# **KARYA ILMIAH AKHIR**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *UNSTABLE*

*ANGINA PECTORIS* (UAP) DI RUANG ICCU – CPU

RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA



Oleh :

CINDY APRILIA PUSPITA SARI, s.Kep

NIM. 2030019

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH

SURABAYA

2021

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *UNSTABLE*

*ANGINA PECTORIS* (UAP) DI RUANG ICCU – CPU

RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA

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

**untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh :

CINDY APRILIA PUSPITA SARI, s.Kep

NIM. 2030019

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN 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 ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan punulis, 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, 21 Juli 2021  Penulis |  |
| **Cindy Aprilia Puspita Sari, S. Kep**  **NIM. 2030019** |

# **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Cindy Aprilia Puspita Sari, S.Kep

NIM : 2030019

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Unstable Angina Pectoris* (UAP) di Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

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

**NERS (Ns)**

**Surabaya, 21 Juli 2021**

|  |
| --- |
| **Pembimbing** |
| **Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns., M.Kep**  **NIP.03001** |

**Mengetahui,**

**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB**

**NIP.03020**

# **HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Cindy Aprilia Puspita Sari, S.Kep

NIM : 2030019

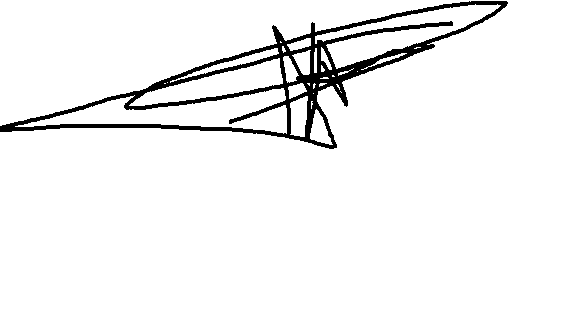
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Unstable Angina Pectoris* (UAP) di Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Imiah Akhir di STIKes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada prodi Pendidikan Profesi Ners di STIKes Hang Tuah Surabaya.



Penguji I : **Christina Yuliastuti, S.Kep., Ns., M. Kep**

 **NIP. 03017**

Penguji II : **Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep.,Ns., M.Kes**



**NIP. 03054**

Penguji III : **Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep**

**NIP. 03001**

**Mengetahui,**

**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB**

**NIP.03020**

# **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT 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 ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan 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 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya atas pemberian izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Laksamana Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp,.M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKes Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKes Hang Tuah Surabaya.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan motivasi dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
5. Dr. Setiadi S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing dan penguji yang telah memberikan arahan, saran, masukan dan meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Christina Yuliastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kepselaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan membimbing saya demi penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Sri Anik Rustini, S.H.,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan membimbing saya demi penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Seluruh dosen dan staf karyawan STIKes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Teman – teman sealmamater Profesi Ners A-11 di STIKes Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan Allah Yang Maha Pemurah dan penulis berharap bahwa karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semuanya.

Surabaya, 21 Juli 2021

Penulis

# **DAFTAR ISI**

[HALAMAN JUDUL i](#_Toc77875691)

[SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN ii](#_Toc77875692)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc77875693)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc77875694)

[KATA PENGANTAR v](#_Toc77875695)

[DAFTAR ISI vii](#_Toc77875696)

[DAFTAR TABEL x](#_Toc77875697)

[DAFTAR GAMBAR xi](#_Toc77875698)

[DAFTAR LAMPIRAN xii](#_Toc77875699)

[DAFTAR SINGKATAN xiii](#_Toc77875700)

[BAB 1](#_Toc77875701) [PENDAHULUAN 1](#_Toc77875702)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc77875703)

[1.2 Rumusan Masalah 5](#_Toc77875704)

[1.3 Tujuan Penulisan 5](#_Toc77875705)

[1.3.1 Tujuan Umum 5](#_Toc77875706)

[1.3.2 Tujuan Khusus 5](#_Toc77875707)

[1.4 Manfaat 6](#_Toc77875708)

[1.4.1 Manfaat Teoritis 6](#_Toc77875709)

[1.4.2 Manfaat Praktis 6](#_Toc77875710)

[1.5 Metode Penulisan 7](#_Toc77875711)

[1.5.1 Metode 7](#_Toc77875712)

[1.5.2 Teknik Pengumpulan Data 7](#_Toc77875713)

[1.5.3 Sumber Data 7](#_Toc77875714)

[1.6 Sistematika Penulisan 8](#_Toc77875715)

[BAB 2](#_Toc77875716) [TINJAUAN PUSTAKA 10](#_Toc77875717)

[2.1 Konsep Penyakit *Unstable Angina Pectoris* (UAP) 10](#_Toc77875718)

[2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Jantung 10](#_Toc77875719)

[2.1.2 Definisi 14](#_Toc77875720)

[2.1.3 Etiologi 14](#_Toc77875721)

[2.1.4 Klasifikasi 16](#_Toc77875722)

[2.1.5 Patofisiologi 17](#_Toc77875723)

[2.1.6 Manifestasi Klinis 19](#_Toc77875724)

[2.1.7 Komplikasi 21](#_Toc77875725)

[2.1.8 Pemeriksaan Penunjang 22](#_Toc77875726)

[2.1.9 Penatalaksanaan Medis 24](#_Toc77875727)

[2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Unstable Angina Pectoris* 28](#_Toc77875728)

[2.2.1 Pengkajian Keperawatan 28](#_Toc77875729)

[2.2.2 Diagnosa Keperawatan 34](#_Toc77875730)

[2.2.3 Intervensi Keperawatan 35](#_Toc77875731)

[2.2.4 Implementasi Keperawatan 40](#_Toc77875732)

[2.2.5 Evaluasi Keperawatan 40](#_Toc77875733)

[2.3 Kerangka Masalah 41](#_Toc77875734)

[BAB 3](#_Toc77875735) [TINJAUAN KASUS 42](#_Toc77875736)

[3.1 Pengkajian 42](#_Toc77875737)

[3.2 Diagnosa Keperawatan 50](#_Toc77875738)

[3.2.1 Analisa Data 50](#_Toc77875739)

[3.3 Rencana Keperawatan 54](#_Toc77875740)

[3.4 Implementasi & Evaluasi Keperawatan 59](#_Toc77875741)

[**BAB 4**](#_Toc77875742) [**PEMBAHASAN 69**](#_Toc77875743)

[4.1 Pengkajian Keperawatan 69](#_Toc77875744)

[4.1.1 Identitas 69](#_Toc77875745)

[4.1.2 Riwayat Penyakit dan Kesehatan 70](#_Toc77875746)

[4.1.3 Pemeriksaan Fisik 72](#_Toc77875747)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 74](#_Toc77875748)

[4.3 Intervensi Keperawatan 78](#_Toc77875749)

[4.4 Implementasi Keperawatan 84](#_Toc77875750)

[4.5 Evaluasi Keperawatan 87](#_Toc77875751)

[**BAB 5**](#_Toc77875752) [**PENUTUP 92**](#_Toc77875753)

[5.1 Simpulan 92](#_Toc77875754)

[5.2 Saran 94](#_Toc77875755)

[5.2.1 Bagi Pasien 94](#_Toc77875756)

[5.2.2 Bagi Perawat 95](#_Toc77875757)

[5.2.3 Bagi Rumah Sakit 95](#_Toc77875758)

[5.2.4 Bagi Penulis 95](#_Toc77875759)

[**DAFTAR PUSTAKA 96**](#_Toc77875760)

[**LAMPIRAN 98**](#_Toc77875761)

# **DAFTAR TABEL**

1. Intervensi Keperawatan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) 35
2. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn. B 46
3. Lembar Terapi Medis Tn. B 49
4. Intervensi Keperawatan Tn. B 54

# **DAFTAR GAMBAR**

1. Anatomi Jantung 10
2. Ruang dan Katup Jantung 11

# **DAFTAR LAMPIRAN**

1. *Curriculum Vitae* 98
2. Motto dan Persembahan 99
3. SOP EKG 101
4. SOP Teknik Relaksasi Napas Dalam 105
5. SOP Mengukur Tanda – Tanda Vital (TTV) 107

# **DAFTAR SINGKATAN**

**SINGKATAN**

UAP : *Unstable Angina Pectoris*

IMA : Infark Miokard Akut

DM : Diabetes Mellitus

PTM : Penyakit Tidak Menular

SKA : Sindrom Koroner Akut

ICCU : *Intensive Cardiologi Care Unit*

CPU : *Chest Pain Unit*

RSPAL: Rumah Sakit Pendidikan Angkatan Laut

RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah

WHO : *World Heart Organization*

LDL : *Low Density Lipoprotein*

HDL : *High Density Lipoprotein*

NO : Nitrat Oksida

SGOT : *Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase*

EKG : Elektrokardiogram

BB : Berat Badan

TTV : Tanda – Tanda Vital

RR : *Respiratory Rate*

TD : Tekanan Darah

N : Nadi

CRT : *Capillary Refill Time*

O2 : Oksigen

SPO2 : Saturasi Oksigen Perifer Kapiler

GCS : *Glasglow Coma Scale*

IMT : Indeks Massa Tubuh

IWL : *Insible Water Loss*

**SIMBOL**

% : Persen

? : Tanda Tanya

/ : Atau

= : Sama Dengan

− : Sampai

(+) : Positif

(-) : Negatif

< : Kurang Dari

> : Lebih Dari

± : Kurang Lebih

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

## **Latar Belakang**

Sindrom koroner akut merupakan spektrum manifestasi akut dan berat yang merupakan keadaan kegawatdaruratan dari koroner akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dan aliran. Sindrom koroner akut meliputi berbagai kondisi patologi yang menghambat aliran darah dalam arteri yang mensuplai jantung. Penyakit aterosklerosis koroner disebabkan kelainan metabolisme lipid, koagulasi darah, keadaan biofisika, dan biokimia dinding arteri. Sindrom koroner akut (SKA) meliputi spektrum penyakit dari infark miokard akut (IMA) sampai angina tak stabil (*unstable* angina) (Nugraha, 2017).

Angina pektoris adalah kumpulan gejala klinis berupa serangan nyeri dada yang khas, yaitu seperti ditekan atau terasa berat didada yang sering menjalar ke lengan kiri. Adapun gejala dari penyakit ini antara lain adanya nyeri dada yang khas meliputi lokasi yang berada di dada dengan penjalaran ke leher, rahang, bahu kiri sampai dengan jari – jari, punggung atau pundak kiri. Kualitas nyeri biasanya merupakan nyeri yang tumpul seperti rasa tertindih atau berat di dada, maupun rasa desakan yang kuat dari dalam atau dari bawah diafragma. Berhubungan dengan aktivitas biasanya nyeri dada angina timbul pada waktu melakukan aktivitas misalnya berjalan cepat dan tergesa – gesa. Angina pektoris disebabkan karena suplai oksigen yang tidak mencukupi ke sel – sel otot jantung dibandingkan kebutuhan, bahan lemak terkumpul di bawah lapisan sebelah dalam dari dinding arteri (aterosklerosis), spasme arteri koroner, anemia berat dan peradangan pada satu atau lebih persendian (artritis) (Sardjito, 2020).

Respon dari penyakit angina ini dapat menyebabkan penderita mengalami sesak napas yang dimana pola napas menjadi teganggu, beban kerja jantung meningkat akibat ketidaksesuaian suplai oksigen dalam tubuh, nyeri akut yang tidak dapat tertahankan serta kecemasan yang dirasakan oleh penderita akan terus meningkat disertai tanda – tanda vital yang tidak stabil cenderung naik akan menyebabkan kecemasan atau ansietas.

Secara global PTM (Penyakit Tidak Menular) penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskuler. Data WHO tahun 2015 menunjukkan bahwa 70% kematian di dunia disebabkan oleh penyakit tidak menular (39,5 juta dari 56,4 kematian). Dari seluruh kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) tersebut, 45% nya disebabkan oleh penyakit jantung dan pembuluh darah, yaitu 17.7 juta dari 39,5 juta kematian. Lebih dari 80% kematian akibat gangguan kardiovaskular terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Kejadian gagal jantung meningkat dengan bertambahnya usia. Tingkat kematian untuk gagal jantung sekitar 50% dalam waktu tahun (Huether & McCance, 2017). Hal tersebut akan meningkatkan kewaspadaan terhadap angina tidak stabil namun insidennya akan tetap tinggi dikarenakan angka harapan hidup yang lebih baik dan meningkatnya kelangsungan hidup setelah serangan angina tidak stabil (Sardjito, 2020).

Di Indonesia, hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan prevalensi jantung koroner berdasarkan wawancara terdiagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,5% dan berdasarkan terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 1,5%. Penyakit jantung koroner tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun yaitu, dan menurun sedikit pada kelompok umur ≥75 tahun. Prevalensi PJK yang di diagnosis dokter maupun berdasarkan diagnosis dokter atau gejala lebih tinggi pada perempuan (0,5% dan 1,5%) (Riskesdas, 2018). Sedangkan di RSUD Dr. Ahcmad Mocthar Bukittingi di ruangan ICU atau ICCU didapatkan dari laporan tahunan menunjukkan pasien yang di diagnosa dengan penyakit *Unstable Angina Pectoris* (UAP) Januari 2018 – Juni 2019 sebanyak 102 orang (Sari, 2019).

Angina pektoris disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor dari luar (beban fisik kerja yang terlalu berat), pencetus seragan (emosi, makan terlalu banyak berlemak), adanya pengerasan pembuluh darah (sklerotik arteri koroner) akibat penumpukan plak pada dinding arteri (lemak, kolestrol), pembekuan darah yang tidak normal pada trombosit (agregasi trombosit), penyempitan arteri koroner (spasme), dan trombosis arteri koroner akibat plak pada ateroma. Dari beberapa penyebab diatas maka akan menyebabkan penurunan alirah darah menuju jantung dan kebutuhan O2 menjadi meningkat, sehingga menyebabkan gangguan aliran darah ke jantung yang membuat sel – sel otot jantung mati atau nekrosis yang beresiko pada tubuh akan mengalami kekurangan suplai O2. Permasalahan tersebut akan memunculkan beberapa diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif ditandai dengan pola napas yang abnormal, sesak napas dikarenakan tubuh mengalami penurunan suplai O2. Penderita akan mengalami rasa bingung khawatir dan takut terhadap penyakitnya yang sedang dihadapi, kondisi disini penderita mengalami masalah keperawatan ansietas.

Fungsi kerja jantung akan mengalami penurunan akibat oksigen ke dalam tubuh berkurang menyebabkan kontriksi jantung menurun sehingga penderita angina akan mengalami gangguan penurunan jantung. Nyeri akut yang tidak dapat tertahankan yang sampai menjalar ke ekstermitas lainnya, penderita mengalami kelemahan dengan masalah intoleransi aktivitas serta penderita akan merasa enggan untuk memenuhi kebutuhan sehari – harinya atau yang kita sebut *activity daily life* sehinga dapat menimbulkan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Pada penderita seharusnya mengetahui bila angina datang apa saja yang harus diperhatikan, bila tidak maka penyakit ini akan menjadi parah akan mengakibatkan iskemi miokard akut yang merupakan komplikasi dari penyakit angina pektoris dan bisa menyebabkan kematian pada penderita apabila tidak ditangani dengan segera.

Kematian mendadak pada penderita *unstable angina pectoris* merupakan akibat dari penyempitan arteri koronari yang bertugas memberi makanan (oksigen) pada jantung atau bisa juga disebabkan ketidaksesuaian antara pasokan dengan kebutuhan oksigen. Pasien yang mengalami cemas karena hospitalisasi, ancaman integritas fisik meliputi fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik) berdampak terhadap reaksi tubuh dimana sistem saraf otonom menyebabkan tubuh bereaksi secara mendalam, jantung berdetak lebih keras, nadi dan nafas bergerak meningkat, bola mata membesar, pembuluh darah mengerut, tekanan darah meningkat (Rayka, 2012).

*Unstable angina pectoris* membutuhkan penanganan awal yang cepat dan tepat oleh tenaga kesehatan untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pada penderita. Peran tenaga kesehatan khususnya perawat adalah upaya pencegahan komplikasi maupun penanganan yang cepat untuk melakukan penyelamatan jiwa melalui upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Oleh sebab itu perawat perlu memahami dan mengetahui konsep teoritis dan keterampilan profesional dan juga dimiliki pelatihan khusus tentang ICU atau ICCU sehingga mampu melaksanakan tugasnya dengan tepat dan cepat, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pasien dengan penyakit jantung, khususnya *Unstable Angina Pectoris*. Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan yang dituangkan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Unstable Angina Pectoris* (UAP) di Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.”

## **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) maka penulis akan melanjutkan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Unstable Angina Pectoris* (UAP) di Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

## **Tujuan Penulisan**

## **Tujuan Umum**

Mengkaji pasien secara mendalam dengan mengidentifikasikan asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) di Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) di Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) di Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) di Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) di Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) di Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Melakukan pendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) di Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **Manfaat**

## **Manfaat Teoritis**

Dengan adanya karya ilmiah akhir mengenai asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) ini diharapkan dapat menambah wawasan atau pedoman untuk laporan atau studi kasus selanjutnya.

## **Manfaat Praktis**

1. Bagi Penulis

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus mengenai *Unstable Angina Pectoris* (UAP) dan juga sebagai bahan untuk menambah pengetahuan serta menerapkan ilmu yang telah diperoleh penulis selama menempuh Pendidikan Profesi Ners.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* (UAP).

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah ini sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik mengenai asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* (UAP).

## **Metode Penulisan**

## **Metode**

Metode penulisan yang digunakan pada karya ilmiah akhir ini adalah metode studi kasus.

## **Teknik Pengumpulan Data**

Adapun langkah – langkah yang diambil penulisan dalam karya ilmiah akhir ini meliputi:

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan baik secara langsung maupun tidak langsung melalui kondisi aktual pasien maupun rekam medis pasien.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa medis dan penanganan selanjutnya.

## **Sumber Data**

Sumber data yang digunakan untuk memperoleh keterangan tentang kondisi pasien dalam penulisan karya ilmiah akhir ini meliputi:

1. Data Primer

Data yang diperoleh dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik pasien.

1. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari catatan medis perawat, hasil – hasil pemeriksaan, dan tim kesehatan lain.

1. Studi Kepustakaan

Dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini menggunakan sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan masalah yang dibahas dengan sumber seperti: buku, jurnal, dan KTI yang relevan dengan judul penulis.

## **Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan karya ilmiah akhir ini secara keseluruhan akan dibagi menjadi tiga bagian, meliputi:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, abstrak, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, dan lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab yang masing – masing terdiri dari sub bab sebagai berikut:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bab 1 | : | Pendahuluan, berisi mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan, dan  sistematika penulisan studi kasus. |
| Bab 2 | : | Tinjauan Pustaka, berisi mengenai konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* (UAP). |
| Bab 3 | : | Tinjauan Kasus, berisi mengenai deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa medis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. |
| Bab 4 | : | Pembahasan, berisi mengenai perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan. |
| Bab 5 | : | Penututp, berisi mengenai simpulan dan saran. |

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

# **BAB 2**

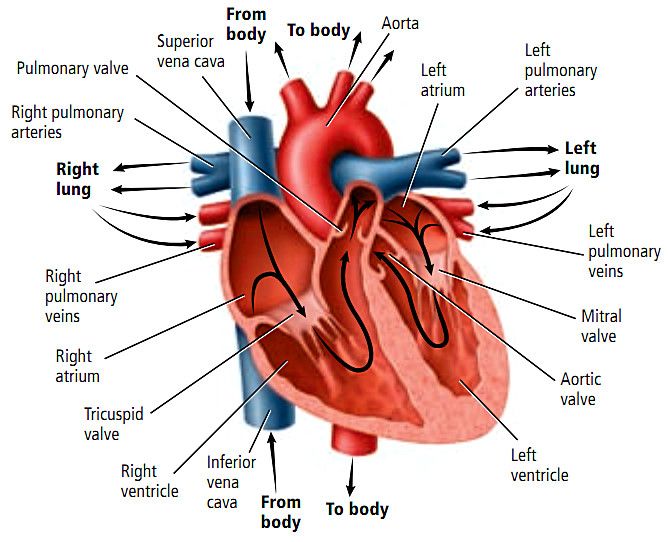
# **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori, dan berbagai aspek yang mendasari masalah terkait dengan topik penelitian, meliputi: 1) Konsep Penyakit *Unstable Angina Pectoris* (UAP), 2) Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Unstable Angina Pectoris* (UAP), 3) Kerangka Masalah.

## **Konsep Penyakit *Unstable Angina Pectoris* (UAP)**

## **Anatomi dan Fisiologi Jantung**

1. **Anatomi Jantung**



Gambar 2.1 Anatomi Jantung (Fikriana, 2018)

Sistem kardiovaskuler pada prinsipnya terdiri dari jantung, pembuluh darah dan saluran limfe. Sistem ini berfungsi untuk mengangkut oksigen, nutrisi dan zat – zat lain untuk didistribusikan ke seluruh tubuh serta membawa bahan – bahan hasil akhir metabolisme untuk dikeluarkan dari tubuh (Fikriana, 2018). Jantung merupakan suatu organ otot berongga yang terletak di pusat dada. Bagian kanan dan kiri jantung masing masing memiliki ruang sebelah atas (atrium yang mengumpulkan darah dan ruang sebelah bawah (ventrikel) yang mengeluarkan darah. Agar darah hanya mengalir dalam satu arah, maka ventrikel memiliki satu katup pada jalan masuk dan satu katup pada jalan keluar (Sari, 2019).

Jantung terletak pada mediastinum, yaitu kompartemen pada bagian tengah rongga thoraks diantara dua rongga paru. Ukuran jantung sekitar sedikit lebih besar dari satu kepalan tangan dengan berat berada pada rentang 7 – 15 ons (200 – 425 gram). Panjang jantung 12 cm, lebar 9 cm dan tebal 6 cm atau 4 gr/kgBB dari berat badan ideal. Dalam setiap harinya jantung mampu memompa sampai dengan 100.000 kali dan dapat memompa darah sampai dengan 7.571 liter. Posisi jantung berada di belakang sternum pada rongga mediastinum, diantara *costae* kedua dan keenam. Pada jantung sebelah kanan menerima darah yang tidak teroksigenasi dari vena cava superior dan vena cava inferior kemudian mengalirkannya ke pulmonal untuk proses oksigenasi, sedangkan bagian kiri jantung menerima dari teroksigenasi dari paru melalui vena pulmonalis untuk selanjutnya diedarkan ke seluruh tubuh melalui aorta (Fikriana, 2018).



Gambar 2.2 Ruang dan Katup Jantung (Fikriana, 2018)

Dinding tiap ruang jantung terdiri dari 3 lapisan utama, yaitu lapisan paling luar adalah epikardium yang merupakan perikardium serosa bagian viseral yang berdinding tipis, lapisan di tengahnya adalah miokardium yang berdinding tebal yang berisi otot-otot jantung yang berguna untuk memompa jantung dan lapisan paling dalam adalah endokardium yang merupakan lapisan yang tipis mirip jaringan ikat endotel dan subendotel. Jantung terdiri dari 4 ruang, yaitu atrium kanan dan kiri, serta ventrikel kanan dan kiri. Belahan kanan dan kiri dipisahkan oleh septum. Ventrikel kiri mempunyai dinding lebih tebal karena harus memompa darah ke seluruh tubuh (Nugraha, 2017).

Pembuluh darah jantung terdiri dari arteri koroner dan vena kardial, dimana menyuplai sebagian besar darah ke dan dari miokardium. Endokardium dan jaringan subendokardial mendapat oksigen dan nutrisi dengan cara difusi atau mikrovaskuler dari ruang di jantung. Pembuluh darah jantung normalnya tertanam dalam jaringan lemak dan melalui permukaan jantung di dalam epikardium. Adakalanya, bagian dari pembuluh darah ini menjadi tertanam dalam miokardium. Pembuluh darah di jantung mendapat pengaruh inervasi dari sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Siklus jantung merupakan kejadian yang terjadi dalam jantung selama peredaran darah. Gerakan jantung terdiri dari dua jenis yaitu kontraksi (sistolik) dan relaksasi (diastolik) (Nugraha, 2017).

1. **Fisiologi Jantung**

Fungsi utama jantung adalah menyediakan oksigen ke seluruh tubuh dan membersihkan tubuh dari hasil metabolisme (karbondioksida). Jantung melaksanakan fungsi tersebut dengan mengumpulkan darah yang kekurangan oksigen dari seluruh tubuh dan memompanya ke dalam paru-paru, dimana darah akan mengambil oksigen dan membuang karbondioksida jantung kemudian mengumpulkan darah yang kaya oksigen dari paru – paru dan memompanya ke jaringan di seluruh tubuh. Fungsi sistem kardiovaskular adalah memberikan dan mengalirkan suplai oksigen dan nutrisi ke seluruh jaringan dan organ tubuh yang diperlukan dalam proses metabolisme. Secara normal setiap jaringan dan organ tubuh akan menerima aliran darah dalam jumlah yang cukup sehingga jaringan dan organ tubuh menerima nutrisi dengan adekuat. Sistem kardiovaskular yang berfungsi sebagai sistem regulasi melakukan mekanisme yang bervariasi dalam merespons seluruh aktivitas tubuh (Sari, 2019).

Salah satu contoh adalah mekanisme meningkatkan suplai darah agar aktivitas jaringan dapat terpenuhi. Pada keadaan tertentu, darah akan lebih banyak dialirkan pada organ-organ vital seperti jantung dan otak untuk memelihara sistem sirkulasi organ tersebut. Pada saat berdenyut, setiap ruang jantung mengendur dan terisi darah (disebut diastol) selanjutnya jantung berkontraksi dan memompa darah keluar dari ruang jantung (disebut sistol). Kedua atrium mengendur dan berkontraksi secara bersamaan, dan kedua ventrikel juga mengendur dan berkontraksi secara bersamaan. Darah yang kehabisan oksigen dan mengandung banyak karbondioksida dari seluruh tubuh mengalir melalui 2 vena berbesar (vena kava) menuju ke dalam atrium kanan. Setelah atrium kanan terisi darah, dia akan mendorong darah ke dalam ventrikel kanan. Darah dari ventrikel kanan akan dipompa melalui katup pulmoner ke dalam arteri pulmonalis, menuju ke paru- paru. Darah akan mengalir melalui pembuluh yang sangat kecil (kapiler) yang mengelilingi kantong udara di paru – paru, menyerap oksigen dan melepaskan karbondioksida yang selanjutnya dihembuskan (Sari, 2019).

## **Definisi**

*Angina pectoris* adalah nyeri hebat yang berasal dari jantung dan terjadi sebagai respon terhadap suplai oksigen yang tidak adekuat ke sel – sel jantung (miokardium). Nyeri angina dapat menyebar ke lengan kiri, ke punggung, ke punggung, ke rahang, atau ke daerah abdominal. Angina pektoris adalah suatu sindroma kronis dimana klien mendapat serangan sakit dada yang khas yaitu seperti ditekan, atau terasa berat di dada yang seringkali menjalar ke lengan sebelah kiri yang timbul pada waktu aktivitas dan segera hilang bila aktivitas berhenti (Sari, 2019).

*Unstable angina pectoris* adalah nyeri dada atau ketidaknyamanan yang disebabkan oleh penyakit arteri koroner yang menggambarkan sensasi seperti ditekan, diremas, atau seperti ditusuk – tusuk dibagian dada. *Unstable angina pectoris* disebabkan oleh iskemia miokardium *reversible* dan semestara yang dicetuskan oleh ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dan suplai oksigen miokardium yang berasal dari penyempitan asterosklerosis arteri koroner (Haya & Agustin, 2020).

Angina pektoris adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan episode atau tertekan di depan dada akibat kurangnya aliran darah koroner, menyebabkan suplai oksigen ke jantung tidak adekuat atau dengan kata lain, suplai kebutuhan oksigen jantung meningkat (Pono, 2019).

## **Etiologi**

Penyakit angina pektoris disebabkan oleh beberapa faktor yaitu meliputi (Pono, 2019):

1. Faktor Penyebab
2. Suplai oksigen ke miokard berkurang yang disebabkan oleh tiga faktor: faktor pembuluh darah (aterosklerosis, spasme, dan atritis), faktor sirkulasi (hipotensi, stenosis aorta, dan insufisiensi aorta), dan faktor darah (anemia, hipoksemia, dan polisitemia).
3. Peningkatan curah jantung dapat disebabkan oleh aktvitas emosi, makan terlalu banyak, anemia, dan hipertiroidisme.
4. Peningkatan kebutuhan oksigen miokard dapat disebabkan oleh kerusakan miokard, hipertrofi miokard, dan hipertensi diastolik.
5. Faktor Predisposisi
6. Dapat diubah (modifikasi): diet (hiperlipidemia), merokok, hipertensi, obesitas, kurang aktivitas, diabetes mellitus, pemakaian kontrasepsi oral.
7. Tidak dapat diubah: usia, jenis kelamin, ras, dan hereditas.
8. Faktor Pencetus Serangan
9. Emosi atau berbagai emosi akibat sesuatu situasi yang menegangkan, mengakibatkan frekuensi jantung meningkat, akibatnya 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 pada 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 memburuk).
12. Pajanan terhadap dingin dapat mengakibatkan vasokontriksi dan peningkatan tekanan darah, disertai peningkatan kebutuhan oksigen.

## **Klasifikasi**

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), dan pemeriksaan marka jantung, Angina pektoris dibagi menjadi tiga yaitu (Syukri et al., 2013) :

1. Angina Pektoris Stabil / *Stable Angina Pectoris*

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

1. Angina Pektoris Tidak Stabil / *Unstable Angina Pectoris*

Sindroma klinis nyeri dada yang sebagian besar disebabkan oleh disrupsi plak aterosklerotik dan diikuti kaskade proses patologis yang menurunkan aliran darah koroner, ditandai dengan peningkatan frekuensi, intensitas atau lama nyeri, Angina timbul pada saat melakukan aktivitas ringan atau istirahat, tanpa terbukti adanya nekrosis miokard.

1. Angina Varian Prinzmetal

Arteri koroner bisa menjadi kejang, yang mengganggu aliran darah ke otot jantung (Iskemia). Ini terjadi pada orang tanpa penyakit arteri koroner yang signifikan, Namun dua pertiga dari orang dengan Angina Varian mempunyai penyakit parah dalam paling sedikit satu pembuluh, dan kekejangan terjadi pada tempat penyumbatan. Tipe Angina ini tidak umum dan hampir selalu terjadi bila seorang beristirahat – sewaktu tidur.

## **Patofisiologi**

Mekanisme timbulnya angian pektoris tidak stabil didasarkan pada ketidakadekuatan suplai oksigen ke sel-sel miokardium yang diakibatkan karena kekakuan arteri dan penyempitan lumenareteri koroner (ateriosklerosis koroner). Tidak diketahui secara pasti apa penyabab ateriosklerosis, namun jelas bahwa tidak ada faktor tunggal yang bertanggung jawab atas perkembangan ateriosklerosis. Ateriosklerosis merupakan penyakit arteri koroner yang paling sering ditemukan. Sewaktu beban kerja suatu jaringan meningkat, maka kebutuhan oksigen juga meningkat. Apabila kebutuhan meningkat pada jantung yang sehat maka arteri koroner berdilatasi dan mengalirkan lebih banyak darah dan oksigen ke otot jantung. Namun, apabila arteri koroner tidak dapat berdilatasi sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan akan oksigen, maka terjadi iskemik (kekurangan suplai darah) miokardium. Adanya endotel yang cedera mengakibatkan hilangnya produksi No (nitrat oksida) yang berfungsi untuk menghambat berbagai zat reaktif. Dengan tidak adanya fungsi ini dapat menyababkan otot polos berkontraksi dan timbul spasmus koroner yang memperberat penyempitan lumen karena suplai oksigen ke miokard berkurang (Sari, 2019).

Penyempitan atau blok ini belum menimbulkan gejala yang begitu nampak bila belum mencapai 75%. Bila penyempitan lebih dari 75% serta di picu dengan aktivitas berlebihan maka suplai darak ke koroner akan berkurang. Sel – sel miokardium menggunakan glikogen anaerob untuk memenuhi kebutuhan energi. Metabolisme ini menghasilkan asam laktat yang menurunkan pH miokardium dan menimbulkan nyeri. Apabila kebutuhan energi sel – sel jantung berkurang, maka suplai oksigen menjasi adekuat dan sel-sel otot kembali fosforilasi oksidatif untuk membentuk energi. Angina pektoris adalah nyeri hebat yang berasal dari jantung dan terjadi sebagai respon terhadap suplai oksigen yang tidak adekuat ke sel – sel miokard di jantung. Nyeri angina dapat menyebar ke lengan kiri, ke punggung, rahang dan daerah abdomen. Pada saat beban kerja suatu jaringan meningkat, kebutuhan oksigen juga akan meningkat. Apabila kebutuhan oksigen meningkat pada jantung yang sehat, maka arteri – arteri koroner akan berdilatsi dan mengalirkan lebih banyak oksigen kepada jaringan. Akan tetapi jika terjadi kekakuan dan penyempitan pembuluh darah seperti pada penderita arteriosklerosis dan tidak mampu berespon untuk berdilatasi terhadap peningkatan kebutuhan oksigen (Sari, 2019).

Terjadilah iskemik miokard, yang mana sel – sel miokard mulai menggunakan glikosis anaerob untuk memenuhi kebutuhan energinya. Proses pembentukan ini sangat tidak efisien dan menyebabkan terbentuknya asam laktat. Asam laktat kemudian menurunkan pH miokardium dan menyebabkan nyeri pada angina pektoris. Apabila kebutuhan energi sel – sel jantung berkurang (istirahat atau dengan pemberian obat) suplai oksigen menjadi kembali adekuat dan sel – sel otot kembali melakukan fosforilasi oksidatif membentuk energi melalui proses aerob. Proses ini tidak menimbulkan asam laktat, sehingga nyeri angina mereda dan dengan demikian dapat disimpulkan nyeri angina adalah nyeri yang berlangsung singkat (Sari, 2019).

## **Manifestasi Klinis**

Serangan angina tidak stabil bisa berlangsung antara 5 dan 20 menit. Terkadang gejala – gejala dapat 'datang dan pergi'. Rasa sakit yang terkait dengan angina dapat bervariasi dari orang ke orang dan orang-orang membuat perbandingan yang berbeda untuk mengekspresikan rasa sakit yang mereka rasakan. Adapun gejala angina pektoris umumnya berupa angina untuk pertama kali atau keluhan angina yang bertambah dari biasanya. Nyeri dada seperti pada angina biasa tapi lebih berat dan lebih lama. Timbul pada waktu istirahat atau timbul karena aktivitas yang minimal. Nyeri dada dapat disertai keluhan sesak napas, mual, sampai muntah, kadang – kadang disertai keringat dingin. Tanda khas angina pektoris tidak stabil adalah (Pono, 2019):

1. Sesak nafas

Tanda dan gejala yang paling sering dijumpai pada penyakit kardiovaskuler adalah sesak napas dan nyeri dada. Keluhan ini disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang berada di miokard.

1. Nyeri dada

Banyak pasien memberikan deskripsi gejalan yang mereka alami tanpa kata nyeri, rasa ketat, rasa berat, tekanan dan sakit semua merupakan penjelas sensasi yang sering berlokasi di garis tengah, pada regio retrosternal. Lokasi dari nyeri dada ini terletah di jantung sebelah kiri pusat dada, tetapi nyeri jantung tidak terbatas pada area ini. Nyeri ini terutama terjadi di belakang tulang dada (di tengah dada) dan di sekitar area di atas puting kiri, tetapi bisa menyebar ke bahu kiri, lalu ke setengah bagian kiri dari rahang bawah, menurun ke lengan kiri sampai ke punggung dan bahkan ke bagian atas perut. Karakteristik yang khas dari nyeri dada akibat iskemia miokard adalah:

1. Lokasi biasanya didada kiri, di belakang dari tulang dada atau sedikit di sebelah kiri dari tulang dada yang dapat menjalar hingga ke leher, rahang, bahu kiri, hingga ke lengan dan jari manis dan kelingking, punggung atau pundak kiri (Fikriana, 2018).
2. Nyeri bersifat tumpul, seperti rasa tertindih atau berat didada, rasa desakan yang kuat dari dalam atau dari bawah diafragma (sekat antara rongga dada dan rongga perut), seperti diremas – remas serasa dada mau pecah dan biasanya pada keadaan yang sangat berat disertai keringat dingin dan sesak nafas serta perasaan takut mati. Nyeri ini harus dibedakan dengan mulas atau perasaan seperti tertusuk – tusuk pada dada, karena ini bukan angina pektoris. Nyeri biasanya muncul setalah melakukan aktivitas, hilang dengan istirahat dan akibat stress emosional (Fikriana, 2018).
3. Nyeri yang pertama kali timbul biasanya agak nyata, dari beberapa menit sampai kurang dari 20 menit. Nyeri angina berlangsung cepat, kurang dari 5 menit. Yang khas dari nyeri dada angina adalah serangan hilang dengan istirahat, penghilangan stimulus emosional atau dengan pemberian nitrat sublingual. Serangan yang lebih lama menandakan adanya angina tidak stabil atau infark miokard yang mengancam (Fikriana, 2018).

## **Komplikasi**

Komplikasi dari penyakit *angina pectoris* yaitu sebagai berikut:

1. Infark Miokard

Dikenal dengan istilah serangan jantung adalah kondisi terhentinya aliran darah dari arteri koroner. Pada area yang terkena yang menyebabkan kekurangan oksigen (iskemia) lalu sel – sel menjadi nekrotik (mati) karena kebutuhan energi akan melebihi suplai energi darah) (Sari, 2019).

1. Aritmia

Lazim ditemukan pada fase akut MCI, aritmia perlu diobati bila menyebabkan gangguan hemodinamik. Aritmia memicu peningkatan kebutuhan O2 miokard yang mengakibatkan perluasan infark (Sari, 2019).

1. Gagal Jantung

Kondisi saat pompa jantung melemah, sehingga tidak mampu mengalirkan darah yang cukup ke seluruh tubuh (Sari, 2019).

1. Syok Kardiogenik

Sindroma kegagalan memompa yang paling mengancam dan dihubungkan dengan mortalitas paling tinggi, meskipun dengan perawatan agresif (Sari, 2019).

1. Perikarditis

Sering ditemukan dan ditandai dengan nyeri dada yang lebih berat pada inspirasi dan tidur terlentang. Infark transmural membuat lapisan epikardium yang langsung kontak dengan perikardium kasar, sehingga merangsang permukaan perikard dan timbul reaksi peradangan (Sari, 2019).

1. Aneurisma ventrikel

Dapat timbul setelah terjadi MCI transmural. Nekrosis dan pembentukan parut membuat dinding miokard menjadi lemah. Ketika sistol, tekanan tinggi dalam ventrikel membuat bagian miokard yang lemah menonjol keluar. Darah dapat merembes ke dalam bagian yang lemah itu dan dapat menjadi sumber emboli. Disamping itu bagian yang lemah dapat mengganggu curah jantung kebanyakan aneurisma ventrikel terdapat pada apex dan bagian anterior jantung (Sari, 2019).

## **Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk pasien angina pektoris, yaitu (Pono, 2019):

1. Pemeriksaan Laboratorium

Untuk menyingkirkan diagnosis infark miokard jantung akut maka sering dilakukan pemeriksaan enzim CPK, SGOT atau LDH. Enzim tersebut akan meninggi pada infark jantung akut sedangkan pada angina kadarnya masih normal. Pemeriksaan lipid darah, seperti kadar kolesterol, HDL, LDL, dan trigliserida perlu dilakukan untuk menemukan faktor resiko.

1. Elektrokardiogram (EKG)

Gambaran EKG terkadang menunjukkan bahwa klien pernah mendapat infark miokard pada masa lampau, menunjukan pembesaran ventrikel kiri pada klien hipertensi dan angina, dan menunjukan perubahan segmen ST dan gelombang T yang tidak khas. Pada waktu serangan angina, EKG menunjukan adanya depresi segmen ST dan gelombang T menjadi negatif.

1. Foto Rontgen Dada

Sering kali menunjukan bentuk jantung yang normal, tetapi pada pasien hipertensi dapat terlihat jantung yang membesar dan terkadang tampak adanya klasifikasi arkus aorta.

1. Arteriografi Koroner

Suatu karakter dimasukan lewat arteri femoralis ataupun brakhialis dan diteruskan ke aorta ke dalam muara arteri koronaria kanan dan kiri. Media kontras radiografik kemudian disuntikan dan *cineroentgenogram* akan memperlihatkan kuntur arteri serta daerah penyempitan. Kateter ini kemudian didorong lewat katup aorta untuk masuk ventrikel kiri dan disuntikan lebih banyak media kontras untuk menentukan bentuk, ukuran, dan fungsi ventrikel kiri.

1. Uji Latihan (*Treadmill*)

Pada uji jasmani tersebut dibuat EKG pada waktu istirahat lalu pasien disuruh melakukan latihan dengan alat treadmill atau sepeda ergometer sehingga pasien mencapai kecepatan jantung maksimal atau submaksimal dan selama latihan EKG diobservasi demikian pula setelah selesai EKG terus diobservasi. Tes dianggap positif bila didapatkan depresi segmen ST sebesar 1mm atau lebih pada waktu latihan atau sesudahnya. Lebih – lebih bila di samping depresi segmen ST juga timbul rasa sakit dada seperti pada waktu serangan, maka kemungkinan besar pasien memang menderita angina pektoris.

1. *Thallium Exercise Myocardial Imaging*

Pemeriksaan ini dilakukan bersama – sama uji latihan jasmani dan dapat menambah sensitivitas dan spesifitas uji latihan. *Thallium* disuntikan secara intravena pada puncak latihan, kemudian dilakukan pemeriksaan scanning jantung segera setelah latihan dihentikan dan diulang kembali setelah pasien sehat dan kembali normal. Bila ada iskemia maka akan tampak cold spot pada daerah yang menderita iskemia pada waktu latihan dan menjadi normal setelah pasien istirahat. Pemeriksaan ini juga menunjukan bagian otot jantung yang menderita iskemia.

## **Penatalaksanaan Medis**

Pengobatan untuk angina tidak stabil berfokus pada tiga tujuan yaitu: menstabilkan plak apapun yang mungkin pecah dalam rangka untuk mencegah serangan jantung, menghilangkan gejala, dan mengobati penyakit arteri koroner yang mendasarinya (Haya & Agustin, 2020).

1. Pemberian Oksigen

Umumnya gejala infark miokard akut bersifat parah dan mendadak, sedangkan infark miokard akut non ST elevasi (NSTEMI) atau unstable angina berkembang dalam 24-72 jam atau lebih. Pada kedua kasus tersebut tujuan awal terapi adalah untuk menstabilkan kondisi, mengurangi rasa sakit dan kecemasan pasien. Dan oksigen diberikan untuk menjaga kadar saturasi dan memperbaiki oksigen yang sampai ke miokard (Anwar dan Bahri, 2004). Klien dengan peningkatan kerja miokard, dimana jantung berusaha untuk mengatasi gangguan O2 melalui peningkatan laju pompa jantung yang adekuat. Reperfusi adalah tindakan yang cepat dan tepat. Dengan pemberian trombolitik atau bahkan dengan PCI (*Primary Coronary Intervention*) dapat secara cepat meningkatkan aliran darah miokard sehingga oksigen dapat terpenuhi (Sari, 2019).

1. Terapi Obat – Obatan

Pengobatan medis bertujuan untuk mencegah dan menghilangkan serangan angina, antara lain (Pono, 2019):

1. Aspirin

Dasar dari sebuah stabilisasi plak pecah adalah mengganggu proses pembekuan darah yang dapat menyebabkan serangan jantung. Pasien yang mengalami gejala – gejala angina tidak stabil dan yang tidak minum obat harus segera mengunyah aspirin, yang akan memblok faktor pembekuan dalam darah. Mengunyah aspirin daripada menelan utuh mempercepat tubuh proses menyerap aspirin stabil. Ketika angina terjadi pasien harus mencari bantuan medis segera di rumah sakit. Setelah di rumah sakit, obat – obatan lainnya untuk blok pembekuan proses tubuh dapat diberikan termasuk heparin, clopidogrel dan platelet glikoprotein (GP) IIb/IIIa obat reseptor blocker.

1. Golongan nitrat

Nitrogliserin merupakan obat pilihan utama pada serangan angina akut. Mekanisme kerjanya sebagai dilatasi vena perifer dan pembuluh darah koroner. Efeknya langsung terhadap relaksasi otot polos vaskuler. Nitrogliserin juga dapat meningkatkan toleransi *exercise* pada penderita angina sebelum terjadi hipoktesia miokard. Bila di berikan sebelum *exercise* dapat mencegah serangan angina.

1. Ca- Antagonis

Ca-Antagonis dipakai pada pengobatan jangka panjang untuk mengurangi frekuensi serangan pada beberapa bentuk angina. Cara kerjanya yaitu:

1. Memperbaiki spasme koroner dengan menghambat tonus vasometer pembuluh darah
2. Arteri koroner (terutama pada angina Prinzmetal)
3. Dilatasi arteri koroner sehingga meningkatkan suplai darah ke miokard
4. Dilatasi arteri perifer sehingga mengurangi resistensi perifer dan menurunkan afterload.
5. Efek langsung terhadap jantung yaitu dengan mengurangi denyut, jantung dan kontraktilitis sehingga mengurangi kebutuhan O2.
6. Beta Bloker

Cara kerjanya menghambat sistem adrenergenik terhadap miokard yang menyebabkan kronotropik dan inotropik positif, sehingga denyut jantung dan curah jantung dikurangi. Karena efeknya yang kadiorotektif, obat ini sering digunakan sebagai pilihan pertama untuk mencegah serangan angina pektoris pada sebagian besar penderita.

1. Terapi Invasif
2. *Percutanens Transluminal Coronary Angioplasty* (PTCA)

Merupakan upaya memperbaiki sirkulasi koroner dengan memcahkan plak atau atheroma dengan cara memasukkan kateter dengan ujung berbentuk balon.

1. *Coronary Artery Bypass Graft* (CABG)

Prosedur operasi untuk mengobati penyakit jantung koroner. Prosedur ini dilakukan khusus bagi mereka yang mengalami penyumbatan atau penyempitan arteri serius.

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

Pengkajian adalah tahapan awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien sehingga didapatkan masalah dan kebutuhan untuk perawatan. Tujuan utama pengkajian adalah untuk memberikan gambaran secara terus – menerus mengenai keadaan kesehatan pasien yang memungkinkan perawat melakukan asuhan keperawatan (Wiratama, 2019).

## **Pengkajian Keperawatan**

1. **Identitas**

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. **Keluhan Utama**

Keluhan utama pada pasien *unstable angina pectoris* biasanya nyeri dada di anterior, precordial, substernal yang menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, punggung dan epigastrium. Nyeri dada seperti tertekan beban berat terasa berat dan seperti diremas yang timbul mendadak nyeri dada timbul berhubungan dengan aktivitas fisik berat, tanpa aktivitas atau emosi yang hebat. Durasi serangan nyeri bervariasi tergantung diameter arteri koroner yang tersumbat dan luasnya area iskemik miokard nyeri dada dapat disertai dengan gejala mual muntah *diaphoresis*, dan sesak napas (Kristiara, 2019).

1. **Primary Survey**

Pasien *unstable angina pectoris* pada pemeriksaan ABCD biasanya akan terlihat sebagai berikut:

1. *Airway*
2. *Look:* Keluhan yang muncul dada akan terasa seperti sesak, terbakar, tertusuk – tusuk, atau tertekan.
3. *Listen*: Suara mengorok, wheezing, ronchi, gurgling (bunyi cairan).
4. *Feel* nafas pendek atau nafas cepat
5. *Breathing* = B1 *Breath*

Pada saat pengkajian yang didapat klien terlihat sesak, frekuensi nafas melebihi normal, dan mengeluh sesak seperti tercekik. Sesak nafas terjadi akibat pengerahan tenaga dan disebabkan oleh kenaikan tekanan akhir diastolik ventrikel kiri yang meningkatkan tekanan vena pulmonalis. Hal ini terjadi karena terdapat kegagalan peningkatan curah darah oleh ventrikel kiri pada saat melakukan kegiatan fisik. Pada infark miokardium yang kronis dapat terjadi dipsnea kardiak yang timbul saat istirahat (Annisaa, 2017).

1. *Circulation = B2 Blood*
2. Inspeksi**:** Adanya jaringan parut pada dada, keluhan lokasi nyeri biasanya didaerah subternal atau nyeri atas pericardium. Penyebaran nyeri dapat meluas sampai ke dada. Nyeri dapat menyebabkan ketidak mampuan menggerakkan bahu dan tangan kelemahan fisik, dan adanya edema ekstermitas (Bayu, 2011).
3. Palpasi: Pada klien dengan *unstable angina pectoris*, ditemukan denyut nadi perifer melemah (Bayu, 2011).
4. Auskultasi: Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup yang disebabkan oleh infark miokardium. Bunyi jantung tambahan bunyi gallop dan murmur akibat kelainan katup biasanya tidak ditemukan kecuali ada komplikasi (Bayu, 2011).
5. Perkusi: Batas jantung tidak mengalami pergeseran (Bayu, 2011).
6. *Disability = B3 Brain*

Kesadaran biasanya *composmentis*, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pengkajian objektif klien: wajah meringis, menangis, merintih, meregang dan menggeliat karena nyeri dada.

1. **Secondary Survey**
2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang keluhan yang dirasakan oleh klien sesuai dengan gejala – gejala pada klien dengan angina tidak stabil yaitu nyeri dada substernal atau retrosternal dan menjalar ke leher, daerah interskapula atau lengan kiri, serangan atau nyeri yang dirasakan tidak memiliki pola, bisa terjadi lebih sering dan lebih berat, serta dapat terjadi dengan atau tanpa aktivitas. Biasanya disertai sesak nafas, perasaan lelah, kadang muncul keringat dingin, palpitasi, dan dizzines. Keluhan nyeri dikaji menggunakan OLDCART sebagai berikut:

O: Nyeri sejak kapan?

L: Lokasi nyeri dimana?

D: Bagaimana durasinya?

C: Karakteristik nyeri.

A: Apakah ada yang memperburuk nyeri?

R: Apakah nyeri menyebar ke tubuh?

T: Pengobatan sebelum di Rumah Sakit.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM dan hiperlipidemia. Tanyakan mengenai obat – obat yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan.

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, serta bila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. Penyakit jantung iskemik pada orang tua yang timbulnya pada usia muda merupakan faktor resiko utama untuk penyakit jantung iskemik pada keturunannya.

1. **Pemeriksaan Fisik** 
   1. Keadaan umum

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

* 1. Tanda – tanda Vital

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

* 1. Pemeriksaan *Head to Toe*
     + 1. Kepala

Pusing, berdenyut selama tidur atau saat terbangun, tampak perubahan ekspresi wajah yang meringis atau merintih, terdapat atau tidak nyeri pada rahang.

* + - 1. Leher

Tampak distensi vena jugularis, terdapat atau tidak nyeri pada leher.

* + - 1. Thoraks

Bunyi jantung normal atau terdapat bunyi jantung ekstra S3/S4 menunjukkan gagal jantung atau penurunan kontraktilitas, kalau murmur menunjukkan gangguan katup atau disfungsi otot papilar dan perikarditis. Paru – paru: suara nafas bersih, krekels, mengi, wheezing, ronchi, terdapat batuk dengan atau tanpa sputum, terdapat sputum bersih, kental ataupun merah muda.

* + - 1. Abdomen

Terdapat nyeri atau rasa terbakar epigastrik, bising usus normal atau menurun.

* + - 1. Ekstermitas

Ekstremitas dingin dan berkeringat dingin, terdapat udema perifer dan udema umum, kelemahan atau kelelahan, pucat atau sianosis, kuku datar, pucat pada membran mukosa dan bibir.

* 1. Pemeriksaan B4-B6 *Unstable Angina Pectoris*:
     1. B4 *Bladder*

Pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan, karena itu perawat perlu memantau adanya oliguria karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik.

* + 1. B5 *Bowel*

Klien biasanya mengalami mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan stasis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan. Pada saat palpasi abdomen ditemukan nyeri tekan, dan penurunan peristaltik usus.

* + 1. B6 *Bone*

Pemeriksaan wajah pada klien bertujuan menemukan tanda - tanda yang menggambarkan kondisi klien terkait dengan penyakit jantung yang dialaminya antara lain:

1. Pucat di bibir dan kulit wajah
2. Kebiruan pada mukosa mulut, bibir dan lidah
3. Edema periorbital
4. *Grimace* (tanda kesakitan dan tanda kelelahan). Aktivitas klien mengalami perubahan, klien sering merasa lelah, lemah, tidak dapat tidur, dan pola hidup tidak banyak gerak.

## **Diagnosa Keperawatan**

Menurut PPNI (2016) diagnosis keperawatan pada pasien dengan *unstable angina pectoris* berdasarkan phatway, diagnosis yang muncul yaitu:

1. Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas D.0008 (SDKI, 34)
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis D.0077 (SDKI,172)
3. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan D.0056 (SDKI, 128)
4. Ansietas b.d krisis situasional D.0080 (SDKI, 180)
5. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi – perfusi D.0003 (SDKI, 22)
6. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri atau vena D.0009 (SDKI, 37)

## **Intervensi Keperawatan**

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan *Unstable Angina Pectoris* (UAP)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa** | **Tujuan** | **Kriteria Hasil** | **SIKI** |
| 1. | Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan Kontraktilitas | Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan curah jantung membaik. | **Curah Jantung (L.02008) SLKI Hal: 20**   1. Kekuatan nadi perifer membaik 2. Bradikardia menurun (60-100x/menit) 3. Takikardi menurun (60-100x/menit) 4. Distensi vena jugularis menurun 5. Dispnea menurun (16-20x/menit) 6. CRT membaik (<3 detik) 7. Tekanan darah membaik (90/60mmHg- 120/80mmHg) | 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor EKG 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor nilai laboratorium jantung 5. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. oksimetri, analisa gas darah), *jika perlu* 6. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen 7. Posisikan pasien semi-fowler 8. Berikan diet jantung yang sesuai 9. Pertahankan kepatenan jalan napas 10. Anjurkan beraktivitas sesuai toleransi 11. Kolaborasi penentuan dosis oksigen 12. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan atau tidur 13. Kolaborasi pemberian antiaritmia (jika perlu) |
| 2. | Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis | Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun. | **Tingkat nyeri (L.08066) SLKI Hal: 145**   1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan darah membaik (90/60mmHg- 120/80mmHg) 5. Frekuensi nadi membaik (60-100x/menit) 6. Pola napas membaik (16-20x/menit) 7. Pola tidur membaik | 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Berikan teknik nonfarmakologis seperti tarik napas dalam 5. Jelaskan penyebab nyeri 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti tarik napas dalam 7. Kolaborasi pemberian analgetik |
| 3. | Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan | Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat. | **Toleransi Aktivitas (L.05047) SLKI Hal :149**   1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Perasaan lemah menurun 4. Aritmia setelah aktivitas menurun 5. Tekanan darah membaik (90/60mmHg- 120/80mmHg) 6. Frekuensi napas membaik (16-20x/menit) | 1. Identifikasi kepatuhan menjalani   program pengobatan   1. Buat komitmen menjalani program   pengobatan dengan baik   1. Buat jadwal pendampingan keluarga   untuk bergantian menemani pasien  selama menjalani program pengobatan, *jika perlu*   1. Libatkan keluarga untuk mendukung   program pengobatan yang dijalani   1. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani 2. Informasikan manfaat yang akan   diperoleh jika teratur menjalani  program pengobatan   1. Anjurkan keluarag pasien untuk   mendampingi dan merawat pasien  selama menjalani program pengobatan. |
| 4. | Ansietas b.d Krisis Situasional | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun. | **Tingkat ansietas (L.09093) SLKI Hal: 84**   1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Frekuensi pernapasan dari menurun (16-20x/menit) 5. Frekuensi nadi menurun (60-100x/menit) | 1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal). 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, *jika memungkinkan.* 3. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian. 4. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. 6. Latih teknik relaksasi. |
| 5. | Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi–Perfusi | Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat. | **Pertukaran Gas (L.01003) SLKI Hal: 94**   1. Dispnea menurun (16-20x/menit) 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. Pola nafas membaik (16-20x/menit) 4. PCO2 membaik (35-45mmHg) 5. PaO2 membaik (75-100mmHg) 6. pH arteri membaik (7,35-7,45) 7. Sianosis membaik | 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis. *Gurgling*, mengi, *wheezing*   *,* ronchi kering)   1. Monitor saturasi oksigen 2. Monitor nilai AGD 3. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 4. Tempatkan pada matras/tempat tidur teraputik yang tepat 5. Pertahankan kepatenan jalan nafas 6. Posisikan semi-fowler atau fowler 7. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 8. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, *sesuai kebutuhan* 9. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 10. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu* |
| 6. | Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Aliran Arteri atau Vena | Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan aliran darah pembuluh darah distal menjadi adekuat. | **Perfusi perifer (L.02011) SLKI Hal: 84**   1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Pengisian kapiler membaik (<3 detik) 3. Akral membaik (hangat, kering, merah) 4. Turgor kulit membaik (elastis) 5. Tekanan darah sistolik membaik 6. Tekanan darah diastolik membaik | 1. Periksa sirkulasi perifer (misal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 3. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 4. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 5. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolesterol, *jika perlu* 6. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 7. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (misal makanan rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) |

## **Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi kedalam suatu kasus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam pelaksanaan implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru baru (Ilmi, Saraswati & Hartono, 2019).

## **Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah tahapan akhir yang ada di dalam proses keperawatan dimana tujuan dari evaluasi adalah untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak. Untuk mengatasi suatu masalah dari klien pada tahap evaluasi ini perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan sudah tercapai yang telah dilakukan oleh perawat (Ilmi, Saraswati & Hartono, 2019).

## **Kerangka Masalah**

v

**Defisit Perawatan Diri**

Lelah

**Ansietas**

Takut

Nyeri

**Nyeri Akut**

Kebutuhan ADL terganggu

Perlu menghindari komplikasi

Peningkatan kebutuhan O2

Mengakibatkan vasokontriksi

Diperlukan pengetahuan tinggi

**Intoleransi Aktivitas**

Peningkatan tekanan jantung

**Defisit Pengetahuan**

Asam Laktat

**Penurunan Curah Jantung**

Kontriksi jantung menurun

**Perfusi Perifer Tidak Efektif**

**Pola Nafas Tidak Efektif**

O2 tidak seimbang

Proses anaerob

Iskemi Miokard

Injury Miokard

Penurunan aliran darah dan O2 adekuat ke jantung

Beban kerja jantung meningkat

Pelepasan adrenalis dan meningkatkan tekanan darah

Meningkatkan kebutuhan O2 jantung

Aliran O2 ke jantung menurun

Meningkatkan aliran darah ke mesenterik

Spasme arteri koroner

Agregasi trombosit

Sklerotik arteri koroner

Trombosis arteri koroner perdarahan plak ateroma

Faktor diluar jantung

***Pathway Unstable Angina Pectoris* (UAP)**

# **BAB 3**

# **TINJAUAN KASUS**

## **Pengkajian**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama Mhs  Tgl Pengkajian  Jam  Tgl MRS  Ruangan | : Cindy  : 22 Mei 2021  : 16.00  : 22 Mei 2021  : ICCU-CPU | Nama Pasien  Umur Pasien  Jenis Kelamin  No RM  Diagnosa Medis | : Tn. B  : 72 Tahun  : Laki – laki  : 66xxxx  : UAP, Unspecified |

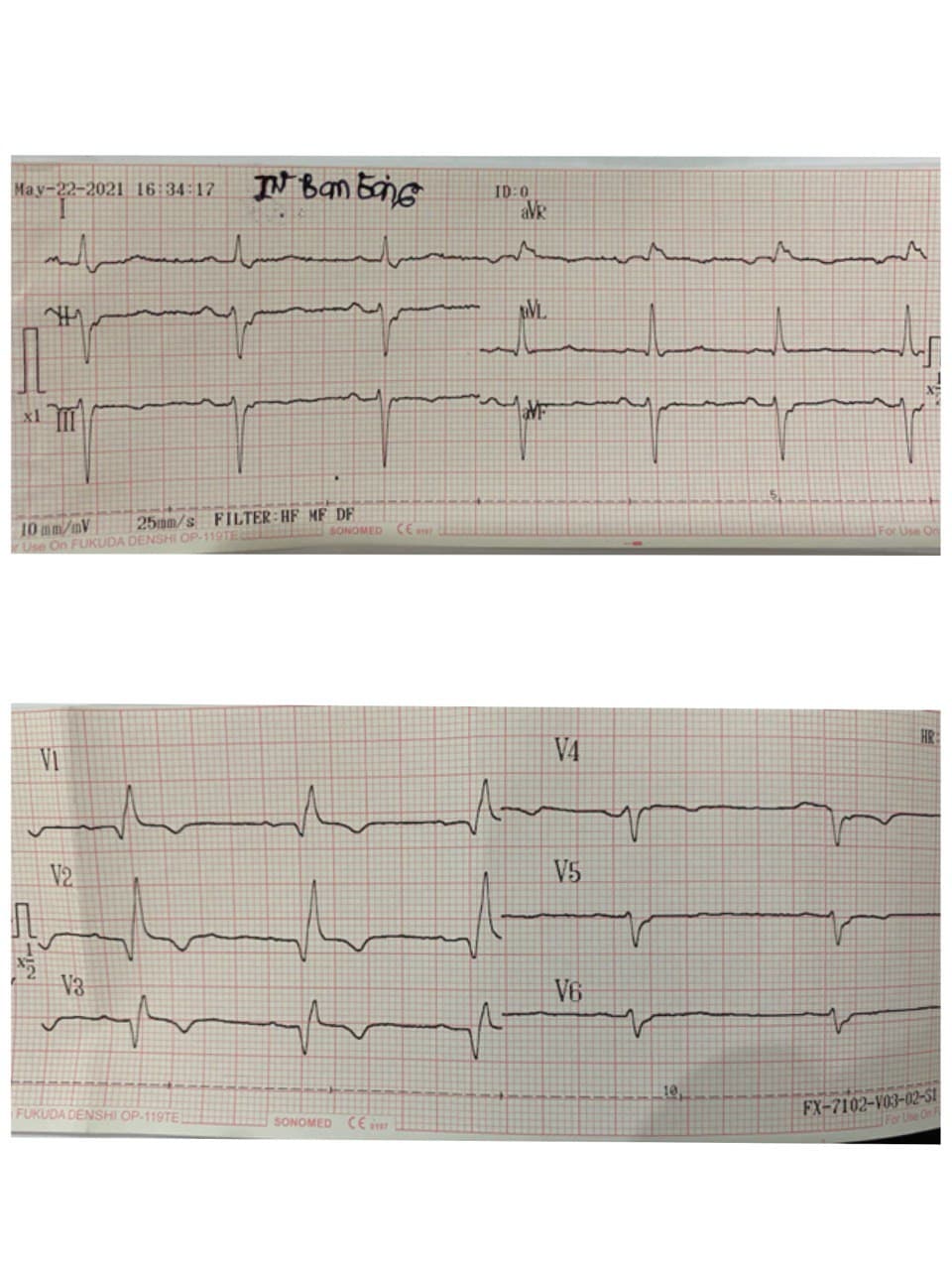
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Keluhan Utama | | Pasien mengeluh lelah, nyeri dada sebelah kiri sampai menjalar ke pundak kanan dan kiri.  Pengkajian OLDCART:  O: Nyeri sejak 2 hari yang lalu (20 Mei 2021)  L: Nyeri dada sebelah kiri  D: Hilang timbul  C: Seperti tertusuk – tusuk  A: Nyeri bertambah bila beraktivitas  R: Menyebar ke pundak kanan dan kiri  T: Pengobatan sebelumnya  (Cedocard, captopril, allopurinol, sodium, diclofenac, celebreg, atorvastatin, CPG, nitrokaf, ramipril, bisoprolol, lansoprazole, cetirizine). |
| Riwayat penyakit sekarang | | Pada tanggal 22 Mei 2021, pasien datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada pukul 12.06 WIB diantar oleh keluarganya untuk mendapatkan pengobatan. Pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri sejak 2 hari yang lalu tanggal 20 Mei 2021, nyeri hilang timbul seperti tertusuk dengan skala 6 semakin memberat bila beraktivitas dan nyeri menjalar ke pundak kanan dan pundak kiri, disertai keringat dingin, mual dan sesak. Di IGD RSPAL Dr. Ramelan dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan:  GCS: 456, Composmentis  TD: 119/66 mmHg  N: 55x/menit  RR: 24x/menit  Suhu: 36,3℃  SPO2: 98% dengan nasal kanul 3 lpm  Terapi yang didapatkan saat di IGD:  Infus NS, inj. Metamizole, inj. Ranitidine, Aspilet tab 160mg, CPG tab 75mg.  Selanjutnya pada pukul 16.15 pasien masuk dan dirawat di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr Ramelan. Saat pengakajian pada tanggal 22 Mei 2021 pukul 16.00 WIB, pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri seperti tertusuk dan menjalar ke pundak kanan dan kiri dengan intensitas hilang timbul dengan skala 5 (1-10). Saat pengkajian pasien tampak gelisah. |
| Riwayat Penyakit Dahulu | | Mempunyai riwayat penyakit hipertensi yang terkontrol, jantung dan operasi bypass tahun 2013. |
| Riwayat Allergi | | Tidak memiliki riwayat alergi makanan, minuman, dan obat – obatan. |
| Keadaan umum : ⁮~~Baik~~ ⁮~~Sedang~~ ⁮✓Lemah BB : 63 Kg TB : 168cm IMT : 24cm | | |
| Status kesadaran : ⁮✓Composmentis ⁮~~Delirium~~ ⁮~~Sopor~~ ⁮~~Somnolen~~ ⁮~~Koma~~  GCS E : 4 V : 5 M : 6 Total : 15 | | |
| Nadi: 57x/menit Lokasi: Arteri radialis RR: 21x/menit Tensi: 156/84 mmHg  Suhu: 36,4℃ Lokasi: Aksilla | | |
| Skala Nyeri (PQRST)  P: Nyeri dada bertambah ketika banyak gerak  Q: Seperti tertusuk – tusuk  R: Nyeri dada sebelah kiri  S: Skala 5 (0-10)  T: Hilang timbul | | |
| Airway & Breathing | Bentuk Dada : Normochest Pergerakan : Simetris  Otot bantu nafas tambahan : Tidak ada Jika ada, jelaskan: Tidak ada  Irama nafas : Reguler Kelainan : Tidak ada  Pola nafas : Eupnea Taktil/ Vocal fremitus: Tidak ada  Suara nafas : Vesikuler Suara nafas tambahan: Tidak ada  Sesak nafas : Tidak ada Batuk : Tidak ada  Sputum : Tidak ada Sianosis : Tidak ada  SP : 100% dengan nasal kanul 3 lpm | |
| Sirkulasi | CRT : >3 detik  Nadi : 57x/menit  Irama : Reguler  TD : 156/84mmHg  Akral : Teraba hangat  Nyeri dada : Ada  Edema : Ada, foto thorax kesan Cardiomegali  Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak ada | |
| Neurologi | Kesadaran : Composmentis  Pusing : Tidak ada  Disorientasi : Tidak ada  GCS : 456  Pupil : Isokor  Reflek cahaya : Kanan (+), Kiri (+) | |
| Urinary | Kebersihan : Bersih  Kandung Kemih : Tidak ada pembesaran  Nyeri Tekan : Tidak ada  Jumlah urin yang keluar: 200cc/4jam  Alat bantu : Kateter urin | |
| Gastrointestinal | Hilang nafsu makan : Tidak ada  BAB : 1x sehari  Diare : Tidak ada  Bising usus : 19x/menit  Mulut : Bersih  Membrane mukosa : Lembab  Gigi/gigi palsu : Tidak ada  Mual muntah : Tidak ada  Makan : Habis satu porsi  Minum : 210cc/4 jam (Pembatasan cairan) | |
| Bone & Integumen | Warna kulit : Sawo matang  Kuku : Bersih  Turgor kulit : Menurun  ROM : Terbatas  Jika iya, jelaskan: Terbatas akibat nyeri saat bergerak  Kekuatan otot :  3333 3333    4444 4444  Fraktur : Tidak ada  Dislokasi : Tidak ada  Luka bakar : Tidak ada | |
| Kemampuan Perawatan Diri | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Aktivitas** | **SMRS** | **MRS** | | Mandi | 1 | 3 | | Berpakaian/ dandan | 1 | 3 | | Toileting/ eliminasi | 1 | 3 | | Mobilitas di tempat tidur | 1 | 3 | | Berpindah | 1 | 3 | | Berjalan | 1 | 3 | | Niak Tangga | 1 | 3 | | Berbelanja | 1 | 3 | | Memasak | 1 | 3 | | Pemeliharaan rumah | 1 | 3 | | Alat Bantu Berupa : Tidak ada |  | |   Keterangan : Pasien mengatakan mudah lelah setelah beraktivitas  Skor 1: Mandiri  2: Alat bantu  3: Dibantu orang lain dan alat  4: Tergantung/ tidak mampu | |
| Personal Hygiene | Mandi SMRS : 2x /hari Mandi MRS : Diseka  Keramas : 3x/minggu Keramas : Tidak keramas  Ganti pakaian : 2x/hari Ganti pakaian : 1x/hari  Menyikat gigi : 3x/hari Menyikat gigi : Tidak sikat gigi  Memotong kuku: 1x/minggu Memotong kuku: Belum potong kuku | |
| Istirahat Tidur | Istirahat tidur SMRS: Pasien mengatakan saat dirumah tidak pernah tidur siang akibat bekerja dan tidur malam pukul 21.00-04.00 WIB. Jumlah : 7jam/hari  Jam tidur malam MRS : Pukul 20.00-04.00 WIB  Jam tidur siang MRS : Pukul 12.00-13.30 WIB Jumlah: 9,5 jam  Kualitas tidur : Baik | |
| Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual | Persepsi terhadap sehat sakit: Pasien menyadari kalau dirinya sakit pasien harus banyak beristirahat. Konsep diri :   1. Gambaran diri: Pasien menyukai semua anggota tubuhnya. 2. Ideal diri: Pasien berharap agar sakitnya ini tidak semakin parah dan tidak mengganggu aktivitasnya. 3. Harga diri : Pasien mengatakan tidak malu tehadap penyakitnya karena merupakan cobaan dari Allah. 4. Peran diri : Pasien adalah seorang ayah dari anaknya dan merupakan kepala rumah tangga, dan sehari-hari pasien bekerja sebagai buruh. 5. Identitas diri : Pasien adalah seorang laki – laki berusia 72 tahun   Kemampuan berbicara : Baik  Bahasa sehari-hari : Bahasa Jawa  Kemampuan adaptasi terhadap masalah: Baik  Ansietas : Ada  Jika ya, jelaskan : Pasien cemas dan khawatir dengan kondisinya sekarang dan takut kondisinya semakin parah lalu bagaimana nasib dengan keluarganya.  Aktivitas sehari-hari : Membantu membersihkan rumah  Rekreasi : Setiap hari minggu berkumpul dengan keluarga  Olahraga : Seminggu sekali  Sistem pendukung : Istri dan anak  Hubungan dg orang lain : Baik  Kegiatan ibadah : Tn. B sholat 5 waktu | |

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang

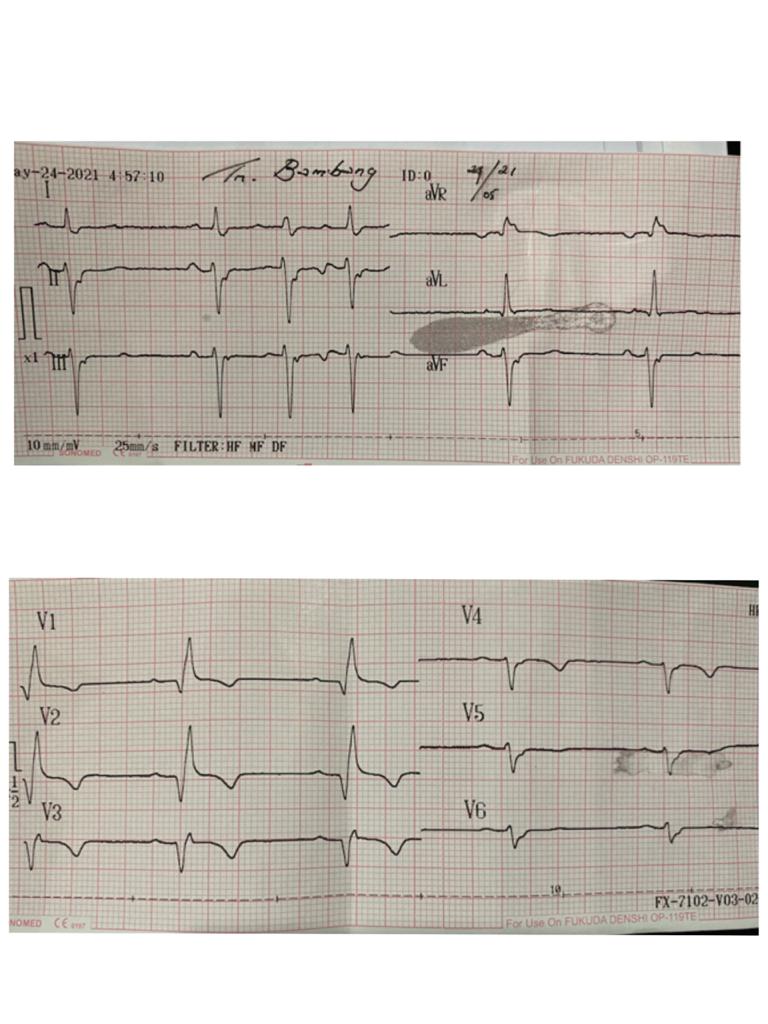
1. Laboratorium : Tanggal 22 Mei 2021 14.06 WIB

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parameter** | **Result** | **Unit** | **Ref. Ranges** |
| **Darah Lengkap** | | | |
| Leukosit | 6,76 | 10^3/uL | 4.00-10.00 |
| Bas# | 0.00 | 10^3/uL | 0.0-0.1 |
| Bas% | 0.1 | % | 0.0-1.0 |
| Eoss# | 0.16 | 10^3/uL | 0.02-0.5 |
| Eos% | 2.30 | % | 0.5-5.0 |
| Neu# | 4.82 | 10^3/uL | 2.0-7.0 |
| Neu% | 71.30 | % | 50.0-70.0 |
| Lym# | 1.47 | 10^3/uL | 0.8-4.0 |
| Lym% | 21.80 | % | 20.0-40.0 |
| Mon# | 0.31 | 10^3/uL | 0.12-1.2 |
| Mon% | 4.50 | % | 3.0-12.0 |
| HGB | 14.10 | g/dL | 13-17 |
| Hematokrit | 41.00 | % | 40.0-54.0 |
| Eritrosit | 4.26 | 10^6/uL | 4.00-5.50 |
| MCH | 33.1 | Pg | 27.0-34.0 |
| MCHC | 34.5 | g/dL | 32.0-36.0 |
| MCV | 96.1 | fL | 80.0-100.0 |
| RDW\_CV | 11.8 | % | 11.0-16.0 |
| RDW\_SD | 42.9 | fL | 35.0-56.0 |
| Trombosit | 203 | 10^3/uL | 150.0-450.0 |
| MPV | 8.9 | fL | 6.5-12.0 |
| PDW | 15.8 | % | 15.0-17.0 |
| PCT | 0.181 | 10^3/uL | 1.08-2.82 |
| P\_LCC | 40.0 | 10^3/uL | 30-90 |
| P\_LCR | 19.7 | % | 110-45.0 |
| **Faal Hemostatis** | | | |
| D-Dimer | 1560 | mg/dL | <500 |
| **Kimia Klinik** | | | |
| GDS | 170 | mg/dL | 74-106 |
| **Fungsi Ginjal** | | | |
| Kreatinin | 2.9 | mg/dL | 0.6-1.5 |
| BUN | 20 | mg/dL | 10-24 |
| **Elektrolit & Gas Darah** | | | |
| Natrium (Na) | 142.7 | mEq/L | 135-147 |
| Kalium (K) | 3.99 | mmol/L | 3.0-5.0 |
| Clorida (Cl) | 109.0 | mEq | 95-105 |
| **Imunologi** | | | |
| Fungsi Jantung : Troponin Kuantitatif | 0,10 | mg/mL | 0.03 |
| Antigen Sars-Cov-2 | Negatif |  | Negatif |

1. Hasil Pemeriksaan EKG
2. Tanggal 22 Mei 2021



1. Tanggal 24 Mei 2021



1. Rontgen : Tanggal 17 Mei 2021

Foto Thorax AP : Duduk

COR : Kesan Membesar

Pulmo :

* + - * 1. Tak tampak infiltrate
        2. Tampak peningkatan bronchovaskular pattern yang “ramai”

*Sinus Phrenicocostalis* kanan kiri tajam

Tampak wiring di *midline* level vth 2 – 3

Kesimpulan :

1. Tak tampak *infiltrate*
2. Peningkatan *bronchoovascular pattern* yang “ramai” perlu diwaspadai. Kemungkinan adanya awal proses keradangan aktif.
3. Kesan *cardiomegali*

Tabel 3.2 Pemberian Terapi

**Tanggal 22 Mei 2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medikasi** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| Lovenox | 1x0,6 mg | IV | Mencegah pembekuan darah vena (tromboeboli) |
| Nitrokaf | 2x2,5 mg | Oral | Analgesik bagian dada (angina) |
| Furosemide | 1x1 | IV | Diuretik hipertensi |
| Bisoprolol | 1x5 mg | Oral | Menurunkan tekanan darah tinggi, angina pektoris |
| Atorvastatin (Oral) | (20 mg) 0-0-1 (Saat malam hari) | Oral | Menurunkan kadar kolesterol dalam darah |
| Aspilet | 160 mg | Oral | Mencegah pembekuan dalam pembuluh darah |
| Ramipril (5 mg) | (10mg) 1-0-0 (Saat pagi hari) | Oral | Mengobati hipertensi (ACE inhibitor) |
| CPG | 1x75 mg | Oral | Menghambat pembentukan trombus |

**Tanggal 24 Mei 2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medikasi** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| Lovenox | 1x0,6 mg | IV | Mencegah pembekuan darah vena (tromboeboli) |
| Nitrokaf | 2x2,5 mg | Oral | Analgesik bagian dada (angina) |
| Furosemide | 1x1 | IV | Diuretik hipertensi |
| Bisoprolol | 1x5 mg | Oral | Menurunkan tekanan darah tinggi, angina pektoris |
| Atorvastatin (Oral) | (20 mg) 0-0-1 (Saat malam hari) | Oral | Menurunkan kadar kolesterol dalam darah |
| Aspilet | 160 mg | Oral | Mencegah pembekuan dalam pembuluh darah |
| Ramipril (5 mg) | (10 mg) 1-0-0 (Saat pagi hari) | Oral | Mengobati hipertensi |
| CPG | 1x75 mg | Oral | Menghambat pembentukan trombus |
| Diazepam | 1x5mg | Oral | Mengatasi gangguan kecemasan |

## **Diagnosa Keperawatan**

## **Analisa Data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **MASALAH** |
| 1. | **DS:** Pasien mengeluh badannya lelah dan lemas.  **DO:**   1. CRT : >3 detik 2. RR: 21x/menit 3. Tensi: 156/84 mmHg 4. Nadi: 57x/menit 5. Foto Thorax : 22/05/2021   COR : Membesar   1. Hasil EKG : 22 Mei 2021 2. Q Patologi (Lead 2,3, aVF, V1,V2 , V3, V4, V5, V6) 3. ST Elevasi (Lead AVR, V1,V2, V3)   Kesimpulan : Infark dengan ritme Sinus Aritmia. | Perubahan Afterload | Penurunan Curah jantung  (SDKI, D0008, Halaman: 34) |
| 2. | **DS:** Pasien mengeluh nyeri dada  P : Nyeri dada bertambah ketika banyak gerak  Q : Seperti di tusuk – tusuk  R : Nyeri dada sebelah kiri  S : Skala 5 (1-10)  T : Hilang timbul  **DO:**   1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien sering memegangi dada sebelah kiri 3. Pola napas : Eupnea 4. Nadi: 57x/menit 5. Tensi: 156/84 mmHg | Agen Pecedera Fisiologis  (Infark) | Nyeri Akut  (SDKI, D.0077, Halaman: 172) |
| 3. | **DS:** Pasien mengeluh lelah dan lemah.  **DO:**   1. Fisik terlihat lemah 2. Gambaran EKG tanggal 22 Mei 2021 menunjukkan Infark. 3. Tensi: 156/84 mmHg 4. Nadi: 57x/menit | Kelemahan | Intoleransi Aktivitas  (SDKI, D.0056, Halaman: 124) |
| 4. | **DS:** Pasien mengatakan merasa bingung dan khawatir dengan kondisi penyakitnya yang sedang dihadapi.  **DO:**   1. Pasien tampak gelisah 2. RR: 21x/menit 3. Tensi: 156/84mmHg 4. Nadi: 57x/menit | Krisis Situasional | Ansietas  (SDKI, D.0080, Halaman: 180) |
| 5. | **DS:** Pasien mengatakan bahwa kurang berminat untuk pemenuhan ADL karena rasanya tidak nyaman.  **DO:**   1. Pasien tidak mampu beraktivitas secara mandiri seperti pemenuhan kebutuhan sehari mandi, makan, dan sebagainya. 2. Fisik pasien terlihat lemah. | Kelemahan | Defisit Perawatan Diri  (SDKI, D.0109, Halaman: 240) |

**Lembar Observasi Perawatan Intensif**

**Nama Pasien : Tn. B Hari/Tanggal : Sabtu, 22 Mei 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jam** | **Tensi** | **RR** | **HR** | **SUHU** | **MAP** | **SPO2** | **Resp Mode** | **FIO2** | ***Input* (cc)** | ***Output* (cc)** |
| **16.00** | 156/84 | 21 | 57 | 36,2 | 108,00 | 100% | O2 nassal kanul 3 lpm | **-** | **-** | - |
| **17.00** | 147/77 | 20 | 54 | 36,4 | 100,33 | 100% | O2 nassal kanul 3 lpm | **-** | **-** | - |
| **18.00** | 146/69 | 21 | 53 | 36,5 | 94,67 | 100% | O2 nassal kanul 4 lpm | **-** | 210 | - |
| **19.00** | 140/76 | 20 | 52 | 36,3 | 97,33 | 100% | O2 nassal kanul 4 lpm | **-** | - | 200 |
| **20.00** | 134/74 | 18 | 52 | 36,5 | 94,00 | 100% | O2 nassal kanul 3 lpm | **-** | **-** | - |

Pasien terpasang infus NS life line.

*Balance* cairan /4jam

***Input* : *Output* :**

Air Minum : 210cc Urin : 200cc

Injeksi Total : 10cc *Balance* Cairan : 220cc – 200cc = +20cc

**Lembar Observasi Perawatan Intensif**

**Nama Pasien : Tn. B Hari/Tanggal : Senin, 24 Mei 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jam** | **Tensi** | **RR** | **HR** | **SUHU** | **MAP** | **SPO2** | **Resp Mode** | **FIO2** | ***Input* (cc)** | ***Output* (cc)** |
| **07.00** | 108/56 | 20 | 56 | 36,3 | 73,33 | 100% | O2 nassal kanul 3 lpm | **-** | 200 | - |
| **08.00** | 89/52 | 19 | 49 | 36,2 | 64,33 | 100% | O2 nassal kanul 3 lpm | **-** | - | - |
| **09.00** | 125/77 | 20 | 51 | 36,4 | 93,33 | 100% | O2 nassal kanul 3 lpm | **-** | - | 150 |
| **10.00** | 86/55 | 20 | 50 | 36,3 | 63,33 | 100% | O2 nassal kanul 3 lpm | **-** | - | - |
| **11.00** | 85/52 | 20 | 49 | 36,2 | 65,33 | 100% | O2 nassal kanul 3 lpm | **-** | - | - |

Pasien terpasang infus NS.

*Balance* cairan /4jam

***Input*  : *Output* :**

Air Minum : 200cc Urin : 150cc

Injeksi Total : 10cc *Balance* Cairan : 210cc – 150cc = +60cc

## **Rencana Keperawatan**

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan Tn. B

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa** | **Tujuan** | **Kriteria Hasil** | **SIKI** | **Rasional** |
| 1. | Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan *Afterload* | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 4 Jam curah jantung meningkat. | **Curah Jantung (L.02008) SLKI Hal: 20**   1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Bradikardia menurun (60-100x/menit) 3. Distensi vena jugularis menurun 4. Dispnea menurun (16-20x/menit) 5. CRT membaik (<3detik) 6. Tekanan darah membaik (90/60mmHg – 120/80mmHg) | 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor EKG 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor nilai laboratorium jantung 6. Monitor aritmia 7. Posisikan pasien semi-fowler 8. Berikan diet jantung yang sesuai 9. Berikan oksigen tambahan (nasal kanul) 10. Anjurkan beraktivitas sesuai toleransi 11. Kolaborasi penentuan dosis oksigen (3 lpm) 12. Pemberian obat (Lovenox 1x0,6mg, Furosemide 1x1, Bisoprolol 1x5mg, Aspilet 1x160mg, Ramipril 1x10mg, CPG 1x75mg). | 1. Regulasi mempertahankan aliran darah ke otak yang konstan. 2. Melihat perubahan pada segmen ST mengalami depresi atau datarnya gelombang T. 3. Mengetahui tingkat oksigenasi pada penurunan curah jantung. 4. Ginjal berespon terhadap penurunan curah jantung dengan mereabsorbsi natrium dan cairan, biasanya output urine menurun. 5. Melihat nilai enzim jantung dan nilai elektrolit. 6. Menentukan aktivitas listrik jantung secara terus menerus selama 24 jam. 7. Mengurangi kesulitan bernapas dan mengurangi jumlah darah yang kembali ke jantung mencegah kongesti paru. 8. Mengatur ketegangan otot jantung minimal dan status nutrisi terpelihara. 9. Meningkatkan kesediaan oksigen untuk kebutuhan jantung menghindari hipoksia atau iskemi. 10. Menurunkan kebutuhan beban kerja pada jantung. 11. Memaksimalkan sediaan oksigen untuk pemenuhan jantung. 12. Meningkatkan volume jantung sekuncup, memperbaiki kontraktitilitas, dan menurunkan kongesti. |
| 2. | Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (Iskemi) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 4 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. | **Tingkat nyeri (L.08066) SLKI Hal: 145**   1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan darah   membaik (90/60mmHg- 120/80mmHg)   1. Frekuensi nadi   membaik(60-100x/ menit)   1. Pola napas membaik (16-20x/menit) 2. Pola tidur membaik | 1. Monitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Monitor skala nyeri 3. Monitor respons nyeri non verbal 4. Jelaskan penyebab nyeri 5. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti tarik napas dalam 6. Pemberian analgetik (Nitrokaf 1x2,5mg) | 1. Mengetahui pusat nyeri yang dialami oleh pasien. 2. Mengetahui tingkat nyeri yang dialami oleh pasien. 3. Mengetahui ketidaknyamanan pasien dengan respon fisiologi tubuh. 4. Memberikan pengetahuan mengenai nyeri khas yang dialami oleh pasien. 5. Dengan melakukan aktivitas lain dapat mengalihkan perhatian terhadap nyeri. 6. Membantu mengurangi atau menekan rasa nyeri yang dihadapi pasien. |
| 3. | Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 4 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat. | **Toleransi Aktivitas (L.05047) SLKI Hal:149**   1. Frekuensi nadi meningkat. 2. Keluhan lelah menurun. 3. Dipsnea saat aktivitas menurun (16-20x/menit) 4. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari. 5. Peasaan lemah menurun. 6. Tekanan darah membaik (90/60mmHg- 120/80mmHg) 7. EKG Iskemi membaik. | * + - 1. Monitor pola dan jam tidur       2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.       3. Monitor tingkat toleransi aktivitas.       4. Periksa kontraindikasi latihan (gambaran EKG Iskemi, angina, takikardi ventrikel).       5. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah   stimulus (mis. cahaya,  suara, kunjungan).   * + - 1. Anjurkan melakukan   aktivitas secara bertahap.   * + - 1. Ajarkan strategi koping   untuk mengurangi  kelelahan.   * + - 1. Konsultasi dengan ahli   gizi tentang cara  meningkatkan asupan  makanan.   * + - 1. Anjurkan pasien dan   keluarga mematuhi jadwal kontrol kesehatan. | * + - 1. Mengkaji perlunya mengidentifikasi intervensi yang tepat.       2. Mengidentifikasi kekuatan atau kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan.       3. Mengidentifikasi derajat kerusakan dan kesulitan terhadap keadaan atau aktivitas yang dialami.       4. Latihan fisik rutin secara bertahap memberikan adaptasi pada ventrikel kiri dalam pemenuhan kebutuhan suplai oksigen dan darah dengan melihat gambaran EKG.       5. Meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis atau psikologis.       6. Meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, dan mencegah terjadinya kontraktur.       7. Mengidentifikasi kekuatan atau kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan.       8. Mempercepat proses penyembuhan.       9. Dukungan keluarga dapat meningkatkan proses pemulihan. |
| 4. | Ansietas b.d Krisis Situasional | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 4 jam diharapkan tingkat ansietas menurun. | **Tingkat Ansietas (L.09093) SLKI Hal: 84**   1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah   menurun   1. Perilaku tegang menurun 2. Frekuensi pernapasan dari menurun (16-20x/menit) 3. Frekuensi nadi menurun (60-100x/menit) | 1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan. 3. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian 4. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih teknik relaksasi 7. Pemberian obat antiasientas (diazepam tab 1x5mg) | 1. Mengkaji perasaan tidak nyaman atau ke khawatiran yang dialami pasien. 2. Mengurangi kecemasan pada pasien dengan mendengarkan apa yang dialami dana apa yang dibutuhkan pasien. 3. Menghindarkan hal yang dapat membuat kecemasan pasien meningkat. 4. Mengurangi rasa kekhawatiran pasien tentang prosedur yang dilakukan oleh perawat. 5. Mendorong pasien mengungkapkan keluhan atau kekhawatiran yang dialaminya. 6. Mengurangi perasaan cemas. 7. Menurunkan tingkat kecemasan dan kekhawatiran pasien. |
| 5. | Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 4 jam diharapkan perawatan diri meningkat. | **Perawatan Diri (L.11103) SLKI Hal: 81**   1. Kemampuan mandi meningkat. 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat. 3. Kemampuan makan meningkat. 4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat. 5. Minat dalam melakukan perawatan diri meningkat. 6. Mempertahankan kebersihan diri meningkat. | 1. Monitor tingkat kemandirian. 2. Monitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 5. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. 6. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi terjaga). 7. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. 9. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. | 1. Menunjukkan perubahan tingkatan mobiliasai pasien setiap hari. 2. Membantu menentukan derajat kerusakan atau kesulitan terhadap keadaan yang dialami. 3. Mengkaji perlunya identifikasi intervensi yang tepat. 4. Mengidentifikasi kekuatan atau kelemahan yang dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. 5. Mengetahui kemampuan pasien dalam pemenuhan personal *hygiene*. 6. Meningkatkan kenyamanan pasien dalam perawatan diri. 7. Partisipasi dalam pemenuhan kebutuhan pasien dalam perawatan diri hingga berhasil melakukannya secara mandiri. 8. Mengetahui keterbatasan pasien dan membantu perawatan diri pasien. 9. Mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri. |

## **Implementasi & Evaluasi Keperawatan**

**Hari Ke – 1 (Sabtu, 22 Mei 2021)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  **Dx** | **Waktu**  **(Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu** | **Catatan Perkembangan**  **(SOAP)** | **TT** |
| 1,2,3,4,5  1,2,3,4,5  3  1,2,3,4,5  5  1,3  1,3  1,2,3,4,5  1  2  4  1,2,3,4,5  2  1  1,2,3,4,5  1,2,3,4,5  1,2,3,4  1,2,3,4,5  1,2,3,4  2,4  1,2,3,4 | 22 Mei 2021  16.00  16.05  16.10  16.15  16.25  16.30  16.40  16.50  17.00  17.10  17.15  17.20  17.25  17.40  18.00  18.10  18.20  19.00  19.30  20.00  20.05 | Membina hubungan saling percaya dengan pasien: mengucapkan salam.  Mengkaji dan mendengarkan keluhan apa yang dirasakan pasien.  Menanyakan pola tidur dan jam tidur pasien.  Menyediakan lingkungan yang nyaman dan tenang guna meningkatkan tingkat kesembuhan pasien.  Menyeka pasien  Mengajarkan pasien untuk mobilisasi secara sederhana dengan perlahan.  Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan aktivitas.  Memonitor intake cairan (Hasil: 210cc)  Memantau aliran oksigen (Hasil: Pasien terpasang nasal kanul 3 lpm)  Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (Hasil: Pasien tampak gelisah)  Memonitor tanda – tanda ansietas (Hasil: pasien merasa bingung dan khawatir tentang kondisinya saat ini)  Memonitor saturasi oksigen (Hasil: 100%)  Melatih teknik relaksasi tarik napas dalam  Memberikan posisi semi fowler.  Membantu memberikan makanan pasien dengan cara menyuapi.  Membantu oral hygiene (Pasien memiliki kebiasaan menggosok gigi setelah makan).  Memberikan terapi obat injeksi (IV):   1. Lovenox 1x0,6mg 2. Furosemid   Memberikan terapi obat oral:   1. Atorvastatin 1x20mg 2. Aspilet 1x160mg 3. Ramipril 1x10mg 4. CPG 1x75mg 5. Diazepam 1x5mg 6. Bisoprolol 1x5mg 7. Nitrokaf 1x2,5mg   Memeriksa keluaran urine pasien (Hasil: 200cc warna kuning pekat)  Menganjurkan pasien untuk berdo’a dan beristighfar untuk mengurangi nyeri dan perasaan cemas yang dialami oleh pasien.  Mengobservasi TTV pasien  TD: 134/74 mmHg  N: 52x/ mnt  RR: 20x/ mnt dengan nasal kanul 3lpm  S: 36,5ºC  SPO2: 100% | ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘ | 20.00  20.05  20.10  20.20  20.25 | **Diagnosa 1: Resiko Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan *Afterload*.**  **S:** Pasien mengeluh badannya lelah dan lemas.  **O:**   1. CRT : >3 detik 2. RR : 20x/menit 3. Tensi : 134/74mmHg 4. Nadi : 52x/menit teraba lemah 5. Foto Thorax : 22/05/2021   COR : Membesar   1. Hasil EKG : 22 Mei 2021 2. Q Patologi (Lead 2,3, aVF, V1,V2, V3, V4, V5, V6) 3. ST Elevasi (Lead AVR, V1,V2, V3)   Kesimpulan : Infark dengan ritme Sinus Aritmia.  **A:** Masalah keperawatan belum teratasi.  **P:** Intervensi nomor 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10 dilanjutkan.  **Diagnosa 2: Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (Iskemi)**  **S:** Pasien mengeluh nyeri dada  P : Nyeri dada bertambah ketika banyak gerak  Q : Seperti tertindih  R : Nyeri dada sebelah kiri  S : Skala 2 (1-10)  T : Hilang timbul  **O:**   1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien sering memegangi dada sebelah kiri 3. Pola napas : Eupnea 4. Nadi : 52x/menit 5. Tensi : 134/74mmHg   **A:** Masalah keperawatan teratasi sebagian.  **P:** Intervensi nomor 1, 2, 5, 6 dilanjutkan.  **Diagnosa 3: Intoleransi Aktivitas b.d**  **Kelemahan**  **S:** Pasien mengeluh lelah dan lemah.  **O:**   1. Fisik terlihat lemah 2. Gambaran EKG tanggal 22 Mei 2021 menunjukkan Infark. 3. Tensi : 134/74mmHg 4. Nadi : 52x/menit   **A:** Masalah keperawatan belum teratasi.  **P:** Intervensi nomor 3, 4, 5 dilanjutkan.  **Diagnosa 4: Ansietas b.d Krisis  Situasional.**  **S:** Pasien mengatakan rasa cemas sedikit berkurang.  **O:**   1. Pasien tampak sedikit tenang 2. RR : 20x/menit 3. Tensi : 134/74mmHg 4. Nadi : 52x/menit   **A:** Masalah keperawatan belum teratasi.  **P:** Intervensi nomor 2, 4, 5, 6, 7  dilanjutkan.  **Diagnosa 5: Defisit Perawatan Diri b.d**  **Kelemahan**  **S:** Pasien mengatakan bahwa kurang berminat untuk pemenuhan ADL karena rasanya tidak nyaman.  **O:**   1. Pasien tidak mampu beraktivitas secara mandiri seperti pemenuhan kebutuhan sehari mandi, makan, dan sebagainya. 2. Fisik pasien terlihat lemah.   **A:** Masalah keperawatan belum teratasi.  **P:** Intervensi nomor 2, 5, 7 dilanjutkan. | ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘ |

**Hari Ke – 2 (Senin, 24 Mei 2021)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  **Dx** | **Waktu**  **(Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu** | **Catatan Perkembangan**  **(SOAP)** | **TT** |
| 5  1,2,3,4,5  1,2,3,4,5  3  1,2,3,4,5  1,3  1,3  1,2,3,4,5  1  2  4  1,2,3,4,5  2  1  1,2,3,4,5  1,2,3,4,5  1,2,3,4  1,2,3,4,5  1,2,3,4  2,4  1,2,3,4 | 24 Mei 2021  06.30  07.00  08.05  09.10  09.15  09.20  09.30  10.00  10.10  10.15  10.20  10.25  10.30  10.35  10.40  11.00  11.10  11.15  11.20  11.25  11.30 | Menyeka pasien  Membina hubungan saling percaya dengan pasien: mengucapkan salam.  Mengkaji dan mendengarkan keluhan apa yang dirasakan pasien.  Menanyakan pola tidur dan jam tidur pasien.  Menyediakan lingkungan yang nyaman dan tenang guna meningkatkan tingkat kesembuhan pasien.  Mengajarkan pasien untuk mobilisasi secara sederhana dengan perlahan.  Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan aktivitas.  Memonitor intake cairan (Hasil: 200cc).  Memantau aliran oksigen (Hasil: Pasien terpasang nasal kanul 3 lpm)  Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (Hasil: Pasien tidak mengeluh nyeri)  Memonitor tanda – tanda ansietas (Hasil: pasien merasa bingung dan khawatir tentang kondisinya saat ini)  Memonitor saturasi oksigen (Hasil: 100%)  Melatih teknik relaksasi tarik napas dalam  Memberikan posisi semi fowler.  Membantu memberikan makanan pasien dengan cara menyuapi.  Membantu oral hygiene (Pasien memiliki kebiasaan menggosok gigi setelah makan).  Memberikan terapi obat injeksi:   1. Lovenox 1x0,6mg 2. Furosemid   Memberikan terapi obat oral:   1. Atorvastatin 1x20mg 2. Aspilet 1x160mg 3. Ramipril 1x10mg 4. CPG 1x75mg 5. Diazepam 1x5mg 6. Bisoprolol 1x5mg 7. Nitrokaf 1x2,5mg   Memeriksa keluaran urine pasien (Hasil: 200cc warna kuning pekat)  Menganjurkan pasien untuk berdo’a dan beristighfar untuk mengurangi nyeri dan perasaan cemas yang dialami oleh pasien.  Mengobservasi TTV pasien  TD: 85/52 mmHg  N: 61x/ mnt  RR: 20x/ mnt dengan nasal kanul 3 lpm  S: 36,2ºC  SPO2: 100% | ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘ | 11.00  11.05  11.10  11.15  11.20 | **Diagnosa 1: Resiko Penurunan Curah Jantung b.d Perubahan *Afterload*.**  **S:** Pasien mengeluh badannya lelah dan lemas.  **O:**   1. CRT : >3 detik 2. RR : 20x/menit 3. Tensi : 88/52mmHg 4. Nadi : 61x/menit 5. Foto Thorax : 22/05/2021   COR : Membesar   1. Hasil EKG : 24 Mei 2021 2. Q Patologi (Lead 2,3, aVF, V1,V2, V3, V4, V5, V6) 3. ST Elevasi (Lead AVR, V1,V2, V3)   Kesimpulan: Infark dengan ritme Sinus Aritmia.  **A:** Masalah keperawatan teratasi sebagian.  **P:** Intervensi nomor 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10 dilanjutkan.  **Diagnosa 2: Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (Iskemi)**  **S:** Pasien mengeluh nyeri dada berkurang  P : Nyeri dada bertambah ketika banyak gerak  Q : Seperti tertindih  R : Nyeri dada sebelah kiri  S : Skala 1 (1-10)  T : Hilang timbul  **O:**   1. Pasien tampak tenang 2. Pola napas : Eupnea 3. Nadi : 61x/menit 4. Tensi : 88/52mmHg   **A:** Masalah keperawatan teratasi.  **P:** Intervensi dipertahankan.  **Diagnosa 3: Intoleransi Aktivitas b.d**  **Kelemahan**  **S:** Pasien mengeluh lelah dan lemah berkurang.  **O:**   1. Fisik terlihat lemah 2. Gambaran EKG tanggal 22 Mei 2021 menunjukkan Infark. 3. Tensi : 88/52mmHg 4. Nadi : 61x/menit   **A:** Masalah keperawatan teratasi sebagian.  **P:** Intervensi nomor 3, 4, 5 dilanjutkan.  **Diagnosa 4: Ansietas b.d Krisis  Situasional.**  **S:** Pasien mengatakan rasa cemas berkurang.  **O:**   1. Pasien tampak sedikit tenang 2. RR : 20x/menit 3. Tensi : 88/55mmHg 4. Nadi : 61x/menit   **A:** Masalah keperawatan teratasi.  **P:** Intervensi dipertahankan.  **Diagnosa 5: Defisit Perawatan Diri b.d**  **Kelemahan**  **S:** Pasien mengatakan bahwa adanya minat untuk pemenuhan ADL karena rasanya tidak nyaman.  **O:**   1. Pasien mampu beraktivitas secara mandiri seperti pemenuhan kebutuhan sehari mandi, makan, dan sebagainya secara bertahap. 2. Fisik pasien terlihat lemah.   **A:** Masalah keperawatan teratasi sebagian.  **P:** Intervensi nomor 2,5,7 dilanjutkan. | ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘  ℘ |

**SDAFTAR MASALAH KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **MASALAH KEPERAWATAN** | **TANGGAL** | | **Evaluasi Sumatif** | **PARAF** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1. | Penurunan Curah Jantung | 22 Mei 2021 | 24 Mei 2021 | Masalah Teratasi Sebagian | ℘ |
| 2. | Nyeri Akut | 22 Mei 2021 | 24 Mei 2021 | Masalah Teratasi | ℘ |
| 3. | Intoleransi Aktivitas | 22 Mei 2021 | 24 Mei 2021 | Masalah Teratasi Sebagian | ℘ |
| 4. | Ansietas | 22 Mei 2021 | 24 Mei 2021 | Masalah Teratasi | ℘ |
| 5. | Defisit Perawatan Diri | 22 Mei 2021 | 24 Mei 2021 | Masalah Teratasi Sebagian | ℘ |

**SKALA PENGUKURAN RESIKO DEKUBITUS**

**(Modified Norton)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KOMPONEN** | **INDIKATOR** | **SKOR POIN** | **POIN PASIEN** |
| **Umur** | Lebih dari 60 tahun  Kurang dari 60 tahun  Kurang dari 30 tahun  Kurang dari 10 tahun | 1  2  3  4 | 2 |
| **Motivasi** | Kooperatif  Kurang kooperatif  Cukup kooperatif  Sangat kooperatif | 1  2  3  4 | 4 |
| **Kondisi kulit** | Terdapat luka, alergi, laserasi  Basah  Kering bersisik  Normal | 1  2  3  4 | 4 |
| **Penyakit menyertai** | Arteri oklusi  Multiple sklerosis, adiposis  Penyakit kronik/ demam/ DM  Tidak ada | 1  2  3  4 | 3 |
| **Keadaan umum** | Buruk  Kurang  Cukup  Baik | 1  2  3  4 | 3 |
| **Kondisi mental** | Stupor  Bingung  Apatis  Sadar penuh | 1  2  3  4 | 4 |
| **Aktivitas** | Stupor  Berpindah di kursi roda  Berjalan dengan bantuan  Ambulasi bebas | 1  2  3  4 | 3 |
| **Mobilitas** | Imobilitas  Sangat terbatas  Sedikit terbatas  Bebas | 1  2  3  4 | 3 |
| **Inkontinensia** | Alvi dan urin  Terkadang urin  Jarang  Tidak ada inkontinensia | 1  2  3  4 | 2 |
| **TOTAL** | | **28 (Resiko Rendah)** | |

**PENILAIAN**

Resiko rendah : 24 – 25

Resiko sedang : 19 - 23

Resiko tinggi : 14 – 18

**Pengukuran Skala Pasien Jatuh**

**(Adaptasi , Morse Fall Scale)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **INDIKATOR** | **POIN** | | **POIN PASIEN** |
| **Iya** | **Tidak** |  |
| 1 | Ada riwayat jatuh dalam waktu 3 bulan terakhir | 25 | 0 | 0 |
| 2 | Memiliki lebih dari 1 diagnosa medis | 15 | 0 | 0 |
| 3 | Pergerakan   1. Bed rest total / bantuan perawat 2. Tongkat / kursi roda/ kruk 3. Berpegangan benda sekitar | 0  15  30 | - | 0 |
| 4 | Dipasang IV line/ heparin lock | 20 | 0 | 20 |
| 5 | 1. Postur tubuh dapat berdiri tegak 2. Lemah / berdiri agak membungkuk/ menyeret 3. Sempoyongan/ selalu menunduk | 0  10  20 | - | 10 |
| 6 | 1. Sadar akan keterbatasannya 2. Tidak sadar akan keterbatasannya | 0  15 | - | 0 |

**Penilaian**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Skor** | **Interpretasi** | **Saran** |
| 0-24 | Tidak beresiko | Perawatan kebutuhan dasar manusia baik |
| 25 – 50 | Resiko rendah | Implementasi standar pencegahan jatuh |
| 51 | Resiko tinggi | Implemtenasi tindakan pencegahan resiko tinggi jatuh |

**Kesimpulan : Skor 30 (Resiko Rendah)**

**EVALUASI SUMATIF**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hari / Tanggal** | **Diagnosa** | **Evaluasi sumatif** |
| Senin  24 Mei 2021 | Penurunan Curah Jantung | Masalah Keperawatan Teratasi Sebagian |
| Nyeri Akut | Masalah Keperawatan Teratasi |
| Intoleransi Aktivitas | Masalah Keperawatan Teratasi Sebagian |
| Ansietas | Masalah Keperawatan Teratasi |
| Defisit Perawatan Diri | Masalah Keperawatan Teratasi Sebagian |

## **BAB 4**

## **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *unstable angina pectoris (UAP)* di ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 22 Mei 2021 sampai dengan 24 Mei 2021. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kajian teori dan praktek secara nyata di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

## **Pengkajian Keperawatan**

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. B dengan melakukan anamesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

## **Identitas**

Data yang didapatkan, pasien berinisial Tn. B berjenis kelamin laki – laki berusia 72 tahun. Dari data ini bisa dijelaskan bahwa, pengaruh usia lanjut dan jenis kelamin pada pasien menjadi salah satu faktor terbesar dan menjadi lebih berat seiring bertambahnya usia semakin besar pula resiko terkena penyakit sindrom koroner akut. Hal ini sejalan dengan penelitian Diputra *et al.*, (2018) semakin umur kita bertambah maka fungsi organ atau sel tubuh kita semakin menurun itupun apabila kita lebih bersahabat dengan faktor - faktor risiko yang menyebabkan penyakit jantung koroner disertai penyakit degeneratif lainnya secara nyata pada pria maupun wanita.

Kondisi ini akan diperberat dengan pola hidup yang tidak sehat seperti, kurang olahraga, mengkonsumsi makanan tidak sehat yang banyak mengandung kolestrol, dan gaya hidup yang tidak sehat.

Pada laki – laki pertengahan tahun manula yaitu usia 40 tahun ke atas kenaikan kadar kolesterol dalam darah mempunyai risiko yang tinggi khususnya LDL untuk pembentukan penyakit angina dikarenakan adanya penumpukan plak pada sel – sel miokard. Tidak sebanding dengan wanita pertengahan tingkat mortalitas akibat penyakit angina lebih rendah karena terdapat efek proteksi dari hormon kewanitaan yaitu hormon estrogen yang bisa sangat membantu dalam mengendalikan kolesterol. Namun jika perempuan sudah mencapai usia menopouse, pelindung alami tersebut sudah tidak berproduksi kembali, dan itu yang kemudian akan menjadikan perempuan juga rentan terkena penyakit jantung koroner apabila tidak berpola hidup yang sehat (Annisaa, 2017).

## **Riwayat Penyakit dan Kesehatan**

**Keluhan Utama**

Berdasarkan tinjauan kasus, di pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri dengan metode pengkajian PQRST didapatkan, P: Nyeri dada mendadak dan bertambah ketika bergerak, Q: seperti tertusuk – tusuk, R: dada sebelah kiri, S: 5 (0-10), T: nyeri hilang timbul, bertambah apabila beraktivitas.

Keluhan utama pasien sewaktu masuk rumah sakit adalah pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri sampai menjalar ke pundak kanan dan kiri.

Penelitian Munawwarah (2017) menyatakan bahwa penimbunan kolesterol dan lemak akan membentuk deposit jaringan parut, pembentukan bekuan yang berasal dari trombosit dan proliferasi sel otot polos sehingga pembuluh mengalami kekakuan dan menyempit. Apabila kekakuan ini dialami oleh arteri - arteri koroner akibat aterosklerosis dan tidak dapat berdilatasi sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen dan kemudian terjadi iskemia (kekurangan suplai darah) miokardium dan sel - sel miokardium sehingga menggunakan glikolisis anerob untuk memenuhi kebutuhan energinya. Proses pembentukan energi ini sangat tidak efisien dan menyebabkan terbentuknya asam laktat sehinga menurunkan pH miokardium dan menyebabkan nyeri yang berkaitan dengan angina pektoris. Ketika kekurangan oksigen pada jantung dan sel - sel otot jantung berkepanjangan dan iskemia miokard yang tidak tertasi maka terjadilah kematian otot jantung yang dikenal sebagai miokard infark.

Angina pectoris disebabkan oleh penyempitan dinding arteri koronaria (*arteriosclerosis*) karena plak pada sel miokard yang berakibat pada penurunan aliran darah didalam pembuluh darah. Hal ini akan mengakibatkan penurunan pemenuhan kebutuhan oksigen otot jantung sehingga menyebabkan fungsi otot jantung dan kerusakan sel otot jantung, ketika jantung kekurangan oksigen, maka akan terjadi hipoksia miokard yang menyebabkan terbentuknya asam laktat sehingga menurunkan pH miokardium dan menyebabkan respon nyeri pada tubuh.

**Riwayat Penyakit Dahulu**

Riwayat penyakit dahulu pada pasien, didapatkan data memiliki riwayat penyakit hipertensi, menderita penyakit jantung sejak usia 58 tahun dan pernah operasi bypass tahun 2013. Temuan data ini dapat dijelaskan bahwa seorang yang memiliki riwayat penyakit hipertensi dan jantung maka cenderung beresiko tinggi mengalami komplikasi koroner akut yang terjadi akibat penyempitan atau penghambatan pembuluh arteri yang mengalirkan darah ke otot jantung.

Kirthi *et al*., (2019) menyatakan bahwa keadaan hipertensi menyebabkan hipertrofi jantung yang merupakan faktor risiko independen dan dapat menyebabkan kejadian kardiovaskular mayor. Hipertrofi ventrikel kiri untuk meningkatkan kekuatan pompa. Kondisi hipertrofi mengakibatkan kebutuhan oksigen miokard meningkat. Bila proses asteroklorosis terjadi, maka penyediaan oksigen untuk miokard berkurang. Hipertensi akan mempengaruhi hemoestasis di dalam tubuh. Hipertensi menimbulkan trauma langsung terhadap dinding pembuluh darah arteri koronaria hal ini menyebabkan angina pektoris.

## **Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan akan diuraikan sebagai berikut:

**Airway & Breathing**

Pemeriksaan fisik airway dan breathing didapatkan hasil Inspeksi: bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas tambahan, irama napas regular, *respiratory rate*: 21x/menit, SPO2: 100% dengan nasal kanul 3 lpm. Palpasi: tidak didapatkan lesi, terdapat nyeri tekan pada dada, taktil fremitus teraba normal kanan dan kiri. Perkusi: didapatkan suara sonor. Auskultasi: suara napas vesikuler.

Pada pasien ini keluhan yang dirasakan adalah nyeri dada sebelah kiri dan bertambah apabila beraktivitas, nyeri dada dapat disebabkan dari adanya gangguan dari organ jantung. Dari anamnesis pasien ditemukan adanya keluhan nyeri dada sebelah kiri sampai menjalar ke pundak kanan dan kiri dengan skala nyeri 5 dan semakin memberat bila beraktivitas, disertai dengan keringat dingin, mual, dan sesak. Keluhan nyeri dada kiri berulang akan menyebabkan kematian jaringan yang berpotensi kematian.

Hal ini sejalan dengan penelitian Priyanto & Anggraeni (2019) nyeri dada (angina) atau dada terasa tertekan ketika beraktivitas. Angina pektoris adalah suatu sindroma klinis yang ditandai dengan episode atau paroksisma nyeri atau perasaan tertekan di dada depan. Penyebab diperkirakan berkurangnya aliran darah koroner, menyebabkan suplai oksigen ke jantung tidak adekuat atau dengan kata lain, suplai kebutuhan jantung meningkat. Angina biasanya diakibatkan oleh penyakit aterosklerotik dan hampir selalu berhubungan dengan sumbatan arteri koroner utama.

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.

***Circulation***

Pemeriksaan fisik sirkulasi didapatkan hasil Inspeksi: ikterik ananemis, tidak sianosis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, terdapat edema pada pemeriksaan thorax kesan cardiomegaly. Palpasi: irama nadi ireguler, nadi teraba lemah, akral hangat, CRT >3detik, nyeri dibagian dada kiri sampai menjalar ke pundak kanan dan kiri dengan pengkajian nyeri PQRST didapatkan, P: Nyeri dada mendadak dan bertambah ketika bergerak, Q: seperti tertusuk – tusuk, R: dada sebelah kiri, S: 5 (0-10), T: nyeri hilang timbul, bertambah apabila beraktivitas. Perkusi: suara pekak jantung, batas pada ICS II, bawah ICS 5-6, kiri midclavikula 2cm lateral, batas kanan para sterna dextra. Auskultasi: bunyi jantung S1S2 tunggal, murmur (-), gallop (-), TD: 156/84mmHg, nadi: 57x/menit teraba lemah.

Menurut Kristiara (2019) menyatakan bahwa kardiomegali dikaitkan dengan angina disebabkan karena adanya peningkatan kerja jantung sehingga tekanan atau volume menjadi berlebih misalnya pada hipertensi sistemik atau stenosis aorta yang akan menyebabkan miosit jantung mengalami hipertrofi secara kumulatif yang meningkatkan ukuran dan berat jantung menjadi bertambah dikarenakan jantung mengalami kesulitan saat memompa darah.

***Urinary***

Pemeriksaan urinary didapatkan hasil Inspeksi tidak terdapat lesi, luka, maupun benjolan, pasien terpasang *folley* kateter di IGD, warna kuning jernih, tidak terdapat odem pada ekstermitas. Palpasi tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada pembesaran kandung kemih. *Balance* cairan selama 4 jam didapatkan total input 260cc (air minum 250cc + injeksi total 10cc), total *output* urine 200cc/4jam. Rumus *balance* cairan: *Input-Output*= 260cc-200cc = 60cc/4jam.

## **Diagnosa Keperawatan**

Hasil pengkajian pada Tn. B didapatkan hasil diagnosis keperawatan sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload* (SDKI, D.0011, Halaman: 34)

Pengkajian tangal 22 Mei 2021, masalah ini ditegakkan sebagai diagnosa pertama dengan data – data yang mendukung yaitu data subyektif ditandai dengan pasien lelah, cemas, dan keluar keringat dingin. Data obyektif ditandai dengan bradikardia (N: 57x/menit), tekanan darah menurun, nadi perifer teraba lemah, *capillary refil time* >3 detik. Hasil EKG didapatkan kesimpulan infark dan foto thorax didapatkan hasil kesan kardiomegali.

Penurunan curah jantung merupakan ketidakadekuatan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (PPNI, 2016). Pada tinjauan kasus, penulis menyimpulkan bahwa penurunan curah jantung disebabkan adanya perubahan *afterload*, ditandai dengan faktor pendukung terdapat gejala dan tanda mayor. *Preload* merupakan volume darah ventrikel kiri pada akhir fase diastolik. Preload ditentukan oleh jumlah darah yang kembali dari sistem vena ke jantung dan distribusi volume darah dalam sirkulasi. Sedangkan *afterload* merupakan tekanan dinding ventrikel kiri yang dibutuhkan untuk melawan tahanan terhadap ejaksi darah dari ventrikel pada saat sitolik. Apabila a*fterload* meningkat, maka ventrikel isi sekuncup menurun (Haya & Agustin, 2020).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Infark) (SDKI, D.0077, Halaman: 172)

Masalah keperawatan nyeri akut ini muncul sebagai diagnosa ke dua pada saat pengkajian tanggal 22 Mei 2021, ditandai dengan faktor pendukung yaitu data subyektif pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri sampai menjalar ke pundak kanan dan kiri dengan pengkajian nyeri PQRST didapatkan, P: Nyeri dada mendadak dan bertambah ketika bergerak, Q: seperti tertusuk – tusuk, R: dada sebelah kiri, S: 5 (0-10), T: nyeri hilang timbul, bertambah apabila beraktivitas. Data obyektif ditandai dengan pasien tampak lemah, pasien tampak meringis kesakitan dan terkadang memegangi dada kiri.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2016). Pada tinjauan kasus, penulis menyimpulkan bahwa nyeri akut disebabkan karena adanya agen pencedera fisiologis (infark) akibat aterosklerosis sehingga terjadi penurunan oksigen di miokard dan untuk memenuhi kebutuhan energinya, terjadilah metabolisme anaerob yang menyebabkan terbentuknya asam laktat dan menimbulkan nyeri yang berkaitan dengan angina pektoris.

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0054, Halaman: 124)

Masalah keperawatan intoleransi aktivitas ditegakkan sebagai diagnosa ketiga yaitu saat pengkajian tangal 22 Mei 2021 muncul data yang mendukung yaitu terdapat pada subyektif ditandai dengan pasien mengeluh lelah dan lemah. Data obyektif ditandai dengan pasien tampak lemah, gambaran EKG menunjukkan kesimpulan infark, hasil pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah 156/84mmHg, nadi 57x/menit teraba lemah.

Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari – hari (PPNI, 2016). Pada penderita angina pektoris intoleransi aktivitas disebabkan karena ketidakseimbangan antara kebutuhan O2 miokardium dengan masukan (suplai) nya, sehingga bisa menyebabkan iskemia dan anoksia yang ditimbulkan oleh kelainan vaskuler dan kekurangan O2 dalam darah. Penyebab dari angina pektoris ini dapat menimbukan Intoleransi aktivitas yang menitikberatkan pada pada respon tubuh yang tidak mampu bergerak karena tubuh tidak mampu memproduski energi yang cukup untuk aktivitas sehari – hari hal tersebut berdampak pada suplai ke jaringan, sehingga terjadi hambatan pada proses metabolisme untuk menghasilkan energi. Sehingga kebutuhan energi yang dibutuhkan pasien tidak dapat terpenuhi dan mengalami kelelahan serta lemas.

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI, D.0080, Halaman 180)

Masalah keperawatan ansietas muncul sebagai diagnosa ke empat saat pengkajian tanggal 22 Mei 2021 muncul faktor pendukung terdapat data subyektif ditandai dengan pasien mengatakan merasa bingung dan khawatir dengan kondisi penyakitnya yang sedang dihadapi. Data obyektif pada pasien ditandai dengan pasien tampak gelisah, *respiratory rate* 21x/menit, tekanan darah 156/84mmHg, dan nadi 57x/menit.

Masalah ansietas ditegakkan ketika pasien sindroma koroner akut mengetahui kondisi penyakitnya yang susah disembuhkan dan dapat mengancam kehidupan, hal ini akan mengakibatkan kecemasan. Kecemasan pasien akan berperan terhadap timbulkan serangan jantung dan terjadi peningkatan kejadian infark miokard. Kecemasan akan mengakibatkan terjadinya peningkatan aktivitas saraf simpatis dan akan mengeluarkan hormon katekolamin yang menyebabkan frekuensi nadi meningkat dan sekaligus meningkatkan kebutuhan jantung akan oksigen, sedangkan pembuluh darah koroner jantung pada pasien SKA mengalami aterosklerosis sehingga oksigen tidak bisa masuk ke jantung. Sebagai mekanisme kompensasi, miokardium mengubah metabolisme aerob menjadi metabolisme anaerob sehingga terjadi peningkatan asam laktat yang dapat menyebabkan nyeri dada atau angina.

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Halaman: 240)

Masalah keperawatan defisit perawatan diri sebagai diagnosa kelima muncul pada saat pengkajian tangal 22 Mei 2021, muncul data – data yang mendukung yaitu terdapat pada subyektif ditandai dengan pasien mengeluh kurang berminat untuk pemenuhan *activity daily life* karena rasanya tidak nyaman. Data obyektif pada pasien ditandai dengan pasien tidak mampu beraktivitas secara mandiri seperti pemenuhan kebutuhan sehari – hari seperti mandi, makan dan sebagainya serta fisik pasien yang terlihat lemah.

Beberapa faktor penyebab defisit perawatan diri pada penderita angina salah satunya faktor presipitasi yaitu kurang penurunan mampu dalam memotivasi diri akibat kerusakan kognisi atau persepsi tentang respon nyeri dada, cemas akan penyakitnya, lelah atau lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Oleh karena itu peran perawat sangat penting dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien atau membantu aktivitas sehari – hari pasien (*activity daily life*) (Annisaa, 2017).

## **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang telah diberikan.

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload* (SDKI, D.0011, Halaman: 34)

Pada masalah keperawatan curah jantung, penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x4 jam diharapkan curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil: kekuatan nadi perifer meningkat, bradikardia menurun (60-100x/menit), distensi vena jugularis menurun, dipsnea menurun (12-20x/menit), CRT membaik (<3 detik), dan tekanan darah membaik (90/60mmHg – 120/80mmHg) (PPNI, 2018).

Penurunan curah jantung menyebabkan peningkatan EDP (*End Diastolik Pressure*) ventrikel kiri (*afterload*) dan tekanan vena pulmonalis karena darah kembali dalam sirkulasi pulmonal sehingga menyebabkan jantung berrdilatasi, peningkatan tekanan kapiler pulmonal juga memacu terjadinya akumulasi darah dan cairan interstisial paru sehingga kerja kerja paru menjadi berat. Peningkatan cairan dan darah dalam paru membuat kerja paru menjadi berat sehingga menyebabkan sesak nafas. Pada pasien angina darah tidak dapat memomppa darah ke seluruh tubuh secara cukup sehingga suplay oksigen didalam tubuh tidak adekuat, kadar oksigen dalam darah mempengaruhi saturasi SPO2 dalam tubuh. Akibatnya sel – sel dan organ dalam tubuh mengalami kekurangan asupan oksigen sehingga menyebabkan sesak nafas (Pratiwi, 2019).

Perencanaan tindakan yang dapat dilakukan untuk pengatasi masalah penurunan curah jantung difokuskan pada curah jantung serta keluhan sesak, perasaan lelah saat beraktivitas, dikarenakan saat jantung tidak mampu untuk memompa darah secara adekuat, maka transport oksigen ke miokard dan perifer akan terganggu, sehingga perawat perlu memonitor tekanan darah, hasil EKG, saturasi oksigen, nilai laboratorium jantung, memberikan posisi semi-fowler untuk menurunkan volume darah yang kembali ke jantung yang memungkinkan proses oksigenasi sehingga mengurangi kongesti paru, pemberian obat – obatan, pemberian oksigen untuk mencegah hipoksia serta mengurangi beban kerja jantung, dan slalu mempertahankan kepatanen jalan napas pada pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Infark) (SDKI, D.0077, Halaman: 172)

Pada masalah keperawatan nyeri akut, penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x4 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik (90/60mmHg), frekuensi nadi membaik (60-100x/menit), pola napas membaik (16-20x/menit) (PPNI, 2018).

Nyeri akut pada penderita angina disebabkan oleh asam laktat yang menurunkan pH dalam miokardium dan menyebabkan nyeri pada penderita angina pektoris. Apabila kebutuhan energi sel – sel jantung berkurang (istirahat atau dengan pemberian obat) suplai oksigen menjadi kembali adekuat dan sel – sel otot kembali melakukan fosforilasi oksidatif membentuk energi melalui proses aerob. Dan proses ini tidak menimbulkan asam laktat, sehingga nyeri angina mereda dan dengan demikian dapat disimpulkan nyeri angina adalah nyeri yang berlangsung singkat (Sari, 2019).

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut difokuskan pada keluhan nyeri dada sebelah kiri hingga menjalar sampai ke pundak kanan dan kiri, sehingga perawat perlu memonitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, monitor skala nyeri, respon nyeri non verbal, menjelaskan penyebab nyeri yang dialami pasien, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti tarik napas dalam, dan pemberian obat analgetik.

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0054, Halaman: 124)

Pada masalah keperawatan intoleransi aktivitas, penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x4 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: frekuensi nadi meningkat, keluhan lelah menurun, dipsnea saat aktivitas menurun (16-20x/menit), kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik (90/60mmHg – 120/80mmHg), dan gambaran EKG iskemi membaik (PPNI, 2018).

Penyebab dari angina pektoris ini dapat menimbukan intoleransi aktivitas yang menitikberatkan pada pada respon tubuh yang tidak mampu bergerak karena tubuh tidak mampu memproduski energi yang cukup untuk aktivitas sehari – hari hal tersebut berdampak pada suplai ke jaringan, sehingga terjadi hambatan pada proses metabolisme untuk menghasilkan energi. Sehingga kebutuhan energi yang dibutuhkan pasien tidak dapat terpenuhi dan mengalami kelelahan serta lemas.

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas difokuskan pada keluhan pasien lelah dan lemah, sehingga perawat perlu memonitor pola dan jam tidur pasien, memonitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, memonitor tingkat toleransi aktivitas, menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, dan kunjungan), mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, dan konsultasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, memperiksa kontraindikasi latihan (gambaran EKG, iskemi, angina, dan takikardi ventrikel), memfasilitasi pasien dalam menjalani latihan fase 1,2,3 dan 4, serta menganjurkan pasien dalam mematuhi jadwal kontrol kesehatan.

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI, D.0080, Halaman 180)

Pada masalah keperawatan ansietas, penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x4 jam diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil: verbalisasi khawatir akan kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, frekuensi pernapasan menurun (16-20x/menit), frekuensi nadi menurun (60-100x/menit).

Kecemasan pada pasien SKA berperan terhadap serangan jantung dan terjadi peningkatan kejadian infark miokard. Penulis menyimpulkan bahwa kecemasan akan mengakibatkan akan mengakibatkan terjadinya peningkatan aktivitas saraf simpatis dan akan mengeluarkan hormon katekolamin yang menyebabkan frekuensi nadi meningkat dan sekaligus meningkatkan kebutuhan jantung akan oksigen, sedangkan pembuluh darah koroner jantung pada pasien SKA mengalami aterosklerosis sehingga oksigen tidak bisa masuk ke jantung. Sehingga respon dari nyeri dada pada penderita angina yaitu ansietas yang berlebihan pada kondisi penyakitnya.

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas difokuskan pada keluhan pasien merasa bingung dan khawatir dengan kondisi penyakitnya yang sedang dihadapi, sehingga perawat perlu memonitor tanda – tanda ansietas (verbal dan non verbal), menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, memahamkan situasi yang membuat ansietas dengan mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi pasien, melatih teknik relaksasi tarik napas dalam, dan memberikan obat antiansietas.

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Halaman: 240)

Pada masalah keperawatan defisit perawatan diri, penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x4 jam diharapkan perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil: kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat dalam melakukan perawatan diri meningkat, dan mempertahankan kebersihan diri meningkat (PPNI, 2018).

Defisit perawatan diri pada penderita angina salah satunya faktor presipitasi yaitu kurang penurunan mampu dalam memotivasi diri akibat kerusakan kognisi atau persepsi tentang respon nyeri dada, cemas akan penyakitnya, lelah atau lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Oleh karena itu peran perawat sangat penting dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien atau membantu aktivitas sehari – hari pasien (Annisaa, 2017).

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri difokuskan pada keluhan pasien kurang berminat untuk pemenuhan aktivitas sehari – hari karena rasanya tidak nyaman, sehingga perawat perlu memonitor tingkat kemandirian, monitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi terjaga), mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, memfasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, dan konsultasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

## **Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana (intervensi) keperawatan yang telah disusun mencakup tindakan mandiri, dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan yang berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, bukan atas petunjuk dari tenaga medis lainnya. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Supratti & Ashriady, 2016). Implementasi dilakukan selama 2x4 jam dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift. SOAP didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang teah ditetapkan dalam intervensi keperawatan.

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload* (SDKI, D.0011, Halaman: 34)

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung difokuskan pada curah jantung serta keluhan perasaan lelah saat beraktivitas. Perlunya perawat memeriksa kondisi secara intensif terhadap perubahan kondisi pasien sesuai dengan jangka waktu tertentu untuk mengobati penyebab dasar dan dalam perawatan diri klien secara optimal, seperti pada tanggal 22 Mei 2021 pukul 16.30 mengajarkan pasien untuk mobilisasi secara sederhana dengan perlahan, pukul 16.40 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan aktivitas, pukul 17.00 memantau aliran oksigen dengan terpasang nasal kanul 3lpm, pukul 17.20 memonitor saturasi oksigen dengan hasil 100%, pukul 17.40 memberikan posisi semi fowler, pukul 18.20 memberikan advis dokter dalam pemberian obat injeksi lovenox (0,6mg) dan furosemide serta obat oral bisoprolol (5mg), aspilet 160mg, Ramipril 5mg dan CPG 75mg.

Pada tanggal 24 Mei 2021 pukul 10.25 mengajarkan pasien untuk mobilisasi secara sederhana dengan perlahan, pukul 11.30 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan aktivitas, pukul 13.50 memantau aliran oksigen pasien terpasang nasal kanul 3 lpm, pukul 16.25 memberikan posisi semi fowler, pukul 18.20 memberikan advis dokter dalam pemberian obat injeksi lovenox (0,6mg) dan furosemide serta obat oral bisoprolol (5mg), aspilet 160mg, Ramipril 5mg dan CPG 75mg.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Infark) (SDKI, D.0077, Halaman: 172)

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut difokuskan pada keluhan nyeri dada sebelah kiri sampai menjalar ke pundak dan kiri. Perlunya perawat memeriksa kondisi secara intensif terhadap perubahan kondisi pasien sesuai dengan jangka waktu tertentu untuk mengobati penyebab dasar dan dalam perawatan diri klien secara optimal, seperti pada tanggal 22 Mei 2021 pukul 17.00 melakukan pengkajian nyeri, pukul 17.10 mengidentifikasi respon nyeri non verbal didapatkan pasien tampak gelisah, pukul 17.25 melatih tenik relaksasi non farmakologis tarik napas dalam, pukul 18.20 memberikan advis dokter analgetik nitrokaf 2,5mg, pukul 20.00 menganjurkan berdo’a dan beristighfar untuk mengurangi nyeri dan perasaan cemas yang diami oleh pasien.

Pada tanggal 24 Mei 2021 pukul 14.00 mengidentifikasi respon nyeri non verbal didapatkan pasien tidak mengeluh nyeri, pukul 16.20 melatih teknik non farmakologis saat nyeri kambuh dengan teknik tarik napas dalam, pukul 18.20 memberikan advis dokter analgetik nitrokaf 2,5mg.

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0054, Halaman: 124)

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas difokuskan pada keluhan lelah dan lemah. Perlunya perawat memeriksa kondisi secara intensif terhadap perubahan kondisi pasien sesuai dengan jangka waktu tertentu untuk mengobati penyebab dasar dan dalam perawatan diri klien secara optimal, seperti pada tanggal 22 Mei 2021 pukul 16.10 menanyakan pola tidur dan jam tidur pasien, pukul 16.30 mengajarkan pasien untuk mobilisasi secara sederhana dengan perlahan, pukul 16.40 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan aktivitas. Pada tanggal 24 Mei 2021 pukul 09.10 menanyakan pola tidur dan jam tidur pasien, pukul 10.25 mengajarkan pasien untuk mobilisasi secara sederhana dengan perlahan, pukul 11.20 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan aktivitas.

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI, D.0080, Halaman 180)

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas difokuskan pada keluhan pasien merasa bingung dan khawatir dengan kondisi penyakitnya yang sedang dihadapi. Perlunya perawat memeriksa kondisi secara intensif terhadap perubahan kondisi pasien sesuai dengan jangka waktu tertentu untuk mengobati penyebab dasar dan dalam perawatan diri klien secara optimal, seperti pada tanggal 22 Mei 2021 dan tanggal 24 Mei 2021 dengan memonitor tanda – tanda ansietas pasien dengan hasil pasien merasa bingung dan khwatir akan kondisi penyakitnya, menganjurkan untuk berdo’a dan beristighfar untuk mengurangi nyeri dan perasaan cemas yang dialami oleh pasien, dan memberikan advis dokter pemberian obat diazepam tab 5mg.

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Halaman: 240)

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri difokuskan pada keluhan pasien kurang berminat untuk pemenuhan *activity daily life* (ADL) karena rasanya tidak nyaman. Perlunya perawat memeriksa kondisi secara intensif terhadap perubahan kondisi pasien sesuai dengan jangka waktu tertentu untuk mengobati penyebab dasar dan dalam perawatan diri klien secara optimal, seperti pada tanggal 22 Mei 2021 dan tangal 24 Mei 2021 dengan menyeka pasien dan membantu oral hygiene dikarenakan pasien memiliki kebiasaan menggosok gigi setelah makan.

## **Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif) (Supratti & Ashriady, 2016).

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload* (SDKI, D.0011, Halaman: 34)

Evaluasi pada tanggal 22 Mei 2021 pada pukul 20.00 WIB didapatkan pasien mengeluh badanya lelah dan lemas. Hasil observasi didapatkan bunyi jantung S1S2 tunggal, CRT: >3 detik, RR: 20x/menit, tekanan darah: 134/74mmHg, nadi: 52x/menit teraba lemah, SPO2: 100% dengan masker nasal kanul 3 lpm, foto thorax disimpulkan COR membesar, dan hasil EKG didapatkan Q Pathologi pada lead 2, 3, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6 dan terdapat gelombang ST Elevasi pada lead aVR, V1, V2, dan V3 dengan kesimpulan infark. Masalah penurunan curah jantung belum teratasi setelah pengkajian, intervensi nomor 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10 dilanjutkan. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat lovenox 0,6mg, furosemide, bisoprolol 5mg, aspilet 160mg, Ramipril 5mg, dan CPG 75mg.

Evaluasi pada tanggal 24 Mei 2021 pada pukul 11.00 WIB didapatkan pasien mengeluh masih berasa lemas dan lelah. Hasil observasi didapatkan bunyi jantung: S1S2 tunggal, CRT: >3 detik, RR: 20x/menit, tekanan darah: 88/52mmHg, nadi: 61x/menit teraba lemah, SPO2: 100% dengan masker nasal kanul 3 lpm, hasil EKG didapatkan terdapat gelombang Q Pathologi pada lead 2, 3, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6 dan terdapat gelombang ST Elevasi pada lead aVR, V1, V2, dan V3 dengan kesimpulan infark. Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian, intervensi dihentikan advis dari dokter untuk pindah ruangan bangsal keperawatan Paviliun Jantung.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Infark) (SDKI, D.0077, Halaman: 172)

Evaluasi pada tanggal 22 Mei 2021 pada pukul 20.05 WIB didapatkan pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri sampai menjalar ke pundak kanan dan kiri. Pengkajian nyeri dilakukan dengan hasil P: nyeri dada mendadak dan bertambah ketika bergerak, Q: seperti tertusuk – tusuk, R: dada sebelah kiri, S: 2 (0-10), T: nyeri hilang timbul, bertambah apabila beraktivitas. Hasil observasi didapatkan pasien tampak gelisah, pasien sering memegangi dada sebelah kiri, pola napas: eupnea, nadi 52x/menit, tekanan darah 134/74mmHg. Masalah nyeri akut teratasi sebagian, intervensi nomor 1, 2, 5, 6 dilanjutkan. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat nitrokaf 2,5mg.

Evaluasi pada tanggal 24 Mei 2021 pada pukul 11.05 WIB didapatkan pasien mengeluh nyeri dada berkurang. Pengkajian nyeri dilakukan dengan hasil P: nyeri dada mendadak dan bertambah ketika bergerak, Q: seperti tertusuk – tusuk, R: dada sebelah kiri, S: 1 (0-10), T: nyeri hilang timbul, bertambah apabila beraktivitas. Hasil observasi didapatkan bunyi pasien tampak tenang, pola napas: eupnea, nadi 61x/menit, dan tekanan darah 88/52mmHg. Masalah nyeri akut teratasi, intervensi dihentikan advis dari dokter untuk pindah ruangan bangsal keperawatan Paviliun Jantung.

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0054, Halaman: 124)

Evaluasi pada tanggal 22 Mei 2021 pada pukul 20.10 WIB didapatkan pasien mengeluh lelah dan lemah. Hasil observasi didapatkan bunyi fisik pasien terlihat lemah gambaran EKG menunjukkan infark, tekanan darah 134/74mmHg, dan nadi 52x/menit. Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, intervensi nomor 3, 4, 5 dilanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 24 Mei 2021 pada pukul 11.10 WIB didapatkan pasien mengeluh lelah dan lemah mulai berkurang. Hasil observasi didapatkan bunyi fisik pasien terlihat sedikit bugar, gambaran EKG masih menunjukkan infark, dengan tekanan darah 88/52mmHg, dan nadi 61x/menit. Masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian, intervensi dihentikan advis dari dokter untuk pindah ruangan bangsal keperawatan Paviliun Jantung.

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI, D.0080, Halaman 180)

Evaluasi pada tanggal 22 Mei 2021 pada pukul 20.15 WIB didapatkan pasien mengeluh cemas. Hasil observasi didapatkan bunyi fisik pasien tampak sedikit tenang, RR: 20x/menit, tekanan darah 134/74mmHg, dan nadi 52x/menit. Masalah keperawatan ansietas belum teratasi, intervensi nomor 2, 4, 5, 6, 7 dilanjutkan. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat diazepam tab 5mg.

Evaluasi pada tanggal 24 Mei 2021 pada pukul 11.15 WIB didapatkan pasien mengeluh rasa cemas sudah mulai berkurang. Hasil observasi didapatkan bunyi pasien tampak tenang, RR: 20x/menit, tekanan darah 88/52mmHg, nadi: 61x/menit. Masalah keperawatan ansietas teratasi, intervensi dihentikan advis dari dokter untuk pindah ruangan bangsal keperawatan Paviliun Jantung.

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Halaman: 240)

Evaluasi pada tanggal 22 Mei 2021 pada pukul 20.20 WIB didapatkan pasien mengeluh kurang berminat untuk pemenuhan kegiatan sehari – hari karena rasanya tidak nyaman. Hasil observasi didapatkan bunyi pasien tidak mampu beraktivitas secara mandiri seperti pemenuhan kebutuhan sehari – hari mandi, makan, dan sebagainya, serta fisik pasien yang terlihat lemah. Masalah keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi, intervensi nomor 2, 5, 7 dilanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 24 Mei 2021 pada pukul 10.20 WIB didapatkan pasien mengeluh minat untuk pemenuhan sehari – hari sedikit bertambah. Hasil observasi didapatkan bunyi pasien mampu beraktivitas secara mandiri seperti pemenuhan kebutuhan sehari – hari mandi, makan, dan sebagainya secara bertahap, dan fisik pasien pasien terlihat lemah. Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi sebagian, intervensi dihentikan advis dari dokter untuk pindah ruangan bangsal keperawatan Paviliun Jantung.

## **BAB 5**

## **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan.

## **Simpulan**

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris (UAP)* maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

Pengkajian pada pasien *unstable angina pectoris,* didapatkan hasil keluhan nyeri dada sebelah kiri menjalar sampai ke pundak kanan dan kiri, tidak ada otot bantu napas tambahan, irama napas regular, *respiratory rate*: 21x/menit, SPO2: 100% dengan menggunakan nasal kanul 3 lpm, tidak ada batuk dan tidak ada sianosis. Pasien mengeluh lelah dan lemah, merasa bingung dan khawatir dengan kondisi penyakit yang sedang dihadapi pasien, serta mengeluh kurang berminat untuk pemenuhan *activity daily life* karena rasanya tidak nyaman.

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu (1) penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*, (2) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infark), (3) intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, (4) ansietas berhubungan dengan krisis situasional, (5) defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Rencana tindakan keperawatan pada pasien disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan. Beberapa tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa (1) penurunan curah jantung memonitor tekanan darah, hasil EKG, memberikan posisi semi-fowler. (2) nyeri akut dengan memonitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, monitor skala nyeri dan pemberian obat analgetik. (3) intoleransi aktivitas dengan memonitor tingkat toleransi aktivitas, menyediakan lingkungan yang nyaman, memperiksa kontraindikasi latihan (gambaran EKG, iskemi, angina, dan takikardi ventrikel). (4) ansietas dengan memonitor tanda – tanda ansietas (verbal dan non verbal), melatih teknik relaksasi tarik napas dalam, dan memberikan obat antiansietas. (5) defisit perawatan diri dengan monitor pola dan jam tidur, memfasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Implementasi keperawatan yang dilaksanakan dari tanggal 22 Mei 2021 sampai dengan 24 Mei 2021 selama 2 x 4 jam dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun dan dilaksanakan sesuai strategi pelaksanaan dari diagnosa keperawatan utama sampai dengan diagnosa keperawatan pendamping.

Evaluasi keperawatan akhir tanggal 24 Mei 2021 masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi sebagian, masalah keperawatan nyeri akut teratasi, masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian, masalah keperawatan ansietas teratasi, dan masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi sebagian. Advis dari dokter untuk pindah ruangan bangsal keperawatan ruang Paviliun Jantung.

Pendokumentasian dilakukan disetiap selesai tindakan dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan. Hasil pendokumentasian ini menyangkut dalam pengumpulan data, validasi data, dan identifikasi masalah. Dimana tahapan ini harus dilakukan dengan sebaik – baiknya agar meminimalisirkan kejadian yang tidak diinginkan yang akan menimpah perawat akibat dari kelalaian melakukan pendokumentasian.

## **Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut, antara lain:

## **Bagi Pasien**

Diharapkan pasien dan keluarga lebih tanggap dan memperhatikan dalam hal perawatan pasien dengan angina pektoris dengan penanganan pertama yaitu menghentikan aktivitas yang dilakukan dan segera beristirahat, bila gejala mulai parah seperti nyeri dada yang semakin bertambah disertai sesak dan keringat dingin maka segera bawa pasien ke Rumah Sakit terdekat agar diberikan pertolongan yang tepat, cermat dan aman. Gejala – gejala *unstable angina pectoris* (UAP) yang perlu diketahui oleh pasien dan keluarga yaitu seperti: nyeri dada menjalar sampai lengan kanan ke lengan kiri dengan kualitas nyeri terasa tertusuk, tertindih, tertekan, dan seperti diremas disertai dengan gejala lain yaitu sesak napas, mual dan muntah, dan keringat dingin. Peran keluarga harus memberikan *support* kepada anggota keluarga yang sakit dan slalu siap untuk berada disamping anggota keluarga yang sakit saat membutuhkan bantuan.

## **Bagi Perawat**

* + - 1. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis penyakit *unstable angina pectoris* (UAP).
      2. Perawat lebih sering memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien serta keluarga pentingnya penanganan pertama saat di rumah penyakit angina pektoris ini timbul apa saja yang perlu dilakukan dan segera rujuk ke Rumah Sakit terdekat.
      3. Perawat lebih *caring* akan masalah yang dihadapi oleh pasien dan keluhan yang dirasakannya.

## **Bagi Rumah Sakit**

Rumah sakit hendaknya meningkatkan dan slalu memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan yang baik antara tim kesehatan lainnya. Dengan memberikan kesempatan mengadakan pelatihan atau pendidikan berkelanjutan secara formal maupun informal yang diikuti perawat Ruang ICCU – CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya mengenai perawatan pasien dengan *unstable angina pectoris* (UAP).

## **Bagi Penulis**

Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya dan perlu dilakukan lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada diagnosa medis *unstable angina pectoris* (UAP).

## **DAFTAR PUSTAKA**

Annisaa, S. (2017). *Analisa Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Unstable Angina Pectoris (UAP) Dengan Intervensi Inovasi Terapi Aroma Lavender Kombinasi Kompres Hangat Gawat Darurat Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017*. STIKES Muhammadiyah Samarinda.

Bayu, A. (2011). *Hubungan Intensitas Nyeri Dada Dengan Depresi Pada Pasien Infark Miokard Di Poliklinik Jantung Rsud Dr. Moewardi Surakarta*. Phys*.*

Diputra, M. D. R., Wita, I. W., & Aryadana, W. (2018). *Karakteristik Penderita Sindroma Koroner Akut Di Rsup Sanglah Denpasar Tahun 2016*. E-Jurnal Medika Udayana. 7(10). 1–10.

Fikriana, R. (2018). *Sistem Kardiovaskuler*. *2*(May). 81–180.

Haya, A. F., & Agustin, W. R. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Unstable Angina Pectoris (UAP) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi*.

Huether, S. ., & Mccance, K. . (*2017*). *Buku Ajar Patofisiologi*. Elsevier.

Ilmi, M. N., Saraswati, R. & Hartono. (2019). *Analisis Asuhan Keperawatan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur dengan Senam Yoga di Desa Sidoharum Kecamatan Sempor Kabupaten Kebumen*. University Research Colloqium. pp. 331–339.

Kirthi, A. A. A. K., Yasmin, A. A. A. D. A., Artha, I. M. J. R., & Bhargah, A. (2019). *Hipertensi Sebagai Prediktor Kejadian Kardiovaskular Mayor Pada Pasien Infark Miokard Akut Pada Tahun 2018 Di Rsup Sanglah Denpasar, Bali-Indonesia*. Intisari Sains Medis. 10 (3). 530–536.

Kristiara, A. Y. P. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Unstable Angina Pectoris Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati 3 Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soekardjo Tasikmalaya*. E-Jurnal Medika. 100.

Munawwarah. (2017). *Pengaruh Penggunaan Obat Terhadap Outcome Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Ruang Perawatan Cvcu Pusat Jantung Terpadu Rsup Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*. 1–70.

Nugraha, I. S. (2017). *Karakteristik Pasien Gagal Jantung Rawat Inap Di Rsup Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari – 30 September 2017*. Journal Of Chemical Information And Modeling. 53(9). 1689–1699.

Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda Nic-Noc* (1st Ed.). Mediaction Jogja.

Pono, K. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Ny B. S Dengan Angina Pektoris Diruangan Iccu Rsud Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang*.

PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st Ed.). DPP PPNI. Jakarta.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st Ed.). DPP PPNI. Jakarta.

PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st Ed.). DPP PPNI. Jakarta.

Pratiwi, I. G. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Unstable Angina Pectoris (UAP) Melalui Pemberian Latihan Pursed Lips Breathing Di Ruangan ICU/ICCU Rsud Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019*. 1–5.

Priyanto, & Anggraeni, I. I. (*2019*). *Perbedaan Tingkat Nyeri Dada Sebelum Dan Setelah Dilakukan Terapi Murottal Al-Quran*. *14*(1), 18–27.

Rayka, I. (2012). *Gambaran Klinis Dan Pola Ekg Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Rumah Sakit Pt. Pusri Palembang*.

Riskesdas. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*.

Sardjito, H. (2020). *Kenali Angina Pectoris*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Sari, T. D. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Unstable Angina Pectoris (UAP) Melalui Terapi Relaksasi Benson Untuk Penurunan Skala Nyeri Dada Di Ruang Icu/Iccu Rsud Dr. Achmad Mochtar Kota Bukittinggi Tahun 2019*. 10.

Supratti, & Ashriady. (2016). *Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju, Indonesia*. *2*.

Syukri, A. E. D. P., Panda, L., & Rotty, L. W. . (2013). *Profil Penyakit Jantung Koroner Di Irina F Jantung Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. E-Clinic. *1*(1). 1–8.

Tyasning, W. T., Uddin, I., *Sofia*, S. N., Utami, S. B., & Ksl, E. (2018). *Perbedaan Profil Lipid Pada Pasien Dengan Angina Pektoris Stabil Dan Sindroma Koroner Akut*. 7(2). 1109–1121.

Wiratama, P. (2019). *Langkah Awal Pengkajian Dalam Proses Keperawatan*.

## **LAMPIRAN 1**

***CURRICULUM VITAE***

Nama : Cindy Aprilia Puspita Sari, S.Kep

NIM : 2030019

Prodi : Profesi Ners

Tempat, Tanggal Lahir : Gresik, 12 April 1998

Alamat Rumah : Jl. Sememi Jaya Selatan 1-D No.17, Kelurahan Sememi, Kecamatan Benowo, Kota Surabaya, Jawa Timur, 60198.

Agama : Islam

No. Telepon : 081230876717

Email : [cindyprilly12@gmail.com](mailto:cindyprilly12@gmail.com)

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Gresik : 2002-2003
2. TK Kurnia Wetan Surabaya : 2003-2004
3. SDN Manukan Wetan 1 Surabaya : 2004-2010
4. SMPN 20 Surabaya : 2010-2013
5. SMAN 12 Surabaya : 2013-2016
6. Sarjana Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya : 2016-2020

**LAMPIRAN 2**

**MOTTO & PERSEMBAHAN**

**MOTTO**

**Bukan Malang yang Menjadi Musuh dari Perjalanan Kehidupan,**

**Tetapi Malas dan Menunda Berjuang**

**PERSEMBAHAN**

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Allah Swt, saya persembahkan karya kecilku ini untuk :

* 1. Terimakasih kepada Allah Swt yang telah memberikan saya nikmat kesehatan, kemudahan, dan kelancaran selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
  2. Terimakasih kepada Ibunda, Ayahanda dan Nenek saya yang telah memberikan restu dan doa kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan tepat waktu.
  3. Terimakasih kepada Dr. Setiadi yang telah membimbing saya dengan penuh kesabaran dan memberikan seluruh ilmu serta waktunya kepada saya dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
  4. Terimakasih kepada adikku Argya tercinta atas dukungan dan waktunya dalam membantu saya selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
  5. Terimakasih kepada teman – teman profesi angkatan 11 yang telah memberikan *support* dan dukungan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
  6. Terimakasih kepada teman – teman dekat saya yang selalu meluangkan waktunya dan memotivasi saya agar cepat lulus serta menemani saya dalam menyelesaikan ini yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

**LAMPIRAN 3**

|  |  |
| --- | --- |
| Logo Stikes Hang Tuah SBY.png | **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR ELEKTROKARDIOGRAFI (EKG)** |
| **Pengertian** | EKG 12 lead adalah suatu tes diagnostik yang dapat membantu mengidentifikasikan suatu kondisi  patofisiologis jantung. Tes ini dapat memberikan suatu gambaran yang lebih lengkap tentang aktivitas listrik  jantung. |
| **Tujuan** | 1. Mengidentifikasikan kondisi patologis jantung klien, terutama angina dan IMA. 2. Menentukan abnormalitas transisi impuls melalui konduksi otot jantung. 3. Mengetahui reaksi pemberian obat-obatan   antiaritmia. |
| **Indikasi** | Pasien yang dicurigai sindroma koroner akut, pasien dengan aritmia, pasien dengan konduksi jantung, evaluasi pasien yang terpasang implant defibrillator dan pacu jantung, sebagai monitoring pada sindroma coroner akut, aritmia dan gannguan elektrolit paska terapi |
| **Persiapan Alat** | 1. Mesin atau alat EKG yang di lengkapi dengan 3 label:    1. 1 kabel litrik (power)    2. 1 kabel untuk bumi (ground)    3. 1 kabel untuk klien 2. Alat elektroda    1. Elektroda ekstremitas    2. Elektroda dada (6 buah) 3. Jeli elektroda 4. Kertas EKG (siapkan pada alat 5. Kasa atau kapas pembersih 6. Sarung tangan 7. Kabel elektroda 8. Alkohol |
| **Persiapan Pasien** | 1. Berikan penjelasan kepada klien 2. Anjurkan klien untuk rileks, berbaring, dan bernafas normal. 3. Anjurkan klien untuk tidak berbicara atau bergerak selama pemeriksaan EKG 4. Lepaskan alat-alat yang dapat menganggu dalam perekaman EKG, seperti benda-benda yang   mengandung logam (gigi palsu, ikat pinggang, perhiasan, cincin dan kalung)   1. Anjurkan klien untuk berbaring di tengah tempat tidur dengan kedua tangan di sisi tubuh 2. Jika klien tidak dapat berbaring dengan posisi datar, bantu dengan posisi semiflower 3. Jaga privasi klien, buka lengan, kaki, dan dada klien |
| **Prosedur Pelaksanaan** | 1. **Pra Interaksi**    1. Memvalidasi data tentang prosedur pemeriksaan EKG    2. Menyiapkan alat dan bahan pemeriksaan EKG 2. **Tahap Orientasi**    1. Menyampaikan salam    2. Memperkenalkan diri dengan pasien dan keluarga (jika ada)    3. Menanyakan nama pasien    4. Menjelaskan maksud dan tujuan    5. Menjelaskan langkah atau prosedur yang akan dilakukan    6. Mendekatkan alat dan bahan untuk melakukan tindakan EKG    7. Mencuci tangan 3. **Tahap Kerja** 4. Mencuci tangan dengan cara 6 langkah 5. Memakai sarung tangan 6. Anjurkan kepada klien untuk membuka pakaian pada daerah yang akan di lakukan tindakan. 7. Atur posisi klien. 8. Hubungkan mesin EKG dengan stop kontak, jika mesin menggunakan baterai, maka *charger* mungkin tidak perlu. 9. Pilih daerah yang akan dipasang elektroda. 10. Bersihkan daerah yang akan dipasang ela. ektroda dengan alkohol dan berikan jeli secara merata pada setiap daerah pemasangan elektroda. 11. Pasang elektroda ekstrimitas     1. Ekstrimitas Kanan atas (RA)     2. Ektrimitas kiri atas (LA)     3. Ekstrimitas kanan bawah (RF)     4. Ekstrimitas kiri bawah (LF) 12. Pasang elektroda dada     1. V1 (merah) pada sela iga/ruang interkostal ke-4 kanan dari sternum (ICS 4   parasternal dextra) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. V2 (kuning) pada sela iga/ruang interkostal ke-4 kiri dari sternum (ICS 4 parasternal sinistra). 2. V3 (hijau) pada pertengahan antara V2 dan V4 atau pertengahan antara ruang interkostal ke-5 dan ke-6 3. V4 (cokelat) pada sela iga/interkostal ke-5 garis midklavikula sinistra 4. V5 (hitam) antara V4 dan V6 5. V6 (ungu) sejajar V4 midaksilaris/pada bidang horisontal yang sama dengan V4. 6. Siapkan mesin EKG, pilih menu untuk memilih tipe perekaman (manual/otomatis). Atur kecepatan perekaman EKG 25 mm/detik atau sesuai dengan intruksi. 7. Dengan memindahkan lead selektor, buat pencatatan EKG, berturut-turut mulai lead I, II, III, aVR, aVL, aVF, serta VI-V6. 8. Lakukan perekaman dengan menentukan tombol *power* dan tombol *start.* 9. Amati hasil dari perekaman, setelah itu perekaman mesin dimatikan dengan menekan tombol stop dan tekan tombol power untuk mematikan mesin EKG. 10. Lepaskan elektroda dan bersihkan kulit klien. 11. Rapikan klien dan alat-alat. 12. Cuci tangan 13. **Tahap Terminas**i     1. Menginformasikan hasil tersebut kepada klien dan evaluasi tujuan     2. Kontrak pertemuan selanjutnya dan mengucapkan salam terminasi     3. Merapikan alat dan mengembalikan ke tempat semula (ruang penyimpanan). |
| **Dokumentasi** | 1. Mencatat prosedur dan respon klien selama prosedur. 2. Mencatat waktu tindakan (hari tanggal, jam). 3. Mencatat keluhan pasien jika ada. 4. Mencatat nama perawat yang melakukan tindakan/tanda tangan. |
| **Referensi** | Ely (2011) *Penuntun Praktikum Keterampilan kritis II.*  Jakarta: Salemba Medika. |

**LAMPIRAN 4**

|  |  |
| --- | --- |
| Logo Stikes Hang Tuah SBY.png | **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**  **TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM** |
| **Pengertian** | Relaksasi napas dalam adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap efek nyeri yang dirasakan. |
| **Tujuan** | Mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri. |
| **Persiapan Klien** | 1. Berikan penjelasan kepada klien 2. Atur posisi pasien: supinasi |
| **Prosedur** | 1. Ciptakan lingkungan yang tenang 2. Usahakan tetap rileks dan tenang 3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3 4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks 5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali 6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan 7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks 8. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam 9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri 10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang 11. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali 12. Instruksiakan pasien untuk mengulangi teknik-teknik bila rasa nyeri kembali lagi 13. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri |
| **Terminasi** | 1. Evaluasi hasil kegiatan 2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 3. Akhiri kegiatan dengan baik 4. Cuci tangan |
| **Dokumentasi** | 1. Catat waktu pelaksanaan tindakan 2. Catat respons pasien 3. Paraf dan nama perawat jaga |
| **Referensi** | Menurut Smeltzer & Bare (2002) dalam Andarmoyo (2013) Tentang Relaksasi Nafas Dalam. |

**LAMPIRAN 5**

|  |  |
| --- | --- |
| Logo Stikes Hang Tuah SBY.png | **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**  **MENGUKUR TANDA – TANDA VITAL (TTV)** |
| **Pengertian** | Mengukur dan mengobservasi tanda – tanda vital. |
| **Tujuan** | 1. Melakukan pengukuran tekanan darah 2. Melakukan pengukuran nadi 3. Melakukan pengukuran temperatur atau suhu tubuh 4. Melakukan pengukuran pernapasan (*respiratory rate*) |
| **Referensi** | Buku Pedoman Perawatan dasar Depkes RI Tahun 2015. |
| **Alat dan Bahan** | 1. Tensimeter (Sphygmomanometer) 2. Stetoskop 3. Termometer (oral, rectal, atau axilla) dalam bak injeksi yang diberi alas 4. Kassa dan alkohol 5. Handscoon bersih 6. Jam tangan 7. Handuk 8. Buku catatan, lembar observasi, alas tulis |
| **Persiapan Klien** | 1. Berikan penjelasan kepada klien 2. Atur posisi pasien: supinasi |
| **Prosedur** | 1. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan 2. Membuka kancing atas pakaian pasien 3. Mengeringkan axilla pasien dengan handuk 4. Memasang termometer hingga bagian reservoir tepat ditengah axilla 5. Menyilangkan lengan pasien bawah di dada 6. Menyingsingkan lengan baju pada tangan sisi lain pasien 7. Meraba arteri brakhialis dengan 3 jari tengah 8. Memasang manset 3 cm (3 jari) diatas sisi denyut brakhialis 9. Memusatkan tanda panah tensimeter sejajar dengan arteri, manset jangan terlalu erat atau longgar 10. Mencari kembali arteri brakhialis dan meletakkan stetoskop diatasnya 11. Menutup sekrup balon karet tekanan 12. Memompa manset sampai 20-30 mmHg diatas nilai sistol normal pasien 13. Membuka katup perlahan dan menurunkan air raksa dengan kecepatan 2-3 mmHg/detik 14. Mendengarkan bunyi korotkoff, kedua mata mengikuti turunnya permukaan air 15. Melepaskan manset dan mengeluarkan udara didalamnya 16. Meletakkan 3 jari tengah diatas arteri tertentu 17. Merasakan irama dan amplitudo denyut nadi. Bila reguler, hitung jumlah denyut selama 15 detik dan kalikan 4. Bila irreguler, hitung 1 menit penuh 18. Menempatkan lengan pasien ke posisi rileks atau meletakkan tangan anda di abdomen atas pasien 19. Mengobservasi satu siklus respirasi lengkap (1 inspirasi dan 1 ekspirasi). Menghitung frekuensi napas dengan cara melihat naik-turunnya dada atau perut saat klien bernapas selama 1 menit penuh. Memperhatikan kedalaman napas. 20. Mengangkat termometer setelah 5-10 menit dan membaca tingkat air raksa sejajar mata 21. Melap bersih termometer dengan kassa alkohol dengan gerakan rotasi atau mencuci dibawah air mengalir 22. Menurunkan termometer dan mengembalikan ke tempat penyimpanan 23. Merapikan pasien 24. Mencatat hasil pengukuran 25. Melepaskan handscoon 26. Mencuci tangan 27. Mencatat hasil pengukuran dalam lembar observasi lalu membuat grafik |