

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *UNSTABLE*  
*ANGINA PECTORIS* + *CHRONIC KIDNEY DISEASE*  
DI RUANG JANTUNG RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**



**OLEH**

**WIDYA AGENG SHOLEHA**  
**NIM. 2230122**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**  
**2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN UNSTABLE  
ANGINA PECTORIS + *CHRONIC KIDNEY DISEASE*  
DI RUANG JANTUNG RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Ners**



**OLEH**

**WIDYA AGENG SHOLEHA**

**NIM. 2230122**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2023**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Widya Ageng Sholeha  
Nim : 2230122  
Prodi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Unstable Angina Pectoris + Chronic Kidney Disease* di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini adalah ASLI hasil karya saya dan saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiarasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 13 Desember 2022  
Penulis



Widya Ageng Sholeha  
NIM.2230122

## HALAMAN PERSETUJUAN


Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Widya Ageng Sholcha  
NIM. : 2230122  
Program : Pendidikan Profesi  
Studi : Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Unstable Angina Pectoris+ Chronic Kidney Disease* di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memnuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

**Pembimbing Institusi**

  
**Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns, M.Kep**  
NIP.03001

**Pembimbing Klinik**

  
**Wijayanti, S.Kep.,Ns**  
NIP. 19761202006042002

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 19 Januari 2023

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Widya Ageng Sholcha,S.Kep

NIM : 2230122

Program Studi : Pendidikan ProfesiNers

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Unstable Angina Pectoris + Chronic Kidney Disease* di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep,Sp.KMB**  
NIP. 03020

Penguji II : **Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP: 03001

Penguji III : **Wijayanti S.Kep.,Ns**  
19761210 200604 2002



Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan ProfesiNers

**Dr.Hidayatus Sa'diyah,S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
NIP.03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 19 Januari 2023

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis 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 terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama (Purn) Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Kolonel Laut (K) dr. Gigih Imanta Jayatri, Sp.PD., Finasim., M.M., selaku Kepala Rumah Sakit Pusat TNI Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 STIKes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners

4. Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB,selaku Penguji yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Dr. Hidayatus Sa'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
6. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku pembimbing yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
7. Ibu Wijayanti, S.Kep., Ns., selaku pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini
8. Ibu Nadia Okhtiary, A.Md., selaku kepala Perpustakaan di STIKes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
9. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materimateri kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
10. Klien Tn. J yang telah memberikan kesempatan untuk dilakukan asuhan keperawatan dalam mendukung pelaksanaan praktek Keperawatan Komprehensif dan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini

11. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT mem balas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 13 Desember 2022

Penulis



## DAFTAR ISI

|   |             |
|---|-------------|
| <b>HALAMAN JUDUL .....</b>                      | <b>i</b>    |
| <b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN .....</b>  | <b>ii</b>   |
| <b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>                | <b>iii</b>  |
| <b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>                  | <b>iv</b>   |
| <b>KATA PENGANTAR.....</b>                      | <b>v</b>    |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>                          | <b>viii</b> |
| <b>DAFTAR TABEL .....</b>                       | <b>xi</b>   |
| <b>DAFTAR GAMBAR.....</b>                       | <b>xii</b>  |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>                    | <b>xiii</b> |
| <b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>                    | <b>xiv</b>  |
| <b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>                  | <b>1</b>    |
| 1.1 Latar Belakang.....                         | 1           |
| 1.2 Rumusan Masalah.....                        | 5           |
| 1.3 Tujuan Penulisan .....                      | 5           |
| 1.3.1 Tujuan Umum.....                          | 5           |
| 1.3.2 Tujuan Khusus .....                       | 5           |
| 1.4 Manfaat Penulisan .....                     | 6           |
| 1.4.1 Manfaat Teoritis.....                     | 6           |
| 1.4.2 Manfaat Praktis .....                     | 6           |
| 1.5 Metode Penelitian .....                     | 7           |
| 1.5.1 Metode .....                              | 7           |
| 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....             | 7           |
| 1.5.3 Sumber Data .....                         | 8           |
| 1.6 Sistematika Penulisan .....                 | 8           |
| <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>              | <b>10</b>   |
| 2.1 Unstable Angina Pectoris .....              | 10          |
| 2.1.1 Pengertian Unstable Angina Pectoris ..... | 10          |
| 2.1.2 Anatomi Fisiologis Jantung .....          | 11          |
| 2.1.3 Etiologi .....                            | 23          |

|                                  |  |           |
|----------------------------------|--|-----------|
| 2.1.4                            | Klasifikasi .....  | 24        |
| 2.1.5                            | Partofisiologis .....  | 26        |
| 2.1.6                            | Manifestasi Klinis .....   | 27        |
| 2.1.7                            | Komplikasi.....  | 29        |
| 2.1.8                            | Pemeriksaan Penunjang .....  | 30        |
| 2.1.9                            | Penatalaksanaan .....  | 32        |
| 2.2                              | Chronic Kidney Disease (CKD) .....   | 37        |
| 2.2.1                            | Pengertian Chronic Kidney Disease (CKD) .....                              | 37        |
| 2.2.2                            | Etiologi .....   | 37        |
| 2.2.3                            | Patofisiologi.....   | 39        |
| 2.2.4                            | Manifestasi Klinis .....   | 43        |
| 2.2.5                            | Komplikasi.....  | 44        |
| 2.2.6                            | Pemeriksaan Penunjang .....  | 45        |
| 2.2.7                            | Penatalaksanaan .....  | 45        |
| 2.3                              | Konsep Asuhan Keperawatan Pada <i>Unstable Angina Pectoris (UAP)</i> ..... | 47        |
| 2.3.1                            | Pengkajian.....  | 48        |
| 2.3.2                            | Diagnosa Keperawatan .....   | 56        |
| 2.3.3                            | Intervensi Keperawatan .....   | 57        |
| 2.3.4                            | Implementasi Keperawatan .....   | 72        |
| 2.3.5                            | Evaluasi.....  | 72        |
| 2.4                              | Kerangka Masalah <i>Unstable Angina Pectoris (UAP)</i> .....               | 74        |
| 2.5                              | Kerangka Masalah <i>Chronic Kidney Disease (CKD)</i> .....                 | 75        |
| <b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b> |  | <b>76</b> |
| 3.1                              | Pengkajian.....  | 76        |
| 3.1.1                            | Identitas klien.....   | 76        |
| 3.1.2                            | Riwayat Sakit dan Kesehatan .....  | 76        |
| 3.1.3                            | Pola Fungsi Kesehatan.....   | 79        |
| 3.1.4                            | Pemeriksaan persistem (B1-B6) .....  | 83        |
| 3.1.5                            | Pemeriksaan Penunjang .....  | 88        |
| 3.1.6                            | Terapi Obat .....  | 92        |
| 3.2                              | Analisa Data.....  | 94        |
| 3.3                              | Observasi Perawatan Intensif .....   | 96        |

|                               |                                     |            |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------|
| 3.4                           | Daftar Masalah Keperawatan .....    | 96         |
| 3.5                           | Intervensi Keperawatan .....        | 98         |
| 3.6                           | Implementasi & Evaluasi.....        | 101        |
| 3.7                           | Evaluasi Sumatif.....               | 117        |
| <b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b> |                                     | <b>119</b> |
| 4.1                           | Pengkajian Keperawatan .....        | 119        |
| 4.1.1                         | Identitas.....                      | 119        |
| 4.1.2                         | Riwayat Penyakit dan Kesehatan..... | 121        |
| 4.1.3                         | Pemeriksaan Fisik.....              | 123        |
| 4.1.4                         | Pemeriksaan Penunjang .....         | 129        |
| 4.1.5                         | Pemberian Terapi.....               | 131        |
| 4.2                           | Diagnosa .....                      | 131        |
| 4.3                           | Intervensi Keperawatan .....        | 138        |
| 4.4                           | Implementasi.....                   | 144        |
| 4.5                           | Evaluasi.....                       | 148        |
| <b>BAB 5 PENUTUP.....</b>     |                                     | <b>152</b> |
| 5.1                           | Kesimpulan .....                    | 152        |
| 5.2                           | Saran .....                         | 154        |
| 5.2.1                         | Bagi Rumah Sakit.....               | 154        |
| 5.2.2                         | Bagi Institusi Pendidikan.....      | 154        |
| 5.2.3                         | Bagi Perawat.....                   | 154        |
| 5.2.4                         | Bagi Pasien .....                   | 154        |
| 5.2.5                         | Bagi Mahasiswa.....                 | 155        |
| 5.2.6                         | Bagi Penulis Selanjutnya .....      | 155        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>   |                                     | <b>156</b> |
| <b>LAMPIRAN.....</b>          |                                     | <b>160</b> |

## DAFTAR TABEL

|  |     |
|--|-----|
| Tabel 2. 1 Klasifikasi Penyebab Gagal Ginjal Kronik.....                     | 39  |
| Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan <i>Unstable Angina Pectoris</i> (UAP)..... | 57  |
| Tabel 3. 1 Analisa Data.....   | 94  |
| Tabel 3. 2 Observasi Perawatan Intensif.....                                 | 96  |
| Tabel 3. 3 Daftar Masalah Keperawatan.....                                   | 96  |
| Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan.....                                       | 98  |
| Tabel 3. 5 Implementasi & Evaluasi Keperawatan.....                          | 101 |

## DAFTAR GAMBAR

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Gambar 2. 1 Anatomi jantung..... | 12 |
| Gambar 2. 2 Katup jantung .....  | 17 |

## DAFTAR LAMPIRAN

|  |     |
|--|-----|
| Lampiran 1 Curriculum Vitte.....                   | 160 |
| Lampiran 2 Motto Dan Persembahan .....             | 161 |
| Lampiran 3 SOP Pemasangan Elektrokardiografi ..... | 162 |
| Lampiran 4 Lembar Konsul Lahan .....               | 165 |

## DAFTAR SINGKATAN

|       |   |
|-------|---|
| K/U   | :KeadaanUmum                            |
| TD    | : Tekanan Darah                         |
| TTV   | : Tanda-Tanda Vital                     |
| RPD   | : Riwayat Penyakit Dahulu               |
| NDMRP | : Nasi Diabetes Mellitus Rendah Protein |
| UAP   | : <i>Unstable Angina Pectoris</i>       |
| CKD   | : <i>Chronic Kidney Disease</i>         |
| ACS   | : <i>Acute Coronary Syndrome</i>        |
| GFR   | : <i>Glomerulus Filtration Rate</i>     |
| EKG   | : <i>Ekokardiografi</i>                 |
| BUN   | : <i>Blood Ureum Nitrogen</i>           |
| PCI   | : <i>Primary Coronary Intervention</i>  |

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Penyakit jantung merupakan suatu kegawatdaruratan medis dan memungkinkan terjadinya serangan berulang sehingga diperlukan ketepatan dalam penanganan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) (Ainiyah, 2016). Angina Pectoris merupakan suatu sindroma klinis dimana klien mendapat serangan sakit dada di daerah sternum atau pada dada sebelah kiri yang khas yaitu seperti ditekan atau serasa berat didada (Serli, 2021).

*Unstable Angina Pectoris/UAP* (Angina pectoris tidak stabil) termasuk penyakit jantung kategori *Acute Coronary Syndrome* yaitu suatu keadaan dimana terjadi nyeri dada seperti tertekan, rasa penuh, diremas, dan terasa berat, yang biasanya terjadi pada saat istirahat. Nyeri dada disebabkan oleh ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen myocardium dan suplai oksigen myocardium yang berasal dari penyempitan arteriosklerosis arteri coroner (Morton dalam Nurarif & Kusuma, 2015).

Penyakit jantung saat ini menduduki urutan pertama penyebab kematian di Indonesia, sekitar 2.650.340 orang (25%) dari seluruh kematian yang disebabkan oleh kelainan jantung (World Health Organization, 2017). Jenis penyakit yang digolongkan kedalam penyakit jantung menurut Kemenkes RI adalah penyakit jantung koroner, penyakit jantung iskemik, serangan jantung, infark miokard, angina pectoris, gagal jantung dan penyakit jantung bawaan (Kemenkes RI, 2015).



Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa 31% penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian nomor satu secara global, salah satunya di Indonesia pada tahun 2017 jumlah kematian terbesar adalah angina pektoris sebesar 39%, diikuti kanker 27%, penyakit pernapasan kronis 30%, dan diabetes 4%. Kematian yang disebabkan oleh jantung pembuluh darah diperkirakan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian tiap tahun (*World Health Organization*, 2017).

Prevalensi penyakit jantung koroner (angina pektoris atau infark miokard) berdasarkan wawancara terdiagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,5 %, kemudian berdasarkan terdiagnosis dokter atas gejala yaitu sebesar 1,5 %. Prevalensi jantung koroner berdasarkan terdiagnosis dokter tertinggi di wilayah Sulawesi Tengah (0,8%) diikuti Sulawesi Utara, DKI Jakarta, Aceh masing-masing 0,7%. Sementara prevalensi jantung koroner berdasarkan diagnosis atau gejala tertinggi terdapat di Wilayah Nusa Tenggara Timur (4,4%), diikuti Sulawesi Tengah (3,8%), Sulawesi Selatan (2,9%), dan terakhir Sulawesi Barat (2,6%) (*Riskesdas*, 2018).

Penyakit Ginjal Kronis (*Chronic Kidney Disease*) merupakan penyakit ginjal dimana terdapat penurunan fungsi ginjal yang selama periode bulanan hingga tahunan yang ditandai dengan penurunan glomerulus filtration rate (GFR) secara perlahan dalam periode yang lama<sup>1</sup>. Tidak terdapat gejala awal pada penyakit ginjal kronis, namun seiring waktu saat penyakit ginjal kronis memberat, akan timbul gejala-gejala seperti: bengkak pada kaki, kelelahan, mual dan muntah, kehilangan nafsu makan, dan kebingungan.

Fungsi ginjal menandakan kondisi ginjal dan fungsinya dalam fisiologi ginjal.

Glomerular Filtration Rate (GFR) menandakan jumlah cairan yang di filtrasi oleh ginjal. Creatinine Clearance Rate (CrCl) menandakan jumlah kreatinin darah yang disaring oleh ginjal. CrCl merupakan parameter yang berguna untuk mengetahui GFR dari ginjal<sup>5</sup>.

Penyebab dari penyakit ginjal kronis dapat berupa diabetes melitus, tekanan darah tinggi (Hipertensi), glomerulonephritis, penyakit ginjal polikistik (Polycystic Kidney Disease). Faktor resiko dari penyakit ginjal kronis dapat berupa riwayat penyakit keluarga pasien. Diagnosis dari penyakit ginjal kronis secara umum berupa tes darah yang berfungsi untuk mengetahui *Glomerulus Filtration Rate* (GFR), dan tes urin untuk mengetahui apakah terdapat albuminuria. Pemeriksaan lebih lanjut dapat berupa ultrasound dan biopsy ginjal untuk mengetahui penyebab dari penyakit ginjal kronis. Pada tahun 2016, Penyakit ginjal kronis terdapat pada sekitar 753 juta orang di seluruh dunia yang meliputi 336 juta pada pasien laki-laki dan 417 juta pada pasien perempuan. Penyebab tersering penyakit ginjal kronis adalah Hipertensi pada 550 ribu pasien, diabetes melitus pada 418 ribu pasien, dan glomerulonephritis pada 238 ribu pasien (Vania, 2019).

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 integritass 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 (Ganong, 2012).

Mekanisme timbulnya angina pectoris didasarkan pada ketidakadekuatan suplai oksigen ke sel-sel miokardium yang diakibatkan karena kekakuan arteri dan penyempitan lumen arteri koroner (aterosklerosis koroner). Apabila arteri koroner mengalami kekakuan atau menyempit akibat aterosklerosis dan tidak dapat berdilatasi sebagai repons terhadap peningkatan kebutuhan akan oksigen, terjadi iskemik (kekurangan suplai darah) ke miokardium (Reny Yuli Aspiani, 2016). Permasalahan ini akan memunculkan beberapa masalah keperawatan antara lain penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan irama jantung, frekuensi jantung, kontraktilitas, *preload* serta perubahan *afterload*. Penderita juga akan mengalami nyeri akut berhubungan dengan kurangnya suplai darah ke miokardium. Ketidakseimbangan suplai O<sub>2</sub> dari kebutuhan yang akan penderita mengalami masalah keperawatan pola napas tidak efektif.

Gagal ginjal kronik merupakan penurunan fungsi ginjal progresif yang ireversibel ketika ginjal tidak mampu mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan, dan elektrolit yang menyebabkan terjadinya uremia dan azotemia (vania, 2019). Permasalahan ini akan memunculkan beberapa masalah keperawatan diantaranya adalah resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit (SDKI, 2016).

*Unstable angina pectoris* dan gagal ginjal kronik membutuhkan penanganan awal yang cepat dan tepat oleh tenaga kesehatan untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. Oleh sebab itu perawat perlu memahami dan mengetahui konsep teoritis, keterampilan profesional dan mampu melaksanakan tugasnya dengan tepat dan cepat, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pasien dengan *unstable angina pectoris + Chronic Kidney Disease (CKD)*. Perencanaan

dan tindakan asuhan keperawatan yang dapat dilakukan diantaranya yaitu, memperbaiki kontraktilitas atau perfusi iskemik, memberikan terapi oksigen sesuai kebutuhan penderita, manajemen nyeri dan manajemen cairan. Peran perawat sebagai edukator berguna untuk mengedukasi penderita CKD atau keluarga penderita untuk melakukan monitoring asupan kebutuhan cairan pasien. Berdasarkan fenomena di atas, maka penulis akan menerapkan Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) + *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit, maka penulis akan melanjutkan kajian lebih lanjut dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Unstable Angina Pectoris* (UAP) + *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Jantung Dr. Ramelan Surabaya?”.

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Melakukan asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) + *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji pasien pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) + *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) + *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) + *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) + *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) + *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada *unstable angina pectoris* (UAP) + *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

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

##### **1.4.2 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) + Chronic Kidney Disease (CKD)* dan juga sebagai bahan untuk menambah pengetahuan serta menerapkan ilmu yang telah diperoleh penulis selama menempuh Pendidikan Profesi Ners.

## 2. 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) + Chronic Kidney Disease (CKD)*.

## 3. 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) + Chronic Kidney Disease (CKD)*.

## 1.5 Metode Penelitian

### 1.5.1 Metode

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

### 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Langkah-langkah yang diambil dalam karya tulis ilmiah ini yaitu:

1. Studi kepustakaan, yaitu mengumpulkan bahan-bahan yang berkaitan dengan *unstable angina pectoris (UAP) + Chronic Kidney Disease (CKD)* dan asuhan keperawatan, dengan membaca sumber-sumber lain yang berkaitan dengan *unstable angina pectoris (UAP) + Chronic Kidney Disease (CKD)*.

2. Wawancara, yaitu wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga, perawat ruangan, dokter serta petugas tim kesehatan lainnya.
3. Observasi, yaitu melakukan pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap, dan perilaku pasien yang dapat diamati pada saat melakukan asuhan keperawatan.
4. Pemeriksaan, yaitu meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### **1.5.3 Sumber Data**

1. Data Primer, yaitu data yang diperoleh dari pasien.
2. Data sekunder, yaitu data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan yang lain.

### **1.6 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 yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

**BAB 2:**

Tinjauan pustaka yang berisi tentang teori mengenai konsep penyakit *Unstable Angina Pectoris (UAP)*, konsep penyakit *Chronic Kidney Disease (CKD)*, konsep asuhan keperawatan *Unstable Angina Pectoris (UAP)*, konsep asuhan keperawatan *Chronic Kidney Disease (CKD)*.

**BAB 3:**

Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris (UAP) + Chronic Kidney Disease (CKD)*.

**BAB 4:**

Pembahasan yang berisi tentang analisis masalah yang ditinjau dari pustaka, hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dan opini penulis.

**BAB 5:**

Penutup yang berisi simpulan dan saran.

Bagian akhir yang terdiri dari daftar pustaka.

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



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit *Unstable Angina Pectoris (UAP)*, konsep penyakit *Chronic Kidney Disease (CKD)*, konsep asuhan keperawatan *Unstable Angina Pectoris (UAP)*, konsep asuhan keperawatan *Chronic Kidney Disease (CKD)*. Pada konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, manifestasi klinis, tanda dan gejala, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan penunjang, dan penatalaksanaan. Pada asuhan keperawatan akan diuraikan tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi.

#### **2.1 Unstable Angina Pectoris**

##### **2.1.1 Pengertian Unstable Angina Pectoris**

Angina pectoris adalah suatu sindroma klinis dimana klien mendapat serangan sakit dada di daerah sternum atau dibawah sternum (substernal) atau pada dada sebelah kiri yang khas yaitu seperti ditekan atau serasa berat didada yang sering kali menjalar ke lengan kiri, kadang- kadang menjalar ke punggung rahang, leher atau ke lengan kanan. Sakit pada dada tersebut biasanya timbul pada waktu pasien melakukan aktivitas. *Coronary Artery Disease* adalah penyakit kerusakan pada bagian arteri koroner angina pectoris serta infark miokard, disebut ACS (*acute coronary syndrome*) atau sindrom koroner akut (Kasron & Subroto, 2022).

Angina pectoris tak stabil adalah suatu spektrum dari sindroma iskemik miokard akut yang berada di antara angina pectoris stabil dan infark miokard akut (Anwar, 2015).

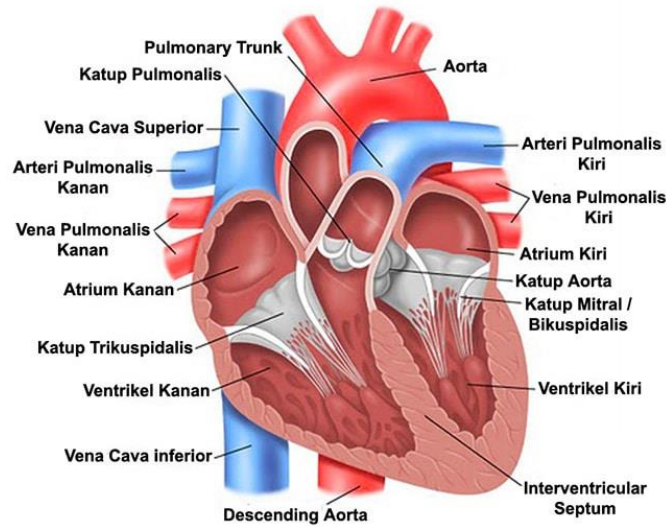
Pengertian angina secara klinis adalah keadaan iskemia miokard yang disebabkan oleh kurangnya suplai oksigen ke sel-sel otot jantung (miokard) karena adanya penyumbatan atau penyempitan arteri koroner, peningkatan beban kerja jantung, dan menurunnya kemampuan darah mengikat oksigen. Terjadinya iskemia akibat dari penyakit jantung koroner, penyakit jantung koroner adalah kelaianan metabolisme lipid, koagulasi darah, serta keadaan biofisika dan biokimia dinding arteri kondisi patologis yang terjadi ditandai dengan penimbunan abnormal lipid atau bahan lemak dan jaringan fibrosa pada dinding pembuluh darah, sehingga mengakibatkan perubahan struktur dan fungsi arteri serta penurunan aliran darah ke jantung (Mutaqin, 2014).

Sakit dada angina pectoris disebabkan karena timbulnya iskemia miokard, karena suplai darah dan oksigen ke miokard berkurang. Pada pasien angina pectoris dapat pula timbul keluhan lain seperti sesak napas, perasaan sakit pada daerah dada disertai dengan keringat dingin serta dapat terjadi jika otot jantung yang kekurangan oksigen ditentukan oleh beratnya kerja jantung seperti kecepatan dan kekuatan denyut jantung. Aktifitas fisik dan emosi akan menyebabkan jantung lebih bekerja berat dan menyebabkan meningkatnya kebutuhan jantung akan oksigen. Jika arteri mengalami penyumbatan maka aliran darah ke otot tidak dapat memenuhi kebutuhan jantung akan oksigen, sehingga akan terjadi iskemia dan menyebabkan nyeri (Kasron & Subroto, 2022).

### **2.1.2 Anatomi Fisiologis Jantung**

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. (Watson, 2015).



**Gambar 2. 1 Anatomi jantung (Buddiga, 2014)**

Jantung merupakan organ berongga, berotot dan berbentuk kerucut. Ia terletak di antara paru-paru kiri dan kanan, di daerah yang disebut mediastinum, di belakang badan sternum, dan dua pertiganya terletak di sisi kiri. Basis yang terbentuk sirkular pada kerucut menghadap keatas dan kekanan, sedangkan puncaknya mengarah ke bawah, kedepan, dan ke kiri. Puncak jantung biasanya terletak setinggi ruang interkostal kelima, sekitar 9 cm dari garis tengah. Ukuran jantung sekitar 12 cm dari basis ke puncak, dengan lebar sekitar 9 cm dan tebal sekitar 6 cm. Pembuluh darah merupakan keseluruhan sistem peredaran (sistem kardiovaskuler) terdiri dari arteri, arteriola, kapiler, venula dan vena. Pembuluh arteri ber dinding tebal, berotot, dan elastis untuk menahan tingginya tekanan darah yang dipompa dari jantung. Vena yang membawa darah kembali ke jantung,

berdinding lebih tipis dan mudah terenggang, memungkinkannya mengembang dan membawa darah berjumlah besar saat tubuh sedang beristirahat. Dinding dalam pada banyak vena mempunyai lipatan yang berperan sebagai katup searah untuk mencegah darah bergerak ke arah yang salah. Berat jantung orang dewasa laki-laki 300-350 gr, berat jantung orang dewasa wanita 250-350 gr. Panjang jantung 12 cm, lebar 9 cm dan tebal 6 cm atau 4 gr/kg BB dari berat badan ideal (Smeltzer & Bare, 2010).

### **1. Struktur jantung**

Jantung dipisahkan dari basis ke puncaknya oleh partisi otot yang disebut septum. Dalam kondisi sehat, kedua sisi jantung tidak berhubungan. Masing-masing sisi dibagi lagi menjadi ruang atas dan ruang bawah. Ruang atas pada setiap sisi atrium berukuran lebih kecil dan merupakan kamar penerima, tempat tujuan aliran darah dari vena. Ventrikel merupakan kamar pemompa (discharging), tempat darah mulai didorong ke dalam arteri. Setiap atrium berhubungan dengan ventrikel sisi yang sama melalui suatu lubang yang dijaga oleh suatu katup yang disebut katup atrioventrikular. Pericardium adalah memberan yang mengelilingi dan melapisi jantung dan memberan ini membatasi jantung pada posisi didalam mediastinum. Pericardium terdiri dari dua bagian yaitu fibrous pericardium dan serous pericardium. Fibrous pericardium superficial adalah lapisan keras tidak elastik dan merupakan jaringan tebal yang tidak beraturan. Fungsi dari fibrous pericardium mencegah peregangan berlebihan dari jantung, melindungi dan menempatkan jantung dalam mediastinum. Serous pericardium adalah lapisan dalam yang tipis, memberan yang halus yang terdiri dari dua lapisan. Lapisan parietal adalah

lapisan paling luar dari serous pericardium yang menyatu dengan perikardium fibrosa. Bagian dalam adalah lapisan visceral yang di sebut juga epicardium yang menempel pada permukaan jantung, antara lapisan parietal dan visceral terdapat cairan yang di sebut cairan perikardial. Cairan perikardial adalah cairan yang dihasilkan oleh sell pericardial untuk mencegah gesekan antara memberan saat jantung berkontraksi. Dinding jantung terdiri dari 3 lapisan yaitu:

a. Epikardium (lapisan terluar)

Lapisan perikardium dapat disebut juga lapisan visceral, dari serous perikardium. Lapisan luar yang transparan dari dinding jantung terdiri dari mesothelium yang bertekstur licin pada permukaan jantung.

b. Myocardium (lapisan tengah)

Myocardium adalah jaringan otot jantung yang paling tebal dari jantung dan berfungsi sebagai pompa jantung dan bersifat involunter.

c. Endocardium (lapisan terdalam)

Endocardium adalah lapisan tipis dari endotelium yang melapisi lapisan tipis jaringan penghubung yang memberikan suatu batas yang licin bagi ruang-ruang jantung dan menutupi katup-katup jantung. Endocardium bersambung dengan endothelial yang melapisi pembuluh besar jantung.

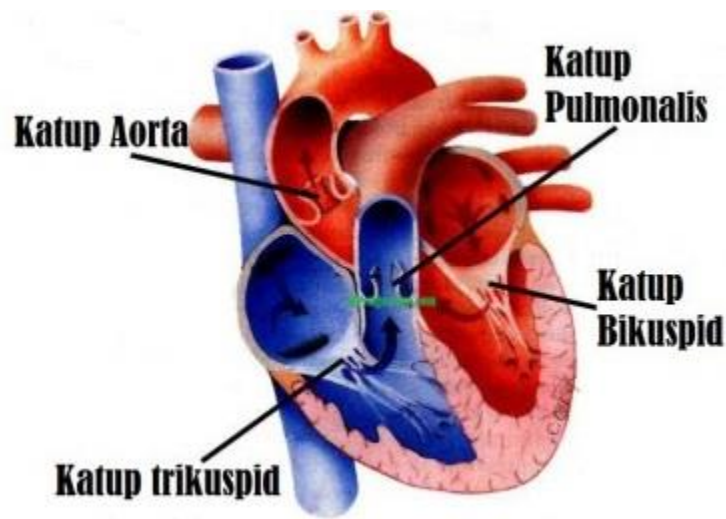
Jantung terdiri dari empat ruang, dua atrium dan dua ventrikel pada bagian anterior. Setiap atrium terdapat auricle, setiap aurikel meningkatkan kapasitas ruang atrium sehingga atrium menerima volume darah yang lebih besar (Brunner & Suddarth, 2014).

Pada permukaan jantung terdapat lekuk yang saling berhubungan disebut sulkus yang mengandung pembuluh darah koroner dan sejumlah lemak. Masing-masing sulkus memberi tanda batas eksternal antar dua ruang jantung. Sulkus koroner bagian dalam mengelilingi sebagian jantung dan memberi tanda batas antara atrium superior dan ventrikel inferior. Sulkus interventrikuler anterior adalah lekukan dangkal pada permukaan depan jantung yang memberi tanda batas antara ventrikel kanan dan kiri, sulkus ini berlanjut mengelilingi permukaan posterior jantung yang disebut sulkus interventrikuler posterior dimana memberi tanda batas antar ventrikel di bagian belakang jantung. Atrium kanan menerima darah dari cava superior, cava inferior dan sinus koronarius. Pada bagian antero superior atrium kanan terdapat lekukan ruang yang berbentuk daun telinga yang disebut aurikel, pada bagian posterior dan septal licin dan rata tetapi daerah lateral dan aurikel permukaannya kasar serta tersusun dari serabut-serabut otot yang berjalan paralel yang disebut pectinatus. Tebal dinding antrium kanan 2 cm. Ventrikel kanan membentuk hampir sebagian besar permukaan depan jantung. Bagian dalam dari ventrikel kanan terdiri dari tonjolan-tonjolan yang terbentuk dari ikatan jaringan serabut otot jantung yang disebut trabeculae carnae. Beberapa trabeculae carnae merupakan bagian yang membawa sistem konduksi dari jantung. Daun katup trikuspid dihubungkan dengan tali seperti tendon yang disebut dengan chorda tendinea yang disambungkan dengan trabekula yang berbentuk kerucut yang disebut papillary muscle. Ventrikel kanan dipisahkan dengan ventrikel kiri oleh interventrikuler septum. Darah dari ventrikel kanan melalui katup semilunar pulmonal ke pembuluh darah arteri besar yang disebut pulmonary trunk yang dibagi menjadi arteri pulmonal kanan dan kiri. Atrium kiri membentuk sebagian besar

dasar jantung. Atrium kiri menerima darah dari paru-paru melalui empat vena pulmonal. Seperti pada atrium kanan bagian dalam atrium kiri mempunyai dinding posterior yang lunak. Darah dibawa dari atrium kiri ke ventrikel kiri melalui katup bikuspid dimana mempunyai dua daun katup. Ventrikel kiri membentuk apex dari jantung seperti pada ventrikel kanan mengandung trabecula carneae dan mempunyai chorda tendinea yang dimana mengikat daun katup bikuspid ke papillary muscle. Darah dibawa dari ventrikel kiri melalui katup semilunar aorta ke arteri yang paling besar keseluruhan tubuh yang disebut aorta asending. Dari sini sebagian darah mengalir ke arteri coronary, dimana merupakan cabang dari aorta asending dan membawa darah kedinding jantung, sebagian darah masuk ke arkus aorta dan aorta desending. Cabang dari arkus aorta dan aorta desending membawa darah keseluruhan tubuh (Smeltzer & Bare, 2010).

#### **a. Struktur katup jantung**

Membuka dan menutupnya katup jantung terjadi karena perubahan tekanan pada saat jantung kontraksi dan relaksasi. Setiap katup jantung membantu aliran darah satu arah dengan cara membuka dan menutup katup untuk mencegah aliran balik.



**Gambar 2. 2 Katup jantung**

1) Katup atrioventrikuler

Katup atrioventrikuler karena letaknya di antara atrium dan ventrikel. Katup atrioventrikuler terdiri dari dua katup yaitu bikuspid dan trikuspid, dan ketika katup atrioventrikuler terbuka daun katup terdorong ke ventrikel. Darah bergerak dari atrium ke ventrikel melalui katup atrioventrikuler yang terbuka ketika tekanan ventrikel lebih rendah dibanding tekanan atrium. Pada saat ini papillary muscle dalam keadaan relaksasi dan corda tendinea kendur. Pada saat ventrikel berkontraksi, tekanan darah membuat daun katup keatas sampai tepi daun katup bertemu dan menutup kembali. Pada saat bersamaan muskuler papilaris berkontraksi dimana menarik dan mengencangkan chorda tendinea hal ini mencegah daun katup terdorong ke arah atrium akibat tekanan ventrikel yang tinggi. Jika daun katup dan chorda tendinea mengalami kerusakan maka terjadi kebocoran darah atau aliran balik ke atrium ketika terjadi kontraksi ventrikel.



## 2) Katup semilunar

Terdiri dari katup pulmonal dan katup aorta. Katup pulmonal terletak pada arteri pulmonalis memisahkan pembuluh ini dari ventrikel kanan. Katup aorta terletak antara aorta dan ventrikel kiri. Kedua katup semilunar terdiri dari tiga daun katup yang berbentuk sama yang simetris disertai penonjolan menyerupai corong yang dikaitkan dengan sebuah cincin serabut. Adanya katup semilunar memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonal atau aorta selama sistol ventrikel dan mencegah aliran balik waktu diastolik ventrikel. Pembukaan katup terjadi pada waktu masing-masing ventrikel berkontraksi, dimana tekanan ventrikel lebih tinggi dari pada tekanan di dalam pembuluh-pembuluh darah (Smeltzer & Bare, 2010).

### **b. Sirkulasi Darah**

#### 1) Sirkulasi sistemik

Ventrikel kiri memompakan darah masuk ke aorta, dari aorta darah di salurkan masuk kedalam aliran yang terpisah secara progressive memasuki arteri sistemik yang membawa darah tersebut ke organ ke seluruh tubuh kecuali sakus udara (Alveoli) paru-paru yang disuplai oleh sirkulasi pulmonal. Pada jaringan sistemik arteri bercabang menjadi arteriol yang berdiameter lebih kecil yang akhirnya masuk ke bagian yang lebar dari kapiler sistemik. Pertukaran nutrisi dan gas terjadi melalui dinding kapiler yang tipis, darah melepaskan oksigen dan mengambil CO<sub>2</sub> pada sebagian besar kasus darah mengalir hanya melalui satu kapiler dan kemudian masuk ke venule sistemik. Venule membawa darah yang miskin oksigen. Berjalan dari jaringan dan bergabung membentuk vena

sistemik yang lebih besar dan pada akhirnya darah mengalir kembali ke atrium kanan.

## 2) Sirkulasi pulmonary

Dari jantung kanan darah dipompakan ke sirkulasi pulmonal. Jantung kanan menerima darah yang miskin oksigen dari sirkulasi sistemik. Darah di pompakan dari ventrikel kanan ke pulmonal trunk yang mana cabang arteri pulmonari membawa darah ke paru-paru kanan dan kiri. Pada kapiler pulmonal darah melepaskan CO<sub>2</sub> yang di ekshalasi dan mengambil O<sub>2</sub>. Darah yang teroksigenasi kemudian mengalir ke vena pulmonal dan kembali ke atrium kiri. Tekanan berbagai sirkulasi karena jantung memompa darah secara berulang ke dalam aorta. Tekanan diaorta menjadi tinggi rata-rata 100 mmHg, karena pemompaan oleh jantung bersifat pulsatif, tekanan arteri berfluktuasi antara systole 120 mmHg dan diastole 80 mmHg. Selama darah mengalir melalui sirkulasi sistemik, tekanan menurun secara progressive sampai dengan kira-kira 0 mmHg, pada waktu mencapai ujung vena cava di atrium kanan jantung. Tekanan dalam kapiler sistemik bervariasi dari setinggi 35 mmHg mendekati ujung arteriol sampai serendah 10 mmHg mendekati ujung vena tetapi tekanan fungsional rata-rata pada sebagian besar pembuluh darah adalah 17 mmHg yaitu tekanan yang cukup rendah dimana sedikit plasma akan bocor ke luar dengan kapiler pori, walaupun nutrien berdifusi dengan mudah ke sel jaringan. Pada arteri pulmonalis tekanan bersifat pulsatif seperti pada aorta tetapi tingkat tekanannya jauh lebih rendah, pada

tekanan sistolik sekitar 25 mmHg diastole 8 mmHg. Tekanan arteri pulmonal rata-rata 16 mmHg. Tekanan kapiler paru rata-rata 7 mmHg.

### 3) Sirkulasi korner

Saat kontraksi jantung sedikit mendapat aliran oksigenisasi darah dari arteri koroner cabang dari aorta ascendens. Saat relaksasi dimana tekanan darah yang tinggi di aorta darah akan mengalir ke arteri koroner selanjutnya ke kapiler kemudian vena koroner. Perdarahan otot jantung berasal dari aorta melalui dua pembuluh utama, yaitu arteri koroner kanan dan arteri koroner kiri. Kedua arteri ini keluar dari sinus aortae. Arteri koroner ini berjalan-berjalan di belakang arteri pulmonal sebagai arteri koroner utama (LMCA : left main coronary artery) sepanjang 1-2 cm. Arteri ini bercabang menjadi arteri sirkumfleks (LCX :left sirkumfleks kiri) dan arteri desenden anterior kiri (LAD: left anterior desenden arteri). LCX berjalan pada sulkus atrioventrikuler mengelilingi permukaan posterior jantung sedangkan LAD berjalan pada sulkus interventrikuler sampai ke apex, kedua pembuluh darah ini akan bercabang-cabang memperdarahi daerah antara kedua sulkus tersebut. Arteri koroner kanan berjalan kesisi kanan jantung, pada sulkus atrioventrikuler jantung kanan. Pada dasarnya arteri koroner kanan memperdarahi atrium kanan, ventrikel kanan dan dinding sebelah dalam dari ventrikel kiri. Ramus sirkumfleks memberi nutrisi pada atrium kiri dan dinding samping serta bawah dari ventrikel kiri. Ramus desenden anterior memberi nutrisi pada dinding depan ventrikel kiri yang massif. Meskipun nodus SA letaknya di atrium kanan tetapi hanya 55 % kebutuhan nutrisinya dipasok oleh arteri koroner

kanan, sedangkan 45 % lainnya dipasok oleh cabang arteri sirkumflek kiri. Nutrisi untuk nodus AV dan bundle of his dipasok oleh arteri arteri yang melintasi kruk yakni 90 % dari arteri koroner kanan dan 10 % dari arteri sirkumflek. Setelah darah mengalir melalui arteri-arteri sirkulasi koroner dan membawa oksigen dan nutrisi-nutrisi ke otot jantung mengalir masuk ke vena dimana dikumpulkan CO<sub>2</sub> dan zat-zat sampah. Setelah darah melewati arteri pada sirkulasi koroner dimana nutrisi dan oksigen dikirim ke otot jantung kemudian masuk ke dalam vena, dimana darah banyak mengandung CO<sub>2</sub> dan sisa metabolisme. Darah yang di oksigenasi dialirkan ke sinus vascular besar pada permukaan posterior dari jantung yang di sebut sinus coronary yang mana mengosongkan atrium kanan. Sinus vascular adalah dinding vena yang tipis tidak mempunyai otot yang halus untuk merubah diameter. Prinsip dari ketiga vena membawa darah masuk ke sinus coronaries yang merupakan vena terbesar jantung yang mengalir ke aspek anterior jantung dan tengah vena jantung mengalirkan aspek posterior jantung. Distribusi vena koroner sesungguhnya paralel dengan distribusi arteri koroner. Sistem vena jantung mempunyai 3 bagian yaitu :

- a) Vena tebesian merupakan system yang terkecil, menyalurkan sebagian darah vena dari miokard langsung ke dalam RA, RV dan LV daripada melalui sinus coronaries. Darah vena tertuang langsung kedalam LV dalam jumlah yang normal.

- b) Vena kardiak anterior mempunyai fungsi yang cukup berarti, mengosongkan sebagian besar isi vena ventrikel langsung ke atrium kanan.
- c) Sinus koronarius dan cabang-cabangnya merupakan system vena yang paling besar dan paling penting, berfungsi menyalurkan pengembalian darah vena miokard ke dalam atrium kanan melalui ostium smus koronarius yang bermuara disamping vena cava inferior (Smeltzer, 2010).

**c. Fungsi 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. 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 terbesar (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 (Smeltzer & Bare, 2010).

### **2.1.3 Etiologi**

Beberapa penyebab angina pektoris menurut (Aspiani, 2015), yaitu:

1. Faktor penyebab
  - a. Suplai oksigen ke miokard berkurang yang disebabkan oleh tiga faktor: faktor pembuluh darah: aterosklerosis, spasme, dan ateritis, faktor sirkulasi: hipotensi, stenosis aorta, dan insufisiensi aorta, dan faktor darah: anemia, hipoksemia, dan polisitemia.
  - b. Peningkatan curah jantung dapat disebabkan oleh aktivitas emosi, makan terlalu banyak, anemia, hipertiroidisme.
  - c. Peningkatan kebutuhan oksigen miokard dapat disebabkan oleh kerusakan miokard, hipertrofi miokard, hipertensi diastolik.

2. Faktor predisposisi
  - a. Dapat diubah (dimodifikasi) dengan diet (hiperlipidemia), merokok, hipertensi, obesitas, kurang aktivitas, diabetes mellitus, pemakaian kontrasepsi oral.
  - b. Tidak dapat diubah yaitu usia, jenis kelamin, ras, hereditas.
3. Faktor pencetus serangan
  - a. Emosi atau berbagai emosi akibat sesuatu situasi yang menegangkan, mengakibatkan frekuensi jantung meningkat, akibat pelepasan adrenalin dan meningkatnya tekanan darah, dengan demikian beban kerja jantung juga meningkat.
  - b. Kerja fisik terlalu berat dapat memicu serangan dengan cara meningkatkan kebutuhan oksigen jantung.
  - c. Makan makanan berat akan meningkatkan aliran darah ke daerah mesentrik untuk pencernaan sehingga menurunkan ketersediaan darah untuk suplai jantung (pada jantung yang sudah sangat parah, pintasan darah untuk pencernaan membuat nyeri angina semakin buruk).
  - d. Pajanan terhadap dingin dapat mengakibatkan vasokonstriksi dan peningkatan tekanan darah, disertai peningkatan kebutuhan oksigen.

#### **2.1.4 Klasifikasi**

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), dan pemeriksaan marka jantung, Angina pectoris dibagi menjadi tiga yaitu :

1. Angina Pectoris Stabil / *Stable Angina Pectoris*

Angina ini disebut juga angina klasik, dilatasi terjadi karena penyempitan arteri koroner yang tidak dapat meningkatkan alirannya sewaktu kebutuhan oksigen meningkat. Aktivitas misalnya olahraga dapat menyebabkan peningkatan kerja jantung. Secara klasik berkaitan dengan latihan dan aktivitas atau mengalami stress psikis atau emosi tinggi yang meningkatkan kebutuhan oksigen, nyeri akan segera hilang dengan istirahat atau penghentian aktivitas (Kasron, 2016).

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 O<sub>2</sub> 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.

## 2. Angina Pektoris Tidak Stabil / *Unstable Angina Pectoris*

Angina ini sering dijumpai pada individu dengan perburukan penyakit arteri koroner. Angina ini biasanya menyertai peningkatan beban kerja jantung (Kasron & Subroto, 2022). 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.

## 3. 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 Varians 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.

### **2.1.5 Partofisiologis**

Mekanisme timbulnya angina pectoris didasarkan pada ketidakadekuatan suplai oksigen ke sel-sel miokardium yang diakibatkan karena kekakuan arteri dan penyempitan lumen arteri koroner (aterosklerosis koroner). Penyebab aterosklerosis tidak diketahui secara pasti, tetapi jelas bahwa tidak ada faktor tunggal yang berperan atas penyebab aterosklerosis. Aterosklerosis merupakan penyakit arteri koroner yang paling sering ditemukan. Sewaktu beban kerja suatu jaringan meningkat, maka kebutuhan oksigen juga meningkat. Pada kondisi jantung yang sehat apabila kebutuhan meningkat, maka arteri koroner berdilatasi dan mengalirkan lebih banyak darah dan oksigen ke otot jantung. Akan tetapi, apabila arteri koroner mengalami kekakuan atau menyempit akibat aterosklerosis dan tidak dapat berdilatasi sebagai repons terhadap peningkatan kebutuhan akan oksigen, terjadi iskemik (kekurangan suplai darah) ke miokardium.

Berkurangnya kadar oksigen memaksa miokardium mengubah metabolisme yang bersifat aerobik menjadi metabolisme anaerobik. Metabolisme anaerobik dengan perantara lintasan glikolitik jauh lebih tidak efisien dibandingkan dengan metabolisme aerobik melalui fosforilasi oksidatif dan siklus kreb. Pembentukan fosfat berenergi tinggi mengalami penurunan yang cukup besar. Metabolisme

anaerob akan memiliki hasil akhir berupa asam laktat yang akan mengurangi pH sel dan menimbulkan nyeri. Kombinasi hipoksia, penurunan ketersediaan jumlah energy, dan juga asidosis menyebabkan gangguan fungsi ventrikel kiri. Kekuatan kontraksi daerah miokardium yang terserang berkurang menyebabkan pemendekan serabut sehingga kekuatan dan kecepatannya berkurang. Selain itu, gerakan dinding sekmen yang mengalami iskemia menjadi abnormal. Bagian tersebut akan menonjol keluar setiap kali berkontraksi. Berkurangnya daya kontraksi dan gangguan gerakan jantung mengubah hemodinamika. Respons hemodinamika dapat berubah-ubah, sesuai dengan ukuran sekmen yang mengalami iskemia dan derajat respon reflex kompensasi oleh sistem saraf otonom. Berkurangnya fungsi ventrikel kiri dapat mengurangi curah jantung dengan mengurangi volume sekuncup (jumlah darah yang dikeluarkan setiap kali jantung berdenyut) (Aspiani, 2015).

#### **2.1.6 Manifestasi Klinis**

Serangan angina tidak stabil bisa berlangsung antara 5 dan 20 menit. Kadang-kadang 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 pectoris 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 pectoris tidak stabil adalah nyeri dada, banyak pasien memberikan deskripsi gejala yang

mereka alami tanpa kata “nyeri”, “rasa ketat”, “rasa berat”, “tekanan” dan “sakit” semua merupakan penjabar sensasi yang sering berlokasi di garis tengah, pada regio retrosternal. Lokasi dari nyeri dada ini terletak 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.
2. 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.
3. Nyeri bersifat tumpul, seperti rasa tertindih/berat didada, rasa desakan yang kuat dari dalam atau dari bawah diafragma (sekat antara rongga dada dan rongga perut), seperti diremas-remas erat 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 pectoris. Nyeri

biasanya muncul setelah melakukan aktivitas, hilang dengan istirahat dan akibat stres emosional.

4. 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 (PERKI, 2018).

### **2.1.7 Komplikasi**

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 (Hudak & Gallo, 2015).

2. Aritmia

Lazim ditemukan pada fase akut MCI, aritmia perlu diobati bila menyebabkan gangguan hemodinamik. Aritmia memicu peningkatan kebutuhan O<sub>2</sub> miokard yang mengakibatkan perluasan infark (Hudak & Gallo, 2015).

3. Gagal jantung

Kondisi saat pompa jantung melemah, sehingga tidak mampu mengalirkan darah yang cukup ke seluruh tubuh (Hudak & Gallo, 2015)

4. Syok kardiogenik

Sindroma kegagalan memompa yang paling mengancam dan dihubungkan dengan mortalitas paling tinggi, meskipun dengan perawatan agresif (Hudak & Gallo, 2015).

#### 5. 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 (Hudak & Gallo, 2015).

#### 6. Aneurisma ventrikel

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 (Hudak & Gallo, 2015).

### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

Pada pasien unstable angina pectoris diperlukan pemeriksaan penunjang sehingga tenaga medis dapat dilakukan penanganan yang tepat. Menurut (Aspiani, 2015) terdapat pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan untuk pasien unstable angina pectoris yaitu :

#### 1. Pemeriksaan laboratorium

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

## 2. Elektrokardiogram (EKG)

Gambar EKG sering menunjukkan konsekuensi dari pasien yang memiliki infark miokard sebelumnya. Hal ini terlihat dari hasil yang menunjukkan pembesaran ventrikel kiri dan perubahan segmen ST pada pasien hipertensi dan angina, gelombang T atipikal pada pasien angina proksimal dan EKG pada segmen ST.

## 3. Foto rontgen dada

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

## 4. Arteriografi koroner

Arteriografi koroner merupakan tindakan memasukkan kateter lewat arteri femoralis maupun brakialis yang kemudian diteruskan menuju aorta ke dalam muara arteri koronaria kanan dan kiri. Setelah itu media kontras radiografik disuntikkan dan cineroentgenogram akan menunjukkan kuntur arteri serta daerah penyempitan. Kateter tersebut kemudian didorong melalui

katup aorta untuk masuk ke ventrikel kiri serta disuntikan lebih banyak media kontras untuk menentukan bentuk, ukuran, dan fungsi ventrikel kiri.

#### 5. Uji latihan (*Treadmill*)

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

#### 6. *Thallium Exercise Myocardial Imaging*

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

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Angina dapat dikendalikan menggunakan tablet nitrogliserin. Segera setelah serangan dimulai, klien meletakkan tablet di bawah lidah (sublingual) sehingga tablet larut. Nitrogliserin memberikan efek peredaan yang cepat dengan

mendilatasi arteri koroner. Klien dapat menggunakan obat ini dengan aman selama bertahun-tahun tanpa adanya efek yang menyebabkan penyakit. Salep nitroglicerine topical atau balutan transdermal yang dibasahi dengan nitroglicerine digunakan secara luas untuk memberi perlindungan terhadap nyeri angin dan mendukung pemulihan nyeri. Jika obat gagal mengendalikan serangan angina seseorang, PTCA atau bedah arteri koroner mungkin perlu dilakukan (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Sedangkan menurut (Aspiani, 2015) penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada pasien dengan angina pektoris, yaitu:

1. Terapi farmakologi

- a. Nitrat dan nitrit merupakan vasodilator endothelium yang sangat bermanfaat untuk mengurangi gejala angina pektoris dan juga memiliki efek antitrombotik dan antiplatelet. Obat yang tergolong golongan ini, yaitu isosorbit dinitrat (sorbitrat) diberikan dengan jumlah dosis 10-20 mg tiap 2-4 jam, nitrat transdermal diserap melalui kulit dan dapat digunakan sebagai pasta yang dioleskan pada dinding dada, dan preheksilin maleat diberikan dosis sebesar 100 mg per oral tiap 12 jam, kemudian ditingkatkan hingga 200 mg setiap 12 jam.

- b. 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 memblokir 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.

- c. Nitrogliserin bahan vasoaktif yang berfungsi melebarkan pembuluh darah sehingga memengaruhi sirkulasi perifer dan juga menurunkan konsumsi oksigen jantung yang akan mengurangi iskemia nyeri angina. Obat ini biasanya diletakkan di bawah lidah (sublingual) atau di pipi (kantong bukal) dan akan menghilangkan iskemia dalam 3 menit. Nitrogliserin juga tersedia dalam bentuk topical (Lnilin-petrolatum) yang dioleskan dikulit sebagai perlindungan terhadap nyeri angina dan mengurangi nyeri.
- d. Penyekat beta adrenergic digunakan untuk menurunkan kebutuhan oksigen miokard dengan menurunkan frekuensi denyut jantung, kontraktilitas, tekanan di arteri dan peregangan pada dinding ventrikel kiri. Obat yang digunakan, antara lain atenolol, metoprolol, propranolol, nadolol.
- e. Antagonis kalsium obat ini meningkatkan suplai oksigen jantung dengan cara melebarkan dinding otot polos arteriol koroner dan mengurangi kebutuhan jantung dengan menurunkan tekanan arteri sistemik dan demikian juga beban kerja ventrikel kiri. Tiga jenis antagonis kalsium yang sering digunakan adalah nifedipin (prokardia), verapamil (isoptil, calan), dan diltiazem (cardiazem).

f. Antitrombin heparin adalah glikosaminoglikan yang terdiri dari berbagai polisakarida yang berbeda panjangnya dengan aktivitas antikoagulan yang berbeda-beda. Hirudin dapat menurunkan angka kematian infark miokard.

## 2. Terapi invasive

a. *Percutaneous transluminal coronary angioplasty* (PTCA) Merupakan upaya memperbaiki sirkulasi koroner dengan cara memecahkan plak atau ateroma dengan cara memasukan kateter dengan ujung berbentuk balon.

b. *Coronary artery bypass graft* (CABG)

Prosedur pembedahan yang dilakukan untuk memintas (jalan memutar) arteri jantung yang tersumbat untuk memulihkan aliran darah normal ke otot jantung. Selama prosedur Coronary Artery Bypass Grafting, pembuluh darah sehat dari bagian lain tubuh, termasuk vena kaki atau arteri mamae (berhubungan dengan payudara) internal diangkat melalui pembedahan dan dijahitkan ke sekitar bagian tersumbat dari arteri yang terpengaruh, sehingga membuat rute untuk mengalirkan darah yang kaya oksigen memintas bagian arteri jantung yang tersumbat dan memulihkan aliran darah normal ke jantung.

## 3. Terapi Non Farmakologis

a. 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  $O_2$  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).

- b. Terapi massage punggung salah satu penanganan angina pektoris adalah dengan prosedur ( pijat) massage yaitu pijat punggung. Efek dari tindakan massage terfokus pada (pijat punggung) ini adalah dapat menghasilkan respon relaksasi dan massage berdampak positif untuk mengurangi rasa nyaman nyeri, sering dijelaskan pada teori control gerbang, dengan pijatan merangsang serabut saraf berdiameter besar yang memiliki input penghambat pada sel-T. Pijat punggung dapat digunakan untuk mengurangi stres psikologis (kecemasan) dan meningkatkan kenyamanan pasien sebelum tindakan coronary angiography. Rekomendasi ditujukan kepada manajemen ruangan untuk mengaplikasikan pijat punggung sebagai bagian dari SPO angiography (Rosfiati, Nurachmah, & Yulia, 2015).
- c. Terapi teknik napas dalam merupakan bentuk asuhan keperawatan untuk mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam,

nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam ini juga dapat membuat ketentraman hati dan berkurangnya rasa cemas (Arfa, 2013).

## **2.2 Chronic Kidney Disease (CKD)**

### **2.2.1 Pengertian Chronic Kidney Disease (CKD)**

Ginjal merupakan organ utama dalam menjaga keseimbangan cairan. Terganggunya fungsi ginjal akan menyebabkan penurunan fungsi ginjal yang dapat mengakibatkan komplikasi seperti perikarditis, hipertensi, anemia, osteodistrofi ginjal, gagal jantung dan impotensi (Suarniati, 2019).

Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk menjalankan fungsinya dengan baik yang menyebabkan menurunnya filtrasi glomerulus secara bertahap sehingga harus menjalani terapi hemodialisa (Suarniati, 2019).

Chronic Kidney Disease (CKD) atau penyakit renal tahap akhir (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Nuari dan Widayati, 2017).

### **2.2.2 Etiologi**

*Chronic Kidney Deases* (CKD) seringkali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya sehingga merupakan penyakit sekunder (*secondary illness*).

Penyebab yang sering adalah diabetes mellitus dan hipertensi. Menurut (Nuari dan Widayati, 2017) Beberapa penyebab penyakit ginjal kronis adalah sebagai berikut:

1. Glomerulonefritis adalah inflamasi nefron, terutama pada glomerulus. Glomerulonefritis terbagi menjadi dua, yaitu glomerulonefritis akut dan glomerulonefritis kronis. Glomerulonefritis akut seringkali terjadi akibat respon imun terhadap toksin bakteri tertentu (kelompok streptokokus beta A). Glomerulonefritis kronis tidak hanya merusak glomerulus tetapi juga tubulus. Inflamasi ini mungkin diakibatkan infeksi streptokokus, tetapi juga merupakan akibat sekunder dari penyakit sistemik lain atau glomerulonefritis akut.
2. Pielonefritis kronis adalah inflamasi ginjal dan pelvis ginjal akibat infeksi bakteri. Inflamasi dapat berawal di traktus urinaria bawah (kandung kemih) dan menyebar ke ureter, atau karena infeksi yang dibawa darah dan limfe ke ginjal. Obstruksi kantung urinaria terjadi akibat pembesaran kelenjar prostat, batu ginjal, atau defek kongenital yang memicu terjadinya pielonefritis.
3. Batu ginjal atau kalkuli urinaria terbentuk dari pengendapan garam kalsium, magnesium, asam urat, atau sistein. Batu-batu kecil dapat mengalir bersama urine, batu yang lebih besar akan tersangkut dalam ureter dan menyebabkan rasa nyeri yang tajam (kolik ginjal) yang menyebar dari ginjal ke selangkangan.
4. Penyakit polikistik ginjal ditandai dengan kista multiple, bilateral, dan berekspansi yang lambat laun mengganggu dan menghancurkan parenkim ginjal normal akibat penekanan.
5. Penyakit endokrin (nefropati diabetik) Nefropati diabetik (penyakit ginjal pada pasien diabetes) merupakan salah satu penyebab kematian terpenting pada

diabetes mellitus yang lama. Lebih dari sepertiga dari semua pasien baru yang masuk dalam program ESRD (End Stage Renal Disease) menderita gagal ginjal. Diabetes mellitus menyerang struktur dan fungsi ginjal dalam berbagai bentuk. Nefropati diabetik adalah istilah yang mencakup semua lesi yang terjadi di ginjal pada diabetes mellitus.

Tabel 2. 1 **Klasifikasi Penyebab Gagal Ginjal Kronik** (Amin, Hardhi, 2016)

| <b>Klasifikasi Penyakit</b>         | <b>Penyakit</b>   |
|-------------------------------------|---|
| Penyakit infeksi tubulointerstitial | Pielonefritis kronik atau refluks neuropati   |
| Penyakit peradangan                 | Glomerulonefritis   |
| Penyakit vaskuler hipertensif       | Nefrosklerosis benigna<br>Nefrosklerosis maligna<br>Nefrosklerosis renalis  |
| Gangguan jaringan ikat              | Lupus eritematosus sistemik<br>Poliarteritis nodosa   |
| Gangguan kongenital dan herediter   | Penyakit ginjal polikistik<br>Asidosis tubulus ginjal<br>Diabetes mellitus  |
| Penyakit metabolic                  | Goat<br>Hiperparatiroidisme<br>Amiloidosis  |
| Nefropati toksik                    | Penyalahgunaan analgesic<br>Nefropati timah   |
| Nefropati obstruktif                | Traktus urinarius bagian atas: batu, neoplasma, fibrosis retroperitoneal<br>Traktus urinarius bagian bawah: hipertrofi prostat, struktur uretra, anomaly congenital, leher vesika urinaria dan uretra |

### 2.2.3 Patofisiologi

Menurut (Nuari dan Widayati, 2017) Patofisiologi GGK (Gagal Ginjal Kronik) pada awalnya tergantung dari penyakit yang mendasarinya. Namun, setelah itu

proses yang terjadi adalah sama. Pada diabetes melitus, terjadi hambatan aliran pembuluh darah sehingga terjadi nefropati diabetik, dimana terjadi peningkatan tekanan glomerular sehingga terjadi ekspansi mesangial, hipertrofi glomerular. Semua itu akan menyebabkan berkurangnya area filtrasi yang mengarah pada glomerulosklerosis. Tingginya tekanan darah juga menyebabkan terjadi GGK. Tekanan darah yang tinggi menyebabkan perlukaan pada arteriol aferen ginjal sehingga dapat terjadi penurunan filtrasi. Pada pasien GGK, terjadi peningkatan kadar air dan natrium dalam tubuh. Hal ini disebabkan karena gangguan ginjal dapat mengganggu keseimbangan glomerulotubular sehingga terjadi peningkatan intake natrium yang akan menyebabkan retensi natrium dan meningkatkan volume cairan ekstrasel. Reabsorpsi natrium akan menstimulasi osmosis air dari lumen tubulus menuju kapiler peritubular sehingga dapat terjadi hipertensi. Hipertensi akan menyebabkan kerja jantung meningkat dan merusak pembuluh darah ginjal. Rusaknya pembuluh darah ginjal mengakibatkan gangguan filtrasi dan meningkatkan keparahan dari hipertensi. Gangguan fungsi ginjal dapat berdampak pada kondisi klinis pasien, diantaranya adalah:

1. Sindroma uremia (Irwan ,2016) Ginjal merupakan organ dengan daya kompensasi tinggi. Jaringan ginjal sehat akan mengambil alih tugas dan pekerjaan jaringan ginjal yang sakit dengan mengkat perfusi darah ke ginjal dan flitrasi. Bila jaringan ginjal yang rusak mencapai 77-85%, maka daya kompensasi tidak lagi mencukupi sehingga timbul uremia yaitu penumpukan zat-zat yang tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal yang sakit. Gejala sindroma uremia adalah:

- a. Gastrointestinal, yang ditandai dengan nafsu makan menurun, mual, muntah, mulut kering, rasa pahit, perdarahan ephitel. Manifestasi uremia pada saluran pencernaan adalah mual, muntah, anoreksia, dan penurunan berat badan. Keadaan anoreksia, mudah lelah, dan penurunan asupan protein menyebabkan malnutrisi pada penderita. Penurunan asupan protein juga memengaruhi kerapuhan kapiler dan mengakibatkan penurunan fungsi imun serta kesembuhan luka (Price dan William, 2012).
  - b. Kulit kering, mengalami atrofi, dan gatal. Manifestasi sindrom uremia pada kulit adalah gambaran kulit menyerupai lilin dan berwarna kuning akibat gabungan antara retensi pigmen urokrom dan pucat karena anemia, pruritus akibat deposit garam  $Ca^{++}$  atau PTH dengan kadar yang tinggi, perubahan warna rambut, dan deposit urea yang berwarna keputihan (Price dan William, 2012).
  - c. Pada sistem kardiovaskuler yaitu hipertensi, pembesaran jantung, payah jantung, pericarditis.
  - d. Anemia dan asidosis.
  - e. Pada sistem neurologi yaitu apatis, neuropati perifer, depresi, precoma.
2. Anemia merupakan salah satu gejala komplikasi akibat dari penyakit gagal ginjal kronik. Mekanisme yang dikemukakan sebagai penyebab anemia pada gagal ginjal kronis, yaitu: defisiensi eritropoietin (Epo), pemendekan panjang hidup eritrosit, metabolik toksik yang merupakan inhibitor eritropoesis, dan kecenderungan berdarah karena trombopati. (Rahman, 2016)



3. Hiperkalemia, Kelebihan kalium atau hiperkalemia biasanya akibat dari disfungsi ginjal sementara atau permanen. Kelebihan ini sering terjadi dalam kaitannya dengan gagal ginjal. Kelebihan ini juga dapat terjadi sementara (dengan fungsi ginjal normal) setelah trauma jaringan mayor atau setelah tranfusi cepat darah yang disimpan di bank darah. Kalium serum akan meningkat karena penyerapan kalium yang meningkat, penurunan eksternal ginjal, kematian sel dan pelepasan kalium serta keadaan yang menimbulkan hipoadosteronisme. Pada hiperkalemia terpenting pada klinik gagal ginjal akut (ARF). Tidak bijaksana untuk melakukan operasi, kecuali bila kalium dapat dibuang terlebih dahulu. Hemodialisis atau dialysis peritoneum merupakan pilihan terbaik. (Rahman, 2016)
4. Hipokalemia adalah konsentrasi kalium plasma kurang dari 3,5 mEq/l. Dapat terjadi akibat penurunan asupan dalam diet, peningkatan pengeluaran kalium dari ginjal, usus, atau lewat keringat, atau perpindahan kalium dari kompartemen ekstrasel ke intrasel. Pada hypokalemia yang lebih parah, muncul gejala kelemahan, keletihan, mual dan muntah, dan konstipasi. (Rahman, 2016).
5. Hipokalemia biasanya berhubungan dengan penurunan kalium total tubuh. Diantara penyebab terlazimnya adalah penggunaan diuretik menahun dan disini hipokalemia plasma dapat menunjukkan adanya kekurangan kalium total tubuh yang besar. Penyebab lain dari hipokalemia meliputi pengeluaran gastrointestinal akibat muntah dan diare, serta pengeluaran ginjal akibat asidosis tubulus ginjal. Ada beberapa penyebab kekurangan kalium serum diantaranya adalah kekurangan masukan, penggunaan diuretik pembuang-

kalium, prosedur bedah gastrointestinal dengan pengisapan nasogastrik dan penggantian yang tidak tepat, sekresi gastrointestinal berlebihan, hiperadosteronisme, malnutrisi, dan trauma atau luka bakar. Hipokalemia menyebabkan penurunan kemampuan tubulus ginjal untuk mengkonsentrasikan sisa, yang menimbulkan peningkatan kehilangan air.

#### **2.2.4 Manifestasi Klinis**

Manifestasi kardiovaskular pada gagal ginjal kronis mencakup hipertensi, gagal jantung kongestif dan edema pulmoner sedangkan gejala dermatologi yang sering terjadi mencakup rasa gatal yang parah dan gejala gastrointestinal juga sering terjadi mencakup anoreksia, mual, muntah, dan cegukan. Beberapa gejala dan pemeriksaan yang dapat dijadikan pegangan /indikator telah terjadinya penurunan fungsi ginjal yang signifikan yaitu (Husna, 2015):

1. Jumlah urin (kemih) berkurang atau tidak ada urin. Jumlah urin  $< 500 \text{ mV}24$  iam atau  $<20 \text{ m/KgBB/jam}$  pada orang dewasa dan  $<1 \text{ ml/KgBBjam}$  pada anak-anak, walaupun jumlah air yang diminum dalam jumlah yang wajar/normal.
2. Pucat, anemia, Penderita terlihat pucat pada muka maupun telapak tangannya, bila diukur Hb  $< 10 \text{ g/dl}$ .
3. Mual, muntah dan tidak nafsu makan.
4. Nafas berat, mudah sesak bila banyak minum atau melakukan kerja berat.
5. Rasa sangat lemah.
6. Sering cegukan/sedakan (hiccup) yang berkepanjangan.
7. Rasa gatal di kulit

Menurut (Amin, Hardhi, 2016) manifestasi klinis gagal ginjal kronik yakni:

1. Menurunnya cadangan ginjal pasien asimtomatik, namun GFR dapat menurun hingga 25% dari normal
2. Infusensi ginjal, selama keadaan ini pasien mengalami poliuria dan nokturia, GFR 10% hingga 25% dari normal, kadar creatin serum dan BUN sedikit meningkat diatas normal
3. Penyakit ginjal stadium akhir (ESRD) atau sindrom uremik (lemah, letargi, anoreksia, mual muntah, nokturia, kelebihan volume cairan, neuropati perifer, pruritus, uremic frost, perikarditis, kejang-kejang sampai koma), yang ditandai dengan GFR kurang dari 5-10 ml/menit, kadar serum kreatinin dan BUN meningkat tajam, dan terjadi perubahan biokimia dan gejala yang kompleks. Gejala komplikasinya antara lain, hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan elektrolit.

### **2.2.5 Komplikasi**

Komplikasi penyakit gagal ginjal kronik menurut (Nuari dan Widayati, 2017) yaitu :

1. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolic, katabolisme dan masukan diet berlebihan.
2. Perikarditis, efusi pericardial dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialysis yang tidak adekuat.
3. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi system rennin-angiotensin-aldosteron.

4. Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah selama hemodialisis.
5. Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatic akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal dan peningkatan kadar aluminium.

### **2.2.6 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang berhubungan dengan assessment biokimia pasien sebagai penunjang diagnosis gizi yang akan digunakan, antara lain (Tanto, 2016):

1. Pemeriksaan darah lengkap: ureum meningkat, kreatinin serum meningkat.
2. Pemeriksaan elektrolit: hiperkalemia, hipokalsemia, hipermagnesemia.
3. Pemeriksaan kadar glukosa darah, profil lipid: hiperkolesterolemia, hipertrigliserida, LDL meningkat.
4. Analisis gas darah: asidosis metabolik (pH menurun, HCO<sub>3</sub> menurun).

### **2.2.7 Penatalaksanaan**

Menurut (Husna, 2016) penatalaksanaan untuk gagal ginjal kronis (GGK) sebagai berikut:

1. Terapi konservatif

Tujuan dari terapi konservatif adalah mencegah memburuknya laal ginjal secara progresif, meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin azotemia, memperbaiki metabolisme secara optimal dan memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit.

- a. Peranan diet

Terapi diet rendah protein (DRP) menguntungkan untuk mencegah atau mengurangi toksin azotemia, tetapi untuk jangka lama dapat merugikan terutama gangguan keseimbangan negatif nitrogen.

b. Kebutuhan jumlah kalori

Kebutuhan jumlah kalori (sumber energi) untuk GIK harus adekuat dengan tujuan utama yaitu mempertahankan keseimbangan positif nitrogen, memelihara status nutrisi dan memelihara status gizi.

c. Kebutuhan cairan

Bila ureum serum  $>150$  mg% kebutuhan cairan harus adekuat supaya jumlah diuresis mencapai 2 liter Per hari.

d. Kebutuhan elektrolit dan mineral

Kebutuhan jumlah mineral dan elektrolit bersifat individual tergantung dari LFG dan penyakit ginjal dasar (underlying renal disease).

## 2. Terapi Simptomatik

a. Asidosis metabolik, harus dikoreksi karena meningkatkan serum kalium (hiperkalemia). Untuk mencegah dan mengobati asidosis metabolik dapat diberikan suplemen alkali. Terapi alkali (sodium bicarbonat) harus segera diberikan intravena bila  $\text{pH} < 7,35$  atau serum bikarbonat  $< 20$  mEq/l.

b. Anemia Transfusi darah misalnya Packed Red Cell/ (PRC) merupakan salah satu pilihan terapi alternatif, murah, dan efektif. Terapi pemberian transfusi darah harus hati-hati karena dapat menyebabkan kematian mendadak.

c. Keluhan gastrointestinal

Anoreksi, cegukan, mual dan muntah, merupakan keluhan yang sering dijumpai pada GJK. Keluhan gastrointestinal ini merupakan keluhan utama (*chief complaint*) dari GJK. Keluhan gastrointestinal yang lain adalah ulserasi mukosa mulai dari mulut sampai anus. Tindakan yang harus dilakukan yaitu program terapi dialisis adekuat dan obat-obatan simptomatik.

d. Kelainan kulit, tindakan yang diberikan harus tergantung dengan jenis keluhan kulit.

e. Kelainan Neuromuscular, beberapa terapi pilihan yang dapat dilakukan yaitu terapi hemodialisis reguler yang adekuat, medikamentosa atau operasi subtotal paratiroidektomi.

f. Hipertensi, pemberian obat-obatan anti hipertensi.

g. Kelainan sistem kardiovaskular, tindakan yang diberikan tergantung dari kelainan kardiovaskular yang diderita.

3. Terapi pengganti ginjal, dilakukan pada penyakit ginjal kronik stadium 5, yaitu pada LFG kurang dari 15 menit. Terapi tersebut dapat berupa hemodialisis, dialisis peritoneal, dan transplantasi ginjal.

### **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada *Unstable Angina Pectoris (UAP)***

Asuhan keperawatan adalah proses menemukan pemecahan kasus keperawatan secara ilmiah yang dipakai untuk mengidentifikasi masalah pasien, merencanakan secara sistematis dan melaksanakan dengan cara mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan (Wijaya & Putri, 2013). Proses pemecahan masalah yang sistematis dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat

menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap klien seperti yang tersebut diatas memba yaitu melalui empat tahapan keperawatan, yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

### **2.3.1 Pengkajian**

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).

#### **1. Identitas**

Data demogrfi yang terdiri dari nama , umur (biasanya angina pectoris beresiko pada umur 40 tahun), jenis kelamin yang mudah terserang angina pectoris laki-laki, agama, suku atau kebangsaan, pekerjaan, pendidikan, alamat, diagnosis medis, nomor registrasi, tanggal dan jam masuk rumah sakit, tanggal dan waktu pengkajian keperawatan (Udjianti, 2017).

#### **2. Riwayat Kesehatan**

##### **a. Keluhan Utama**

Merupakan keluhan yang paling menonjol yang dirasakan klien dan merupakan alasan yang membuat klien datang ke rumah sakit. Keluhan utama pada angina pectoris biasanya nyeri dada yang hebat dan sampai

menyebar ke punggung dan biasanya juga timbul nyeri yang terasa menusuk atau panas seperti terbakar.

- 1) Provoking Incident (P) : Nyeri setelah beraktivitas dan tidak berkurang setelah istirahat dan setelah di berikan nitroglicerine.
- 2) Quality of pain (Q) : Seperti apa nyeri yang dirasakan klien. sifat nyeri dapat seperti tertekan, diperas atau diremas.
- 3) Region (R) : Lokasi nyeri didaerah substernal atau nyeri diatas perikardium, penyebaran nyeri sampai meluas hingga ke dada. Dapat terjadi nyeri dan ketidakmampuan menggunakan bahu dan tangan.
- 4) Severity of pain (S) : Klien di tanya dengan rentang 0-4 atau 0-10 (visual analogue scale-VAS) dan klien akan menilai seberapa berat nyeri yang dirasakan. Biasanya pada saat angina terjadi, skala nyeri berkisar antara 3- 4 (0-4) atau 7-9 (0-10).
- 5) Time (T) : Biasanya gejala nyeri timbul mendadak. Lama timbulnya umumnya di keluhkan kurang lebih 15 menit. Nyeri infrak oleh miokardium dapat timbul pada waktu istirahat, nyeri biasanya dirasakan semakin berat (progresif) dan berlangsung lama Udjianti (2017).

#### **b. Riwayat Penyakit Sekarang**

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dilakukan dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai keluhan klien secara PQRST.

#### **c. Riwayat penyakit Dahulu**



Riwayat penyakit yang pernah diderita klien terutama penyakit yang mendukung munculnya penyakit saat ini. Misalnya Hipertensi, DM, dan lain sebagainya. Tanyakan mengenai obat – obat yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan.

**d. Riwayat Kesehatan 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.

**3. Pola Fungsi Kesehatan**

**a. Pola persepsi hidup sehat**

Biasanya pasien dengan penyakit unstable angina dan CKD memiliki kebiasaan atau pola hidup yang kurang sehat atau gaya hidup merokok atau pola makan sehari-hari,serta kurangnya olahraga serta mengkonsumsi makanan yang kurang sehat serta adanya riwayat penyakit jantung dan ginjal.

**b. Pola nutrisi dan metabolisme**

Perlu dikaji keadaan makanan dan minuman klien meliputi: porsi yang dihabiskan, susunan menu, keluhan mual dan muntah, kehilangan nafsu makan, perubahan pola makan setelah sakit.

**c. Pola eliminasi**

Dikaji mengenai polaBAK dan BAB klien, pada BAK yang dikaji mengenai frekuensi berkemih, jumlah, warna, bau serta keluhan saat berkemih, sedangkan pada pola BAB yang dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan bau serta keluhan-keluhan yang dirasakan. Pada klien dengan unstable angina pectoris biasanya tidak terjadi retensi urin akibat reabsorpsi natrium di tubulus distal meningkat.

**d. Pola istirahat dan tidur**

Pada klien dengan unstable angina pectoris biasanya pola istirahat menjadi tidak teratur karena klien sering mengalami kejadian nyeri dada dan menjadi terbangun bila nyeri dada.

**e. Pola aktivitas dan latihan**

Pada klien dengan unstable angina pectoris biasanya mengalami kelemahan, kelelahan, perasaan tidak berdaya setelah latihan, nyeri dada bila bekerja. Aktivitas menjadi terbatas karena kelemahan otot.

**f. Pola persepsi dan konsep diri**

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat nyeri dada, kesulitan dalam bernafas normal dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik.

**g. Pola hubungan dan peran**

Pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat, karena pasien harus menjalani rawat inap, pasien biasanya

merasa rendah diri terhadap perubahan dalam penampilan, pasien mengalami emosi yang tidak stabil.

**h. Pola sensori kognitif**

Pada pasien unstable angina pada indera tidak timbul gangguan, begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu juga, timbul rasa sesak dan nyeri akibat kurangnya O<sub>2</sub> ke jantung.

**i. Pola reproduksi seksual**

Dikaji kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene (mandi, oral hygiene, gunting kuku, keramas). Pada klien dengan Angina pektoris biasanya ia jarang mandi karna nyeri dada pada saat bergerak.

**j. Pola penanggulangan stress**

Perubahan integritas ego didapatkan klien menyangkal, takut mati, perasaan ajal sudah dekat, marah pada penyakitnya. Kondisi ini ditandai dengan sikap menolak, menyangkal, cemas, kurang kontak mata, gelisah, marah, perilaku menyerang, fokus pada diri sendiri. Interaksi sosial dikaji terhadap adanya stres karena keluarga, pekerjaan, kesulitan biaya ekonomi, kesulitan coping dengan stressor yang ada.

**k. Pola tata nilai dan keyakinan**

Pasien unstable angina untuk memenuhi kebutuhan beribadah berkurang karena pasien sesak nyeri. Pasien melaksanakan ibadah seadanya.

**4. Pemeriksaan Fisik per sistem**

a. B1 (*Breathing*)

Menurut Udjianti (2017) Pemeriksaan fisik pada sistem pernapasan sangat mendukung untuk mengetahui masalah pada klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler biasanya pada penyakit angina pectoris terdapat dyspnea.

- 1) Inspeksi : Pada inspeksi di dapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan alat bantu nafas dan peningkatan frekuensi pernafasan
- 2) Palpasi : Pada palpasi didapatkan bentuk dadayang simetris kanan dan kiri kemudian vokal fremitus sama
- 3) Perkusi : Teknik yang dilakukan adalah pemeriksa meletakkan falang terakhir dan sebagian falang kedua jari tengah pada tempat yang hendak diperkusi. Ketukan ujung jari tengah tangan kanan pada jari kiri tersebut dan lakukan gerakan bersumbu pada pergelangan tangan. Posisi klien duduk atau berdiri.
- 4) Auskultasi (Suara nafas normal)
  - a) Trakeobronkhial, suara normal yang terdengar pada trakea seperti meniup pipa besi, suara nafas lebih keras dan pendek saat inspirasi.
  - b) Bronkoveskuler, suara normal di daerah brongkhi yaitu di sternumatas (torakal3-4).
  - c) Vesikuler, suara nafas normal di jaringan paru-paru suara nafas sama saat inspirasi dan akspirasi sama.

b. B2 (*Blood*)

- 1) 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.
- 2) Palpasi: Pada klien dengan *unstable angina pectoris*, ditemukan denyut nadi perifer melemah.
- 3) 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.
- 4) Perkusi: Batas jantung tidak mengalami pergeseran.

c. B3 (*Brain*)

Menurut Udjianti (2017) Pemeriksaan neurosensori pada pemeriksaan ini normal, biasanya di temukan pusing Ditujukan terhadap adanya keluhan pusing, berdenyut selama tidur, bangun, duduk atau istirahat dan nyeri dada yang timbulnya mendadak. Pengkajian meliputi wajah meringis, perubahan postur tubuh, menangis, merintih, meregang, menggeliat, menarik diri dan kehilangan kontak mata.

d. B4 (*Bladder*)

Menurut (Udjianti, 2017) Pada pemeriksaan perkemihan pada pasien angina pectoris normal tidak ada gangguan output urine merupakan indikator fungsi jantung yang penting. Penurunan haluaran urine merupakan temuan signifikan yang harus dikaji lebih lanjut untuk

menentukan apakah penurunan tersebut merupakan penurunan produksi urine (yang terjadi bila perfusi ginjal menurun) atau karena ketidakmampuan klien untuk buang air kecil. Daerah suprapubik harus diperiksa terhadap adanya massa oval dan diperkusi terhadap adanya pekak yang menunjukkan kandungkemih yang penuh (distensi kandung kemih).

e. B5 (*Bowel*)

Menurut (Udjianti, 2017) Pada pemeriksaan pencernaan pada pasien angina pectoris obesitas, biasanya di temukan mual dan muntah pengkajian harus meliputi perubahan nutrisi sebelum atau pada masuk rumah sakit dan yang terpenting adalah perubahan pola makan setelah sakit. Kaji penurunan turgor kulit, kulit kering atau berkeringat, muntah dan perubahan berat badan refluks hepatojuguler. Pembengkakan hepar terjadi akibat penurunan aliran balik vena yang disebabkan karena gagal ventrikel kanan. Hepar menjadi besar, keras, tidak nyeri tekan dan halus.

f. B6 (*Bone*)

Menurut Udjianti (2017), Pengkajian yang mungkin dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Keluhan lemah, cepat lelah, pusing, dada rasa berdenyut dan berdebar
- 2) Keluhan sulit tidur (karena adanya ortopnea, dispnea nokturnal paroksimal, nokturia dan keringat pada malam hari)
- 3) Istirahat tidur, kaji kebiasaan tidur siang dan malam, berapa jam klien tidur dalam 24 jam dan apakah klien mengalami sulit tidur

dan bagaimana perubahannya setelah klien mengalami gangguan pada sistem kardiovaskuler. Perlu diketahui, klien dengan IMA sering terbangun dan susah tidur karena nyeri dada dan sesak napas

- 4) Aktivitas, kaji aktivitas klien di rumah atau di rumah sakit. Apakah ada kesenjangan yang berarti misalnya pembatasan aktivitas. Aktivitas klien biasanya berubah karena klien merasa sesak napas saat beraktivitas.

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

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

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Pola nafas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan hambatan upaya nafas
3. Resiko penurunan curah jantung (D.0011) berhubungan dengan perubahan irama jantung
4. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan vena
5. Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan
6. Resiko defisit nutrisi (D.0032) berhubungan dengan faktor psikologis

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan *Unstable Angina Pectoris* (UAP)**

| <b>Diagnosis Keperawatan</b>                                     | <b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>   | <b>Intervensi</b>   | <b>Rasional</b>  |
|--|--|---|--|
| Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Nyeri akut berkurang dengan Kriteria Hasil:</p> <p><b>Tingkat Nyeri (SLKI. L.08066)</b></p> <p><b>Definisi</b><br/>Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berta dan konstan</p> <p><b>Ekspetasi</b><br/>Menurun</p> <p><b>Kriteria hasil</b></p> | <p><b>Manajemen Nyeri (SIKI. I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> | <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengetahui jam lokasi, karakteristik, akut dan durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.</li> <li>2. Agar kita mengetahui tingkat cedera dirasakan oleh pasien</li> <li>3. Agar kita mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya dirasakan pasien</li> <li>4. Agar kita dapat mengurangi faktor-faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan oleh pasien</li> <li>5. Agar kita sejauh mengetahui pemahaman pengetahuan mana dan pasien terhadap nyeri yang dirasakan</li> <li>6. Karena budaya pasien dapat mempengaruhi bagaimana pasien mengartikan nyeri itu sendiri</li> </ol> |



|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Frekuensi nadi membaik</li> <li>7. Pola napas membaik</li> <li>8. Tekanan darah membaik</li> <li>9. Nafsu makan membaik</li> <li>10. Pola tidur membaik</li> </ol> | <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)</li> <li>11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>12. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri</li> <li>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>7. untuk mencegah terjadinya penurunan kualitas hidup dari pasien itu sendiri</li> <li>8. Agar kita mengetahui sejauh kemajuan mana yang dialami pasien setelah dilakukan terapi komplementer</li> <li>9. Agar ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita menghentikan pemberian dapat obat analgetik itu sendiri</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Agar mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan menggunakan cara nonfarmakologis</li> <li>11. Agar nyeri yang oleh dirasakan pasien tidak menjadi lebih buruk kebutuhan</li> <li>12. Agar tidur pasien terpenuhi</li> <li>13. Agar tindakan yang akan kita berikan sesuai dengan jenis nyeri dan sumber dari nyeri itu sendiri serta dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien</li> </ol> |
|--|---|--|---|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>   | <p><b>Edukasi</b></p> <p>14. Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan</p> <p>15. Agar pasien dapat meredakan nyeri mandiri secara ketika sudah pulang dari rumah sakit</p> <p>16. Agar ketika nyeri yang dirasakan klien mulai parah dia dapat memberitahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan segera</p> <p>17. agar pasien dapat menghilangkan rasa nyeri itu sendiri dengan menggunakan obat analgesik yang sesuai</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>18. Agar rasa nyeri yang dirasakan pasien dapat dihilangkan atau dikurangi</p> |
| <p>Pola nafas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan hambatan upaya nafas</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:</p> | <p><b>Dukungan Ventilasi (I. 01002)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas</p> | <p>1. Untuk mengetahui frekuensi pernapasan sudah normal/tidak</p> <p>2. Penurunan bunyi nafas dapat menunjukkan aktelektaksis, ronki, mengi menunjukkan akumulasi</p>  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <p><b>Pola napas (L. 01004)</b></p> <p><b>Definisi</b><br/>Inspirasi dan/ atau ekspirasi yang memberikan ventilasi adekuat</p> <p><b>Ekspektasi</b><br/>Membaik</p> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ventilasi semenit meningkat</li> <li>2. Kapasitas vital meningkat</li> <li>3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat</li> <li>4. Tekanan ekspirasi meningkat</li> <li>5. Tekanan inspirasi meningkat</li> <li>6. Dispnea menurun</li> <li>7. Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>8. Pemanjang fase</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</li> <li>3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>5. Berikan posisi semi fowler atau fowler</li> <li>6. Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin</li> <li>7. Berikan oksigen sesuai kebutuhan (mis. nasal kanul, masker wajah, masker rebreathing atau non rebreathing)</li> <li>8. Gunakan bag-valve, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>10. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri</li> <li>11. Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu</li> </ol> | <p>secret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan nafas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernafasan dan peningkatan kerja pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Meningkatkan mobilisasi sekresi dan mencegah risiko tinggi retensi sekresi.</li> <li>4. Agar kepatenan jalan nafas tetap terjaga</li> <li>5. Agar pasien tidak terlalu merasakan sesak yang dialami</li> <li>6. Menurunkan spasme bronkus</li> <li>7. Untuk mengeluarkan sputum</li> <li>8. Untuk mengurangi akumulasi produksi sputum</li> <li>9. Untuk mencegah hipoksemia</li> <li>10. Memberikan posisi agar lebih nyaman</li> <li>11. Membersihkan jalan nafas dan memudahkan aliran oksigen</li> <li>12. Merilekskan otot halus dan menurunkan kongesti local, menurunkan spasme jalan nafas,</li> </ol> |
|--|--|--|--|

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | <p>ekspirasi menurun</p> <p>9. Otopnea menurun</p> <p>10. Penapasan pursed-lip menurun</p> <p>11. pernapasan cuping hidung menurun</p> <p>12. Frekuensi napas membaik</p> <p>13. Kedalaman napas membaik</p> <p>14. Ekskursi dada membaik</p>        |   | <p>mengi dan produksi mukosa</p>   |
| <p>Resiko penurunan curah jantung (D.0011) berhubungan dengan perubahan irama jantung</p> | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan curah jantung membaik dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Curah Jantung (L.02008)</b></p> <p><b>Definisi</b></p> <p>Keadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh</p> | <p><b>Perawatan Jantung (L.02075)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)</li> <li>2. Identifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan curah jantung yang dapat diidentifikasi melalui gejala yang muncul meliputi dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, dan adanya peningkatan CVP</li> <li>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala dapat meningkatkan keefektifan pengobatan serta prognosis suatu penyakit</li> <li>3. Untuk membantu penegakan <i>diagnostic</i></li> <li>4. Untuk mengetahui balance cairan</li> </ol> |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  | <p><b>Ekspektasi</b><br/>Meningkat</p> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2. Ejection fraction (EF) meningkat</li> <li>3. Cardiac Index (CI) meningkat</li> <li>4. Palpitasi menurun</li> <li>5. Bradikardia menurun</li> <li>6. Takikardia menurun</li> <li>7. Gambaran EKG aritmia menurun</li> <li>8. Lelah menurun</li> <li>9. Edema menurun</li> <li>10. Distensi vena jugularis menurun</li> <li>11. Dispnea menurun</li> <li>12. Oliguria menurun</li> <li>13. Pucat/ sianosis menurun</li> <li>14. Ortopnea menurun</li> <li>15. Batuk menurun</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)</li> <li>4. Monitor intake dan output cairan</li> <li>5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>6. Monitor saturasi oksigen</li> <li>7. Monitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasiyang mengurangi nyeri)</li> <li>8. Monitor EKG 12 sadapan</li> <li>9. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</li> <li>10. Monitor nilai laboratorium jantung (mis. elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)</li> <li>11. Monitor fungsi alat pacu jantung</li> <li>12. Periksa tekanan darah dan fungsi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</li> <li>13. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoksin)</li> </ol> <p><b>Terapiutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Posisikan pasien semi-Fowler atau</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Hipokalemia dapat membatasi keaktifan terapi dan dapat terjadi dengan penggunaan diuretic penurunan kalium</li> <li>6. Untuk mengetahui penurunan status oksigen. Mengalami kekurangan oksigen yang dapat menyebabkan terjadinya hipoksia</li> <li>7. Nyeri dada yang muncul pada pasien dengan penurunan curah jantung, biasanya memicu adanya komplikasi atau kelainan yang terjadi yg berhubungan dengan system coroner</li> <li>8. Depresi segmen ST dan datarnya gelombang T dapat terjadi karena peningkatan kebutuhan oksigen miocard, meskipun tidak ada penyakit arteri coroner</li> <li>9. Mengetahui adanya perubahan pada irama dan frekuensi jantung</li> <li>10. Untuk menegakkan diagnostic yang sesuai</li> <li>11. Untuk mengukur</li> </ol> |
|--|--|---|---|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | <p>16. Suara jantung S3 menurun</p> <p>17. Suara jantung S4 menurun</p> <p>18. Murmur jantung menurun</p> <p>19. Berat Basan menurun</p> <p>20. Hepatomegali menurun</p> <p>21. Pulmonary vascular resistancemenurun</p> <p>22. Systemic vascular resistance menurun</p> <p>23. Tekanan darah membaik</p> <p>24. Capillary refill time (CRT) membaik</p> <p>25. Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) membaik</p> <p>26. Central Venous</p> | <p>Fowler dengan kaki ke bawah atau posisinya nyaman</p> <p>15. Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)</p> <p>16. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi</p> <p>17. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat</p> <p>18. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu</p> <p>19. Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>20. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>21. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>22. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>23. Anjurkan berhenti merokok</p> <p>24. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian</p> <p>25. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur</p> | <p>stamina/kemampuan kita sebelum/sesudah beraktivitas</p> <p>12. Hipotensi ortostatik dapat terjadi dengan aktivitas karena efek obat (vasodilatasi)</p> <p>13. Agar klien nyaman dan membuat sirkulasi darah berjalan dengan baik</p> <p>14. Merupakan risiko nutrisi dalam hipertensi</p> <p>15. Gaya hidup yang sehat dapat membantu perubahan pola hidup, sehingga pasien dapat tetap ada dalam ruang lingkup sehat jika gaya hidup diubah menjadi lebih sehat</p> <p>16. Stress emosi menghasilkan vasokonstriksi yang meningkatkan TD dan meningkatkan frekuensi/kerja jantung</p> <p>17. Membantu pasien menghindari situasi stress dan lebih rileks</p> <p>18. Meningkatkan oksigenasi maksimal, yang menurunkan kerja</p> |
|--|--|--|---|

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | Pressure (CVP) membaik  | intake dan output cairan harian<br><b>Kolaborasi</b><br>26. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu<br>27. Rujuk ke program rehabilitasi jantung  | jantung, alat dalam memperbaiki iskemia jantung dan disritmia   |
| Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan vena | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil :<br><b>Perfusi Perifer (L. 02011)</b><br><b>Definisi</b><br>Keadekuatan aliran darah pembuluh darah distal untuk menunjang fungsi jaringan<br><b>Ekspektasi</b><br>Meningkat<br><b>Kriteria Hasil</b> | <b>Perawatan Sirkulasi (I. 14570)</b><br><b>Observasi</b><br>1. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisapan kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas<br><b>Terapeutik</b><br>4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi<br>5. Hindari pengukuran tekanan darah pada | 1. Mengetahui kemungkinan adanya gangguan pada perfusi perifer<br>2. Beberapa penyakit seperti diabetes ,hipertensi, hiperkolesterol dapat menyebabkan gangguan sirkulasi perifer<br>3. Mengetahui adanya masalah atau gangguan yang terjadi pada bagian perifer tubuh<br>4. Untuk mencegah kekurangan / perubahan sirkulasi perifer<br>5. Mencegah ketidakakuratan hasil dari pengukuran<br>6. Sirkulasi perifer yang terganggu dapat memperlambat penyembuhan luka pada area yang cedera<br>7. Untuk mencegah munculnya infeksi akibat invasi bakteri<br>8. Mencegah terjadinya luka pada |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>2. Penyembuhan luka meningkat</li> <li>3. Sensasi meningkat</li> <li>4. Warna kulit pucat menurun</li> <li>5. Edema perifer menurun</li> <li>6. Nyeri ekstremitas menurun</li> <li>7. Paraestesia menurun</li> <li>8. Kelemahan otot menurun</li> <li>9. Kram otot menurun</li> <li>10. Bruit femoralis menurun</li> <li>11. Nekrosis menurun</li> </ol> | <p>ekstremitas dengan keterbatasan berfungsi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>7. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>8. Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>9. Lakukan hidrasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Anjurkan berhenti merokok</li> <li>11. Anjurkan berolahraga rutin</li> <li>12. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar</li> <li>13. Anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu</li> <li>14. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>15. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyakit beta</li> <li>16. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang</li> </ol> | <p>kaki</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Mencegah terjadinya dehidrasi dan Syok hipovolemik</li> <li>10. Merokok merupakan salah satu pemicu terjadinya gangguan perfusi perifer</li> <li>11. untuk memperlancar sirkulasi perfusi perifer</li> <li>12. untuk mencegah terjadinya luka terkait penggunaan air mandi</li> <li>13. Mengontrol resiko dari peningkatan tekanan darah</li> <li>14. penyakit hipertensi merupakan salah satu penyebab gangguan sirkulasi perifer</li> <li>15. menghindari resiko ketidaksesuaian dalam pelaksanaan terapi</li> <li>16. mencegah terjadinya luka</li> <li>17. meningkatkan jumlah oksigen yang ada</li> <li>18. Memberikan pemahaman terhadap pelaksanaan program diet yang ditetapkan</li> <li>19. Mengetahui secara dini bahaya</li> </ol> |
|--|---|---|---|



|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>12. Pengisian kapiler membaik</p> <p>13. Akral membaik</p> <p>14. Turgor kulit membaik</p> <p>15. Tekanan darah sistolik membaik</p> <p>16. Tekanan darah diastolik membaik</p> <p>17. Tekanan arteri rata-rata membaik</p> <p>18. Indeks ankle brachial membaik</p> | <p>tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>17. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler</p> <p>18. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>19. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya Rasa)</p> | <p>yang terjadi pada pasien.</p>   |
| <p>Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Toleransi Aktivitas (L. 05047)</b></p> <p><b>Definisi</b></p> <p>Respon fisiologis</p>  | <p><b>Manajemen Energi (I. 05178)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengukur kemampuan</li> <li>2. Mengetahui koping pasien</li> <li>3. Mengetahui dan menjadwalkan pola dan jam tidur yang teratur</li> <li>4. Untuk mengidentifikasi penyebab pasien tidak toleran terhadap aktifitas</li> <li>5. Untuk memelihara dan meningkatkan pergerakan dari</li> </ol> |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga</p> <p><b>Ekspektasi</b><br/>Meningkat</p> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>2. Saturasi oksigen meningkat</li> <li>3. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>4. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> <li>5. Toleransi menaiki tangga meningkat</li> <li>6. Keluhan lelah menurun</li> <li>7. Dispnea saat beraktivitas menurun</li> <li>8. Dispnea setelah</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif</li> <li>7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Anjurkan tirah baring</li> <li>10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> </ol> | <p>persendian, memelihara dan meningkatkan kekuatan otot, serta mencegah kelainan bentuk</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Menghilangkan stress dan rileksasi tubuh</li> <li>7. Mencegah resiko jatuh</li> <li>8. Mengurangi resiko jatuh</li> <li>9. Agar pasien bisa beristirahat</li> <li>10. Untuk keamanan dan/atau memodifikasi aktivitas kehidupan sehari-hari</li> <li>11. Untuk mendapatkan perawatan yang tepat sesuai dengan kondisi/kemampuan</li> <li>12. Untuk mencegah cedera</li> <li>13. Mendapatkan diit yang sesuai dengankebutuhan energy</li> </ol> |
|--|---|--|--|

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
|   | beraktivitas<br>menurun<br>9. Perasaan lemah<br>menurun<br>10. Aritmia saat<br>beraktivitas<br>menurun<br>11. Aritmia setelah<br>beraktivitas<br>menurun<br>12. Sianosis menurun<br>13. Warna kulit<br>membaik<br>14. Tekanan darah<br>membaik<br>15. Frekuensi napas<br>membaik<br>16. EKG Iskemia<br>membaik | 12. Ajarkan strategi koping untuk<br>mengurangi kelelahan<br><b>Kolaborasi</b><br>13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara<br>meningkatkan asupan makanan |   |
| Resiko defisit nutrisi (D.0032) berhubungan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi   | <b>Manajemen nutrisi (I.03119, hal 200)</b><br><b>Observasi</b>   | 1. membantu mengetahui tanda dan gejala nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh |

|                                 |  |   |  |
|---------------------------------|--|---|--|
| <p>dengan faktor psikologis</p> | <p>meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Status Nutrisi (SLKI, L.03030, hal 121)</b></p> <p><b>Definisi</b><br/>Keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p><b>Ekspetasi</b><br/>Membaik</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot pengunyah meningkat</li> <li>3. Kekuatan otot menelan meningkat</li> <li>4. Serum albumin meningkat</li> <li>5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat</li> <li>6. Pengetahuan tentang pilihan minuman</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> <li>7. Monitor berat badan</li> <li>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Lakukan oral hygiene sebelum makan</li> <li>10. Fasilitasi menentukan pedoman diet</li> <li>11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>12. Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>14. Berikan suplemen makanan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>16. Anjurkan diet yang diprogramkan</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>2. membantu mengetahui adanya alergi atau pantangan pada tubuh pasien</li> <li>3. membantu agar pasien semangat untuk menyantap makanan yang disukainya bila masuk dalam program diet dari rumah sakit</li> <li>4. agar mengetahui kebutuhan kalori tubuh</li> <li>5. agar mengetahui perlunya pasien memerlukan alat bantuan untuk memasukkan nutrisi ke dalam tubuh</li> <li>6. membantu pasien mengetahui perubahan berat badan setelah diberikan informasi tentang memenuhi kebutuhan nutrisi</li> <li>7. untuk mengetahui hasil lab seperti glukosa, albumin, haemoglobin, elektrolit</li> <li>8. oral hygiene guna menjaga kebersihan mulut</li> <li>9. diet yang ditentukan sangat penting dalam memenuhi kebutuhan makanan yang sesuai dengan kondisi pasien</li> </ol> |
|---------------------------------|--|---|--|

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>yang sehat meningkat</p> <p>7. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat</p> <p>8. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat</p> <p>9. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat</p> <p>10. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat</p> <p>11. Perasaan cepat kenyang menurun</p> <p>12. Nyeri abdomen menurun</p> <p>13. Sariawan menurun</p> <p>14. Rambut rontok menurun</p> <p>15. Diare menurun</p> |  | <p>10. makanan secara menarik dapat meningkatkan nafsu makan pasien</p> <p>11. makanan yang tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi</p> <p>12. membantu menambah nafsu makan pasien</p> <p>13. membantu pasien pada saat makan</p> <p>14. meningkatkan pencapaian dan mempertahankan berat badan yang sehat serta gaya hidup yang lebih kuat dan aktif.</p> <p>15. diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi pasien</p> |
|--|---|--|--|

|  |                             |  |  |
|--|-----------------------------|--|--|
|  | 16. Berat badan membaik     |  |  |
|  | 17. IMT membaik             |  |  |
|  | 18. Frekuensi makan membaik |  |  |
|  | 19. Nafsu makan membaik     |  |  |
|  | 20. Membran mukosa membaik  |  |  |

### **2.3.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Komponen tahap implementasi (Kurniati, 2019) :

1. Tindakan keperawatan mandiri.
2. Tindakan Keperawatan edukatif.
3. Tindakan keperawatan kolaboratif.
4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

### **2.3.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Evaluasi keperawatan ada 2 jenis yaitu (Potter & Perry, 2011):

1. Evaluasi formatif

Evaluasi yang dilakukan segera setelah melakukan tindakan keperawatan, evaluasi formatif berorientasi pada aktifitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan yang disebut evaluasi proses.

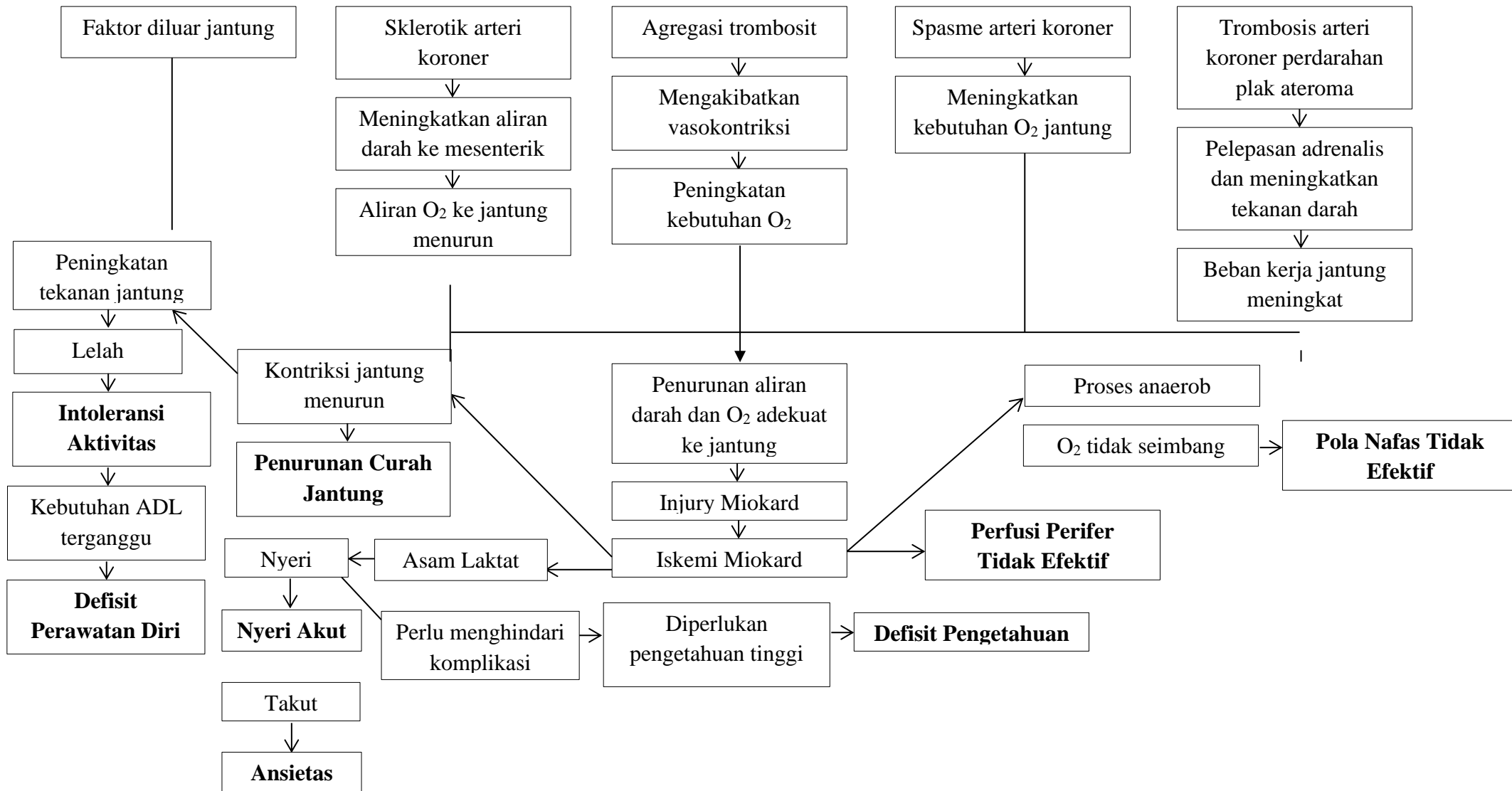
## 2. Evaluasi sumatif

Evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan serangkaian tindakan keperawatan. Evaluasi ini berfungsi menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Pada evaluasi ini berorientasi pada masalah keperawatan yang sudah ditegakan, menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan. Ada tiga kemungkinan evaluasi yaitu :

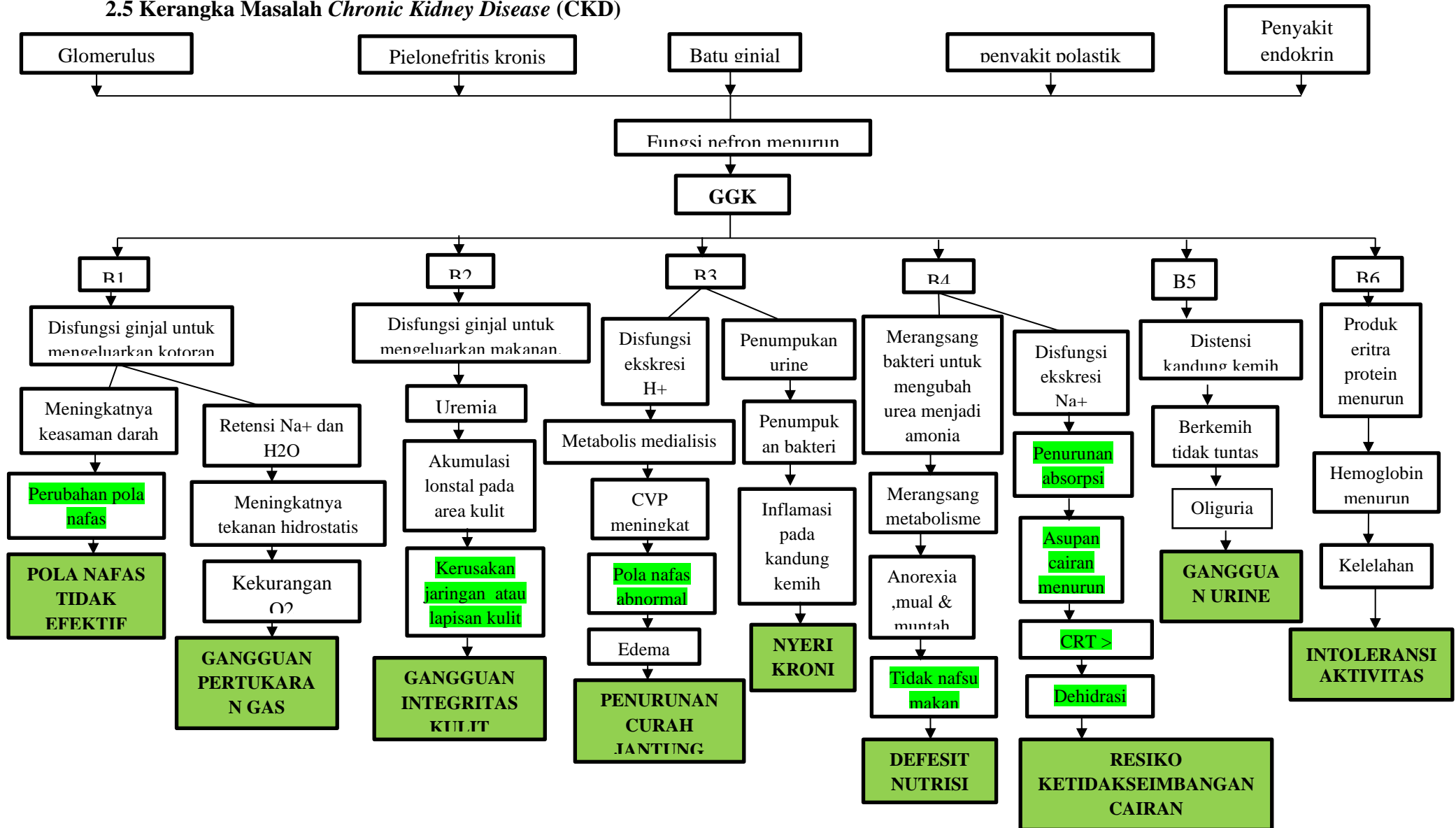
- a. Tujuan tercapai, jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan kriteria yang telah dilakukan.
- b. Tujuan tercapai sebagian, klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai, klien tidak menunjukkan perubahan kemajuan sama sekali atau dapat timbul masalah baru.



#### 2.4 Kerangka Masalah *Unstable Angina Pectoris* (UAP)



## 2.5 Kerangka Masalah *Chronic Kidney Disease* (CKD)



## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

Untuk mendapatkan gambaran yang nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris+Chronic Kidney Disease* di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka Pada bab ini akan disajikan kasus nyata, asuhan keperawatan pada Tn. J dengan diagnosa medis *Unstable Angina pectoris+ Chronic Kidney Disease*, yang dilakukan pada tanggal 28 November 2022 diruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

##### **3.1.1 Identitas klien**

Pasien adalah seorang laki laki bernama Tn. J berusia 82 tahun, No. Register 17XXXX, pendidikan terakhir SMA, status menikah, beragama Islam, Suku bangsa Jawa, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, dan tinggal di Kota S. Pasien MRS pada tanggal 28 november 2022 jam 12.00 WIB di IGD dan dipindahkan untuk rawat inap di Ruang Jantung pada pukul 20.00 WIB, dengan diagnosa medis *unstable angina pectoris+ Chronic Kidney Disease*.

##### **3.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan**

###### **1. Keluhan Utama**

Pasien mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri, nyeri yang diderita disebabkan karena faktor suplai O<sub>2</sub> ke pembuluh darah koroner berkurang, pasien mengatakan rasa sakit/nyeri seperti tertekan terasa berat pada dada diri dan tidak menjalar dengan skala 3 dari (0-10), nyeri muncul dalam 15 menit dan hilang timbul.

## 2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 28/11/2022, datang di IGD jam 12.00 WIB dengan keluhan nyeri dada, lemas, *loss of appetite*, muntah (-). Sebelum datang ke IGD, keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh lemas gemetaran, pandangan mata gelap tadi pagi, makan minum menurun selama 4 hari selama dirumah, px mengeluh nyeri dada tengah tidak menjalar. Hasil anamnesa dari IGD yang didapatkan yakni, TD: 113/60 mmHg; N: 72x/menit; RR: 24x/menit; SPO<sup>2</sup> : 97. Konsul dr. Laurentia, Sp.JP dengan hasil : diagnosa uap dd nstemi, ada hasil lapor ulang dr. Laurentia, Sp.JP, aspilet 80mg 0-1-0, clopidogrel 300mg→besok 75mg 1-0-0, cedocard pump 0,5mg/jam, bisprolol 2,5mg 0-0-1, atorvastatin 20mg 0-0-1, lovenox 1x0.4 U, besok cek labBSN, 2 jpp, LDL, TG, AU, troponin I kuantitaif.

Pindah ruang di ruang Jantung kamar 5B (28/11/2022 jam 20.00 WIB) dengan keluhan nyeri pada dada sebelah kiri seperti ditekan terasa berat dan tidak menjalar dengan skala 3 dari (0-10), nyeri muncul dalam 15 menit dan hilang timbul. Keadaan umum baik, composmentis, GCS 456, terpasang asering 7tpm, terpasang threeway cath spooling Ns 7tpm, TD: 130/68 mmHg; N: 71x/menit; S: 36,5 °C; RR; 20x/menit, SPO<sup>2</sup> : 100.

### 3. Riwayat Penyakit Dahulu

Selama ini pasien pernah opname sehubungan dengan riwayat penyakit dahulu yakni DM, BPH dan jantung.

Pasien pernah rawat jalan di RSPAL (14/09/2022) dengan keluhan batuk. Terapi obat yang didapat yaitu folic acid 2x1, Nocid 2x1, Serbion 5000 1x1. Pasien pernah berobat dan kontrol di RSI, dengan RPD jantung dapat obat Adalat Oros 30mg (1-0-0), Bisoprolol 2,5mg (0-1-0), CPG 75mg, Furosemid 40mg, Nitrokaf retard (1-0-1).

Sebelum sakit keluarga Tn. J mengatakan Tn. J beraktivitas dirumah seperti mengantarkan surat ke kantor pos menggunakan sepeda dengan jarak +/- 2km dari rumah. Keluarga Tn. J mengatakan, bahwa mereka sering mengkontrol, mematuhi, dan melakukan pengawasan Tn. J dalam anjuran minum obat yang sudah diberikan oleh dokter. Sebelum sakit Tn. J perokok aktif, suka minum kopi dan jarang berolahraga, namun sudah berehenti ketika Tn. J berumur sekitar kurang lebih 56 tahun.

### 4. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit seperti yang diderita pasien.

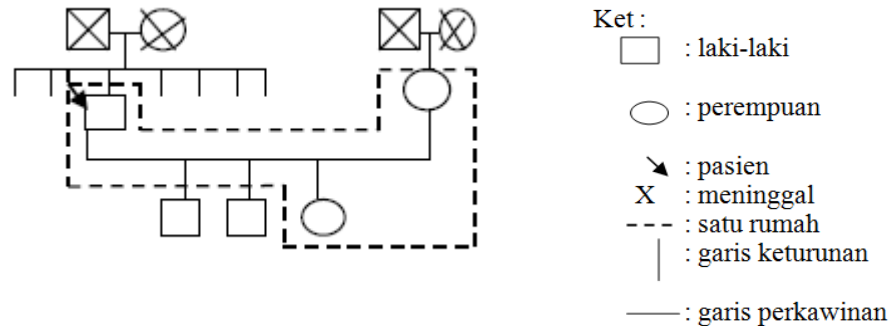
### 5. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan

### 6. Susunan Keluarga (genogram)

Pasien bernama Tn. J berumur 82 tahun telah menikah, dari hasil pernikahan tersebut pasien dikaruniai 3 orang anak, anak pertama dan kedua berjenis

kelamin laki-laki, yang terakhir berjenis kelamin perempuan dan tinggal serumah bersama Tn. J. Keluarga pasien mengatakan lupa silsilah keluarga.



### 3.1.3 Pola Fungsi Kesehatan

#### 1. Persepsi Terhadap Kesehatan (Keyakinan Terhadap Kesehatan & Sakitnya)

Pasien mengatakan kalau sakitnya ini adalah ujian dari Allah SWT dan pasien mengatakan jika ada keluhan sakit pada tubuhnya, pasien segera memeriksakan dan kontrol ke dokter, pasien berharap agar bisa membaik dan cepat pulang ke rumah.

#### 2. Pola Aktivitas dan Latihan

##### a. Kemampuan perawatan diri

##### 1) Saat di rumah

Pasien mengatakan kemampuan perawatan diri di rumah dilakukan secara mandiri, mulai dari mandi, berpakaian, dan berjalan.

##### 2) Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan perawatan dirinya dibantu oleh keluarga, seperti mandi dengan air diseka, berganti pakaian, beraktifitas di tempat tidur, eliminasi/ toileting BAK menggunakan folley kateter, makan dan minum dibantu oleh keluarga pasien, berpindah masih

belum dapat dilakukan, karena pasien harus *bed rest*.

b. Kebersihan diri

1) Saat di rumah

Pasien mengatakan waktu di rumah klien mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, keramas 3x/seminggu dan potong kuku 1x/bulan.

2) Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan saat di rumah sakit sudah mandi 2x/hari dengan air seka dengan bantuan keluarga dan belum keramas, ganti pakaian dibantu keluarga serta gosok gigi 1x/hari. Eliminasi/toileting BAK menggunakan folley kateter dan diapers.

c. Aktivitas sehari-hari

1) Saat di rumah

Pasien mengatakan sudah tidak bekerja, pensiunana purnawirawan

2) Saat di rumah sakit

Selama masuk RS pasien hanya berbaring dan aktivitas di tempat tidur.

d. Rekreasi

1) Saat di rumah

Saat dirumah biasanya menonton tv bersama keluarga dan mendengarkan radio.

2) Saat di rumah sakit

Saat di RS pasien hanya mengobrol dengan keluarga.

e. Olahraga

1) Saat di rumah

Sebelum sakit pasien mengatakan jarang berolahraga, dan hanya sesekali jalan jalan pagi.

2) Saat di rumah sakit

Pasien sementara (bedrest) sehingga olahraga tidak dilakukan.

3. Pola istirahat dan tidur

a. Saat di rumah

Pasien mengatakan, saat di rumah tidur dengan teratur sebanyak  $\pm 9$  jam per hari, pasien tidur siang pada jam 12.00-15.00, dan tidur malam jam 22.00-04.00, pasien tidak pernah merasa kesulitan dalam tidur.

b. Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan tidur sering terbangun karena nyeri terkadang timbul mendadak, tidak ada kesulitan untuk mengawali tidur, tidak ada gangguan tidur. Pasien mengatakan selama MRS tidur tercukupi dan tidak ada masalah.

4. Pola nutrisi dan metabolic

a. Saat di rumah

Pasien mengatakan nafsu makan turun selama 4 hari dirumah.

b. Saat di rumah sakit

Pasien mengatakan makan makanan dari RS, jenis diet NDMRP 1900kkal, minum air putih hanya 300-400cc/24 jam. Keluarga pasien mnegatakan 1 porsi makan yang dihabiskan hanya  $\frac{1}{4}$  porsi saja.

5. Pola eliminasi



a. Saat di rumah

Pasien mengatakan saat dirumah BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek warna kuning kecoklatan khas feses tidak susah dikeluarkan.

Pasien mengatakan sulit BAK, sehingga pasien konsumsi obat harnal 0,2 mg (1x/hari sebelum atau 30 menit sesudah makan).

b. Saat di rumah sakit

Saat di rumah sakit pasien belum BAB, serta untuk BAK menggunakan alat bantu kateter, dengan jumlah urin  $\pm 150\text{cc}/4\text{jam}$  berwarna merah jernih.

6. Pola kognitif perseptual

Pasien mengatakan bahwa sakit yang dialaminya saat ini bisa disebabkan karena kurangnya memperhatikan gaya hidup sehat, serta kurang berolahraga dan menjaga pola makan. Bahasa yang digunakan sehari hari bahasa indonesia dan tidak gangguan berbicara.

7. Pola konsep diri

Gambaran diri : pasien mengatakan butuh perawatan yang cepat agar cepat sembuh

Identitas diri : pasien mengatakan berjenis kelamin laki-laki dan berumur 82 tahun

Peran diri : pasien mengatakan pensiunan purnawirawan

Ideal diri : pasien mengatakan ingin segera pulang dari rumah sakit

Harga diri : Pasien mengatakan tidak merasa malu dan yakin dia sembuh

8. Pola koping

Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit semua biaya perawatan ditanggung oleh BPJS mandiri sehingga dari segi biaya perawatan pasien merasa terbantu, fasilitas yang diberikan sudah cukup bagi pasien dan keluarga. Pasien masih mampu beradaptasi dengan baik dibuktikan dengan pasien dan keluarga mampu mengikuti alur kegiatan dalam pemberian obat dan orientasi lingkungan baik.

9. Pola seksual reproduksi

Pasien berjenis kelamin laki-laki dan sudah menikah

10. Pola peran-hubungan

Pasien adalah seorang ayah. Sudah tidak bekerja, pensiunan purnawirawan. Istri dan anaknya adalah *support system* yang dimiliki oleh pasien, pasien merasa bersyukur masih diberi umur panjang sampai sekarang bisa melihat anaknya tumbuh dewasa. Selama di rumah sakit tidak ada masalah tentang pembiayaan.

11. Pola nilai kepercayaan

Klien beragama islam. Pada saat di rumah klien sholat 5 waktu, saat di rumah sakit klien melakukan ibadah ditempat tidur dengan duduk.

### 3.1.4 Pemeriksaan persistem (B1-B6)

#### 1. B1 : Breath/Pernafasan

Pemeriksaan fisik Breath/Pernapasan didapatkan hasil seperti ini:

Inspeksi: Bentuk dada Normal chest, susunan ruas tulang belakang normal, pergerakan dada kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas Eupnea, tidak ada sianosis, terdapat batuk kering tidak ada sputum. Palpasi : Pemeriksaan taktil/vocal fremitus : getaran

antara kanadan kiri teraba sama, tidak ada krepitasi. Perkusi : Perkusi dada sonor kedua lapang dada. Auskultasi : suara nafas vesikuler, sesak nafas tidak ada. Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## 2. B2 : Blood/Sirkulasi

Pemeriksaan fisik Blood/Sirkulasi didapatkan hasil Inspeksi : tidak terdapat perdarahan, tidak nampak ictus cordis, warna kulit pucat, tidak ada edema tangan dan kaki (-/-), pasien mengatakan dada sebelah kirinya nyeri seperti tertekan terasa berat, pasien mengatakan nyeri pada dada diri dan tidak menjalar dengan skala 3 dari (0-10), nyeri muncul dalam 15 menit dan hilang timbul. Palpasi : Pulasi pada dinding dada teraba di ICS 4,5 line sinistra, CRT <2 detik, Akral pasien hangat, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Perkusi: batas jantung normal, Batas atas: ICS II (N = ICS II ), Batas bawah : ICS V (N = ICS V), Batas Kiri : ICS V (N = ICS V Mid Clavikula Sinistra), Batas Kanan: ICS IV (N = ICS IV Mid Sternalis Dextra). Auskultasi : Bunyi jantung BJ 1, BJ II terdengar tunggal, keras, reguler, tidak ada suara tambahan BJ III (-/-), Gallop Rhythm (-/-), Murmur (-/-). Masalah keperawatan : Nyeri Akut

## 3. B 3 : Brain/Persyarafan

GCS pasien Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6, kesadaran composmentis. Reflek Fisiologis : Triceps (+/+) Patela (+/+) Achilles (+/+). Reflek Patologis : Kaku Kudu (-/-) Brudzianky (-/-) Babinsky (-/-) Kernik (-/-). Nervus kranial (I) klien dapat mencium berbagai aroma dan mampu membedakannya, Nervus kranial (II) klien mengetahui apa yang sedang ia lihat, Nervus kranial (III) Pupil mata pasien dapat membesar dan mengecil

sesuai cahaya, Nervus kranial (IV) klien dapat membesarkan mata dan mengembalikannya, Nervus kranial (V) klien dapat merasakan sentuhan pada area kepala, Nervus kranial (VI) klien dapat menggerakkan matanya ke samping Nervus kranial (VII) klien bisa tersenyum dengan simetris, mengerutkan bisa dahi, Nervus kranial (VIII) klien dapat mendengar suara dan mencari letak sumber, Nervus kranial (IX) klien bisa menggerakkan lidah dengan baik, Nervus kranial (X) Sistem pernapasan dan pencernaan pasien baik, Nervus kranial (XI) klien bisa menggerakkan leher sesuai keinginan, Nervus kranial (XII) klien dapat menelan, berbicara dan mengunyah.

Keadaan kepala baik tidak ada luka, tidak ada nyeri kepala. Bentuk hidung normal, septum normal tidak ada polip, tidak ada gangguan penciuman. Wajah dan penglihatan baik, pupil isokor, konjungtiva anemis, lapang pandang luas, reflek cahaya (+/+), sklera anikterik. Telingan normal, pendengaran baik, bersih tidak ada kelainan serta tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Lidah bersih, tidak ada kesulitan untuk menelan dan untuk berbicara baik.

#### 4. B 4 : Bladder/Perkemihan

Eliminasi urin sebelum masuk rumah sakit susah, riwayat konsumsi obat harnal 0,2mg dengan frekuensi sehari 3-4x , warna kuning jernih, bau khas urin. Selama di rumah sakit menggunakan kateter dengan jumlah 2050cc/24jam, warna merah jernih , bau khas urin. hematuria, tidak ada nyeri dan tidak ada keluhan dari pasien.

##### **Input**

Inf. Ns 500ml/24 jam  
 Inf. Asering 500ml/24jam  
 Minum 300ml/hari  
 Terapi obat inj: 20 ml

##### **Ouput**

Urin 2050cc/24jam

**IWL=nilai konstanta x kgBB/hari**

$$10 \text{ cc} \times 65\text{kg} = 650\text{cc}$$

**CK total:**

$$2050\text{cc} + 650\text{cc} = 2700\text{cc}$$

**Balance Cairan: CM-CK total**

$$1820\text{cc} - 2700 = -880\text{cc}/24\text{jam}$$

#### **5. B 5 : Bowel/Pencernaan**

Inspeksi: bentuk abdomen normal, simetris, tidak ada kelainan, tidak ada benjolan, tidak ada bayangan pembuluh vena. Auskultasi: frekuensi peristaltik usus 12x/menit. Palpasi : tidak ada pembesaran abdomen, tidak ada nyeri tekan pada seluruh abdomen, tidak ada pembesar hepar dan lien, tidak ada nyeri pada appendix, ginjal tidak teraba. Perkusi: hasil perkusi tympani pada seluruh abdomen, serta pasien mengatakan tidak ada keluhan.

Keadaan mulut dan gigi bersih, membran mukosa kering, faring tidak ada pembengkakan, nafsu makan berkurang, porsi makan 3x/hari habis ¼ porsi saja (2-4 suapan) jenis diet NDMRP 1900Kkal, tidak ada mual muntah serta tidak menggunakan alat bantu NGT. Eliminasi alvi sebelum masuk RS 1x/hari dengan konsistensi lembek. Selama di RS pasien belum BAB , tidak ada keluhan pada abdomen, serta tidak ada colostomi. Masalah Keperawatan : Defisit Nutrisi

#### **6. B 6: Bone/Muskuloskeletal & Integumen**

Keadaan rambut hitam pendek, kulit kepala bersih, warna kulit sawo matang serta keadaan turgor kulit < 2 detik tidak ada kelainan pada kuku. Otot kanan kiri simetris tidak ada fraktur, tidak ada deformitas, tidak fraktur, tidak terpasang gips maupun traksi. Tidak ada oedema pada ekstremitas. ROM aktif, kekuatan otot (5555), tidak ada kelainan tulang serta tidak ada luka maupun nekrosis.

#### **7. Endokrin**

Pada sistem endokrin didapatkan hasil tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Pasien mengalami hiperglikemia, GDA: 210gr/dL. Masalah Keperawatan: Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

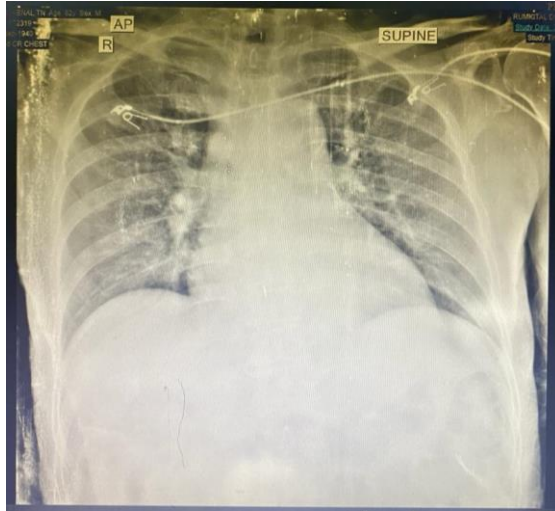
#### **8. Personal Hygiene**

Kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dibantu oleh keluarganya seperti, mandi (keluarga membantu menyeka badan pasien), berpakaian/berdandan, Toileting/eliminasi menggunakan kateter dan pempers, mobilitas ditempat tidur.

### 3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

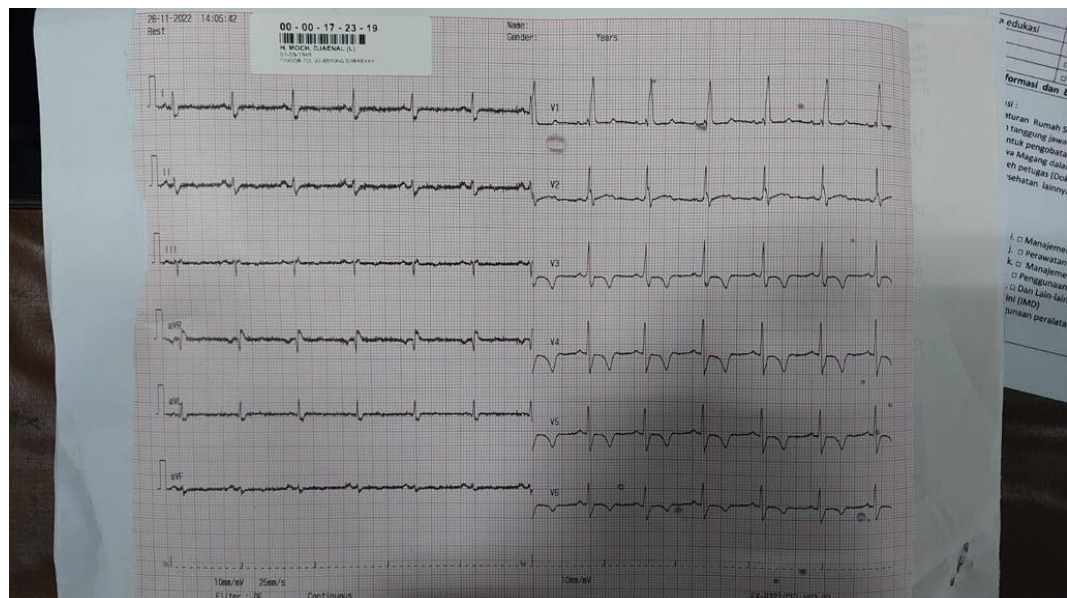
Pemeriksaan tanggal 26 November 2022

#### Foto Thorax AP



Hasil : Cor dan pulmo tak tampak kelainan, Aortosclerosis, CTR normal <50% (dari 50% hasil yang dihitung 47,4%).

#### Pemeriksaan EKG



Hasil pemeriksaan EKG IGD: sinus 76x/mnt. Iskemi anterior. ICRBBB,

EKG 27/11/22: Sinus 70x/mnt. ICRBBB. Iskemi anterior.

**Pemeriksaan tanggal 26 November 2022, Pukul 14:41 WIB**

| Jenis Pemeriksaan     | Hasil          | Satuan               | Nilai Normal  |
|-----------------------|----------------|----------------------|---------------|
| <b>Hematologi</b>     |                |                      |               |
| <b>Darah Lengkap</b>  |                |                      |               |
| Leukosit              | 8.54           | 10 <sup>3</sup> /uL% | 4.00-10.00    |
| Hitung Jenis Leukosit |                |                      |               |
| 1. Eosinofil #        | 0.14           | 10 <sup>3</sup> /uL% | 0.02 – 0.50   |
| 2. Eosinofil %        | 1.60           | %                    | 0.5 – 5.0     |
| 3. Basofil #          | 0.02           | 10 <sup>3</sup> /uL% | 0.00 – 0.10   |
| 4. Basofil %          | 0.2            | %                    | 0.0 – 1.0     |
| 5. Neutrofil #        | 6.61           | 10 <sup>3</sup> /uL% | 2.00 – 7.00   |
| 6. Neutrofil %        | <b>H 77.40</b> | %                    | 50.0 – 70.0   |
| 7. Limfosit #         | 1.11           | 10 <sup>3</sup> /uL% | 0.80 – 4.00   |
| 8. Limfosit %         | <b>L 13.10</b> | %                    | 20.0 – 40.0   |
| 9. Monosit #          | 0.66           | 10 <sup>3</sup> /uL% | 0.12 – 1.20   |
| 10. Monosit %         | 7.70           | %                    | 3.0 – 12.0    |
| IMG #                 | 0.020          | 10 <sup>3</sup> /uL% | 0.01 – 0.40   |
| IMG %                 | 0.200          | %                    | 0.16 – 0.62   |
| <b>Hemoglobin</b>     | <b>L 10.20</b> | g/dL                 | 13 - 17       |
| Hematokrit            | <b>L 30.90</b> | %                    | 40.0 – 54.0   |
| <b>Eritrosit</b>      | <b>L 3.40</b>  | 10 <sup>6</sup> /uL% | 4.00 – 5.50   |
| Indeks Eritrosit      |                |                      |               |
| 1. MCV                | 90.9           | Fmol/cell            | 80 - 100      |
| 2. MCH                | 30.0           | Pg                   | 26 – 34       |
| 3. MCHC               | 33.0           | g/dL                 | 32 - 36       |
| RDW-CV                | 14.3           | %                    | 11.0 – 16.0   |
| RDW-SD                | 43.6           | fL                   | 35.0 – 56.0   |
| <b>Trombosit</b>      | 191.00         | 10 <sup>3</sup> /uL% | 150-450       |
| Indeks Trombosit      |                |                      |               |
| 1. MPV                | 9.4            | fL                   | 6.5 – 12.0    |
| 2. PDW                | 16.2           | %                    | 15 – 17       |
| 3. PCT                | 0.180          | 10 <sup>3</sup> /uL% | 0.108 – 0.282 |
| P-LCC                 | 43.0           | 10 <sup>3</sup> /uL% | 30 – 90       |



|                       |               |       |             |
|-----------------------|---------------|-------|-------------|
| P-LCR                 | 22.5          | %     | 11.0 – 45.0 |
| <b>KIMIA KLINIK</b>   | 15            | U/L   | 0-50        |
| SGOT                  | 12            | U/L   | 0-50        |
| SGPT                  |               |       |             |
| <b>DIABETES</b>       |               |       |             |
| Glukosa Darah Sewaktu | 191           | mg/dL | < 200       |
| <b>FUNGSI GINJAL</b>  |               |       |             |
| Kreatinin             | <b>H 5.64</b> | mg/dL | 0.6 - 1.5   |
| BUN                   | <b>H 52</b>   | mg/dL | 10-24       |

**Pemeriksaan tanggal 26 November 2022, Pukul 14.41 WIB**

| Jenis Pemeriksaan                 | Hasil          | Satuan | Nilai Normal |
|-----------------------------------|----------------|--------|--------------|
| <b>Elektrolit &amp; Gas Darah</b> |                |        |              |
| Natrium (Na)                      | 136.9          | mEq/L  | 135-147      |
| Kalium (K)                        | <b>H 5.08</b>  | mmol/L | 3.0-5.0      |
| Clorida (Cl)                      | <b>H 105.5</b> | mEq/L  | 95-105       |
| <b>Imunologi</b>                  |                |        |              |
| Fungsi jantung                    |                |        |              |
| Troponin Kuantitatif              | <b>H 0.06</b>  | ng/mL  | < 0.03       |

**Pemeriksaan tanggal 28 November 2022, Pukul 09.03 WIB**

| Jenis Pemeriksaan                 | Hasil          | Satuan | Nilai Normal                           |
|-----------------------------------|----------------|--------|--|
| <b>Kimia Klinik</b>               |                |        |  |
| <b>Lemak Darah</b>                |                |        |  |
| Trigliserida                      | 73             | mg/dL  | 70-140                                 |
| Kolesterol LDL                    | 52             | mg/dL  |  |
| <b>Diabetes</b>                   |                |        |  |
| Glukosa Gula Darah                | <b>H 145</b>   | mg/dL  | < 100                                  |
| <b>Fungsi Ginjal</b>              |                |        |  |
| Kreatinin                         | <b>H 5.40</b>  | mg/dL  | 0.5-1.5                                |
| Asam urat                         | <b>HH 13.0</b> | mg/dL  | 2-7                                    |
| BUN                               | <b>H 61</b>    | mg/dL  | 10-24                                  |
| <b>Elektrolit &amp; Gas Darah</b> |                |        |  |
| Natrium (Na)                      | 140.2          | mEq/L  | 135-147                                |
| Kalium (K)                        | 4.62           | mmol/L | 3.0-5.0                                |
| Clorida (Cl)                      | 104.9          | mEq/L  | 95-105                                 |
| <b>Imunologi</b>                  |                |        |  |
| <b>Diabetes</b>                   |                |        |  |
| Hba1C                             | <b>H 7.5</b>   | %      | Normal : <5.7<br>Prediabetes : 5.7-6.4 |

|  |  |                       |
|--|--|-----------------------|
|  |  | Diabetes : $\geq 6.5$ |
|--|--|-----------------------|

### **3.1.6 Terapi Obat**

| <b>Terapi obat</b> | <b>Dosis</b> | <b>Aturan</b>   | <b>Rute</b> | <b>Indikasi</b>   |
|--------------------|--------------|-----------------|-------------|---|
| NS                 | 500ml        | 7 tpm<br>24/jam | iv          | Mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi                          |
| Asering            | 500ml        | 7 tpm<br>24/jam | iv          | Mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi                          |
| Primperan inj      | 1000mg/2 ml  | 2x1             | imm         | Terapi jangka pendek untuk gangguan pencernaan, Mencegah mual dan muntah      |
| Lansoprazole       | 1000mg/2 ml  | 1x1             | imm         | Untuk mengatasi kondisi yang berkaitan dengan peningkatan asam lambung        |
| Bisoprolol         | 2,5 mg       | 0-1-0           | oral        | Mengatasi hipertensi, angina pectoris, aritmia dan gagal jantung              |
| Nitrokaf retard    | 2,5mg        | 1-0-1           | oral        | Mencegah dan terapi jangka panjang untuk penderita angina pectoris            |
| Ambroxol           | 30mg         | 3x1             | oral        | Meredakan batuk berdahak  |
| Allopurinol        | 100mg        | 1x1             | oral        | Menurunkan kadar asam urat dalam darah  |
| Atorvastatin       | 20 mg        | 0-0-1           | Oral        | Menurunkan kolesterol jahat (LDL)   |
| Kalnex injeksi     | 250mg        | 3x250mg         | imm         | Obat dengan kandungan asam traneksamat untuk membantu menghentikan perdarahan |

|               |       |       |      |   |
|---------------|-------|-------|------|---|
| Inpepsa sirup | 200ml | 3xc1  | Oral | Untuk pengobatan jangka pendek dan jangka panjang pada tukak lambung dan usus, gastritis kronik |
| Prorenal      | 500mg | 3x1   | Oral | Untuk terapi insufisiensi ginjal kronik hingga gejala gagal ginjal                              |
| Valsartan     | 80mg  | 1-0-0 | Oral | Untuk mengatasi hipertensi dan gagal jantung  |

### 3.2 Analisa Data

**Tabel 3. 1 Analisa Data**

| <b>Data / Faktor resiko</b>  | <b>Etiologi</b>     | <b>Masalah/Problem</b>                |
|--|---------------------|---------------------------------------|
| DS : pasien mengatakan lelah dan pusing, tidak sesak<br>DO :<br>1. Pasien tampak lemah dan pucat<br>2. Edema (-)<br>3. Tampak batuk kering<br>4. TD : 149/84mmHg<br>N : 110x/menit<br>5. Hasil pemeriksaan EKG Sinus 110x/mnt. ICRBBB. Iskemi anterior   | Perubahan afterload | Penurunan curah jantung (D. 0008)     |
| DS :pasien mengatakan lemah, lemas<br>DO:<br>1. Keadaan umum lemah<br>2. Turgor kulit kering<br>3. <b>Hasil lab :</b><br>4. Kreatinin <b>H</b> 5.64 mg/dL<br>0.6-1.5<br>5. BUN <b>H</b> 52 mg/dL<br>10-24<br>6. Natrium (Na) 136.9 mEq/L<br>135-147<br>7. Kalium (K) <b>H</b> 5.08 mmol/L<br>3.0-5.0<br>8. Clorida (Cl) <b>H</b> 105.5 mEq/L<br>95-105 | Disfungsi ginjal    | Ketidakseimbangan elektrolit (D.0037) |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>DS : Pasien mengatakan merasa lemas dan mengantuk</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> <li>2. Mulut tampak kering</li> <li>3. GDA klien 210gr/dL</li> <li>4. Hba1C 7,5%</li> <li>5. Non insulin, diet NDMRP</li> </ol>   | Hiperglikemia                              | Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D. 0027) |
| <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri tidak menjalar, pasien mengatakan rasa sakit/nyeri seperti tertekan terasa berat dengan skala 3 dari (0-10), nyeri muncul dalam 15 menit dan hilang timbul.</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Sulit tidur (kualias tidur tidak baik, sering terbangun karena nyeri)</li> <li>3. TD : 149/84mmHg<br/>N : 110x/menit</li> <li>4. Troponin Kuantitatif <b>H</b> 0.06 ng/mL</li> <li>5. Hasil pemeriksaan EKG (27/11/22): Sinus 70x/mnt. ICRBBB. Iskemi anterior</li> </ol> | Iskemik                                    | Nyeri akut (D. 0077)                          |
| <p>DS:</p> <p>Pasien mengeluh tidak nafsu makan, mual (+), keluarga pasie mengatakan pasien tidak nafsu makan selama 4 hari</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membran mukosa pucat</li> <li>2. Tampak tidak makan pagi, hanya biskuit saja (+/- 2-3 biskuit)</li> <li>3. Pasien terlihat lemah</li> <li>4. Makan siang habis ¼ porsi (2-3 sdm)</li> <li>5. Kebutuhan gizi E= 1900Kkal, P=0,8g/kgBB (52g)</li> <li>6. Antropometri : (SMRS)<br/>BB=65kg, TB=165cm<br/>MRS BB=58kg</li> <li>7. Diet RS NDMRP</li> <li>8. TD : 149/84mmHg<br/>N : 110x/menit<br/>S : 36,6<sup>0</sup>C<br/>SPO2 : 98</li> </ol>  | Faktor psikologis (keengganan untuk makan) | Defisit nutrisi (D.0019)                      |

|   |                       |                                  |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| <b>DS :</b><br>1. Keluarga pasien mengatakkan pasien mengalami kesulitan buang air kecil, riwayat konsumsi obat harnal 0,2mg.<br>2. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat prostat<br><br><b>DO :</b><br>1. Perubahan warna urin<br>2. 29/11/2022 : hematuria dengan jumlah 400cc/8jam | Iritasi kandung kemih | Gangguan eliminasi urin (D.0040) |
|---|-----------------------|----------------------------------|

### 3.3 Observasi Perawatan Intensif

Nama pasien : Tn. J

Hari/Tanggal : Selasa, 29 November 2022

**Tabel 3. 2** Observasi Perawatan Intensif

| TGL        | JAM   | TANDA-TANDA VITAL |    |      |    |    | CAIRAN INFUS/tts | OUTPUT (URIN) |
|------------|-------|-------------------|----|------|----|----|------------------|---------------|
|            |       | TD                | N  | t°C  | RR | O2 |                  |               |
| 29/11/2022 | 04.30 | 144/77            | 78 | 36,5 | 20 | -  | Asering/7 tpm    | 1000 cc       |
| 29/11/2022 | 08.30 | 150/83            | 87 | 36,5 | 20 | -  | Asering /7 tpm   | 250 cc        |
| 29/11/2022 | 11.30 | 131/68            | 78 | 36,7 | 20 | -  | Asering /7 tpm   | 200 cc        |
| 29/11/2022 | 16.30 | 154/81            | 73 | 36,5 | 20 | -  | Asering /7 tpm   | 600 cc        |

### 3.4 Daftar Masalah Keperawatan

**Tabel 3. 3** Daftar Masalah Keperawatan

| No. | Masalah Keperawatan  | Tanggal    |            | Evaluasi Sumatif       | Paraf   |
|-----|--|------------|------------|------------------------|---|
|     |  | Ditemukan  | Teratasi   |                        |   |
| 1.  | Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload | 28/11/2022 | 02/12/2022 | Masalah teratasi       |  |
| 2.  | Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan                       | 28/11/2022 | 02/12/2022 | Masalah belum teratasi |  |

|    |   |            |            |                           |  |
|----|---|------------|------------|---------------------------|--|
|    | dengan Disfungsi ginjal   |            |            |                           |  |
| 3. | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia          | 28/11/2022 | 02/12/2022 | Masalah teratasi sebagian |   |
| 4. | Nyeri akut berhubungan dengan iskemik   | 28/11/2022 | 02/12/2022 | Masalah teratasi          |   |
| 5. | Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan) | 28/11/2022 | 02/12/2022 | Masalah teratasi sebagian |   |
| 6. | Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan Iritasi kandung kemih              | 29/11/2022 | 01/12/2022 | Masalah teratasi          |  |



### 3.5 Intervensi Keperawatan

**Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan**



| NO. | DIAGNOSIS KEPERAWATAN   | TUJUAN DAN KRITERIA HASIL  | INTERVENSI  |
|-----|---|--|---|
| 1.  | Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload ( <b>SDKI D. 0008</b> )  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Tidak Ada Penurun Curah Jantung. Dengan Kriteria Hasil:<br>1. Gambaran EKG tidak terjadi Takikardia<br>2. Lelah menurun<br>3. Nadi normal (60-100x/menit)<br>4. Tekanan darah normal<br><b>Curah Jantung (SLKI. L.02008, hal 20)</b> | <b>Perawatan Jantung (SIKI, I. 02075, hal 317)</b><br>1. Memonitor tanda atau gejala penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema)<br>2. Memonitor (tekanan darah, Nadi, frekuensi napas dan saturasi oksigen)<br>3. Memonitor EKG tiap hari<br>4. Memonitor aritmia<br>5. Memosisikan pasien semi-Fowler<br>6. Berikan kolaborasi antiaritmia (Bisoprolol 2.5mg 0-1-0, Valsartan 80 mg 1-0-0) |
| 2.  | Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan Disfungsi ginjal ( <b>SDKI D.0037</b> ) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam diharapkan keseimbangan elektrolit membaik dengan kriteria hasil :<br>1. Serum natrium membaik<br>2. Serum kalium membaik<br>3. Serum klorida membaik<br><b>(SLKI, L.03021, hal 42)</b>   | <b>Pemantauan Cairan (SIKI, I.03121, hal 238)</b><br>1. Memonitor nadi dan tekanan darah<br>2. Memonitor jumlah dan warna urin<br>3. Memonitor hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, kalium, BUN)<br>4. Memonitor intake dan output cairan (intake: minum, terapi injeksi, infus) (output: urin)<br>5. Berikan kolaborasi prorenal 500mg 3x1  |

|    |  |  |   |
|----|--|--|---|
| 3. | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kadar glukosa darah stabil dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengantuk menurun</li> <li>2. Lelah/ lesu menurun</li> <li>3. Mulut kering menurun</li> <li>4. Kadar glukosa dalam darah membaik &lt;200 mg/dl</li> </ol> <p><b>Kestabilan Kadar Glukosa Darah (SLKI, L.03022,hal 43)</b></p>       | <p><b>Manajemen Hiperglikemia (SIKI, I.03115, hal 180)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kadar glukosa darah setiap pagi</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan)</li> <li>3. Berikan batasan makan (Diet NDM 1900Kkal)</li> <li>4. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri serta kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> </ol>  |
| 4. | Nyeri akut berhubungan dengan iskemik ( <b>SDKI D.0077</b> )         | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan skala nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Gelisah menurun</li> <li>3. Kesulitan tidur menurun</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> <li>6. Pola tidur membaik</li> </ol> <p><b>(SLKI, L.08066, hal 145)</b></p> | <p><b>Manajemen Nyeri (SIKI, 1.08238, hal 201)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor penurunan nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri non verbal, efek analgesik)</li> <li>2. Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>5. Berikan kolaborasi analgesik (Bisoprolol 2,5mg 0-1-0, Nitrokaf retard 2,5mg 1-0-1)</li> </ol> |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 5. | Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan) <b>(SDKI D.0019)</b> | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam diharapkan tingkat nutrisi membaik dengan kriteria hasil :<br>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat<br>2. Indeks massa tubuh membaik<br>3. Frekuensi makan membaik<br>4. Nafsu makan membaik<br>5. Bising usus membaik<br>6. Membran mukosa membaik<br><b>(SLKI, L.03030, hal 121)</b> | <b>Manajemen Nutrisi (SIKI, I.03119, hal 200)</b><br><br>1. Berikan posisi semi fowler, jika mampu<br>2. Memonitor asupan makanan<br>3. Memonitor kebutuhan kalori (E= 1900Kkal, P=0,8g/kgBB (52g))<br>4. Berikan makanan diet RS NDMRP sesuai jadwal<br>5. Mengajarkan diet RS NDMRP<br>6. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium<br>7. Berikan kolaborasi antiemetik (injeksi primperan 2x1) |
| 6. | Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan Iritasi kandung kemih <b>(SDKI D.0040)</b>              | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi urin membaik dengan kriteria hasil :<br>1. Anuria menurun<br>2. Hematuria menurun<br>3. Frekuensi BAK membaik<br>4. Karakteristik urin membaik<br><b>(SLKI, L. 04034, hal 24)</b>  | <b>Manajemen Eliminasi Urin (I. 04152)</b><br><br>1. Memonitor eliminasi urin (frekuensi, aroma, volume, dan warna)<br>2. Batasi asupan cairan minum 600ml/hari<br>3. Berikan kolaborasi injeksi asam tranexamat 3x500mg bila perdarahan   |

### 3.6 Implementasi & Evaluasi

**Tabel 3. 5 Implementasi & Evaluasi Keperawatan**

| Hari/Tgl              | No DX           | Jam                         | Implementasi   | Paraf   | Evaluasi SOAP/Catatan Perkembangan   | Paraf   |
|-----------------------|-----------------|-----------------------------|--|---|--|---|
| Selasa,<br>29/11/2022 | 1               | <b>PAGI</b><br><b>09.00</b> | 1. Memonitor tanda atau gejala penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema)  |  | <b>Rabu, 30/11/2022</b><br><b>Jam 07.00 WIB</b>  |  |
|                       | 1,2,3,4<br>,5,6 | <b>09.15</b>                | 2. Memonitor penurunan nyeri serta memonitor TTV<br>(Pasien mengatakan nyeri masih ada saat istirahat, karakteristik nyeri seperti tertekan terasa berat, pada dada sebelah kiri, skala nyeri 3 dari (1-10), waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul<br>TD : 149/84mmHg<br>N : 110x/menit<br>S : 36,6 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98 |   | <b>Dx 1</b><br><b>S</b> : pasien mengatakan lelah<br><b>O</b> :  |   |
|                       | 4               | <b>09.30</b>                | 3. Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri   |   | 1. Pasien tampak lemah<br>2. TD : 147/91mmHg<br>N : 94x/menit<br>S : 36,3 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98<br>A : Masalah teratasi sebagian<br>P : Lanjutkan intervensi 1,2,5,6 |   |
|                       | 4               | <b>09.40</b>                | 4. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri   |   | <b>Dx 2</b><br><b>S</b> : pasien mengatakan lemah tidak berenergi  |   |
|                       | 1               | <b>09.50</b>                | 5. Memonitor EKG dan aritmia   |   | 1. TD : 147/91mmHg<br>N : 94x/menit<br>S : 36,3 <sup>0</sup> C   |   |

|  |                    |              |   |  |   |  |
|--|--------------------|--------------|---|--|---|--|
|  |                    |              | didapatkan hasil sinus takikardi 110x/menit   |  | SPO2 : 98   |  |
|  | <b>3</b>           | <b>10.00</b> | 6. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan)      |  | <b>O:</b>   |  |
|  | <b>2,6</b>         | <b>10.05</b> | 7. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 250 cc/4 jam, berwarna merah jernih         |  | 1. TD : 147/91mmHg<br>N : 94x/menit   |  |
|  | <b>5</b>           | <b>10.10</b> | 8. Memonitor asupan makanan pagi pasien hanya makan biskuit 2-3 keping                        |  | 2. <b>Balance cairan :</b><br>2349cc-2050cc=<br>299cc/24jam   |  |
|  | <b>6</b>           | <b>10.15</b> | 9. Batasi asupan cairan minum 600ml/hari  |  | 3. <b>HASIL lab :</b><br>Kreatinin <b>H</b> 5.64 mg/dL<br>BUN <b>H</b> 52 mg/dL<br>Natrium (Na) 136.9 mEq/L<br>Kalium (K) <b>H</b> 5.08 mmol/L<br>Clorida (Cl) <b>H</b> 105.5 mEq/L |  |
|  | <b>5</b>           | <b>10.25</b> | 10. Memberikan kolaborasi injeksi primperan   |  | <b>A :</b> Masalah belum teratasi   |  |
|  | <b>1,5</b>         | <b>10.40</b> | 11. Memberikan posisi semi fowler, jika mampu   |  | <b>P :</b> Lanjutkan intervensi 1,2,4,5   |  |
|  | <b>3,5</b>         | <b>11.40</b> | 12. Memberikan makanan diet RS NDMRP  |  | <b>Dx 3</b>   |  |
|  | <b>3,5</b>         | <b>12.30</b> | 13. Mengajarkan diet RS NDMRP   |  | <b>S :</b>  |  |
|  | <b>1,2,3,4,5,6</b> | <b>13.00</b> | 14. Memonitor TTV<br>TD : 131/68mmHg<br>N : 78x/menit<br>S : 36,7 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 99 |  | 1. Pasien mengatakan masih merasa lemas dan mengantuk   |  |
|  | <b>2,6</b>         | <b>13.20</b> | 15. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 200 cc/4 jam, berwarna merah jernih        |  | <b>O :</b>  |  |
|  |                    |              |   |  | 1. Pasien tampak lemah  |  |

|  |             |              |   |               |  |               |
|--|-------------|--------------|---|---------------|--|---------------|
|  | 2           | 13.40        | 16. Memonitor intake dan output cairan (intake: infus NS + Asering 333cc, minum 300cc, makan 50cc, terapi injeksi dan obat-obatan 50cc= <b>733cc</b> ), (output 250cc+200cc= <b>450cc</b> )   |               | 2. GDA klien 209 mg/dl<br>3. Rentang GDA <200mg/dl<br><b>A</b> : Masalah belum teratasi<br><b>P</b> : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4   |               |
|  | 1,2,4,6     | 13.50        | 17. Memberikan kolaborasi injeksi asam tranexamat 500mg, bisoprolol 2,5 mg, prorenal 500mg  |               | <b>Dx 4</b><br><b>S:</b><br>Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, karakteristik nyeri seperti ditekan terasa berat, pada dada kiri tidak menjalar skala nyeri 2 dari (1-10), waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul |               |
|  | 4           | 13.55        | 18. Memfasilitasi istirahat dan tidur   |               |  |               |
|  |             | <b>SIANG</b> |   |               |  |               |
|  | 1,2,3,4,5,6 | 15.15        | 1. Memonitor keadaan pasien GCS 4,5,6, Composmentis   | <i>Widyia</i> |  | <i>Widyia</i> |
|  | 1,2,3,4,5,6 | 15.30        | 2. Memonitor penurunan nyeri serta memonitor TTV<br>(Pasien mengatakan nyeri masih ada saat istirahat, karakteristik nyeri seperti ditekan terasa berat, pada dada sebelah kiri, skala nyeri 3 dari (1-10), waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul)<br>TD : 154/81mmHg<br>N : 73x/menit<br>S : 36,5 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 99 |               | <b>O :</b><br>2. Pasien tampak tidak meringis<br>3. Pasien tampak tidur nyenyak<br>4. TD : 147/91mmHg<br>N : 94x/menit<br>S : 36,3 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98<br><b>A</b> : masalah teratasi sebagian                     |               |

|  |       |       |   |               |  |               |
|--|-------|-------|---|---------------|--|---------------|
|  | 4     | 15.40 | 3. Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, pasien mengatakan nyeri timbul saat istirahat   |               | P : Lanjutkan intervensi 1,3,5   |               |
|  | 4     | 16.30 | 4. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri  |               | <b>Dx 5</b>  |               |
|  | 2,6   | 16.40 | 5. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 600 cc/8 jam, berwarna merah jernih   |               | <b>S:</b><br>1. Pasien mengeluh malas untuk makan, nafsu makan masih menurun                                       |               |
|  | 5     | 17.00 | 6. Memonitor asupan makanan siang (habis ¼ porsi)   |               | <b>O :</b><br>1. Membran mukosa kering   | <i>Widyia</i> |
|  | 6     | 18.25 | 7. Batasi asupan cairan minum 600ml/hari  | <i>Widyia</i> | 2. Makanan dari RS habis ¼ porsi   |               |
|  | 1,5   | 18.30 | 8. Memberikan posisi semi fowler, jika mampu  |               | 3. Kongjungtiva anemis   |               |
|  | 3,5   | 19.30 | 9. Memberikan makanan diet RS NDMRP habis ¼ porsi   |               | 4. TD : 147/91mmHg<br>N : 94x/menit<br>S : 36,3 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98  |               |
|  | 2     | 20.00 | 10. Memonitor intake dan output cairan (intake: infus NS + Asering 333cc, minum 220cc, makan 300cc, terapi injeksi dan obat-obatan 50cc= <b>903cc</b> ), (output <b>600cc</b> ) |               | <b>A : Masalah belum teratasi</b>  |               |
|  | 2,4,6 | 20.45 | 11. Memberikan kolaborasi injeksi asam tranexamat, Nitrokaf retard 2,5 mg, prorenal 500mg   |               | <b>P : Lanjutkan intervensi 2,4,5,7</b>  |               |
|  | 4     | 20.50 | 12. Memfasilitasi istirahat dan tidur   |               | <b>Dx 6</b>  |               |
|  |       |       |   |               | <b>S :</b> keluarga pasien mengatakan kencing masih berwarna merah jernih. pasien mengatakan nyeri sudah berkurang |               |

|  |                         |                        |   |  |   |  |
|--|-------------------------|------------------------|---|--|---|--|
|  | <b>1,2,3,4<br/>,5,6</b> | <b>MALAM<br/>21.30</b> | 1. Memonitor keadaan umum pasien, GCS 456 composmentis, terpasang DK, O2 spontan  |  | <b>O :</b>  |  |
|  | <b>4</b>                | <b>22.00</b>           | 2. Mengobservasi keluhan pasien (pasien mengatakan nyeri masih ada saat istirahat, karakteristik nyeri seperti ditekan terasa berat, pada dada sebelah kiri, skala nyeri 3 dari (1-10), waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul) |  | 1. Warna urin merah jernih dengan volume jumlah 2050cc/24 jam |  |
|  | <b>1,2,3,4<br/>,5,6</b> | <b>22.30</b>           | 3. Memfasilitasi dan menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur  |  | <b>A :</b> masalah belum teratasi                             |  |
|  | <b>1,2,3,4<br/>,5,6</b> | <b>00.00</b>           | 4. Mengobservasi keadaan umum pasien (pasien tampak tidur)  |  | <b>P :</b> lanjutkan intervensi 1,2,3                         |  |
|  | <b>1,2,3,4<br/>,5,6</b> | <b>03.00</b>           | 5. Mengobservasi keadaan umum pasien (pasien tampak tidur)  |  |   |  |
|  | <b>1,2,3,4<br/>,5,6</b> | <b>04.40</b>           | 6. Memonitor TTV<br>TD : 147/91mmHg<br>N : 94x/menit<br>S : 36,3 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98  |  |   |  |
|  | <b>2,6</b>              | <b>05.10</b>           | 7. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 1000 cc/8 jam, berwarna merah jernih  |  |   |  |
|  | <b>4</b>                | <b>05.30</b>           | 8. Memonitor penurunan nyeri (Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, karakteristik nyeri seperti ditekan terasa berat, pada   |  |   |  |



|  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|
|  | <p>3<br/>1,2,4,5<br/>,6</p> <p>1,5</p> <p>3,5</p> <p>2</p> | <p><b>06.15</b></p> <p><b>06.30</b></p> <p><b>06.40</b></p> <p><b>06.45</b></p> <p><b>06.55</b></p> | <p>dada sebelah kiri, skala nyeri 2 dari (1-10), waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul)</p> <p>9. Memeriksa GDA 209 mg/dl</p> <p>10. Memberikan terapi oral nitrokaf recard 2,5 mg, valsartan 80 mg,prorenal 500mg dan memberikan suntikan injeksi primperan, injeksi asam tranexamat</p> <p>11. Memberikan posisi semi fowler, jika mampu</p> <p>12. Memberikan makanan diet RS NDMRP habis ¼ porsi</p> <p>13. Memonitor intake dan output cairan (intake: infus NS + Asering 333cc, minum 220cc, makan 150cc, terapi injeksi dan obat-obatan 10cc= <b>713cc</b>), (output <b>1000cc</b>)<br/><b>Balance cairan : 2349cc-2050cc= 299cc/24jam</b></p> |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|

|                             |                         |                       |   |              |   |              |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------------|---|--------------|---|--------------|
| <b>Rabu,<br/>30/11/2022</b> | <b>1,2,3,4<br/>,5,6</b> | <b>PAGI<br/>09.00</b> | 1. Memonitor keadaan umum pasien ,<br>tampak lemah, GCS 4,5,6<br>Composmentis   | <i>Widya</i> | <b>Kamis, 01/12/2022<br/>Jam 07.00 WIB</b>  | <i>Widya</i> |
|                             | <b>1,2,3,4<br/>,5,6</b> | <b>09.15</b>          | 2. Memonitor penurunan nyeri serta<br>memonitor TTV<br>(Pasien mengatakan nyeri sedikit<br>berkurang, karakteristik nyeri<br>seperti ditekan terasa berat, pada<br>dada sebelah kiri, skala nyeri 2<br>dari (1-10), waktu nyeri yang<br>dirasakan hilang timbul<br>TD : 144/77mmHg<br>N : 78x/menit<br>S : 36,5 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 99 |              | <b>Dx 1</b><br><b>S :</b> pasien mengatakan lelah<br><b>O :</b><br>1. Pasien tampak lemah<br>2. TD : 154/85mmHg<br>N : 80x/menit<br>S : 36,4 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98<br><b>A :</b> Masalahbelum teratasi<br><b>P :</b> Lanjutkan intervensi<br>1,2,5,6  |              |
|                             | <b>1</b>                | <b>09.30</b>          | 3. Memeriksa EKG, sinus 78x/mnt.<br>ICRBBB. Iskemi anterior   |              | <b>Dx 2</b><br><b>S :</b> pasien mengatakan<br>lemas, sedikit pusing<br><b>O :</b><br>1. TD : 154/85mmHg<br>N : 80x/menit<br>2. <b>Balance cairan :</b><br>2069cc-2300cc= -<br>231cc/24jam<br>3. <b>HASIL lab :</b><br>Kreatinin <b>H</b> 5.64 mg/dL<br>BUN <b>H</b> 52 mg/dL<br>Natrium (Na) 136.9 |              |
|                             | <b>2,6</b>              | <b>09.40</b>          | 4. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 300 cc/4 jam,<br>berwarna merah jernih  |              |   |              |
|                             | <b>5</b>                | <b>09.50</b>          | 5. Memonitor asupan makanan pagi<br>(habis ¼ porsi)   |              |   |              |
|                             | <b>6</b>                | <b>10.00</b>          | 6. Batasi asupan cairan minum<br>600ml/hari   |              |   |              |
|                             | <b>5</b>                | <b>11.40</b>          | 7. Memberikan kolaborasi injeksi<br>primperan   |              |   |              |
|                             | <b>1,5</b>              | <b>11.50</b>          | 8. Memberikan posisi semi fowler,<br>jika mampu   |              |   |              |

|  |             |                |  |  |  |   |
|--|-------------|----------------|--|--|--|---|
|  | 3,5         | 12.00          | 9. Memberikan makanan diet RS NDMRP  |  | mEq/L  |   |
|  | 3,5         | 12.55          | 10. Mengajarkan kepatuhan diet RS NDMRP  |  | Kalium (K) <b>H</b> 5.08   |   |
|  | 1,2,3,4,5,6 | 13.15          | 11. Memonitor TTV<br>TD : 147/91mmHg<br>N : 94x/menit<br>S : 36,3 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98  |  | mmol/L   |   |
|  | 2,6         | 13.30          | 12. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 300 cc/4 jam, berwarna merah jernih   |  | Clorida (Cl) <b>H</b> 105.5  |   |
|  | 2           | 13.40          | 13. Memonitor intake dan output cairan (intake: infus NS + Asering 333cc, minum 200cc, makan 100cc, terapi injeksi dan obat-obatan 15cc= <b>548cc</b> ), (output 300cc+300cc= <b>600cc</b> ) |  | mEq/L  | <b>A</b> : Masalah belum teratasi<br><b>P</b> : Lanjutkan intervensi 1,2,4,5                                      |
|  | 1,2,6       | 13.50          | 14. Memberikan kolaborasi pemberian suntikan injeksi asam tranexamat dan pemberian obat oral bisoprolol 2,5 mg, prorenal 500mg   |  | <b>Dx 3</b>  | <b>S</b> : Pasien mengatakan masih merasa lemas dan mengantuk   |
|  | 4           | 13.55          | 15. Memfasilitasi istirahat dan tidur  |  | <b>O</b> :   | 1. Pasien tampak lemah<br>2. GDA klien 215 mg/dl<br>3. Rentang GDA <200mg/dl                                      |
|  | 1,2,3,4,5,6 | SIANG<br>15.15 | 1. Memonitor keadaan umum pasien<br>GCS: 456, composmentis   |  | <b>A</b> : Masalah belum teratasi<br><b>P</b> : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4 |   |
|  |             |                |  |  | <b>Dx 4</b>  | <b>S</b> :<br>Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, karakteristik nyeri ditekan terasa berat, pada dada kiri |

|                |       |  |        |  |        |
|----------------|-------|--|--------|--|--------|
| 1,2,3,4<br>5,6 | 15.30 | 2. Memonitor penurunan nyeri serta memonitor TTV<br>(Pasien mengatakan nyeri berkurang, karakteristik nyeri seperti ditekan terasa berat , pada dada sebelah kiri, skala nyeri 2 dari (1-10), waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul)<br>TD : 140/70mmHg<br>N : 110x/menit<br>S : 36,6 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98 | Widyia | tidak menjalar skala nyeri 2 dari (1-10), waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul<br><b>O :</b><br>1. Pasien tampak tidak meringis<br>2. Pasien tampak tidur nyenyak<br>3. TD : 154/85mmHg<br>N : 80x/menit<br>S : 36,4 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98 | Widyia |
| 4              | 15.40 | 3. Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, pasien mengatakan nyeri timbul saat istirahat  |        | <b>A :</b> masalah teratasi sebagian<br><b>P :</b> Lanjutkan intervensi 1,3,5  |        |
| 4              | 16.30 | 4. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri   |        | <b>Dx 5</b>  |        |
| 2,6            | 16.40 | 5. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 700 cc/8jam, berwarna kuning jernih  |        | <b>S:</b><br>1. Keluarga mengatakan pasien nafsu makannya sedikit membaik, sudah lebih baik banyak makannya daripada kemarin   |        |
| 5              | 17.00 | 6. Memonitor asupan makanan siang tampak habis ½ porsi   |        | <b>O :</b>   |        |
| 6              | 18.25 | 7. Batasi asupan cairan minum 600ml/hari   |        | 1. Membran mukosa kering   |        |
| 1,5            | 18.30 | 8. Memberikan posisi semi fowler, jika mampu   |        |  |        |
| 3,5            | 19.30 | 9. Memberikan makanan diet RS  |        |  |        |

|  |                 |              |   |              |   |              |
|--|-----------------|--------------|---|--------------|---|--------------|
|  | 2               | 20.00        | NDMRP habis ½ porsi<br>10. Memonitor intake dan output cairan (intake: infus NS + Asering 333cc, minum 200cc, makan 300cc= <b>833cc</b> ), (output <b>700cc</b> )   |              | 2. Makanan dari RS habis ½ porsi<br>3. Kongjungtiva anemis<br>4. TD : 154/85mmHg<br>N : 80x/menit<br>S : 36,4 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98 |              |
|  | 2,4             | 20.45        | 11. Memberikan kolaborasi obat oral Nitrokaf retard 2,5 mg dan prorenal 500mg   | <i>Widya</i> | A : Masalah teratasi sebagian<br>P : Lanjutkan intervensi 1,4,7   | <i>Widya</i> |
|  | 4               | 20.50        | 12. Memfasilitasi istirahat dan tidur   |              |   |              |
|  |                 | <b>MALAM</b> |   |              |   |              |
|  | 1,2,3,4<br>,5,6 | 21.30        | 1. Memonitor keadaan umum pasien, GCS 456 composmentis, terpasang DK, O2 spontan  |              | <b>Dx 6</b><br>S : keluarga pasien mengatakan kencing sudah berwarna kuning   |              |
|  | 4               | 22.00        | 2. Mengobservasi keluhan pasien (pasien mengatakan nyeri berkurang, karakteristik nyeri seperti ditekan terasa berat , pada dada sebelah kiri, skala nyeri 2 dari (1-10), waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul) |              | <b>O :</b><br>1. Hematuria (-)<br>2. Output urin berwarna urin kuning keruh dengan volume jumlah 2300cc/24 jam                            |              |
|  | 4               | 22.30        | 3. Memfasilitasi dan menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur  |              | A : masalah teratasi<br>P : hentikan intervensi 2,3   |              |
|  | 1,2,3,4<br>,5,6 | 00.00        | 4. Mengobservasi keadaan umum pasien (pasien tampak tidur)  |              |   |              |
|  | 1,2,3,4<br>,5,6 | 03.00        | 5. Mengobservasi keadaan umum pasien (pasien tampak tidur)  |              |   |              |

|  |                        |                        |   |  |  |  |
|--|------------------------|------------------------|---|--|--|--|
|  | <b>1,2,3,4<br/>5,6</b> | <b>04.40</b>           | 6. Memonitor TTV<br>TD : 154/85mmHg<br>N : 80x/menit<br>S : 36,4 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98  |  |  |  |
|  | <b>2</b>               | <b>05.10</b>           | 7. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 1000 cc/8<br>jam, berwarna kuning jernih  |  |  |  |
|  | <b>4</b>               | <b>05.30</b>           | 8. Memonitor penurunan nyeri<br>(Pasien mengatakan nyeri sedikit<br>berkurang, karakteristik nyeri<br>seperti ditekan terasa berat, pada<br>dada sebelah kiri, skala nyeri 2<br>dari (1-10), waktu nyeri yang<br>dirasakan hilang timbul) |  |  |  |
|  | <b>3<br/>1,2,4,5</b>   | <b>05.45<br/>06.15</b> | 9. Memeriksa GDA 215 mg/dl<br>10. Memberikan terapi oral nitrokaf<br>recard 2,5 mg, valsartan 80mg,<br>prorenal 500mg dan memberikan<br>suntikan injeksi primperan  |  |  |  |
|  | <b>1,5</b>             | <b>06.30</b>           | 11. Memberikan posisi semi fowler,<br>jika mampu  |  |  |  |
|  | <b>3,5</b>             | <b>06.50</b>           | 12. Memberikan makanan diet RS<br>NDMRP habis ½ porsi   |  |  |  |
|  | <b>2</b>               | <b>06.55</b>           | 14. Memonitor intake dan output<br>cairan (intake: infus NS +<br>Asering 333cc, minum 200cc,<br>makan 150cc, terapi injeksi dan   |  |  |  |

|                              |  |                       |  |               |   |               |
|------------------------------|--|-----------------------|--|---------------|---|---------------|
|                              |  |                       | obat-obatan 5cc= <b>688cc</b> ), (output <b>1000cc</b> )<br><b>Balance cairan : 2069cc-2300cc= -231cc/24jam</b>  |               |   |               |
| <b>Kamis,<br/>01/12/2023</b> | <b>1,2,3,4<br/>,5<br/>1,2,3,4<br/>,5</b> | <b>PAGI<br/>09.00</b> | 1. Memonitor keadaan umum pasien , tampak cukup, GCS 4,5,6 Composmentis  | <i>Widyia</i> | <b>Jumat , 02/12/2022<br/>Jam 07.00 WIB</b>   | <i>Widyia</i> |
|                              |  | <b>09.15</b>          | 2. Memonitor penurunan nyeri serta memonitor TTV<br>(Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, karakteristik nyeri seperti ditekan terasa berat , pada dada sebelah kiri, skala nyeri 1 dari (1-10), waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul<br>TD : 147/83mmHg<br>N : 93x/menit<br>S : 36,3 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 99 |               | <b>Dx 1</b><br><b>S :</b> pasien mengatakan lelah berkurang<br><b>O :</b><br>1. Pasien tampak lemah<br>2. TD : 136/76mmHg<br>N : 98x/menit<br>S : 36,5 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 99<br><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian<br><b>P :</b> Lanjutkan intervensi 2,3,6 |               |
|                              | <b>1</b>                                 | <b>09.30</b>          | 3. Memeriksa EKG, sinus 93x/mnt. ICRBBB. Iskemi anterior   |               | <b>Dx 2</b><br><b>S :</b> pasien mengatakan lemas berkurang, pasien mengatakan hari ini tidur nyenyak   |               |
|                              | <b>4</b>                                 | <b>09.40</b>          | 4. Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri   |               |   |               |
|                              | <b>2</b>                                 | <b>09.50</b>          | 5. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 350 cc berwarna kuning keruh   |               |   |               |

|  |                  |              |  |  |   |
|--|------------------|--------------|--|--|---|
|  | <b>5</b>         | <b>10.00</b> | 6. Memonitor asupan makanan pagi (habis ½ porsi)   |  | <b>O:</b><br>1. TD : 136/76mmHg<br>N : 98x/menit<br>1. <b>Balance cairan :</b><br>2209cc-2100cc=<br>109cc/24jam<br>2. <b>HASIL lab :</b><br>Kreatinin <b>H</b> 5.64 mg/dL<br>BUN <b>H</b> 52 mg/dL<br>Natrium (Na) 136.9 mEq/L<br>Kalium (K) <b>H</b> 5.08 mmol/L<br>Clorida (Cl) <b>H</b> 105.5 mEq/L<br><b>A :</b> Masalah belum teratasi<br><b>P :</b> Lanjutkan intervensi 1,2,4,5<br><br><b>Dx 3</b><br><b>S :</b> Pasien mengatakan masih lemas berkurang<br><b>O :</b><br>1. Keadaan pasien cukup<br>2. GDA klien 198 mg/dl<br>3. Rentang GDA <200mg/dl<br><b>A :</b> Masalah teratasi |
|  | <b>2</b>         | <b>11.40</b> | 7. Batasi asupan cairan minum 600ml/hari   |  |   |
|  | <b>5</b>         | <b>11.50</b> | 8. Memberikan kolaborasi injeksi primperan   |  |   |
|  | <b>1,5</b>       | <b>12.00</b> | 9. Memberikan posisi semi fowler, jika mampu   |  |   |
|  | <b>3,5</b>       | <b>12.55</b> | 10. Memberikan makanan diet RS NDMRP   |  |   |
|  | <b>3,5</b>       | <b>13.15</b> | 11. Mengajarkan kepatuhan diet RS NDMRP  |  |   |
|  | <b>1,2,3,4,5</b> | <b>13.30</b> | 12. Memonitor TTV<br>TD : 131/74mmHg<br>N : 96x/menit<br>S : 36,3 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 98  |  |   |
|  | <b>2</b>         | <b>13.40</b> | 13. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 350 cc berwarna kuning keruh  |  |   |
|  | <b>2</b>         | <b>13.50</b> | 14. Memonitor intake dan output cairan (intake: infus NS + Asering 333cc, minum 200cc, makan 150cc, terapi injeksi dan obat-obatan 10cc= <b>693cc</b> ), (output 350cc+350cc= <b>700cc</b> ) |  |   |
|  | <b>1,2,4</b>     |              | 15. Memberikan kolaborasi obat oral bisoprolol 2,5 mg dan prorenal   |  |   |






|  |           |              |  |               |   |               |
|--|-----------|--------------|--|---------------|---|---------------|
|  | 4         | 13.55        | 500mg<br>16. Memfasilitasi istirahat dan tidur   |               | sebagian<br>P : Lanjutkan intervensi 1,3                                    |               |
|  |           | <b>SIANG</b> |  |               |   |               |
|  | 1,2,3,4,5 | 15.15        | 1. Memonitor keadaan umum pasien<br>GCS: 456, composmentis   | <i>Widyia</i> | <b>Dx 4</b><br><b>S:</b><br>Pasien mengatakan nyeri tidak ada               | <i>Widyia</i> |
|  | 1,2,3,4,5 | 15.30        | 2. Memonitor TTV<br>TD : 147/83mmHg<br>N : 93x/menit<br>S : 36,6 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 99                         |               | <b>O :</b><br>3. Pasien tampak tenang<br>4. Pasien tampak tidur nyenyak     |               |
|  | 4         | 15.40        | 3. Memonitor penurunan nyeri<br>Pasien mengatakan sudah tidak nyeri skala nyeri 0, nyeri tidak timbul saat istirahat |               | 5. TD : 136/76mmHg<br>N : 98x/menit<br>S : 36,5 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 99 |               |
|  | 2         | 16.30        | 4. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 400 cc, berwarna kuning jernih                                     |               | <b>A : Masalah teratasi</b><br><b>P : Hentikan intervensi 1,5</b>           |               |
|  | 5         | 16.40        | 5. Memonitor asupan makanan siang (habis ½ porsi)  |               | <b>Dx 5</b>   |               |
|  | 2         | 17.00        | 6. Batasi asupan cairan minum 600ml/hari   |               | <b>S:</b><br>1. Keluarga mengatakan pasien nafsu makannya membaik           |               |
|  | 1,5       | 18.25        | 7. Memberikan posisi semi fowler, jika mampu   |               | <b>O :</b>  |               |
|  | 5         | 18.30        | 8. Memberikan makanan diet RS NDMRP habis ½ porsi  |               | 1. Membran mukosa lembab  |               |
|  | 2         | 19.30        | 9. Memonitor intake dan output cairan (intake: infus NS +  |               | 2. Makanan dari RS habis ½ porsi  |               |




|  |           |              |  |              |   |              |
|--|-----------|--------------|--|--------------|---|--------------|
|  |           |              | Asering 333cc, minum 200cc, makan 200cc= <b>733cc</b> ), (output <b>400cc</b> )              |              | 3. TD : 136/76mmHg<br>N : 98x/menit<br>S : 36,5 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 99 |              |
|  | 2,4       | 20.00        | 10. Memberikan kolaborasi obat oral Nitrokaf retard 2,5 mg dan prerenal 500mg                |              | <b>A</b> : Masalah teratasi sebagian  |              |
|  | 4         | 20.45        | 11. Memfasilitasi istirahat dan tidur  |              | <b>P</b> : Lanjutkan intervensi 1,4,7                                       |              |
|  |           | <b>MALAM</b> |  |              |   |              |
|  | 1,2,3,4,5 | 21.30        | 1. Memonitor keadaan umum pasien, GCS 456 composmentis, terpasang DK, O2 spontan             |              |   |              |
|  | 1,2,3,4,5 | 22.00        | 2. Mengobservasi keadaan pasien  |              |   |              |
|  | 4         | 22.30        | 3. Memfasilitasi dan menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur                           | <i>Widya</i> |   | <i>Widya</i> |
|  | 1,2,3,4,5 | 00.00        | 4. Mengobservasi keadaan umum pasien (pasien tampak tidur)                                   |              |   |              |
|  | 1,2,3,4,5 | 03.00        | 5. Mengobservasi keadaan umum pasien (pasien tampak tidur)                                   |              |   |              |
|  | 1,2,3,4,5 | 04.40        | 6. Memonitor TTV<br>TD : 136/76mmHg<br>N : 98x/menit<br>S : 36,5 <sup>0</sup> C<br>SPO2 : 99 |              |   |              |
|  | 2         | 05.10        | 7. Memonitor eliminasi urin<br>Volume urin pasien 1000 cc, berwarna kuning jernih            |              |   |              |
|  | 3         | 05.20        | 8. Memeriksa GDA 198 mg/dl   |              |   |              |

|  |       |       |   |  |  |  |
|--|-------|-------|---|--|--|--|
|  | 1,2,4 | 05.30 | 9. Memberikan terapi oral nitrokafracard 2,5 mg, prorenal 500mg dan valsartan 80mg. Memberikan suntikan injeksi primperan   |  |  |  |
|  | 1,5   | 06.15 | 10. Memberikan posisi semi fowler, jika mampu   |  |  |  |
|  | 3,5   | 06.30 | 11. Memberikan makanan diet RS NDMRP habis ½ porsi  |  |  |  |
|  | 2     | 06.55 | 12. Memonitor intake dan output cairan (intake: infus NS + Asering 333cc, minum 200cc, makan 250cc, terapi injeksi dan obat-obatan 5cc= <b>783cc</b> ), (output <b>1000cc</b> )<br><b>Balance cairan : 2209cc-2100cc= 109cc/24jam</b> |  |  |  |

### 3.7 Evaluasi Sumatif

Tabel 3.6 Evaluasi Sumatif pada Tn. J

| Hari/<br>Tanggal             | Diagnosa   | Evaluasi Sumatif   | TTD   |
|------------------------------|--|--|---|
| <b>Jumat,<br/>02-12-2022</b> | Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload       | <p><b>S</b> : pasien mengatakan lelah berkurang</p> <p><b>O</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> <li>2. TD : 136/76mmHg<br/>N : 98x/menit<br/>S : 36,5<sup>0</sup>C<br/>SPO2 : 99</li> </ol> <p><b>A</b> : Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan intervensi 2,3,6</p>  |    |
| <b>Jumat,<br/>02-12-2022</b> | Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan Disfungsi ginjal     | <p><b>S</b> : pasien mengatakan lemas berkurang, pasien mengatakan hari ini tidur nyenyak</p> <p><b>O</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. TD : 136/76mmHg<br/>N : 98x/menit</li> <li>3. <b>Balance cairan</b> : 2209cc-2100cc= 109cc/24jam</li> <li>4. <b>HASIL lab</b> :<br/>Kreatinin <b>H</b> 5.64 mg/dL<br/>BUN <b>H</b> 52 mg/dL<br/>Natrium (Na) 136.9 mEq/L<br/><br/>Kalium (K) <b>H</b> 5.08 mmol/L<br/><br/>Clorida (Cl) <b>H</b> 105.5 mEq/L</li> </ol> <p><b>A</b> : Masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan intervensi 1,2,4,5</p> |  |
| <b>Jumat,<br/>02-12-2022</b> | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia | <p><b>S</b> : Pasien mengatakan masih lemas berkurang</p> <p><b>O</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Keadaan pasien cukup</li> <li>5. GDA klien 198 mg/dl</li> <li>6. Rentang GDA &lt;200mg/dl</li> </ol> <p><b>A</b> : Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan intervensi 1,3</p>  |  |

|                                     |  |  |   |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <p><b>Jumat,<br/>02-12-2022</b></p> | <p>Nyeri akut berhubungan dengan iskemik</p>   | <p><b>S:</b><br/>Pasien mengatakan nyeri tidak ada<br/><b>O :</b><br/>6. Pasien tampak tenang<br/>7. Pasien tampak tidur nyenyak<br/>8. TD : 136/76mmHg<br/>N : 98x/menit<br/>S : 36,5<sup>0</sup>C<br/>SPO2 : 99<br/><b>A :</b> Masalah teratasi<br/><b>P :</b> Hentikan intervensi 1,5</p>                                   |    |
| <p><b>Jumat,<br/>02-12-2022</b></p> | <p>Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p> | <p><b>S:</b><br/>1. Keluarga mengatakan pasien nafsu makannya membaik<br/><b>O :</b><br/>1. Membran mukosa lembab<br/>2. Makanan dari RS habis ½ porsi<br/>3. TD : 136/76mmHg<br/>N : 98x/menit<br/>S : 36,5<sup>0</sup>C<br/>SPO2 : 99<br/><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian<br/><b>P :</b> Lanjutkan intervensi 1,4,7</p> |    |
| <p><b>Kamis,<br/>01-12-2022</b></p> | <p>Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan Iritasi kandung kemih</p>              | <p><b>S :</b> keluarga pasien mengatakan kencing sudah berwarna kuning<br/><b>O :</b><br/>1. Hematuria (-)<br/>2. Output urin berwarna urin kuning keruh dengan volume jumlah 2300cc/24 jam<br/><b>A :</b> masalah teratasi<br/><b>P :</b> hentikan intervensi 2,3</p>   |  |

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *unstable angina pectoris (UAP) + Chronic Kidney Disease (CKD)* di ruang Jantung Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 28 November 2022 sampai dengan 01 Desember 2022. 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.

#### **4.1 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. Pembahasan akan dimulai dari

##### **4.1.1 Identitas**

Data yang didapatkan, pasien berinisial Tn. J berjenis kelamin laki – laki berusia 72 tahun. Berdasarkan teori menyebutkan bahwa yang memiliki resiko dapat menderita penyakit sindrom koroner akut yakni untuk perempuan yang memiliki usia lebih dari 55 tahun sedangkan untuk laki-laki yang memiliki umur lebih dari 45 tahun. Seiring bertambahnya usia, pembuluh darah mereka akan terus mengalami perubahan, yang dapat memengaruhi fungsi jantung (Ariandiny et al., 2014; Susilo, 2015).

Usia menjadi salah satu faktor resiko terjadinya CKD, semakin tua usia seseorang maka risiko terjadinya CKD semakin besar, selain itu usia tua juga meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas penderita CKD (Mallappallil *et al.*, 2014).

Pekerjaan yang disebutkan pasien seorang pensiunan, dan tidak ada pekerjaan lagi. Kurang aktifitas merupakan faktor resiko terjadinya unstable angina pectoris. Hasil pengkajian riwayat penyakit dahulu pasien sebelumnya pernah kontrol dan berobat di RSI dengan riwayat penyakit jantung. Keluarga pasien juga menyebutkan bahwa memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus, hal ini sesuai dengan Reny Yuli Aspiani (2016), bahwa faktor predisposisi penyebab dari unstable angina salah satunya hipertensi, obesitas, kurang aktivitas, diabetes mellitus. Penyakit kardiovaskular dan CKD saling berhubungan erat karena saling menyebabkan disfungsi organ (Arianti, Anisa, & Erlina, 2020).

Data pengkajian yang ada dihubungkan dengan faktor-faktor resiko, pasien Tn. J mempunyai resiko yang aktual untuk menderita penyakit unstable angina pectoris (UAP), kondisi ini bila tidak didukung dengan pola hidup yang sehat resiko kekambuhan akan sangat mungkin terjadi.

## 4.1.2 Riwayat Penyakit dan Kesehatan

### 1. Keluhan Utama

Berdasarkan tinjauan kasus, di pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri dengan metode pengkajian PQRST didapatkan Pasien mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri tidak menjalar, pasien mengatakan rasa sakit/nyeri seperti tertekan terasa berat dengan skala 3 dari (0-10), nyeri muncul dalam 15 menit dan hilang timbul. Keluhan utama pasien sewaktu masuk rumah sakit adalah pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri tidak menjalar.

*Unstable angina pectoris* terjadi karena adanya penyempitan pembuluh coroner yang menyebabkan suplai oksigen untuk otot jantung mengalami gangguan sehingga jantung tidak dapat memompa darah dengan maksimal yang menyebabkan terjadinya nyeri pada dada (Salman, 2021). 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 (Muhammad, 2020).

Nyeri dada atau rasa tidak nyaman di dada (*angina*) merupakan gejala utama dan yang paling banyak dikeluhkan pasien. Angina merupakan rasa tidak nyaman di dada (*chest discomfort*) yang disebabkan oleh



menurunnya aliran darah koroner menuju otot jantung. Nyeri dan rasa tidak nyaman (*discomfort*) merupakan gejala utama gangguan jantung dan seringkali digambarkan sebagai: rasa tertekan, diremas, terbakar, ketat, atau penuh, biasanya dimulai di area dada, di belakang tulang dada, pola nyeri biasanya menjalar ke lengan, bahu, leher, rahang, atau punggung, namun kadang keluhan mirip dengan “indigestion” atau gangguan saluran cerna terutama gangguan pada lambung (American Heart Association, 2013). Hal inilah yang sering keliru dimasyarakat dan kadang masyarakat awam sering menganggap sebagai gejala masuk angin dan diabaikan (Muhammad, 2020)

## 2. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu, keluarga pasien dan pasien mengatakan menderita penyakit diabetes mellitus, *Benign Prostatic Hyperplasia*, dan hipertensi. Pernah berobat dan kontrol di RSI, RPD jantung dapat obat Oros, Bisoprolol 2,5mg, CPG 75mg, Furosemid 40mg, Nitrokaf retard.

Secara garis besar, faktor risiko SKA dapat dibagi dua. Pertama adalah faktor risiko yang dapat diperbaiki (*reversible*) atau bisa diubah (*modifiable*), yaitu: hipertensi, kolesterol, merokok, obesitas, diabetes mellitus, hiperurisemia, aktivitas fisik kurang, stress, dan gaya hidup (*life style*). Faktor risiko seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat penyakit keluarga adalah faktor-faktor yang tidak dapat diperbaiki (Agus M. J., 2014).

(Kirthi, Yasmin, Artha, & Bhargah, 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 aterosklerosis 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 pectoris.

#### **4.1.3 Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem seperti tersebut dibawah ini:

##### **1. B1 : Breath/Pernafasan**

Pemeriksaan fisik airway dan breathing didapatkan hasil Inspeksi: normal chest, susunan ruas tulang belakang normal, pergerakan dada kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, pola napas Eupnea, *respiratory rate*: 20x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98% terdapat batuk kering tidak ada sputum. Palpasi : tidak didapatkan lesi, terdapat nyeri tekan pada dada, taktil fremitus teraba normal kanan dan kiri. Perkusi : didapatkan suara sonor Auskultasi : suara nafas vesikuler.

Pada pengkajian peneliti tidak ditemukan adanya masalah keperawatan dalam sistem pernapasan klien. 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 (PERKI, 2018).

## 2. B2 : Blood/Sirkulasi

Pemeriksaan fisik sirkulasi didapatkan hasil Inspeksi : tidak sianosis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, pasien mengatakan dada sebelah kirinya nyeri, Pasien mengatakan nyeri masih ada saat istirahat, karakteristik nyeri seperti tertekan terasa berat dengan skala nyeri 3 dari (1-10), waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul Pada pemeriksaan penunjang didapatkan hasil thoraks foto *aortosclerosis* dan pada ECG adanya iskemi anterior Palpasi :nadi teraba lemah, CRT <2 detik, Akral pasien hangat. Perkusi: suara pekak jantung, batas pada ICS II, bawah ICS 5-6, kiri midclavikula 2cm lateral, batas kanan para sterna dextra. Auskultasi : bunyi jantung S<sub>1</sub>S<sub>2</sub> tunggal, murmur (-), gallop (-),TD : 149/84mmHg, nadi : 110x/menit teraba kuat.

Menurut Ridwan (2020) menyatakan bahwa *arteriosclerosis* dikaitkan dengan angina pectoris disebabkan oleh penyempitan dinding arteri koronaria 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.

## 3. B3 : Brain/Persyarafan

Pemeriksaan dari Brain/Persyarafan didapatkan hasil: Inspeksi yang dilakukan didapatkan hasil Keadaan kepala baik tidak ada luka, bentuk

kepala simetris. Bentuk hidung normal, tidak ada lesi. Bentuk wajah simetris, tidak ada benjolan, tidak ada kelainan, tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Telinga bentuk normal, simetris kanan kiri sama, tidak ada lesi, serta tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Lidah bersih, tidak ada kesulitan untuk menelan dan untuk berbicara baik.

Palpasi pada kepala tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada kelainan. Bentuk hidung normal, septum normal tidak ada polip, tidak ada gangguan penciuman, tidak ada nyeri. Wajah dan penglihatan baik, pupil isokor, konjungtiva anemis, lapang pandang luas, reflek cahaya (+/+), sklera anikterik. Telinga normal, tidak ada nyeri tekan, pendengaran baik, keadaan telinga bersih tidak ada kelainan serta tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Lidah tidak ada nyeri saat ditekan, tidak ada kelainan.

GCS pasien Eye 4, Verbal 5, Motorik 6, kesadaran composmentis. Reflek Fisiologis : Triceps (+/+) Patela (+/+) Achilles (+/+). Reflek Patologis : Kaku Kuduk (-/-) Brudzki (-/-) Babinski (-/-) Kernik (-/-). Nervus kranial (I) klien dapat mencium berbagai aroma dan mampu membedakannya, Nervus kranial (II) klien mengetahui apa yang sedang ia lihat, Nervus kranial (III) Pupil mata pasien dapat membesar dan mengecil sesuai cahaya, Nervus kranial (IV) klien dapat membesarkan mata dan mengembalikannya, Nervus kranial (V) klien dapat merasakan sentuhan pada area kepala, Nervus kranial (VI) klien dapat menggerakkan matanya ke samping Nervus kranial (VII) klien bisa tersenyum dengan simetris, mengerutkan bisa dahi, Nervus kranial (VIII) klien dapat mendengar suara dan mencari letak sumber, Nervus kranial (IX) klien bisa

menggerakkan lidah dengan baik, Nervus kranial (X) Sistem pernapasan dan pencernaan pasien baik, Nervus kranial (XI) klien bisa menggerakkan leher sesuai keinginan, Nervus kranial (XII) klien dapat menelan, berbicara dan mengunyah.

Peneliti berasumsi bahwa pada persarafan tidak ditemukan masalah, sesuai dengan penelitian yang dilakukan pada klien fungsi sistem persarafan pada klien baik.

#### 4. B4 : Bladder/Perkemihan

Pemeriksaan urinary didapatkan hasil Inspeksi tidak terdapat lesi, luka, maupun benjolan, pasien terpasang *folley* kateter di IGD, tidak terdapat odem pada ekstermitas, warna merah jernih (hematuria) pada tanggal 29/11/2022. Palpasi tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada pembesaran kandung kemih. *Balance* cairan selama 24jam didapatkan total intake: infus NS + Asering 333cc, minum 220cc, makan 150cc, terapi injeksi dan obat-obatan 10cc= **713cc**), (output **1000cc**) **Balance cairan : 2349cc-2050cc= 299cc/24jam**

Penyakit tidak menular diabetes mellitus dan hipertensi, kedua penyakit tersebut menjadi dua penyebab utama kerusakan pada ginjal yang dapat berlanjut kepada tahap gagal ginjal (GGK). Pasien GGK seringkali mengalami masalah overload cairan yang dapat menimbulkan masalah kesehatan lainnya bahkan dapat berujung dengan kematian. Oleh karena itu, dibutuhkan program pembatasan cairan yang efektif dan efisien untuk mencegah komplikasi tersebut, diantaranya melalui upaya pemantauan

intake output cairan (Fany & Arcellia, Jurnal Keperawatan Indonesia, 2016).

## 5. B5 : Bowel/Pencernaan

Sistem pencernaan didapatkan hasil inspeksi: bentuk abdomen normal, simetris, tidak ada kelainan, tidak ada benjolan, tidak ada bayangan pembuluh vena. Auskultasi: frekuensi peristaltik usus 12x/menit. Palpasi : tidak ada pembesaran abdomen, tidak ada nyeri tekan pada seluruh abdomen, tidak ada pembesar hepar dan lien, tidak ada nyeri pada appendix, ginjal tidak teraba. Perkusi: hasil perkusi tympani pada seluruh abdomeb, sertapasien mengatakan tidak ada keluhan. Keadaan mulut dan gigi bersih, membran mukosa kering, faring tidak ada pembengkakan, nafsu makan berkurang 3x sehari (2-4 suapan) jenis diet NDMRP 1900Kkal, tidak ada mual muntah serta tidak menggunakan alat bantu NGT. Eliminasi alvi sebelum masuk RS 1x/hari dengan konsistensi lembek. Selama di RS pasien belum BAB , tidak ada keluhan pada abdomen, serta tidak ada colostomi.

Masalah Keperawatan : Defisit Nutrisi

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 (Fanny & Arcellia, 2016).

Pasien dengan *chronic kidney diases* menyebabkan terjadinya retensi natrium, meningkatnya kadar ureum dalam darah dan juga dapat menyebabkan terjadinya hipoalbuminemia. Akibat dari hal ini dapat menjadikan menumpuknya cairan ekstrasfaskuler yang menyebabkan

penumpukan cairan pada organ-organ tubuh, terutama pada perifer-perifer tubuh (Noor, Setyo, Rusnoto, & Nur, 2021).

Perlu pemantauan yang teratur terhadap status nutrisi pasien. Asupan protein diharapkan 1– 1,2 g/kgBB/hari dengan 50 % terdiri atas protein dengan nilai biologis tinggi. Makanan tinggi kalium seperti buah-buahan dan umbi-umbian tidak dianjurkan di konsumsi. Jumlah asupan cairan dibatasi sesuai dengan jumlah air kencing yang ada di tambah insensible water loss (IWL). Asupan natrium dibatasi guna mengendalikan tekanan darah dan edema. Dalam ini penatalaksanaan diet yang tepat yakni diet rendah garam (Noor, Setyo, Rusnoto, & Nur, 2021).

## **6. B6 : Bone/Muskuloskeletal & Integumen**

Pemeriksaan dari Brain/Persarafan didapatkan hasil: Inspeksi yang dilakukan didapatkan hasil keadaan rambut hitam pendek, kulit kepala bersih, warna kulitsawo mateng serta keadaan turgor kulit < 2 detik tidak ada kelainan pada kuku. Otot kanan kiri simetris tidak ada fraktur, tidak ada deformitas, tidak fraktur, tidak terpasang gips maupun traksi. Tidak ada oedema pada ekstremitas. ROM aktif, kekuatan otot (5555), tidak ada kelainan tulang serta tidak ada luka maupun nekrosis.

Peneliti berasumsi bahwa pada pasien tidak ada masalah keperawatan pada muskuloskeletal dan integumen. Pada sistem endokrin didapatkan hasil tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Pasien mengalami hiperglikemia, GDA: 210gr/dL.

Penyebab dari penyakit ginjal kronis dapat berupa diabetes melitus, tekanan darah tinggi (Hipertensi), glomerulonephritis, penyakit ginjal polistik (Polycystic Kidney Disease) (Vania, 2019).

Dalam pengertian klinik, Nefropati Diabetik (ND) adalah komplikasi yang terjadi pada 40% dari seluruh pasien DM tipe 1 dan DM tipe 2 dan merupakan penyebab utama penyakit ginjal pada pasien yang mendapat terapi ginjal yang ditandai dengan adanya mikroalbuminuria (30mg/hari) tanpa adanya gangguan ginjal, disertai dengan peningkatan tekanan darah sehingga mengakibatkan menurunnya filtrasi glomerulus dan akhirnya menyebabkan ginjal tahap akhir. Kelainan yang terjadi pada ginjal penyandang diabetes melitus dimulai dengan adanya mikroalbuminuria. Mikroalbuminuria umumnya didefinisikan sebagai ekskresi albumin lebih dari 30 mg per hari dan dianggap penting untuk timbulnya nefropati diabetik yang jika tidak terkontrol kemudian akan berkembang menjadi proteinuria secara klinis dan berlanjut dengan penurunan fungsi laju filtrasi glomerular dan berakhir dengan keadaan gagal ginjal.<sup>10</sup> Diperkirakan 30-40% penderita DM tipe 1 dan 20-30% penderita DM tipe 2 akan menderita nefropati diabetik suatu saat yang dapat berakhir dengan keadaan gagal ginjal (Janis & Ade, 2015).

#### **4.1.4 Pemeriksaan Penunjang**

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien didapatkan hasil nilai Leukosit  $8.54 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Hemoglobin 10.20 g/dL, Hematokrit 30.90%, Eritrosit  $3.40 \times 10^6/\mu\text{L}$ , Glukosa darah sewaktu 191mg/dL. Hasil pemeriksaan dari elektrolit & gas darah didapatkan nilai Kreatinin 5.64 mg/dL, BUN 52 mg/dL, Natrium (Na)



136.9 mEq/L, Kalium (K) 5.08 mmol/L, Clorida (Cl) 105.5 mEq/L. Hasil pemeriksaan imunologi troponin kuantitatif didapatkan hasil 0.06 ng/mL. Hasil pemeriksaan EKG IGD: sinus 76x/mnt, Iskemi anterior, ICRBBB. EKG 27/11/22: Sinus 70x/mnt. ICRBBB, Iskemi anterior. Hasil pemeriksaan Foto Thorax AP tanggal 26 November 2022 (Cor : besar dan bentuk normal, kalsifikasi di aortic knob, Pulmo: tak tampak infitral, kedua sinus phrenicocostalis tajam, kedua hemidiafragma normal, trachea di tengah, tulang-tulang baik) dan disimpulkan terdapat hasil cor dan pulmo tak tampak kelainan, *aortosclerosis*.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ridwan, 2020) bahwa *angina pectoris* disebabkan oleh penyempitan dinding arteri koronaria (*arteriosclerosis*) karena plak pada sel miokard yang berakibat pada penurunan aliran darah didalam pembuluh darah.

Pemeriksaan troponin dilakukan pada penderita gagal jantung jika gambaran klinis disertai dengan dugaan sindrom koroner akut. Peningkatan ringan kadar troponin kardiak sering terjadi pada gagal jantung berat atau selama episode dekompensasi gagal jantung pada penderita tanpa iskemia miokard (Bambang, 2020).

Ginjal mengatur keseimbangan cairan tubuh, elektrolit, dan asam-basa dengan cara filtrasi darah, reabsorpsi selektif air, elektrolit dan nonelektrolit, serta mengekskresi kelebihannya sebagai urin. Pada penyakit gagal ginjal kronik, ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan keseimbangan komposisi cairan tubuh (Febtarini, 2018).

#### 4.1.5 Pemberian Terapi

Pada tinjauan kasus terapi farmakologis untuk Tn. J yakni infus NS dan Asering 500ml/24 jam untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi. Injeksi primperan 2x1 terapi jangka pendek untuk gangguan pencernaan, mencegah mual dan muntah. Injeksi lansoprazole 2x1 untuk mengatasi kondisi yang berkaitan dengan peningkatan asam lambung. Bisoprolol 2,5mg (0-1-0) untuk mengatasi hipertensi,angina pektoris, aritmia dan gagal jantung. Nitrokaf retard 2,5mg (1-0-1) untuk mencegah dan terapi jangka panjang untuk penderita angina pektoris. Allopurinol 100mg (1x1) untuk menurunkan kadar asam urat dalam darah. Atorvastatin 20 mg (0-0-1) untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL). Asam tranexamat 3x500mg untuk menghentikan perdarahan. Prorenal 3x500mg untuk terapi insufisiensi ginjal kronik hingga gejala gagal ginjal. Valsartan 80mg (1-0-0) untuk mengatasi hipertensi dan gagal jantung. Sedangkan untuk terapi non-farmakologis pada Tn. J yakni *Bedrest*, pasien sangat dianjurkan untuk beristirahat baik secara fisik maupun emosional karena akan dapat mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung, menurunkan tekanan darah, mengurangi kerja otot meningkatkan tenaga cadangan jantung, mengurangi kerja otot pernapasan dan penggunaan oksigen, dan manajemen pembatasan cairan.

#### 4.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai respon individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui proses pengumpulan data terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial guna menjaga status kesehatan. Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka ada 9 diagnosa, yaitu :

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

2. Pola nafas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan hambatan upaya nafas
3. Resiko penurunan curah jantung (D.0011) berhubungan dengan perubahan irama jantung
4. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan vena
5. Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan
6. Resiko defisit nutrisi (D.0032) berhubungan dengan faktor psikologis
7. Resiko ketidakseimbangan cairan (D. 0036) berhubungan dengan penurunan haluaran urin, retensi cairan dan natrium, dan diet berlebih
8. Gangguan eliminasi urin (D. 0040) berhubungan dengan distensi kandung kemih
9. Kerusakan integritas kulit (D. 0139) berhubungan dengan pruritas, gangguan status metabolik sekunder

Pada Tn. D dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris + Chronic Kidney Disease*. Ditemukan beberapa masalah dan didapatkan diagnosa keperawatan yang ada pada Tn.J yakni:

**1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload (SDKI, D. 0008, hal34)**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Penurunan Curah Jantung merupakan ketidakmampuan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Tubuh. Dengan tanda & gejala mayor meliputi : Perubahan irama jantung, Palpitasi, Lelah, Dispnea, Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), Ortopnea, Batuk, Bradikardia/takikardia, Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi,

Perubahan Preloa, Edema, Distensi vena jugularis, Central venous pressure (CVP) meningkat/menurun, Hepatomegaly, Tekanan darah meningkat/menurun, Nadi perifer teraba lemah, Capillary refill time > 3 detik, Oliguria, Warna kulit pucat dan/atau sianosis, Terdengar suara jantung S3 dan atau S4, Ejection fraction (EF) menurun. Gejala & Tanda Minor meliputi : Cemas, Gelisah, Murmur jantung, Berat badan bertambah, Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun, Pulmonary vascular resistance (PVR) meningkat/menurun, Systemic vascular resistance (SVR) meningkat/menurun, Cardiac indeks (CI) menurun, Left ventricular stroke work index (LVSWI) menurun, Stroke volume index (SVI) menurun.

Pada Tn. J didapatkan data saat pengkajian meliputi data subjektif yakni, Tn. J mengatakan dirinya merasakan lelah dan pusing, tidak sesak. Sedangkan data Objektif yakni, Pasien tampak lemah, TD : 149/84mmHg, RR 20x/menit, SPO 98%, Nadi 110x/menit, pemeriksaan EKG Sinus 110x/mnt. ICRBBB. Iskemi anterior.

Penurunan curah jantung adalah suatu kondisi ketidak adekuatan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Aritmia memicu peningkatan kebutuhan O<sub>2</sub> miokard yang mengakibatkan perluasan infark (Hudak & Gallo, 2015). Pada pasien dengan unstable angina pectoris gambaran EKG adalah adanya depresi segmen ST dan adanya gelombang T inverted, di tandai dengan inversi gelombang T. Iskemia sendiri merupakan suatu keadaan transisi dan

reversible pada miokard yang menyebabkan hipoksia miokard. Kerusakan ini akan mengganggu fungsi utama jantung dalam mekanis, biokimiawi, dan listrik sehingga jantung tidak mampu memompa darah secara adekuat untuk dialirkan ke otak dan organ lain yang akan berlanjut (Sartono & Masudik, 2019).

## **2. Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan Disfungsi ginjal (SDKI, D. 0037, hal 88)**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) resiko ketidakseimbangan elektrolit yakni berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit. Faktor resiko yang terkait yakni ketidakseimbangan cairan (mis.dehidrasi dan intoksikasi air), kelebihan volume cairan, gangguan mekanisme regulasi (mis.diabetes), efek samping prosedur (mis.pembedahan), diare, muntah, disfungsi ginjal, disfungsi regulasi endokrin.

Pada Tn. J didapatkan data saat pengkajian meliputi data objektif yakni, keadaan umum lemah, turgor kulit kering, hasil lab (Kreatinin 5.64 mg/dL, BUN 52 mg/dL, Natrium (Na) 136.9 mEq/L , Kalium (K) 5.08 mmol/L, Clorida (Cl) 105.5 mEq/L.

Ginjal mengatur keseimbangan cairan tubuh, elektrolit, dan asam-basa dengan cara filtrasi darah, reabsorpsi selektif air, elektrolit dan nonelektrolit, serta mengekskresi kelebihannya sebagai urin. Pada penyakit gagal ginjal kronik, ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan keseimbangan komposisi cairan tubuh (Febtarini, 2018).

### **3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (SDKI, D. 0027, hal 71)**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah merupakan variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal ditandai dengan gejala dan tanda mayor hipoglikemia (mengantuk, pusing, gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah/urin rendah), sedangkan pada hiperglikemia (lelah atau lesu, Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi). Sedangkan gejala dan tanda minor hipoglikemia (palpitasi, mengeluh lapar, gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, sulit bicara, berkeringat), tanda minor hiperglikemia (mulut kering, haus meningkat, jumlah urin meningkat).

Pada Tn. J didapatkan data saat pengkajian meliputi data subjektif yakni, Tn. J Pasien mengatakan merasa merasa lemas dan mengantuk. Sedangkan data Objektif yakni, Pasien Tampak Lemah, GDA klien 210 mg/dl, Rentang GDA <200 mg/dl.

Dalam pengertian klinik, Nefropati Diabetik (ND) adalah komplikasi yang terjadi pada 40% dari seluruh pasien DM tipe 1 dan DM tipe 2 dan merupakan penyebab utama penyakit ginjal pada pasien yang mendapat terapi ginjal yang ditandai dengan adanya mikroalbuminuria (30mg/hari) tanpa adanya gangguan ginjal, disertai dengan peningkatan tekanan darah sehingga mengakibatkan menurunnya filtrasi glomerulus dan akhirnya menyebabkan ginjal tahap akhir. Nefropati diabetik adalah kelainan degeneratif vaskuler ginjal, mempunyai hubungan dengan gangguan metabolisme karbohidrat atau intoleransi gula disebut juga

dengan Diabetes Melitus. Kelainan yang terjadi pada ginjal penyandang diabetes melitus dimulai dengan adanya mikroalbuminuria (Janis & Ade, 2015).

#### **4. Nyeri akut berhubungan dengan iskemik (SDKI, D. 0077, hal 172)**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berta yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Tanda & gejala mayor meliputi: mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Tanda & gejala minor meliputi: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Pada Tn. J didapatkan data saat pengkajian meliputi data subjektif yakni, Tn. J mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri tidak menjalar, pasien mengatakan rasa sakit/nyeri seperti tertekan terasa berat dengan skala 3 dari (0-10), nyeri muncul dalam 15 menit dan hilang timbul. Sedangkan data objektif yakni, tampak meringis, sulit tidur, frekuensi nadi meningkat (110x/menit), tekanan darah meningkat (149/84mmHg), nafsu makan menurun.

Hasil penelitian menurut (Ridwan, 2020) Nyeri dada atau rasa tidak nyaman di dada (angina) merupakan gejala utama dan yang paling banyak dikeluhkan pasien sindroma koroner akut yang berobat ke rumah sakit.

Angina merupakan rasa tidak nyaman di dada (chest discomfort) yang disebabkan oleh menurunnya aliran darah koroner menuju otot jantung. Nyeri ini bersifat progresif dan dapat menyebabkan kematian, sehingga jenis nyeri dada ini memerlukan penanganan yang serius dan pemeriksaan lanjutan.

**5. Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI, D. 0019, hal 56)**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Tanda & gejala mayor meliputi: berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal. Tanda & gejala minor meliputi: cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

Pada Tn. J didapatkan data saat pengkajian meliputi data subjektif yakni, Pasien mengeluh tidak nafsu makan, mual (+), keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan selama 4 hari. Sedangkan data objektif yakni, Membran mukosa pucat, Tampak tidak makan pagi, hanya biskuit saja, Pasien terlihat lemah, Makan siang habis ¼ porsi (2-3 sdm), Kebutuhan gizi E= 1900Kkal, P=0,8g/kgBB (52g) Antropometri :BB=65kg, TB=165cm, BB MRS: 57kg, Diet RS NDMRP.

Nutrisi merupakan gabungan proses pengambilan, asimilasi serta pemakaian zat gizi yang diperlukan dalam pertumbuhan, beraktifitas,



melindungi dari penyakit maupun memfasilitasi pemulihan. Keadekuatan antara zat gizi yang tersedia dan yang dibutuhkan tubuh merupakan kunci keberhasilan menuju status nutrisi yang optimal sedangkan ketidakseimbangan diantaranya menyebabkan kelebihan atau kekurangan nutrisi (Thomas, 2015).

Nyeri yang dirasakan pada pasien dengan penyakit jantung adalah di dada dan didaerah perut khususnya ulu hati tergantung bagian jantung mana yang bermasalah. Nyeri pada ulu hati bisa merangsang pusat muntah. Area infark merangsang reflex vasofagal.

#### **6. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan Iritasi kandung kemih (SDKI, D. 0040,hal 96)**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) gangguan eliminasi urin adalah difungsi eliminasi urin. Tanda & gejala mayor meliputi: deasakan berkemih, urin menetes, sering buang air kecil, nokturia, menompol, enuresisi, distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas, volume residu urin meningkat. Tanda & gejala minor tidak ada.

Pada Tn. J didapatkan data saat pengkajian meliputi data objektif yakni, adanya perubahan warna urin, Oliguria, Retensi urin, hematuria dengan UP : 400cc/8jam.

Manifestasi klinis yang biasanya muncul pada pasien CKD adalah hipertensi, anemia, dislipidemia, penyakit metabolisme mineral dan tulang, asidosis metabolik dan malnutrisi. Selain itu poteinuria dan hematuria merupakan tanda adanya CKD.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan 25 penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil dan intervensi dibuat berdasarkan standart SDKI yang disesuaikan kondisi nyata pasien.

### **1. Diagnosa 1 : Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload**

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Tidak Ada Penurun Curah Jantung dengan Kriteria Hasil: Gambaran EKG tidak terjadi Takikardia , Lelah menurun, Nadi normal (60-100x/menit), Tekanan darah normal.

Beberapa intervensi Perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standart rumah sakit adalah sebagai berikut: (1) Memonitor tanda atau gejala penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema), (2) Memonitor (tekanan darah, Nadi, frekuensi napas dan saturasi oksigen), (3) Memonitor EKG tiap hari, (4) Memonitor aritmia, (5) Memosisikan pasien semi-Fowler, (6) Berikan kolaborasi antiaritmia (Bisoprolol 2.5mg 0-1-0, Valsartan 80 mg 1-0-0).

Beta- blocker memiliki peran dalam pengobatan kardiovaskular dan non kardiovaskular diantaranya pada terapi angina, aritmia, Congestive Heart Failure (CHF), hipertensi, infark miokard, profilaksis perdarahan viseral, profilaksis migrain dan tirotoksikosis. Bisoprolol pada pasien rawat inap digunakan dalam pengobatan angina, aritmia, CHF, hipertensi, infark miokard, stroke non hemoragik dan hipertiroidisme. Berdasarkan literatur

obat bisoprolol diberikan untuk terapi angina, aritmia, CHF, hipertensi dan infark miokard. Penggunaan beta- blocker direkomendasikan sebagai terapi utama pada pasien hipertensi dengan angina dan hipertensi dengan infark miokard (Cahaya, Sari, & Susilo, 2020).

## **2. Diagnosa 2 : Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan Disfungsi ginjal**

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan elektrolit dan cairan membaik, dengan Kriteria Hasil: Serum natrium membaik, Serum kalium membaik, Serum klorida membaik.

Beberapa intervensi Perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standart rumah sakit adalah sebagai berikut: (1) Monitor frekuensi nadi, (2) Monitor tekanan darah, (3) Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin, (4) Monitor hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, kalium, BUN), (5) Monitor intake dan output cairan (intake: minum, terapi injeksi, infus) (output: urin), (6) Berikan kolaborasi prorenal 500mg 3x1.

Monitoring keseimbangan cairan dilakukan dengan cara mencatat pemasukan dan pengeluaran cairan serta berat badan. Pemasukan cairan meliputi jenis dan jumlah makanan maupun cairan. Sedangkan pengeluaran cairan adalah jumlah urin, muntah dan diare. Pasien GGK seringkali mengalami masalah overload cairan yang dapat menimbulkan masalah kesehatan lainnya bahkan dapat berujung dengan kematian. Oleh karena itu, dibutuhkan program pembatasan cairan yang efektif dan efisien untuk

mencegah komplikasi tersebut, diantaranya melalui upaya pemantauan intake output cairan (Arianti, Anisa, & Erlina, 2020).

### **3. Diagnosa 3 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia**

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mengantuk menurun, lelah/ lesu menurun, mulut kering menurun, kadar glukosa dalam darah membaik <200 mg/dl.

Beberapa intervensi Perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standart rumah sakit adalah sebagai berikut: (1) Monitor kadar glukosa darah setiap pagi, (2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan), (3) Berikan batasan makan (Diet NDM 1900Kkal), (4) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri serta kepatuhan terhadap diet dan olahraga.

Tatalaksana tergantung pada tahapan-tahapan apakah masih normoalbuminuria, sudah terjadi mikroalbuminuria atau makroalbuminuria, tetapi pada prinsipnya, pendekatan utama tatalaksana nefropati diabetik adalah melalui pengendalian gula darah seperti olahraga, diet, obat antidiabetes, pengendalian tekanan darah seperti diet rendah garam, obat anti hipertensi, perbaikan fungsi ginjal seperti diet rendah protein, pemberian Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor atau ACE-I dan Angiotensin Reseptor Blocker atau ARB dan pengendalian faktor ko-morbiditas lain seperti pengendalian kadar lemak, mengurangi obesitas dll.

Terapi nonfarmakologis nefropati diabetik berupa gaya hidup yang sehat meliputi olahraga rutin, diet, menghentikan merokok serta membatasi konsumsi alkohol. Pembatasan asupan garam adalah 4-5 g/hari (atau 68-85 meq/hari) serta asupan protein hingga 0,8 g/kg/BB ideal/hari. Target tekanan darah pada nefropati diabetik adalah <130/80 mmHg. Obat antihipertensi yang dianjurkan adalah ACE-I atau ARB, sedangkan pilihan lain adalah diuretika, kemungkinan beta-blocker atau calcium-channel blocker. Selain itu, terapi diet sangatlah penting untuk mencegah komplikasi penyakit lainnya. Zat gizi yang mendapat perhatian adalah protein, energi, karbohidrat, lemak, garam, kalium, kalsium, fosfor, dan cairan (Bambang, 2020).

#### **4. Diagnosa 4 : Nyeri akut berhubungan dengan iskemik**

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang, dengan Kriteria Hasil: Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi membaik, Tekanan darah membaik, Pola tidur membaik.

Beberapa intervensi Perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standart rumah sakit adalah sebagai berikut: (1) Memonitor penurunan nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri non verbal, efek analgesik), (2) Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, (3) Memfasilitasi istirahat dan tidur, (4) Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, (5) Berikan kolaborasi analgesik (Bisoprolol 2,5mg 0-1-0, Nitrokaf retard 2,5mg 1-0-1, Clopidogrel 75 mg 0-1-0).

Penatalaksanaan pada pasien dengan angina pektoris yaitu pemberian nitrogliserin. Nitrokaf Retard adalah obat yang mengandung bahan aktif glyceryl trinitrate (nitroglycerin). Obat tersebut membantu merilekskan pembuluh darah, mempertahankan aliran darah ke jantung, dan meringankan gejala angina serta gagal jantung. Nitrogliserin bahan vasoaktif yang berfungsi melebarkan pembuluh darah sehingga memengaruhi sirkulasi perifer dan juga menurunkan konsumsi oksigen jantung yang akan mengurangi iskemia nyeri angina (Aspiani, 2015).

#### **5. Diagnosa 5 : Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan)**

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 7 x 24 jam diharapkan nutrisi membaik, dengan Kriteria Hasil: Porsi makanan yang dihabiskan meningkat, Indeks massa tubuh membaik, Frekuensi makan membaik, Nafsu makan membaik, Bising usus membaik, Membran mukosa membaik.

Beberapa intervensi Perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standart rumah sakit adalah sebagai berikut: (1) Berikan posisi semi fowler, jika mampu, (2) Memonitor asupan makanan, (3) Memonitor kebutuhan kalori 1900Kkal (4) Berikan makanan diet NDMRP sesuai jadwal, (5) Mengajarkan diet NDMRP, (6) Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, (7) Berikan kolaborasi antiemetik (injeksi primperan 2x1).

Peningkatan asupan protein telah terbukti dapat mempengaruhi hemodinamik ginjal dan berperan terhadap kerusakan fungsi dan jaringan ginjal. Diet rendah protein memiliki peran penting dalam terapi penyakit ginjal

kronik (PGK), terutama gagal ginjal kronik. Modifikasi diet protein pada pasien PGK dapat dibagi menjadi : (1) protein sangat rendah, kurang dari 0,3 g/kg BB, (2) diet protein rendah, 0,6-0,8 g/kg BB, dan (3) diet protein normal, 1-1,2 g/kg BB (Aspiani, 2015).

#### **6. Diagnosa 6 : Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan Iritasi kandung kemih**

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi urin membaik dengan kriteria hasil : Anuria menurun, Hematuria menurun, Frekuensi BAK membaik, Karakteristik urin membaik.

Beberapa intervensi Perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standart rumah sakit adalah sebagai berikut: (1) Memonitor eliminasi urin (frekuensi, aroma, volume, dan warna), (2) Batasi asupan cairan minum 600ml/hari, (3) Berikan kolaborasi injeksi asam tranexamat 3x500mg bila perdarahan.

Eliminasi urine secara normal bergantung pada pemasukan cairan dan sirkulasi volume darah, jika salah satunya menurun, pengeluaran urine akan menurun. Pengeluaran urine juga berubah pada seseorang dengan penyakit ginjal, yang mempengaruhi kuantitas, urine dan kandung kemih produk sampah didalam urine (Vania, 2019).

#### **4.4 Implementasi**

Pelaksanaan rencana keperawatan kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan, tetapi menutup kemungkinan akan menyimpang dari rencana yang ditetapkan tergantung

pada situasi dan kondisi pasien.

### **1. Diagnosa 1 : Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload**

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat di implementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 02 Desember 2022. Implementasi untuk penurunan curah jantung yaitu (1) Memonitor tanda atau gejala penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema), (2) Memonitor (tekanan darah, Nadi, frekuensi napas dan saturasi oksigen), (3) Memonitor EKG tiap hari, (4) Memonitor aritmia, (5) Memposisikan pasien semi-Fowler, (6) Berikan kolaborasi antiaritmia (Bisoprolol 2.5mg 0-1-0, Valsartan 80 mg 1-0-0).

Strategi awal dalam penatalaksanaan pasien dengan NSTEMI dan UAP adalah perawatan dalam Coronary Care Units, mengurangi iskemia yang sedang terjadi beserta gejala yang dialami, serta mengawasi EKG, troponin dan/atau CKMB (Irmalita, 2015).

### **2. Diagnosa 2 : Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan Disfungsi ginjal**

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat di implementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 02 Desember 2022. Implementasi untuk Ketidakseimbangan elektrolit yaitu (1) Monitor frekuensi nadi, (2) Monitor tekanan darah, (3) Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin, (4) Monitor hasil



pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, kalium, BUN), (5) Monitor intake dan output cairan (intake: minum, terapi injeksi, infus) (output: urin), (6) Berikan kolaborasi prorenal 500mg 3x1.

Pada pasien dengan CKD, salah satu masalah yang paling sering adalah ketidakseimbangan hidrasi dalam tubuh. Manifestasi dari keadaan ini adalah edema. Bagi pasien CKD, status hidrasi yang normal merupakan hal yang sangat penting. Maka dari itu, pemantauan cairan yang dikonsumsi penderita harus diawasi dengan seksama. Karena rasa haus bukan lagi petunjuk yang dapat dipakai untuk mengetahui hidrasi tubuh (Endang & Rachmadi, 2015).

### **3. Diagnosa 3 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia**

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat di implementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 02 Desember 2022. Implementasi untuk ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu (1) Monitor kadar glukosa darah setiap pagi, (2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan), (3) Berikan batasan makan (Diet NDM 1900Kkal), (4) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri serta kepatuhan terhadap diet dan olahraga.

Penataksanaan yang dapat dilakukan adalah melalui pengendalian gula darah seperti olahraga, diet, obat antidiabetes, pengendalian tekanan darah seperti diet rendah garam, obat anti hipertensi, perbaikan fungsi ginjal seperti diet rendah protein, pemberian Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor atau ACE-I dan Angiotensin Reseptor Blocker atau ARB dan pengendalian faktor

ko-morbiditas lain seperti pengendalian kadar lemak, mengurangi obesitas dll (Bambang, 2020).

#### **4. Diagnosa 4 : Nyeri akut berhubungan dengan iskemik**

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat di implementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 02 Desember 2022. Implementasi untuk nyeri akut yaitu (1) Memonitor penurunan nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri non verbal, efek analgesik), (2) Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, (3) Memfasilitasi istirahat dan tidur, (4) Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, (5) Berikan kolaborasi analgesik (Bisoprolol 2,5mg 0-1-0, Nitrokaf retard 2,5mg 1-0-1).

Hasil penelitian menurut (Ridwan, 2020) *Pain management* atau manajemen nyeri adalah kumpulan prosedur medis untuk meredakan atau menghilangkan nyeri. Angina dapat dikendalikan menggunakan tablet nitrogliserin. Segera setelah serangan dimulai, klien meletakkan tablet di bawah lidah (sublingual) sehingga tablet larut. Nitrogliserin memberikan efek peredaan yang cepat dengan mendilatasi arteri koroner.

#### **5. Diagnosa 5 : Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan)**

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat di implementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 02 Desember 2022. Implementasi untuk defisit nutrisi yaitu : (1) Berikan posisi semi fowler, jika mampu, (2) Memonitor asupan

makanan, (3) Memonitor kebutuhan kalori ( $E= 1900\text{Kkal}$ ,  $P=0,8\text{g/kgBB}$  (52g)), (4) Berikan makanan diet RS NDMRP sesuai jadwal, (5) Mengajarkan diet RS NDMRP, (6) Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, (7) Berikan kolaborasi antiemetik (injeksi primperan 2x1).

Peningkatan asupan protein telah terbukti dapat mempengaruhi hemodinamik ginjal dan berperan terhadap kerusakan fungsi dan jaringan ginjal. Diet rendah protein memiliki peran penting dalam terapi penyakit ginjal kronik (PGK), terutama gagal ginjal kronik (Yenny, 2015).

#### **6. Diagnosa 6 : Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan Iritasi kandung kemih**

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat di implementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 01 Desember 2022. Implementasi untuk gangguan eliminasi urin yaitu (1) Memonitor eliminasi urin (frekuensi, aroma, volume, dan warna), (2) Batasi asupan cairan minum 600ml/hari, (3) Berikan kolaborasi injeksi asam tranexamat 3x500mg bila perdarahan. Pencegahan dan terapi terhadap komplikasi, obat dengan kandungan asam traneksamat untuk membantu menghentikan perdarahan.

#### **4.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah

dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Evaluasi keperawatan ada 2 jenis yaitu formatif dan sumatif.

**1. Diagnosa 1 : Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload**

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 02 Desember 2022 penurunan curah jantung, masalah teratasi sebagian. Dibuktikan dengan pasien mengatakan lelah berkurang, Pasien tampak lemah, TD : 136/76mmHg, Nadi 98x/menit, SPO2 : 99. Intervensi yang dilanjutkan yaitu Memonitor (tekanan darah, Nadi, frekuensi napas dan saturasi oksigen), Memonitor EKG tiap hari, Berikan kolaborasi antiaritmia (Bisoprolol 2.5mg 0-1-0, Valsartan 80 mg 1-0-0).

**2. Diagnosa 2 : Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan Disfungsi ginjal**

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 02 Desember 2022 ketidakseimbangan elektrolit, masalah belum teratasi. Dibuktikan dengan oedeme (-), Input : 1920cc/24jam, ouput: 2200cc/24jam, Balance cairan : -280cc/24 jam, Hasil lab (Kreatinin 5.40 mg/dL, BUN 61 mg/dL, Natrium (Na) 140.2 mEq/L, Kalium (K) 4.62 mmol/L, Clorida (Cl) 104.9 mEq/L).

**3. Diagnosa 3 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia**

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 02 Desember 2022 Ketidakstabilan kadar glukosa darah, masalah teratasi sebagian. Dibuktikan dengan Pasien mengatakan masih lemas berkurang, Keadaan pasien cukup, GDA klien 198 mg/dl. Intervensi yang dilanjutkan yaitu Monitor kadar glukosa darah setiap pagi dan Berikan batasan makan (Diet NDM 1900Kkal).

#### **4. Diagnosa 4 : Nyeri akut berhubungan dengan iskemik**

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 02 Desember 2022 nyeri akut teratasi. Dibuktikan dengan Tn. J mengatakan nyeri sudah tidak ada, skala nyeri 0, pasien tampak tenang, TD: 147/83mmHg. Intervensi yang dilanjutkan yaitu Mengobservasi tanda-tanda vital secara berkala dan mempertahankan hasil Kolaborasi pemberian analgesik (Injeksi Primperan 2x1, Bisoprolol 2,5mg 0-1-0, Nitrokaf retard 2,5mg 1-0-1).

#### **5. Diagnosa 5 : Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan)**

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 7x24 jam dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 02 Desember 2022 defisit nutrisi membaik, masalah teratasi sebagian. Dibuktikan dengan keluarga Tn. J mengatakan pasien makan sedikit banyak pagi ini, ½ porsi habis. Intervensi yang dilanjutkan yaitu Memonitoring

asupan makanan dan Memberikan makanan sesuai anjuran diet NDMRP dari ahli gizi.

**6. Diagnosa 6 : Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan Iritasi kandung kemih**

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 29 November 2022 sampai 01 Desember 2022 eliminasi urin membaik, masalah teratasi. Dibuktikan dengan Tn. J mengatakan sudah tidak nyeri, Hematuria (-), Warna BAK sudah kuning jernih dengan UP : 600cc/8jam.

## BAB 5

### PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Unstable Angina Pectoris + Chronic Kidney Disease* di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

#### 5.1 Kesimpulan

1. Pada Pengkajian didapatkan data fokus pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri, pasien diberikan terapi obat infus asering, NS 0,9%, Nitrokaf retard 2,5mg (1-0-1), Bisoprolol 2,5mg 0-1-0, Valsartan 80 mg 1-0-0, Prorenal 3x500mg . Penggunaan nitroglicerine memberikan efek peredaan yang cepat dengan mendilatasi arteri koroner, sedangkan terapi infus NS 0,9% dan asering untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi.
2. Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris + Chronic Kidney Disease*, didasarkan pada masalah yang ditemukan yaitu: Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload, Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan Disfungsi ginjal, Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, Nyeri akut berhubungan dengan iskemik, Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan) dan Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan Iritasi kandung kemih.
3. Perencanaan keperawatan pada pasien disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan : Curah jantung menurun, kadra gluosa darah

membalik, Nyeri menurun, nutrisi membaik, balance cairan, eliminasi urin membaik.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan rencana yang ditentukan yaitu perawatan jantung, manajemen hiperglikemia, manajemen nyeri, manajemen nutrisi, pemantauan cairan, manajemen eliminasi urin.
5. Pada akhir evaluasi didapatkan, diagnosa keperawatan Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan afterload, Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, Nyeri akut berhubungan dengan iskemik, Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan), Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan Disfungsi ginjal masalah teratasi sebagian sehingga intervensi tetap dilanjutkan, diagnosa keperawatan Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan Iritasi kandung kemih masalah teratasi sehingga intervensi dihentikan.
6. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan Tn. J.



## 5.2 Saran

Sesuai dari simpulan di atas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

### 5.2.1 Bagi Rumah Sakit

Agar semakin meningkatkan kualitas dan kuantitas dokter dan para perawat serta tenaga kesehatan lainnya dalam rangka meningkatkan kualitas Rumah Sakit.

### 5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan kepada institusi pendidikan yang dapat dimanfaatkan sebagai bahan ajar untuk perbandingan dalam pemberian konsep asuhan keperawatan secara teori dan praktek.

### 5.2.3 Bagi Perawat

Bagi perawat ruangan khususnya di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dalam pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan agar meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan terutama kepada pasien dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris (UAP) + Chronic Kidney Disease (CKD)*. Memberikan edukasi tentang pembatasan aktivitas dan juga pemantauan cairan yang diperoleh pasien.

### 5.2.4 Bagi Pasien

Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan seperti segera membawa pasien ke fasilitas kesehatan ketika timbul gejala-gejala penyakitnya. Memberi support kepada anggota keluarga yang sakit dan berada disamping keluarga yang membutuhkan bantuan. Aktifitas sehari-hari dijaga antara lain saat pasien akan mandi atau melakukan BAB dan BAK serta pada saat pasien berpindah tempat untuk jalan dan melakukan pekerjaan.

#### 5.2.5 Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan *Unstable Angina Pectoris (UAP) + Chronic Kidney Disease (CKD)* dengan Standar Operasional Prosedur (SOP). Selanjutnya penulis dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Unstable Angina Pectoris (UAP) + Chronic Kidney Disease (CKD)* serta dapat ditambahkan tindakan-tindakan lainnya yang dapat menunjang perbaikan keadaan pasien dengan *Unstable Angina Pectoris (UAP) + Chronic Kidney Disease (CKD)*.

#### 5.2.6 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan ilmu tentang perkembangan penanganan terbaru dalam dunia kesehatan khususnya ditujukan untuk klien dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris (UAP) + Chronic Kidney Disease (CKD)*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agus, M., Janry, A., & Dewi, U. (2014). Gambaran Derajat Hipertensi Pada Pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) di RSUP PROF. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Ilmiah Terpadu*, 113-118.
- Akhmad, A., Primanda, Y., & Istanti, Y. (2018). Kualitas hidup pasien gagal jantung kongestif (GJK) berdasarkan karakteristik demografi. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, vol 11 (1), 27-34.
- American Diabetes Association. (2018). Standards Of Medical Care In Diabetes . *The Journal Of Clinical And Applied Research And Education*, 14-19.
- American Heart Association. (2013). Guideline for: Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Public Health*, Volume 124, No. 23.
- Arfa, M. (2013). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post-Operasi Appendisitis Di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. Hi. Aloe Saboe Kota Gorontalo. *Jurnal Keperawatan*, 109-114.
- Arianti, Anisa, R., & Erlina, M. (2020). Karakteristik Faktor Risiko Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisa di RS X Madiun. *Biomedika*, Volume 12 (1), 36-43.
- Aspiani, & Yuli, R. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Astuti, Y. E., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Hipervolemia Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, Vol 7, No.2, 101-221.
- Bambang, S. (2020). *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung*. Jakarta: PP PERKI.
- Brunner, & Suddarth. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Cahaya, Sari, & Susilo, Y. (2020). Studi Penggunaan Obat Golongan Beta-Blocker pada Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Ansari Saleh Banjarmasin. *Jurnal Farmasi Udayana*, Vol 9, No 2, 123-133.
- Cahyaningsih, A. L., & Amal, S. (2019). Evaluasi Terapi Insulin pada Penderita Diabetes Mellitus Gestasional di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Periode Oktober 2014-Oktober 2017. *Pharmaceutical Journal of Islamic Pharmacy*, Vol.2, No.2, 1-9.
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Djamil, A., Yuliana, D., & Arini, M. (2019, November). Distraksi Menonton Efektif Menurunkan Nyeri Ringan Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *Jurnal Kesehatan*, Vol 10, No 3, 459-465.

- Endang, S. P., & Rachmadi. (2015). Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Pembatasan Cairan Pada Terapi Hemodialisa. *Jurnal Ners*, 7(1), 24-30.
- Fany, A., & Arcellia, F. P. (2016). Jurnal Keperawatan Indonesia. *Pemantauan Intake Output Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dapat Mencegah Overload Cairan*, Volume 19 No.3, hal 152-160.
- Fany, A., & Arcellia, F. P. (2016). Pemantauan Intake Output Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dapat Mencegah Overload Cairan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 19 No.3, hal 152-160.
- Fatimah, R. (2019). Diabetes Melitus Tipe 2. *Indonesian Journal of Pharmacy*, 27 (2), 74-79.
- Fauziah, S., Dewi, A. I., Zuariyah, L., Shofa, V., Rahmawati, E., & Novita, R. (2018). Resiko Faktor Genetic Terhadap Kejadian CHF dan DM di Desa Bae Kabupaten Kudus. *Jurnal SMART Kebidanan*, 4 (2), 36-41.
- Fauziah, S., Dewi, A. I., Zuariyah, L., Shofa, V., Rahmawati, E., & Novita, R. (2018). Resiko Faktor Genetic Terhadap Kejadian Diabetes Mellitus Di desa Bae Kabupaten . *Jurnal SMART Kebidanan*, Vol 4, no (2), 119-125.
- Febtarini, R. (2018). Aspek Laboratorium Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 6 (1) : 14-22.
- Fendi, A., Suyanti, A. D., Abriyanti, R. M., Sofiani, Y., & Kamil, A. R. (2021, Desember). Penerapan “Sleep Education After Midnigth” Terhadap Peningkatan Kualitas Tidur Pasien DM Type 2 di RSUD Tarakan Jakarta. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan* , Vol. 11, No.2, 156-170.
- Hudak, G., & Gallo, B. (2015). *Critical Nursing a Holistic Approach*. Jakarta: EGC.
- Irmalita. (2015). *Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia.
- Ismoyowati, T. W., Teku, I. S., Banik, J. C., & Sativa, R. A. (2021, Januari). Manajemen Nyeri untuk Congestive Heart Failure. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes* , vol 12, no 1, 107-112.
- Janis, R., & Ade, Y. (2015). Hubungan Diabetes Melitus Dengan Kejadian Gagal Ginjal Kronik. *International Diabetes Federation*, Volume 4, No. 9, 27-34.
- Kasan, N., & Sutrisno. (2020). Efektifitas posisi semifowler terhadap penurunan respiratori rate pasien gagal jantung kronik. *Journal of TSCNers*, vol 5, no 1, 1-8.
- Kasron. (2014). *Kelainan Dan Penyakit Jantung pencegahan Serta Pengobatannya*. Yogyakarta: Nur Medika.

- Kasron, K., & Subroto, W. (2022). Penguatan Peran Kader Kesehatan Dalam Deteksi Dini Resiko Penyakit Jantung. *Jurnal Abdi Mercusuar*, Volume 2(1), hal 73-79.
- Kirithi, A. A., Yasmin, A. A., Artha, I. M., & Bhargah, A. (2019). Hipertensi Sebagai Prediktor Kejadian Kardiovaskular Mayor Pada Pasien Infark Miokard. *Intisari Sains Medis*, 10(3). 530–536.
- Muhammad, R. (2020). Analisis Karakteristik Nyeri Dada pada Pasien Sindroma Koroner Akut di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Journal of Medical Science*, Vol. 1, No. 1.
- Muttaqin, A. (2016). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem kardiovaskuler dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Noor, C., Setyo, P., Rusnoto, & N. L. (2021). Hubungan Diet Dan Aktivitas Fisik Dengan Tingkat Oedema Pasien Ckd Di Ruang Hemodialisa Rsu Kumala Siwi Kudus. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, Vol.12 No.1 (2021) 115-122.
- Potter, P., & Perry, A. (2011). *Fundamental Keperawatan Vol. 3 Edisi 7*. USA: Mosby Elsevier.
- PPNI, T. P. (2016). *Standar diagnosis keperawatan indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2016). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawatan Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2016). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawatan Nasional Indonesia.
- Rosdahl, B. C., & Kowalski, T. M. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Dasar, Gangguan Kardiovaskuler, Darah & Limfe, Kanker, Gangguan Muskuloskeletal, Alergi, Imun & Gangguan Autoimun, Terapi Oksigen, Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Rosfiati, E., Nurachmah, E., & Yulia, Y. (2015). Pengaruh Pijat Punggung terhadap Tingkat Kecemasan dan Kenyamanan Pasien Angina Pectoris Stabil Sebelum Tindakan Angiografi Koroner. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(2), 102-114.
- Salman, & Alfaridzi. (2021). Penerapan Data Mining Menggunakan Algoritma C4.5 Dalam Prediksi Penyakit Angin Duduk. *Jurnal Sistem Informasi*, VOL.13, NO.2.
- Sari IP, E. (2020). Efektivitas Senam Diabetes Terhadap Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus di Lamongan. *Indones J Heal Sci*, 4 (1), 50.
- Sartono, & Masudik. (2019). *Basic Trauma Cardiac Life Support*. Jakarta: Gadar Medik Indonesia.

- SDKI DPP PPNI, T. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Vol. Edisi III). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Serli, S. A. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Tn. J.R Dengan Diagnosa Medik Angina Pectoris Di Ruangan High Care Unit/Hcu Rsud. S.K. Lerik Kupang. *Journal of Medical Nurse*, 53-57.
- SIKI DPP PPNI, T. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- SLKI DPP PPNI, T. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Suarniati. (2019). Application of nursing care in patients with fluid and electrolyte need in hemodialisa room, Labuang Baji Makasaar's Hospital. *Journal of Health, Education and Literacy*, Voume 2 (1), hal 52-60.
- Suyono, S. (2015). *Diabetes mellitus di Indonesia, Dalam: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III. Edisi ke-5*. Jakarta: Interna Publishing.
- Thomas, D. (2015). Anorexia: Aetiology, Epidemiology and Management in Older People. *Drugs Aging. Journal of Medical Universal*, 557-570.
- Udjianti, W. J. (2017). *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: EGC.
- Vania, H. L. (2019). Chronic Kidney Disease. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 9 (3), 111-118.
- Watson, R. (2015). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Wijaya, A., & Putri, Y. (2017). *Keperawatan medikal Bedak 1*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Word Health Organization, W. (2017). *Gagal Ginjal Kronik Menurut WHO*. Dipetik Desember 4, 2022, dari <http://obatpenyakit.id>
- Yenny, K. (2015). Internal Medicine. *Penatalaksanaan Nutrisi Penyakit Ginjal Kronik Fokus Pada Diet Rendah Protein*, 50-62.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1

#### DAFTAR RIWAYAT HIDUP (CURRICULUM VITAE)

##### A. Identitas diri

Nama : Widya Ageng Sholeha

Tempat/tgl lahir : Pamekasan, 18 Mei 1999

Alamat : Perum TNI AL F7/10  
Rt.029 Rw.009,  
Kedungkendo, Candi,  
Sidoarjo

Nama Ayah : Purnomo Dahlan

Nama Ibu : Hayatun

No. Telepon : 085746113213

E-mail : widyaagengs@gmail.com



##### B. Riwayat pendidikan

1. Lulus Tahun 2005 : TK RA. MUSLIMAT AL-HIKMAH
2. Lulus Tahun 2011 : SDN SUGIHWARAS
3. Lulus Tahun 2014 : SMPN 1 CANDI SIDOARJO
4. Lulus Tahun 2017 : SMK SEKESAL SURABAYA
5. Lulus Tahun 2021 : Sarjana Keperawatan Institus Kesehatan Dan Bisnis  
Surabaya
6. 2022 – Sekarang : Sedang Menyelesaikan Program Studi Pendidikan  
Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya

## Lampiran 2

### MOTTO & PERSEMBAHAN

#### MOTTO

"Cobaan bukan alasan untuk berhenti mencoba. Ingat berserah, bukan menyerah."


#### PERSEMBAHAN

Kupersembahkan Karya Ilmiah Akhir yang sederhana ini kepada :

1. Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada saat penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Ayahku Purnomo Dahlan dan Ibuku Hayatun, yang telah membesarkan dan membimbing saya serta kasih sayang baik materi maupun moral hingga tidak pernah lelah memberiku semangat yang luar biasa untuk menjalani kehidupan.
3. Keluarga besar saya yang senantiasa memberi saya dukungan, semangat dan motivasi dalam mencapai cita – cita.
4. Sahabat saya dari masa SMP, Dhea Fatma, Nur Eva, Lisia Dewi, yang selalu memberi saya dukungan dan motivasi dalam menghadapi masalah yang muncul selama mengerjakan Karya Ilmiah Akhir ini, dan sekarang saya memiliki harapan untu masa depan yang lebih baik
5. Teman – teman seperjuangan Profesi Ners 2022/2023



## Lampiran 3

|  <p style="text-align: center;"><b>PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS<br/>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH<br/>SURABAYA</b></p> |   |
|--|---|
| <b>STANDART OPERASIONAL PROSEDUR</b>   | <b>PELAKSANAAN PEMASANGAN ELEKTROKARDIOGRAFI</b>  |
| <b>Pengertian</b>  | Elektrokardiografi (EKG) adalah grafik yang merekam potensial listrik pada jantung yang dihantarkan kepermukaan badan dan tercatat sebagai perbedaan potensial pada elektroda-elektroda pada kulit. Perbedaan potensial ini terjadi karena proses eksitasi yang tidak terjadi simultan pada seluruh jantung. Elektrokardiografi merepresentasikan aktivitas listrik total pada jantung yang direkam pada permukaan tubuh. Hal yang harus diingat adalah bahwa elektrokardiografi merupakan “gambaran” listrik suatu objek tiga dimensi (Baltazar, 2013) |
| <b>Tujuan</b>  | Tujuan pelaksanaan EKG adalah untuk mengukur dan merekam aktifitas jantung dan menilai efektivitas pengobatan penyaki jantung (Heru, 2008)  |
| <b>Indikasi</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angina pektoris atau nyeri dada</li> <li>2. Dada terasa ditekan/ diinjak</li> <li>3. Palpitasi ,frekuensi nadi &gt; 150x/menit</li> <li>4. Detak jantung lambat, nadi</li> <li>5. Kesulitan bernafas</li> <li>6. Cardiac arrest</li> </ol>  |
| <b>Kontraindikasi</b>  | Kontraindikasi utama pemasangan EKG adalah bila pasien menolak  |
| <b>Petugas</b>   | Perawat   |
| <b>Persiapan Alat</b>  | Persiapan Alat : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kapas dan alkohol.</li> <li>2. Mesin EKG beserta elektroda-elektrodanya.</li> <li>3. Pasta/ Gel EKG.</li> <li>4. Kertas grafik garis horizontal dan vertikal dengan jarak 1 mm. Garis lebih tebal terdapat pada setiap 5 mm.</li> <li>5. Lembar pelaporan hasil EKG.</li> </ol>  |
| <b>Persiapan Perawat</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan</li> <li>2. Perawat memberitahu tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> </ol>   |
| <b>Persiapan Pasien</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian penjelasan kepada pasien tentang tujuan dan prosedur pemeriksaan yang akan dilakukan.</li> <li>2. Sebaiknya istirahat 15 menitsebelum pemeriksaan.</li> <li>3. Bila menggunakan perhiasan/logam/gawai supaya dilepas dan diletakkan tidak dekat/menempel pada pasien</li> <li>4. Pasien diminta membuka baju bagian dada.</li> </ol>  |



|                 |  |
|-----------------|--|
|                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pasien dipersilakan tidur terlentang, posisi pemeriksa berada di sebelah kanan pasien.</li> <li>6. Pasien diusahakan untuk tenang dan bernafas normal. Selama proses perekaman tidak boleh bicara.</li> <li>7. Bersihkan daerah yang akan dipasang elektroda dengan kapas beralkohol.</li> <li>8. Oleskan pasta/gel EKG pada elektroda untuk memperbaiki hantaran listrik.</li> <li>9. Sebaiknya tidak merokok/makan 30 menit sebelumnya</li> </ol>  |
| <b>Prosedur</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasang elektroda sesuai dengan lead masing-masing       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lead ekstremitas bipolar dan unipolar (jangan sampai terbalik)           <ol style="list-style-type: none"> <li>Lead I, II dan III dipasang pada pergelangan tangan kanan dan kiri serta pergelangan kaki kanan dan kiri. Pergelangan tangan kanan dipasang elektroda yang berwarna merah [kutub (-)/(-) dan aVR]. Pergelangan tangan kiri dipasang elektroda yang berwarna kuning [kutub (-)/(+) dan aVL]. Pergelangan kaki kanan dipasang elektroda yang berwarna hitam (netral). Pergelangan kaki kiri dipasang elektroda yang berwarna hijau [kutub (+)/(+) dan aVF].</li> </ol> </li> <li>b. Lead prekordial (jangan sampai terbalik)           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasang lead V1 pada spatium intercostale IV linea parasternalis kanan</li> <li>2) Pasang lead V2 pada spatium intercostale IV linea parasternalis kiri</li> <li>3) Pasang lead V3 diantara V2 dan V4</li> <li>4) Pasang lead V4 pada spatium intercostale V linea medio klavikularis kiri</li> <li>5) Pasang lead V5 pada spatium intercostale V linea aksilaris anterior kiri.</li> <li>6) Pasang lead V6 pada spatium intercostale V linea aksilaris media kiri</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. Tekan tombol ID (Cardimax®)</li> <li>3. Isian untuk nomer ID: arahkan kursor ke tulisan ID kemudian tekan enter kemudian tekan ↑ atau ↓</li> <li>4. Isian untuk umur: arahkan kursor pada tulisan AGE kemudian tekan enter kemudian tekan ↑ atau ↓</li> <li>5. Isian untuk jenis kelamin: arahkan kursor pada tulisan SEX kemudian tekan enter kemudian tekan → atau ←</li> <li>6. Apabila tersedia komputer dan bisa disambungkan, isikan nama probandus. Pilih mode auto/manual kemudian tekan enter kemudian tekan mode lagi untuk keluar.       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Auto :tekan start tunggu sampai tercetak semua lead dan kesimpulan interpretasi hasil EKG</li> <li>b. Manual :tekan start untuk merekam satu persatu setiap lead secara manual kemudian tekan stop setelah didapatkan panjang elektrogram yang diinginkan (contohnya untuk merekam lead II panjang pada kasus aritmia)</li> </ol> </li> </ol> |

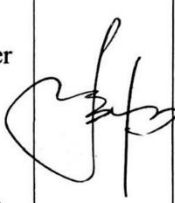
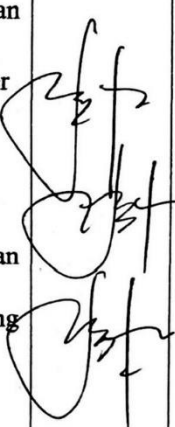
|                  |  |
|------------------|--|
|                  | <ol style="list-style-type: none"><li>7. Kalibrasi kertas EKG dengan kecepatan perekaman standar 25 mm/detik dan voltase 10 mm/milivolt (skala 1)</li><li>8. Rekam EKG dan hasil akan tampak pada kertas EKG. Lakukan interpretasi hasil EKG tersebut</li><li>9. Lepas semua lead dan bersihkan sisa pasta EKG dengan kapas beralkohol</li><li>10. Tuliskan keterangan nama pasien, tanggal dan jam pemeriksaan.</li></ol> |
| <b>Referensi</b> | Baltazar, R.F. (2013). Basic and Bedside Electrocardiography. Baltimore,MD : Lippincott Williams & Wilkins. Heru, A., (2008). Desain Alat Deteksi Dini Dan Mandiri Aritmia, Jurnal Teknologi Dan Managemen Informatika Volume 6.   |

## Lampiran 4

**LEMBAR KONSUL**  
**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA)**






Nama : Widya Ageng Sholcha, S. Kcp  
 NIM : 2230122  
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Unstable Angina Pectoris (UAP) + Chronic Kidney Disease (CKD)* di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya  
 Pembimbing lahan : Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns, M.Kep

| No | Hari/Tanggal            | Materi Konsultasi | Masukan Pembimbing   | Tanda Tangan   |
|----|-------------------------|-------------------|--|--|
| 1. | Senin, 26 Desember 2022 | BAB 1,2,3         | Konsul BAB 1,2,3   |   |
| 2. | Kamis, 29 Desember 2022 | BAB 1,2,3         | Revisi<br>Bab 1 :<br>1. Penyusunan patofisiologi sampai terbentuk masalah /kebutuhan/diagnose<br>2. Solusi keperawatan<br>3. Perbaikan rumusan masalah, tujuan umum, tujuan khusus sesuai panduan<br>Bab 2 :<br>4. Riwayat penyakit sekarang belum ditambahkan<br>5. Pemeriksaan fisik : umum dan per sistem<br>6. Intervensi keperawatan pada teori tidak ada waktu<br>Bab 3: |  |

|    |                            |                |  |  |
|----|----------------------------|----------------|--|--|
| 3. | Rabu, 11<br>Januari 2023   | Cover-lampiran | 7. Point pola fungsi kesehatan<br>8. Bullet diubah menjadi nomor<br>Konsul revisian dari cover sampai lampiran   |   |
| 4. | Rabu, 11<br>Januari 2023   | Cover-lampiran | Revisi<br>Bab 2 :<br>1. Pola fungsi kesehatan<br>2. Rasionalisasi pada table intervensi<br>Bab 3 :<br>3. Bullet diganti dengan nomor<br>4. Intervensi dibuat sesuai kasus<br>Bab 5 :<br>5. Saran bagi pasien dan mahasiswa |  |
| 5. | Kamis, 12<br>Januari 2023  | Cover-lampiran | Konsul revisian dari cover sampai lampiran   |  |
| 6. | Jumat, 13<br>Januari 2023  | Cover-lampiran | ACC, Lanjut Ujian  |  |
| 7. | Kamis, 19<br>Januari 2023  | BAB 1-5        | Revisi Ujian<br>Perbaiki penulisan dan sesuai dengan saran yang diberikan  |  |
| 8. | Sabtu, 04<br>Februari 2023 | CoverLampiran  | ACC  |  |



**LEMBAR KONSUL**  
**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA)**

Nama : Widya Ageng Sholcha, S. Kcp  
 NIM : 2230122  
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Unstable Angina Pectoris (UAP) + Chronic Kidney Disease (CKD)* di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya  
 Pembimbing lahan : Wijayanti S.kep.,Ns

| No | Hari/Tanggal            | Materi Konsultasi | Masukan Pembimbing  | Tanda Tangan  |
|----|-------------------------|-------------------|---|---|
| 1. | Sabtu, 24 Desember 2022 | BAB 3             | Konsul BAB 3  |    |
| 2. | Sabtu, 31 Desember 2022 | BAB 3             | Revisi :<br>1. Perbaiki judul KIA<br>2. BAB 3: perbaiki pengkajian riwayat penyakit, narasikan pengkajian b1-b6 dan sesuaikan dengan pemeriksaan I-P-P-A, tambahkan pemeriksaan penunjang (foto rontgen), tambahkan hasil CTR pada foto thorax, perbaiki analisa data, tambahkan evaluasi sumatif |   |
| 3. | Selasa, 03 Januari 2023 | Konsul BAB 3      | Konsul revision BAB 3   |  |
| 4. | Minggu, 08 Januari 2023 | Konsul BAB 3      | Revisi<br>1. BAB 3: perbaiki intervensi sesuaikan dengan keadaan pasien   |  |
| 5. | Rabu, 11 Januari 2023   | Konsul BAB 3      | Konsul revisian BAB 3<br>Revisi BAB 3   |  |

**LEMBAR KONSUL**  
**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA)**

Nama : Widya Ageng Sholeha, S. Kep  
 NIM : 2230122  
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) + *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya  
 Pembimbing lahan : Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep,Sp.KMB

| No | Hari/Tanggal              | Materi Konsultasi   | Masukan Pembimbing  | Tanda Tangan  |
|----|---------------------------|---------------------|---|---|
| 1. | Kamis, 19<br>Januari 2023 | Cover -<br>Lampiran | Revisi Ujian<br>1. Daftar isi 1 spasi<br>2. Tambahkan problem masalah pada latar belakang<br>3. Kerangka masalah 1 lembar saja<br>4. Quality nyeri pada pasien<br>5. Tambahkan diagnosa keperawatan penurunan curah jantung dan ketidakstabilan kadar glukosa darah |   |
| 2. | Senin, 03 April<br>2023   | Cover -<br>Lampiran | ACC   |  |