

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH :

TRIAMOKO
NIM . 1921015

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

2022

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

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



Oleh :

TRIATMOKO
NIM .1921015

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2022

SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 21 Februari 2022

TRIATMOKO
NIM.1921015

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku dosen pembimbing mahasiswa :

Nama : Triatmoko

NIM : 1921015

Program Studi : DIII Keperawatan

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

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd.Kep)

Surabaya, 21 Februari 2022

Pembimbing



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

NIP. 03054

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

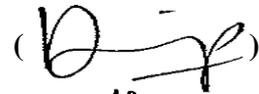
Nama : TRIATMOKO
NIM : 1921015
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. W dengan
Diagnosa Medis Unstable Angina Pectoris Di
Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

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

Hari, tanggal : 21 Februari 2022
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

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

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

()

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

()

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

()

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

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

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang ditentukan.

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

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

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

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

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

12. Sahabat-sahabat perjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang
Tuah Surabaya yang telah Memberikan dorongan semangat serta do'a
sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat
mengucapkan semoga hubungan persahabatan akan tetap terjalin
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu,
terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa' semoga Allah
SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam
proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 21 Februari 2022



TRIAMOKO
NIM.1921015

DAFTAR ISI

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

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

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium Ny. W tanggal 28 Januari 2022.....	43
Tabel 3. 2 Terapi obat Ny. W	Error! Bookmark not defined.
Tabel 3. 3 Analisa data Ny. W.....	45
Tabel 3. 4 Prioritas masalah Ny. W	47
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan	48
Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 3. 6 Evaluasi Sumatif.....	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Jantung.....	Error! Bookmark not defined.	1
Gambar 2. 2 Darah.....	Error! Bookmark not defined.	9
Gambar 3. 1 Hasil EKG Ny. W di IGD		42
Gambar 3. 2 Hasil EKG Ny. W di ICCU		42
Gambar 3. 3 Hasil Photo Thorax		43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standart Operasional Prosedur Elektrokardiografi (EKG)	78
---	----

DAFTAR SINGKATAN

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

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

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Rumusan Masalah

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

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

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

1.3.2 Tujuan Khusus

a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien Ny. W dengan

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

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

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi

manfaat:

1. Manfaat bidang Akademis

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

2. Manfaat Praktis

a. Bagi peneliti

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

b. Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

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

Bagi profesi kesehatan

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

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

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

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

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

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

b. Observasi

Data diambil melalui hasil pengamatan terhadap pemeriksaan kondisi pasien.

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber data

a. Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

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

4. Studi kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal

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

2. Bagian inti

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

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

3. Bagian akhir

Pada bagian ini berisi daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskuler

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

2.1.1 Anatomi Jantung

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

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

2.1.2 Struktur Jantung

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

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

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

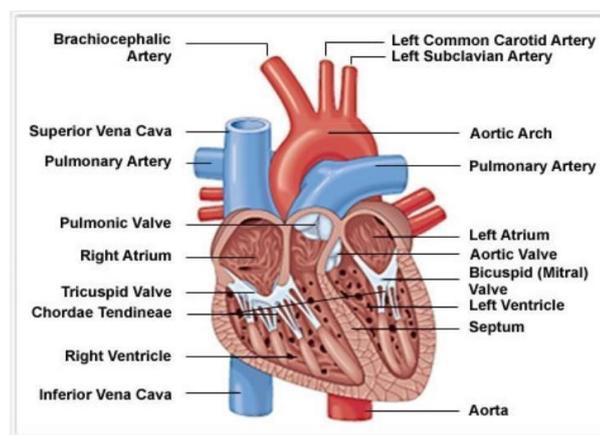
- b. Atrium sinistra, menerima pasokan darah yang mengandung oksigen dari paru-paru melalui vena pulmonalis. Tekanan pada atrium sinistra ini sekitar 4 sampai 12 mmHg dengan saturasi oksigen 98%.
- c. Ventrikel dextra, menerima pasokan darah dari atrium kanan dan memompa ke paru-paru melalui arteri pulmonalis.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

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

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

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

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



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

2.1.3 Pembuluh Darah Jantung

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

2.1.4 Darah

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

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

pembuluh darah.

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

2.1.5 Fisiologi Jantung

1. Sistem Konduksi

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

2. Koronaria Jantung

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

3. Vena Jantung

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

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

4. Siklus Jantung

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

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

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

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

5. Pengaturan Jantung

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

6. Faktor-faktor Penentu Kerja Jantung

Faktor yang mempengaruhi fungsi jantung untuk menentukan isi

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

7. Metabolisme Jantung

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

8. Aliran Arus Listrik

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

9. Denyut Prematur

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

10. Rangsangan Jantung Berirama

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

11. Irama Abnormal Jantung

- a. Kontraksi prematur-fokus ektopik
- b. Penyumbatan jantung terjadi karena transmisi impuls ke jantung terhambat pada titik-titik kritis. Blok atrioventrikular adalah blok jantung yang paling umum di situs atrioventrikular dan ventrikel dan hasil dari kerusakan serat penghubung AV atau bundel AV atau depresi lokal.
- c. Flutter dan fibrilasi adalah kontraksi atrium/ventrikel yang cepat dan tidak terkoordinasi. Kontraksi frekuensi rendah (200.300 denyut / menit) disebut flutter, dan kontraksi yang tidak terkoordinasi disebut fibrilasi. Itu karena pergerakan sirkus.
- d. Gerakan sirkus awalnya terjadi adanya rangsangan di satu bagian otot lalu menyebar ke lintasan lingkaran dan menjadi rangsangan berulang-ulang mengelilingi lingkaran.
- e. Fibrilasi atrium sering terjadi karena atrium mengalami pembesaran. Fibrilasi atrium ini menyebabkan ketidakseimbangan

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

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

12. Pengaruh Berbagai Ion pada Fungsi Jantung

a. Ion kalium

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

b. Ion kalsium

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

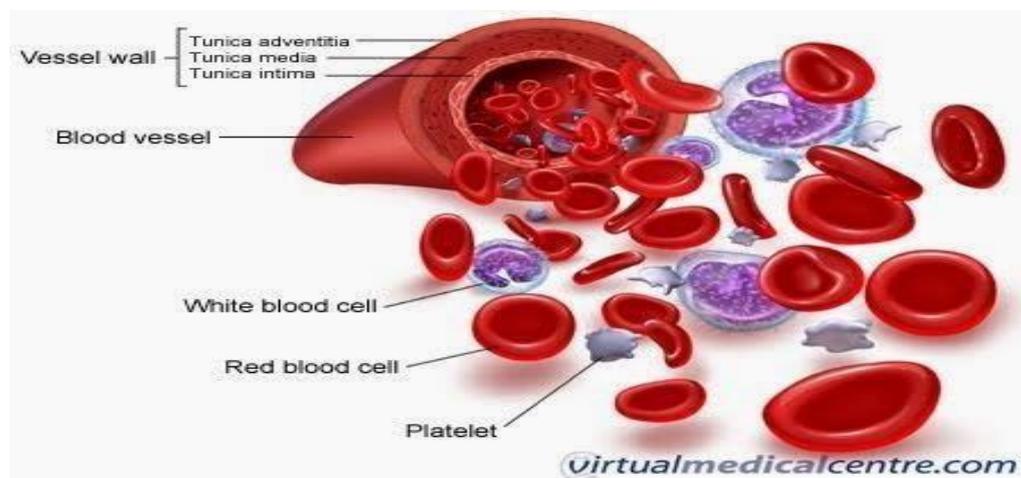
c. Ion natrium

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

karena fibrilasi jantung.

d. Suhu pada jantung

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



Gambar 2. 2 Darah (Syaifuddin, 2012)

2.2 Konsep Penyakit *Unstable Angina Pectoris* (UAP)

2.2.1 Pengertian

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

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

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

Tetapi pada umumnya dapat dibedakan 3 tipe angina yaitu:

1. Unstable angina (angina tak stabil / ATS)

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

2. Angina Pectoris Stabil

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

3. Variant angina

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

2.2.2 Etiologi

(Aspiani, Reni Yuli. (2017) menyatakan bahwa penyebab angina pektoris yaitu:

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

emosi, makan terlalu banyak, dan hipertiroidisme.

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

2.2.3 Manifestasi Klinik

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

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

2.2.4 Patofisiologi

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

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

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

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

2.2.5 Komplikasi

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

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

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

1) Pemeriksaan laboratorium

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

2) Elektrokardiogram (EKG)

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

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

3) Foto rontgen dada

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

4) Arteriografi koroner

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

5) Uji latihan (*Treadmill*)

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

6) *Thallium Exercise Myocardial Imaging*

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

2.2.7 Penatalaksanaan

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

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

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

2.3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.3.1 Pengkajian

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

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

dengan aktivitas).

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

f. Pengkajian Psikososial

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

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

kesulitan biaya ekonomi, atau kesulitan coping dengan stresor yang ada

g. Pemeriksaan fisik

1. B1 (Breathing)

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

2. B2 (Sirkulasi)

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

3. B3 (Neurologi)

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

4. B4 (Perkemihan)

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

5. B5 (Gastrointestinal)

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

6. B6 (Integumen)

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

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

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

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

suplai dengan kebutuhan oksigen.

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

2.3.3 Perencanaan keperawatan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. (Ackley et al dalam PPNI, 2017). **Tujuan:** menunjukkan toleransi aktivitas meningkat dengan **Kriteria Hasil (L.05047 hal. 149):** Tanda-tanda vital dalam batas normal, lelah menurun, dispnea saat aktivitas maupun setelah aktivitas menurun. **Intervensi (1.05186 hal. 415):** ukur tanda-tanda vital sebelum dan setelah aktivitas, observasi adanya disritmia, pucat, catat keluhan yang dialami selama dan setelah aktivitas, anjurkan istirahat yang cukup, bantu klien melakukan aktivitas sesuai kemampuan.

2.3.4 Implementasi Keperawatan

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

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

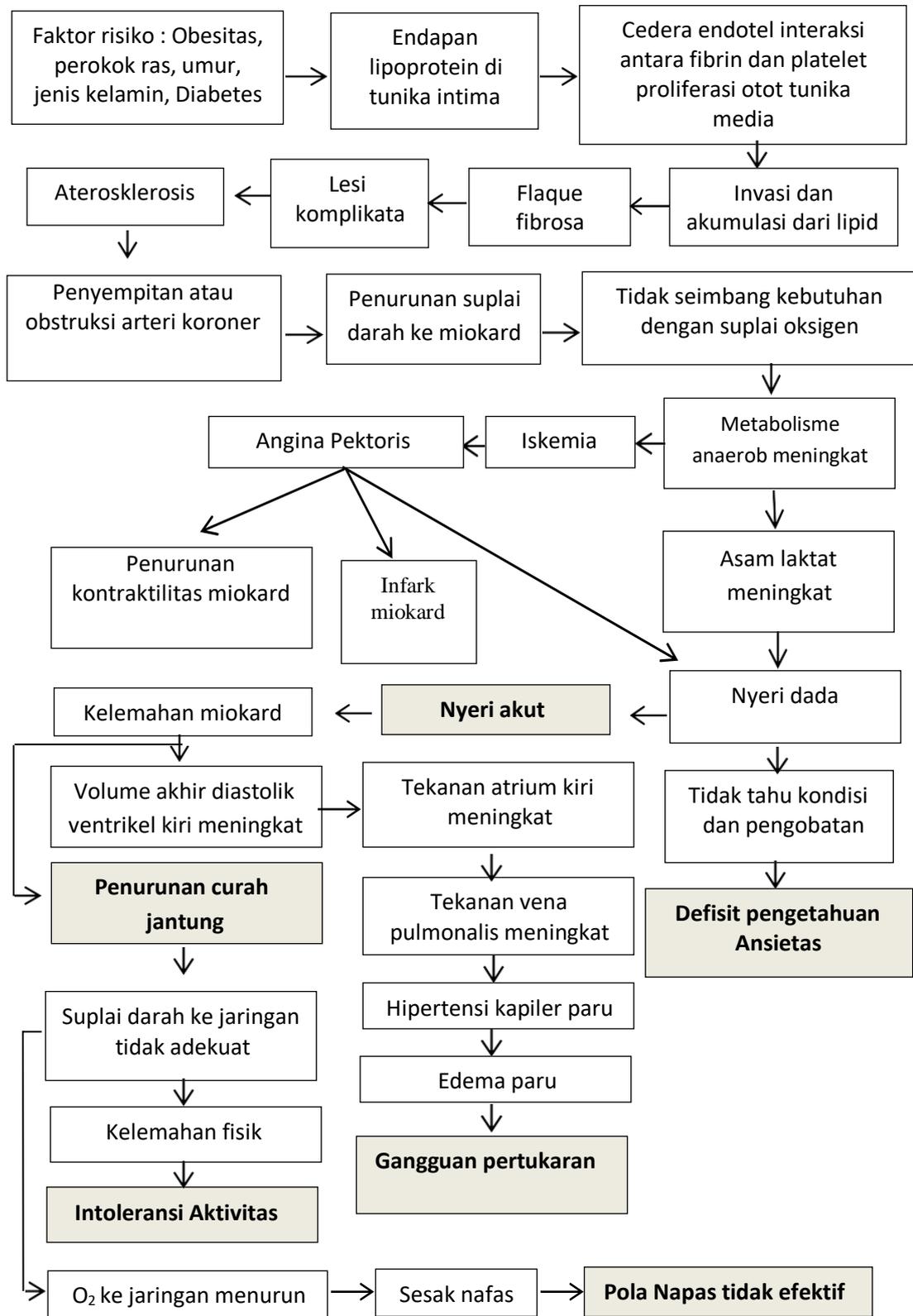
Menurut Muttaqin (2014), hasil yang diharapkan dari proses keperawatan pada klien Unstable Angina Pectoris (UAP) adalah :

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

volume cairan : Tidak sesak, tidak ada edema ekstremitas.

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

2.4 WOC



Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015

BAB III

TINJAUAN KASUS

Berikut ini penyajian hasil gambaran nyata mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis UAP. Penulis melakukan pengkajian pasien mulai pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 22.30 WIB sampai dengan 19 Januari 2022 di Ruang ICCU Rumah Sakit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien Ny. W dengan diagnosa medis UAP dan No. Rekam Medik 68-XX-XX.

3.1 Pengkajian

Pasien masuk di Ruang ICCU Rumah Sakit RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 17 Januari 2022. Penulis mulai melakukan pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 07.00 WIB pada pasien Ny. W dengan diagnosa medis UAP dengan No. Rekam Medik 68-XX-XX.

3.1.1 Identitas

Pasien bernama Ny. W berusia 56 tahun. Pasien adalah seorang perempuan yang sudah berstatus kawin. Pasien berasal dari suku Jawa dan beragama Islam. Pendidikan terakhir SMA. Pasien sebagai Ibu Rumah Tangga dan bertempat tinggal di Surabaya.

3.1.2 Riwayat Sakit

a. Keluhan utama

pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 16 Januari 2022 badan merasa lemas,

dada sebelah kiri terasa panas sejak pagi **P** : pada saat Ny. W sedang tidur-tiduran, **Q** : Seperti ditusuk-tusuk, **R**: di dada sebelah kiri tembus kebelakang, **S** : 4 (Skala 1-10), **T** : nyeri terus menerus tidak berkurang. Keesokan harinya pada tanggal 17 Januari 2022 pasien diantar suami pergi ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan dilakukan tindakan pemeriksaan KU pasien lemah keadaan kompos mentis, tanda-tanda vital TD : 163/80 mmHg, nadi : 96 x/menit, suhu : 36,5⁰C, RR : 21 x/menit, SPO₂ : 99%, GCS : 456, Lab, EKG, foto thorax dan pasien diberikam terapi Omeprazol 40mg, Aspilet 320mg, Tricagrelor 180mg, Atorvastatin 40mg, captropil 25mg, cedocard 0,5 pump, terpasang Abocath No. 22, dan pengambilan sampel darah lengkap. Setelah dilakukan pemeriksaan px dinyatakan sakit jantung dan harus MRS di ICCU untuk mendapatkan perawatan intensif, pukul 22.30 WIB pasien diarahkan pindah ke Ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

c. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit sakit HT dan DM 1 tahun yang lalu dengan minum obat rutin, riwayat hipertensi pasien mengkonsumsi obat oros, clonidine, valsartan dan diabetes melitus pasien mengkonsumsi obat gliquidone.

d. Riwayat kesehatan keluarga

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

e. Riwayat alergi

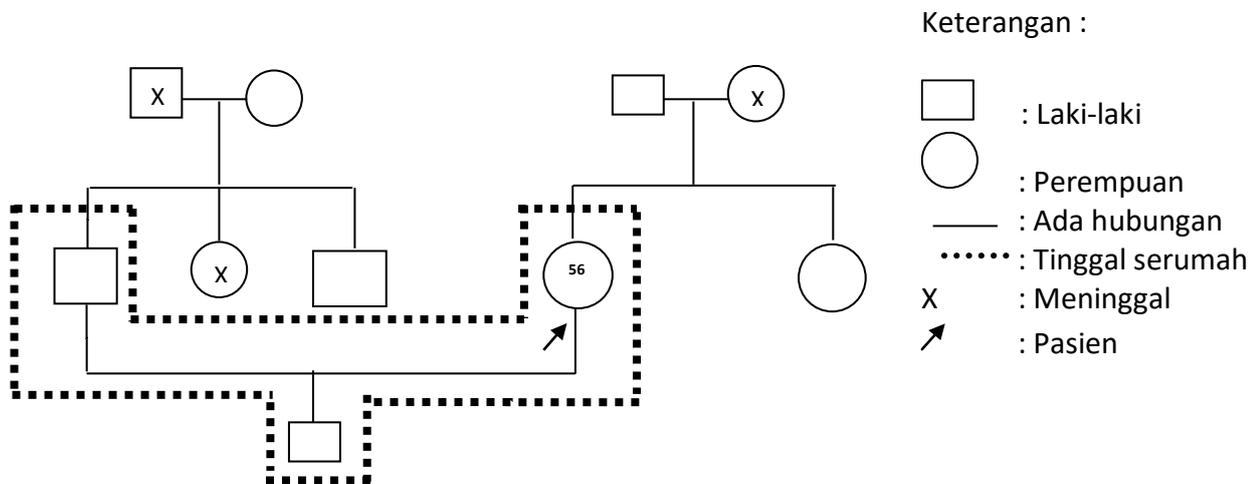
Pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak memiliki riwayat

alergi terhadap makanan dan obat-obatan.

f. Keadaan umum

Keadaan umum pasien lemah dengan kesadaran compos mentis. Hasil tanda – tanda vital tekanan darah 161/78 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,2 °C, RR 21 x/menit dengan irama reguler.

g. Genogram



3.1.3 Pemeriksaan Fisik

Keadaan pasien tampak baik, kesadaran pasien compos mentis, GCS E: 4, V: 5, M: 6 total: 15, pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah : 161/78 mmHg, nadi : 100x/menit, RR : 20x/menit, suhu : 36,2⁰C, pemeriksaan antropometri tinggi badan : 143 cm, berat badan : 50 kg IMT : 20.8 cm.

1. **B1 (*Breathing*)/pernapasan**

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

Masalah Keperawatan : Tidak masalah keperawatan.

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

Tidak ada pendarahan, tidak ada edema, CRT <2 detik, akral dingin, nadi perifer teraba lemah, nadi : 100x/menit, irama jantung regular, tidak ada bunyi jantung tambahan. tekanan darah : 161/78 mmHg

Masalah keperawatan : Risiko Penurunan curah jantung (SDKI 2016, hal 41/D.0011).

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

Kesadaran pasien compos mentis, GCS eye : 4, verbal : 5, motorik : 6, total : 15. pupil isokor, tidak ada kejang. Pasien mengatakan

kepalanya pusing. Pasien merasa nyeri pada bagian dada sebelah kiri, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul pada saat Ny. W tidur tiduran, skala nyeri : 2, nyeri terasa terus menerus.

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

4. B4 (Bladder)

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

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

5. B5 (Bowel)

Pasien mengatakan sakit perut Skala 4, celkit – celkit menetap, Pasien Mual dan Muntah (cair \pm 50cc berwarna kuning), pasien tampak meringis, tidak ada kembung, pasien BAB tekstur lembek, warna kuning, sebelum masuk rumah sakit, tidak ada nyeri pada abdomen, nafsu makan pasien berkurang, berat badan : 45 kg, Tinggi badan 147 Cm, IMT : 20,8.

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

6. B6 (Bone)

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

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

Keterangan :

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

Masalah keperawatan : Intoleransi aktivitas (SDKI 2016, hal 128/D.0056).

7. Sistem endokrin

Tidak ada pemebesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar, tidak ada luka gangren, tidak ada pus, tidak ada bau, Gula darah sewaktu tinggi 131 (Normal 74-106)

Masalah keperawatan : ketidakstabilan kadar glukosa darah (SDKI 2016, hal 71/D 0027)

8. Psikososial

Pasien mengatakan beragama islam dan yakin bahwa sakitnya adalah ujian dari ALLAH dan yakin selama di rumah sakit, sakitnya akan membaik dan kebutuhan dasar sehari – hari selama di rumah sakit tercukupi.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

9. Personal hygiene

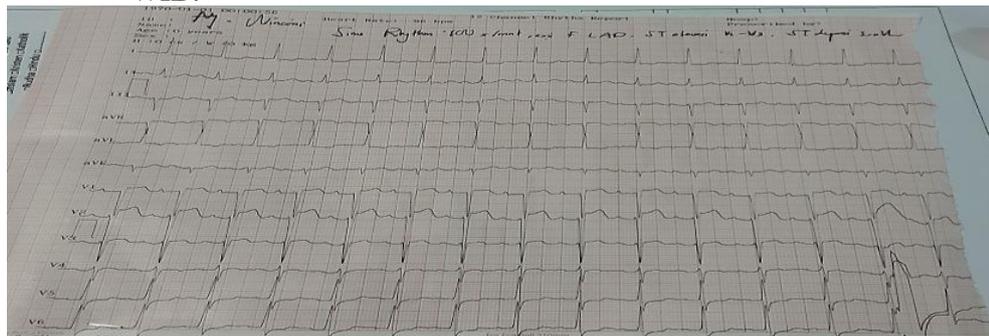
	SMRS	MRS
Mandi	2x sehari	2x sehari
Keramas	2x sehari	2x sehari
Menggosok gigi	3x sehari	3x sehari
Toileting/eliminasi	±3x sehari	±3x sehari
Menyisir rambut	5x sehari	5x sehari
Memotong kuku	1x seminggu	1x seminggu

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

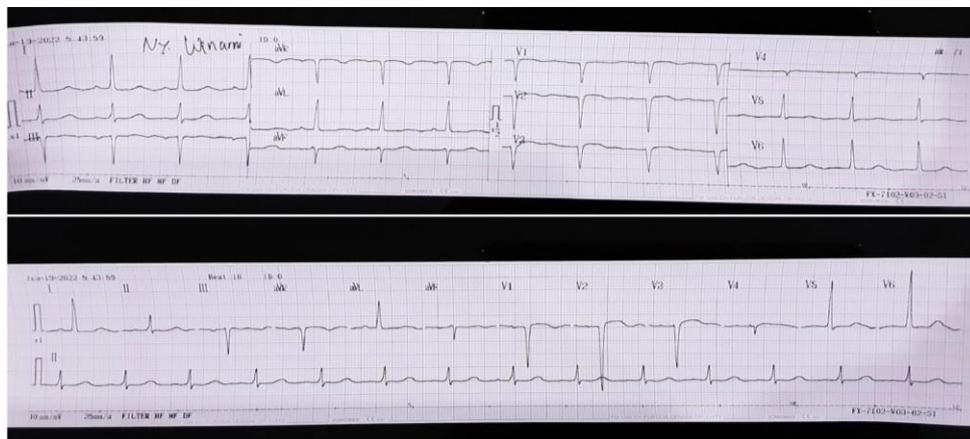
1. Pemeriksaan EKG

- a. Pemeriksaan EKG pada Ny. W, 17-01-2022 di IGD pukul 12:16 WIB.



Gambar 3. 1 Hasil EKG QS V1-V3, Milt ST elevasi V1-V3.

- b. Pemeriksaan EKG pada Ny. W tanggal 18-01-2022 di Ruang ICCU



Gambar 3. 2 Hasil EKG QS III aVF, V1-V4 (OMI inferior dan Anteroseptal.)

2. Laboratorium

Tabel 3. 1 Hasil pemeriksaan Laboratorium Patologi pada Ny. W tanggal 17 Januari 2022.

Pemeriksaan		Hasil	Nilai Normal
Hematologi Darah Lengkap	Hb	12.30 g/dl	12-15
	Leukosit	5.49/mm ³	4.00 – 10.00
	Trombosit	266.00/mm ³	150 – 450
	Hematrokrit	34.80 %	37 – 47
Kimia Klinik	GDS	131	74-106
	BUN	24 mg/dl	10 – 24
	CREATININ	1.18 mg/dl	0.6-1.5
	SGOT	24 U/L	< 35
	SGPT	11 U/L	< 37
K/NA/CL	Natrium	123.7 mmol/L	135 – 147
	Kalium	3.72 mmol/L	3.0 – 5.0
	Chloride	84.7 mmol/L	95 – 105
	Swab antigen	NEGATIF	NEGATIF

3. Photo Thorax

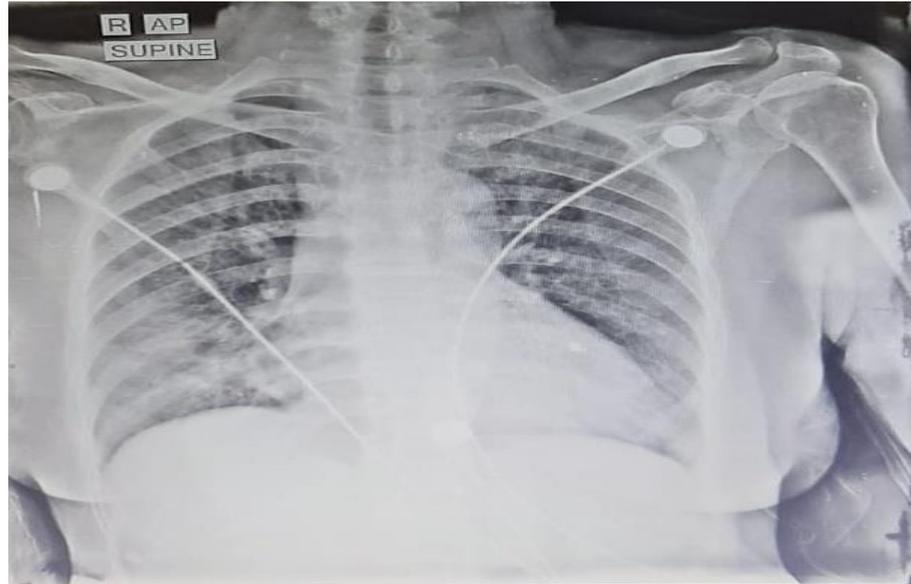
Pemeriksaan photo thorax Ny. W tanggal 17 Januari 2022

COR : Besar dan bentuk normal

Pulmo : broncho vascular pattern meningkat

Kedua sinus phrenicocostalis tajam

Hasil pemeriksaan : Cardiomegali = 58%



Gambar 3. 3 Hasil Photo Thorax Pada Ny. W

3.1.5 Terapi Obat

Tabel 3. 2 Pemberian terapi obat pada Ny. W di ruang ICCU RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Hari/Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
Senin, 17 Januari 2022	Novorapid 3ml	3x1	Diabetes
	Valsartan 80 mg	1x1	Hipertensi, gagal jantung
	Nitrokaf 5mg	2x1	Nyeri dada (Angina)
	Diviti 2,5mg	1x1	Anemia
	Primperan	2x1	Meredakan Mual
	Inpepsa Sucralfate 100ml	3x1	Asam lambung, Nyeri dada, Maag
	Omeprazole	2x1	Asam lambung
	Adalat oros 30mg	1x1	Nyeri dada (Angina)
	Ondancetron 4mg	2x1	Mencegah mual
	Lanzoprazole	1x1	Asam lambung
	Clopidogrel 75mg	1x1	Stroke, gangguan jantung
	Ramipril 2,5mg	1x1	Tekanan darah tinggi, gagal jantung
	Concor 2,5mg	1x1	Tekanan darah tinggi, angina pectoris, gagal jantung
	Atorvastatin 20mg	1x1	Kolesterol & Lemak jahat
	Arixtra 2,5mg	1x1	Pembekuan darah vena
	Cedocard 1mg	perjam	Gagal jantung, angina
	Thrombo Aspilet 80mg	1x1	Nyeri sakit kepala
	Brilinta 90mg	1x1	Infark miokard, stroke
	CPG 75mg	1x1	Mengencerkan darah
	Infus NS 500ml	imm	Mengganti cairan

3.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 3 Analisa data.

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. W mengeluh nyeri dada sebelah kiri dan perut - Skala Nyeri (PQRST) <p>P : pada saat tidur-tiduran. Q : Seperti ditusuk-tusuk dan celkit-celkit R : di dada tembus kebelakang dan di perut S : 2 (Nyeri dada) 4 (Nyeri perut) T : terus menerus dan menetap</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. W tampak meringis - Ny. W nafsu makan berkurang - N : 100 x/menit - TD : 161/78 mmHg 	<p>Agen pencedera fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut (SDKI 2016. Hal 172/D.0077)</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengeluh pusing <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS 131(Normal 74-106) Tanggal 17 Januari 2022 	<p>Hiperglikemia : Gangguan toleransi glukosa darah</p>	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (SDKI 2016, hal 71/D.0027)</p>
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badan terasa lemas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Px bed rest - ADL dibantu - Px tampak lemas 	<p>Tirah baring</p>	<p>Intoleransi Aktivitas (SDKI 2016, hal 128/D.0056)</p>

4.	Faktor risiko: <ul style="list-style-type: none">- Nadi perifer teraba lemah- Nadi 100x/Menit- tekanan darah : 161/78 mmHg- Cardiomegali = 58%		Risiko Penurunan curah jantung (SDKI 2016, hal 41/D.0011)
-----------	--	--	--

Prioritas Masalah

Tabel 3. 4 Prioritas masalah keperawatan.

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Akut (SDKI 2016, Hal 172/D.0077)	17 Januari 2022	Sebagian	<i>Tri at</i>
2.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (SDKI 2016, hal 71/D.0027)	17 Januari 2022	Belum teratasi	<i>Tri at</i>
3.	Intoleransi Aktivitas (SDKI 2016, hal 128/D.0056)	17 Januari 2022	Sebagian	<i>Tri at</i>
4.	Risiko Penurunan curah jantung (SDKI 2016, hal 41/D.0011)	17 Januari 2022	Sebagian	<i>Tri at</i>

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

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

			(SIKI 2018, Hal. 201-202/1.09238)	
2.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia : Gangguan toleransi glukosa darah (SDKI 2016, hal 71/D.0027)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka, Tingkat kestabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Lelah/lesu menurun 2. Kadar glukosa dalam darah membaik (SLKI 2018, Hal 43/L.03022)	<i>Observasi</i> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu <i>Terapeutik</i> 3. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <i>Kolaborasi</i> 4. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin (Novorapid) (SIKI 2018, Hal. 180/1.03115)	1. Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia. 2. Memantau kadar glukosa darah pada pasien. 3. Mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. 4. Berkolaborasi dengan tim kesehatan untuk memberikan insulin
3.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Tirah baring (SDKI 2016, hal 128/D.0056)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka, Tingkat Toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi	<i>Observasi</i> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola jam tidur <i>Terapeutik</i> 3. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah	1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola jam tidur 3. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Cahaya, Suara)

		<p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Keluhan lelah menurun 3. Perasaan lemah menurun <p>(SLKI 2018, Hal 149/L.05047)</p>	<p>dan berjalan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan tirah baring <i>Kolaborasi</i> 5. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>(SIKI 2018, Hal. 176/1.05178)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan tirah baring 5. Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
4.	<p>Risiko Penurunan curah jantung (SDKI 2016, hal 41/D.0011)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Takikardia menurun 2. Lelah menurun 3. Tekanan darah membaik <p>(SLKI 2018, hal 20/L.02008)</p>	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda/gejala primer penurunan curah jantung (kelelahan) 2. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ostostatik, jika perlu) 3. Monitor intake dan output cairan <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi <p><i>kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat (Concor, CPG) <p>(SIKI 2018, hal 317/1.02075)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya tanda/gejala penurunan curah jantung seperti kelelahan. 2. Monitor tekanan darah. 3. Monitor intake dan output cairan. 4. Memposisikan pasien semi-fowler/fowler 5. Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi 6. Membantu meminimalkan rasa nyeri yang dialami pasien.

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan

No Dx	Waktu (tgl & jam)	Tindakan	Paraf	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1.	17-01-2022 07.15 07.30 07.45 09.00 11.10 12.00 14.00	1. Timbang terima dengan Dinas Malam 2. Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri. P : pada saat tidur-tiduran. Q : Seperti ditusuk-tusuk dan celkit-celkit R : di dada tembus kebelakang dan di perut T : terus menerus dan menetap 3. Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri. Skala nyeri : 2 (Nyeri dada) 4 (Nyeri perut) 4. Mengonsultasikan dengan dokter penyakit dalam a/p : Primperan 2x1Amp. 5. Memeberi pasien Inj. Primperan 1 Amp perinfus 6. Mengevaluasi pemberian Inj. Primperan (tidak ada alergi) 7. Menjelaskan penyebab dari nyeri	<i>Tri at</i>	18-01-2022 07.00	S : Ny. W mengatakan nyeri di dada dan di perut berkurang P : pada saat tidur - tiduran. Q : Seperti ditusuk-tusuk dan celkit-celkit R : di dada tembus kebelakang dan di perut S : 1 (Nyeri dada) 2 (Nyeri perut) T : terus menerus dan menetap - Ny. W melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul. O : - Ny. W dapat tidur meskipun hanya sebentar.	<i>Tri at</i>

		yang dirasakan pasien.				
14.20	8.	Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan				- N : 73 x/menit - S : 36,5°C - RR : 22 x/menit A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan
15.00	9.	Memfasilitasi pasien untuk istirahat (memberikan posisi tidur semi Fowler 30 derajat).				
15.30	10.	Mengobservasi reaksi ketidaknyamanan secara non verbal : pasien terlihat tampak tidur kadang terbangun akibat perut terasa sakit seperti ditusuk-tusuk				
17.00	11.	Memberikan Inj. Ondacentron 4 mg				
18.00	12.	Memberikan obat oral (Omeperazole 1 cap, adalat oros 30mg, Sucralfat 1 sdm)				
18.45	13.	Melaporkan ke Dokter penyakit dalam keluhan pasien perut terasa sakit, melilit dan sebah a/p : Inj. Tramadol 1 amp (extra)				
19.00	14.	Memonitoring TTV dan gambaran EKG				
20.00	15.	Menganjurkan pasien untuk istirahat malam				
21.20	16.	Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan				

	18-01-2022 05.00 06.30	17. Memberikan Inj. Ondancentron 4 mg, primperan 2 mg 18. Memberikan obat oral (Omeperazole 1 cap, adalat oros 30mg, Sucralfat 1 sdm, CPG)				
2	17-01-2022 07.25 08.15 11.10 18-01-2022 06.30	1. Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia 2. Memantau kadar glukosa darah pada pasien. GDA senin dan kamis 3. Mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. 4. Memberikan insulin (concor 1x2,5, Ramipril 1x10)	<i>Tri at</i>	18-01-2022 07.00	S : - Ny. W mengatakan badan masih terasa lemas - Ny. W masih mengeluh pusing O : - Nadi : 73 x/menit - S : 36,5°C - RR : 22 x/menit - SPO2 : 100 % A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi.	<i>Tri at</i>
3.	17-01-2022 08.10 10.15 11.15	1. Memberikan lingkungan yang nyaman (Suhu ruangan, Cahaya, Suara) 2. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan meliputi abdomen 3. Monitor pola jam tidur	<i>Tri at</i>	18-01-2022 07.00	S : - Ny. W mengatakan badan masih terasa lemas O : - Nadi : 73 x/menit - RR : 22 x/menit - SPO2 : 100 % A : masalah belum teratasi.	<i>Tri at</i>

	11.30 16.00 17.10 17.44 23.10 18-01-2022 05.30 06.30	4. Menganjurkan tirah baring 5. Melakukan kebutuhan kebersihan diri pada pasien dengan menyeka, mengganti baju, dan merapikan tempat tidur 6. Memberikan kebutuhan nutrisi pada pasien dengan memberikan asupan makanan diet NT TKTP RG RL (habis ½ porsi dan minum 200 cc) 7. Membantu pasien BAB 8. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi ketidaknyamanan (Suhu ruangan, Cahaya, Suara) 9. Membantu ADL pasien (menyeka) dan merapikan tempat tidur 10. Memberikan kebutuhan nutrisi pada pasien dengan memberikan asupan makanan diet NT TKTP RG RL (habis ½ porsi dan minum 200 cc)			P : lanjutkan intervensi.	
4	17-01-2022 07.25 13.00	1. Monitor tekanan darah. TD : 175/87 mmHg 2. Monitor intake dan output cairan.	<i>Tri at</i>	18-01-2022 07.00	S : - Ny. W mengatakan badan terasa lemas O :	<i>Tri at</i>

	09.00	3. Membuang urine Up. 500 CC			- TD : 173/92 mmHg	
	10.00	4. Mengidentifikasi adanya tanda/gejala penurunan curah jantung meliputi kelelahan.			- Input : 1000cc	
	11.35	5. Memposisikan pasien semi-fowler/fowler			- Output : 13000cc	
	23.00	6. Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi			Balance cairan/24jam : 1000cc	
	14.15	7. Memberikan terapi Inj. arixtra 1x2,5 sc			- 1300cc = -300cc	
	17.15	8. Monitor tanda-tanda Vital			A : masalah belum teratasi.	
	21.10	9. Tensi : 195/140			P : lanjutkan intervensi.	
		Nadi : 95				
		Suhu : 36,5				
	18-01-2022	10. Membuang urine Up 400 CC				
	00.00	11. Monitoring TTV :				
	02.00	TD : 156/70				
	06.00	N : 90				
		S : 36,5				
		12. Membuang urine pasien Up 200 cc				
		11. Monitoring EKG dan TTV				
		12. Monitoring balance cairan, mmembuang urine pasien Up 200 cc				
1.	18-01-2022			19-01-2022		
	07.15	1. Timbang terima dengan Dinas Malam	<i>Tri at</i>	07.00	S : Ny. W mengatakan nyeri di perut berkurang	<i>Tri at</i>
	07.30	2. Mengidentifikasi lokasi nyeri dan			P : pada saat tidur -	

		<p>skala yang muncul saat nyeri. P : pada saat tidur-tiduran. Q : Seperti ditusuk-tusuk dan celkit-celkit R : di dada tembus kebelakang dan di perut T : terus menerus dan menetap</p>			<p>tiduran. Q : Seperti ditusuk-tusuk dan celkit-celkit R : di dada tembus kebelakang dan di perut S : 1 (Nyeri dada) 1 (Nyeri perut) T : terus menerus dan menetap</p>	
07.45	3.	Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri. Skala nyeri :			-	
		1 (Nyeri dada)				
		2 (Nyeri perut)				
11.10	4.	Memberi pasien Inj. Primperan 1 Amp perinfus				
12.00	5.	Mengevaluasi pemberian Inj. Primperan (tidak ada alergi)				
14.00	6.	Menjelaskan penyebab dari nyeri yang dirasakan pasien.				
14.20	7.	Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan				
15.00	8.	Memfasilitasi pasien untuk istirahat (memberikan posisi tidur semi Fowler 30 derajat).				
15.30	9.	Mengobservasi reaksi ketidaknyamanan secara non verbal : pasien terlihat tampak tidur kadang terbangun akibat perut terasa sakit seperti ditusuk-tusuk				
17.00	10.	Memberikan Inj. Ondancetron 4				
						<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. W dapat tidur pulas - N : 68 x/menit - S : 36,5°C - RR : 20 x/menit <p>A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan</p>

	18.00	11. mg Memberikan obat oral (Omeperazole 1 cap, adalat oros 30mg, Sucralfat 1 sdm, Nitrokaf 5mg, Atorvastatin 20mg)				
	19.00	12. Memonitoring TTV dan gambaran EKG				
	20.00	13. Menganjurkan pasien untuk istirahat malam				
	21.20	14. Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan				
	19-01-2022					
	05.00	15. Melakukan tindakan EKG				
	06.30	16. Memberikan obat oral (Nitrokaf 5mg, Omeperazole tab, Sucralfat 1 sdm, CPG)				
2	18-01-2022			19-01-2022		
	07.25	1. Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia	<i>Tri at</i>	07.00	S : - Ny. W mengatakan badan masih terasa lemas - Ny. W masih mengeluh pusing	<i>Tri at</i>
	08.15	2. Memantau kadar glukosa darah pada pasien. GDA senin dan kamis				
	11.10	3. Mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk.			O :	
	19-01-2022				- Nadi : 68 x/menit	
	05.10	4. GDA stik : 332			- S : 36,5°C	
	06.00	5. Lapor ke dokter penyakit dalam			- RR : 20 x/menit	
					- SPO2 : 100 %	

	06.30	6. Memberikan insulin (concor 2,5mg, Ramipril 10mg)			- GDA stik : 332 A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi.	
3.	18-01-2022 08.10 10.15 11.15 11.30 16.00 17.10 23.10	1. Memberikan lingkungan yang nyaman (Suhu ruangan, Cahaya, Suara) 2. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan meliputi abdomen 3. Monitor pola jam tidur 4. Menganjurkan tirah baring 5. Melakukan kebutuhan kebersihan diri pada pasien dengan menyeka, mengganti baju, dan merapikan tempat tidur dan memastikan SP cedocars 1mg/jam sudah habis 6. Memberikan kebutuhan nutrisi pada pasien dengan memberikan asupan makanan diet NT TKTP RG RL (habis ½ porsi dan minum 200 cc) 7. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi ketidaknyamanan (Suhu ruangan, Cahaya, Suara)	<i>Tri at</i>	19-01-2022 07.00	S : - Ny. W mengatakan badan terasa lemas berkurang O : - Nadi : 68 x/menit - RR : 20x/menit - SPO2 : 100 % A : masalah teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi.	<i>Tri at</i>

	19-01-2022 05.30 06.30	8. Membantu ADL pasien (menyeka) dan merapikan tempat tidur 9. Memberikan kebutuhan nutrisi pada pasien dengan memberikan asupan makanan diet NT TKTP RG RL (habis ½ porsi dan minum 200 cc)				
4	18-01-2022 07.25 09.00 10.00 11.35 13.00 14.15 17.15 21.10 23.00	1. Monitor tekanan darah. TD : 155/70 mmHg 2. Mengidentifikasi adanya tanda/gejala penurunan curah jantung meliputi kelelahan. 3. Memposisikan pasien semi-fowler/fowler 4. Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi 5. Membuang urine Up. 200 CC 6. Monitor tanda-tanda Vital Tensi : 188/89 Nadi : 75 Suhu : 36,5 7. Membuang urine Up 300 CC 8. Monitoring TTV : TD : 166/77 N : 75 S : 36,2 9. Memberikan terapi Inj. arixtra	<i>Tri at</i>	19-01-2022 07.00	S : - mengatakan badan terasa lemas berkurang O : - TD : 127/78 mmHg - Input : 1100cc - Output : 1000cc Balance cairan/24jam : 1100cc - 1000cc = +100cc A : masalah teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi.	<i>Tri at</i>

	19-01-2022 00.00 00.10 02.00 05.45	1x2,5 sc 10. Memberikan Inj. Primperan perinfus 11. buang urine pasien Up 200 cc 12. Monitoring EKG dan TTV 13. Monitoring balance cairan, mmembuang urine pasien Up 300 cc				
1.	19-01-2022 07.15 07.30 07.45 11.10 12.00 14.05	1. Timbang terima dengan Dinas Malam 2. Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri. P : pada saat tidur-tiduran. Q : Seperti ditusuk-tusuk dan celkit-celkit R : di dada tembus kebelakang dan di perut T : terus menerus dan menetap 3. Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri. Skala nyeri : 1 (Nyeri dada) 1 (Nyeri perut) 4. Memeberi pasien Inj. Primperan 1 Amp perinfus 5. Mengevaluasi pemberian Inj. Primperan (tidak ada alergi) 6. Menggunakan strategi komunikasi	<i>Tri at</i>	19-01-2022 15.30	S : Ny. W mengatakan nyeri di dada dan di perut masih ada P : pada saat tidur - tiduran. Q : Seperti ditusuk-tusuk dan celkit-celkit R : di dada tembus kebelakang dan di perut S : 1 (Nyeri dada) 1 (Nyeri perut) T : terus menerus dan menetap - Ny. W melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul.	<i>Tri at</i>

	14.10	7. Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. W dapat tidur pulas - N : 64 x/menit - S : 36,5°C - RR : 20 x/menit <p>A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan</p> <p>PASIEN PINDAH KE RUANG JANTUNG 15:30 WIB Asuhan keperawatan dilanjutkan di ruang jantung</p>	
2	19-01-2022 07.25 08.15 11.10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia 2. Memantau kadar glukosa darah pada pasien. GDA stik: 332 3. Mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. 	<i>Tri at</i>	19-01-2022 07.00	<p>S : - Ny. W mengatakan badan masih terasa lemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. W masih mengeluh pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 64 x/menit - S : 36,5°C - RR : 20 x/menit - SPO2 : 100 % - GDA stik: 332 <p>A : masalah belum teratasi. P : Intervensi dihentikan.</p>	
3.	19-01-2022 08.10	1. Memberikan lingkungan yang	<i>Tri at</i>	19-01-2022 07.00	S : - Ny. W mengatakan badan	<i>Tri at</i>

	10.15 11.15 11.30 15.00	nyaman (Suhu ruangan, Cahaya, Suara) 2. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan meliputi abdomen 3. Monitor pola jam tidur 4. Menganjurkan tirah baring 5. Membantu ADL pasien			terasa lemas berkurang O : - Nadi : 64 x/menit - RR : 20x/menit - SPO2 : 100 % A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan.	
4	19-01-2022 07.25 09.00 10.00 11.35 13.00	1. Monitor tekanan darah. TD : 127/78 mmHg 2. Mengidentifikasi adanya tanda/gejala penurunan curah jantung meliputi kelelahan. 3. Memberikan snack dan Memposisikan pasien semi-fowler/fowler 4. Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi 5. Membuang urine Up. 200 CC	<i>Tri at</i>	19-01-2022 07.00	S : - Ny. W mengatakan badan terasa lemas berkurang O : - TD : 185/98 mmHg A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan.	<i>Tri at</i>

3.5 Evaluasi Sumatif

Tabel 3. 7 Evaluasi Sumatif

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Sumatif
1.	<p>Nyeri Akut (SDKI 2016, Hal 172/D.0077)</p>	<p>S : Ny. W mengatakan nyeri di dada dan di perut masih ada P : pada saat tidur - tiduran. Q : Seperti ditusuk-tusuk dan celkit-celkit R : di dada tembus kebelakang dan di perut S : 1 (Nyeri dada) 1 (Nyeri perut) T : terus menerus dan menetap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. W mengatakan dapat tidur pulas. - Ny. W melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N : 64 x/menit - S : 36,5°C - RR : 20 x/menit <p>A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan</p>
2.	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (SDKI 2016, hal 71/D.0027)</p>	<p>S : - Ny. W mengatakan badan masih terasa lemas - Ny. W masih mengeluh pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 64 x/menit - S : 36,5°C

		<ul style="list-style-type: none"> - RR : 20 x/menit - SPO2 : 100 % - GDA stik: 332 <p>A : masalah belum teratasi. P : Intervensi dihentikan.</p>
3.	Intoleransi Aktivitas (SDKI 2016, hal 128/D.0056)	<p>S : - Ny. W mengatakan badan terasa lemas berkurang O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 64 x/menit - RR : 20x/menit - SPO2 : 100 % <p>A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan.</p>
4.	Risiko Penurunan curah jantung (SDKI 2016, hal 41/D.0011)	<p>S : - Ny. W Mengeluh pusing berkurang O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 185/98 mmHg <p>A : masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan.</p>

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien di ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai 19 Januari 2022. Melalui pendekatan studi kasus, penulis akan menguraikan tentang kesenjangan teori dan praktek lapangan dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Unstable Angina Pectoris di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, perumusan masalah, intervensi asuhan keperawatan, implementasi asuhan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

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

Manifestasi klinis dari penyakit Unstable Angina Pectoris antara lain adanya Nyeri dada, adanya mual, muntah, nyeri abdominal, dan sesak napas, keringat dingin (*PERKI*). 2018. Sedangkan data yang diperoleh penulis dalam tinjauan kasus pasien Ny. W adalah nyeri dada, tidak mengalami sesak, pasien mengalami mual pada saat setelah makan dan

nyeri sehingga anatara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak bertolak belakang.

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

Pada Riwayat penyakit dahulu biasanya pasien punya riwayat Riwayat serangan jantung sebelumnya, Riwayat penyakit pernafasan kronis, Riwayat penyakit hipertensi, DM dan ginjal, Riwayat perokok, Diet rutin dengan tinggi lemak. Hal ini adanya kesamaan dengan riwayat penyakit pasien Ny. W yaitu Riwayat penyakit hipertensi, DM, karena pasien 1 tahun lalu menginsumsi rutin obat oros, clonidine, valsartan dan obat gliquidone

4.2 Diagnosa Keperawatan

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

masuk ke dalam tinjauan kasus.

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

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

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, ketidakseimbangan suplai darah dan oksigen dengan kebutuhan miokardium sekunder dan penurunan suplai darah ke miokardium ditandai dengan Data Subyektif nyeri pada bagian dada sebelah kiri, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul pada saat Ny. W tidur

tiduran, skala nyeri : 2, nyeri terasa terus menerus dan nyeri pada perut perut Skala 4, celkit – celkit menetap, Data Obyektif pasien tampak meringis, Nafsu makan berkurang, N : 100 x/menit, TD : 161/78 mmHg

- b. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia : Gangguan toleransi glukosa darah, kadar glukosa darah naik dari rentang normal ditandai dengan data subyektif Pasien mengatakan badan terasa lemas, Data Obyektif Pasien mengeluh pusing, GDS 131(Normal 74-106)
- c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Tirah baring, ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari ditandai dengan data subyektif Klien mengatakan badan terasa lemas, Data obyektif Pasien bed rest, ADL dibantu, Pasien tampak lemas
- d. Resiko Penurunan curah jantung berisiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh, faktor risiko Nadi perifer teraba lemah, Nadi 100x/Menit, tekanan darah : 161/78 mmHg, Cardiomegali = 58%

4.3 Intervensi Keperawatan

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

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

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

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis, tujuan intervensi selama 3x24 jam maka Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Frekuensi nadi membaik dengan rencana keperawatan Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri, Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri yang dialami oleh pasien, Menyarankan pasien untuk beristirahat dan tidur, Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien, Menjelaskan pemahaman penyebab nyeri agar pasien tidak gelisah saat nyeri timbul, Berkolaborasi pemberian analgetik.
2. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia : Gangguan toleransi glukosa darah tujuan intervensi selama 3x24 jam maka Tingkat kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil Lelah/lesu menurun, Kadar glukosa dalam darah membaik dengan rencana keperawatan Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia, Memantau kadar glukosa darah pada pasien, Mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala

hiperglikemia tetap ada atau memburuk, Berkolaborasi memberikan insulin.

3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Tirah baring tujuan intervensi selama 3x24 jam maka Tingkat Toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil Frekuensi nadi meningkat, Keluhan lelah menurun, Perasaan lemah menurun dengan rencana keperawatan Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor pola jam tidur, Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Cahaya, Suara), Anjurkan tirah baring, Berkolaborasi meningkatkan asupan makanan
4. Resiko Penurunan curah jantung, selama 3 x 24 jam maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil Takikardia menurun, Lelah menurun, Tekanan darah membaik dengan rencana keperawatan memonitor tanda/gejala penurunan curah jantung, Monitor tekanan darah, Monitor intake dan output cairan, Memberikan pasien semi-fowler/fowler, Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi, Berkolaborasi pemberian antiaritmia.

4.4 Implementasi Keperawatan

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

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

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis dengan tindakan mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri dan tingkat rasa nyeri yang dialami oleh pasien sesuai dengan **P** : pada saat tidur-tiduran, **Q** : Seperti ditusuk-tusuk dan celkit-celkit, **R** : di dada tembus kebelakang dan di perut, **S** : 2 (Nyeri dada) dan 4 (Nyeri perut), menyarankan pasien untuk beristirahat dan tidur, mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, menjelaskan pemahaman penyebab nyeri agar pasien tidak gelisah saat nyeri timbul, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik dan obat untuk penyakit jantung (Adalat oros).
2. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia : Gangguan toleransi glukosa darah dengan tindakan Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia, Memantau kadar glukosa darah pada pasien, Mengonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, Berkolaborasi memberikan insulin (Novorapid).
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Tirah baring dengan tindakan Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor pola jam tidur, Sediakan

lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Cahaya, Suara), Anjurkan tirah baring, Melakukan kebutuhan kebersihan diri pada pasien dengan menyeka, mengganti baju, dan merapikan tempat tidur, berkolaborasi memberikan kebutuhan nutrisi pada pasien dengan memberikan asupan makanan diet NT TKTP RG RL (habis ½ porsi dan minum 200 cc)

4. Resiko Penurunan curah jantung dengan tindakan memonitor tanda/gejala penurunan curah jantung, Monitor tekanan darah, Monitor intake dan output cairan, Memberikan pasien semi-fowler/fowler, Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi, Membuang urine pasien, Monitoring EKG dan TTV, Monitoring balance cairan, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat (Concor, CPG).

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

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

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilakukan karena

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

Pada evaluasi tanggal 19 Januari 2022 Pada diagnosa Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (iskemia) selama 3x24 jam pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang dan nyeri perut celkit-celkit sudah berkurang masing-masing skala 1. Pada diagnosa Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia : Gangguan toleransi glukosa darah selama 3x24 jam belum teratasi ditandai dengan GDA stik semakin tinggi yaitu 332 sehingga pasien tetap melanjutkan terapi obat di ruang jantung. Pada diagnosa Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Tirah baring kebutuhan pasien selama 3x24 jam sudah terpenuhi dan badan terasa lemasnya berkurang. Risiko Penurunan curah jantung lelahnya pada pasien berkurang banyak dan pasien juga mengatakan badanya agak enakan dan masalah teratasi sebagian. Hasil evaluasi pada Ny. W ini didapatkan sesuai dengan harapan, pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai dan pasien pindah ke Ruang Jantung tanggal 19 Januari 2022 pukul 15.30 WIB.

BAB V

PENUTUP

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

5.1 Simpulan

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

1. Pengkajian pada pasien dengan diagnosis medis *Unstable Angina*, ditemukan adanya keluhan nyeri pada dada sebelah kiri tembus kebelakang dengan skala 4 (0-10), frekuensi pernapasan 21x/menit terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, akral dingin. Tidak terdapat pernapasan cuping hidung, SPO2 : 99%, TD: 161/78, dan Nadi 100x/menit.
2. Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Unstable Angina*, didasarkan pada masalah yang ditemukan yaitu : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (iskemia), Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia : Gangguan toleransi glukosa darah, Intoleransi

Aktivitas berhubungan dengan Tirah baring, Risiko Penurunan curah jantung.

3. Intervensi keperawatan pada Ny. W disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan tingkat nyeri menurun difokuskan dengan intervensi mandiri perawat yaitu memberikan teknik relaksasi napas dalam, Tingkat kestabilan kadar glukosa darah meningkat difokuskan pada intervensi mandiri perawat yaitu memantau kadar glukosa darah, toleransi aktivitas meningkat difokuskan dengan intervensi mandiri perawat yaitu monitor pola tidur pasien, memberikan lingkungan yang nyaman, dan curah jantung membaik difokuskan pada intervensi mandiri perawat yaitu monitor tekanan darah, memposisikan pasien semi-fowler/fowler.
4. Implementasi keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa *Unstable Angina* dilakukan dengan manajemen nyeri, manajemen hiperglikemia, manajemen energi dan perawatan jantung.
5. Evaluasi keperawatan pada tanggal 19 Januari 2022 pukul 15.30 bahwa masalah keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (iskemia), Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Tirah baring dan Risiko Penurunan curah jantung teratasi sebagian sedang Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia : Gangguan toleransi glukosa darah belum teratasi.

6. Pendokumentasikan semua tindakan keperawatan pada Ny. W yang direncanakan dan dibuat telah dimasukkan pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 17 Januari 2022.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

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

DAFTAR PUSTAKA

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

Lampiran

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR PEMASANGAN ELEKTROKARDIOGRAFI (EKG)

(Septiawan Putra, 2015)

1. Pengertian

Pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) adalah tindakan untuk merekam aktivitas listrik jantung dari nodus sinoatrial yang dikonduksi dalam jantung yang mengakibatkan jantung berkontraksi sehingga dapat direkam melalui elektroda yang dilekatkan pada kulit.

2. Tujuan

Untuk mengetahui ada tidaknya abnormalitas fungsi maupun struktur organ jantung.

3. Prosedur

a. Alat dan Bahan

- 1) Alat monitor EKG lengkap siap pakai dan kondisi baik
- 2) Kapas alkohol
- 3) Jelly khusus EKG
- 4) Tissue

4. Persiapan pasien

- a. Pasien dan keluarga diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan.

- b. Pastikan kondisi pasien tenang kooperatif dan dapat dipasang elektroda.

5. Pelaksanaan

- a. Tahap pra interaksi
 - 1) Cek identitas pasien.
 - 2) Lakukan cuci tangan.
 - 3) Siapkan alat dan bahan.
- b. Tahap orientasi
 - 1) Beri salam, panggil pasien dengan namanya.
 - 2) Jelaskan tujuan, prosedur dan lama tindakan.
 - 3) Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.
 - 4) Jaga privasi pasien.
- c. Tahap kerja
 - 1) Dekatkan alat dan bahan pada pasien.
 - 2) Atur posisi pasien tidur terlentang.
 - 3) Memakai handscoon.
 - 4) Buka dan longgarkan pakaian pasien bagian atas, bila pasien memakai jam tangan, gelang, dan logam lain dilepas.
 - 5) Bersihkan kotoran dan lemak dengan menggunakan kapas alkohol pada daerah dada, kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai dilokasi pemasangan manset elektroda.
 - 6) Oleskan jelly pada permukaan elektroda.
 - 7) Pasang manset elektroda pada kedua pergelangan tangan dan kedua

tungkai.

- 8) Sambung kabel EKG pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai pasien, untuk sadapan ekstremitas LEAD (LEAD I, II, III, AVR, AVL, AVF) dengan cara sebagai berikut:
 - a) Warna merah pada tangan kanan.
 - b) Warna kuning pada tangan kiri.
 - c) Warna hijau pada kaki kiri.
 - d) Warna hitam pada kaki kiri.
 - 9) Pasangkan elektroda ke dada untuk meredam precardical: V1 : pada interosta ke 4 pada garis sternum sebelah kanan. V2 : pada intercosta ke 4 pada garis sternum kiri.
V3 : pertengahan antara V2 dan V4.
V4 : pada intercosta ke 5 pada axilla bagian belakang kiri.
V5 : pada axillasebelah depan kiri.
V6 : pada intercosta ke 5 pada mid axilla.
 - 10) Lakukan perekaman secara berurutan sesuai dengan pemilihan LEAD yang terdapat pada mesin EKG.
 - 11) Beri identitas pasien pada hasil rekaman.
 - 12) Merapikan pasien.
 - 13) Bereskan alat dan bahan.
 - 14) Lepas handscoon.
- d. Tahap terminasi

- 1) Beri salam dan terima kasih.
- 2) Cuci tangan.
- 3) Mendokumentasi pada lembar tindakan.

6. Interpretasi

Hasil interpretasi EKG dibaca oleh dokter umum jaga IGD.