

# OLEH

**IKA DEWI MAHARANI NIM.2030049**

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

**2021**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners**



**Oleh :**

**IKA DEWI MAHARANI NIM. 2030049**

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

**2021**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini Nama : Ika Dewi Maharani

Nim 2030049

Prodi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) di Ruang Iccu RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

Surabaya, 22 Juli 2021



Ika Dewi Maharani NIM. 2030049

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa: N a m a : Ika Dewi Maharani

N I M. 2030049

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

J u d u l : Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

# NERS (Ns.)

**Surabaya, 16 Juli 2021 Pembimbing**

**Merina Widyastuti,S.Kep.,Ns.,M.Kep NIP. 03.033**

Diterapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya. Tanggal : 22 Juli 2021

Karya Ilmiah Akhir dari:

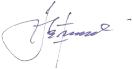
N a m a : Ika Dewi Maharani

N I M : 2030049

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

J u d u l : Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) Di Ruang ICCU Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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



**………**

**………**

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

# NIP: 03001

Penguji II : **Nur Muji.A, S.Kep., Ns., M.Kep**

# NIP: 03044

**………**



Penguji III: **Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep**

**NIP: 03033**

# Mengetahui, STIKES Hang Tuah Surabaya

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB NIP. 03.020**

Diterapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya. Tanggal : 22 Juli 2021

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners. Penulis menyadari bahwa kebehasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesarbesarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Ahmad Samsulhadi, selaku Kepala Rumah Sakit Pusat TNI Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Laksamana Pertama (Purn) Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku penguji 1 yang selalu memberikan arahan untuk penyusunan Karya Ilmiah akhir ini agar menjadi lebih baik
5. Nur Muji.A, S.Kep., Ns., M.Kep., Selaku penguji 2 yang selalu memberikan

motivasi untuk selalu belajar menganalisa kasus dan teori bahkan jurnal penelitian yang ada dapat dikembangkan melalui kasus.

1. Ibu Merina Widyastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materimateri kuliah yangpenuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
3. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
4. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT mem balas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya,22 Juli 2021 Penulis

[HALAMAN SAMPUL](#_bookmark0) i

[HALAMAN DEPAN i](#_bookmark1)

[HALAMAN PERNYATAAN ii](#_bookmark2)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_bookmark3)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_bookmark4)

[KATA PENGANTAR v](#_bookmark5)

[DAFTAR ISI vii](#_bookmark6)

[DAFTAR TABEL viii](#_bookmark7)

[DAFTAR GAMBAR ix](#_bookmark8)

[BAB I PENDAHULUAN 1](#_bookmark9)

* 1. [Latar Belakang 1](#_bookmark10)
  2. [Rumusan Masalah 4](#_bookmark11)
  3. [Tujuan Penulisan 4](#_bookmark12)
  4. [Manfaat Penulisan 5](#_bookmark13)
  5. [Metode Penelitian 6](#_bookmark14)

[BAB II TINJAUAN PUSTAKA 8](#_bookmark15)

* 1. [Konsep Unstable Angina Pectoris (UAP) 8](#_bookmark16)
  2. [Konsep Intensive Care Unit (ICU) 17](#_bookmark17)
  3. [Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis 26](#_bookmark18)

[BAB IIITINJAUAN KASUS 37](#_bookmark21)

* 1. [Pengkajian 37](#_bookmark22)
  2. [Analisa Data 44](#_bookmark26)
  3. [Daftar Masalah Keperawatan 47](#_bookmark29)
  4. [Intervensi Keperawatan 48](#_bookmark30)

[BAB 4 PEMBAHASAN 54](#_bookmark33)

* 1. [Pengkajian 54](#_bookmark34)
  2. [Diagnosa Keperawatan 60](#_bookmark35)
  3. [Intervensi Keperawatan 63](#_bookmark36)
  4. [Implementasi Keperawatan 65](#_bookmark37)
  5. [Evaluasi 66](#_bookmark38)

[BAB 5](#_bookmark39) [PENUTUP 68](#_bookmark40)

* 1. [Kesimpulan 68](#_bookmark41)
  2. [Saran. 69](#_bookmark42)

[DAFTAR PUSTAKA 71](#_bookmark43)

LAMPIRAN 74

[Table 2.1 Intervensi Keperawatan 30](#_bookmark19)

[Table 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. A 41](#_bookmark23)

[Tabel 3.2 Pemberian Terapi pada Ny. Y 42](#_bookmark25)

[Table 3.3 Analisa Data Pada Ny. Y 44](#_bookmark27)

[Tabel 3.3 Observasi Perawatan Intensif Ny. Y 46](#_bookmark28)

[Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Pada Ny.Y 48](#_bookmark31)

[Table 3.6 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan Pada Ny.Y 51](#_bookmark32)

[Gambar 2.1](#_bookmark20) *[Pathway Unstable Angina Pectoris](#_bookmark20)* [(UAP) 36](#_bookmark20)

[Gambar 3.1 Pemeriksaan EKG pada Ny. Y 42](#_bookmark24)

**PENDAHULUAN**

# Latar Belakang

Istilah unstable angina pectoris adalah gambaran dari nyeri dada atau ketidaknyamanan yang disebabkan oleh penyakit arteri koronari, biasanya digambarkan sebagai tekanan, rasa penuh, diremas, berat atau nyeri. Sindrom unstable angina pectoris telah lama dikenal sebagai gejala awal dari infark miokard akut (Huda & Kusuma, 2015).Unstable angina pectoris (UAP) merupakan suatu kegawatdaruratan sering timbul secara mendadak dan harus di tangani sedini mungkin, jika tidak memdapatkan penanganan segera akan menyebabkan komplikasi yang mengancam nyawa dengan manisfestasi klinis berupa keluhan perasaan tidak enak atau nyeri di dada atau gejala-gejala lain sebagai akibat iskemia miokard (Sartono, dkk, 2019).

Berdasarkan data dari *Word Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian nomor satu secara global, yaitu sebagai penyebab 31% kematian. Pada tahun 2015 sekitar 17.5 juta orang di dunia meninggal dunia karena penyakit kardiovaskular ini, yang terdiri dari 42% kematian karena penyakit jantung Koroner. Saat ini telah terjadi peningkatan insiden angina tidak stabil di Amerika Serikat dan setiap tahunnya lebih dari satu juta orang dirawat di rumah sakit karena angina tidak stabil. Selain itu, insiden angina tidak stabil diluar rumah sakit memiliki angka yang sama besar dengan angka pasien yang harus mendapatkan perawatan. Hal tersebut akan meningkatkan kewaspadaan terhadap angina tidak stabil namun insidennya akan

1

tetap tinggi dikarenakan angka harapan hidup yang lebih baik dan meningkatnya kelangsungan hidup setelah serangan angina tidak stabil (WHO, 2015). Di Indonesia, hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan prevalensi jantung koroner berdasarkan wawancara terdiagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,5 persen, dan berdasarkan terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 1,5 persen. Penyakit jantung koroner tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun yaitu, dan menurun sedikit pada kelompok umur ≥ 75 tahun. Prevalensi PJK yang didiagnosis dokter maupun berdasarkan diagnosis dokter atau gejala lebih tinggi pada perempuan (0,5% dan 1,5%) (Riskesdas, 2018). Sedangkan di RSPAL Dr. Ramelan di ruangan ICU/ICCU didapatkan dari laporan tahunan menunjukkan pasien yang di diagnosa dengan penyakit unstable angina pectoris (UAP) Januari 2018 – Juni 2019 sebanyak 112 orang.

Kematian mendadak pada penderita unstable angina pectoris merupakan akibat dari penyempitan arteri koronari yang bertugas memberi makanan (oksigen) pada jantung atau bisa juga disebabkan ketidaksesuaian antara pasokan dengan kebutuhan oksigen. Pasien yang mengalami cemas karena hospitalisasi, ancaman integritass fisik meliputi fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik) berdampak terhadap reaksi tubuh dimana sistem saraf otonom menyebabkan tubuh bereaksi secara mendalam, jantung berdetak lebih keras, nadi dan nafas bergerak meningkat, bola mata membesar, pembuluh darah mengerut, tekanan darah meningkat (Ganong, 2011).

Berdasarkan proses penyakit yang ada maka deteksi dan pengobatan yang tepat terhadap penyakit jantung sangat penting, dalam hal ini perawatan utama yang bertujuan untuk upaya pengendalian tekanan darah. Perlunya perawatan *intensive care* bagi kehidupan pasien. Salah satu bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan adalah ICCU (Intensive Cardiology Care Unit). *Intensive Cardiac Care Unit (*ICCU) merupakan unit perawatan intensif dengan spesifikasi khusus untuk merawat pasien dengan masalah jantung atau kondisi cardinal berkelanjutan yang membutuhkan pengawasan yang intensif. ICU dan ICCU menyediakan perawatan dan pengelolaan pasien yang meliputi pelayanan rawat inap dan medik yang memerlukan privasi tinggi (Dharmatanna, 2016).

Pasien yang dirawat di ICU/ICCUdengan pemantauan EKG secara kontinyu untuk mendeteksi iskemia dan aritmia. Oksigen diberikan pada pasien dengan sianosis atau distres pernafasan. Perlu dilakukan pemasangan oksimetri jari (*finger pulse oximetry*) atay evaluasi gas darah berkala untuk menetapkan apakah oksigenisasi kurang (SpO2 <90%). Oleh sebab itu perawat di ruangan ICU/ICCU perlu memahami dan mengetahui konsep teoritis dan keterampilan profesional dan juga harus dimiliki pelatihan khusus tentang ICU/ICCU sehingga mampu melaksanakan tugasnya dengan tepat dan cepat, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pasien dengan kegawatdaruratan (Sartono, dkk, 2019).

Unstable angina pectoris membutuhkan penanganan awal yang cepat dan tepatoleh tenaga kesehatan untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. Oleh sebab itu perawat perlu memahami dan mengetahui konsep teoritis dan keterampilan profesional dan juga dimiliki pelatihan khusus tentang ICU/ICCU sehingga mampu melaksanakan tugasnya dengan tepat dan cepat, sehingga dapat

memberikan asuhan keperawatan pasien dengan penyakit jantung, khususnya unstable angina pectoris. Berdasarkan fenomena di atas, maka penulis akan menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris (UAP)*. Untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Diagnosa Medis *Unstable Angina Pectoris (UAP)* di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

# Tujuan Penulisan

* + 1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Diagnosa Medis *Unstable Angina Pectoris (UAP)* di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.1 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam makalah ini adalah sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada Ny. A dengan Diagnosa Medis *Unstable Angina Pectoris (UAP)* di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. A dengan Diagnosa Medis *Unstable Angina Pectoris (UAP)* di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada masing – masing diagnosis keperawatan pada Ny. A dengan Diagnosa Medis *Unstable Angina Pectoris (UAP)* di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. A dengan Diagnosa Medis *Unstable Angina Pectoris (UAP)* di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melaksanakan evaluasi hasil keperawatan pada Ny. A dengan Diagnosa Medis *Unstable Angina Pectoris (UAP)* di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

# Manfaat Penulisan

* + 1. Bagi Penulis

Mampu menerapkan asuhan keperawatan yang profesional bidang keperawatan pada klien dengan *unstable angina pectoris* di ruang ICCU.

1.4.1 Bagi Instansi Pendidikan

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

1.4.1 Bagi RSPAL Dr RAMELAN SURABAYA

Sebagai bahan acuan kepada tenaga kesehatan RSPAL Dr Ramelan Surabaya dalam memberikan pelayanan yang lebih baik dan menghasilkan pelayanan

yang memuaskan pada klien serta melihatkan perkembangan klien yang lebih baik serta untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit, sehingga perawatnya mampu menerapkan asuhan keperawatan pada klien *Unstable Angina Pectoris*.

# Metode Penelitian

* + 1. **Metode**

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

# Teknik Pengumpulan Data

Adapun langkah-langkah yang dimbil penulisan dalam karya ilmiah akhir ini yaitu studi kepustakaan, wawancara, observasi, pemeriksaan

# Sumber Data

Sumber data yang digunakan yaitu data primer, data sekunder, dan studi kepustakaan.

# Sistematika Penulisan

Penyusunan karya ilmiah akhir secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, halaman persetujuan, surat pernyataan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar lampiran, singkatan.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1: Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan

masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang teori mengenai konsep penyakit *Unstable Angina Pectoris (UAP)*, konsep ICCU, konsep asuhan keperawatan *Unstable Angina Pectoris (UAP)*.

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris (UAP)*.

BAB 4: Pembahasan yang berisi tantang analisis masalah yang ditinjau dari pustaka, hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dan opini penulis.

BAB 5: Penutup yang berisi simpulan dan saran.

1. Bagian akhir yang terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

# BAB II TINJAUAN PUSTAKA

# Konsep Unstable Angina Pectoris (UAP)

* + 1. Definisi

Angina pectoris adalah nyeri hebat yang berasal dari jantung dan terjadi sebagai respon terhadap suplai oksigen yang tidak adekuat ke sel-sel jantung (miokardium). Nyeri angina dapat menyebar ke lengan kiri, ke punggung, ke rahang, atau ke daerah abdominal. Angina pektoris adalah suatu sindroma kronis dimana klien mendapat serangan sakit dada yang khas yaitu seperti ditekan, atau terasa berat di dada yang seringkali menjalar ke lengan sebelah kiri yang timbul pada waktu aktifitas dan segera hilang bila aktifitas berhenti (Bahri, 2012). Angina pektoris tidak stabil adalah suatu keadaan nyeri hebat yang dirasakan seperti tertekan, rasa penuh, di remas dan semakin lama bertambah berat, terjadi saat istirahat atau aktivitas minimal dan berlangsung lebih dari 20 menit. (Setiati et al, 2017).

Pasien dengan unstable angina akan mengalami nyeri dada saat beraktifitas berat namun kemudian masih tetap berlangsung saat istirahat. Ini akan menjadi tanda terjadi infark miokard akut. Unstable angina dan miokard infark akut merupakan sindrom koroner akut karena ruptur dan atherossclerotic plak pada pembuluh darah koroner.infark miokard akut dengan elevasi ST (ST elevation myocardial infarction = STEMI) merupakan bagian dari spectrum sindrom koroner akut (SKA) yang terdiri dari angina pectoris tak stabil. (Jurnal Anestesiologi Indonesia,2014 hal 216).

8

* + 1. Etiologi

Aspiani (2017) menyatakan bahwa penyebab angina pektoris yaitu:

1. Suplai oksigen ke miokard dapat berkurang disebabkan oleh tiga faktor yaitu:
   1. Faktor pembuluh darah seperti aterosklerosis, spasme, arteritis.
   2. Faktor sirkulasi seperti hipotensi, stenosis aorta, insufisiensi.
   3. Faktor darah seperti anemia, hipoksemia, polisitemia.
2. Curah jantung menurun yang disebabkan oleh aktivitas berlebihan, emosi, makan terlalu banyak, dan hypertiroidisme.
3. Kebutuhan oksigen miokard yang meningkat pada kerusakan miokard, hypertropimiocard, dan hipertensi diastolik.

Faktor-faktor yang meningkatkan resiko angina tidak stabil adalah:

* 1. Merokok

Merokok memiliki resiko dua kali lebih besar terhadap serangan jantung dibandingkan orang yang tidak pernah merokok dan berhenti merokok telah mengurangi kemungkinan terjadinya serangan jantung. Perokok aktif memiliki resiko yang lebih tinggi terhadap serangan jantung dibandingkan bukan perokok.

* 1. Tidak berolahraga secara teratur
  2. Memiliki hipertensi atau tekanan darah tinggi
  3. Mengkonsumsi tinggi lemah jenuh dan memiliki kolesterol tinggi
  4. Memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus
  5. Memiliki anggota keluarga (terutama orang tua atau saudara kandung) yang telah memiliki penyakit arteri koroner
  6. Menggunakan stimulan atau rekreasi obat, seperti kokain atau amfetamin
  7. Atherosclerosis, atau pengerasan arteri adalah kondisi dimana simpanan lemak, atau plak, terbentuk didalam dinding pembuluh darah. Aterosklerosis yang melibatkan arteri mensuplai jantung dikenal sebagai penyakit arteri koroner. Plak dapat memblokir aliran darah melalui arteri. Jaringan yang biasanya menerima darah dari arteri ini kemuduan mulai mengalami kerusakan akibat kekurangan oksigen. Ketika jantung tidak memiliki oksigen yang cukup, akan meresponnya dengan menyebabkan rasa sakit dan ketidaknyamanan yang dikenal sebagai angina. Angina tidak stabil terjadi ketika penyempitan menjadi begitu parah sehingga ridak cukup darah melintas untuk menjaga jantung berfungsi normal, bahkan pada saat istirahat. Kadang- kadang arteri bisa menjadi hampir sepenuhnya diblokir. Dengan angina tidak stabil, kekurangan oksigen kejantung hampir membunuh jaringan jantung.
     1. Manifestasi Klinis

Serangan angina tidak stabil bisa berlangsung antara 5 dan 20 menit.Kadang- kadang gejala-gejala dapat 'datang dan pergi'. Rasa sakit yang terkait dengan angina dapat bervariasi dari orang ke orang, dan orang- orang membuat perbandingan yang berbeda untuk mengekspresikan rasa sakit yang mereka rasakan.

Adapun gejala angina pekroris umumnya berupa angina untuk pertama kali atau keluhan angina yang bertambah dari biasanya. Nyeri dada seperti pada angina biasa tapi lebih berat dan lebih lama. Timbul pada waktu istirahat,atau timbul karena aktivitas yang minimal. Nyeri dada dapat disertai keluhan sesak napas, mual, sampai muntah, kadang-kadang disertai keringat dingin.

Tanda khas angina pectoris tidak stabil adalah:

1. Nyeri dada

Banyak pasien memberikan deskripsi gejalan yang mereka alami tanpa kata

„nyeri‟, ‟rasa ketat‟, „rasa berat‟, ‟tekanan‟ dan „sakit‟ semua merupakanpenjelassensasi yang sering berlokasi di garis tengah, pada regio retrosternal. Lokasi dari nyeri dada ini terletah di jantung sebelah kiri pusat dada, tetapi nyeri jantung tidak terbataspada area ini. Nyeri ini terutama terjadi di belakang tulang dada (di tengah dada) dan di sekitar area di atas putting kiri, tetapi bisa menyebar ke bahu kiri, lalu ke setengah bagian kiri dari rahang bawah, menurun ke lengan kiri sampai ke punggung dan bahkan ke bagian atas perut. Karakteristik yang khas dari nyeri dada akibat iskemia miokard adalah:

* 1. Lokasi biasanya didada kiri, di belakang dari tulang dada atau sedikit di sebelah kiri dari tulang dada yang dapat menjalar hingga ke leher, rahang, bahu kiri, hingga ke lengan dan jarimanis dan kelingking, punggung atau pundak kiri.
  2. Nyeri bersifat tumpul, seperti rasa tertindih/berat didada, rasa desakan yang kuat dari dalam atau dari bawah diafragma (sekat antara rongga dada dan rongga perut), seperti diremas-remas arat dada mau pecah dan biasanya pada keadaan yang sangat berat disertai keringat dingin dan sesak nafas serta perasaan takut mati. Nyeri ini harus dibedakan dengan mulas atau perasaan seperti tertusuk-tusuk pada dada, karena ini bukan angina pectoris. Nyeri

biasanya muncul setalah melakukan aktivitas, hilang dengan istirahat dan akibat sterss emosional.

* 1. Nyeri yang pertama kali timbul biasanya agak nyata, dari beberapa menit sampai kurang dari 20 menit. Nyeri angina berlangsung cepat, kurang dari 5 menit. Yang khas dari nyeri dada angina adalah serangan hilang dengan istirahat, penghilangan stimulus emosional atau dengan pemberian nitrat sublingual. Serangan yang lebih lama menandakan adanya angina tidak stabil atau infark miokard yang mengancam (PERKI 2018).
     1. Patofisiologi

Angina pektoris timbul didasarkan pada ketidakadekuatan suplai oksigen ke sel - sel miokardium yang diakibatkan karena kekakuan arteri dan penyempitan lumen arteri koroner sewaktu beban kerja jaringan meningkat dan kebutuhan oksigen juga meningkat. Pada Faktor usia, genetik, jenis kelamin menyebabkan disfungsi endotelial. Leukosit yang bersirkulasi menempel pada sel endotel teraktivasi kemudian leukosi bermigrasi ke sub endotel dan berubah menjadi makrofag. Makrofag bekerja mengeliminasi kolesterol LDL dan sel makrofag yang terpajan dengan kolesterol LDL teroksidasi. Faktor pertumbuhan dan trombosit menyebabkan migrasi otot polos dari tunika media ke dalam tunika intima dan proliferasi matriks yang mengubah bercak lemak menjadi ateroma matur. Vasokontriksi 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 elektrikal miokard.

Iskemia yang disebabkan oleh oklusi total atau subtotal pada arteri koroner akan menyebabkan kegagalan otot jantung berkontraksi dan berelaksasi. Iskemia yang ireversible berakhir pada infark miokard. Kadar oksigen yang kurang membuat miokardium mengubah metabolisme yang bersifat aerob menjadi anaerob. Metabolisme anaerob akan menghasilkan asam laktat yang akan mengurangi pH sel dan dapat menimbulkan nyeri. Kombinasi dari hipoksia, penurunan ketersediaan jumlah energi dan asidosis menyebabkan gangguan fungsi ventrikel kiri. Kekuatan kontraksi daerah miokardium yang terserang menyebabkan pemendekan serabut sehingga kekuatan dan kecepatannya dapat berkurang. Gerakan dinding segmen yang mengalami iskemia akan menjadi abnormal, bagian tersebut akan menonjol keluar setiap kali ventrikel berkontraksi. Berkurangnya daya kontraksi dan gangguan gerakan jantung akan mengubah hemodinamika. Respon hemodinamika dapat berubah sesuai dengan ukuran segmen yang mengalami iskemia dan derajat respon refleks kompensasi oleh sistem syaraf otonom. Fungsi ventrikel yang menurun dapat mengurangi curah jantung dengan mengurangi volume sekuncup (jumlah darah yang dikeluarkan setiap kali jantung berdenyut). Ketidaktahuan terhadap kondisi klien akan menimbulkan perasaan cemas pada klien. (Aspiani, 2017) (Wihastuti et al, 2016)

* + 1. Pemeriksaan Penunjang
       1. Elektrokardiogram (EKG)

Tes EKG memonitor aktivitas listrik jantung. Ketika temuan EKG tertentu yang hadir, resiko angina tidak stabil maju dengan serangan jantung meningkat secara signifikan. Sebuah EKG biasanya normal ketika seseorang tidak memiliki rasa sakit dada dan sering menunjunkkan perubahab tertentu karika rasa sakit berkembang. Gambaran EKG penderita unstable angina pectoris dapat berupa depresi segmen ST, depresi segmen ST disertai inversi gelombang T, elevasi segmen ST, hambatan cabang ikatan His dan tanpa perubahan segmen ST dan gelombang T. Perubahan EKG pada unstable angina pectoris bersifat sementara dan masing- masing dapat terjadi sendiri-sendiri ataupun bersamaan. Perubahan tersebut timbul di saat serangan angina dan kembali ke gambaran normal atau awal setelah keluhan angina hilang dalam waktu 24 jam. Bila perubahan tersebut menetap setelah 24 jam atau terjadi evolusi gelombang Q, maka disebut sebagai IMA. Pemeriksaan EKG sebagai early identification sebaiknya dilakukan tidak lebih dari 10 menit pertama.

* + - 1. Enzim LDH, CPK dan CK-MB

Pada ATS kadar enzim LDH dan CPK dapat normal atau meningkat tetapi tidak melebihi nilai 50% di atas normal. CK-MB merupakan enzim yangpaling sensitif untuk nekrosis otot miokard, tetapi dapat terjadi positif palsu. Hal ini menunjukkan pentingnya pemeriksaan kadar enzim secara serial untuk menyingkirkan adanya IMA.

* + - 1. Kateterisasi jantung dan angiografi

Dokter dapat merekomendasikan kateterisasi jantung dan angiografi,

terutama jika perubahan penting EKG istirahat adalah tes darah jantung dan ada abnormal. Selama agiography, sebuah kateter dimasukkan ke arteri di paha atau lengen dan maju ke jantung. Ketika kateter diposisikan dekat arteri yang memasok darah ke jantung, dokter menyuntikkan zat warna kontras. Sebagai warna perjalanan melalui arteri, X-ray gambat diambil untuk melihat seberapa baik darah mengalir melalui arteri dan jika ada penyumbatan maka terjadi coronary arteri disease.

* + - 1. Ekokardiografi

Pemeriksaan ekokardiografi ridak memberikan data untuk diagnosis angina tidak stabil secara langsung. Tetapi bila tampak adanya gangguan faal ventrikel kiri, adanya insufisiensi mitral dan abnormalitas gerakan dinding regional jantung, menandakan prognosis kurang baik. Ekokardiografi jugadapat menegakkan adanya iskemik miokardium (Jurnal Ilmial Kesehatan, 2015, Vol 8 hal .185).

* + 1. Penatalaksanaan Medis

Menurut Setyohadi et al (2018) penatalaksanaan angina pektoris yaitu:

* + - 1. Tatalaksana non medik
         1. Tirah baring.
         2. Pemberian oksigen 2-4 liter/menit.
      2. Tatalaksana medik

1. Pemberian nitrat, yang merupakan vasodilator endhotelium bermanfaat untuk mengurangi symptom angina pektoris.
2. Pemberian aspirin, yang merupakan pengencer darah atau yang digunakan untuk mencegah penggumpalan pada darah.
3. Pemberian Clopidogrel, berfungsi untuk mencegah trombosit, yang saling menempel berisiko membentuk gumpalan darah.
4. Penghambat GP IIb/IIIa dapat mencegah agregasi trombosit dan pembentukan trombus pada pembuluh darah.
5. Antikoagulan yang berfungsi mencegah penggumpalan darah
6. Penyekat beta berfungsi menurunkan frekuensi denyut jantung, tekanan di arteri dan peregangan pada dinding ventrikel kiri.
7. Pemberian ACE Inhibitor, berfungsi menjadikan pembuluh darah melebar dan tekanan pada pembuluh darah berkurang.
8. Pemberian *Angiotensin Receptor Blocker* (ARB) bila pasien intoleran dengan ACE Inhibitor.
9. *High Intensity statin* berfungsi sebagai penurun lipid.
   * 1. Komplikasi
10. Infark miocard

Dikenal dengan istilah serangan jantung adalah kondisi terhentinya alirandarah dari arteri koroner pada area yang terkena yang menyebabkan kekurangan oksigen (iskemia) lalu sel-sel menjadi nekrotik (mati) karena kebutuhan energi akan melebihi suplai energi darah (Hudak & Gallo 2015).

1. Aritmia

Lazim ditemukan pada fase akut MCI, aritmia perlu diobati bila menyebabkan gangguan hemodinamik. Aritmia memICU peningkatan kebutuhan O2 miokard yang mengakibatkan perluasan infark (Hudak & Gallo 2015).

1. Gagal jantung

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

1. Syok cardiogenik

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

1. Perikarditis

Sering ditemukan dan ditandai dengan nyeri dada yang lebih berat pada inspirasi dan tidur terlentang. Infark transmural membuat lapisan epikardium yang langsung kontak dengan perikardium kasar, sehingga merangsang permukaan perikard dan timbul reaksi peradangan (Hudak & Gallo 2015).

1. Aneurisma ventrikel
2. Dapat timbul setelah terjadi MCI transmural. Nekrosis dan pembentukan parut membuat dinding miokard menjadi lemah. Ketika sistol, tekanan tinggi dalam ventrikel membuat bagian miokard yang lemah menonjol keluar. Darah dapat merembes ke dalam bagian yang lemah itu dan dapat menjadi sumber emboli. Disamping itu bagian yang lemah dapat mengganggu curah jantung kebanyakan aneurisma ventrikel terdapat pada apex dan bagian anterior jantung (Hudak & Gallo 2015).

# Konsep Intensive Care Unit (ICU)

* + 1. Definisi

ICU (Intensive Care Unit) adalah ruang rawat di rumah sakit yang

dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian. ICCU (Intensive Coronary Care Unit) merupakan unit rumah sakit dengan spesifikasi khusus yang menangani masalah jantung atau kondisi cardio berkelanjutan yang membutuhkan pengawasan dan perawatan secara intensif. Tiap pasien kritis erat kaitannya dengan perawatan intensif oleh karena memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring serta dengan cepat dapat dipantau perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ- organ tubuh lainnya.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah sakit, ICU adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang di tujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit,cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia.

* + 1. Fungsi ICU

Fungsi utama ruang ICU(Kemenkes, 2012):

* + - 1. Melakukan perawatan pada pasien-pasien gawat darurat dengan potensi reversible life thretening organdys function.
      2. Mendukung organ vital pada pasien-pasien yang akan menjalani operasi yang kompleks atau prosedur intervensi dan resiko tinggi.
      3. Jenis Pasien di ICU

Adapun pasien yang layak dirawat di ICU antara lain (Kemenkes RI 2011):

* + - * 1. Pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim intensive care
        2. Pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim intensive care
        3. Pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan terus menerus dan metode terapi titrasi
        4. Pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis.
    1. Klasifikasi Pelayanan di ICU

Pelayanan di ICU dapat diklasifikasikan menjadi 3 (tiga), yaitu (Nelly BR Barus 2014) :

1. ICU Primer

Ruang perawatan intensif primer memberikan pelayanan pada pasien yang memerlukan perawatan ketat (high care). ICU primer mampu melakukan resusitasi jantung paru dan memberikan ventilasi bantu 24 - 48 jam. Kekhususan yang dimiliki ICU primer adalah:

* 1. Ruang tersendiri, letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruang rawat pasien lain
  2. Memiliki kebijakan/kriteria pasien yang masuk dan yang keluar;-Memiliki seseorang anestesiologi sebagai kepala
  3. Ada dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru;- Konsulen yang membantu harus siap dipanggil
  4. Memiliki 25% jumlah perawat yang cukup telah mempunyai sertifikat pelatihan perawatan intensif, minimal satu orang per shift
  5. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi.

1. ICU Sekunder

Pelayanan ICU sekunder adalah pelayanan yang khusus yangmampu memberikan ventilasi bantu lebih lama, mampu melakukan bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu kompleks. Kekhususan yang dimiliki ICU sekunder adalah :

1. Ruangan tersendiri, berdekatan dengan kamar bedah, ruang darurat, dan ruang rawat lain
2. Memiliki kriteria pasien yang masuk, keluar, dan rujukan; Tersedia dokter spesialis sebagai konsultan yang dapat menanggulangi setiap saatbila diperlukan
3. Memiliki seorang kepala ICU yaitu seorang dokter konsultan intensive care atau bila tidak tersedia oleh dokter spesialis anestesiologi, yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu melakukan resusitasi jantung paru (bantuan hidup lanjut)
4. Memiliki tenaga keperawatan lebih dari 50% bersertifikat ICU dan minimal berpengalaman kerja di unit penyakit dalam dan bedah selama 3 tahun
5. Kemampuan memberikan bantuan ventilasi mekanis beberapa lama dan dalam batas tertentu, melakukan pemantauan invasif dan usaha – usaha penunjang hidup
6. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi.
7. ICU Tersier

Ruang perawatan ini mampu melaksanakan semua aspek intensif, mampu memberikan pelayanan tinggi termasuk dukungan ataubantuan hidup multi sistem yang kompleks dalam jangka waktu yang tidak terbatas serta mampu melakukan bantuan renal ekstrakorporal dan pemantauan kardiovaskuler invasif dalam jangka waktu terbatas. Kekhususan yang dimiliki ICU tersier adalah:

1. Tempat khusus tersendiri dalam rumah sakit;-Memiliki kriteria pasien yang masuk, keluar, dan rujukan
2. Memiliki dokter spesialis dan sub spesialis yang dapat dipanggil setiap saat bila diperlukan
3. Dikelola oleh seorang ahli anestesiologi konsultan intensive careatau dokter ahli konsultan intensive careyang lain, yang bertanggung jawab secara keseluruha. Dan dokter jaga yangminimal mampu resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut)
4. Memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikat ICU dan minimal berpengalaman kerja di unit penyakit dalam dan bedah selama 3 tahun
5. Mampu melakukan semua bentuk pemantauan dan perawatan intensif baik invasif maupun non invasif
6. Mampu dengan cepat melayani pemerikaan laboratorium tertentu,

Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi

1. Memiliki paling sedikit seorang yang mampu mendidik medik dan perawat agar dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien
2. Memiliki staf tambahan yang lain misalnya tenaga administrasi, tenaga rekam medik, tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian.
   * 1. Standar Minimum Pelayanan Intensive Care Unit

Tingkat pelayanan ICU harus disesuaikan dengan kelas rumah sakit. Tingkat pelayanan ini ditentukan oleh jumlah staf, fasilitas, pelayanan penunjang, jumlah, dan macam pasien yang dirawat. Pelayanan ICU harus memiliki kemampuan minimal sebagai berikut:

1. Resusitasi jantung paru
2. Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan penggunaanventilator sederhana
3. Terapi oksigen
4. Pemantauan EKG, pulse oksimetri yang terus menerus
5. Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
6. Pemeriksaan laboratorium khusus dengan dengan cepat dan menyeluruh
7. Pelaksanaan terapi secara titrasi
8. Kemampuan melaksanakan teknik khusus sesuai dengan kondisi pasien
9. Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat -alat portabel selama transportasi pasien gawat
10. Kemampuan melakukan fisioterapi dada
    * 1. Indikasi yang Benar Memasukkan Pasien ke Intensive Care Unit

Pasien yang dirawat di ICU adalah pasien dengan gangguan akut yang masih diharapkan reversible (pulih kembali seperti semula) mengingat ICU adalah tempat perawatan yang memerlukan biaya tinggi dilihat dari segi peralatan dan tenaga (yang khusus).Indikasi pasien yang layak dirawat di ICU adalah:

1. Pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh Tim intensive care
2. Pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi system organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan terus menerus dan metode terapi titrasi
3. Pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis.
   * 1. Kriteria Prioritas Pasien Masuk

Apabila sarana dan prasarana ICU di suatu rumah sakit terbatas sedangkan kebutuhan pelayanan ICU yang lebih tinggi banyak, maka diperlukan mekanisme untuk membuat prioritas. Kepala ICU bertanggungjawab atas kesesuaian indikasi perawatan pasien ICU. Bila kebutuhan pasien masuk di ICU melebihi tempat tidur yang tersedia, Kepala ICU menentukan berdasarkan prioritas kondisi medik, pasien mana yang akan dirawat di ICU. Prosedur untuk melaksanakan kebijkana ini harus dijelaskan secara rinci untuk tiap ICU.

Dalam keadaan yang terbatas, pasien yang memerlukan terapi intensif (prioritas 1) lebih didahulukan disbanding dengan pasien yang hanya memerlukan pemantauan intensif (prioritas 3). Penilaian objektif atas berat dan prognosis penyakit hendaknya digunakan sebagai dasar pertimbangandalam menentukan prioritas masuk ke ICU.

1. Pasien prioritas 1

Pasien yang termasuk dalam prioritas ini adalah pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi, seperti: dukungan / bantuan ventilasi, alat penunjang fungsi organ / system yanglain, infus obat -obat vasoaktif

/ inotropic, obat anti aritmia, serta pengobatan lain –lainnya secara kontinyu dan

tertitrasi. Pasien yang termasuk prioritas 1 adalah pasien pasca bedah kardiotorasik, sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam jiwa.

1. Pasien prioritas 2

Kriteria pasien ini memerlukan pelayanan canggih di ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan pulmonary arterial catheter. Pasienyang tergolong dalam prioritas 2 adalah pasien yang menderita penyakitdasar jantung –paru, gagal ginjal akut dan berat, dan pasien yang

telah mengalami pembedahan mayor. Pasien yang termasuk prioritas 2, terapinya tidak mempunyai batas, karena kondisi mediknya senantiasa berubah.

1. Pasien prioritas 3

Pasien yang termasuk kriteria ini adalahpasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, yang disebabkan oleh penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di ICU pada kriteria ini sangat kecil, sebagai contoh adalah pasien dengan keganasan metastatic disertai penyulit infeksi, pericardial tamponade, sumbatan jalan napas, dan pasien penyakit jantung dan penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat.

Pengelolaan pada pasien kriteria ini hanya untuk mengatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru.

1. Pasien prioritas 4

Pasien dalam prioritas ini bukan merupakan indikasi masuk ICU. Pasien

yang termasuk kriteria ini adalah pasien dengan keadaan yang “terlalu baik” ataupun “terlalu buruk” untuk masuk ICU.

* + 1. Kriteria Priorias Pasien Keluar

Kriteria pasien keluar dari ICU mempunyai 3 prioritas yaitu :

1. Pasien prioritas 1

Pasien dipindahkan apabila pasien tersebut tidak membutuhkan lagi perawatan intensif, atau jika terapi mengalami kegagalan, prognosa jangka pendek buruk, sedikit kemungkinan bila perawatan intensif diteruskan, sebagai contoh : pasien dengan tiga taua lebih gagalsystem organ yang tidak berespon terhadapt pengelolaan agresif.

1. Pasien prioritas 2

Pasien dipindahkan apabila hasil pemantauan intensif menunjukkan bahwa perawatan intensif tidak dibutuhkan dan pemantauan intensif selanjutnya tidak diperlukan lagi.

1. Pasien prioritas 3

Pasien prioritas 3 dikeluarkan dari ICU bila kebutuhan untuk terapiintensif telah tidak ada lagi, tetapi mereka mungkin dikeluarkan lebih dini bila kemungkinan kesembuhannya atau manfaat dari terapi intensif kontinyu diketahui kemungkinan untuk pulih kembali sangat kecil, keuntungan dari terapi intensif selanjutnya sangat sedikit. Pasien yang tergolong dalam prioritas ini adalah pasien dengan penyakit lanjut (penyakit paru kronis, penyakit jantung atau hepar terminal, karsinoma yang telah menyebar luas danlain - lainnya) yang tidak berespon terhadap terapi ICU untuk penyakit akut lainnya.

Prioritas pasien dipindahkan dari ICU berdasarkan pertimbangan medis

oleh kepala ICU dan atau tim yang merawat pasien, antara lain:

1. Penyakit atau keadaan pasien telah membaik dan cukup stabil, sehingga tidak memerlukan terapi atau pemantauan yang intesif lebihlanjut
2. Secara perkiraan dan perhitungan terapi atau pemantauan intensif tidak bermanfaat atau tidak memberi hasil yang berarti bagi pasien. Apalagi pada waktu itu pasien tidak menggunakan alat bantu mekanis khusus (seperti ventilasi mekanis).

# Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis

* + 1. Pengkajian

1. Airway:
   1. Pasien tampak susah bernafas
   2. Suara nafas ronchi
   3. Terdapat secret di jalan nafas
2. Breathing**:**
   1. RR < 16 x/menit
   2. Dispnea
   3. Diaforesis
3. Circulation**:**
   1. Pasien mengalami penurunan kesadaran dan nyeri dada
   2. Nadi meningkat (> 100 x/menit)
   3. Warna kulit pucat, akral dingin, pengisian kapiler lambat
   4. Tekanan darah normal/meningkat/menurun
4. Disability

Pasien mengalami penurunan kesadaran dan kaji reflek pupil

1. Exposure

Kaji adanya hipothermia/hiperthermia

* + 1. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Keluhan utama yang biasa terjadi pada pasien dengan angina tidak stabil yaitu nyeri dada substernal atau retrosternal dan menjalar ke leher, daerah interskapula atau lengan kiri, serangan atau nyeri yang dirasakan tidak memiliki pola, bisa terjadi lebih sering dan lebihberat, serta dapat terjadi dengan atau tanpa aktivitas.

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang keluhan yang dirasakan oleh klien sesuai dengan gejala-gejala pada klien dengan angina tidak stabil yaitu nyeri dada substernal atau retrosternal dan menjalar ke leher, daerah interskapula atau lengan kiri, serangan atau nyeri yang dirasakan tidak memiliki pola, bisa terjadi lebih sering dan lebihberat, serta dapat terjadi dengan atau tanpa aktivitas. Biasanya disertaisesak nafas, perasaan lelah, kadang muncul keringat dingin, palpitasi, dan dizzines.

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mempunyai riwayat hipertensi, atherosklerosis, insufisiensi aorta, spasmus arteri koroner dan anemia berat

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mempunyai penyakit hipertensi dan arteri koroner.

* + 1. Pemeriksaan Fisik
  1. Keadaan umum

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

* 1. Tanda-tanda vital

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

* 1. Pemeriksaan head to toe
     1. Kepala

Pusing, berdenyut selama tidur atau saat terbangun, tampak perubahan ekspresi wajah seperti meringis atau merintih, terdapatatau tidak nyeri pada rahang

* + 1. Leher

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

* + 1. Thorak

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

* + 1. Abdomen

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

* + 1. Ekstremitas

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

* + 1. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan/ risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. (SDKI, 2019).

1. Nyeri akut (D.0077) b/d suplai oksigen ke miokard kurang
2. Penurunan curah jantung (D.0008) b/d perubahan kontraktilitas otot jantung
3. Pola nafas tidak efektif (D.0005) b/d hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, penurunan energi, posisi tubuh menghambat ekspansi paru.
4. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (D.0015) b/d suplai darrah ke jaringan tidak adekuat
5. Intoleransi aktivitas (D.0056) b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
6. Ansietas (D.0080) b/d perubahan status kesehatan
   * 1. Intervensi Keperawatan (SDKI 2019,SLKI 2019, SIKI 2018) Table 2.1 Intervensi Keperawatan

**No Diagnosa Keperawatan Tujuan dan Kriteria Hasil Intervensi**

1. *Nyeri akut :*

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).

*Penyebab :*

* 1. Agen pencedera fisiologis (mis.

infarmasi, lakemia, neoplasma)

* 1. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
  2. Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi,

terbakar, terpotong, mengangkat berat,

prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

*Kondisi klinis terkait pada*

*diagnosa nyeri akut :*

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi, sindrom koroner akut (SKA)
4. Glaukoma.

*Tujuan:* Menunjukkan nyeri menurun atau hilang

*Kriteria hasil :*

1. Pasien mengatakan nyeri berkurang pada skala nyeri 1-2 dari (1-10)
2. Klien dapat menggunakan teknik non farmakologis (teknik relaksasi dan distraksi)

*Tanda gejala mayor :*

1. Data subjektif (tidak tersedia)
2. Data objektif tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

*Tanda gejala minor:*

1. Data subjektif (tidak tersedia)
2. Data objektif tampak tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri.
3. Observasi nyeri secara komprehensif dan skala nyeri dada (PQRST)
4. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, ajarkan teknik

nonfarmakologi (nafas dalam, distraksi)

1. Tingkatkan istirahat, monitor ada atau tidaknya disritmia jantung
2. Observasi tanda-tanda vital secara berkala, observasi hasil laboratorium (enzim jantung dan level elektrolit)
3. Observasi kardiorespiratori terhadap kegiatan (dispnea, takipnea, dan ortopnea)
4. Ajarkan pada klien untuk segera melapor jika merasakan nyeri dada.
5. *Penurunan curah jantung:* Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. *Penyebab :*
   1. Perubahan iramajantung
   2. Perubahan frekuensi jantung
   3. Perubahan kontraktilitas
   4. Perubahan preload
   5. Perubahan afterload.

*Tanda gejala mayor subjektif*

*:*

1. perubahan irama jantung : palpitasi
2. perubahan preload : lelah,
3. perubahan afterload : dispnea
4. perubahan kontraktilitas

: Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)

1. ortopnea; batuk

*Tanda gejala minor subjektif*

*:*

1. Perubahan irama jantung

: Bradikardial / Takikardia

1. Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi. Perubahan preload : Edema, distensi vena jugularis
2. Central venous pressure (CVP) meningkat/menurun
3. Hepatomegali.

*Kondisi klinis terkait :*

1. Gagal jantung kongestif, sindrom koroner akut
2. Stenosis mitral,
3. Regurgitasi mitral,
4. Stenosis aorta
5. Regurgitasi aorta
6. Stenosis pulmonal
7. Regurgitasi trikuspidal
8. Stenosis pulmonal
9. Regurgitasi pulmonal
10. Aritmia
11. Penyakit jantung bawaan. Luaran Utama : curah jantung Luaran tambahan :
12. Perfusi miokard
13. Perfusi renal
14. Perfusi perifer
15. Perfusi serebral
16. Status cairan
17. Status neurologis
18. Status sirkulasi
19. Tingkat keletihan.

*Tujuan:*

Menunjukkan peningkatancurah jantung

*Kriteria Hasil:*

1. Tanda-tanda vital dalam batas normal
2. Irama jantung reguler
3. Keseimbangan balance cairan
4. Tidak ada edema paru, perifer
5. Observasi bunyi dan suara jantung
6. Observasi status kardiovaskuler
7. Pantau balance cairan pasien
8. Observasi pucat atau sianosis
9. Lakukan pemeriksaan EKG, rontgen thorax, dan Echokardiografi
10. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi
11. Berikan terapi oksigen sesuai indikasi.

**3** *Pola napas tidak efektif :* Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. *Penyebab :*

1. Depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
2. Deformitas dinding dada
3. Deformitas tulang dada
4. Gangguan neuromuskular
5. Gangguan neurologis (mis elektroensefalogram [eeg] positif
6. Cedera kepala ganguan kejang)
7. Maturitas neurologis
8. Penurunan energi
9. Obesitas
10. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
11. Sindrom hipoventilasi,
12. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf cs ke atas)
13. Cedera pada medula spinalis
14. Efek agen farmakologis
15. Kecemasan.

*Tujuan :* Menunjukkan pola

napas membaik

*Kriteria Hasil :*

1. Pemanjangan fase ekspirasi menurun
2. Frekuensi napas normal
3. Tidak ada penggunaan otot bantu napas
4. Kedalaman napas membaik

*Tanda gejala mayor :*

* 1. Data subjektif : dispnea
  2. Data objektif : penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. takipnea. bradipnea, hiperventilasi kussmaul cheyne- stokes).

*Tanda gejala minor :*

1. Data subjektif : ortopnea
2. Data objektif : pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-

posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.

1. Observasi pola napas seperti frekuensi, kedalaman, usaha napas
2. Observasi bunyi napas tambahan
3. Posisikan semi fowler atau fowler
4. Kolaborasi pemberian oksigen, bronkodilator, ekspektoran.
5. *Risiko perfusi perifer tidak efektif :*

Resiko mengalami penurunan sirkulasi darah pada level kaliper yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

*Faktor risiko :*

* 1. Hiperglikemia
  2. Gaya hidup kurang gerak
  3. Hipertensi
  4. Merokok
  5. Prosedur endovaskuler
  6. Trauma
  7. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. Merokok*,*gaya hidup kurang gerak*,*obesitas, imobilitas).

1. *Intoleransi aktivitas :*

Ketidakcukupan energi untuk

*Tujuan:*

Perfusi jaringan perifer menjadi efektif.

*Kriteria Hasil :*

1. Tanda - tanda vital dalam batas normal
2. Warna kulit normal
3. Suhu kulit hangat
4. Kekuatan fungsi otot normal.

*Tujuan:*

Menunjukkan toleransi aktivitas

* 1. Observasi vital sign
  2. Observasi akral suhu pasien
  3. Observasi daerah yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul
  4. Observasi adanya paretase
  5. Ajarkan keluarga untuk observasi kulit jika ada laserasi.

1. Observasi vital sign
2. Observasi akral suhu pasien

melakukan aktivitas sehari hari.meningkat c. Observasi daerah yang hanya

*Penyebab :*

* 1. ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
  2. Tirah baring
  3. Kelemahan
  4. Imobilitas
  5. gaya hidup monoton

*Tanda gejala mayor :*

*Kriteria Hasil :*

1. Tanda-tanda vital dalam batas normal
2. Lelah menurun
3. Dispnea saat aktivitas maupun setelah aktivitas menurun.

*Kondisi klinis terkait :*

1. Anemia

peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul

* 1. Observasi adanya paretase
  2. Ajarkan keluarga untuk observasi kulit jika adalaserasi.
     1. Data subjektif : mengeluh lelah
     2. Data objektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat.

*Tanda gejala minor*

1. Data subjektif : dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah
2. Data objektif : tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran ekg menunjukan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran ekg menunjukan iskemia,

sianosis.

1. Gagal jantung kongesif
2. Penyakit jantung koroner
3. Penyakit katup jantung
4. Aritmia
5. Penyakit paru obstruksi kronis (ppok)
6. Gangguan metabolik
7. Gangguan muskuloskeletal.
8. *Ansietas : Tujuan :* a. Observasi tingkat kecemasan

Kondisi emosi dan pengalaman Anxietas terkontrol pasien

subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

*Penyebab :*

* 1. Krisis situasional
  2. Kebutuhan tidak terpenuhi
  3. Krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri
  4. Ancaman terhadap kematian
  5. Kekhawatiran mengalami kegagalan, kurang terpapar informasi.

*Tanda gejala mayor :*

1. data subjektif : pasien merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat, sulit berkonsenstrasi
2. Data objektif pasien tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

*Tanda gejala minor :*

1. Data subjektif : pasien mengeluh pusing., anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.
2. Data objektif. frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

*Kriteria hasil :*

1. Pasien dapat mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
2. Tanda vital sign dalam datas normal
3. Wajah dan gerak tubuh tampak lebih rileks.

*Kondisi klinis terkait :*

1. Penyakit kronis
2. Penyakit akut
3. Hospitalisasi
4. Rencana opersai
5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
6. Penyakit neurologis
7. Tahap tumbuh kembang.
8. Observasi faktor penyebab anxietas pasien
9. Jelaskan kepada pasien tentang semua prosedur perawatan yang diberikan
10. Berikan teknik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi anxietas pasien
11. Motivasi pasien untuk tetap semangat dalam menghadapi penyakitnya.
    * 1. Implementasi Keperawatan

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

* + 1. Evaluasi Keperawatan

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

1. Nyeri tidak ada.
2. Menunjukkan peningkatan curah jantung.
3. Tanda – tanda vital kembali normal, dan tidak terjadi kelebihan volume cairan

: Tidak sesak, tidak ada edema ekstremitas.

1. Risiko penurunan Perfusi perifer tidak menjadi aktual.
2. Menunjukkan peningkatan dalam melakukan aktivitas.
3. Wajah tampak lebih rileks dan anxietas berkurang.

**Nyeri akut**



Timbunan asam laktat meningkat

Metabolisme anaerob



Integritas membrane sel berubah

Oksigen dan nutrisi menurun



Nyeri dada



**Intoleransi aktivitas**

Fatigue



Selular hipoksia



Kontraktilitas menurun

Jaringan iskemia >30-45 menit



Kurang informasi

* 1. ***Web of Causation*** (**WOC) (PERKI 2018)**



Aliran darah ke jantung menurun

Faktor risiko: obesitas, perokok, ras, usia > 40 tahun, laki-laki, hiperkoletrolemia, hiperlipida



Terjadi penyempitan/oklusi partial arteri koroner

Aterosklerosis



Suplai dan kebutuhan oksigen tidak seimbang



**Penurunan Curah Jantung**

Stroke volume menurun



Tekanan vena pulmonalis meningkat

Tekanan atrium kiri meningkat



**Defisiensi Pegetahuan Ansietas**

Tidak tahu kondisi dan pengobatan

**Gangguan Petukaran Gas**

**Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer**

Edema paru

Gambar 2.1 *Pathway Unstable Angina Pectoris* (UAP) (PERKI, 2018)



Hipertensi kapiler paru

Suplai darah ke jaringan tidak adekuat

# BAB III TINJAUAN KASUS

# Pengkajian

* + 1. Identitas Klien

Pada tanggal 30 Mei 2021 pasien Ny. A (72th) No.Regiter : 41.xxxx dengan jenis kelamin perempuan datang IGD dengan diagnosa medis *Unstable Angina pectoris* (UAP) dan pada tanggal 30 dirujuk untuk pendapatkan penanganan lebih lanjut di ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan.

* + 1. Keluhan Utama :

Ny.A mengeluh nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang

* + 1. Riwayat Penyakit Sekarang :

Pada Tgl 30 mei 2021 malam pkl.21.00 Ny. A datang IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya dengan keluhan nyeri dada hebat tiba-tiba dan penanganan di IGD meliputi pemeriksaan EKG, foto Thorak, dan pemeriksaan lab selanjutnya di rujuk ke ruang ICCU untuk mendapatkan perawatan intensif seperti pengawasan hemodinamik secara ketat melalui monitor dan monitoring status cardio beserta intake dan output pasien secara berkala.

* + 1. Riwayat Penyakit Dahulu :

Ny. A memiliki riwayat hipertensi +Diabetes + Jantung sejak tahun 2006.

* + 1. Pengkajian Primer (Primary Survey)
       1. Airway (A) :

Jalan nafas paten, bersih dan tidak terdapat penumpukan sekret

37

* + - 1. Breathing (B) :

Bentuk dada: Normal chest, Pergerakan : simetris, Otot bantu nafas tambahan : Tidak Ada, Irama nafas : Reguler, Pola nafas: 20 x/mnt,pasien terpasang 02 nasal 4 lpm/menit, Saturasi 02 : 97%. Taktil/ Vocal fremitus: Tidak Ada, Suara nafas : Vesikuler, Suara nafas tambahan: Tidak Ada, Sesak nafas : Tidak ada.

* + - 1. Circulation (C) :

Irama jantung: reguler, pulsasi: kuat, bunyi jantung : S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak ada cianosis, tidak ada pembesaran jvp. Terpasang IVFD Cedocard 0.5mg/jm via sringe pump.

* + - 1. Disability (D) :

Kesadaran composmentis, pupil anisokor, GCS E4V5M6

* + - 1. Exposure (E) :

Tidak ada kelainan pada tubuh pasien tidak ada jejas tidak ada krepitasi maupun kelainan bentuk tubuh

* + 1. Pengkajian Sekunder (Secundary Survey)
       1. Full Set of Vital Sign (F) : TD 147/67 mmHg, Nadi 56x/m, Respirasi 20 x/m, Suhu 36,5 oC, SPO2 97% via Nasal Canul 4 lpm
       2. Give comfort Measure (G)

P: pasien mengatakan nyeri saat digunakan beraktifitas Q: Nyeri menetap

R: Bagian dada kiri menjalar ke lengan kiri S: Skala nyeri 3-4 (range 1-10)

T: Hilang timbul kurang lebih 10-20 menit (bertambah nyeri saat digunakan

aktifitas)

* + - 1. Head to toe (H)

1. Kepala : simetris, rambut hitam, tidak ada nyeri tekan, pasien tampak meringis kesakitan
2. Wajah : Pada mata tampak bersih, dapat melihat dengan jelas, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, reflek cahaya ada, pupil anisokor tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Hidung : tidak ada sekret, tampak napas cuping hidung. Mulut : bersih, tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembap. Gigi : bersih sedikit kekuningan, tidak ada karies gigi. Telinga : simetris ka/ki, bersih, fungsi pendengaran baik
3. Leher : simetris, tidak teraba pembesaran tyroid, JVP 4 cm, tidak nyeri saat menelan
4. Dada (Thorax) : Pada paru-paru saat di inspeksi : bentuk simetris, pengembangan ka/ki sama, terdapat retraksi dinding dada. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vokal fremitus ka/ki sama. Perkusi : sonor seluruh lapang paru, sisi dada kiri ICS 7, sisi dada kanan ICS 8, dinding posterior 4 jari di pundak. Auskultasi : bronkovesikuler, tidak terdapat suara tambahan. Pada jantung saat dilakukan inspeksi : ictus cordis tampak pada ics ke 5. Palpasi

: ictus cordis teraba tidak kuat. Perkusi : pekak, kesan melebar ke kaudolateral. Auskultasi : BJ I-II reguler, tidak ada bunyi tambahan

1. Abdomen saat dilakukan Inspeksi : tidak terdapat asites, simetris, tidak ada jejas, tidak terlihat joundis. Saat di auskultasi bising usus 18x/mnt. Perkusi : tympani. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, supel, tidak terdapat distensi
2. Genitalia tampak bersih, tidak terdapat kelainan, terpasang kateter urin uk.16. konsumsi cairan ± 200 ml/8jm. produksi urin 800 ml/8jm warna kuning jernih, bau khas urine, tidak ada nyeri tekan. IWL: 10 cc x BB= 10 cc x 68= 680 /24jm= 226/8jm. BC = 200-800-226= -826/8jm
3. Anus dan Rektum tampak bersih, tidak terdapat kelainan
4. Ekstremitas yakni atas : kekuatan otot ka/ki 4/4, akral hangat, CRT 2 detik, terpasang infus drip Cedocard 0.5mg/jm di tangan kiri. bawah : kekuatan otot ka/ki 4/4, akral hangat, CRT 2 detik, tidak terdapat oedem. Ny.A tampak lemas sehingga untuk sementara Ny. A bedrest dan dalam pola aktifitasnya dalam pembatasan, kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) bebas
5. Integumen : Tidak tampat kelainan pada kulit, kulit tampak bersih, dan tidak terdapat daki.
   * 1. Hasil Pemeriksaan Penunjang
6. Pemeriksaan Laboratorium ( Tanggal 30 Mei 2021) Table 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. A

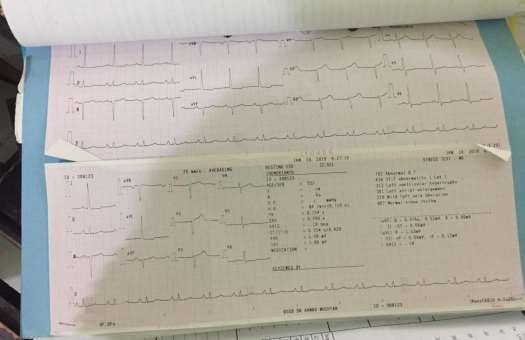
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama | Hasil | Nilai Normal | Kesimpulan |
| **HGB** | 12.5 g/Dl | 12.0 – 15.0 | Normal |
| **RBC** | 4.2 10^ 6/Ul | 3.5 – 5.5 | Normal |
| **HCT** | **36.6 %** | **37.0 – 47.0** | **Rendah** |
| **WBC** | 7.73 10^ 3/Ul | 4.0 – 10.0 | Normal |
| **PLT** | 290 10^ 3/Ul | 150 – 450 | Normal |
| **Kalium** | 3.87 mEq/l | 3,0 – 5,0 | Normal |
| **Natrium** | 138.7 mEq/l | 135-147 | Normal |
| **Khorida** | **107.1 mEq/l** | **95-105** | **Tinggi** |
| **Troponin kuantitatif** | <0.01 | <0.03ng/ml | Normal |
| **Trigliserida H** | **161 mg/dl** | **70-140** | **Tinggi** |
| **Kolesterol** | **236 mg/dL** | **<130** | **Tinggi** |
| **LDL GDA** | 189 mg/dL | 80 – 120 | Normal |

1. Foto. Thorax AP ( Tanggal : 30 Mei 2021) Kesan : Cardiomegali, Kalsifikasi Arcus Aorta
2. EKG

Tanggal : 31 Mei 2021

Interpretasi : Sinus Bradikardi, Irama : teratur, Frekuensi HR : 50x/menit, Gel P: normal, setiap gel P selaludi ikuti gel QRS, Interval PR : Normal, Gelombang QRS : Normal, Gelombang T : inverted

Gambar 3.1 Pemeriksaan EKG pada Ny. Y



2. Therapy

Tabel 3.2 Pemberian Terapi pada Ny. Y

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tanggal** | **Medikasi** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| **Terapi Infus** | | | | |
| 31 Mei 2021 | Drip Cedocard | 0.5mg/jm | Drip IV | obat anti angina untuk mengatasi gejala yang timbul pada saat terjadi serangan angina atau serangan jatung dan gagal jantung kongestif untuk mengurangi sesak dan gejala  lainnya |
| **Terapi Injeksi** | | | | |
| 31 Mei 2021 | Omeprazole | 1x 40 mg | IV | Mengatasi asam lambung |
| Novorapid | 3x8 ui | IM | Menstabilkan gula darah |
| Astika | 1x100mg | IV | Mengurangi risiko serangan infark miokard pada pasien |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | dengan riwayat infark atau angina pektoris yang tidak stabil |
| Ranitidin | 2x50mg | IV | Mengurangi rasa mual dan muntah |
| Antrain | 1x500mg | IV | Obat analgetik (pereda nyeri), antispasmodik (meredakan kram), dan antipiretik  (penurun demam) |
| **Terapi PO** | | | | |
| 31 Mei 2021 | CPG | 75-0-0 mg | PO | Menurunkan aterotrombosis yang menyertai: - Serangan infark miokard, serangan stroke atau penyakit pembuluh  darah perifer. |
| Sulcralfat | 3x1cth | PO | Mengatasi tukak lambung, ulkus duodenum, atau  gastritis kronis |
| Amlodipine 5mg | 0-0-5 mg | PO | Menurunkan tekanan darah |
| Concor | 1x2,5 mg | PO | Untuk mengobati tekanan darah tinggi (hipertensi), menurunkan tekanan darah tinggi, membantu mencegah stroke, serangan jantung, dan masalah  ginjal. |
| ISDN | 1x5 mg | PO | Profilaksis jangka panjang terhadap angina pektoris pada seseorang yang menderita penyakit jantung koroner, dan pada gagal jantung  kiri. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Atrovastatin | 1x 20 mg  0-0-1 | PO | Menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL)  di dalam darah |
| Candesartan | 16mg-0-0 | PO | Untuk menangani hipertensi |

# Analisa Data

Table 3.3 Analisa Data Pada Ny. Y

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Etiologi | Problem |
| 1 | DS:  - Ny A mengatakan Nyeri pada dada kiri menjalar ke punggung, datang tiba-tiba durasi ±10- 20menit, dengan skala nyeri 3-4 (range1-10)  DO:  Ps tampak meringis TTV :  TD : 147/67 mmHg Nd : 56x/menit  Rr : 20x/menit Sh : 36.5 °C Sp02 : 97%  Lab tgl 30/5 :  Trigliserida H : 161 (70- 140mg/dl)  Kolesterol LDL : 236 (<130 mg/dl)   * Thorak AP tgl 30/5 : Cardiomegali, Kalsifikasi Arcus Aorta * EKG tgl 31/5 : Sinus Bradikardi | Suplai Oksigen Ke Miokard Kurang | Nyeri Akut (SDKI D.0077) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | DS :  Px mengatakan, ‘sus, saya masih merasa lelah ”  DO :  TTV :  TD : 147/67 mmHg Nd : 56x/menit  Rr : 20x/menit Sh : 36.5 °C Sp02 : 97%  Lab tgl 30/5 :  Trigliserida H : 161 (70- 140mg/dl)  Kolesterol LDL : 236 (<130 mg/dl)  Thorak AP tgl 30/5 : Cardiomegali, Kalsifikasi Arcus Aorta  EKG tgl 31/5 : Sinus Bradikardi | Perubahan Kontraktilitas Otot Jantung | Penurunan Curah Jantung (SDKI D.0008) |
| 3 | DS :  Ps mengatakan, “ sus, badan saya masih lemas”. | Ketidakseimbangan  Antara Suplai Dan | Intoleransi  Aktivitas (SDKI D.0056) |
|  | DO :   * Untuk sementara Ny. A bedrest dan dalam pola aktifitasnya dalam pembatasan (untuk mengurangi beban kerja jantung) * EKG tgl 31/5 : Sinus Bradikardi * Semalam px mengalami Serangan Jantung (dx.UAP) pada jm 21.00 | Kebutuhan Oksigen |  |

Nama Pasien : Ny. A Hari/Tanggal : Senin, 31 Mei 2021 Tabel 3.3 Observasi Perawatan Intensif Ny. Y

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jam | Tensi | R R | HR | SUH U | MA P | SPO 2 | CV P | Resp Mod e | FIO 2 | Inpu t (cc) | Output (cc) |
| 12.0  0 | 133/8  0 | 20 | 56 | 36,5 | 97 | 97% | - | Nasa l 4/lp m | - | 100 | - |
| 13.0  0 | 133/9  0 | 18 | 13  4 | 36.5 | 104 | 97% | - | Nasa l  4/lp m | - | - | - |
| 14.0  0 | 162/7  0 | 20 | 55 | 36.6 | 100 | 98% | - | Nasa l  4/lp m | - | - | - |
| 15.0  0 | 161/7  1 | 18 | 57 | 36,2 | 101 | 96% | - | Nasa l  4/lp m | - | - | - |
| 16.0  0 | 147/6  7 | 20 | 55 | 36.5 | 93 | 97% |  | Nasa l  4/lp m |  | 30 | 800/8j m |

# DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

Table 3.4 Daftar Masalah Keperawatan pada Ny. Y

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Masalah Keperawatan | Tanggal | | Evaluasi Sumatif | Paraf |
| Ditemukan | Teratasi |  |  |
| 1. | *Nyeri akut (SDKI D.0077) b/d suplai oksigen ke miokard kurang* (UAP) | 31 Mei  2021 | 31 Mei  2021 | Masalah Teratasi Sebagian | i |
| 2. | *Penurunan curah jantung*  *(SDKI D.0008) b/d*  *perubahan kontraktilitas otot jantung* | 31 Mei  2021 | 31 Mei  2021 | Masalah Teratasi Sebagian | i |
| 3. | *Intoleransi aktivitas (SDKI*  *D.0056) b/d*  *ketidakseimbangan antara suplai dan* | 31 Mei  2021 | 31 Mei  2021 | Masalah Teratasi Sebagian | i |
|  | *kebutuhan oksigen* |  |  |  |  |

# Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Pada Ny.Y

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan & Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 1 | ***Dx :*** *Nyeri akut (SDKI D.0077) b/d*  *suplai oksigen ke miokard kurang* | **Tujuan :**  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x5 jm di harapkan nyeri berkurang skala 1-2(dari 1-10)  **Kriteria Hasil:**   1. Mampu mengontrol nyeri 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang | ***Pain management***   1. Observasi nyeri secara komprehensif (PQRST) 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3. Observasi tanda-tanda vital secara berkala 4. Observasi status pernapasan 5. Observasi kardiorespiratori terhadap kegiatan (dispnea, takipnea, dan ortopnea) 6. Ajarkan teknik nonfarmakologi (nafas dalam, distraksi) 7. Tingkatkan istirahat 8. Periksa sirkulasi perifer (denyut nadi, edema,   *capillary refill*, warna dan suhu ekstremitas)   1. Ajarkan pasien cara mengurangi stress 2. Ajarkan pasien untuk segera melapor jika merasakan nyeri dada   ***Kolaborasi:***   1. Kolaborasi dalam pemberian analgetik   a. Antrain 1x500mg |
|  | DS: Ny A mengatakan, “ Nyeri pada dada kiri menjalar ke punggung, datang tiba-tiba durasi ±10-20menit, dengan skala nyeri 3-4 (range1-10)  DO: |
|  | Ps tampak meringis |
|  | -TTV : |
|  | TD : 147/67 mmHg |
|  | Nd : 56x/menit |
|  | Rr : 20x/menit |
|  | Sh : 36.5 °C |
|  | Sp02 : 97% |
|  | -Lab tgl 30/5 : |
|  | Trigliserida H : 161 (70-140mg/dl) |
|  | Kolesterol LDL : 236 (<130 mg/dl) |
|  | -Thorak AP tgl 30/5 : |
|  | Cardiomegali, Kalsifikasi Arcus Aorta |
|  | -EKG tgl 31/5 : Sinus Bradikardi |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | ***Dx :*** *Penurunan curah jantung (SDKI D.0008) b/d perubahan kontraktilitas otot jantung*  **DS :** Pasien mengatakan, ‘sus, saya masih merasa lelah ”  **DO :**   1. TTV :   TD : 147/67 mmHg Nd : 56x/menit  Rr : 20x/menit Sh : 36.5 °C  Sp02 : 97% via nasal 4lpm   1. Lab tgl 30/5 :   Trigliserida H : 161 (70-140mg/dl) Kolesterol LDL : 236 (<130 mg/dl)   1. Thorak AP tgl 30/5 :   Cardiomegali, Kalsifikasi Arcus Aorta   1. EKG tgl 31/5 : Sinus Bradikardi | **Tujuan :**  Setelah di lakukan tindakan keperawatan 2x5jm diharapkan tidak terjadi penurunan curah jantung.  **Kriteria Hasil:**   1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan 3. Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak adaasites 4. Tidak ada penurunan kesadaran | 1. Observasi adanya disritmia jantung 2. Observasi adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output 3. Observasi status kardiovaskuler 4. Pantau balance cairan pasien 5. Observasi adanya perubahan tekanan darah 6. Observasi pola pernapasan abnormal 7. Observasi bunyi dan irama jantung 8. Observasi adanya sianosis perifer 9. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberikan therapi sesuai dengan indikasi. 10. Drip Cedocard 0.5mg/jm 11. Astika 1x100mg 12. CPG 75-0-0 mg 13. Concor1x2,5 mg 14. ISDN 1x5 mg |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3. | ***Dx : Intoleransi aktivitas (SDKI D.0056) b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen***  **DS :**  Ps mengatakan, “ sus, badan saya masih lemas”.  **DO :**   1. Untuk sementara Ny. A bedres dan dalam pola aktifitasnya dalam pembatasan (untuk mengurangi beban kerja jantung) 2. EKG tgl 31/5 : Sinus Bradikardi 3. Semalam px mengalami serangan Jantung (dx.UAP) pada jm 21.00 | **Tujuan :**  Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x5jm diharapkan pasien dapat beraktivitas sesuai dengan kebutuhan  **Kriteria Hasil :**   1. Pasien dapat beraktivitas di bed sesuai dengankebutuhan 2. Pasien merasa nyaman dan lebih baik 3. Pasien tetap terpenuhi dalam kebutuhannya. | 1. Observasi kebutuhan aktifitas yang di perlukan oleh pasien 2. Anjurkan pasien untuk relaks selama dalam perawatan intensif 3. Berikan posisi yang nyaman bagi pasien 4. Anjurkan untuk istirahat selama dalam perawatan 5. Bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL 6. Kolaborasikan ke dokter dalam pemberian oksigen tambahan untuk pemenuhan suplai kebutuhan oksigen bagi pasien. |

# Implementasi & Evaluasi

Table 3.6 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan Pada Ny.Y

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tgl** | **MK** | **Waktu** | **Implementasi** | **Paraf** | **Catatan perkembangan** |
| Senin, 31  Mei 2021 | 1 | 12.00 | * Mengobservasi tanda-tanda vital, Td: 133/80 Nd: 121 Suhu 36.5, Spo2 97% * Mengobservasi kebutuhan aktifitas yang di perlukan oleh pasien, untuk makan pasien harus di bantu oleh perawat namun sebagian ps bisa makan secara perlahan, nasi habis dalam ½ porsi. * Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri * (Ny.A mengatakan Nyeri dada ketika bergerak, rasanya seperti menetap dan menjalar sampai ke punggung, Nyeri dada sebelah kiri., Skala 3- 4 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul) dan biasanya berlangsung 10-20 menit * Mengkolaborasikan dalam pemberian analgetik : Antrain 1x500mg, ps tampak lebih baik * Memonitor TTV : (TD: 133/ 90 mmHg, RR: 18x/mnt, N: 134x/mnt, S: 36,5C, SPO2 97%   dengan O2 Nasal 4 lpm) | **i** | **Dx 1: *Nyeri akut (SDKI D.0077) b/d suplai oksigen ke miokard kurang* (UAP)**  **S:**  Pasien mengatakan ‘sus nyeri saya sudah mulai berkurang dari 2-3 (range1-10) pada daeran dada kiri dan sudah tidak menjalar ke punggung.  **O:**   1. Kesadaran compos mentis GCS (E4M6V5) 2. TTV   TD: 147/67 mmHg,  RR: 20x/mnt, HR: 55x/mnt, S: 36.5C,  SPO2 97% via 02 nasal 4 lpm   1. wajah pasien tampak lebih baik dan nyaman |
|  | 3 | 12.05 | **i** |
|  | 1  1 | 12.20  12.40 | **i i** |
|  |  |  | **i** |
|  | 1 | 12.45 |  |
|  | 1 | 13.00 | **i** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 13.10 | - Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal,Ny.A  tampak merintih. | **i** | **A:** Masalah teratasi sebagian  **P:** Intervensi di lanjutkan oleh perawat ruangan  **Dx 2: *Penurunan curah jantung***  ***(SDKI D.0008) b/d perubahan kontraktilitas otot jantung***  **S: ps mengatakan, “ sudah merasa lebih baik”**  **O:**   1. Kesadaran compos mentis 2. TTV   TD: 147/67 mmHg,  RR: 20x/mnt, HR: 55x/mnt, S: 36.5C,  SPO2 97% via nasal 4lpm   1. Gambaran EKG : |
| 1  1 | 13.14  13.15 | * Mengajarkan teknik nonfarmakologi (nafas dalam, distraksi), ps merasa lebih baik * Meningkatkan istirahat, ps tampak nyaman | **i**  **i** |
| 2  1 | 13.45  14.00 | * Memberikan obat oral sesuai advice dokter   (CPG 75 mg)   * Menonitor TTV : (TD: 162/70 mmHg, RR: | **i**  **i** |
|  |  | 20x/mnt, HR: 55x/mnt, S: 36,6, SPO2 97% |  |
|  |  | dengan O2 nasal 4 lpm) |  |
| 2  2 | 14.05  14.08 | - Mengbservasi adanya perubahan tekanan darah  - Mengbservasi pola pernapasan abnormal, ps tanpak baik tidak ada suara nafas tambahan | **i**  **i** |
| 2 | 14.10 | - Mengobservasi bunyi dan irama jantung, bunyi jantung ps S1S2 tunggal, irama teratur | **i** |
| 2 | 14.14 | - Meengobservasi adanya sianosis perifer, tidak tampak sianosis pada perifer | **i** |
| 2 | 14.15 | - Mengkolaborasi dengan dokter untuk pemberikan therapi sesuai dengan indikasi., | **i** |
|  |  | Drip Cedocard 0.5mg/jm, tanpak lancar tidak |  |
| 1 | 15.00 | ada plebitis pada akses iv line |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | - Memonitor TTV tiap jam (TD: 161/71 mmHg, | **i**  **i i i**  **i**  **i** | Sinus Bradikardi Irama teratur  Frekuensi HR : 55x/menit  Gel P : Normal, setiap gel p di ikuti gel QRS  Interval PR : Normal Gelombang QRS : Normal  **A :** Masalah teratasi sebagian  **P :** Tindakan keperawatan di lanjutkan oleh perawat ruangan  ***Dx 3: Intoleransi aktivitas (SDKI D.0056) b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen***  **S:** ps mengatakan, “ merasa lebih nyaman”  **O:**   1. Untuk sementara Ny. A bedrest dan dalam pola aktifitasnya dalam pembatasan (untuk mengurangi beban kerja jantung) 2. Kesadaran compos mentis 3. RR: 20x/mnt, SpO2 97% via nasal 4/lpm   **A :** Masalah teratasi sebagian  **P :** Tindakan keperawatan di lanjutkan oleh perawat ruangan |
|  |  | RR 18x/mnt, HR: 57x/mnt, S: 36.2C, SPO2 |
| 3 | 15.05 | 96% dengan O2 nasal 4 lpm) |
| 3 | 15.10 | - Anjurkan pasien untuk relaks selama dalam perawatan intensif, ps tampak santai dan relaks |
|  |  | - Memberikan posisi yang nyaman bagi pasien, |
| 3 | 15.13 | ps merasa lebih baik dengan posisi semi fowler |
|  |  | - Megkolaborasikan ke dokter dalam pemberian |
|  |  | oksigen tambahan untuk pemenuhan suplai |
| 1 | 16.00 | kebutuhan oksigen bagi pasien, ps terpasang oksigen nasal 4 lpm |
|  |  | - Memonitor TTV: (TD: 147/67 mmHg, RR: |
| 3 | 16.10 | 20x/mnt, HR: 55x/mnt, S: 36.5C, SPO2 97%  dengan O2 nasal 4 lpm) |
|  |  | - Membantu pasien dalam pemenuhan |
|  |  | kebutuhan ADL, (BAB), mengganti papers |
|  |  | pasien tanpak wakna BAB kuning kecoklatan |
|  |  | konsistensi agak keras. |

# BAB 4 PEMBAHASAN

# Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan peninjang medis dan rekam medis. Pembahasan akan dimulai dari:

# Identitas

Pada tanggal 30 Mei 2021 pasien Ny. A berusia 72 tahun dengan jenis kelamin perempuan datang IGD dengan diagnosa medis Unstable Angina pectoris (UAP) dan pada tanggal 30 dirujuk untuk pendapatkan penanganan lebih lanjut di ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan. Hal ini sejalan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan prevalensi jantung koroner berdasarkan wawancara terdiagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,5 persen, dan berdasarkan terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 1,5 persen. Penyakit jantung koroner tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun yaitu, dan menurun sedikit pada kelompok umur ≥ 75 tahun.

Pada tahun 2015 sekitar 17.5 juta orang di dunia meninggal dunia karena penyakit kardiovaskular ini, yang terdiri dari 42% kematian karena penyakit jantung Koroner. Saat ini telah terjadi peningkatan insiden angina tidak stabil di Amerika Serikat dan setiap tahunnya lebih dari satu juta orang dirawat di rumah sakit karena angina tidak stabil.

Dari data pengkajian tersebut dapat dihubungkan bahwa penyakit unstable angina pectoris (UAP) berhubungan dengan penyakit jantung lainnya misalnya

54

penyakit jantung koroner seperti data dia atas. Dan kondisi Ny.A memiliki termasuk kejadian yang aktual yang segera untuk harus ditangani seperti langsung mendapatkan penanganan di ruang perawatan Intensive Cardiology Care unit (ICCU). Melihat kondisi ini apabila tidak diimbangi dengan perubahan pola hidup dan kepatuhan dalam pengobatan akan mengakibatkan komplikasi yang lebih berat pada pasien.

# Riwayat Kesehatan

Keluhan pasien sekarang adalah nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang, nyerinya seperti menetap datang tiba-tiba durasi ±10-20menit, dengan skala nyeri 3-4 (range1-10). Hal ini sejalan menurut Bahri (2012) Angina pektoris adalah suatu sindroma kronis dimana klien mendapat serangan sakit dada yang khas yaitu seperti ditekan, atau terasa berat di dada yang seringkali menjalar ke lengan sebelah kiri yang timbul pada waktu aktifitas dan segera hilang bila aktifitas berhenti dan di buktikan dari hasil penelitian dari Jurnal Anestesiologi Indonesia,2014 hal 216 yakni Pasien dengan unstable angina akan mengalami nyeri dada saat beraktifitas berat namun kemudian masih tetap berlangsung saat istirahat. Ini akan menjadi tanda terjadi infark miokard akut. Menurut penulis apa yang terjadi pada kondisi pasien mulai dari tanda dan gejala yang dirasakan pasien ini sama seperti yang di terapkan pada teori maupun jurnal penelitian yang berkaitan dengan unstable angina pectoris.

# Riwayat Penyakit Sekarang

Pada Tgl 30 mei 2021 malam pkl.21.00 Ny. A datang IGD RSPAL Dr.Ramelan Surabaya dengan keluhan nyeri dada hebat tiba-tiba dan penanganan di IGD meliputi pemeriksaan EKG, foto Thorak, dan pemeriksaan lab selanjutnya

di rujuk ke ruang ICCU untuk mendapatkan perawatan intensif seperti pengawasan hemodinamik secara ketat melalui monitor dan monitoring status cardio beserta intake dan output pasien secara berkala. Karena ketidak adekuat suplai oksigen yang di dapat jantung maka pasien di berikan bantuan oksigen nasal kanul 4 lpm sehingga saturasi oksigen Ny.A menjadi 97%. Angina pectoris adalah nyeri hebat yang berasal dari jantung dan terjadi sebagai respon terhadap suplai oksigen yang tidak adekuat ke sel-sel jantung (miokardium) menurut bahri (2012).

Menurut evidence based pada Jurnal keperawatan poltekkes Kemenkes Surabaya (2012)Vol.V no.2 didapatkan bahwa adanya perubahan gambaran EKG pada pasien PJK (Penyakit Jantung Koroner) dengan pemberian therapi oksigen nasal kanul 4 lpm dan therapi farmakologi didapatkan 70% adalah baik. Selain itu terapi oksigen penting untuk pemberian transport oksigen yang adekuat dalam darah sambil menurunkan upaya bernafas dan mengurangi stres pada miokardium. Pemberian oksigen nasal kanul menghantarkan oksigen konsentrasi rendah (24-44 persen) dengan kecepatan aliran 2-6lpm maka tetapi bila kecepatan diatas 6 lpm, kemungkinan klien menelan udara dan mukosa faring serta nasal menjadi teriritrasi dan FiO2 (fraksi oksigen) tidak meningkat.

Jadi menurut penulis pemberian oksigen nasal kanul 4 lpm yang di berikaan pada Ny.A adalah sesuai dengan kebutuhan pasien dan menurut penelitian juga anjuran dalam pemberiaan penanganan pasien dengan serangan jantung baik itu unstable angina atau penyakit jantung koroner merupakan satu kesatuan serangan akibat dari penyakit jantung yang tiba-tiba dan membutuhkan suport bantuan oksigen yang di sesuaikan oleh kebutuhan jantung tersebut yakni oksigen 4 lpm.

# Riwayat Penyakit Terdahulu

Dari hasil pengkajian di dapatkan bahwa Ny. A memiliki riwayat hipertensi

+Diabetes + Jantung sejak tahun 2006. Penyakit diabetes mellitus yang tidak terkontrol dengan baik dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi, selain komplikasi Neuropati diabetik, retinopati diabetik, nefropati diabetik, proteinuria, kelainan coroner (Sholehudin, 2019) Dalam penelitian Pramana (2018) Hipertensi emergensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah ≥ 180/120 mmHg yang berhubungan dengan kerusakan organ target yang progresif seperti diseksi aorta, edema paru akut, infark miokard akut, unstable angina pectoris.

Penulis berasusmsi kondisi ini nantinya sangat berpengaruh pada proses penyembuhan pasien, dimana pada gangguan penyakit metabolik ataupun hemodinamik tidak dapat diatasi hanya dengan pengobatan namun perlunya perubahan gaya hidup dan dukungan keluarga yang turut mengawasi dan memberikan motivasi kepada pasien untuk lebih memperhatikan kesehatan dirinya.

# Pemeriksaan Fisik

* + - 1. *Primary survey*
         1. *Airway (A) :*

Pada pasien di dapatkan jalan nafas paten, bersih dan tidak terdapat penumpukan sekret. Menurut asumsi peneliti pada pasien dengan UAP pada pemeriksaan akan didapatkan adanya perubahan pola nafas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi) tetapi untuk jalan nafas pada pasien UAP nafasnya normal.

* + - * 1. *Breathing (B) :*

Pada pengkajian bentuk dada pasien adalah normal chest, Pergerakan : simetris, Otot bantu nafas tambahan : Tidak Ada, Irama nafas : Reguler, Pola nafas: 20 x/mnt,pasien terpasang 02 nasal 4 lpm/menit, Saturasi 02

: 97%. Taktil/ Vocal fremitus: Tidak Ada, Suara nafas : Vesikuler, Suara nafas tambahan: Tidak Ada, Sesak nafas : Tidak ada. Menurut evidence based pada *Jurnal keperawatan poltekkes Kemenkes Surabaya (2012)Vol.V no.2* didapatkan bahwa adanya perubahan gambaran EKG pada pasien PJK (Penyakit Jantung Koroner) dengan pemberian therapi oksigen nasal kanul 4 lpm dan therapi farmakologi didapatkan 70% adalah baik. Selain itu terapi oksigen penting untuk pemberian transport oksigen yang adekuat dalam darah sambil menurunkan upaya bernafas dan mengurangi stres pada miokardium.

Peneliti berasumsi bahwa sesak nafas yang didapatkan saat pengkajian merupakan gejala pada unstable angina pectoris. Maka dari itu perlunya intervensi pemberian oksigen untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas pasien dan membuat pasien merasa nyaman untuk menghantarkan oksigen kedalam tubuh.

* + - * 1. *Circulation (C) :*

Pada pemeriksaan sirkulasi di dapatkan irama jantung: reguler, pulsasi: kuat, bunyi jantung : S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak ada cianosis, tidak ada pembesaran jvp. Terpasang IVFD Cedocard 0.5mg/jm via sringe pump. Pada referensi *Jurnal Ilmiah Kesehatan, Vol. 8, No. 2, Agustus 2015,(hal 184-192)* unstable angina dan NSTEMI

lebih direkomendasikan dalam pemberian obat antiiskemik adalah agen obat yang dapat menurunkan kebutuhan oksigen miokard sehingga mempunyai efek positif menurunkan heart rate dan preload serta kontraktilitas, obat ini juga meningkatkan suplai oksigen melalui induksi vasodilatasi koroner. Contoh obat anti iskemik adalah beta bloker, nitrat dan calsium chanel bloker.

Menurut penulis berdasarkan pengobatan yang diberikan kepada pasien yaitu cedocard sesuai dengan penelitian pada jurnal karena cedocard merupakan jenis obat golongan nitrat yang bekerja untuk melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran darah dan oksigen ke jantung.

* + - * 1. *Disability (D) :*

Kesadaran composmentis, pupil anisokor, GCS E4V5M6. Menurut penulis tidak ada keluhan yang di rasa pada Ny.A untuk keadaan disabilitynya.

* + - * 1. *Exposure (E) :*

Pada pengkajian untuk exposure tidak didapatkan kelainan pada tubuh pasien, tidak ada jejas, tidak ada krepitasi maupun kelainan bentuk tubuh lainnya.

# Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien didapatkan nilai pada klien Ny. A didapatkan hasil lab Trigliserida H 161 (70-140mg/dl), Kolesterol LDL 236 (<130 mg/dl) dengan adanya peningkatan dalam nilai kadar kolesterol dalam darah ini mengakibatkan adanya aterosklerosis pada jaringan

pembuluh darah pada jantung jadi antara konsep teori dan tinjauan pada kasus Ny.A sesuai data yang di dapat serta masalah yang terjadi. gambaran EKG yaitu sinus bradikardi, gelombang T inverted. Data penunjang thorax AP dengan kesan cardiomegali, kalsifikasi arcus aorta. Unstable angina dan miokard infark akut merupakan sindrom koroner akut karena ruptur dan atherossclerotic plak pada pembuluh darah koroner.infark miokard akut dengan elevasi ST (ST elevation myocardial infarction = STEMI) merupakan bagian dari spectrum sindrom koroner akut (SKA) yang terdiri dari angina pectoris tak stabil. *(Jurnal Anestesiologi Indonesia,2014 hal 216).* Pada data kasus dan tinjauan teori didapatkan ketidaksamaan antara gangguan pada interpretasi EKG namun jika di lihat dari interpretasi EKG pada pasien memiliki gangguan pada salah satu fungsi jantung sehingga mengakibatkan angina pectoris. maka dari permasalahan pada angina pectoris mendapatkan therapi farmakologis misalnya pada pasien Ny.A mendapatkan therapi farmakologi Drip Cedocard 0.5mg/jm, Astika 1x100mg, Clopidogrel 75-0-0 mg, Concor1x2,5 mg, ISDN 1x5 mg. Contoh tersebut merupakan obat polongan anti iskemik yaitu beta bloker, nitrat dan calsium chanel bloker.

# Diagnosa Keperawatan

Pada tahap ini penulis merumuskan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan data–data pasien yang diperoleh pada saat pengkajian Keluhan utama Ny.A mengeluh nyeri pada dada kiri menjalar ke belakang maka kami mengambil masalah keperawatan yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen

cidera fisiologis (iskemik dan penurunan suplai oksigen ke otot jaringan miokard) karena pada saat pengkajian di dapatkan data subjektif : klien mengatakan nyeri pada dada kiri menjalar ke punggung, nyerinya seperti menetap datang tiba-tiba durasi ±10-20menit, dengan skala nyeri 3-4 (range1-10). Sedangkan data objektif : klien tampak meringis, klien mengusap daerah yang nyeri, posisi klien tampak tidak nyaman, raut wajah klien tegang , TD: 147/67 mmHg, RR: 20 x/i, N: 56 x/i, S: 36.50C, SpO2: 97 % dengan nasal kanul 4/lpm, hasil lab Trigliserida H 161 (70- 140mg/dl), Kolesterol LDL 236 (<130 mg/dl), gambaran EKG yaitu sinus bradikardi. Pada pasien dengan unstable angina pectoris karekteristis nyeri dada khas di presentasikan dengan nyeri yang bertambah berat, tetap dan bertahan bahkan ketika beristirahat, nyeri seperti ditekan, rasa terbakar, ditindih benda berat. Nyeri angina dapat menyebar ke lengan kiri, ke punggung, ke rahang, atau ke daerah abdominal. Angina pektoris adalah suatu sindroma kronis dimana klien mendapat serangan sakit dada yang khas yaitu seperti ditekan, atau terasa berat di dada yang seringkali menjalar ke lengan sebelah kiri yang timbul pada waktu aktifitas dan segera hilang bila aktifitas berhenti (Bahri, 2012). Penulis mengambil diagnosa ini karena data yang ditemukan sesuai dengan teori tersebut dan msalah ini juga mengancam nyawa karena dapat mengakibatkan kegagalan nafas apa bila tidak segera diatasi.

Masalah keperawatan kedua yang diambil yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas otot jantung karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan merasakan keletihan dan tampak lemas, sedangkan data objektif : TD: 147/67 mmHg, RR: 20 x/i, N: 56 x/i, S: 36.50C, SpO2: 97 %, dengan nasal kanul 4/lpm, hasil lab Trigliserida H 161 (70-

140mg/dl), Kolesterol LDL 236 (<130 mg/dl), gambaran EKG yaitu sinus bradikardi, gelombang T inverted. Data penunjang thorax AP dengan kesan cardiomegali, kalsifikasi arcus aorta. Unstable angina dan miokard infark akut merupakan sindrom koroner akut karena ruptur dan atherossclerotic plak pada pembuluh darah koroner.infark miokard akut dengan elevasi ST (ST elevation myocardial infarction = STEMI) merupakan bagian dari spectrum sindrom koroner akut (SKA) yang terdiri dari angina pectoris tak stabil. (Jurnal Anestesiologi Indonesia,2014 hal 216). Pada data kasus dan tinjauan teori didapatkan ketidaksamaan antara gangguan pada interpretasi EKG namun jika di lihat dari interpretasi EKG pada pasien memiliki gangguan pada salah satu fungsi jantung sehingga mengakibatkan angina pectoris. maka dari permasalahan pada angina pectoris mendapatkan therapi farmakologis misalnya pada pasien Ny.A mendapatkan therapi farmakologi Drip Cedocard 0.5mg/jm, Astika 1x100mg, Clopidogrel 75-0-0 mg, Concor1x2,5 mg, ISDN 1x5 mg. Pada referensi Jurnal Ilmiah Kesehatan, Vol. 8, No. 2, Agustus 2015,(hal 184-192) unstable angina dan NSTEMI lebih direkomendasikan dalam pemberian obat antiiskemik adalah agen obat yang dapat menurunkan kebutuhan oksigen miokard sehingga mempunyai efek positif menurunkan heart rate dan preload serta kontraktilitas, obat ini juga meningkatkan suplai oksigen melalui induksi vasodilatasi koroner. Contoh obat anti iskemik adalah beta bloker, nitrat dan calsium chanel bloker. Peneliti berasumsi bahwa jika penurunan curah jantung tidak segera di atasi maka akan mengakibatkan kerusakan yang menjalar keberbagai organ lainnya maka dari itu perlu penanganan yang segera untuk meningkatkan curah jantung dengan terapi pemberian suport oksigen dan farmakologi.

Masalah keperawatan ketiga yang diambil yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif: klien merasa badan masih lemas, klien mengatakan aktivitas di bantu oleh perawat sedangkan data objektif: Untuk sementara Ny. A bedrest dan dalam pola aktifitasnya dalam pembatasan (untuk mengurangi beban kerja jantung), pasien masih menggunakan alat bantu nafas oksigen nasal 4 lpm, kekuatan Otot 4 /4, EKG tgl 31/5 : Sinus Bradikardi. Peneliti beraumsi intoleransi aktivitas pada pasien gagal jantung adalah keadaan dimana jantung tidak adekuat dalam mencukupi kebutuhan energi dan oksigen saat beraktivitas fisik yang mengakibatkan iskemia kemudian daya pompa jantung melemah sehingga darah tidak beredar sempurna ke seluruh tubuh dan akan sulit bernapas serta merasa sangat lelah.

# Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut (SDKI D.0077)

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x5 jm di harapkan nyeri berkurang skala 1-2(dari 1-10). Dengan kriteria hasil : Mampu mengontrol nyeri, melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang dengan intervensi Pain management: Observasi nyeri secara komprehensif (PQRST), Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, Observasi tanda-tanda vital secara berkala, Observasi status pernapasan, Observasi kardiorespiratori terhadap kegiatan (dispnea, takipnea, dan

ortopnea), Ajarkan teknik nonfarmakologi (nafas dalam, distraksi), Tingkatkan istirahat, Periksa sirkulasi perifer (denyut nadi, edema, capillary refill, warna dan suhu ekstremitas), Ajarkan pasien cara mengurangi stress, Ajarkan pasien untuk segera melapor jika merasakan nyeri dada dan Kolaborasi dalam pemberian analgetik: Antrain 1x500mg

1. Penurunan curah jantung (SDKI D.0008)

tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 5 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil, Kekuatan nadi perifer meningkat, Ejaction fraction meningkat, Gambaran ekg aritmia menurun, Lelah menurun, Edema menurun, Dispnea menurun, Otopnea menurun, Tekanan darah membaik. Dengan intervensi (Perawatan Jantung 1.02075,

317) 1) identifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung tiap jam, 2) monitor tekanan darah tiap jam, 3) monitor intake dan output, 4) monitor saturasi oksigen 4) monitor EKG tiap jam, 5) posisikan pasien semifowler,

1. berikan diet jantung yang sesuai (batasi kolesterol dana asupannatrium),
2. anjurkan aktifitas sesuai toleransi aktivitas
3. Intoleransi aktivitas (SDKI D.0056)

Tujuannya setelah dilakukan intevensi 1 x 5 jam maka diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan memenuhi kriteria hasil (L. 03032) Frekuensi nadi meningkat, Saturasi oksigen meningkat, Kemudahan dalam aktiftas sehari2 meningkat, Keluhan lelah menurun, Dipsnea saat aktifitas menurun, Aritmia saat aktivitas menurun, EKG iskemia membaik. Dengan Intervensi Management energi (I. 05178) 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional, 3)

Monitor pola dan jam tidur, 4) Monitor ketidak nyamanan selama melakukan aktifitas, 5) Sediakan lingkungan yang nyaman, 6) Berikan posisi yang nyaman (semifowler) 7) Anjukan tirah baring, 8) Anjurkan melakukan aktifikas secara bertahap.

# Implementasi Keperawatan

1. *Nyeri akut (SDKI D.0077) b/d suplai oksigen ke miokard kurang* adalah dengan managemen nyeri (I.08038) Pelaksanaan rancana asuhan yang telah dibuat diimplemetasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan pada tanggal 31 Mei 2021 dengan 1) memonitor TTV tiap jam, 2) Memberikan posisi nyaman untuk pasien, 3) Memeriksa perfusi perifer, 4) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 5) Mengidentifikasi respons nyeri non verbal, 6) Mendengarkan dengan penuh perhatian keluhan klien untuk mengurangi kecemasan, 7) Melatih teknik relaksasi nafas dalam, 8) Memberikan posisi semi fowler, 8) Menganjurkan klien untuk berdoa dan beristigfar untuk mengurangi nyeri dan kecemasannya.
2. *Penurunan curah jantung (SDKI D.0008) b/d perubahan kontraktilitas otot jantung* Pelaksanaan rancana asuhan yang telah dibuat diimplemetasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan pada tanggal 31 Mei 2021 dengan 1) Monitoring TTV tiap jam, 2) Memberikan posisi yang nyaman pada klien, 3) Memberikan obat oral pada klien, 4) Memonitor kelelahan pada pasien, 5) menganjurkan pasien untuk tirah baring, 6) menganjurkan pasien untuk beraktifitas sesuai toleransi. 7) memfasilitasi

pasien untuk istirahat, 8) Membantu pasien makan, 9) menganjurkan pasien tetap patuh dengan diet cairan max 1200x/hari.

1. *Intoleransi aktivitas (SDKI D.0056) b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen*. Pelaksanaan rancana asuhan yang telah dibuat diimplemetasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, Implementasi yang dalam diagnosa intoleransi aktifitas salah satunya pemberian posisi semi fowler daat beristirahat. Pada penelitian pasien Acut Coronary Syndrome (ACS) dengan ST Elevation Myocard Infarct (STEMI) di ruang ICCU RSUD
   1. Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan bahwa pemberian intervensi posisi semi fowler yang diterapkan secara kontinyu telah membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma sehingga sesak nafas akan berkurang dan akhirnya proses perbaikan kondisi klien lebih cepat. Pasien melaporkan sesak yang berkurang setelah pemberian posisi semi fowler

# Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil (Rasyid *et al.*, 2018). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung

keadaan pasien. Dimana setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan suplai oksigen ke miokard kurang (UAP) intervensinya adalah dengan managemen nyeri. Evaluasi pada 31 Mei 2021 didapatkan Pasien mengeluh nyeri pada dada Skala Nyeri (PQRST, P : Pasien mengatakan nyeri pada dada kiri , Q :nyeri seperti menetap , R : menjalar ke bahu, S : Skala 2-3 (1-10), T : Hilang timbul, Pasien sudah memahami teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyerinya dengan tarik nafas dalam. Dan analisa keperawatan masalah teratasi sebagian. Planing intervensi keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas otot jantung intervensinya adalah dengan perawatan jantung. Evaluasi pada 31 Mei 2021 didapatkan pasien merasa lebih baik, pasien tampak lebih tenang, kesadaran compos mentis, TD: 147/67 mmHg, Pasien terpasang oksigen 4 lpm dengan SpO2 97%, Nadi : 55x/menit,Sh: 36.5 °C. Gambaran EKG : Sinus bradikardi, Gel P normal, interval PR normal, Gelombang QRS : normal. Dan analisa keperawatan masalah teratasi sebagian. Planing intervensi keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Evaluasi pada 31 Mei 2021 didapatkan keluhan pasien merasa lebih nyaman dengan posisi setengah duduk, RR : 20 x/menit dengan nasal kanul 4 lpm saturasi Oksigen 97%, pasien di posisikan semi fowler. Dan analisa keperawatan masalah teratasi sebagian. Planing intervensi keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan

# BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny. A dengan Diagnosa Medis Unstable Angina Pektoris (UAP) di ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa simpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Unstable Angina Pektoris (UAP).

# Kesimpulan

* + 1. Pada pengkajian Ny. A didapatkan data fokus pasien mengeluh Nyeri dada bagian kiri menjalar ke punggung, pasien diberikan terapi tambahan oksigen 4lpm dan terapi farmakologi yaitu drip cedocrad 0.5 mg/jm. Penggunaan oksigen dirasa sangat dibutuhkan pasien unstable angina untuk mensuplai oksigen dalam jantung karena adanya penyumbatan / infark miocard serta penggunaan therapi farmakologi cedokard merupakan obat golongan nitrat yang di gunakan untuk melebarkan pembuluh darah sehingga aliran darah dan oksigen ke jantung menjadi lancar.
    2. Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Unstable Angina Pectoris (UAP), didasarkan pada masalah yang ditemukan yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan suplai oksigen ke miokard kurang, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas otot jantung, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbanagn antara suplai dan kebutuhan oksigen.

68

* + 1. Perencanaan keperawatan pada Ny. A disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan, nyeri menurun, curah jantung membaik, toleransi aktifitas meningkat.
    2. Pelaksaan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan monitoring status pernafasan pasien, monitoring saturasi oksigen, monitor EKG, menitor intake dan output cairan pasien, memonitor balance cairan, memberikan rasa nyaman pasien pada posisi semifowler.
    3. Pada akhir evaluasi tanggal 31 mei 2021, masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan suplai oksigen ke miokard kurang, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas otot jantung, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbanagn antara suplai dan kebutuhan oksigen. teratasi sebagian sehingga intervensi tetap dilanjutkan melalui perawat ruangan.

# Saran

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan kasus Unstable Angina Pectoris ( UAP) Di Ruang ICCU RSPAL Dr Ramelan Surabaya, diharapkan dapat memberikan masukan terutama pada :

* + 1. Bagi Penulis

Diharapkan mahasiswa/i dapat memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Unstable Angina Pectoris ( UAP) dengan Standar Operasional Prosedur (SOP).

* + 1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan kepada institusi pendidikan yang dapat

dimanfaatkan sebagai bahan ajar untuk perbandingan dalam pemberian konsep asuhan keperawatan secara teori dan praktek.

* + 1. Bagi RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Sebagai bahan acuan kepada tenaga kesehatan RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dalam memberikan pelayanan yang lebih baik dan menghasilkan pelayanan yang memuaskan pada klien serta melihatan perkembangan klien yang lebih baik serta untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit, sehingga perawatnya mampu menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Unstable Angina Pectoris ( UAP). Serta diharapkan pada tenaga kesehatan RSPAL Dr. Ramelan Surabaya mampu mengikuti pelatihan ICU/ICCU

# DAFTAR PUSTAKA

Ainiyah, Nur. (2016). ‘Peran Perawat Dalam Identifikasi Dini Dan Penatalaksanaan Pada Acute Coronary Syndrome’*, Journal of Health Sciences, Vol. 8, No. 2, h 184-192.*

Aspiani, Reni Yuli. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler Aplikasi NIC dan NOC.* Jakarta: EGC.

Bahri. (2012). *Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system kardiovaskuler.* Malang : UMM Press

Corwin, Elizabeth. 2000. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta : EGC

Depkes RI. 2012. *Pedoman Pelayanan ICU Di Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI

Ernawati Neni dkk. (2012). ‘Perubahan gambaran EKG Pasien Jantung Koroner Setelah pemberian Terapi Oksigen dan Terapi Farmakologi’. *Jurnal Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surabaya, Vol 5 No. 2 ISSN 1979-8091*

Hendrianto, Hari (2014). ‘Patofisiologi Penyakit jantung Koroner’, *Jurnal Anestesiologi Indonesia, Vol. VI No.3 hal.216*

Huda dan Kusuma. 2015*. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC. Edisi Revisi Jilid 1*. Jogjakarta: Mediaction Kapita Selekta Kedokteran

Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). *Hasil utama RISKESDAS 2018,* [Online], melalui [http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir\_519d41d8cd98f00](http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf)

[/f](http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf) [iles/Hasil-riskesdas-2018\_1274.pdf](http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf) [diakses pada tanggal 18 Juli 2021]

Kumar. 2014. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.

Muttaqin, Arif . (2014). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Dan Hematologi*. Jakarta : Salemba Medika

Nurarif, Amin Huda dan Kusuma, Hardhi. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan NANDA NIC – NOC.* Jogjakarta: Mediaction

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI). (2018).

*Pedoman Tata Laksana Sindrom Koroner Akut edk 4*. Jakarta: PERKI Pramana, Kadek Dwi.(2018). Penatalaksaan Krisis Hipertensi*. Journal fakulitas*

*kedokteran Universitas Islam Al-Azhar hal.91-96*

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.* Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

PPNI. (2018). *Standars Intervensi Keperawatan Indonesia.* Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia.* Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Setiati, Siti,. Alwi. Sudoyo. Simadibrata. Setiyohadi. Syam, Ari. (2017) *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam edk 6 Jilid II.*Jakarta: Interna Publishing

Setyohadi, Bambang., Nasution, Sally A., dan Arsana, Putu. (2018). *EIMED PAPDI Kegawatdaruratan Penyakit Dalam edk2.* Jakarta: Interna Publishing

WHO, Cardiovaskuler: *World Health Organization*; 2015

Wihastuti, Titin A., Andarini, S., dan Heriansyah, T. (2016) *Patofisiologi Dasar Keperawatan Penyakit Jantung Koroner Inflamasi Vaskular.* Malang: UB Press.

**Lampiran 1**

# Daftar Riwayat Hidup

## Curriculum Vitae

Nama / *Name* : Ika Dewi Maharani

Alamat / *Address* : Jl. Kramat 5 no.5b Kec. Senen, Jakarta Pusat

Nomor Telepon / *Phone* : 089662788547

Jenis Kelamin / *Gender* : Perempuan / *female* Tanggal Kelahiran / *Date of Birth* : Lamongan , 29 May 1993 Warga Negara / *Nationality* : Indonesia

Agama / *Religion* : Katholik / Catholic

Hobi /Hobby : Membaca / Reading

# Jenjang Pendidikan :

## Education Information

|  |  |
| --- | --- |
| Periode | Sekolah / Institusi / Universitas |
| 1997 – 1999 | TK Aisyah Bastanul Athfal (ABA) Lamongan |
| 1999-2005 | SDN Kutorejo 1 Tuban |
| 2005-2008 | SMP Negeri 5 Tuban |
| 2008-2011 | SMA Negeri 1 Tuban |
| 2011-2014 | DIII di Akademi Keperawatan Rs Husada, Jakarta |

**Lampiran 2**

**STANDART OPERATING PROSEDUR (SOP) PEMASANGAN ELEKTROKARDIOGRAFI (EKG)**

|  |  |
| --- | --- |
| **PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**  **SURABAYA** | |
| **STANDART OPERASIONAL PROSEDUR** | **PELAKSANAAN PEMASANGAN ELEKTROKARDIOGRAFI** |
| **Pengertian** | Elektrokardiografi (EKG) adalah grafik yang merekam potensial listrik pada jantung yang dihantarkan ke permukaan badan dan tercatat sebagai perbedaan potensial pada elektroda-elektroda pada kulit. Perbedaan potensial ini terjadi karena proses eksitasi yang tidak terjadi simultan pada seluruh jantung. Elektrokardiografi merepresentasikan aktivitas listrik total pada jantung yang direkam pada permukaan tubuh. Hal yang harus diingat adalah bahwa elektrokardiografi merupakan “gambaran” listrik suatu objek tiga  dimensi (Baltazar, 2013) |
| **Tujuan** | Tujuan pelaksanaan EKG adalah untuk mengukur dan merekam aktifitas jantung dan menilai efektivitas pengobatan penyakit  jantung (Heru, 2008) |
| **Indikasi** | 1. Angina pektoris atau nyeri dada 2. Dada terasa ditekan/ diinjak 3. Palpitasi , fekuensi nadi > 150x/menit 4. Detak jantung lambat, nadi <50x/menit 5. Kesulitan bernafas 6. Cardiac arrest |
| **Kontraindikasi** | Kontraindikasi utama pemasangan EKG adalah bila pasien menolak |
| **Petugas** | Perawat |
| **Persiapan alat** | **Persiapan Alat :**   * Kapas dan alkohol. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Mesin EKG beserta elektroda-elektrodanya. * Pasta/ Gel EKG. * Kertas grafik garis horizontal dan vertikal dengan jarak 1 mm. Garis lebih tebal terdapat pada setiap 5 mm. * Lembar pelaporan hasil EKG. |
| **Persiapan perawat** | * Perawat mencuci tangan sebelum dan setelah tindakan * Perawat memberitahu tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan |
| **Persiapan pasien** | * Pemberian penjelasan kepada pasien tentang tujuan dan   prosedur pemeriksaan yang akan dilakukan.   * Sebaiknya istirahat 15 menit sebelum pemeriksaan. * Bila menggunakan perhiasan/logam/gawai supaya dilepas dan diletakkan tidak dekat/menempel pada pasien * Pasien diminta membuka baju bagian dada. * Pasien dipersilakan tidur terlentang, posisi pemeriksa berada di sebelah kanan pasien. * Pasien diusahakan untuk tenang dan bernafas normal. Selama proses perekaman tidak boleh bicara. * Bersihkan daerah yang akan dipasang elektroda dengan kapas beralkohol. * Oleskan pasta/gel EKG pada elektroda untuk memperbaiki hantaran listrik. * Sebaiknya tidak merokok/makan 30 menit sebelumnya |
| **Prosedur** | 1. Pasang elektroda sesuai dengan lead masing-masing    1. Lead ekstremitas bipolar dan unipolar (jangan sampai terbalik) Lead I, II dan III dipasang pada pergelangan tangan kanan dan kiri serta pergelangan kaki kanan dan kiri Pergelangan tangan kanan dipasang elektroda yang berwarna merah [kutub (-)/(-) dan aVR]. Pergelangan tangan kiri dipasang elektroda yang berwarna kuning [kutub 17 (-)/(+) dan aVL]. Pergelangan kaki kanan dipasang elektroda yang berwarna hitam (netral). Pergelangan kaki kiri dipasang elektroda yang berwarna hijau [kutub (+)/(+) dan aVF]. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Lead prekordial (jangan sampai terbalik)    1. Pasang lead V1 pada spatium intercostale IV linea parasternalis kanan    2. Pasang lead V2 pada spatium intercostale IV linea parasternalis kiri    3. Pasang lead V3 diantara V2 dan V4    4. Pasang lead V4 pada spatium intercostale V linea medio klavikularis kiri    5. Pasang lead V5 pada spatium intercostale V linea aksilaris anterior kiri    6. Pasang lead V6 pada spatium intercostaleV linea aksilaris media kiri 2. Tekan tombol ID (Cardimax®) 3. Isian untuk nomer ID: arahkan kursor ke tulisan ID kemudian tekan enter kemudian tekan ↑ atau ↓ 4. Isian untuk umur:arahkan kursor pada tulisan AGE kemudian tekan enter kemudian tekan ↑ atau ↓ 5. Isian untuk jenis kelamin: arahkan kursor pada tulisan SEX kemudian tekan enter kemudian tekan → atau ← 6. Apabila tersedia komputer dan bisa disambungkan, isikan nama probandus. Pilih mode auto/manual kemudian tekan enter kemudian tekan mode lagi untuk keluar.    1. Auto : tekan start tunggu sampai tercetak semua lead dan kesimpulan interpretasi hasil EKG    2. Manual : tekan start untuk merekam satu persatu setiap lead secara manual kemudian tekan stop setelah didapatkan panjang elektrogram yang diinginkan (contohnya untuk merekam lead II panjang pada kasus aritmia) 7. Kalibrasi kertas EKG dengan ecepatan perekaman standar 25 mm/detik dan voltase 10 mm/milivolt (skala 1) 8. Rekam EKG dan hasil akan tampak pada kertas EKG. Lakukan interpretasi hasil EKG tersebut 9. Lepas semua leaddan bersihkan sisa pasta EKG dengan kapas beralkohol 10. 10. Tuliskan keterangan nama pasien, tanggal dan jam |

|  |  |
| --- | --- |
|  | pemeriksaan. |
| **Referensi** | Baltazar, R.F. (2013). Basic and Bedside Electrocardiography.  Baltimore,MD : Lippincott Williams & Wilkins.  Heru, A., (2008). *Desain Alat Deteksi Dini Dan Mandiri Aritmia,*  Jurnal Teknologi Dan Managemen Informatika Volume 6. |