagian jantung, sulkus ini berguna untuk memberi tanda batas antara atrium superior dan ventrikel inferior.

*Sulkus interventrikuler anterior* yaitu lekukan dangkal pada permukaan depan jantung yang berguna untuk memberi tanda batas antara ventrikel kanan dan ventrikel kiri, sulkus tersebut berlanjut mengelilingi permukaan posterior jantung yang disebut *sulkus interventrikuler posterior,* sulkus ini memberikan tanda batas antar ventrikel di bagian belakang jantung (Hariyono, 2020).

1. Atrium kanan

Pada atrium kanan akan menerima darah dari cava superior, cava inferior dan sinus koronarius. Antero superior atrium kanan memiliki lekukan yang mirip seperti daun telinga, lekukan ini disebut *aurikel,* Tebal dinding antrium kanan ini kurang lebih sekitar 2 cm.

1. Ventrikel kanan

Pada Ventrikel kanan membentuk hampir seluruh permukaan depan jantung. Ventrikel kanan terdiri dari tonjolan-tonjolan yang terbentuk dari ikatan jaringan serabut otot jantung yang disebut *trabeculae carneae,* bagianini mempunyai fungsi membawa sistem konduksi dari jantung. Sedangkan pada bagian daun katup trikuspid terdapat penghubung seperti tendon yang disebut dengan *chorda tendinea* yang disambungkan dengan trabekula yang berbentuk kerucut yang disebut *papillary muscle.* Pada ventrikel kanan dipisahkan dengan ventrikel kiri oleh bagian yang dinamakan *interventrikuler septum.* Darah yang mengalir dari ventrikel kanan melalui katup semilunar pulmonal akan dialirkan ke pembuluh darah arteri besar yang disebut *pulmonary truk* yang dibagi menjadi arteri pulmonal kanan dan kiri.

1. Atrium kiri

Atrium kiri membentuk dasar jantung, atrium kiri ini menerima darah dari paru-paru melalui empat vena pulmonal. Pada atrium kiri juga memiliki dinding posterior yang berbentuk lunak, ini sama halnya dengan yang dimiliki atrium kanan. Darah yang mengalir dari atrium kiri menuju ke ventrikel kiri akan mengalir melalui katup bikuspid (dua katup).

1. Ventrikel kiri

Ventrikel kiri membentuk apex dari jantung seperti pada ventrikel kanan mengandung trabecula carneae dan mempunyai chorda tendinea yang dimana mengikat daun katup bikuspid ke papillary muscle. Darah dibawa dari ventrikel kiri melalui katup semilunar aorta ke arteri yang paling besar keseluruh tubuh yang disebut *aorta asending.* Sebagian darah dari *aorta asending* mengalir ke arteri coronary,dimana merupakan cabang dari aorta asending dan membawa darah kedinding jantung lalu akan dialirkan keseluruh tubuh.

1. Struktur katup-katup jantung

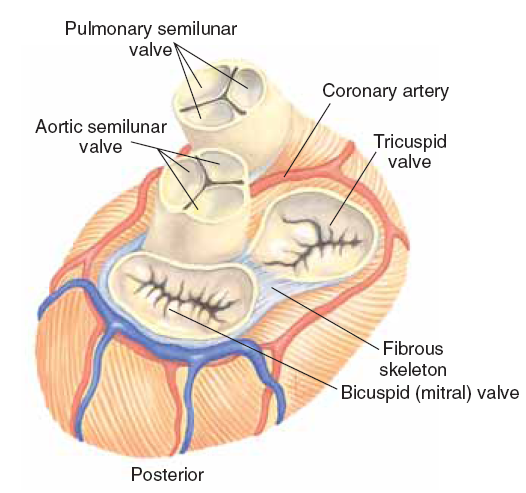
Menurut Hariyono (2020) di dalam bukunya menjelaskan bahwa terdapat dua katup utama pada jantung, yaitu :

1. Katup Atrioventrikuler

Katup antrioventrikuler merupakan katup yang letaknya diantara atrium dan ventrikel, katup ini berfungsi untuk membantu aliran darah satu arah dengan cara membuka dan menutup katup untuk mencegah aliran balik. Katup ini terdiri dari dua katup yaitu biskupid dan trikuspid, ketika katup atrioventrikuler terbuka daun katup terdorong ke ventrikel. Darah mengalir dari atrium ke ventrikel melalui katup atrioventrikuler yang terbuka ketika tekanan ventrikel lebih rendah dibanding tekanan atrium. Jika daun katup dan *chorda tendinea* mengalami kerusakan maka akan terjadi kebocoran darah atau aliran balik ke atrium ketika terjadi kontraksi ventrikel.

1. Katup Semilunar

Katup semilunar terdiri dari katup pulmonal dan katup aorta. Katup pulmonal terletak pada arteri pulmonalis yang memisahkan pembuluh ini dari ventrikel kanan. Sedangkan untuk katup aorta terletak antara aorta dan ventrikel kiri. Kedua katup semilunar ini terdiri dari tiga daun katup yang berbentuk sama yang simetris disertai penonjolan menyerupai corong yang dikaitkan dengan sebuah cincin serabut. Katup semilunar berfungsi untuk mengatur agar darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonal atau aorta selama sistol ventrikel dan mencegah aliran balik waktu diastolik ventrikel. Katup membuka pada waktu masing-masing ventrikel berkontraksi, dimana tekanan ventrikel lebih tinggi dari pada tekanan di dalam pembuluh arteri.



##### Gambar 2.4 Katup Jantung

Sumber : (Hariyono, 2020)

### **Etiologi**

*Unstable Angina Pectoris* timbul karena beberapa faktor penyebab, faktor presdiposisi, dan faktor pencetus serangan. Reny Yuli Aspiani (2016) di dalam bukunya menjelaskan faktor-faktor yang dapat menyebabkan timbulnya *Unstable Angina Pectoris*, yaitu:

1. Faktor penyebab
2. Suplai oksigen ke miokard berkurang yang disebabkan oleh tiga faktor: faktor pebuluh darah: aterosklerosis, spasme, dan ateritis, faktor sirkulasi: hipotensi, stenosis aorta, dan insufisiensi aorta, dan faktor darah: anemia, hipoksemia, dan polisitemia.
3. Peningkatan curah jantung dapat disebabkan oleh aktivitas emosi, makan terlalu banyak, anemia, hipertiroidisme.
4. Peningkatan kebutuhan oksigen miokard dapat disebabkan oleh kerusakan miokard, hipertrofi miokard, hipertensi diastolik.
5. Faktor predisposisi
6. Dapat diubah (dimodifikasi): diet (hiperlipidemia), merokok, hipertensi, obesitas, kurang aktivitas, diabetes mellitus, pemakaian kontrasepsi oral.
7. Tidak dapat diubah: usia, jenis kelamin, ras, hereditas.
8. Faktor pencetus serangan
9. Emosi atau berbagai emosi akibat sesuatu situasi yang menegangkan, mengakibatkan frekuensi jantung meningkat, akibat pelepasan adrenalin dan meningkatnya tekanan darah, dengan demikian beban kerja jantung juga meningkat.
10. Kerja fisik terlalu berat dapat memicu serangan dengan cara meningkatkan kebutuhan oksigen jantung.
11. Makan makanan berat akan meningkatkan aliran darah ke daerah mesentrik untuk pencernaan sehingga menurunkan ketersediaan darah untuk suplai jantung (pada jantung yang sudah sangat parah, pintasan darah untuk pencernaan membuat nyeri angina semakin buruk).
12. Pajanan terhadap dingin dapat mengakibatkan vasokonstriksi dan peningkatan tekanan darah, disertai peningkatan kebutuhan oksigen.

### **Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis yang timbul pada Penderita *Unstable Angina Pectoris* seringkali menunjukkan nyeri hebat pada dada, nyeri tersebut juga dapat menyebar ke bahu, lengan, leher, rahang, dan punggung. Pasien seringkali mendeskripsikan sensasi nyeri tersebut seperti diikat kencang ,terjepit, atau bahkan seperti dicekik. Pasien biasanya mengeluhkan tidak nyamannya perut bagian tas mereka. Selain itu mereka juga mengeluhkan perutnya terasa seperti terbakar, kembung dan begah. Pada pasien *Unstable Angina Pectoris* juga sering mengeluhkan nyeri pada lengan kiri, karena merupakan arah percabangan aorta. Namun, klien dapat merasakan nyeri pada lengan yang lain. Klien juga akan tampak pucat, merasa lemas seakan mau pingsan. Dalam beberapa kasus nyeri pada dada akan berhenti dalam waktu kurang dari 5 menit, namun nyeri juga dapat terjadi secara intens saat seseorang beraktifitas. (Rosdahl & Kowalski, 2017).

### **Patofisiologi**

Mekanisme terjadinya *Unstable Angina Pectoris* diakibatkan oleh ketidakadekuatan suplai oksigen ke sel-sel miokardium yang diakibatkan kekakuan arteri dan penyempitan lumenareteri koroner (ateriosklerosis koroner). Kondisi ini berhubungan dengan perubahan komposisi plak serta penipisan tudung fibrus pada arteri tersebut. Kondisi ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Terbentuklah trombus yang kaya trombosit (*white thrombus*), hal tersebut dapat mengakibatkan arteri koronaria menjadi tersumbat, baik secara total maupun parsial atau menjadi mikroemboli yang menyumbat arteri koronaria yang lebih distal. Komplikasi lain yang terjadi yaitu pelepasan zat vasoaktifyang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner. Berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan *iskemia miokardium.* Jika suplai oksigen yang tidak adekuat ini tidak dilakukan penanganan yang cepat dan tepat maka akan menyebabkan miokardium mengalami *nekrosis (infark miokard)* (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015).

### **Komplikasi**

Menurut Rampengan (2015) *Unstable Angina Pectoris* yang tidak ditangani dengan tepat akan menimbulkan beberapa komplikasi yang serius, yaitu :

1. Infark miokard

Infark Miokard atau yang biasa disebut serangan jantung merupakan suatu keadaan terhentinya aliran darah dari arteri koronaria sehingga area yang tidak dapat dialiri pasokan darah menjadi kekurangan oksigen (iskemia), oleh karena itu sel-sel menjadi nekrotik atau mati.

1. Aritmia

Aritmia merupakan kondisi terganggunya irama jantung. Pada konsisi ini diperlukan penanganan sesegera mungkin jika menyebabkan gangguan hemodinamik. Aritmia juga dapat memicu peningkatan kebutuhan oksigen yang dapat mengakibatkan iskemia.

1. Gagal Jantung

Gagal jantung merupakan kondisi yang menyebabkan jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh.

1. Perikarditis

Kondisi ini seringkali ditandai dengan timbulnya nyeri dada yang lebih berat pada inspirasi serta saat tidur terlentang. Infark transmural menyebabkan lapisan epikardium langsung berhubungan dengan perikardium, yang mengakibatkan permukaan perikardium timbul reaksi peradangan.

1. Aneurisma Ventrikel

Kondisi ini timbul setelah terjadi MCI transmural yang menyebabkan nekrosis sehingga membuat dinding miokard menjadi lemah. Saat tekanan tinggi dalam ventrikel mengakibatkan bagian miokard yang lemah menonjol keluar. Sehingga darah dapat merembes ke dalam bagian yang lemah serta dapat mengakibatkan sumber emboli.

### **Pemeriksaan Penunjang**

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

1. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya diagnosa lain seperti infark miokard jantung akut, maka sering dilakukan pemeriksaan enzim CPK, SGOT atau LDH. Enzim yang dilakukan pemeriksaan tersebut akan meninggi ketika infark pada jantung sudah parah sedangkan pada angina kadarnya masih dalam batas normal. Selain itu pemeriksaan lipid darah, seperti kadar kolesterol, HDL, LDL, dan trigliserida juga perlu dilakukan untuk menemukan faktor risiko.

1. Elektrokardiogram (EKG)

Pada gambaran EKG seringkali menunjukan hasil jika pasien pernah mengalami infark miokard pada masa lalunya, hal ini dapat diketahui dari hasil yang menunjukan pembesaran ventrikel kiri pada pasien hipertensi dan angina, dan menunjukan perubahan segmen ST dan gelombang T yang tidak khas, sehingga ketika pasien mendapat serangan angina, EKG menunjukan adanya depresi segmen ST dan gelombang T menjadi negatif.

1. Foto rontgen dada

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

1. Arteriografi koroner

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

1. Uji latihan (*Treadmill*)

Uji latihan ini merupakan uji jasmani dengan memonitor gambaran EKG dengan membandingkan hasil ketika pasien istirahat serta saat pasien disuruh melakukan latihan dengan alat treadmill atau sepeda ergometer, sehingga pasien mencapai kecepatan jantung maksimal atau submaksimal. Selama latihan ini gambaran EKG diobservasi demikian pula setelah selesai, EKG juga terus diobservasi. Tes ini dianggap positif jika hasil EKG menunjukkan depresi segmen ST sebesar 1 mm atau lebih pada waktu latihan atau sesudahnya. Terlebih jika di samping depresi segmen ST, pasien juga timbul rasa sakit dada seperti pada waktu serangan, maka kemungkinan besar pasien memang menderita angina pektoris.

1. *Thallium Exercise Myocardial Imaging*

Pemeriksaan *Thallium Exercise Myocardial Imaging* dilakukan bersamaan dengan uji latihan jasmani. Pemeriksaan ini dapat menambah sensitivitas dan spesifitas uji latihan. Penyuntikan *Thallium* 201 dilakukan secara intravena pada puncak latihan, kemudian dilakukan pemeriksaan *scanning* jantung sesegera mungkin setelah latihan dihentikan serta diulang kembali setelah pasien sehat dan kembali normal. Jika hasil menunjukkan iskemia maka akan tampak *cold spot* pada daerah yang menderita iskemia pada waktu latihan dan menjadi normal.

### **Penatalaksanaan**

Penetalaksanaan medis sangat penting dalam menangani pasien Angina Pectoris. Menurut Reny Yuli Aspiani (2016) di dalam bukunya menyatakan penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada pasien dengan angina pektoris, yaitu:

1. Terapi farmakologi
2. Nitrat dan nitrit

Nitrat dan nitrit adalah terapi vasodilator endothelium yang bertujuan untuk mengurangi gejala angina pektoris serta memiliki efek antitrombotik dan antiplatelet seperti isosorbit dinitrat (sorbitrat) yang diberikan dengan jumlah dosis 10 – 20 mg tiap 2 – 4 jam, lalu nitrat transdermal yang diberikan melalui kulit dan dapat digunakan dioleskan pada dinding dada, dan preheksilin maleat diberikan dosis sebesar 100 mg per oral tiap 12 jam, kemudian ditingkatkan hingga 200 mg setiap 12 jam.

1. Nitrogliserin

Nitrogliserin merupakan bahan vasoaktif yang bertujuan untuk melebarkan pembuluh darah sehingga mempengaruhi sirkulasi perifer dan juga menurunkan kebutuhan oksigen jantung sehingga dapat mengurangi iskemia nyeri angina. Obat ini biasanya diletakkan di bawah lidah (sublingual) atau di pipi (kantong bukal).

1. Penyekat beta adrenergic

Penyekat beta adregenic mempunyai fungsi untuk menurunkan kebutuhan oksigen miokard dengan cara menurunkan frekuensi denyut jantung, kontraktilitas, tekanan di arteri dan peregangan pada dinding ventrikel kiri. Obat-obatan yang digunakan seperti atenolol, metoprolol, propanolol, nadolol.

1. Antagonis kalsium

Obat ini berfungsi untuk meningkatkan suplai oksigen jantung dengan cara melebarkan dinding otot polos arteriol koroner tidak hanya itu, obat ini juga berguna untuk mengurangi kebutuhan jantung dengan menurunkan tekanan arteri sistemik dan demikian juga beban kerja ventrikel kiri. Adapun jenis antagonis kalsium yang sering digunakan yaitu nifedipin (prokardia), verapamil (isoptil, calan), dan diltiazen (cardiazem).

1. Terapi invasive
2. *Percutanens transluminal coronary angioplasty* (PTCA)

Tindakan ini bertujuan untuk memperbaiki sirkulasi koroner dengan cara menghancurkan plak atau ateroma, penghancuran plak ini dilakukan dengan memasukan kateter dengan ujung berbentuk balon.

1. *Coronary artery bypass graft* (CABG)

Tindakan ini merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan untuk membuat jalan pintas pada arteri jantung yang tersumbat untuk menormalkan aliran darah ke otot jantung.

## **Konsep Asuhan Keperawatan *Unstable Angina Pectoris***

Asuhan keperawatan merupakan kerangka kerja dan struktur organisasi yang kreatif untuk memberikan pelayanan, namun asuhan keperawatan juga cukup fleksibel untuk digunakan disemua lingkup keperawatan. Asuhan keperawatan juga merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik dan berorientasi pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Standar asuhan yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari lima fase asuhan keperawatan antara lain : 1) Pengkajian, 2) Diagnosa, 3) Perencanaan, 4) Implementasi, dan 5) Evaluasi (Baringbing, 2020).

### **Pengkajian**

Asuhan keperawatan yang diperlukan untuk pasien dengan Angina Pectoris menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012), antara lain :

1. Identitas klien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, no. Register, dan diagnosa medis. Sedangkan identitas bagi penanggung jawab yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien.

1. Riwayat Keperawatan
2. Keluhan utama

Pada keluhan utama pada pasien *Unstable Angina Pectoris* yaitu nyeri dada substernal atau retrostenal dan menjalas ke leher, interskapula atau lengan kiri, serangan atau nyeri yang dirasakan tidak memiliki pola tertentu, sehingga dapat terjadi dengan atau tanpa aktivitas.

1. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang keluhan yang biasanya dirasakan oleh pasien yaitu sesuai dengan gejala pada pasien *Unstable Angina Pectoris* yaitu nyeri dada substernal atau retrosternal dan menjalar ke leher. Biasanya disertai sesak napas, perasaan lelah, kadang muncul keringat dingin, palpitasi dan dizzines.

1. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi, atherosklerosis, insufisiensi aorta, spasmus arteri koroner dan anemia berat.

1. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien biasanya memiliki riwayat penyakit hipertensi dan spasmus arteri koroner.

1. Pemeriksaan Fisik
2. Keadaan umum

Keadaan umum pasien mulai pada saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Kesadaran klien juga diamati apakah kompos mentis, apatis, somnolen, delirium, semi koma atau koma. Keadaan sakit juga diamati apakah sedang, berat, ringan atau tampak tidak sakit.

1. Tanda-tanda vital

Dapat meningkat sekunder akibat nyeri atau menurun sekunder akibat gangguan hemodinamik atau terapi farmakologi.

1. Aktivitas/istirahat

Dengan tanda dan gejala Pola hidup monoton, kelemahan, kelelahan, perasaan tidak berdaya setelah latihan, nyeri dada bila bekerja, menjadi tebangun bila nyeri dada, dispnea saat kerja

1. Sirkulasi

Dengan tanda dan gejala riwayat penyakit jantung, hipertensi, obesitas, takikardi, disritmia, tekanan darah normal, meningkat atau menurun, bunyi jantung mungkin normal, S4 lambat atau murmur sistolik transen lambat (disfungsi otot papilaris) mungkin ada saat nyeri, kulit/membrane mukosa lembab, dingin, pucat pada adanya vasokontriksi.

1. Gastrointestinal

Dengan tanda dan gejala mual, nyeri ulu hati saat makan, diet tinggi kolesterol/lemak, garam kafein, dan minuman keras, sesak akibat distensi gaster.

1. Integritas ego

Adanya stressor kerja, keluarga, atau yang lain-lain, sering ketakutan dan mudah marah

1. Nyeri dan ketidaknyamanan

Tanda dan gejala :

1. Nyeri dada substernal, anterior yang menyebar ke rahang, leher, bahu dan ekstremitas atas (lebih pada bagian kiri dari pada kanan). Nyeri dengan kualitas: macam: ringan sampai sedang, tekanan berat, tertekan, terjepit, terbakar. Untuk durasi : biasanya kurang dari 15 menit, kadang – kadang lebih dari 30 menit (rata – rata 3 menit)
2. Faktor pencetus: nyeri sebuhungan dengan kerja fisik atau emosi besar, seperti marah atau hasrat seksual, olahraga pada suhu ekstrem, atau mungkin tak dapat diperkirakan dan/atau terjadi selama istirahat.
3. Faktor penghilang: nyeri mungkin responsive terhadap mekanisme penghilang tertensu (contoh: istirahat, obat antiangina)
4. Nyeri dada baru atau terus – menerus yang telah berubah frekuensi, durasi, karakter atau dapat diperkirakan (contoh: tidak stabil, bervariasi, prinzmetal)
5. Wajah berkeruh, meletakan pergelangan tangan pada midsternum, memijit tangan kiri, tegangan otot, gelisah
6. Respon otomatis (contoh: takikardi, perubahan tekanan darah)
7. Pernapasan

Tanda dan gejalanya seperti dispnea saat kerja, batuk dengan atau tanpa adanya sputum, riwayat merokok, meningkatnya irama/frekuensi serta gangguan kedalaman napas, dan sianosis.

1. Hygiene

Adanya kesulitan melakukan tugas perawatan/kebersihan diri

1. Neurosensori

Adanya pusing seperti sensasi berdenyut saat tidur atau duduk, perubahan mental dan kelemahan.

### **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan sebuah konsep kritis untuk memandu prosespengkajian dan intervensi. Diagnosis juga menjadi komunikasi dan basis ilmu keperawatan dalam interaksinya dengan disiplin ilmu lain. Diagnosis keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) terhadap penyakit atau gangguan kesehatan yang dialaminya (Koerniawan, Daeli dan Srimiyati, 2020).

Menurut (D. & P. SDKI, 2016) diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *Unstable Angina Pectoris*, antara lain :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
4. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kurang aktivitas fisik
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

### **Intervensi**

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung
2. Luaran (SLKI, 2016)

Luaran utama : Curah Jantung

1. Intervensi (SIKI, 2016)

Intervensi utama : Perawatan Jantung

1. Identifikasi tanda gejala primer penurunan curah jantung

Rasional : untuk mengetahui tanda dan gejala primer penurunan curah jantung

1. Monitor tekanan darah

Rasional : untuk mengetahui tekanan darah pasien

1. Monitor intake output

Rasional : untuk mengetahui intake dan output cairan pasien

1. Monitor SPO2

Rasional : untuk mengetahui saturasi oksigen dalam darah

1. Berikan dukungan emosional dan spiritual

Rasional : untuk meningkatkan semangat pasien dalam mencapai kesembuhan

1. Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap

Rasional : untuk meningkatkan aktivitas fisik pasien

1. Kolaborasi pemberian antiaritmia

Rasional : untuk mengatasi gangguan irama jantung

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
2. Luaran (SLKI, 2016)

Luaran utama : Pola Napas

1. Intervensi (SIKI, 2016)

Intervensi utama : Manajemen Jalan Napas

1. Monitor pola nafas

Rasional : untuk mengetahui pola napas pasien

1. Posisikan semi fowler

Rasional : untuk membuka jalan napas pasien

1. Berikn oksigen 3lpm

Rasional : untuk memberikan suplai oksigen pada pasien

1. Ajarkan teknik nafas dalam

Rasional : untuk mengatur irama napas pasien

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Luaran (SLKI, 2016)

Luaran utama : Tingkat Nyeri

1. Intervensi (SIKI, 2016)

Intervensi Utama : Manajemen Nyeri

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri yang dialami pasien

1. Identifikasi skala nyeri

Rasional : untuk mengetahui skala nyeri pada pasien

1. Identifikasi respons nyeri non verbal

Rasional : untuk mengetahui respon nyeri yang ditunjukkan dari pasien secara non verbal

1. Berikan teknik nonfarmakologis seperti teknik napas dalam

Rasional : untuk memberikan relaksasi pada pasien

1. Jelaskan penyebab nyeri

Rasional : untuk mengedukasi pasien tentang penyebab nyeri yang dialaminya

1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik napas dalam

Rasional : agar pasien dapat melakukan teknik napas dalam secara mandiri

1. Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional : untuk meredakan nyeri

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kurang aktivitas fisik
2. Luaran (SLKI, 2016)

Luaran utama : Perfusi Perifer

1. Intervensi (SIKI, 2016)

Intervensi utama : Perawatan Sirkulasi

1. Periksa sirkulasi perifer

Rasional : untuk mengetahui sirkulasi perifer pasien

1. Hindari pemasangan infus dan pengambilan darah di area keterbatasan perifer

Rasional : untuk menghindari gangguan sirkulasi pada area keterbatasan perifer

1. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur

Rasional : untuk menstabilkan tekanan darah pasien

1. Anjurkan program diet

Rasional : untuk memperbaiki sirkulasi

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
2. Luaran (SLKI, 2016)

Luaran utama : Toleransi Aktivitas

1. Intervensi (SIKI, 2016)
2. Monitor kelemahan fisik dan emosional

Rasional : untuk mengetahui kelemahan fisik dan emosional yang dialami pasien

1. Monitor pola dan jam tidur

Rasional : untuk mengatur jadwal tidur pasien agar teratur

1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus

Rasional : untuk meminimalisir gangguan yang menyebabkan pasien merasa kurang nyaman dalam beristirahat

1. Anjurkan tirah baring

Rasional : untuk meminimalisir aktifitas pasien yang terlalu berlebihan

1. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : untuk meningkatkan aktivitas pasien secara bertahap

1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional : untuk meningkatkan asupan gizi pasien sehingga energi pasien juga dapat meningkat

### **Implementasi**

Implementasi adalah tahap ke empat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana (Sari, 2019).

Menurut Dermawan (2012) dalam bukunya menjelaskan pedoman untuk melakukan implementasi keperawatan, antara lain:

1. Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana. Validasi menentukan apakah rencana masih relevan, masalah mendesak, berdasar pada rasional yang baik.
2. Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai. Perawat harus kompeten dan mampu melaksanakan keterampilan ini secara efisien guna menjalankan rencana.
3. Keamanan fisik dan psikologis pasien dilindungi. Selama melaksanakan implementasi, keamanan fisik dan psikologis dipastikan dengan mempersiapkan pasien secara optimal
4. Dokumentasi tindakan dan respon pasien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan. Dokumentasi dalam catatan perawatan kesehatan terdiri atas deskripsi tindakan yang diimplementasikan dan respon pasien terhadap tindakan tersebut. Tindakan yang tidak diimplementasikan juga dicatat disertai alasan.

### **Evaluasi**

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan dalam proses keperawatan pada tahap evaluasi ini dilakukan kembali pengkajian ulang mengenai respon pasien terhadap tindakan yang sudah diberikan oleh perawat. Pada tahap ini dilakukan kegitan untuk menentukan pakah rencana keperawatan dan apakah bisa dilanjutkan atau tidak, merevisi, atau bisa juga dihentikan (Simanullang, 2019).

## **Konsep Map (Pathflow)**

Peningkatan asam laktat

Konstruksi jantung menurun

**Penurunan curah jantung**

Peningkatan tekanan jantung

kelelahan

**Intoleransi aktivitas**

Proses anaerob

Suplai oksigen tidak seimbang

**Pola napas tidak efektif**

**Nyeri akut**

Penurunan suplai darah dan oksigen ke jantung

Injury miokard

Iskemia miokard

Sklerotik arteri koroner

Agregasi trombosit

Spasme arteri koroner

Trombosis arteri koroner

Perdarahan plak ateroma

Meningkatkan aliran darah ke mesentrik

vasokontriksi

Kebutuhan O2 pada jantung meningkat

Peningkatan kebutuhan oksigen

Aliran oksigen ke jantung menurun

Pelepasan adrenalis dan meningkatkan tekanan darah

Beban kerja jantung meningkat

**Perfusi perifer tidak efektif**

##### Gambar 2.5 Patoflow Unstable Angina

Sumber : (Bare dan Smeltzer, Suzanne, 2002)

# 

# **BAB 3**

# **TINJAUAN KASUS**

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis *Unstable Angina Pectoris* meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

## **Pengkajian**

### **Data dasar**

Pasien bernama Ny. S dengan rekam medis 00-00-11-xx-xx, berjenis kelamin perempuan, berusia 80 tahun, berasal dari suku Jawa/Indonesia, beragama Islam, dengan pendidikan terakhir SMA, pasien sudah janda dan pasien tidak bekerja. Pasien masuk ke ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 19 April 2021 pukul 22.00 WIB dengan diagnosis *Unstable Angina Pectoris*

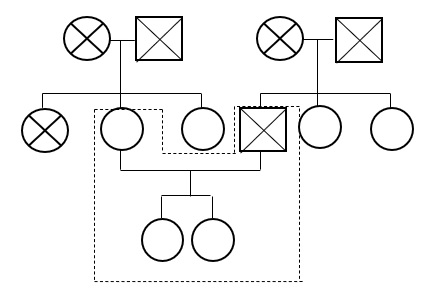
Keluhan utama dari pasien yaitu mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri seperti ditekan dengan skala 3 (0-10), pasien juga mengeluhkan napasnya tersengal-sengal serta mengeluh kakinya bengkak.

Pada tanggal 19 April 2021 pukul 15.10 WIB pasien tiba-tiba mengeluh napasnya tersengal-sengal disertai nyeri dada saat melakukan aktivitas. Lalu pasien diantarkan oleh anaknya ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya untuk dilakukan pemeriksaan. Pada pukul 16.00 WIB pasien datang melalui IGD RSPAL Dr. Ramelan, sesampainya disana pasien diperiksa EKG, serta lab kimia. Setelah selesai dilakukan pemeriksaan dan hasil pemeriksaan sudah terlampir. Pasien direncanakan untuk rawat inap di ruang ICCU-PCU. Pasien masuk ke ruang ICCU-

PCU pada pukul 22.00 WIB dengan kesadaran compos mentis, GCS 456, tampak lemah, akral teraba dingin, kering, pucat, TD : 128/68 mmHg, N: 120x/menit, suhu 36,6 , RR : 23x/menit terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm, CRT > 2 detik, terdapat oedema pada kedua ekstremitas bawah, tidak terdapat wheezing maupun ronki, BB 60 kg dan TB 163 cm dan terpasang kateter urin. Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada Ny. S tanggal 19 April 2021 : pemeriksaanRT-PCR SARS-Cov-2 Negatif, WBC 8,92 10^3/µL, RBC 4,22 10^6/µL, HBG 13,5 g/dL, HCT 38,7%, MCV 91,6 fL, MCH 32,0 pg.

Pasien mengatakan awal nyeri dada yang dialaminya baru dirasakan pada tanggal 19 April 2021. Namun pasien mengatakan sering merasakan kelelahan saat melakukan aktivitas, hal tersebut sudah dialami pasien pada sekitar bulan Desember 2020. Pasien juga mengatakan pasien selalu rutin melakukan general check up tiap 3 bulan sekali, pada tanggal 17 Januari dilakukanlah gemeral check up di RSI A. Yani didapatkan hasil jika otot jantung pasien sudah mengalami kelemahan. Namun karena pasien merasa masih bisa beraktifitas meskipun dalam intensitas rendah ,pasien merasa baik-baik saja.

**Genogram**



##### Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. S

Sumber : Primer

Keterangan :

Laki – laki :

Perempuan :

Tinggal serumah:

Meninggal :

Pasien :

### ***Primary Survey***

Pada tanggal 19 April 2021 pukul 15.10 WIB pasien tiba-tiba mengeluh napasnya tersengal-sengal disertai nyeri dada saat melakukan aktivitas. Lalu pasien diantarkan oleh anaknya ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya untuk dilakukan pemeriksaan. Pada pukul 16.00 WIB pasien datang melalui IGD RSPAL Dr. Ramelan, sesampainya disana pasien diperiksa EKG, serta lab kimia. Setelah selesai dilakukan pemeriksaan dan hasil pemeriksaan sudah terlampir. Pasien direncanakan untuk rawat inap di ruang ICCU-PCU. Pasien masuk ke ruang ICCU-PCU pada pukul 22.00 WIB dengan kesadaran compos mentis, GCS 456, tampak lemah, akral teraba dingin, kering, pucat, TD : 128/68 mmHg, N: 120x/menit, suhu 36,6 , RR : 23x/menit terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm, CRT > 2 detik, terdapat oedema pada kedua ekstremitas bawah, tidak terdapat wheezing maupun ronki, BB 60 kg dan TB 163 cm dan terpasang kateter urin. Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada Ny. S tanggal 19 April 2021 : pemeriksaanRT-PCR SARS-Cov-2 Negatif, WBC 8,92 10^3/µL, RBC 4,22 10^6/µL, HBG 13,5 g/dL, HCT 38,7%, MCV 91,6 fL, MCH 32,0 pg.

Pasien mengatakan awal nyeri dada yang dialaminya baru dirasakan pada tanggal 19 April 2021. Namun pasien mengatakan sering merasakan kelelahan saat melakukan aktivitas, hal tersebut sudah dialami pasien pada sekitar bulan Desember 2020. Pasien juga mengatakan pasien selalu rutin melakukan general check up tiap 3 bulan sekali, pada tanggal 17 Januari dilakukanlah gemeral check up di RSI A. Yani didapatkan hasil jika otot jantung pasien sudah mengalami kelemahan. Namun karena pasien merasa masih bisa beraktifitas meskipun dalam intensitas rendah ,pasien merasa baik-baik saja.

Pemeriksaan *Airway* jalan nafas pasien paten, tidak ada suara snoring atau gargling, *Breathing* didapatkan pergerakan dada simetris, irama pernapasan regular, suara nafas tambahan tidak ada, pasien diberikan terapi oksigen nasal 3 lpm, SpO2 98%. *Circulation* didapatkan irama jantung reguler, akral dingin, kering, dan pucat. Membrane mukosa kering, CRT >2detik, turgor kulit baik, terdapat edema pada kedua ekstermitas bawah, tidak ada perdarahan. *Disability* di dapatkan kesadaran komposmentis, GCS E: 3, V:5, M:6 pupil: isokor, ukuran 2mm/2mm reflek cahaya +/+, tidak ada fraktur, tidak ada paralisis.

### ***Secondary Survey***

Hasil pemeriksaan fisik *Head to Toe* didapatkan kulit teraba dingin, kering, pucat, ikterik (-/-). Kondisi kepala, rambut bewarna putih, tidak ada kelainan. Mata, palpebra edema (-/-), konungtiva anemis (+/+), sclera ikterik (-/-), reflek cahaya (+/+), pupil: isokor. Telinga: otore (-/-), nyeri tekan (-/-), serumen (-), tidak ada reaksi alergi. Hidung: secret (-/-), tidak ada reaksi alergi dan pembesaran polip, tidak terdapat pernapasan cuping hidung. Terpasang oksigen nasal 3lpm. Mulut dan gigi: tidak ada karies gigi, pasien menggunakan gigi palsu, tidak ada sariawan, tidak ada perdarahan pada gusi, bibir kering, tidak ada kesulitan dalam menelan. Leher: tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak ada nyeri. Thoraks/dada: Bentuk dada normochest, paru-paru: inspeksi: simetris kanan kiri, tidak ada retraksi dinding dada, palpasi: fremitus simetris kanan kiri, perkusi: sonor pada seluruh lapang paru, auskultasi: suara napas vesikuler, rhonci (-), wheezing (-), krepitasi (-). Jantung: inspeksi: iktus tidak terlihat, palpasi: kecepatan denyut apical 120x/menit, perkusi: batas jantung dalam batas normal, auskultasi: bunyi jantung S1 S2 tunggal, irama teratur regular. Abdomen: inspeksi: tidak terdapat asites, palpasi: tidak ada nyeri tekan, hepar/linen tidak teraba, perkusi: timpani, auskultasi: bising usus (+) normal 10x/menit. Genetalia: saat ini pasien terpasang urine kateter, kondisi genetalia bersih. Musculoskeletal: ada edema ekstremitas pada kedua kaki bagian bawah, akral teraba dingin, tidak ada fraktur, turgor kulit elastic, kontraktur pergerakan tidak ada, pasien terpasang infuse di tangan kiri dengan *iv line* no. 20, CRT >2detik.

### **Pemeriksaan Penunjang**

1. **Laboratorium**

#### Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium 19/04/2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Parameter | Hasil | Nilai Rujukan |
| Pemeriksaan RT-PCR SARS-Cov-2 | Negatif | Negatif |
| White Blood Cell | 8.92 | 4.0 – 10.0 10^3/µL |
| Neutrophils | 59.7 | 50.0 – 70.0 % |
| Lymphocytes | 29.8 | 20.0 – 40.0 % |
| Monocytes | 7.9 | 3.0 – 12.0 % |
| Easinophiles | 2.2 | 0.5 – 5.0 % |
| Basophils | 0.4 | 0.0 – 1.0 % |
| Red Blood Cell | 4.22 | 3.5 – 5.5 10^6/µL |
| Hemoglobin | 13.5 | 12 – 15 g/dL |
| Hematocrit | 38.7 | 37 – 54 % |
| MCV | 91.6 | 80 – 100 fL |
| MCH | 32.0 | 27 – 34 pg |

1. **Pemeriksaan Foto Thorax**

Cor : besar dan bentuk kesan membesar, kalsifikasi arcus aorta

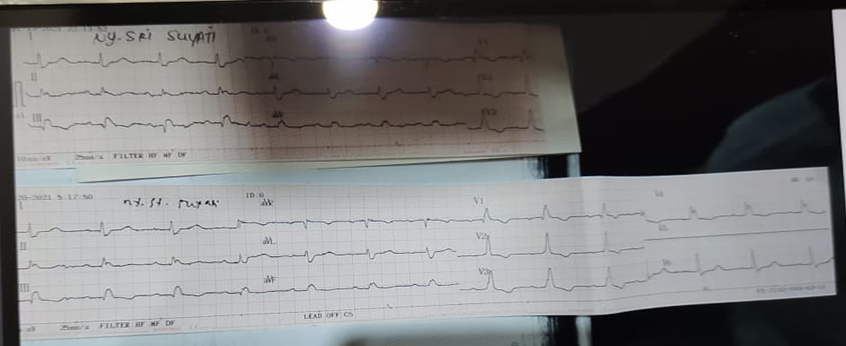
Pulmo : infiltrasi/perselubungan (-)

Diaphragma dan sinus baik

Tulang-tulang baik

Kesan :

* Cardiomegali
* Kalsifikasi arcus aorta

1. **Pemeriksaan EKG**

##### Gambar 3.2 Hasil EKG

Sumber : Primer

**Kesimpulan :**

gambaran EKG menunjukkan gelombang RSR, diyakini adanya depolarisasi abnormal dari miokard akibat iskemik.

### **Penatalaksanaan Medis**

#### Tabel 3.2 Daftar terapi yang diberikan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Obat yang diberikan** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1 | Cedocard | 0,5 mg/jam | *Syringe Pump* | Untuk mencegah dan mengobati angina |
| 2 | Amlodipin (Oral) | 1x1 (5 mg) | Oral | Untuk menurunkan hipertensi |
| 3 | Platogrix | 1x1 (75mg) | Oral | Untuk mengurangi asteroklerosis |
| 4 | Nitrokaf retard | 2x1 (2,5mg) | Oral | Untuk meredakan angina |
| 5 | Concor | 1x1(2,5 mg) | Oral | Untuk mengatasi hipertensi |
| 6 | Betaone | 1x1(2,5mg) | Oral | Untuk mengatasi hipertensi dengan angina |
| 7 | Enzimten | 1x1(100mg) | Oral | Untuk menambah kadar antioksidan tubuh, menjaga kesehatan jantung |

## **Diagnosa Keperawatan**

### **Analisa Data**

#### Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Unstable Angina Pectoris

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Data** | **Etiologi** | **Problem** |
| 1. | **DS:** Pasien mengatakan napasnya terasa berat namun tidak ada batuk  **DO:**   * Pasien tampak berat untuk bernapas * Nadi pasien tampak Takikardia (120x/menit) * Edema pada ekstermitas bawah | Perubahan frekuensi jantung | Penurunan curah jantung |
| 2. | **DS:** Pasien mengatakan jika napasnya sesak serta berat  **DO:**   * Tidak terdapat penggunaan otot bantu napas * Pola napas takipnea * RR = 23x/menit | Hambatan Upaya Napas | Pola napas tidak efektif |
| 3. | **DS:** Pasien mengeluh nyeri pada dadanya sebelah kiri  P: Nyeri dada  Q: Seperti tertekan  R: Dada sebelah kiri  S: 3 (0-10)  T: Terus menerus  **DO:**   * TD: 128/68 mmHg * Pasien tampak sering memegangi daerah dada sebelah kiri * Pasien tampak sedikit gelisah | Agen Pencedera Fisiologis | Nyeri akut |
| 4. | **DS:** Pasien mengatakan badanya terasa lelah jika saat beraktifitas  **DO:**   * nadi = 120x/menit * TD = 128/68 mmHg | Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen | Intoleransi Aktivitas |

(Sumber: Primer (SDKI, 2016))

### **Prioritas Masalah**

#### Tabel 3.4 Prioritas Masalah Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Unstable Angina Pectoris

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | | **Ttd** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1. | Penurunan curah jantung (SDKI D.0008) Hal: 34 | 20 April 2021 | 22 April 2021 |  |
| 2. | Pola napas tidak efektif  (SDKI D.0005) Hal: 26 | 20 April 2021 | 22 April 2021 |  |
| 3. | Nyeri Akut  (SDKI. D.0077) hal. 172 | 20 April 2021 | 22 April 2021 |  |
| 4. | Intoleransi Aktivitas  (SDKI D.0056) Hal: 128 | 20 April 2021 | 22 April 2021 |  |

(Sumber: Primer (SDKI, 2016))

## 

## **Intervensi Keperawatan**

#### Tabel 3.5 Prioritas Masalah Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Unstable Angina Pectoris

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah** | **Tujuan** | **Kriteria Hasil** | **Intervensi**  **(Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)** | **Rasional** |
| 1. | Penurunan curah jantung  b.d  Perubahan frekuensi jantung | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam Maka diharapkan | **Curah jantung** Tekanan darah membaik   1. Lelah menurun 2. Kekuatan nadi perifer meningkat | **Perawatan jantung**   1. Monitor gejala lanjutan ,tekanan darah,dan SPO2 2. Berikan dukungan pada klien baik secara emosional dan spiritual (ajak diskusi pasien) 3. Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap (duduk, miring kanan & kiri) 4. Berikan hasil kolaborasi pemberian antiaritmia sesuai petunjuk dokter (Amlodipin 1x1 5mg, Concor 1x1 2,5mg, Betaone 1x1 2,5mg, Cedocard 0,5 mg/jam, Platogrix 1x1 75mg, Enzimten 1x1 100mg) | Untuk mengidentifikasi sert mencegah komplikasi akibat ketidak seimbangan suplai oksigen |
| 2. | Pola napas tidak efektif  b.d  Hambatan Upaya Napas | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam Maka diharapkan pola napas membaik | **Pola nafas**   1. Dispnea menurun 2. Frekuensi nafas membaik Kedalaman nafas membaik | **Manajemen jalan nafas**   1. Monitor perkembangan pola nafas 2. Berikan posisi semi fowler 3. Berikan oksigen sebesar 3 lpm 4. Ajarkan pasien teknik nafas dalam | Untuk mengetahui serta memilih intervensi yang tepat untuk mengatasi kepatenan jalan napas |
| 3. | Nyeri akut  b.d  Agen Pencedera Fisiologis | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. | **Tingkat nyeri** Keluhan nyeri menurun   1. Meringis menurun 2. Sikap protektif menurun 3. Tekanan darah membaik | **Manajemen Nyeri**  **Observasi**   1. Monitor perkembangan skala nyeri, respon nyeri non verbal 2. Jelaskan penyebab nyeri 3. Berikan teknik seperti teknik napas dalam 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik napas dalam 5. Berikan hasil kolaborasi pemberian analgetik sesuai petunjuk dokter (Nitrokaf retard 2x1 2,5mg) | Agar pasiendapat mengetahui cara untuk meminimalisir rasa nyeri yang dirasakan akibat tanda/gejala yang ditimbulkan oleh suatu penyakit |
| 4. | Intoleransi Aktivitas  b.d  Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam maka **Toleransi Aktivitas** **Meningkat** | **Toleransi Aktivitas**   1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Tekanan darah membaik | **Manajemen Energi**   1. Monitor kelemahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 4. Anjurkan tirah baring 5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (duduk, miring kanan & kiri) 6. Berikan hasil kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan | Untuk mengatasi kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan |

## **Implementasi Keperawatan**

#### Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Unstable Angina Pectoris

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tgl** | **Masalah Keperawatan** | **Waktu** | **Implementasi** | **Paraf** | **Evaluasi formatif SOAP**  **/ Catatan perkembangan** | **Paraf** |
| 20/4/2021 | 1,2,3,4  1  1  1,4  2  1,2,3,4  2  3  3  3  1,2,3,4  3  3  1,2,3,4  4  4  4  4  4  4  4  1,2,3,4 | 07.00  07.30  07.34  07.49  07.50  07.59  08.02  08.06  08.10  08.12  08.15  08.16  09.05  09.55  10.02  10.03  10.05  10.50  11.01  11.07  11.10  11.20  11.25  11.30  11.35 | 1. Melakukan timbang terima dengan perawat 2. Mengobservasi TTV  * TD : 128/68 mmHg * N : 120/menit * RR : 23x/menit * S : 36,6 * SPO2 : 98 % * Observasi pemberian terapi oksigen nasal kanul 3 lpm  1. Mengidentifikasi tanda gejala primer penurunan curah jantung  * N : 120 x/menit (Takikardia) * Napas pasien terasa berat * Ektermitas bawah nyeri dan sedikit bengkak  1. Memberikan hasil kolaborasi pemberian obat  * Amlodipin 1x1 5mg, * Concor 1x1 2,5mg, * Betaone 1x1 2,5mg, * Platogrix 1x1 75mg, * Enzimten 1x1 100mg  1. Memberikan dukungan emosional dan spiritual (ajak diskusi) 2. Menganjurkan aktivitas fisik secara bertahap (duduk, miring kanan & kiri) 3. Memonitor pola nafas RR= 23x/menit 4. Observasi TTV  * TD : 123/71 mmHg * RR : 22 x/menit * N : 178 x/menit * S : 36,4 C * SPO2 : 99 %  1. Memposisikan semi fowler 2. Mengajarkan teknik nafas dalam 3. Memonitor intensitas nyeri  * P : Nyeri dada * Q : Seperti tertekan * R : Dada sebelah kiri * S : 3 (0-10) * T : Terus menerus  1. Memberikan teknik nonfarmakologis seperti teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri 2. Observasi TTV  * TD : 135/69 mmHg * RR : 22 x/menit * N : 87 x/menit * S : 36,2 C * SPO2 : 100 %  1. Menjelaskan penyebab nyeri 2. mengingatkan untuk melakukan terapi tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri 3. Observasi TTV  * TD : 146/70 mmHg * RR : 21 x/menit * N : 145 x/menit * S : 36,7 C * SPO2 : 100%  1. Memonitor kelemahan fisik dan emosional 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mematikan lampu ruangan) 4. Menganjurkan tirah baring 5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 6. Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (diit rendah garam) 7. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur  * Amlodipin (Oral) 1x1 (5 mg)  1. Obsercvasi TTV :  * TD : 138/71 mmHg * RR : 18 x/menit * N : 71 x/menit * S : 36,6 C * SPO2 : 100%  1. Timbang terima dengan perawat |  | 1. **Dx 1**   **S:**  Pasien mengatakan napasnya terasa berat, tapi setelah diberikan Oksigen merasa lebih baik  **O:**   * Napas tampak lebih baik (nasal kanul 3 Lpm) * TD: 128/68 mmHg * RR : 23x/menit * SPO2 : 98 % * Ekstermitas bawah tampak bengkak   **A:** masalah teratasi sebagian  **P:** Intervensi 2,3,4,5,7 dilanjutkan   1. **Dx 2**   **S:**  Pasien mengatakan napasnya terasa lebih ringan setelah diberi oksigen  **O:**   * Napas pasien tampak lebih ringan setelah diberikan oksigen (nasal kanul 3 Lpm) * TD: 123/71 mmHg * RR : 22 x/menit * SPO2 : 99 %   **A:** masalah teratasi sebagian  **P:** Intervensi 1,4 dilanjutkan   1. **Dx 3**   **S:**  Pasien mengatakan rasa nyeri di dada kirinya sudah menurun dari skala 3 menjadi skala 1 (1-10)  **O:**   * Pasien tampak lebih tenang * TD: 123/71 mmHg   **A:** masalah teratasi sebagian  **P:** Intervensi 2,3,7 dilanjutkan   1. **Dx 4**   **S:**  Pasien mengatakan lelah pada badannya berkurang saat istirahat seperti sekarang  **O:**   * Pasien tampak lebih bugar * nadi = 120x/menit * TD = 128/68 mmHg   **A:** masalah teratasi sebagian  **P:** Intervensi 3,4,5,7 dilanjutkan |  |
| 22/04/2021 | **-** | 16.00  16.10 | 1. Timbang terima dengan perawat 2. Implementasi dihentikan. Pasien KRS |  | 1. **Dx 1**   **S: -**  **O:** pasien KRS  **A:** masalah teratasi  **P:** Intervensi dihentikan   1. **Dx 2**   **S: -**  **O:** pasien KRS  **A:** masalah teratasi  **P:** Intervensi dihentikan   1. **Dx 3**   **S: -**  **O:** pasien KRS  **A:** masalah teratasi  **P:** Intervensi dihentikan   1. **Dx 4**   **S: -**  **O:** pasien KRS  **A:** masalah teratasi  **P:** Intervensi dihentikan |  |

(Sumber: Primer (SDKI, 2016), (SLKI, 2016), (SIKI, 2016))

## **Evaluasi Keperawatan**

#### Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Unstable Angina Pectoris

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **MASALAH KEPERAWATAN** | **TANGGAL** | | **Evaluasi Sumatif** | **paraf** |
| **ditemukan** | **teratasi** |
| 1  2  3  4 | Penurunan curah jantung  b.d  Perubahan frekuensi jantung  Pola napas tidak efektif  b.d  Hambatan Upaya Napas  Nyeri akut  b.d  Agen Pencedera Fisiologis  Intoleransi Aktivitas  b.d  Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | 20/04/2021  20/04/2021  20/04/2021  20/04/2021 | 22/04/2021  22/04/2021  22/04/2021  22/04/2021 | Masalah Teratasi  Masalah Teratasi  Masalah Teratasi  Masalah Teratasi |  |

# 

# **BAB 4**

# **PEMBAHASAN**

Bab ini akan akan membahas asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis *Unstable Angina Pectoris* di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 20 April 2021 sampai dengan 22 April 2021. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

## **Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. S dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan dimulai dari:

### **Identitas**

Pasien bernama Ny. S dengan rekam medis 00-00-11-xx-xx, berjenis kelamin perempuan, berusia 80 tahun, berasal dari suku Jawa/Indonesia, beragama Islam, dengan pendidikan terakhir SMA, pasien janda dan pasien tidak bekerja. Pasien masuk ke ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 19 April 2021 pukul 22.00 WIB dengan diagnosis *Unstable Angina Pectoris*

### **Riwayat Sakit dan Kesehatan**

Keluhan utama dari pasien yaitu mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri seperti ditekan dengan skala 3 (0-10), pasien juga mengeluhkan napasnya tersengal-sengal serta mengeluh kakinya bengkak. Pada tanggal 19 April 2021 pukul 15.10 WIB pasien tiba-tiba mengeluh napasnya tersengal-sengal disertai nyeri dada saat

melakukan aktivitas. Lalu pasien diantarkan oleh anaknya ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya untuk dilakukan pemeriksaan. Pada pukul 16.00 WIB pasien datang melalui IGD RSPAL Dr. Ramelan, sesampainya disana pasien diperiksa EKG, serta lab kimia. Setelah selesai dilakukan pemeriksaan dan hasil pemeriksaan sudah terlampir. Pasien direncanakan untuk rawat inap di ruang ICCU-PCU. Pasien masuk ke ruang ICCU-PCU pada pukul 22.00 WIB dengan kesadaran compos mentis, GCS 456, tampak lemah, akral teraba dingin, kering, merah, TD : 128/68 mmHg, N: 120x/menit, suhu 36,6 ℃, RR : 23x/menit terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm, CRT > 2 detik, terdapat oedema pada kedua ekstremitas bawah, tidak terdapat wheezing maupun ronki, BB 60 kg dan TB 163 cm dan terpasang kateter urin.

Pada kasus lain seorang laki-laki uasia 65 tahun datang dengan keluhan nyeri dada. Nyeri dada dirasakan seperti tertimpa beban berat menjalar sampai ke punggung sejak 10 jam sebelum masuk RS, Keluhan makin memberat pada 4 jam terakhir, pasie juga mengeluhkan dada terasa sesak, nyeri pda ulu hati, dan disertai keringat dingin. Riwayat penyakit dahulu untuk keluhan serupa penyakit jantung, penyakit ginjal, hipertensi, penyakit diabetes mellitus, alergi, dan trauma disangkal. Riwayat penyakit keluarga ayah memiliki riwayat penyakit jantung dan hipertensi. Untuk kebiasaan sehari- hari pasien tidak meminum alcohol,obat-obatan, namun sering mengkonsumsi makanan berlemak dan merokok (Rizal Dwi, 2018).

Menurut Satoto (2015) bahwa pasien dengan unstable angina akan mengalami nyeri dada saat aktivitas berat namun kemudian masih tetap berlangsung saat istirahat. Ini adalah tanda akan terjadi infark miokard akut . Unstable angina dan MI akut merupakan sindrom koroner akut karena ruptur dari atherosklerotis plak pada pembuluh darah koroner. Hal itu diperparah dengan adanya peningkatkan kebutuhan konsumsi oksigen. Selama kebutuhan oksigen tak terpenuhi, terjadi iskemik miokard diikuti angina pectoris yang mereda bila keseimbangan oksigen terpenuhi. Sebenarnya oksigen yang inadekuat selain disebabkan oleh atheroscleosis juga disebabkan oleh kerusakan endotel.

Menurut asumsi peneliti pada Ny. S, mengalami *Unstable Angina Pectoris* dengan menggambarkan jika Ny. S mengalami nyeri pada dada seperti ditekan dengan skala 3 (0-10) diikuti dengan napas yang tersengal-sengal sat beraktifitas, dengan keadaan umum tampak lemah, akral teraba dingin, kering, merah, TD : 128/68 mmHg, N: 120x/menit, suhu 36,6 ℃, RR : 23x/menit terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm, CRT > 2 detik, dan terdapat oedema pada kedua ekstremitas bawah.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan awal nyeri dada yang dialaminya baru dirasakan pada tanggal 19 April 2021. Namun pasien mengatakan sering merasakan kelelahan saat melakukan aktivitas, hal tersebut sudah dialami pasien pada sekitar bulan Desember 2020. Pasien juga mengatakan pasien selalu rutin melakukan general check up tiap 3 bulan sekali, pada tanggal 17 Januari dilakukanlah gemeral check up di RSI A. Yani didapatkan hasil jika otot jantung pasien sudah mengalami kelemahan. Namun karena pasien merasa masih bisa beraktifitas meskipun dalam intensitas rendah ,pasien merasa baik-baik saja.

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan pasien seperti DM dan Hipertensi. Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, makanan, dan minuman.

### **Pemeriksaan Fisik**

1. B1 *(Breath/* Pernapasan*)*

Hasil pengkajian pada Ny. S pada pemeriksaan fisik B1 *(Breath/* Pernapasan*)* didapatkan hasil napas spontan, bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, irama napas reguler, pola napas dispnea, suara napas vesikuler, tidak terdapat batuk dan sputum, tidak terdapat suara napas tambahan, RR 23 x/menit terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, tidak ada sianosis.

Penyempitan pada arteri koroner akibat penumpukan plak akan meningkatkan kebutuhan oksigen pada jantung. Pada saat kebutuhan oksigen meningkat (denyut jantung naik atau saat kerja berat) aliran kororner tidak adekuat dengan menurunnya oksigen suplai yang menyebabkan iskemia miokard. Bila penyempitan lebih dari 90% walau dengan dilatasi distal maksimal, aliran darah tetap tidak dapat mencukupi kebutuhan basal dan iskemik tetap ada saat istirahat. Walaupun ada aliran kolateral namun tetap saja tidak cukup dalam memenuhi kebutuhan oksigen selama aktivitas. Sehingga seringkali pasien akan menunjukkan gejala sesak napas (Satoto, 2015). Menurut asumsi peneliti bahwa sesak yang dirasakan Ny. S diakibatkan oleh kurangnya suplai oksigen pada jantung akibat timbunan plak yang ada pada arteri koroner pada pasien.

1. B2 *(Blood/* Sirkulasi*)*

Hasil pengkajian pada Ny. S pada pemeriksaan fisik B2 *(Blood/* Sirkulasi*)* didapatkan hasil pemeriksaan irama jantung reguler, akral teraba dingin, kering, pucat, bunyi jantung S1/S2 tunggal, terdapat odema pada kedua ekstermitas bawah, CRT > 2 detik, tidak terdapat sianosis, tidak terdapat perdarahan, tidak ada mimisan (epistaksis), tekanan darah 128/ 68 mmHg, nadi: 120x/ menit, S: 36,6℃.

Pada pasien dengan diagnosa *Unstable Angina Pectoris* dan NSTEMI disebabkan oleh trombus non-oklusif, oklusi ringan (dapat mengalami reperfusi spontan), atau oklusi yang dapat dikompensasi oleh sirkulasi kolateral yang baik. Pada pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa sebagian besar pasien cemas dan tidak bisa istirahat (gelisah), dan seringkali ekstremitas pucat disertai keringat dingin (Ainiyah, 2016). Peneliti berasumsi bahwa pucat yang ada pada ekstermitas Ny. S merupakan suatu mekanisme tidak adekuatnya sirkulasi darah yang diakibatkan oleh adanya trombus non-oklusif.

1. B3 (*Brain/* Persarafan)

Hasil pengkajian pada Ny. S pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain/* Persarafan) didapatkan hasil pemeriksaan GCS total 15 (Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6), Kesadaran composmentis, terdapat nyeri seperti tertekan pada dada dengan skala 3 (0-10), tidak terdapat hemiparesis serta tidak ada kelemahan pada anggota tubuh. Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, tidak terdapat gangguan penglihatan pada pasein, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris, pasien dapat membuka dan menutup mata, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (Glosofaringeus, Vagus) mekanisme kemampuan menelan pasien normal, pasien dapat minum air putih, Nervus XI (Aksesorius) pasien mampu menggerakan menggeser kanan dan kiri, Nervus XII (Hipoglosus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

1. B4 (*Bladder/* Perkemihan)

Hasil pengkajian pada Ny. S pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder/* Perkemihan) didapatkan hasil pemeriksaan pasien terpasang kateter dengan urin total 1x/3jam dengan jumlah ±200cc dengan warna kuning jernih., tidak ada nyeri tekan pada perkemihan,

1. B5 (*Bowel/* Pencernaan)

Hasil pengkajian pada Ny. S pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel/* Pencernaan) didapatkan hasil pemeriksaan pola makan pasien baik dengan pola makan 3x sehari habis 1 porsi makan, mulut pasien bersih tidak, mukosa bibir kering, tidak terdapat gangguan makan, pasien tidak terpasang NGT, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen baik hepar maupun lien, selama dirumah sakit pasien belum BAB.

1. B6 (*Bone/* Muskuloskeletal)

Hasil pengkajian pada Ny. S pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone/* Muskuloskeletal) didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan nyeri pada dada dengan nyeri seperti tertekan dengan skala 3 (0 - 10), pasien mampu menggerakan persendiannya, tidak terdapat kelainan ektremitas atas dan ektremitas bawah, skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Satoto (2015) bahwa Nyeri dada merupakan alasan umum dari pasien yang datang ke rumah sakit, dicatat lebih dari 5% kunjungan di bagian gawat darurat dan 40% yang masuk rumah sakit. Sekitar 50% pasien yang datang dengan nyeri dada memiliki riwayat SKA, yang membutuhkan rawat inap dan terapi medis secara intensif. Adapun nyeri dada yang timbul pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris*, banyak yang timbul saat beristirahat dan ada yang muncul tanpa perubahan-perubahan diatas.

Sejalan dengan penelitian di atas Rampengan (2015) dalam penelitiannya menjelaskan pasien dengan unstable angina akan mengalami nyeri dada saat aktivitas berat namun kemudian masih tetap berlangsung saat istirahat. Ini adalah tanda akan terjadi infark miokard akut . Unstable angina dan MI akut merupakan sindrom koroner akut karena ruptur dari atherosclerotic plak pada pembuluh darah koroner. Peneliti berasumsi bahwa gejala khas dari *Unstable Angina Pectoris* yaitu adanya nyeri dada yang muncul terutama saat seseorang melakukan aktivitas berat. Sehingga nyeri dada yang dialami Ny. S merupakan tanda dari *Unstable Angina Pectoris*.

## **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis *Unstable Angina Pectoris* disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (D. & P. SDKI, 2016):

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah napas pasien tampak tersengal-sengal, nyeri pada dada skala 3 (0-10), RR: 23x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, Ekstermitas bawah tampak bengkak TTV : TD: 128/68 mmHg, N: 120x/menit, SPO2 : 98%. Masalah keperawatan ini menjadi masalah prioritas pada asuhan keperawatan pasien dengan *Unstable Angina Pectoris* dikarenakan aliran darah yang tidak adekuat ke jantung dan otak, menyebabkan risiko tinggi penurun curah jantung, sehingga terjadi penurunan suplai O2 ke miokard, terjadi peningkatan hipoksia jaringan miokardium, dan menyebabkan perubahan metabolisme miokardium (Purba, Susyanti dan Pamungkas, 2016)

Berdasarkan teori diatas peneliti berasumsi jika Ny. S memiliki masalah utama penurunan curah jantung seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengalami sesak napas dan nyeri pada dadanya, jika masalah ini tidak diselesaikan maka akan menimbulkan hipoksia yang akan mengancam nyawa.

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Sumbatan pada arteri koroner

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah napas pasien tampak tersengal-sengal, RR: 23x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, TTV : TD: 128/68 mmHg, N: 120x/menit, SPO2 : 98%. Masalah keperawatan ini menjadi masalah prioritas pada asuhan keperawatan pasien dengan *Unstable Angina Pectoris* karena adanya sumbatan pada arteri koroner menimbulkan oksigenasi kedalam jaringan jantung terganggu. Penurunan kadar oksigen pada pasien ini menyebabkan penurunan sediaan energi dalam tubuh dikarenakan proses penghasilan ATP juga berkurang, tubuh merespon dengan melakukan metabolism anaerob yang menghasilkan zat sisa berupa asam laktat. Penumpukan asam laktat pada otot yang berlebih akan menyebabkan kelelahan sehingga muncul gelaja mudah lelah, sesak nafas, yang pada akhirnya merujuk pada intoleransi aktifitas dan pembatasan aktifitas pada sebagian besar pasien yang dapat menurunkan kualitas hidupnya (Wahyudi, 2019).

Menurut asumsi penulis bahwa Ny. S memiliki masalah pola napas tidak efektif seperti data yang ditunjukkan bahwa napas pasien tampak tersengal-sengal, RR: 23x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, TTV : TD: 128/68 mmHg, N: 120x/menit, SPO2 : 98%. Hal tersebut bisa terjadi karena adanya sumbatan pada arteri koroner menimbulkan oksigenasi kedalam jaringan jantung terganggu. Sehingga suplai oksigen pada jantung menurun ini yang mengakibatkan pasien merasa sesak dan napasnya tersengal-sengal.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluhkan nyeri pada dadanya sebelah kiri seperti rasa tertekan dengan skala 3 (0-10) secara terus menerus RR: 23x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, TTV : TD: 128/68 mmHg, N: 120x/menit

Menurut keluhan yang khas pada angina pectoris tidak stabil adalah nyeri dada retrosternal ( dibelakang sternum), seperti diremas-remas, ditekan, ditusuk, panas atau ditindih barang berat. Nyeri dapat menjalar ke lengan (umumnya kiri), bahu, leher, rahang bahkan sampai ke punggung dan epigastrium. Nyeri berlangsung lama dan kadang-kadang nyeri disertai mual, muntah, sesak, pusing, keringat dingin, berdebar-debar dan pasien sering tampak ketakutan. Nyeri ini terjadi akibat arteri koroner yang tersumbat oleh adanya plak sehingga jantung mengalami iskemia. Keluhan nyeri dada kiri sering mengawali serang jantung yang resiko lebih hebat bahkan kematian (Tri Sunaryo dan Siti Lestari, 2016).

Peneliti berasumsi bahwa Ny. S memiliki masalah nyeri akut seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengeluhkan nyeri pada dadanya sebelah kiri seperti rasa tertekan dengan skala 3 (0-10) secara terus menerus RR: 23x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, TTV : TD: 128/68 mmHg, N: 120x/menit, nyeri yang dirasakan Ny S merupakan akibat dari mekanisme kurangnya suplai oksigen pada arteri koroner yang tersumbat oleh adanya plak sehingga jantung mengalami iskemia.

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluhkan badannya lebih cepat lelah jika beraktifitas, RR: 23x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, TTV: TD: 128/68 mmHg, N: 120x/menit.

Pada pasien Unstable Angina terdapat kondisi penurunan suplai oksigen menyebabkan penurunan sediaan energi dalam tubuh dikarenakan proses penghasilan ATP juga berkurang, tubuh merespon dengan melakukan metabolism anaerob yang menghasilkan zat sisa berupa asam laktat. Penumpukan asam laktat pada otot yang berlebih akan menyebabkan kelelahan sehingga muncul gelaja mudah lelah, sesak nafas, yang pada akhirnya merujuk pada intoleransi aktifitas dan pembatasan aktifitas pada sebagian besar pasien (Wahyudi, 2019).

Peneliti berasumsi bahwa Ny. S memiliki masalah intoleransi aktivitas seperti data yang ditunjukkan jika pasien mengeluhkan badannya lebih cepat lelah jika beraktifitas, RR: 23x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, TTV: TD: 128/68 mmHg, N: 120x/menit. Masalah tersebut timbul akibat sediaan energi dalam tubuh menurun karena pada pasien unstable angina juga mengalami penurunan suplai oksigen pada jantung. Hal ini mengakibatkan penumpukan asam laktat pada otot yang berlebih sehingga pasien merasa lebih mudah lelah yang pada akhirnya merujuk pada masalah intoleransi aktivitas.

## **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan pada Ny.S dengan diagnosis medis DHF disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (T. P. SDKI, 2016), (SIKI, 2016), (SLKI, 2016) :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung

Tujuan Keperawatan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam maka diharapkan curah jantung membaik dengan kriteria hasil : tekanan darah membaik, lelah menurun, kekuatan nadi perifer meningkat.

Rencana Keperawatan : monitor gejala lanjutan, tekanan darah, dan SPO2, berikan dukungan pada klien baik secara emosional dan spiritual (ajak diskusi pasien), anjurkan aktivitas fisik secara bertahap (duduk, miring kanan & kiri), berikan hasil kolaborasi pemberian antiaritmia serta antiplatelet sesuai petunjuk dokter (Amlodipin 1x1 5mg, Concor 1x1 2,5mg, Betaone 1x1 2,5mg, Cedocard 0,5 mg/jam, Platogrix 1x1 75mg, Enzimten 1x1 100mg).

Pemberian intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada masalah penurunan curah jantung difokuskan pada tindakan mandiri perawat yaitu dengan meningkatkan aktivitas fisik seperti duduk dan miring kanan kiri setiap 3 jam dan dilakukan secara bertahap. Penulis berasumsi bahwa dengan memberikan aktivitas fisik secara bertahap akan mampu mempertahankan kondisi kesehatan pasien secara fisiologis dalam memelihara aktivitas kerja jantungnya.

Penurunan curah jantung merupakan masalah serius pada gangguan fungsi kardiovaskuler. Hal ini karena penurunan curah jantung secara patofisiologi dapat menimbulkan dampak atau gangguan pada organ-organ vital diluar jantung sebagai akibat defisit sirkulasi. Misalnya pada pasien gagal jantung dengan *Unstable Angina* terjadi perubahan neurobiokimiawi sebagai respon kompensasi akibat gangguan yang terjadi. Penurunan curah jantung akan menyebabkan vasokonstriksi yang memperburuk sirkulasi sehingga kondisi perfusi perifer mengalami penurunan. Kondisi tersebut akan menyebabkan kelelahan pada pasien gagal jantung (Nugraha, Fatimah dan Kurniawan, 2017).

Intervensi keperawatan dengan menggunakan metode aktivitas fisik perlu diterapkan. Hal ini sudah berdasarkan hasil penelitian dan kajian ilmiah yang dapat dipertanggungjawabkan. Selain itu, akan dapat diketahui manfaat bagi klien dimana model aktivitas ini mampu mempertahankan kondisi kesehatan klien secara fisiologis dalam memelihara aktivitas kerja jantungnya, serta dapat menjaga keseimbangan antara kebutuhan dan suplai darah sebagai respon dari penurunan curah jantung akibat gagal jantung (Halimuddin, 2013).

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tujuan Keperawatan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : dispnea menurun, frekuensi nafas membaik, kedalaman nafas membaik.

Rencana Keperawatan : monitor perkembangan pola nafas, berikan posisi semi fowler, berikan oksigen sebesar 3 lpm, Ajarkan pasien teknik nafas dalam.

Pemberian intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada masalah pola napas tidak efektif difokuskan pada tindakan mandiri perawat yaitu pemberian oksigen. Penulis berasumsi dengan pemberian oksigen pada klien akan meningkatkan suplai oksigen dalam tubuh.

Pola napas tidak efektif menjadi salah satu masalah keperawatan pada pasien dengan *Unstable Angina.* Sistem sehingga diperlukan oksigenasi yang akan berperan penting dalam mengatur pertukaran oksigen dan karbondioksida antara udara dan darah. Oksigen diperlukan disemua sel untuk dapat menghasilkan sumber energi. Karbondioksida yang dihasilkan oleh sel- sel secara metabolisme aktif membentuk asam yang harus dibuang oleh tubuh. Dalam melakukan pertukaran gas sistem kardiovaskuler dan sistem respirasi bekerja sama, sistem kardiovaskuler bertanggung jawab untuk perfusi darah melalui paru (Ekasari, Riasmini dan Hartini, 2018).

Pemberian oksigen secara rutin pada pasien dengan masalah pola napas tidak efektif pada pasien unstable angina sudah dilakukan sejak lebih dari 100 tahun yang lalu. Tradisi dari pemberian oksigen rutin ini juga didukung oleh AHA (American Heart Association) dari tahun 1975-2005 yang merekomendasikan intervensi tersebut dan American College of Cardiology sampai tahun 2007. Dengan rasional dari tradisi pemberian terapi oksigen ini adalah ketika terjadi penurunan aliran darah pada jantung, pemberian oksigen akan meningkatkan tekanan perfusi koroner, sehingga meningkatkan oksigenasi pada jaringan jantung yang mengalami iskemik atau memperbaiki ketidakseimbangan oksigen di jantung (Rachmawati, 2017).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan Keperawatan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, tekanan darah membaik.

Rencana Keperawatan : monitor perkembangan skala nyeri, respon nyeri non verbal, jelaskan penyebab nyeri, berikan teknik seperti teknik napas dalam, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik napas dalam, berikan hasil kolaborasi pemberian analgetik sesuai petunjuk dokter (Nitrokaf retard 2x1 2,5mg).

Pemberian intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada masalah nyeri akut difokuskan pada tindakan mandiri perawat yaitu terapi relaksasi napas dalam. Terapi ini menurut penulis dapat menurunkan nyeri pada pasien merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme.

Nyeri dada merupakan salah satu permasalahan utama yang harus ditangani karena dapat menggangu baik secara fisik maupun psikologis pasien. Respon fisiologis nyeri mengakibatkan stimulasi simpatik, yang akan menyebabkan pelepasan epineprin, adanya peningkatan epineprin mengakibatkan denyut jantung cepat, pernapasan cepat dan dangkal, tekanan pada arteri meningkat. Respon psikologi timbulnya perasaan cemas dan takut dalam menjalani aktifitas. Dari beberapa faktor pemicu terjadinya panyakit Gagal Jantung salah satunya kebiasaan merokok mengakibatkan akumulasi toksik di pembuluh darah menyebabkan aterosklerosis sehingga terjadinya plak yang menyebabkan vasokontriksi pada pembuluh darah terutama di koronaria akibatnya aliran darah koroner tidak adekuat dapat terjadi iskemia miokard dimana penurunan perfusi jantung yang berakibat pada penurunan intake oksigen dan akumulasi hasil metabolisme senyawa kimia sehingga sel – sel miokard mengkompensasikan dengan berespirasi anaerob yang mengakibabkan produksi asam laktat menyebabkan pH sel menurun, perubahan metabolisme sel – sel miokard inilah yang menstimulasi resptor nyeri melalui symphatetic afferent di area korteks sensori primer inilah proses terjadinya nyeri pada dada (Kambu, 2020).

Intervensi mandiri keperawatan yang dapat dilakukan yaitu terapi teknik relaksasi nafas dalam efektif untuk menurunkan nyeri pada pasien CHF dengan *Unstable Angina* karena saat dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostalgandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik. Kemudian mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opoiod endogen yaitu endorphin dan enkefalin, yang mana opoid ini berfungsi sebagai analgesik alami (Ismoyowati *et al.*, 2021).

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Tujuan Keperawatan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : frekuensi nadi meningkat, keluhan lelah menurun, tekanan darah membaik .

Rencana Keperawatan : monitor kelemahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (duduk, miring kanan & kiri), berikan hasil kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Pemberian intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada masalah intoleransi aktivitas difokuskan pada tindakan mandiri perawat yaitu pemberian aktivitas secara bertahap. Penulis berasumsi pemberian aktivitas ini dapat meningkatkan aktivitas pasien.

Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi psikologis untuk menyesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari atau yang ingin dilakukan. Intoleransi Aktivitas ditandai dengan sesak dalam beraktivitas berat, gangguan frekuensi dan irama jantung: aritmia (takikardia, bradiakardia), perubahan pola EKG, palpitasi. Dengan gangguan preload: edema, keletihan, peningkatan atau penurunan tekanan vena sentrat, distensi vena jugularis, murmur, kenaikan BB. Pasien dengan intoleransi aktivitas perlu dilatih aktivitas, salah satunya dengan melatih aktivitas secara bertahap dapat meningkatkan kemampuan aktivitas pasien (Isnaeni dan Puspitasari, 2018).

Terapi aktivitas termasuk intervensi utama yang dapat dilakukan dalam upaya penatalaksanaan tersebut. Terapi aktivitas menggunakan aktivitas fisik, kognitif, sosial dan spiritual tertentu untuk memulihkan keterlibatan, frekuensi atau durasi aktivitas individu atau kelompok. Salah satu terapi yang dapat diterapkan adalah terapi aktivitas fisik seperti pengaturan posisi, ambulasi dini, latihan isometrik dan perawatan diri sesuai kebutuhan. Kegiatan fisik yang dilakukan secara teratur menyebabkan perubahan-perubahan misalnya jantung akan bertambah kuat pada otot polosnya sehingga daya tampung besar dan kontruksi atau denyutannya kuat dan teratur, selain itu elastisitas pembuluh darah akan bertambah karena adanya relaksasi dan vasodilatasi sehingga timbunan lemak akan berkurang dan meningkatkan kontraksi otot dinding pembuluh darah tersebut (Abidin *et al.*, 2020).

## **Implementasi Keperawatan**

Pembuatan implementasi keperawatan menyesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan. Pelaksanaan implementasi keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi, hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah napas pasien tampak tersengal-sengal, nyeri pada dada skala 3 (0-10), RR: 23x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, Ekstermitas bawah tampak bengkak TTV : TD: 128/68 mmHg, N: 120x/menit, SPO2 : 98%.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : mengobservasi TTV (TD : 128/68 mmHg, N : 120/menit, RR : 23x/menit, S : 36,6 ℃, SPO2 : 98 %) mengidentifikasi tanda gejala primer penurunan curah jantung (N : 120 x/menit (Takikardia), napas pasien terasa berat, Ektermitas bawah nyeri dan sedikit bengkak), memberikan dukungan emosional dan spiritual, menganjurkan aktivitas fisik secara bertahap, pemberian antiaritmia sesuai petunjuk dokter (Amlodipin 1x1 5mg, Concor 1x1 2,5mg, Betaone 1x1 2,5mg, Cedocard 0,5 mg/jam, Platogrix 1x1 75mg, Enzimten 1x1 100mg). Respon yang diberikan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan bahwa pasien merasa napasnya lebih ringan.

Penyebab sindrom koroner akut yang di dalamnya termasuk *Unstable Angina Pectoris* adalah erosi atau pecahnya plak aterosklerosis yang diikuti perlekatan, aktivasi, dan agregasi platelet serta aktivasi clotting cascade sehingga fibrin dan platelet membentuk koagulasi darah. Farmakoterapi pada penderita ini meliputi kombinasi dari fibrinolitik, antiplatelet, dan antikoagulan atau dapat juga diberikan terapi konvensional seperti nitrat dan penghambat adrenergik-β. Berdasarkan beberapa uji klinik yang dilakukan secara acak, antiplatelet terpilih untuk terapi pada semua pasien dengan sindroma koroner akut termasuk *Unstable Angina Pectoris* (Yunita, Zulkarnain dan Aminuddin, 2015).

Menurut asumsi penulis penurunan curah jantung terjadi penderita *Unstable Angina Pectoris* akibat tidak lancarnya sirkulasi pada jantung oleh adanya plak, jika dibiarkan kondisi ini dapat mengancam jiwa penderita *Unstable Angina Pectoris*. sehingga dibutuhkan intervensi yang tepat dalam penanganan penurunan curah jantung yaitu dengan pemberian obat antiplatelet untuk mengatasi aterosklerosis pada arteri jantung.

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah napas pasien tampak tersengal-sengal, RR: 23x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, TTV : TD: 128/68 mmHg, N: 120x/menit, SPO2 : 98%.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : memonitor pola nafas RR= 23x/menit dengan terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, observasi TTV (TD : 123/71 mmHg, RR : 24 x/menit, N : 178 x/menit, S : 36,4 C, SPO2 : 99 %, memposisikan semi fowler, mengajarkan teknik nafas dalam. Respon yang diberikan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan bahwa napas pasien sudah merasa lebih baik dan rasa berat saat bernapas sudah mulai berkurang.

Pemberian oksigen secara rutin pada pasien dengan masalah pola napas tidak efektif pada pasien unstable angina sudah dilakukan sejak lebih dari 100 tahun yang lalu. Tradisi dari pemberian oksigen rutin ini juga didukung oleh AHA (American Heart Association) dari tahun 1975-2005 yang merekomendasikan intervensi tersebut dan American College of Cardiology sampai tahun 2007. Dengan rasional dari tradisi pemberian terapi oksigen ini adalah ketika terjadi penurunan aliran darah pada jantung, pemberian oksigen akan meningkatkan tekanan perfusi koroner, sehingga meningkatkan oksigenasi pada jaringan jantung yang mengalami iskemik atau memperbaiki ketidakseimbangan oksigen di jantung (Rachmawati, 2017).

Menurut asumsi penulis hal yang paling tepat dalam penanganan masalah pola napas tidak efektif ini adalah dengan pemberian oksigen untuk memenuhi suplai oksigen terutama pada jantung. Karena oksigen merupakan peran penting dalam metabolisme tubuh manusia sehingga perlu untuk dipenuhi dengan sesegera mungkin.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluhkan nyeri pada dadanya sebelah kiri seperti rasa tertekan dengan skala 3 (0-10) secara terus menerus RR: 23x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, TTV : TD: 128/68 mmHg, N: 120x/menit

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (P : Nyeri dada, Q : Seperti tertekan, R : Dada sebelah kiri, S : 3 (0-10), T : Terus menerus), memberikan teknik nonfarmakologis seperti teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri, obbservasi TTV (TD : 135/69 mmHg, RR : 22 x/menit, N : 87 x/menit, S : 36,2 C, SPO2 : 96 %, menjelaskan penyebab nyeri, mengingatkan untuk melakukan terapi tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri. Respon yang diberikan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan bahwa nyeri yang dirasakan pasien sudah berkurang dari skala 3 (0-10) menjadi 1 (0-10).

Tehnik relaksasi napas dalam merupakan metode yang tepat untuk menghilangkan nyeri terutama pada pasien yang mengalami nyeri yang sifatnya kronis, sehingga pada nyeri Unstable Angina, tehnik relaksasi napas dalam dapat membantu dalam penurunan nyeri, hal ini berhubungan dengan adanya sumbatan pada arteri koroner yang menyebabkan suplai oksigen dalam darah berkurang, yang mempengaruhi dalam metabolisme di koroner, sehingga menyebabkan peningkatan asam laktat yang dapat menimbulkan nyeri dada (Iskandar, Sutarna dan Joeliantina, 2012).

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluhkan badannya lebih cepat lelah jika beraktifitas, RR: 23x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, TTV: TD: 128/68 mmHg, N: 120x/menit.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu : memonitor kelemahan fisik dan emosional, memonitor pola dan jam tidur, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mematikan lampu ruangan), menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirrkulasi (diit rendah garam), menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur (Amlodipin (Oral) 1x1 (5 mg)), Obsercvasi TTV : TD : 138/71 mmHg, RR : 18 x/menit, N : 71 x/menit, S : 36,6 C, SPO2 : 100%. Respon yang diberikan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan bahwa lelah yang dirasakan pasien berkurang dan badannya merasa lebih segar.

Sumbatan pada arteri koroner menimbulkan oksigenasi kedalam jaringan jantung terganggu. Penurunan kadar oksigen pada pasien dengan Unstable Angina menyebabkan penurunan sediaan energi dalam tubuh dikarenakan proses penghasilan ATP juga berkurang, tubuh merespon dengan melakukan metabolism anaerob yang menghasilkan zat sisa berupa asam laktat. Penumpukan asam laktat pada otot yang berlebih akan menyebabkan kelelahan sehingga muncul gelaja mudah lelah, sesak nafas, yang pada akhirnya merujuk pada intoleransi aktifitas sehingga asuhan keperawatan manajemen energi pada pembatasan aktifitas pada pasien sangat diperlukan meminimalisir terjadinya angina (Wahyudi, 2019).

Menurut asumsi penulis pembatasan aktivitas pada pasien Unstable Angina sangat diperlukan karena kondisi pasien sangat lemah yang diakibatkan oleh penurunan sediaan energi pada tubuh. Hal tersebut terjadi akibat kurangnya suplai oksigen pada jantung.

## **Evaluasi**

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan dalam proses keperawatan pada tahap evaluasi ini dilakukan kembali pengkajian ulang mengenai respon pasien terhadap tindakan yang sudah diberikan oleh perawat. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dipersiapkan pada tahap intervensi. Perawat harus melakukan tahap evaluasi dengan benar agar peawat benar benar mengetahui kondisi pasien setelah diberikan tindakan, hal apa yang terjadi pada pasien dan tindakan apa yang selanjutnya dilakukan (Simanullang, 2019).

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis Unstable Angina maka dilakukan evaluasi keperawatan hari pertama pada tanggal 20 April 2021 pukul 07.45 WIB, didapatkan masalah keperawatan berupa penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung ditandai dengan napas pasien tampak tersengal-sengal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan sesak pada pasien tampak berkurang, akral teraba dingin, pucat, pengkajian tanda-tanda vital didapatkan RR: 22x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, TTV : TD: 123/71 mmHg, N: 110x/menit, suhu: 36,6 C, SPO2 : 98%. Dari data tersebut menunjukkan masalah teratasi sebagian oleh karena itu perawat tetap mempertahankan tindakan keperawatan, observasi kebutuhan oksigen, serta kolaborasi pemberian obat antiplatelet seperti platogrix.

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis Unstable Angina maka dilakukan evaluasi keperawatan hari pertama pada tanggal 20 April 2021 pukul 07.45 WIB, didapatkan masalah keperawatan berupa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan napas pasien tampak tersengal-sengal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan sesak pada pasien tampak berkurang, RR: 22x/menit terpasang nasal kanul 3 Lpm, TTV :TD: 123/71 mmHg, RR : 22 x/menit terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, SPO2 : 98 %. Dari data tersebut membuktikan masalah teratasi sebagian oleh karena itu perawat tetap mempertahankan tindakan keperawatan dan tetap mengobservasi keadaan pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis Unstable Angina maka dilakukan evaluasi keperawatan hari pertama pada tanggal 20 April 2021 pukul 07.45 WIB, didapatkan masalah keperawatan berupa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan nyeri dada dengan skala 3(0-10). Pada pemeriksaan fisik didapatkan nyeri di dada kirinya sudah menurun dari skala 3 menjadi skala 1 (1-10), Pasien tampak lebih tenang, TD: 123/71 mmHg, N: 110x/menit. Dari data tersebut membuktikan masalah teratasi sebagian oleh karena itu perawat tetap mempertahankan tindakan keperawatan dan tetap mengobservasi keadaan pasien.

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis Unstable Angina maka dilakukan evaluasi keperawatan hari pertama pada tanggal 20 April 2021 pukul 07.45 WIB, didapatkan masalah keperawatan berupa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan cepat lelah ketika beraktifitas. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pasien tampak lebih bugar TTV: nadi = 110x/menit, TD = 123/71 mmHg, SPO = 99%. Dari data tersebut membuktikan masalah teratasi sebagian oleh karena itu perawat tetap mempertahankan tindakan keperawatan dan tetap mengobservasi keadaan pasien.

# 

# **BAB 5**

# **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris* di Ruang ICCU-CPU RSPAL DR. Ramelan Surabaya, maka penulis menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris*.

## **Simpulan**

1. Pengkajian pada pasien dengan diagnosis medis *Unstable Angina*, ditemukan adanya keluhan nyeri pada dada kiri dengan skala 3(0-10) napas berat, cepat lelah, frekuensi pernapasan 23x/menit terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, akral dingin, kering, pucat. Tidak terdapat pernapasan cuping hidung, SPO2 : 98%, TD: 128/68, dan Nadi 120x/menit.
2. Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Unstable Angina*, didasarkan pada masalah yang ditemukan yaitu : penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
3. Intervensi keperawatan pada Ny. S disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan curah jantung membaik difokuskan pada intervensi mandiri perawat yaitu pemberian aktivitas, pola napas membaik difokuskan pada intervensi mandiri perawat yaitu pemberian oksigen 3 lpm ,tingkat nyeri menurun difokuskan dengan intervensi mandiri perawat yaitu mengedukasi teknik relaksasi napas dalam, dan toleransi aktivitas meningkat difokuskan dengan intervensi mandiri perawat yaitu pemberian aktivitas secara bertahap (duduk dan miring kanan-kiri).
4. Implementasi keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa *Unstable Angina* dilakukan dengan perawatan jantung, manajemen jalan napas, manajemen nyeri, dan manajemen energi
5. Evaluasi keperawatan pada tanggal 22 April 2021 pukul 16.00 bahwa masalah keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dapat teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan.
6. Pendokumentasikan semua tindakan keperawatan pada Ny. S yang direncanakan dan dibuat telah dimasukkan pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 20 April 2021.

## **Saran**

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

### **Pasien Dan Keluarga**

Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan pasien dengan diagnosis medis *Unstable Angina* seperti segera membawa pasien ke fasilitas kesehatan ketika timbul gejala-gejala *Angina*, seperti: nyeri hebat pada dada kiri, nyeri menjalar ke punggung, lengan kiri, serta rahang, keluar keringat dingin, merasa lemah secara tiba-tiba, dan pasien mengeluh seperti mau pingsan. Memberi support kepada anggota keluarga yang sakit dan berada disamping keluarga yang membutuhkan bantuan.

### **Rumah Sakit**

Rumah Sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Mengadakan pelatihan internal yang diikuti oleh perawat khususnya semua perawat ruang ICCU-CPU Dr. Ramelan Surabaya mengenai perawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Unstable Angina.*

### **Perawat Ruang ICCU-CPU**

Perawat di ruang ICCU-CPU Dr. Ramelan Surabaya hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan serta skill dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Unstable Angina misalnya dengan mengikuti seminar atau pelatihan tentang bagaimana tata laksana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosismedis *Unstable Angina.*

# **DAFTAR PUSTAKA**

Abidin, M. Z. *et al.* (2020) “Nursing Care of Hypertension in the Elderly with a Focus on Study of Activity Intolerance in Dr. R. Soetijono Blora Hospital,” *Keperawatan*.

Ainiyah, N. (2016) “Peran Perawat Dalam Identifikasi Dini Dan,” *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 8(2), hal. 184–192.

Bare, B. dan Smeltzer, Suzanne, D. (2002) *Buku Ajar Keperwatan Medikal Bedah Bruner and Suddarth*. Jakarta: EGC.

Baringbing, J. O. (2020) “Pentingnya Perencanaan Keperawatan ( Intervensi Keperawatan ) Dalam Asuhan Keperawatan.”

Dermawan, D. (2012) *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja*. pertama. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. dan Geissler, A. C. (2012) *Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: EGC.

Ekasari, fatma mia, Riasmini, made ni dan Hartini, T. (2018) “Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia Konsep Dan Berbagai Strategi Intervensi,” *Wineka Media*, 3(2), hal. 5–6.

Halimuddin (2013) “Pengaruh Model Aktivitas Dan Latihan Intensitas Ringan Klien Gagal Jantung Terhadap Tekanan Darah,” *Idea Nursing Journal*, 4(3), hal. 93–104.

Hariyono, H. (2020) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Cardiovaskuler Untuk Profesi Ners*. Tersedia pada: http://repo.stikesicme-jbg.ac.id/4813/1/3. Buku Ajar Cardio.pdf.

Iskandar, H., Sutarna, I. M. dan Joeliantina, A. (2012) “Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Nyeri Dada the Effect of Deep Breath Relaxation Techniques Toward Chest Pain in Patients With Acute Myocardial Infarct,” *Jurnal Keperawatan*, V(3), hal. 122–125.

Ismoyowati, T. W. *et al.* (2021) “Manajemen Nyeri untuk Congestive Heart Failure,” 12(3), hal. 107–112. doi: 10.33846/sfl2126.

Isnaeni, N. N. dan Puspitasari, E. (2018) “Pemberian Aktivitas Bertahap Untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Pasien Chf,” *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*, 2(1), hal. 1–6. doi: 10.33655/mak.v2i1.28.

Kambu, I. (2020) “Terapi Akupresur Sebagai Evidence Based Nursing Untuk Mengurangi Nyeri Dada Pada Pasien Sindrom Koroner Akut,” *Journal of Health, Education and Literacy*, 2(2), hal. 69–73. doi: 10.31605/j-healt.v2i2.614.

Kemenkes RI (2014) “Situasi kesehatan jantung,” *Pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI*, hal. 3. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.

Koerniawan, D., Daeli, N. E. dan Srimiyati, S. (2020) “Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan,” *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), hal. 739–751. doi: 10.31539/jks.v3i2.1198.

Nugraha, B. A., Fatimah, S. dan Kurniawan, T. (2017) “Pengaruh Pijat Punggung terhadap Skor Kelelahan Pasien Gagal Jantung,” *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5(1), hal. 65–72. doi: 10.24198/jkp.v5n1.8.

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (2015) *Pedoman tatalaksana sindrom koroner akut. Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut*.

Purba, L., Susyanti, D. dan Pamungkas, P. (2016) “Studi Kasus Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Dengan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Congestive Heart Failure Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan Tahun 2016,” *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan*, 1(2), hal. 118. doi: 10.34008/jurhesti.v1i2.75.

Rachmawati, D. (2017) “Pemberian Terapi Oksigen Pada Pasien Acute Coronary Syndrome Dengan Chest Pain Di Instalasi Gawat Darurat,” *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 13(3). doi: 10.26753/jikk.v13i3.228.

Rahayu, S. dan Harnanto, A. M. (2016) *Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia 2*. Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Rampengan, S. H. (2015) *Kegawatdaruratan Jantung*, *Soc Franc d’Anesth et de Reanim*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesa.

Reny Yuli Aspiani, S. (2016) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler, Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.

Rizal Dwi, N. N. (2018) “Sindrom Koroner Akut,” *Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia*, 99, hal. 1–13.

Rosdahl, C. B. dan Kowalski, M. T. (2017) *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta: EGC.

Rulitasari, D. D. (2016) “Koroner Dengan Pendekatan Geographically Weighted Regression Di Jawa Timur Tahun 2013 Koroner Dengan Pendekatan Geographically Weighted Regression Di Jawa Timur Tahun 2013.”

Sari, K. J. (2019) “‘Pedoman Dalam Melaksanakan Implementasi Keperawatan.’” doi: 10.31227/osf.io/nckbj.

Sartono, Masudik dan Suhaeni AE (2019) *Basic Trauma Cardiac Life Support*. Bekasi: Gadar Medik Indonesia.

Satoto, H. H. (2015) “Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner Coronary Heart Disease Pathophysiology,” *Jurnal Anestesiologi Indonesia*, VI(3), hal. 209–223. Tersedia pada: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjyhZDyrcHoAhWTSH0KHcPaADEQFjABegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fejournal.undip.ac.id%2Findex.php%2Fjanesti%2Farticle%2Fdownload%2F9127%2F7385&usg=AOvVaw0-I3Ion3rmdspFViD-O4Vx.

SDKI, D. & P. (2016) *STANDART DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA: DEFINISI DAN INDIKATOR DIAGNOSTIK*. 1 ed. Jakarta: DPPPNI.

SDKI, T. P. (2016) *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Setiadi (2012) *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan; Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

SIKI (2016) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. 1 ed. Jakarta Selatan: PPNI.

Simanullang, M. V. (2019) “Evaluasi Keperawatan Yang Tepat Untuk Pelayanan Keperawatan,” hal. 1–7. doi: 10.31227/osf.io/k37pn.

SLKI (2016) *Starndar Luran Keperawatan Indonesia*. 1 ed. Jakarta Selatan: PPNI.

Tri Sunaryo dan Siti Lestari (2016) “Pengaruh Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Skala Nyeri Dada Kiri Pada Pasien Acute Myocardial Infarc ,” *Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4(2), hal. 147–151.

Wahyudi, R. (2019) “Efektivitas Breathing Exercise Terhadap Penilaian Tingkat Kelelahan Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner,” *NURSING UPDATE : Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan P-ISSN : 2085-5931 e-ISSN : 2623-2871*, 1(1), hal. 70–77. doi: 10.36089/nu.v1i1.38.

WHO (2015) *World Health Statistic*. World Health Organization.

Yunita, E. P., Zulkarnain, B. S. dan Aminuddin, M. (2015) “Aspirin Resistance in Coronary Artery Disease with Hypertensive Patients,” *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 4(1), hal. 28–38. doi: 10.15416/ijcp.2015.4.1.28.

# **LAMPIRAN**

###### **Lampiran 1**

**CURRICULUM VITAE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : Achmad Syariful rizal | |
| NIM | : 1610002 | |
| Program Studi | : S-1 Keperawatan | |
| Tempat, Tanggal Lahir | : Pasuruan, 28 September 1996 | |
| Alamat | : Dsn. Trompo Kulon 03/02 Ds. Trompo Asri Kec. Jabon Kab. Sidoarjo | |
| Agama | : Islam | |
| Email | : [rizalachmad5454@gmail.com](mailto:rizalachmad5454@gmail.com) | |
| Riwayat Pendidikan | : | |
| 1. SDN DERMO 1 BANGIL | | Lulus Tahun 2008 |
| 1. SMPN 1 BANGIL | | Lulus Tahun 2011 |
| 1. SMAN 1 BANGIL 2. STIKES HANG TUAH SURABAYA | | Lulus Tahun 2014  Lulus Tahun 2020 |

###### **Lampiran 2**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

***Rasulullah Shallallahu ‘alaihi wa sallam bersabda:***

***“Barangsiapa yang melapangkan satu kesusahan dunia dari seorang mukmin, maka Allah akan melapangkan darinya satu kesusahan di hari kiamat. Barangsiapa memudahkan (urusan) atas orang yang kesulitan, maka Allah memudahkan atasnya di dunia dan akhirat ”***

**H.R Muslim 2699**

PERSEMBAHAN :

1. Terimakasih kepada Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kelancaran dan berkah dalam setiap langkah-langkah pengerjaan karya ilmiah akhir ini.
2. Terimakasih kepada kedua orang tua saya tercinta Bapak Triali Eboh, S.H dan ibu Almh. Endang Supraptiningsih yang tidak sempat melihat anak laki-lakinya ini menjadi sarjana Ners keperawatan serta istri yang tercinta Nurul Ilmia Wiji Utami, S.H dan kedua anak saya lang lucu dan tercinta Khilya Clemira Achmad serta Safa Clemira Achmad yang selalu memberikan doa dan semangat kepada saya dalam menuntut ilmu sehingga karya ilmiah akhir saya dapat selesai dengan tepat waktu.
3. Terimakasih kepada Ibu Ceria Nurhayati, S. Kep., M. Kep selaku pembimbing yang telah membimbing saya dengan penuh kesabaran dan memberikan seluruh ilmu serta waktunya dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
4. Terimakasih kepada dosen-dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah sabar memperkenalkan, membagikan ilmu, memberikan contoh, serta membentuk jiwa keperawatan kepada saya.
5. Terimakasih kepada sahabat-sahabat angkatan 22 yang selalu menemani, memberikan support dan melengkapi pelajaran hidup saya selama 5 tahun.
6. Terimakasih untuk teman dekat dan sahabat-sahabat saya yang telah menyemangati dan menemani dari awal sampai akhir sehingga karya ilmiah akhir ini dapat selesai dengan baik.

###### **Lampiran 3**

**SOP Latihan Relaksasi Napas Dalam**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aspek yang dinilai** | **Ya** | **Tidak** |
| A. Tahap Pra Interaksi   1. Mengidentifiksi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat |  |  |
| B. Tahap Orientasi   1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya |  |  |
| C. Tahap Kerja   1. Mengatur posisi yang dirasa enak oleh klien (semi fowler) dengan lutut ditekuk, punggung dan kepala diberi bantal atau posisi supine dengan kepala diberi bantal dan lutut ditekuk. 2. Menganjurkan klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen. 3. Melatih pasien melakukan pernapasan perut (memerintahkan klien menarik napas dalam melalui hidung dengan mulut ditutup hingga 3 hitungan) 4. Menganjurkan klien tetap rileks, jangan melengkungkan punggung dan konsentrasi pada pengembangan abdomen sejauh yang dapat dilakukan. Meminta klien menahan napas hingga 3 hitungan. 5. Memerintahkan klien untuk mengerutkan bibir seperti sedang bersiul dan mengeluarkan udara dengan pelan dan tenang hi ngga 3 hitungan. 6. Menganjurkan klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi otot. 7. Merapikan klien |  |  |
| C. Tahap Terminasi   1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan |  |  |

###### **Lampiran 4**

**SOP Pemberian Oksigen**

|  |
| --- |
| **Pengertian :** pemberian oksigen melalui hidung dengan kanule nasal /kateter nasal / masker. |
| **Tujuan :** untuk mempertahankan dan memenuhi kebutuhan oksigen. |
| **Peralatan :**   1. Tabung oksigen lengkap dengan manometer 2. Pengukur aliran flowmeter dan humidifier 3. Nasal kanul/kateter nasal sesuai ukuran (anak 8-10 Fr, dewasa wanita 10-12 Fr, dan dewasa laki-laki 12-14 Fr) / Masker 4. Selang oksigen 5. Jelly 6. Plester |
| A. Tahap Pra Interaksi   1. Mengidentifiksi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat |
| B. Tahap Orientasi   1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya |
| C. Tahap Kerja   1. Membantu klien pada posisi semi fowler. 2. Memasang peralatan oksigen dan humidifier. 3. Menyalakan oksigen dengan aliran sesuai advis. 4. Memeriksa aliran oksigen pada selang. \* 5. Menyambung nasal kanule / kateter kanule / masker   dengan selang oksigen.   1. Memasang nasal kanule / kateter kanule / masker pada   hidung (sesuai indikasi ) :   1. Memberikan oksigen menggunakan kanule nasal :  * Meletakkan ujung kanule ke dalaam lobang hidung dan selang mengelilingi kepala. meyakinkan kanule masuk lubang hidung dan tidak ke jaringan hidung. * Menempelkan berikan plester kanule pada sisi wajah, selipkan kasa di bawah selang pada tulang pipi untuk mencegah iritasi.  1. Memberikan oksigen menggunakan kateter nasal :  * Mengukur jarak hidung dengan lubang telinga, untuk menentukan antara hidung dan orofaring. * Jarak ditandai dengan plester. * Melumasi ujung kateter dengan jely, untuk memasukkan dan mencegah mukosa nasal bila diaspirasi. * Memasukkan kateter perlahan melalui satu lubang hidung sampai ujung kateter masuk orofaring. Lihat kedalam mulut klien, gunakan senter dan tong spatel untuk melihat letak kateter. Ujung kateter akan dapat dilihat disamping ovula. Tarik sedikit ujung kateter sehingga tidak panjang. * Menempelkan plester kateter diwajah klien di sisi hidung. Jepit selang ke baju klien, biarkan selang kendur untuk memberikan kebebasan klien bergerak tanpa tertarik selang.  1. Memberikan oksigen menggunakan masker hidung (sederhana, reservoir, venturi) :  * memasang masker hidung menutupi mulut dan hidung dan fiksasi dengan menggunakan tali pengikat.  1. Mengkaji respon klien terhadap oksigen dalam 15-30 menit. 2. Memeriksa aliran dan air dalam humidifier dalam 30 menit. 3. Mencatat permulaan terapi dan pengkajian data. |
| C. Tahap Terminasi   1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan |

( Sumber : Rahayu dan Harnanto, 2016)

###### **Lampiran 5**

**SOP Pemberian Posisi Semi Fowler**

|  |
| --- |
| **Pengertian :** Posisi semi fowler adalah sikap dalam posisi setengah duduk dengan derajat kemiringan 15°-60° |
| **Tujuan :**   1. Mobilisasi 2. Memberikan perasaan lega pada klien sesak napas 3. Memudahkan perawatan misalnya memberikan makan |
| **Indikasi :**   1. Pada pasien yang mengalami gangguanpernapasan 2. Pada pasien yang mengalami imobilisasi |
| A. Tahap Pra Interaksi   1. Mengidentifiksi kebutuhan/indikasi pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat |
| B. Tahap Orientasi   1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya |
| C. Tahap Kerja   1. Mengangkat kepala dari tempat tidur ke permukaan yang tepat (45-90 derajat) 2. Gunakan bantal untuk menyokong lengan dan kepala klien jika tubuh bagian atas klien lumpuh 3. Letakan bantal di bawah kepala klien sesuai dengan keinginan klien, menaikan lutut dari tempat tidur yang rendah menghindari adanya tekanan di bawah jarak poplital ( di bawah lutut ) |
| C. Tahap Terminasi   1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan |

( Sumber : Rahayu dan Harnanto, 2016)

###### **Lampiran 6**

**SOP Pemberian Obat Oral**

|  |
| --- |
| **Pengertian :** Memberikan obat melalui mulut |
| **Tujuan :**   1. Penyediaan obat yang memiliki efek lokal atau sistematik melalui saluran gastrointestinal 2. Menghindari pemberian obat yang dapat menyebabkan kerusakan kulit dan jaringan 3. Menghindari pemberian obat yang dapat menyebabkan nyeri |
| A. Tahap Pra Interaksi   1. Baki berisi obat-obatan pasien (kotak obat pasien) 2. Kartu atau buku rencana pengobatan 3. Mengkuk sekali pakai untuk tempat obat 4. Pemotong obat (jika diperlukan) 5. Martil dan lumpang penggerus (jika diperlukan) 6. Gelas pengukur (jika diperlukan) 7. Gelas dan air minum |
| B. Tahap Orientasi   1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya |
| C. Tahap Kerja   1. Siapkan peralatan dan cuci tangan 2. Kaji kemampuan klien untuk dapat minum obat per oral (kemampuan menelan, mual atau muntah) 3. Periksa kembali order pengobatan (nama klien, nama dan dosis obat, waktu dan cara pemberian), periksa tanggal kadaluarsa obat ada keraguan pada order pengobatan laporkan pada perawat yang berwenang atau dokter. 4. Ambil obat sesuai keperluan (baca order pengobatan dan ambil obat dari kotak obat pasien) 5. Siapkan obat-obat yang akan diberikan, siapkan jumlah obat sesuai dengan dosis yang diperlukan tanpa mengkontaminasi obat (gunakan teknik aseptic untuk menjaga kebersihan obat. 6. Berikan obat kepada pasien pastikan pasien meminum obat tersebut dengan benar 7. Catat obat yang telah diberikan meliputi nama dan dosis obat, setiap keluhan dan tanda tangan perawat 8. Kembalikan peralatan yang dipakai dengan tepat dan benar 9. Lakukan evaluasi mengenai efek obat pada klien (biasanya 30 menit setelah pemberian obat |
| C. Tahap Terminasi   1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan |

( Sumber : Rahayu dan Harnanto, 2016)

###### **Lampiran 7**

**SOP Pemberian Obat melalui *Syringe Pump***

|  |
| --- |
| **Pengertian :** Memasukkan cairan obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah banyak, waktu lama, dosis tepat dan continue dengan menggunakan syringe pump |
| **Tujuan :**  Memberikan obat dalam jumlah banyak, waktu lama, dosis tepat dan continue. |
| **Indikasi :**   * + - 1. Kejang terus menerus sehingga memerlukan obat anti kejang secara cepat dan kontinue.       2. Hipertensi emergency, sehingga memerlukan obat anti hipertensi secara terus menerus, continue dan dapat menurunkan hipertensi secara bertahap.       3. Yang memerlukan terapi pengobatan maintenance, memerlukan observasi yang ketat terhadap pemberian obat. |
| A. Tahap Pra Interaksi   1. Seperangkat infuse set (bila belum terpasang infuse, lakukan prosedur pemasangan infus). 2. Alat syringe pump 3. Tree way stop chock 4. Slang Perfusor 5. Plester 6. Kassa steril 7. Bengkok 8. Obat yang diperlukan 9. Spuit 10 cc, 20 cc, atau 50 10. Pengencer → NaCl 0,9% bila diperlukan. 11. Tiang tempat syringe pump 12. Kabel listrik 13. Tali pengaman. |
| B. Tahap Orientasi   1. Memberikan salam, panggil klien dengan namanya 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya |
| C. Tahap Kerja   1. Dekatkan alat kepada pasien 2. Mencuci tangan dengan 6 langkah 3. Pakai sarung tangan. 4. Ucapkan Bismillaahirrohmaanirrohiim 5. Letakkan syringe pump diatas tiang ikat dengan tali pengaman posisi dekatkan dengan lokasi pemasangan infuse. 6. Ambil obat masukkan dalam spuit 20 cc/50 cc sesuai kebutuhan dan encerkan dengan NaCl 0,9% sesuai dosis. 7. Sambung dengan slang perfusor, ujung satu pada lubang jarum infus yang sudah terpasang tree way stop chock ujung lain pada spuit. 8. Plester dan tutup dengan kasa pada pangkal tree way 9. Sambung syring pump dengan kabel listrik ke sumber listrik 10. Atur posisi pintu tree way dalam keadaan mengalir. 11. Untuk menyalakan, tekan tombol on semala ± 2 detik. 12. Pasang spuit (10 cc, 20 cc, 30,cc atau 50 cc) pada tempatnya. 13. Atur dosis dengan menekan ratusan/puluhan satuan desimal. 14. Jika ada gelembung udara diselang, keluarkan atau tekan bersama tombol (reset & purge) sampai gelembung sudah terbuang. 15. Tekan tombol stat 16. Untuk menghentikan tekan tomol stop 17. Lepaskan syiring pump. 18. Perhatian : selama alat bekerja, tombol pemilih dosis tidak berfungsi, jika akan merubah dosis alat harus dalam keadaan ‘stop’. 19. Jika alat tidak dipakai dalam waktu yang lama, usahakan sekali dalam seminggu ± 6jam alat dihidupkan dengan listrik agar terjadi arus pengisisan baterai cadangan. |
| C. Tahap Terminasi   1. Mengevaluasi hasil / respon klien 2. Mendokumentasikan hasilnya 3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Mengakhiri kegiatan, membereskan alat-alat 5. Mencuci tangan |

( Sumber : Rahayu dan Harnanto, 2016)