



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN**  
**UNSTABLE ANGINA PECTORIS (UAP) DI**  
**RUANG 611 KARDIOLOGI RSUD**  
**KOJA JAKARTA UTARA**

**ANGELY NANDA MYLANDA**

**2110072**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**  
**JAKARTA, 2024**



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN  
UNSTABLE ANGINA PECTORIS (UAP) DI  
RUANG 611 KARDIOLOGI RSUD  
KOJA JAKARTA UTARA**

**Laporan Tugas Akhir**

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan  
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

**ANGELY NANDA MYLANDA**

**2110072**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

**Jakarta, 2024**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Angely Nanda Mylanda

NIM : 2110072

Tanda tangan : 

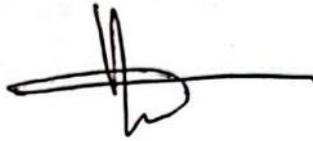
Tanggal : Rabu, 26 Juni 2024

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

**Asuhan Keperawatan pada Ny. N dengan  
Unstable Angina Pectoris (UAP) di  
Ruang 611 Kardiologi RSUD  
Koja Jakarta Utara**

Jakarta, 26 Juni 2024

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line with a vertical stroke crossing it, and a small loop at the end.

(Ns. Yarwin Yari, M.Kep., M.Biomed)

## LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Ny. N dengan  
Unstable Angina Pectoris (UAP) di  
Ruang 611 Kardiologi RSUD  
Koja Jakarta Utara**

**Dewan Penguji**

**Pembimbing,**



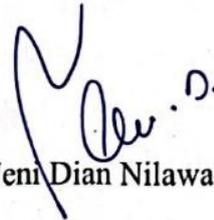
(Ns. Yarwin Yari, M.Kep., M.Biomed)

**Ketua Penguji**



(Ns. Risqa Wahdini, M.Kep.)

**Anggota Penguji**



(Ns. Neni Dian Nilawati, S.Kep.)

**Menyetujui,**

Program Studi Diploma Tiga Keperawatan



(Ns. Nia Rosliany M.Kep., Sp.Kep.MB)

Ketua

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ellynia, SE., MM selaku ketua STIKes RS Husada;
2. Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku kaprodi STIKes RS Husada;
3. Ns. Yarwin Yari, M.Kep., M.Biomed selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
4. Ibu Ns. Risqa Wahdini, M.Kep., dan Ibu Ns. Neni Dian Nilawati, S.Kep. selaku dosen penguji yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing akademik kelas 3A yang juga membantu *men-support* dan memberikan motivasi selama berjalannya penulisan karya tulis ilmiah ini;
6. Ny. N dan keluarga yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membantu saya mengumpulkan data yang saya butuhkan guna menyelesaikan penulisan ini;
7. Para perawat dan dokter di Ruang Kardiologi lantai 6 serta pihak lainnya dari RSUD Koja Jakarta Utara yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
8. Seluruh dosen dan *staff* lainnya di STIKes RS Husada yang telah membantu dalam kelancaran proses belajar dan mengajar berlangsung;
9. Orang tua saya, Ibu Minarti Dewi dan seluruh keluarga besar yang telah memberikan bantuan dukungan moral dan material, selalu memberikan motivasi serta tak pernah putus mendoakan dan memberikan saya kasih sayang yang tulus sehingga penulis mampu menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan;

10. Tante saya (Le Bo) yang selalu membantu dan mendukung saya selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini di rumah;
11. Sahabat-sahabat dekat saya dalam perkuliahan (Fatiha, Nabila, Aghniya, Widiya, Puteri, Kirani, Hapsah dan Sophie) yang sangat bersedia meluangkan waktunya untuk menemani dan menghibur ketika saya mulai merasa jenuh, dan berjuang bersama untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah;
12. Sahabat-sahabat dekat saya dari SMP dan SMA (Adinda, Pingkan, Pritalia, Delia, Raihan, Alya, Azzam, Najwa, Raihana, Azra) yang bersedia meluangkan waktunya untuk menghibur, men-support dan mendoakan saya selama perjalanan penulisan karya tulis ilmiah ini, dan senantiasa mendengarkan keluh kesah dan juga menemani saya dimanapun dan kapanpun saya butuhkan;
13. Sahabat rumah saya (Amelia) yang sesekali menghibur dan men-support saya ketika saya merasa jenuh;
14. Teman seperjuangan yang menyusun KTI pada Keperawatan Medikal Bedah (Firza, Saeffudin, Ismi dan Shakilla) yang telah berjuang bersama, saling membantu, menyemangati dan menguatkan selama proses pengerjaan penulisan ini;
15. Seluruh teman 3A dan seluruh angkatan 34 D3 Keperawatan yang telah berjuang bersama menempuh pendidikan di STIKes RS Husada;
16. Kakak tingkat saya di STIKes RS Husada (Salma Anjani) yang sudah membantu dan membimbing penulis dalam menyusun tugas akhir ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Sekali lagi saya mengucapkan terima kasih kepada semua yang tertera diatas. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 26 Juni 2024

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	ix
DAFTAR TABEL .....	x
<b>BAB I : PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Tujuan.....	5
1. Tujuan Umum .....	5
2. Tujuan Khusus .....	6
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Metode Penulisan.....	7
E. Sistematika Penulisan.....	7
<b>BAB II : TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>9</b>
A. Pengertian .....	9
B. Patofisiologi.....	10
C. Penatalaksanaan .....	12
D. Pengkajian Keperawatan .....	18
E. Diagnosa Keperawatan.....	38
F. Perencanaan Keperawatan.....	39
G. Pelaksanaan Keperawatan .....	53
H. Evaluasi Keperawatan .....	53
<b>BAB III : TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>54</b>
A. Pengkajian .....	54
B. Diagnosa Keperawatan.....	77
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi.....	77
<b>BAB IV : PEMBAHASAN.....</b>	<b>103</b>
A. Pengkajian .....	103
B. Diagnosa Keperawatan.....	109
C. Perencanaan Keperawatan.....	115
D. Pelaksanaan Keperawatan .....	122
E. Evaluasi Keperawatan .....	127
<b>BAB V : PENUTUP .....</b>	<b>129</b>
A. Kesimpulan .....	129
B. Saran.....	131
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>133</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Pathway .....	135
Lampiran 2 : Analisa Obat .....	137
Lampiran 3 : Pemeriksaan MRI.....	141
Lampiran 4 : Pemeriksaan <i>Echocardiogram</i> .....	142
Lampiran 5 : Pemeriksaan EKG.....	143

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 : Genogram Ny. N.....	59
----------------------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 : Analisa Data.....	76
-------------------------------	----

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Sistem kardiovaskular merupakan sistem tertutup yang berhubungan dengan organ jantung sebagai pompa dan pembuluh darah yang memungkinkan darah bersirkulasi ke seluruh tubuh. Organ yang terlibat dalam sistem kardiovaskular yaitu jantung yang terletak di dalam rongga dada, berada di antara kedua paru dan di dalam sebuah kantong yang bernama mediastinum (Damay et al., 2024).

Jantung adalah pusat peredaran darah di dalam dada yang terus menerus memompakan darah melalui pembuluh darah ke seluruh bagian tubuh selama hidup seseorang (Maulana, 2017). Pembuluh darah yang menyuplai otot jantung bernama arteri dan vena koroner. Arteri koroner berjalan di epikardial membawa oksigen dan nutrisi bagi miokardium (Damay et al., 2024).

Organ jantung akan menjadi masalah jika ada gangguan terhadap arteri koronaria dan hal itu akan menjadi sangat mematikan. Dengan kata lain, ada satu penyakit pembunuh yang menyerang jantung bernama penyakit jantung koroner (PJK). Kematian akibat jantung koroner umumnya terjadi melalui sindrom koroner akut yang lazim disebut serangan jantung. ACS

sendiri terbagi atas dua bagian, yaitu *unstable angina pectoris* (UAP) dan *acute myocardium infarction* (IMA) (Maulana, 2017).

*Unstable Angina Pectoris* (UAP) atau angina pektoris tidak stabil adalah istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan nyeri dada atau rasa tidak nyaman akibat dari penyakit arteri koronaria yang karakteristik nya seperti ditekan, diremas, berat, nyeri atau terasa penuh (Rahman & Dewi, 2023). UAP ini merupakan salah satu gejala dari adanya penyakit iskemia miokard dan bentuk dari manifestasi awal (*warning sign*) penyakit jantung koroner (Harsa et al., 2023).

Menurut Komalasari & Diarsvitri (2022), penyakit jantung merupakan pembunuh terbesar dari kasus kematian dan kecacatan, baik di Indonesia maupun seluruh dunia. *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2021 memperkirakan sebanyak 32% dari seluruh kematian global disebabkan oleh penyakit jantung yaitu sekitar 17,9 juta orang meninggal dunia. Setelah di analisa kematian akibat penyakit jantung lebih banyak terjadi di negara-negara dengan golongan pendapatan rendah serta menengah. Sedangkan sebanyak 17 juta orang dengan usia dibawah 70 tahun meninggal dini akibat penyakit jantung sebanyak 38%.

Menurut Kemenkes RI (2022), penyakit jantung masih menjadi penyebab utama kasus kematian di negara Indonesia. Prevalensi yang tercatat dalam Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018 menunjukkan peningkatan presentase penyakit jantung di Indonesia sebanyak 1% yang dimana banyaknya presentase penyakit jantung di Indonesia berada pada 1,5% dari total keseluruhan provinsi.

Dalam sedikit jumlah kasus *unstable angina pectoris* (UAP) yang merupakan bagian dari sindrom koroner akut dapat terjadi bukan hanya karena pembentukan trombus aterosklerotik di pembuluh darah koroner. Ada pula faktor risiko lain yang bisa mengakibatkan terjadinya *unstable angina pectoris* (UAP) yaitu antara lain umur, berjenis kelamin pria, dislipidemia, kebiasaan merokok, diketahui adanya penyakit jantung koroner (PJK) atas dasar pernah mengalami *acute myocardium infarction* (IMA)/*coronary artery bypass graft* (CABG)/*percutaneous coronary intervention* (PCI) dan adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus serta riwayat penyakit jantung koroner (PJK) dini dalam keluarga (Kabo et al., 2021). Sedangkan menurut Damay et al. (2024), terdapat penyebab yang dapat memperkuat diagnosis *unstable angina pectoris* (UAP) pada sindrom koroner akut seperti sindrom vaskulitis, emboli arteri koroner (misal: dari endocarditis, katup jantung buatan), kelainan bawaan pada arteri koroner, trauma atau aneurisma koroner, spasme arteri koroner yang berat (primer atau tercetus oleh *cocaine*), peningkatan kekentalan darah (misal: polisitemia vera, trombositosis), diseksi arteri koroner spontan atau juga karena kebutuhan oksigen miokard yang sangat meningkat (misal: stenosis katup aorta yang berat).

Terdapat kondisi kegawatdaruratan medis yang terjadi pada *unstable angina pectoris* (UAP) yang dimana angina jenis ini merupakan yang paling berbahaya dan mematikan karena tidak memiliki pola dan bisa terjadi ketika sedang tidak beraktivitas fisik. Ditandai dengan penyebab awal nyeri dada yang tidak jelas dan tidak kunjung membaik setelah mengonsumsi obat atau beristirahat. Hal ini merupakan tanda bahwa seseorang terkena serangan

jantung (Anies, 2021).

Komplikasi yang bisa terjadi setelah episode UAP bergantung dari seberapa banyak arteri koroner yang terkena, letaknya, dan seberapa parah penyakit tersebut. Namun secara keseluruhan, sebagian besar pasien dengan UAP mengalami infark miokard dalam waktu 3 bulan sejak timbulnya penyakit. Perubahan pada EKG yang ditandai dengan nyeri dada dapat menunjukkan risiko tinggi terjadinya infark miokard bahkan bisa mencapai kematian jantung secara mendadak (Sweis & Jivan, 2024).

Pasien *unstable angina pectoris* (UAP) dapat mengalami progresivitas lebih jauh di sepanjang sindrom koroner akut kontinum dan berkembang menjadi *acute myocardium infarction* (IMA) yaitu *non-ST segment elevation myocardial infarction* (NSTEMI) atau *ST segment elevation myocardial infarction* (STEMI), jika tidak didiagnosis dan terapi secara tepat dan cepat (Damay et al., 2024). Sedangkan menurut Anies (2021), komplikasi paling berbahaya yang mungkin terjadi pada *unstable angina pectoris* (UAP) adalah serangan jantung.

Dari jumlah presentase penyakit jantung yang meningkat sampai 1% di Indonesia diharapkan pada pasien UAP tidak terjadi komplikasi lanjut. Pemerintah mengupayakan pembangunan kesehatan dengan melalui empat aspek yaitu promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Sebagaimana yang tercantum pada Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan dalam pasal 1 dijelaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif,

kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Peran perawat di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu dengan mengimplementasikan empat aspek dalam intervensinya guna mengurangi, mencegah, mengobati dan merawat pasien yang salah satunya dengan diagnosa medis UAP. Pertama, upaya promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Kedua, upaya preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit. Ketiga, upaya kuratif adalah serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan, pengurangan keluhan klinis dari penyakit, pengendalian penyakit dan/atau kecacatan agar kualitas pasien dapat terjaga secara optimal. Yang terakhir, upaya rehabilitatif adalah kegiatan untuk mengembalikan bekas penderitaan ke dalam masyarakat yang berguna untuk dirinya sendiri dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya (Suri, 2021).

Berdasarkan permasalahan diatas penulis tertarik untuk melaksanakan bagaimana “Asuhan keperawatan pada Ny. N dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) di ruang 611 Kardiologi lantai 6 RSUD Koja Jakarta Utara” secara komprehensif agar mendapatkan gambaran nyata bagaimana konsep asuhan keperawatan yang baik dan benar.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina*

*pectoris* (UAP)

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP)
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien *Unstable Angina Pectoris* (UAP)
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien *Unstable Angina Pectoris* (UAP)
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien *Unstable Angina Pectoris* (UAP)
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien *Unstable Angina Pectoris* (UAP)
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi/alternatif pemecahan masalah
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien *Unstable Angina Pectoris* (UAP)

## C. Ruang Lingkup

Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. N dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) di ruang 611 Kardiologi lantai 6 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 27 Mei sampai 29 Mei 2024. Asuhan keperawatan ini dilakukan menggunakan beberapa tahapan yaitu pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan

evaluasi keperawatan.

#### **D. Metode Penulisan**

Metode yang digunakan dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dan metode studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif ini pendekatan yang digunakan adalah observasi, dimana penulis melakukan pengamatan langsung dan pengumpulan data terhadap peristiwa yang terjadi di lapangan, lalu selanjutnya adalah studi dokumentasi dan wawancara, dimana dalam studi dokumentasi penulis mengumpulkan data rekam medis dan catatan yang berkaitan dengan pasien, serta melakukan wawancara mengenai penyakit pasien baik dari pasien maupun keluarga, dan yang terakhir adalah studi kepustakaan, yaitu dengan mempelajari dan mengaitkan teori yang berhubungan dengan penyakit pasien.

#### **E. Sistematika Penulisan**

Pada penulisan makalah ilmiah ini dibuat secara sistematis yang terdiri dari 5 BAB, yang berisi BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan dilakukan penulisan makalah ilmiah ini, metode penulisan yang digunakan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. Pada BAB II: Tinjauan teori, terdiri dari pengertian, patofisiologi, etiologi, manifestasi klinik, komplikasi, serta asuhan keperawatan pada penyakit tersebut. BAB III: Tinjauan kasus, terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, lalu evaluasi keperawatan. BAB IV: Pembahasan, pada bab ini penulis membandingkan antara praktik dan teori yang telah ada, serta melakukan analisa pada faktor-faktor yang ada, seperti pendukung, penghambat, serta

bagaimana mencari pemecahan masalah pada saat melakukan asuhan keperawatan. BAB V: Penutup, pada bab ini penulis memberikan kesimpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

*Unstable angina pectoris* (UAP) atau biasa yang disebut dengan angina pektoris tidak stabil merupakan suatu kondisi pada seseorang dengan gejala iskemia sesuai sindrom koroner akut, tanpa terjadi peningkatan pada enzim jantung CK-MB dan troponin dengan atau tanpa perubahan elektrokardiogram yang menunjukkan iskemia (depresi segmen ST, inversi gelombang T dan elevasi segmen ST yang transien) (Irmalita, 2018). Menurut Damay et al. (2024), *unstable angina pectoris* (UAP) atau angina pektoris tidak stabil adalah manifestasi klinis dari sindrom koroner akut.

Angina ini merupakan jenis yang paling berbahaya dan mematikan, karena tidak memiliki pola dan dapat terjadi tanpa aktivitas fisik yaitu ketika beristirahat. Nyeri dada dirasakan tanpa penyebab awal yang jelas dan biasanya tidak kunjung membaik setelah beristirahat atau mengosumsi obat. Ini merupakan tanda bahwa seseorang terkena serangan jantung. Nyeri pada dada akan dirasakan sekitar 30 menit dan merupakan kondisi darurat serta membutuhkan penanganan medis segera (Anies, 2021).

## B. Patofisiologi

Aterosklerotik merupakan proses pembentukan plak yang terjadi secara berkelanjutan di dinding arteri (terutama plak dengan ukuran besar dan sedang). Proses ini terjadi secara terus-menerus dan sering tidak menimbulkan gejala. Plak aterosklerotik ini disebabkan oleh berbagai faktor risiko koroner seperti hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes, dan merokok. Semua jenis sindrom koroner akut ditandai dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen di miokardium dan adanya banyak faktor yang berkontribusi terhadap ketidakseimbangan ini. Penyebab paling umum dari penurunan suplai oksigen di miokardium adalah penyempitan arteri koroner akibat pembentukan trombus yang tidak normal. Hal tersebut merupakan akibat dari pecahnya plak aterosklerotik pada dinding pembuluh darah. Pecahnya plak aterosklerotik menyebabkan trombosit menempel pada sirkulasi dan kemudian muncul aktivasi dan agregasi trombosit. Agregasi trombosit menghasilkan trombus yang menyebabkan oklusi parsial dan secara klinis dikenal sebagai *unstable angina pectris* (UAP). Jika berlangsung lama akan menyebabkan infark miokard atau *non-ST segment elevation myocardial infarction* (NSTEMI). Sedangkan, trombus yang menyebabkan oklusi total dapat menyebabkan *ST segment elevation myocardial infarction* (STEMI) (Setiadi & Halim, 2018).

Seperti yang dijelaskan sebelumnya, Damay et al. (2024) juga menjabarkan bahwa STEMI merupakan indikator kejadian oklusi total arteri koroner yang akut, sehingga membutuhkan terapi reperfusi miokard yang segera baik secara medikamentosa (terapi fibrinolitik) maupun mekanik

(*primary PCI/percutaneous coronary intervention*). Sama seperti *non-ST segment elevation myocardial infarction* (NSTEMI), *unstable angina pectoris* (UAP) umumnya ditimbulkan oleh thrombus yang menutup arteri koroner secara parsial. Perbedaan antara keduanya adalah, pada *non-ST segment elevation myocardial infarction* (NSTEMI) terjadi nekrosis miokard yang ditandai oleh adanya peningkatan enzim troponin secara bermakna pada pemeriksaan laboratorium, sedangkan pada *unstable angina pectoris* (UAP) tidak terjadi nekrosis miokard sehingga tidak terdapat perubahan enzim troponin pada hasil pemeriksaan laboratorium. Nekrosis miokardium merupakan penyebab terjadinya gejala pada sindrom koroner akut. Walaupun pada *unstable angina pectoris* (UAP) belum terjadi nekrosis, UAP akan berkembang menjadi *acute myocardium infarction* (IMA) jika patofisiologi tidak segera dikoreksi.

Menurut Damay et al. (2024), pada *unstable angina pectoris* (UAP) terjadi peningkatan gejala iskemia dengan manifestasi klinis sebagai berikut:

1. *Prolonged angina pectoris at rest*, yaitu angina tipikal yang muncul ketika beristirahat, tanpa adanya pencetus dan berlangsung sekitar lebih dari 20 menit.
2. *New onset (de novo)*, yaitu angina awitan baru yang muncul dalam 2 bulan terakhir dengan intensitas yang sedang hingga berat (*Canadian Cardiovascular Society grade II* atau *III*).
3. *Crescendo angina*, yaitu angina yang telah dirasakan sebelumnya yaitu pada pasien sindrom koroner kronik (SKK) yang mengalami peningkatan, baik frekuensi, durasi maupun intensitasnya, serta timbul

pada ambang yang lebih rendah.

4. Angina pasca *acute myocardium infarction* (IMA), yaitu angina yang terjadi dalam 2 minggu setelah *acute myocardium infarction* (IMA).

Manifestasi klinis dari angina pektoris tidak stabil lainnya ditandai dengan nyeri dada disertai rasa tekanan, berat, dan tumpul. Khusus pada pasien wanita, nyeri dapat menjalar atau terasa hingga lengan bagian kiri, leher, rahang, dan punggung. Beberapa gejala lainnya antara lain sesak napas, rasa nyeri mirip gejala penyakit GERD, mual, sakit kepala, kelelahan, gelisah, dan keringat berlebih (Anies, 2021).

Pasien *unstable angina pectoris* (UAP) harus dirawat di *Intensive Cardiovascular Care Unit* (ICCU) karena proses ruptur plak dengan pembentukan trombus dapat berlanjut ke oklusi total arteri koroner yang menimbulkan *acute myocardium infarction* (IMA). Kemudian akibat dari pembentukan trombus bisa mengakibatkan kematian sel dan kondisi lanjut yang tidak secara cepat dan tepat ditangani (Kabo et al., 2021).

Berikut beberapa komplikasi terkait penyakit *unstable angina pectoris* (UAP) menurut Damay et al. (2024):

1. *Non-ST segment elevation myocardial infarction* (NSTEMI)
2. *ST segment elevation myocardial infarction* (STEMI)
3. *Acute myocardium infarction* (IMA)
4. Serangan jantung
5. Kematian

### C. Penatalaksanaan

Fokus utama pada penatalaksanaan *unstable angina pectoris* (UAP)

ditujukan untuk mengatasi iskemia dengan obat anti-iskemia dan menghambat perkembangan trombus yang menutup arteri koroner secara parsial menggunakan obat anti-trombotik (Damay et al., 2024).

Menurut Bach (2023), penatalaksanaan pada *unstable angina pectoris* (UAP) sama dengan *non-ST segment elevation myocardial infarction* (NSTEMI) yaitu penatalaksanaan terapi farmakologis dan nonfarmakologis.

#### 1. Penatalaksanaan farmakologis

##### a. Terapi anti-iskemia

Terapi ini berupa pemberian oksigen/dilatasi pembuluh koroner untuk meningkatkan suplai oksigen dalam darah dan terapi penurunan denyut jantung, tekanan darah, *preload* dan kontraktilitas miokard untuk menurunkan kebutuhan oksigen miokard. Bisa juga dengan menganjurkan pasien *unstable angina pectoris* (UAP) untuk *bed rest* dan memonitor elektrokardiogram (EKG) 12 sadapan. Terapi oksigen diberikan ketika saturasi dibawah 90 % , terjadi sianosis atau pun distress respiratori (Bach, 2023).

Terapi nitrat digunakan sebagai agen vasodilator yang dapat mengurangi eluhan angina sehingga *venous return* (menurunkan *preload* dan *wall stress*), meningkatkan aliran intrakorner dan mencegah vasospasme. Pasien dengan *unstable angina pectoris* (UAP) dengan nyeri dada terus-menerus sebaiknya mendapatkan nitrogliserin 0,4 mg tablet melalui sublingual setiap 5 menit hingga maksimal 3 dosis. Sedangkan terapi nitrat melalui *intravenous* (IV) dianggap lebih efektif dibanding sublingual untuk menghilangkan

keluhan angina terutama pada pasien dengan hipertensi berat dan gagal jantung. Terapi nitrogliserin melalui intravenous (IV) bisa dihentikan setelah keluhan teratasi. Terapi ini tidak boleh diberikan pada pasien hipotensi, bradikardia berat (kurang dari 50 kali per menit), takikardia tanpa tanda-tanda gagal jantung, infark sisi kanan, dan pasien yang menerima terapi fosfodiesterase (misal: sildenafil dalam 24 jam) (Bach, 2023).

Penyekat reseptor beta (*beta-blockers*) mempunyai manfaat besar terhadap penurunan angka kematian pasien dengan *acute myocardium infarction* (IMA). Obat ini dapat menurunkan konsumsi oksigen miokard dengan menurunkan laju denyut jantung, tekanan darah dan kontraktilitas miokard. Obat penyekat reseptor beta ini juga berperan dalam stabilisasi elektrik miokard. Obat ini dapat menghambat progresivitas dari *unstable angina pectoris* (UAP) menjadi *acute myocardium infarction* (IMA). Ada beberapa obat penyekat reseptor beta untuk terapi *unstable angina pectoris* (UAP) yaitu atenolol, bisoprolol, carvedilol, metoprolol dan propranolol. Dosis dari setiap obat berbeda-beda berdasarkan jenis obat tersebut (Damay et al., 2024).

Penyekat kanal kalsium (CCB) juga dapat diberikan karena mempunyai efek dilatasi koroner yang seimbang. Terdapat dua golongan CCB yaitu, dihidropiridin (nifedipin dan amlodipine) dan non-dihidropiridin (verapamil dan diltiazem). CCB diberikan apabila keluhan terjadi menetap setelah pemberian penyekat reseptor beta

dan nitrat, atau bila ada kontraindikasi dalam pemberian penyekat reseptor beta dan tidak dianjurkan pada pasien dengan disfungsi sistolik ventrikel kiri (Damay et al., 2024).

Terapi obat morfin merupakan salah satu penatalaksanaan pada penyakit sindrom koroner akut. Namun, indikasi morfin diberikan ketika nyeri tidak teratasi dengan analgesik non-narkotik. Obat ini mampu meningkatkan kebutuhan oksigen miokard dengan mengurangi *preload* dan dorongan simpatik. Dosis obat ini yaitu 2 hingga 4 mg melalui bolus pada *intravenous* (IV) dengan dosis berulang *pro re nata* (PRN). Penatalaksanaan terapi obat ini perlu diperhatikan karena dapat menutupi gejala yang mengindikasikan perlukannya intervensi dan morfin juga bisa mengakibatkan hipotensi, depresi pernapasan dan penundaan terhadap agen anti-platelet (Bach, 2023).

b. Terapi anti-trombotik

Pemberian terapi anti-trombotik ini penting untuk mengurangi pembentukan trombus lebih lanjut dan *major adverse cardiac events* (MACE) yang meliputi kematian, infark miokard, dan stroke. Terapi ini dapat disesuaikan dengan risiko dari masing-masing pasien. Semua pasien tanpa kontraindikasi harus menerima terapi anti-koagulan ditambah dengan anti-platelet karena kombinasi dari dua agen tersebut lebih efektif penggunaannya (Bach, 2023).

Anti-koagulan diberikan untuk mencegah perkembangan thrombus. Terapi obat ini direkomendasikan untuk semua pasien dan

perlu kombinasi dengan agen anti-platelet. Terdapat beberapa macam terapi anti-koagulan yaitu, sebagai penghambat thrombus indirek seperti *unfractionated heparin* (UFH) dan *low molecular weight heparin* (LMWH), sebagai penghambat faktor Xa indirek seperti *low molecular weight heparin* (LMWH) dan fondaparinux, serta sebagai penghambat faktor Xa direk yaitu bivalirudin. Ada pula obat enoxaparin yang bisa diberikan apabila fondaparinux tidak tersedia (Irmalita, 2018).

Anti-platelet berperan besar pada *unstable angina pectoris* (ACS) yaitu dengan menghambat pembentukan thrombus. Aspirin merupakan agen antiplatelet yang berperan sebagai penghambat Siklo oksiginasi (COX1). Ada pula penyekat reseptor P2Y<sub>12</sub> seperti clopidogrel, prasugrel dan ticagrelol serta penyekat reseptor GP II<sub>B</sub>III<sub>A</sub> seperti abxicimab, eptifibatide dan tirofiban. Kombinasi antara ISDN dengan aspirin tidak dianjurkan. Penyekat pompa proton (PPI) dikombinasikan dengan terapi dual antiplatelet (DAPT) pada pasien dengan riwayat perdarahan gastrointestinal (Irmalita, 2018).

c. *Angiotensin converting enzyme* (ACE)

ACE inhibitor diindikasikan untuk semua pasien dengan *left ventricular ejection fraction* (LVEF)  $\leq$  40 % dan juga pada pasien diabetes, hipertensi serta gagal ginjal kronik (Irmalita, 2018).

d. *Angiotensin receptor blocker (ARB)*

Pada pemberian terapi penghambat reseptor angiotensin harus dipertimbangkan kepada pasien yang tidak toleran terhadap ACE inhibitor dan *beta-blocker*. Sama dengan ACE inhibitor, terapi obat ini diberikan pada pasien gagal jantung/*acute myocardial infarction (IMA)* dengan *left ventricular ejection fraction (LVEF)*  $\leq$  40 % (Irmalita, 2018).

e. Antagonis reseptor aldosteron

Terapi obat ini harus dipertimbangkan terhadap pasien pasca *acute myocardium infarction (IMA)* yang telah mendapat ACE inhibitor dan *beta-blocker* serta dengan *left ventricular ejection fraction (LVEF)*  $\leq$  40 %, menderita diabetes melitus, gagal jantung, tanpa disfungsi renal atau hiperkalemia (Irmalita, 2018).

f. Intervensi terhadap profil lipid

Terapi obat yang mengandung statin direkomendasikan kepada semua pasien dengan *unstable angina pectoris (UAP)* yang diberi pada hari pertama hingga keempat dengan tujuan menstabilisasi dinding plak aterosklerotik dan memiliki efek pleiotropik statin. Saat ini, direkomendasikan obat penurun level lipid secara intensif dengan target LDL kurang dari 100 mg/dL dan jika memungkinkan dibawah 70 mg/dL (Irmalita, 2018).

2. Penatalaksanaan nonfarmakologis

Pasien angina pektoris tidak stabil dengan risiko rendah mendapatkan pengobatan terbaik dengan medikamentosa (terapi

konservatif), sementara pasien dengan risiko tinggi membutuhkan pemeriksaan angiografi koroner yang bermanfaat untuk revaskularisasi (terapi invasif), yaitu penatalaksanaan ini telah terbukti membantu mengatasi gejala, mengurangi jumlah hari perawatan yang diperlukan, dan meningkatkan prognosis. Revaskularisasi koroner dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti yang disebutkan di bawah ini. (Irmalita, 2018):

- a. PCI (*percutaneous coronary intervention*), yang biasanya menggunakan stent atau cincin, membantu mengurangi oklusi tiba-tiba dan penyempitan kembali. Stent bersalut obat (DES: *drug eluting stent*) dan cincin tanpa salutan obat adalah dua jenis cincin yang dapat diberikan.
- b. CABG (*coronary arteri bypass graft*) atau intervensi bedah ini perlu diperhatikan pemilihan waktunya yang berdasarkan gejala, hemodinamik, anatomi koroner dan iskemia.
- c. Perbaiki pola gaya hidup dengan tidak merokok, rajin beraktifitas fisik dan patuh terhadap diet.
- d. Menurunkan berat badan pada individu yang obesitas atau berlebihan berat badan.
- e. Mengontrol tekanan darah agar tetap stabil dan terpantau baik.
- f. Rehabilitasi jantung dan kembali ke aktifitas fisik sesuai dengan anjuran dokter.

#### **D. Pengkajian Keperawatan**

Menurut Hariyono (2020) dan Irmalita (2018), pengkajian pada pasien dengan penyakit kardiovaskuler yakni sebagai berikut:

## 1. Informasi umum

### a. Identitas pasien

Meliputi nama, nomor rekam medis (RM), umur, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir dan pekerjaan.

### b. Riwayat kesehatan

Meliputi keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan masa lalu dan riwayat kesehatan keluarga.

1) Keluhan utama : Bertanya terkait gangguan terpenting yang dirasakan pasien dengan *unstable angina pectoris* (UAP) yaitu nyeri dada yang menjalar ke lengan kiri, rahang bawah dan pasien sulit untuk bernapas, pingsan (sinkop) dan juga keringat dingin (diaphoresis), terjadi selama kurang lebih 10 menit.

2) Riwayat kesehatan sekarang : Bertanya terkait perjalanan tentang timbul keluhan sehingga pasien membutuhkan pertolongan seperti sejak kapan keluhan dirasakan pasien, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, dimana pertama kali keluhan timbul, apa yang sedang dilakukan ketika keluhan ini terjadi, keadaan apa yang memperberat atau memperingan keluhan, adakah usaha untuk mengatasi keluhan ini sebelum meminta pertolongan, berhasil atau tidakkah usaha tersebut, dan lainnya. Berikut pengkajian terkait nyeri dada pada pasien dengan *unstable angina pectoris* (UAP) berdasarkan pengkajian PQRST, yaitu:

- a) *Provoking incident* (P) : Nyeri dirasakan saat beraktivitas dan tidak dapat berkurang dengan istirahat,
  - b) *Quality of pain* (Q) : Nyeri yang dirasakan dapat seperti di remas, ditekan, dan diperas,
  - c) *Region, Radiation, Relief* (R) : Lokasi nyeri biasanya daerah retrosternal,
  - d) *Severity (scale)of pain* (S) : Skala nyeri dapat ditanya menggunakan rentang 1 hingga 10
  - e) *Time* (T) : Nyeri timbul pada saat istirahat atau aktivitas dan berlangsung lebih dari 15 menit.
- 3) Riwayat kesehatan masa lalu : Bertanya tentang penyakit yang pernah diderita pasien sebelumnya, seperti apakah pasien pernah dirawat sebelumnya, dengan penyakit apa, pernahkah pasien mengalami sakit berat, dan sebagainya.
  - 4) Riwayat kesehatan keluarga : Bertanya tentang penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga, adakah anggota keluarga yang meninggal dan penyebab kematiannya dipertanyakan.

## 2. Pemeriksaan fisik

### a. Pemeriksaan kepala dan leher

- 1) Raut wajah : Bentuk wajah seperti bulat, lonjong, dan lainnya, ekspresi tampak sesak, gelisah dan kesakitan, serta melakukan tes saraf dengan menyeringai, mengerutkan dahi untuk memeriksa nervus V dan VII (Hariyono, 2020).
- 2) Bibir : Tampak sianosis pada penyakit jantung bawaan TF,

TGA, dan lainnya serta tampak pucat yang berarti anemia (Hariyono, 2020).

- 3) Mata : Pada konjungtiva tampak pucat (anemia), ptechie (perdarahan bawah kulit/selaput lendir) pada endokarditis bakterial. Pada sklera tampak ikterus yang bisa terjadi pada gagal jantung kanan, penyakit hati, dan lainnya. Pada kornea tampak arkus senilis (garis melingkar putih abu-abu di tepi kornea) berhubungan dengan peningkatan kolesterol/penyakit jantung coroner (PJK). Pada eksophthalmus berhubungan dengan tirotosis. Pada gerakan bola mata yaitu lateral (N. VII), medial (N. III), bawah nasal (N. IV), atas (N. III), dan lainnya. Pada pemeriksaan reflek kornea yaitu dengan kapas disentuhkan pada kornea, maka mata akan terpejam (N. V). Pada pemeriksaan funduscopy yaitu dilakukan dengan ophthalmoscop untuk menilai kondisi pembuluh darah retina pada pasien hipertensi (Hariyono, 2020).
- 4) Leher : Pada pemeriksaan tekanan vena jugularis pasien dalam posisi berbaring setengah duduk, kemudian yang diperhatikan denyut vena jugularis interna, denyut ini tidak dapat diraba, tetapi bisa dilihat. Akan tampak gelombang a (kontraksi atrium), gelombang c (awal kontraksi ventrikel-katup trikuspid menutup), gelombang v (pengisian atrium-katup trikuspid masih menutup). Pada pengembangan vena, normalnya setinggi manubrium stemi. Apabila lebih tinggi daripada itu maka berarti

tekanan hidrostatis atrium kanan meningkat, misalnya pada gagal jantung kanan. Pada trakea dilakukan pemeriksaan berdiri disamping kanan pasien, tempelkan jari tengah pada bagian bawah trakea. Pada perabaan keatas, kebawah dan kesamping, kedudukan trakea dapatlah ditentukan apakah ditengah, bergeser kekanan/kiri. Bila pada tiap denyut jantung trakea terasa seperti tertarik kebawah (tanda oliver), kemungkinan ada aneurisma aorta atau tumor mediastinum (Hariyono, 2020).

Pada pemeriksaan arteri karotis dilakukan beberapa pemeriksaan sebagai berikut:

- a) Palpasi : Berdenyut kencang seperti berdansa (pada insufisiensi katup aorta). Paling tepat untuk memeriksa sirkulasi pada henti jantung. Perlu dibandingkan kiri dan kanan untuk mengetahui adanya penyempitan pembuluh darah di daerah itu. Jari telunjuk dan tengah kedua tangan ditempatkan pada kedua sisi isthmus, teliti pada bentuk, konsistensi dan ukurannya (Hariyono, 2020).
- b) Auskultasi : Bising pada penyempitan arteri karotis, penyempitan katup aorta dan kelenjar tiroi menunjukkan vaskularisasi yang meningkat, disebabkan oleh hiperfungsi (Hariyono, 2020).
- c) Inspeksi : Tengadah sedikit, telan ludah, teliti bentuk dan kesimetrisannya (Hariyono, 2020).

b. Pemeriksaan jantung

Menurut Hariyono (2020), dapat dilakukan pemeriksaan jantung berdasarkan lokasinya yaitu sebagai berikut:

- 1) Atrium kanan : Paling jauh di sisi kanan (2 cm di sebelah kanan tepi sternum, setinggi sendi kosto sternalis ketiga sampai keenam).
- 2) Ventrikel kanan : Menempati sebagian besar proyeksi jantung pada dada. Sendi kostosternalis terhubung ke enam dengan apeks jantung di bagian bawah.
- 3) Ventrikel kiri : Dari depan tidak begitu terlihat. Daerah ventrikel kiri yang berukuran 1,5 cm di atas, menghubungkan apeks jantung dengan sendi kostrosternalis kedua sebelah kiri.
- 4) Atrium kiri : Sebagian kecilnya terletak di belakang kostosternalis kiri kedua dan tidak terlihat dari depan.

Dilakukan juga pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi yaitu sebagai berikut (Hariyono, 2020):

1) Inspeksi

Pemeriksaan inspeksi dilakukan untuk menentukan bentuk prekordium, denyut pada apeks jantung, denyut nadi pada dada dan denyut vena (Hariyono, 2020).

a) Bentuk prekordium

Apabila cekung/cembung di satu sisi berarti ada penyakit jantung/paru di satu sisi. Penyakit perikarditis menahun, fibrosis/atelektasis paru, skoliosis, kifoskoliosis, dan beban yang menekan dinding dada menyebabkan cekung. Namun, cembung atau menonjol dapat menunjukkan pembesaran

jantung, efusi perikardium, efusi pleura, tumor paru, tumor mediastinum, skoliosis, atau kifoskoliosis. Ini juga dapat menjadi hasil dari penonjolan efusi pleura atau perikardium, yaitu daerah intern kostalis, atau kelainan jantung menahun atau bawaan, yaitu penonjolan pada iga (Hariyono, 2020).

Karena apeks, seperti stenosis mitral, kadang-kadang sulit ditemukan, pasien akan disarankan untuk berbaring dengan posisi terlentang atau sedikit dekubitus lateral kiri selama pemeriksaan inspeksi. Setelah itu, pemeriksa berdiri disebelah kanan pasien. Jenis prekordial yang diperhatikan adalah apakah normal, depresi, atau ada penonjolan asimetris yang disebabkan oleh pembesaran jantung sejak kecil. Kelainan kongenital dapat menyebabkan hipertropi dan dilatasi ventrikel kiri dan kanan. (Hariyono, 2020).

Mencari pungtum maksimum, yang berarti ketika pasien melakukan proses inspirasi, yang dapat menyebabkan paru-paru menutupi jantung dan menghilangkan pungtum maksimum. Variasi ini hanya terjadi pada pasien dengan emfisema paru-paru. Oleh karena itu, kehilangan pungtum maksimum selama proses inspirasi tidak berarti jantung tidak dapat bergerak secara bebas. Pungtum maksimum akan bergeser ke arah kiri saat pembesaran ventrikel kiri terjadi. Ini akan berada di luar garis midklavikula dan ke bawah. Efusi pleura kanan akan memindahkan pungtum maksimum ke aksila kiri, sementara efusi pleura kiri akan memindahkan pungtum maksimum ke aksila kanan. Pemindahan yang sama dapat terjadi karena perlekatan pleura, tumor

mediastinum, atelektasis paru, dan pneumotoraks. Selain itu, perhatikan kecepatan denyut jantung karena beberapa kondisi, seperti hipertiroidisme, anemia, dan demam, dapat meningkatkannya (Hariyono, 2020).

b) Denyut pada apeks jantung

Denyut jantung biasanya terlihat di area apeks. Pasien diminta untuk berbaring atau duduk dengan sedikit membungkuk selama prosedur pemeriksaan. Pada orang dewasa, biasanya terletak sejauh 2 hingga 3 cm dari garis midklavikula, di area yang berdenyut seluas kuku ibu jari. Pada anak-anak, biasanya terletak di ruang sela iga keempat kiri. Denyut tidak tampak jika berada di belakang tulang iga payudara besar, dinding toraks tebal, emfisema, atau efusi perikardium (Hariyono, 2020).

Pada kondisi patologis seperti penyakit jantung, skoliosis atau kifoskoliosis, efusi pleura, pneumotoraks, tumor mediastinum, dan abdomen membuncit (seperti acit, hamil, dll.), denyut apeks bergeser ke samping kiri (Hariyono, 2020).

c) Denyut nadi pada dada

Aneurisme aorta memiliki denyutan di sela iga dua kanan, sedangkan dilatasi arteri pulmonalis (*patent ductus arteriosus*/PDA, aneurisme aorta pulmonalis), dan aneurisme aorta desenden memiliki denyutan di sela iga dua kiri. Pada pericarditis adesivea, insufisiensi trikuspid atau aorta, retraksi (tarikan ke dalam) di prekordium seiring dengan sistol (Hariyono, 2020).

d) Denyut vena

Denyutannya tidak terlihat di dada dan punggung. Hanya vena jugularis interna dan eksterna yang berdenyut (Hariyono, 2020).

2) Palpasi

Perabaan digunakan untuk melakukan pemeriksaan palpasi. Pertama, telapak tangan penilai diletakkan di atas prekordium. Selanjutnya, perabaan dilakukan di atas iktus kordis. Maksimum impulse point biasanya terletak pada ruang sela iga V, kira-kira satu jari medial dari garis midklavikula. Pada bentuk dada yang panjang dan gepeng, iktus kordis terdapat pada ruang sela iga VI medial dari garis midklavikula. Sedangkan pada bentuk dada yang lebih pendek dan lebar, letak iktus kordis agak ke lateral. Pada keadaan normal, lebar iktus kordis yang teraba adalah sekitar 1 hingga 2 cm persegi. Apabila kekuatan volume dan kualitas jantung meningkat maka terjadi *systolic lift* dan *systolic heaving*. Dalam keadaan ini daerah iktus kordis akan teraba lebih melebar. Getaran bising yang ditimbulkan dapat dirasakan, seperti pada PDA (*Patent ductus arteriosus*) kecil yang terletak di sela iga kiri sternum. Ketika melakukan palpasi pada daerah jantung, pemeriksa harus memperhatikan denyutan prekordium dan getaran, atau thrill, dan pergerakan trakea (Hariyono, 2020).

Denyut apeks, normalnya di sela iga kelima sekitar 2 hingga 3 cm medial garis midklavikula. Bisa tidak teraba karena kegemukan, dinding toraks yang tebal, emfisema dan lainnya.

Denyut apeks akan meningkat apabila curah jantung besar misalnya pada insufisiensi aorta/mitral. Dan akan sedikit meningkat pada pasien hipertensi dan stenosis aorta (Hariyono, 2020).

Getaran (*thrill*) akan teraba ketika bising jantung keras (derajat IV/6 atau lebih). Sebagai ilustrasi, lokasi di sela iga kedua kiri sternum menunjukkan stenosis paru-paru, lokasi di sela iga keempat kiri sternum menunjukkan perforasi ventricular, dan lokasi di sela iga kedua kanan sternum menunjukkan stenosis aortik. Lokasi di apeks-diaistol, misalnya untuk stenosis mitral, dan di apeks-sistol, misalnya untuk insufisiensi mitral. Ketika fase ekspirasi dimulai, getaran akan lebih mudah diraba jika pasien berbaring ke kiri. Namun, jika pasien membungkuk ke depan dengan napas ditahan, getaran akan lebih mudah diraba (Hariyono, 2020).

Karena trakea berhubungan dengan arkus aorta, pemeriksaan trakea diperlukan. Aneurisme aorta membuat denyutnya menjalar ke trakea, yang dapat dirasakan. Untuk melakukan pemeriksaan ini, pemeriksa berdiri di belakang pasien dan meletakkan kedua jari telunjuknya di atas trakea sedikit di bawah krikoid. Kemudian, dengan kedua jari telunjuk, mereka merasa trakea dan laring tertarik ke bawah saat jantung berdetak. Ini adalah cara untuk mengidentifikasi aneurisme aorta (Hariyono, 2020).

### 3) Perkusi

Untuk mengetahui seberapa besar jantung, lihat batasan atau tepi kiri pekak jantung normal pada ruang interkosta III/IV pada garis parasternal kiri pekak jantung absolut dan relatif. Ketika kardiomegali

terjadi, tepi pekap jantung melebar ke kiri dan ke kanan. Apex kordis bergeser ke lateral bawah karena dilatasi ventrikel kiri. Batas pekap jantung terletak pada ruang sela iga III di garis parasternal kiri (Hariyono, 2020).

#### 4) Auskultasi

Untuk melakukan pemeriksaan auskultasi, pemeriksa harus mendengar bunyi yang dihasilkan oleh vibrasi, juga dikenal sebagai getaran suara, yang dihasilkan oleh aktivitas jantung dan proses hemodinamik darah. Alat yang digunakan yaitu stetoskop (Hariyono, 2020). Berikut adalah beberapa elemen bunyi yang harus diperhatikan :

- a) Nada terkait dengan frekuensi tinggi dan frekuensi rendah getaran
- b) Intensitas, atau kekerasan, terkait dengan amplitudo gelombang suara
- c) Kualitas bunyi terkait dengan timbre, yaitu jumlah nada dasar dan berbagai jenis vibrasi bunyi yang membentuk komponen bunyi yang terdengar. Bunyi yang dihasilkan oleh hemodemanik darah, juga dikenal sebagai desiran atau bising jantung, dapat terdengar selama auskultasi jantung

Selama kontraksi kedua atrium, darah dialirkan ke dua ventrikel. Dari ventrikel kanan, darah pergi melalui katup tricuspid. Sedangkan dari ventrikel kiri darah pergi melalui katup mitral ke arteri pulmonalis dan aorta. Katup mitral dan tricuspid menutup saat kontraksi sistolik ventrikel dimulai, yang membuat kedua katup terbuka selama kontraksi atrium. Katup aorta dan pulmonal juga

menutup saat relaksasi diastole ventrikel dimulai, yang membuat kedua katup tetap terbuka selama kontraksi ventrikel (Hariyono, 2020).

Menurut Hariyono (2020), denyut arteri karotis harus digunakan sebagai pegangan untuk mengukur sistolik ventrikel karena denyut arteri radialis hanya berdetak setelah denyut arteri karotis. Letak pemeriksaan auskultasi berdasarkan organ jantung ialah sebagai berikut (Hariyono, 2020):

- a) Katup pulmonal : Di persambungan iga 3 kiri dengan sternum
- b) Katup aorta : Pada sternum, lebih rendah dan lebih medial daripada katup pulmonal
- c) Katup mitral : Pada sternum, dekat batas atas sendi antara iga 4 dengan sternum
- d) Katup trikuspid : Pada sternum (arah menyilang sternum), sesuai garis penghubung proyeksi katup mitral dengan sendi antara sternum dengan iga kanan kelima.

Berikut bunyi-bunyi jantung yang ditimbulkan oleh katup jantung (Hariyono, 2020):

- a) Mitral : paling jelas terdengar di apeks
- b) Trikuspid : di sternum dekat sendi sternum sela iga 5 kanan
- c) Aorta : pada sendi antara sternum sela iga 2 kanan / apeks
- d) Pulmonal : pada sela iga 2 kiri dekat tepi sternum

Untuk teknik pemeriksaan auskultasi sebelumnya, perlu diketahui bahwa stetoskop terdiri dari dua bagian yaitu diaphragma dan

*bell*. Diapragma berfungsi mendengarkan suara yang nadanya tinggi (misalnya: bunyi jantung S1 dan S2, OS (*opening snap*), bunyi ejeksi (*ejection sound*), *pericardial friction rub*, bising sistolik dan awal sistolik. Sedangkan, *bell* berfungsi untuk mendengarkan suara yang nadanya rendah (misalnya: bunyi jantung S3, S4, bising mid diastole mitral/trikuspid) (Hariyono, 2020). Berikut mengenai bunyi-bunyi jantung :

- a) S1/bunyi jantung 1 yang ditimbulkan oleh penutupan katup mitral dan trikuspid. Bunyi jantung S1 mengeras pada takikardi yang disebabkan karena macam – macam sebab (misalnya: mitral stenosis dan lainnya). Sedangkan bunyi jantung S1 melemah pada kondisi seperti miokarditis, kardiomiopati, *acute myocardium infarction* (IMA), efusi perikardium dan emfisema tumor. Di apeks (daerah katup mitral), bunyi jantung S1 lebih keras daripada S2 (Hariyono, 2020).
- b) S2/bunyi jantung 2 yang ditimbulkan oleh penutupan katup aorta dan pulmonal. Normalnya S1 lebih keras dari S2, tetapi S1 nadanya rendah sedangkan S2 nadanya tinggi. Didaerah katup aorta dan pulmonal, bunyi jantung S2 lebih keras daripada bunyi jantung S1. Bunyi jantung S2 mengeras pada hipertensi sistemik dan hipertensi pulmonal. Tetapi keadaan dinding dan arus aliran darah dalam arteri bersangkutan ikut menentukan. Bila dinding lentur dan arus

aliran darah ke arteri pulmonalis tak deras akibat stenosis, maka bunyi jantung S2 dapat melemah meskipun ada hipertensi (Hariyono, 2020).

- c) S3/bunyi jantung 3 terdengar samar-samar pada awal fase diastolik (S2), hal itu normal pada orang muda karena adanya getaran pada otot-otot dan korda tendine katup mitral/trikuspid waktu ventrikel terisi darah yang deras (Hariyono, 2020).
- d) S4/bunyi jantung 4 umumnya tidak terdengar. Letaknya berada pada akhir fase diastolik (presistolik), jadi sesaat sebelum bunyi jantung S1 dan timbul diantara gelombang P dan kompleks QRS yang disebabkan oleh kontraksi otot atrium (Hariyono, 2020).

#### c. Sirkulasi

Menurut Hariyono (2020), pemeriksaan sistem pembuluh darah, mencakup pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan menyeluruh terhadap integritas pembuluh darah perifer. Pemeriksaan vaskuler meliputi (Hariyono, 2020):

##### 1) Tekanan darah

Pengkajian tekanan darah berpengaruh pada penegakan diagnosis, karena itu perawat perlu lebih spesifik mengetahui pemeriksaan tekanan darah. Perawat mengauskultasi tekanan darah pada arteri brakialis di kedua lengan. Kebanyakan pemeriksa menggunakan diafragma stetoskop untuk

mengauskultasi tekanan darah tapi *bell* lebih efektif menghantarkan bunyi korotkoff bernada rendah. Pembacaan antara kedua lengan bervariasi sebanyak 10 mmhg dan cenderung lebih tinggi pada lengan kanan dan catat selalu pembacaan yang lebih tinggi. Pembacaan sistolik yang berbeda 15 mmhg atau lebih menunjukkan adanya aterosklerotik atau penyakit aorta. Perawat juga membandingkan tekanan darah pada pasien dengan posisi berbaring, posisi duduk atau berdiri. Biasanya pada saat pasien berubah posisi dari terlentang ke berdiri terdapat sedikit penurunan pada tekanan sistolik dan sedikit peningkatan pada tekanan diastolik. Penurunan tekanan sistolik lebih dari 15 mmhg menunjukkan adanya hipotensi postural. Pasien yang paling berisiko adalah mereka yang baru saja mendonorkan darah, menderita penyakit sistem saraf otonom, atau tirah baring dalam waktu yang lama (Hariyono, 2020).

## 2) Arteri karotis

Arteri karotis mencerminkan fungsi jantung dengan lebih baik dibandingkan arteri perifer karena posisinya dekat dengan jantung dan oleh karena itu tekanannya berhubungan dengan yang ada di aorta. Arteri karotis menyuplai darah yang teroksigenasi ke kepala dan leher, dan dilindungi oleh otot-otot sternokleidomastoideus. Untuk memeriksa arteri karotis, perawat meminta pasien untuk duduk atau berbaring telentang

dengan kepala tempat tidur ditinggikan 30 derajat (Hariyono, 2020).

### 3) Vena jugularis

Vena yang paling mudah dijangkau adalah vena jugularis interna dan eksterna di leher. Kedua vena tersebut mengalir secara bilateral dari kepala dan leher ke dalam vena kava superior. Jugularis eksterna terdapat di permukaan dan dapat dilihat tepat di atas klavikula. Jugularis interna terletak lebih dalam sepanjang arteri karotid. Normalnya pada saat pasien berbaring pada posisi terlentang, vena jugularis eksterna terdistensi sehingga menjadi mudah dilihat. Sebaliknya, vena jugularis biasanya tenggelam pada saat pasien berada pada posisi duduk. Tetapi, pasien dengan penyakit jantung dapat mengalami distensi vena jugularis pada saat duduk. Untuk menentukan *Jugular Venous Pressure (JVP)* atau tekanan vena leher dilakukan dengan penggaris yaitu tinggi bendungan ditarik garis datar sehingga terbaca angka pada penggaris kemudian ditambah 5 cm maka ketemulah tekanan atrium kanan (Hariyono, 2020).

### 4) Arteri dan vena perifer

Untuk memeriksa sistem perifer, perawat terlebih dahulu mengkaji keadekuatan aliran darah dan ekstremitas dengan mengukur denyut arteri dan menginspeksi kondisi kulit dan kuku (Hariyono, 2020). Pada pemeriksaan arteri perifer yang di

periksa antara lain (Hariyono, 2020) :

- a) Nadi radialis
- b) Nadi ulnaris
- c) Nadi brakialis
- d) Nadi femoralis
- e) Nadi popliteal
- f) Nadi dorsalis pedis
- g) Nadi tibialis posterior

d. Nutrisi

Mengkaji apakah sebelumnya terdapat peningkatan konsumsi garam dan lemak. Apakah terdapat mual, muntah, kehilangan nafsu makan, dan melakukan palpasi abdomen serta didapatkan nyeri tekan pada keempat kuadran dan penurunan peristaltik usus.

e. Eliminasi

Mengukur volume keluaran urin berhubungan dengan asupan cairan, sehingga perawat perlu memantau adanya oliguria pada pasien *acute myocardium infarction* (IMA) karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik.

f. Aktivitas dan istirahat

Aktivitas dengan gejala pasien mengeluh mudah lelah, penurunan toleransi latihan dengan takikardi, dispnea pada saat istirahat atau aktivitas dan kesulitan dalam melakukan perawatan diri.

### 3. Pemeriksaan penunjang

#### a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Darah: Pemeriksaan darah rutin hampir selalu harus dilakukan pada setiap pasien penyakit jantung dan pembuluh darah. Pemeriksaan darah seperti hemoglobin, hematokrit, jumlah leukosit dan trombosit, serta ureum dan gula darah merupakan pemeriksaan rutin yang penting dan sangat efektif (Hariyono, 2020).
- 2) Urin: Pemeriksaan analisis urin rutin dilakukan untuk mendeteksi dan memantau kelainan intrinsic dari ginjal dan saluran kencing, atau perubahannya sekunder akibat penyakit lain. Pemeriksaan yang paling bermakna untuk menilai kapasitas kemampuan kepekatan ginjal adalah osmolalitas urin. Berat jenis urin dapat memperkirakan osmolalitas tersebut bila diukur dengan alat urinometer yang baik dan bila tak ada proteinuria atau glukosuria berat (Hariyono, 2020).
- 3) Enzim jantung: Pemeriksaan laboratorium khusus tertentu seperti kadar enzim jantung dalam darah diperlukan untuk menegakan diagnosa infark miokard akut. Otot miokard yang mengalami kerusakan akan melepaskan beberapa enzim spesifik sehingga kadarnya dalam serum meningkat. Peningkatan kadar enzim ini juga akan ditemukan pada penderita setelah operasi jantung, kardiofersi elektrik, trauma jantung atau pericarditis (Hariyono, 2020).

- 4) Kreatin fosfokinase: Pada *acute myocardium infarction* (IMA) konsentrasi *creatine kinase* (CK) dalam serum akan meningkat dalam waktu enam sampai delapan jam setelah onset infark, mencapai puncaknya setelah 24 jam dan turun kembali ke normal dalam waktu tiga sampai empat hari. Pemeriksaan ini tidak terlalu spesifik untuk kerusakan otot miokard karena enzim ini juga terdapat dalam paru-paru, otot skelet, otak, uterus, saluran pencernaan dan kelenjar tiroid, sehingga kerusakan pada organ-organ tersebut akan meningkatkan kadar *creatine kinase* (CK) dalam darah. Sebenarnya, ada 3 isoenzim dari *creatine kinase* (CK) yang terlihat pada elektroforesis, yaitu MM, BB, dan MB. Isoenzim BB umumnya terdapat pada otak, MM pada otot skelet dan MB pada otot jantung. Isoenzim MB juga ditemukan pada usus, lidah dan otot diafragma tetapi dalam jumlah yang kecil. Pemeriksaan isoenzim CK-MB dalam serum merupakan tes yang paling spesifik pada nekrosis otot jantung. Peningkatan konsentrasi enzim ini pasti menunjukkan adanya infark miokard. CK-MB mulai meningkat dalam waktu 2-3 jam setelah onset infark, mencapai puncaknya pada 10-12 jam dan umumnya kembali ke normal dalam waktu 24 jam.
- 5) Troponin T: Troponin T jantung adalah protein miofibril dari serat otot lintang yang bersifat kardio spesifik. Pada saat terjadi kerusakan miokard akibat iskemi Troponin T dari sitoplasma dilepas ke dalam darah. Masa pelepasan Troponin T ini

berlangsung 30-90 jam setelah itu menurun. Dilaporkan diagnosis Troponin T lebih superior dibandingkan CK-MB dan terjadinya positif palsu sangat jarang. Peningkatan kadar Troponin T dapat menjadi penanda kejadian koroner akut pada penderita *unstable angina pectoris* (UAP). Pada *unstable angina pectoris* (UAP) tidak terjadi kerusakan miokard (nekrosis) yang ditandai dengan peningkatan enzim petanda jantung (CK-MB dan troponin). Diagnosis *unstable angina pectoris* (UAP) tidak dapat dibedakan dengan *non-ST segment elevation myocardial infarction* (NSTEMI) apabila pasien datang dalam waktu 4 jam setelah awitan simptom, karena peningkatan troponin T dan/atau CK-MB baru terdeteksi 4 sampai 6 jam setelah awitan simptom (Irmalita, 2018).

b. Pemeriksaan elektrokardiogram (EKG)

Pemeriksaan EKG 12 sadapan merupakan alat diagnostik lini pertama untuk menegakan diagnosis kerja dalam 10 menit setelah pasien bertemu tenaga medis. Gambaran EKG berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T dan elevasi segmen ST yang transien. Pada keadaan tertentu gambaran EKG 12 sadapan bisa normal, terutama pada iskemia posterior (sadapan V7-9) atau ventrikel kanan (sadapan V3R-V4R) yang terisolasi. Dianjurkan untuk mengulang pemeriksaan EKG setiap 6 jam (serial) atau bila pada saat pemantauan terjadi perubahan simptom, dan hasilnya dibandingkan dengan EKG saat pertama kali datang karena keadaan

iskemia yang dinamis hanya dapat dideteksi dengan pemeriksaan EKG 12 sadapan secara kontinu dan ketika pasien mengalami angina (nyeri dada) (Irmalita, 2018).

c. Pemeriksaan radiologi

- 1) Pemeriksaan *echocardiography* atau USG jantung: Pemeriksaan ini dilakukan untuk memindai jantung dengan menggunakan gelombang suara untuk mengidentifikasi kerusakan pada otot jantung dan aliran darah yang tersendat (Anies, 2021).
- 2) Pemeriksaan CT-Scan atau foto rontgen: Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa kondisi otot, pembuluh darah, ukuran jantung, dan paru-paru (Anies, 2021).
- 3) Pemeriksaan angiografi koroner: Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa kondisi arteri jantung dengan menyuntikkan zat pewarna (bahan kontras) khusus dan dipantau dengan memasukkan selang tipis dan lentur (kateter) melalui pembuluh darah besar di paha atau lengan menuju ke ruang jantung. Meskipun jarang terjadi, tes ini berisiko mengakibatkan komplikasi seperti serangan jantung dan stroke. Dokter biasanya akan merekomendasikan tes ini jika diagnosis angina belum ditemukan atau pasien mengalami *unstable angina pectoris* (UAP) (Anies, 2021).

## E. Diagnosa Keperawatan

Menurut Diyono (2023), Hariyono (2020) dan Aspiani (2017), serta menurut PPNI (2017) terdapat lima diagnosa keperawatan utama yang

muncul pada pasien dengan *unstable angina pectoris* (UAP), yaitu sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0077).
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (D.0008).
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton (D.0056).
4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap kematian, kurang terpapar informasi (D.0080).
5. Defisit pengetahuan berhubungan kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, ketidaktahuan menemukan sumber informasi (D.0111).
6. Risiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan frekuensi jantung (D.0011).
7. Risiko perfusi miokard tidak efektif ditandai dengan hipertensi, hiperlipidemia, hiperglikemia, spasme arteri koroner (D.0014).
8. Risiko syok ditandai dengan hipotensi (D.0039).

#### **F. Perencanaan Keperawatan**

Menurut Hadinata & Abdillah (2022) serta berdasarkan PPNI (2018) dan PPNI (2019), perencanaan keperawatan atau lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan (*Nursing Care Plan*) merupakan langkah ketiga dari proses keperawatan. Setelah menetapkan diagnosis keperawatan, kita

menyusun rencana tindakan keperawatan sebagai dasar pelaksanaan tindakan/intervensi keperawatan. Perencanaan keperawatan tersebut juga harus didokumentasi dengan baik sebagai dasar tindakan berikutnya atau sebagai dasar penilaian.

1. **Nyeri akut** berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, Iskemia, neoplasma) (D.0077).

**Tujuan Keperawatan:** Tingkat nyeri menurun setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil:** Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, menarik diri menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaforesis menurun, perasaan depresi (tertekan) menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, perineum terasa tertekan menurun, uterus terasa membulat menurun, ketegangan otot menurun, pupil dilatasi menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, proses berpikir membaik, fokus membaik, fungsi berkemih membaik, perilaku membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

**Perencanaan Tindakan :** Manajemen nyeri

**Observasi :**

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri

- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i. Monitor efek samping penggunaan analgetik

**Terapeutik :**

- a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur
- d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

**Edukasi**

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

### **Kolaborasi**

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2. **Penurunan curah jantung** berhubungan dengan perubahan irama jantung (D.0008).

**Tujuan Keperawatan:** Curah jantung meningkat setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil :** Kekuatan nadi perifer meningkat, *ejection fraction* (EF) meningkat, *cardiac index* (CI) meningkat, *left ventricular stroke work index* (LVSWI) meningkat, *stroke volume index* (SVI) meningkat, palpitasi menurun, bradikardia menurun, takikardi menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dispnea menurun, oliguria menurun, pucat/sianosis menurun, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND) menurun, ortopnea menurun, batuk menurun, suara jantung S3 menurun, suara jantung S4 menurun, murmur jantung menurun, berat badan menurun, hepatomegali menurun, *pulmonary vascular resistance* menurun, tekanan darah membaik, *capillary refll time* (CRT) membaik, *pulmonary artery wedge pressure* (PAWP) membaik, *central venous pressure* membaik.

**Perencanaan Tindakan :** Perawatan jantung

#### **Observasi :**

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP)
- b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena)

jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)

- c. Monitor tekanan darah
- d. Monitor keluhan nyeri dada (misal: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)
- e. Monitor intake dan output cairan
- f. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- g. Monitor saturasi oksigen
- h. Monitor EKG 12 sadapan
- i. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- j. Monitor nilai laboratorium jantung (misal: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)
- k. Monitor fungsi alat jantung
- l. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- m. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah pemberian obat

**Terapeutik :**

- a. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman
- b. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
- c. Berikan dukungan emosional dan spiritual
- d. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen diatas 94%

**Edukasi :**

- a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

- b. Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap

**Kolaborasi :**

- a. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
- b. Rujuk ke program rehabilitasi jantung

3. **Intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton (D.0056).

**Tujuan Keperawatan:** Toleransi aktivitas meningkat setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil :** Frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun, perasaan lemah menurun, aritmia saat aktivitas menurun, aritmia setelah aktivitas menurun, sianosis menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, EKG iskemia membaik.

**Perencanaan Tindakan :** Manajemen Energi

**Observasi :**

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b. Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c. Monitor pola dan jam tidur
- d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

**Terapeutik :**

- a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misal: cahaya, suara, dan kunjungan)
- b. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- c. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- d. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

**Edukasi**

- a. Anjurkan tirah baring
- b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- d. Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

**Kolaborasi**

- a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4. **Ansietas** berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap kematian, kurang terpapar informasi (D.0080).

**Tujuan Keperawatan:** Tingkat ansietas menurun setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil:** Verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, keluhan pusing menurun, anoreksia menurun, palpitasi menurun, frekuensi pemapasan menurun, frekuensi nadi

menurun, tekanan darah menurun, diaforesis menurun, tremor menurun, pucat menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, perasaan keberdayaan membaik, kontak mata membaik, pola berkemih membaik, orientasi membaik.

### **Perencanaan Keperawatan: Terapi Relaksasi**

#### **Observasi**

- a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- c. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya
- d. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
- e. Monitor respons terhadap terapi relaksasi

#### **Terapeutik**

- a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
- b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
- c. Gunakan pakaian longgar
- d. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
- e. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai

### **Edukasi**

- a. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (misal: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
  - b. Anjurkan mengambil posisi nyaman
  - c. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
  - d. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
  - e. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (misal: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
5. **Defisit pengetahuan** berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit jantung (D.0111).

**Tujuan Keperawatan:** Tingkat pengetahuan meningkat setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil:** Perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topic meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan yang sesuai dengan masalah yang dihadapi menurun, persepsi yang keliru tentang masalah menurun, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun, perilaku membaik.

**Perencanaan Keperawatan:** Edukasi Kesehatan

### **Observasi**

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

### **Terapeutik**

- a. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- b. Berikan kesempatan untuk bertanya

### **Edukasi**

- a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

6. **Risiko penurunan curah jantung** ditandai dengan perubahan frekuensi jantung (D.0011).

**Tujuan Keperawatan:** Curah jantung meningkat setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil :** Kekuatan nadi perifer meningkat, *ejection fraction* (EF) meningkat, *cardiac index* (CI) meningkat, *left ventricular stroke work index* (LVSWI) meningkat, *stroke volume index* (SVI) meningkat, palpitasi menurun, bradikardia menurun, takikardi menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dispnea menurun, oliguria menurun, pucat/sianosis menurun, *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND) menurun, ortopnea menurun, batuk menurun, suara jantung S3 menurun, suara jantung S4 menurun, murmur jantung menurun, berat badan menurun, hepatomegali menurun, *pulmonary vascular resistance* menurun, tekanan darah membaik, *capillary refl time* (CRT) membaik, *pulmonary artery wedge pressure* (PAWP) membaik, *central venous pressure* membaik.

**Perencanaan Tindakan : Perawatan jantung****Observasi :**

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP)
- b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- c. Monitor tekanan darah
- d. Monitor keluhan nyeri dada (misal: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)
- e. Monitor intake dan output cairan
- f. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- g. Monitor saturasi oksigen
- h. Monitor EKG 12 sadapan
- i. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- j. Monitor nilai laboratorium jantung (misal: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)
- k. Monitor fungsi alat jantung
- l. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- m. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah pemberian obat

**Terapeutik :**

- a. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau

posisi nyaman

- b. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
- c. Berikan dukungan emosional dan spiritual
- d. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen diatas 94%

**Edukasi :**

- a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- b. Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap

**Kolaborasi :**

- a. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
- b. Rujuk ke program rehabilitasi jantung

7. **Risiko perfusi miokard tidak efektif** ditandai dengan hipertensi, hiperlipidemia, hiperglikemia, spasme arteri koroner (D.0014).

**Tujuan Keperawatan:** Perfusi miokard meningkat setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil:** Gambaran EKG aritmia menurun, nyeri dada menurun, diaforesis menurun, mual menurun, muntah menurun, arteri apical membaik, tekanan arteri rata-rata membaik, takikardia membaik, bradikardia membaik, denyut nadi radial membaik, tekanan darah membaik, fraksi ejeksi membaik, tekanan baji arteri pulmonal membaik, *cardiac index* (CI) membaik.

**Perencanaan Keperawatan:** Manajemen aritmia

**Observasi**

- a. Periksa onset dan pemicu aritmia
- b. Identifikasi jenis aritmia

- c. Monitor frekuensi dan durasi aritmia
- d. Monitor keluhan nyeri dada (intensitas, lokasi, faktor pencetus, dan faktor Pereda)
- e. Monitor respon hemodinamik akibat aritmia
- f. Monitor saturasi oksigen
- g. Monitor kadar elektrolit

### **Terapeutik**

- a. Berikan lingkungan yang tenang
- b. Pasang jalan napas buatan (misal: OPA, NPA, LMA, ETT), jika perlu
- c. Pasang akses intravena
- d. Pasang monitor jantung
- e. Rekam EKG 12 sadapan
- f. Periksa interval QT sebelum dan sesudah pemberian obat yang dapat memperpanjang interval QT
- g. Lakukan manuver valsava
- h. Lakukan masase karotis unilateral
- i. Berikan oksigen, sesuai indikasi
- j. Siapkan pemasangan ICD (*implantable cardioverter defibrillator*)

### **Kolaborasi**

- a. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
- b. Kolaborasi pemberian kardioversi, jika perlu
- c. Kolaborasi pemberian defibrilasi, jika perlu

8. **Risiko syok** ditandai dengan hipotensi (D.0039).

**Tujuan Keperawatan:** Tingkat syok menurun setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil:** Kekuatan nadi meningkat, output urine meningkat, tingkat kesadaran meningkat, saturasi oksigen meningkat, akral dingin menurun, pucat menurun, haus menurun, konfusi menurun, letargi menurun, asidosis metabolik menurun, *mean arterial pressure* membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik, tekanan nadi membaik, pengisian kapiler membaik, frekuensi nadi membaik, frekuensi napas membaik.

**Perencanaan Keperawatan:** Pencegahan syok

#### **Observasi**

- a. Monitor status kardiopulmonal
- b. Monitor status oksigenasi
- c. Monitor status cairan
- d. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil
- e. Periksa riwayat alergi

#### **Terapeutik**

- a. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94 %
- b. Persiapan intubasi dan ventilasi mekanik, jika perlu
- c. Pasang jalur IV, jika perlu
- d. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine
- e. Lakukan *skin test* untuk mencegah reaksi alergi

**Edukasi**

- a. Jelaskan penyebab faktor risiko syok
- b. Jelaskan tanda dan gejala awal syok
- c. Anjurkan melapor jika menemukan merasakan tanda dan gejala syok
- d. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- e. Anjurkan menghindari *allergen*

**Kolaborasi**

- a. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu
- b. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu
- c. Kolaborasi pemberian anti inflamasi, jika perlu

**G. Pelaksanaan Keperawatan**

Tahap implementasi merupakan langkah keempat dalam pengimplementasian tindakan keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat. Tahap ini berupa pengelolaan dan perwujudan rencana keperawatan yang sudah di susun dalam tahap perencanaan. Untuk kesuksesan implementasi keperawatan yang sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai keahlian kognitif, hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan (Hadinata & Abdillah, 2022).

**H. Evaluasi Keperawatan**

Tahap evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses asuhan keperawatan. Penilaian dilakukan dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi pasien terhadap

intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima (Hadinata & Abdillah, 2022).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini penulis akan menguraikan mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. N dengan *unstable angina pectoris* (UAP) di ruang 611 Kardiologi lantai 6 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 27 Mei sampai 29 Mei 2024 dengan menggunakan proses pendekatan yang meliputi lima tahap asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2024, data yang diperoleh penulis yaitu pengamatan secara langsung, pengkajian fisik (*head to toe*), wawancara serta catatan medis, catatan keperawatan dan hasil pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pasien.

##### **1. Identitas Pasien**

Pasien bernama Ny. N, jenis kelamin perempuan, usia 62 tahun, status perkawinan adalah sudah menikah, beragama islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SD, bahasa yang digunakan pasien sehari-hari dalam berkomunikasi adalah bahasa Indonesia, pasien sebagai ibu rumah tangga yang beralamat di Jalan Kalibaru Timur III D, No. 04 RT. 07/02, Cilincing, Kota Jakarta Utara, sumber biaya perawatan

berasal dari BPJS PBI dan sumber informasi yang didapatkan dari pasien, keluarga pasien dan rekam medis.

## 2. Resume

Pasien bernama Ny. N, usia 62 tahun hari rawat ke-1 dengan berat badan 57 kg atas diagnosa medis UAP dan hipokalemia datang ke IGD pada tanggal 26 Mei 2024 pukul 09.00 WIB diantar oleh keluarga pasien dengan keluhan seperti sesak napas, nyeri dada sebelah kiri seperti tertekan benda berat, ketika beristirahat secara terus menerus, skala nyeri 7 (*numeric scale* 1-10), dan juga merasa kram di kedua pundak. **Tindakan keperawatan mandiri yang sudah diberikan:** Pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) dengan hasil sinus bradikardia, frekuensi nadi 52 kali per menit. **Tindakan keperawatan kolaborasi yang sudah diberikan :** Memberikan *intravenous fluid drops* (IVFD) assering 500 ml/24 jam dan oksigenasi berupa nasal kanul 3 liter per menit.

Pada tanggal 26 Mei 2024 pukul 11.35 WIB pasien dipindahkan ke ruang 611 Kardiologi lantai 6 dengan keluhan sesak napas, nyeri dada sebelah kiri seperti tertekan benda berat dan merasa kaku seluruh badan selama kurang lebih 10 menit. Ketika dikaji pada tanggal 27 Mei 2024 pukul 09.00 WIB ditemukan keluhan yaitu pasien mengeluh sesak napas, nyeri dada (P: *unstable angina pectoris*, Q: tertekan benda berat, R: dada kiri, S: 7 (*numeric scale* 1-10), T: ketika beristirahat secara terus menerus), pasien juga mengeluh tidak nafsu makan dan mual, terdapat nyeri ulu hati dan pasien mengatakan belum BAB selama dirawat di rumah sakit. Hasil tanda-tanda vital pasien yaitu, tekanan darah 105/49 mmHg, frekuensi nadi

49 kali per menit, frekuensi napas 25 kali per menit, SpO<sub>2</sub> 99%, tingkat kesadaran pasien *compos mentis*. Riwayat penyakit dahulu: HNP, pengapuran, asma, penyakit asam lambung, penyakit jantung yang dibuktikan dengan pasien telah dinyatakan dokter dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* (UAP) sejak tahun 2010. Hal tersebut dibuktikan dengan pernyataan yang diberikan pasien dan keluarga bahwa pasien sehari-hari mengonsumsi obat jantung yang diresepkan dokter dan rutin konsultasi terkait masalah jantung yang dialaminya serta terdapat pemeriksaan foto thoraks dan pemeriksaan *echocardiography* beberapa bulan yang lalu mengenai perkembangan kondisi penyakit jantung.

**Tindakan keperawatan mandiri yang sudah diberikan:** Pasien difasilitasi istirahat dan tidur, pemeriksaan EKG 12 sadapan serta edukasi teknik relaksasi napas dalam. Pemeriksaan tanda-tanda vital pasien dengan hasil tekanan darah 105/49 mmHg, frekuensi nadi 49 kali per menit, frekuensi napas 2 kali per menit, SpO<sub>2</sub> 99%, tingkat kesadaran pasien *compos mentis*. Pasien dilakukan pemasangan oksigenasi berupa nasal kanul 3 liter per menit dan terpasang *down catheter* (DC) ukuran 20 cm karena pasien intoleransi aktivitas. **Tindakan keperawatan kolaborasi yang sudah diberikan:** Pemeriksaan laboratorium darah dengan hasil Hb 11,2 g/dL, Ht 31,4 %, eritrosit 3,75.10juta/ $\mu$ L, trombosit 406.10 ribu/ $\mu$ L, eosinofil 5,9 %, kalium 2,44 mEq/L, pH 7,54, PCO<sub>2</sub> 21,9 mmHg, PO<sub>2</sub> 188,0 mmHg, HCO<sub>3</sub> 19,5 mEq/L, base excess -3,0 mmol/L, e-GFR (CKD-EPI) 44,8. Pasien dilakukan pemasangan *intravenous fluid drops* (IVFD) asering dengan KCL 25 mEq/L/12 jam. Perawat melakukan

kolaborasi pemberian obat Spironolactone 1x25 mg melalui oral, kolaborasi pemberian obat Aspilet 1x80 mg melalui oral, kolaborasi pemberian obat Clopidogrel 1x75 mg melalui oral, kolaborasi pemberian obat ISDN 3x5 mg melalui oral, kolaborasi pemberian obat Ramipril 1x5 mg melalui oral, kolaborasi pemberian obat Simvastatin 1x20 mg melalui oral, kolaborasi pemberian obat Laxadine 2x1 melalui oral, kolaborasi pemberian obat Arixtra 1x2,5 mg melalui intra muscular (IM), kolaborasi pemberian obat Omeprazole 1x40 mg melalui *intravenous* (IV), kolaborasi pemberian obat Lasix 2x1 melalui *intravenous* (IV).

### 3. Riwayat Kesehatan

#### a. Riwayat kesehatan sekarang

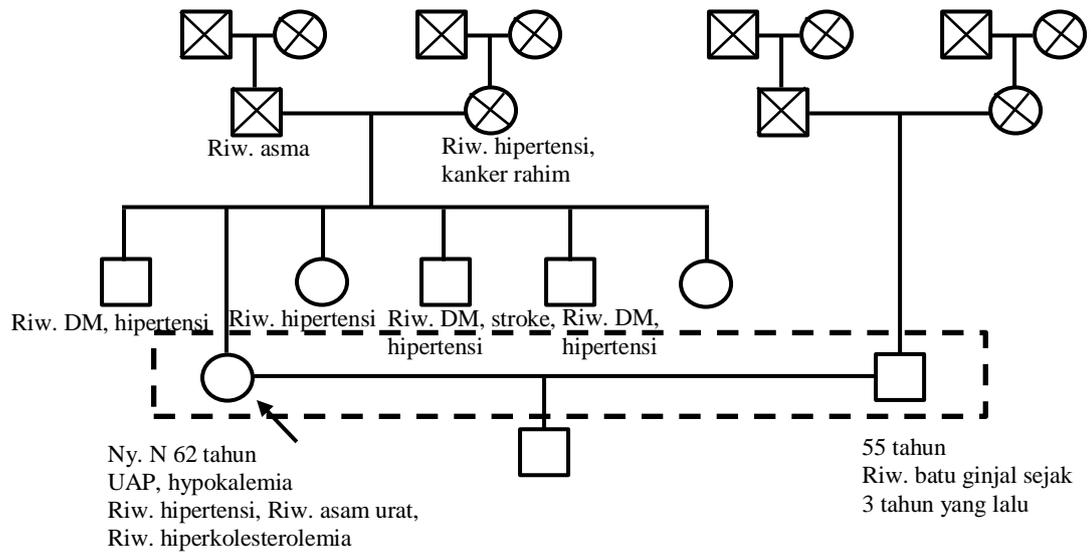
Keluhan utama pasien yaitu sesak napas dan nyeri dada karena *unstable angina pectoris* (UAP) di sebelah kiri seperti tertekan benda berat, ketika beristirahat secara terus menerus, skala 7 (*numeric scale* 1-10). Kronologis keluhan awal pasien mengeluh sesak napas, nyeri dada kiri, kram seluruh badan selama kurang lebih 10 menit dan suka berkeringat di malam hari dengan faktor pencetus *unstable angina pectoris* (UAP), timbul secara mendadak, berlangsung selama 1 hari. Pasien mengatasinya dengan mengonsumsi obat isosorbide 2 tablet ketika keluhan tidak kunjung reda. Apabila tidak membaik setelah minum obat isosorbide 2 tablet pasien segera mengunjungi rumah sakit.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Riwayat penyakit pasien sebelumnya yaitu pasien mengatakan pernah jatuh duduk dan tengkurap yang menyebabkan saraf kejepit namun sudah dilakukan fisioterapi dan suntik di kedua lutut 2 kali karena lutut mengalami pengapuran. Pasien juga riwayat asma sejak 14 tahun lalu, katarak di kedua mata namun sudah di operasi pada mata yang kiri sejak 1 tahun lalu dan juga riwayat hipertensi sejak pasien menderita penyakit jantung di tahun 2010. Pasien juga mengatakan dirinya riwayat penyakit asam lambung sejak umur 20 tahun.

Riwayat alergi pasien ada pada obat amoxicillin dan antalgin berdasarkan pernyataan pasien dan keluarga. Pasien memiliki riwayat pemakaian obat-obatan seperti obat jantung (Isosorbide, Amlodipine, dan lainnya tidak terkaji, karena pasien hanya membawa obat Isosorbide ke rumah sakit dan diminum hanya ketika merasa nyeri dada melalui sublingual), obat kalium, obat nyeri dan obat saraf (tidak terkaji karena pasien tidak membawa obat-obatan tersebut ke rumah sakit). Pasien mengatakan bahwa dirinya rutin mengonsumsi vitamin B-complex setiap hari sebelum masuk rumah sakit.

## c. Riwayat kesehatan keluarga



## Keterangan :

- : laki-laki
- ⊗ : laki-laki, meninggal
- : perempuan
- ⊗ : perempuan, meninggal
- ↖ : pasien
- : perkawinan
- | : keturunan
- ⋯ : tinggal serumah

Gambar 3.1 GenogramNy. N

Pasien merupakan anak dari 6 bersaudara. Orang tua pasien sudah meninggal, pasien tinggal satu rumah dengan suaminya saja karena anak pasien sudah berkeluarga dan tinggal secara terpisah dengan pasien.

- d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko

Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko yaitu ayah pasien menderita asma, ibu pasien menderita hipertensi, saudara kandung pasien menderita hipertensi sedangkan tiga diantaranya menderita diabetes mellitus (DM).

- e. Riwayat psikososial dan spiritual

Orang terdekat dengan pasien adalah suami pasien, anak pasien dan cucu pasien. Pola komunikasi pasien dua arah dan pengambilan keputusan dalam rumah tangga selalu dilakukan dengan cara musyawarah dan dibantu oleh kepala keluarga dalam setiap prosesnya. Pasien tidak mengikuti kegiatan masyarakat di rumah tempat tinggalnya. Dampak penyakit pasien membuat keluarga merasa khawatir dan berdoa demi kesehatan pasien supaya segera pulih. Tidak terdapat masalah lain yang mempengaruhi pasien. Pasien melakukan aktivitas tidur sebagai mekanisme kopingnya terhadap stress. Persepsi pasien terkait hal yang sangat dipikirkannya saat ini yaitu kesehatan kondisinya, pasien berharap dirinya kembali sehat seperti sedia kala karena pasien merasakan perubahan setelah jatuh sakit seperti rasa lemah dan kebutuhan *activity of daily living* (ADL) nya perlu dibantu. Pasien menganut agama islam dan mengatakan dirinya rajin melakukan ibadah menurut keyakinannya berupa solat dan berdoa. Selama pasien menjalankan kepercayaan yang dianutnya, tidak terdapat nilai-nilai

yang bertentangan dengan kondisi kesehatan pasien.

- f. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum sakit/sebelum di rumah sakit dan di rumah sakit

1) Pola nutrisi

**Sebelum sakit/sebelum di rumah sakit :** Pasien makan 3 kali dalam sehari dan menghabiskan  $\frac{1}{4}$  porsi makanan dengan nafsu makan tidak baik karena merasa mual. Pasien menyukai semua jenis makanan, namun sejak tahun 2010 yang lalu pasien dinyatakan menderita *unstable angina pectoris* (UAP) maka pasien dianjurkan untuk diet makanan yang mengandung tinggi garam, berlemak dan bersantan, namun pasien tidak terlalu memperhatikan pola makan. Salah satunya dibuktikan dengan pasien sering makan nasi uduk untuk sarapan. Pasien mengatakan tidak diperbolehkan mengonsumsi buah nangka karena bisa menyebabkan penderita asam lambung mengalami asam lambung naik karena kandungan asam pada buah nangka. Pasien mengonsumsi obat Omeprazole sebelum makan dan tidak menggunakan alat bantu makan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sehari-harinya.

**Di rumah sakit :** Pasien makan 3 kali dalam sehari dan menghabiskan 3 sendok makan dengan nafsu makan tidak baik karena merasa mual. Pasien dianjurkan oleh dokter tentang makanan pantangan dan masih sama dengan sebelum di rumah sakit yaitu tinggi garam, berlemak dan bersantan. Pasien tidak

memiliki alergi terhadap makanan khusus. Pasien tidak mendapatkan diit khusus saat berada di rumah sakit.

2) Pola eliminasi

**Sebelum sakit/sebelum di rumah sakit :** Pasien buang air kecil (BAK) bisa sampai 4-6 kali dalam sehari, dengan warna kuning jernih dan tidak ada keluhan dalam buang air kecil serta tidak menggunakan alat bantu untuk buang air kecil seperti kateter. Pasien buang air besar (BAB) 2-3 kali dalam sehari, waktunya tidak tentu, berwarna coklat dengan konsistensi padat. Pasien tidak ada keluhan dalam buang air besar dan pasien mengatakan tidak menggunakan laxatif.

**Di rumah sakit :** Pasien buang air kecil (BAK) tidak terkaji karena menggunakan *down catheter* (DC) ukuran 20 cm, warna urin pasien kuning jernih. Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam buang air kecil. Pasien belum buang air besar (BAB) selama di rumah sakit. Tidak ada keluhan dalam buang air besar. Pasien diberikan obat Laxadine 2x1 berupa sirup.

3) Pola personal *hygiene*

**Sebelum sakit/sebelum di rumah sakit :** Pasien mandi 2 kali dalam sehari yaitu pada pagi dan sore hari menggunakan sabun dan selalu melakukan *oral hygiene* juga sebanyak 2-3 kali dalam sehari yaitu pada pagi, siang dan mala hari. Pasien melakukan cuci rambut sebanyak 2 kali dalam seminggu.

**Di rumah sakit :** Pasien belum mandi selama di rumah sakit

dan pasien juga belum melakukan *oral hygiene* ataupun cuci rambut karena pasien intoleransi aktivitas.

4) Pola istirahat dan tidur

**Sebelum sakit/sebelum di rumah sakit :** Pasien mengatakan kalau dirinya tidur siang selama 2 jam per hari, tidur malam 7 hingga 8 jam per hari. Kebiasaan sebelum tidur pasien tidak terkaji.

**Di rumah sakit :** Pasien mengatakan susah tertidur di siang hari karena terganggu rasa kram di seluruh badan, sesak napas dan nyeri dada kiri selama di rumah sakit yaitu kurang lebih 1 jam per hari, tidur malam selama 5 jam per hari.

5) Pola aktivitas dan latihan

**Sebelum sakit :** Pasien rajin berolah raga 1 kali dalam seminggu setiap pagi berupa senam asma dan keluhan setelah pasien melakukan senam asma yaitu sesak setelah beraktivitas.

**Di rumah sakit :** Selama di rumah sakit pasien hanya berbaring dan *bed rest* total karena pasien terhambat sesak napas, nyeri dada kiri dan kram seluruh badan sehingga pergerakan dan aktivitas pun terbatas. Namun pasien diberikan latihan *range of motion* (ROM) untuk menjaga fleksibilitas tulang dan sendi.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

**Sebelum sakit :** Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak pernah merokok, mengonsumsi obat-obatan seperti NAPZA ataupun minuman keras/beralkohol.

**Di rumah sakit :** Pasien tidak merokok selama di rumah sakit, tidak mengonsumsi obat-obatan seperti NAPZA ataupun minuman keras/beralkohol.

#### 4. Pengkajian Fisik

##### a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien sebelum sakit 60 kg, namun setelah sakit menjadi 56 kg terjadi penurunan berat badan dan tinggi badan pasien saat ini 157 cm. Tanda-tanda vital seperti tekanan darah 105/49 mmHg, HR : 49 x/menit, RR: 25 x/menit, Suhu: 37,1°C, SPO2: 99% dengan keadaan umum pasien sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

##### b. Sistem pendengaran

Kedua daun telinga pasien normal, dengan karakteristik serumen kekuningan, lembek, dan tidak berbau. Kondisi telinga tengah pasien normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga pasien saat diperiksa. Pasien tidak merasakan perasaan penuh dan tinitus pada telinga pasien. Fungsi pendengaran pasien normal, baik di telinga kanan maupun telinga kiri pasien. Tidak ditemukan gangguan keseimbangan di telinga pasien dan pasien tidak memakai alat bantu pendengaran.

##### c. Sistem penglihatan

Sisi mata dan kelopak mata pasien simetris pada mata bagian kanan dan mata bagian kiri. Pergerakan kedua bola mata pasien normal. Konjungtiva mata kanan dan kiri pasien merah muda, kornea dimata

kanan pasien keruh/berkabut sedangkan kornea dimata kiri pasien normal, sklera anikterik, dan pupil mata pasien isokor. Tidak ditemukan kelainan pada otot-otot mata pasien, fungsi penglihatan mata pasien kabur karena pasien memiliki rabun dekat, tidak ada tanda-tanda radang di mata pasien, pasien memakai kaca mata rabun dekat untuk membaca, pasien tidak memakai lensa kotak dan reaksi mata pasien terhadap cahaya baik dengan adanya reflek pupil miosis saat diberikan rangsangan terhadap cahaya.

d. Sistem pendengaran

Kedua daun telinga pasien normal, dengan karakteristik serumen kekuningan, lembek, dan tidak berbau. Kondisi telinga tengah pasien normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga pasien saat diperiksa. Pasien tidak merasakan perasaan penuh dan tinitus pada telinga pasien. Fungsi pendengaran pasien normal, baik di telinga kanan maupun telinga kiri pasien. Tidak ditemukan gangguan keseimbangan ditelinga pasien dan pasien tidak memakai alat bantu pendengaran.

e. Sistem wicara

Cara bicara pasien normal dan tidak ditemukan aphasia, dysarthria, anarthia, aphonia, maupun dysphasia.

f. Sistem pernapasan

Jalan napas pasien bersih dengan pernapasan pasien yang tidak normal karena pasien mengalami sesak dan pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan. Frekuensi pernapasan pasien

25x/menit dengan irama yang tidak teratur, jenis pernapasan pasien tergolong spontan dengan kedalaman yang dalam. Pasien tidak mengalami batuk dan tidak terdapat sputum. Pada saat dilakukan tindakan palpasi dada teraba lebih menonjol namun tidak ada massa, terdapat retraksi otot napas dan tidak ada nyeri tenderness. Perkusi dada pasien sonor, hepar dan jantung pekak serta suara napas pasien *wheezing*, saat pasien bernapas tidak ada nyeri dan pasien menggunakan alat bantu napas berupa oksigen nasal kanul 3 liter per menit.

g. Sistem kardiovaskular

Sirkulasi nadi perifer pada pasien 49x/menit dengan irama tidak teratur, denyut nadi lemah, tekanan darah pasien 105/49 mmHg, tidak ditemukan distensi vena jugularis pada leher kanan maupun kiri pasien, temperatur kulit pada pasien hangat dan warna kulit pada pasien tampak pucat. Pengisian kapiler 3 detik, tidak ada edema pada tungkai pasien. Sirkulasi jantung pasien bradikardi dengan kecepatan denyut apikal 42 x/menit, irama tidak teratur, terdengar bunyi jantung S3 ketika diauskultasi. Pasien mengalami sakit pada dada, timbul saat tidak beraktivitas, karakteristik seperti tertimpa benda berat dan saat ditanyakan skala nyeri yang dirasakan pasien di skala 7 (*numeric scale 1-10*).

h. Sistem hematologi

Pasien tampak pucat, namun tidak terdapat pendarahan.

i. Sistem saraf pusat

Pasien tidak mengalami keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran pasien compos mentis, *glasgow coma scale* (GCS) pasien 15 (*eye* 4, *motoric* 6, *verbale* 5). Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK pada pasien, pemeriksaan reflek fisiologis dan patologis pada pasien normal.

j. Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien pada gigi terdapat caries, pasien tidak menggunakan gigi palsu, pasien tidak ada stomatitis, lidah pasien tidak kotor, salifa pada pasien normal, pasien tidak ada muntah, pasien mengalami nyeri pada bagian abdomen lebih tepatnya di ulu hati dengan skala nyeri 5 (*numeric scale* 1-10), karakteristiknya setempat. Bising usus pada pasien 18 x/menit, pasien tidak ada diare. Pasien tidak mengalami konstipasi namun pasien mengatakan belum BAB selama di rumah sakit, hepar pasien teraba saat di palpasi, abdomen pasien distensi saat diperkusi.

k. Sistem endokrin

Pasien tidak mengalami pembesaran pada kelenjar tiroid, napas pasien tidak berbau keton, dan tidak ada luka ganggren.

l. Sistem urogenital

Tidak ada perubahan pola berkemih, warna urine kuning jernih, pasien tidak mengalami ketegangan kandung kemih dan pasien tidak ada keluhan sakit pinggang. Pasien terpasang *down catheter* (DC) ukuran 20 cm.

m. Sistem integument

Pada sistem ini turgor kulit pasien baik, temperatur kulit pasien hangat, suhu 37,1 °C, warna kulit pasien terlihat pucat, keadaan kulit baik, tidak terdapat kelainan pada kulit, keadaan pemasangan infus baik, tidak ada tanda- tanda flebitis. Keadaan rambut, tekstur baik dan rambut pasien tampak bersih.

n. Sistem musculoskeletal

Pasien tidak mengalami kesulitan dalam pergerakan, pasien tidak mengalami sakit pada tulang, sendi, ataupun kulit. Pasien tidak mengalami kelainan pada struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik. Keadaan otot tangan kanan 5,5,5,5 dan kiri 5,5,5,5, serta kaki kanan 5,5,5,5, dan kiri 5,5,5,5.

## 5. Data Tambahan

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien mengalami penyakit jantung sejak tahun 2010 dan juga asma, sedangkan kekurangan kalium sejak 1-2 bulan yang lalu saat dirawat inap.

## 6. Data Penunjang

**Pemeriksaan CT-Scan pedis kiri proyeksi AP pada tanggal 5 Januari 2024**

Hasil : Osteoarthritis pedis kiri.

**Pemeriksaan CT-Scan thoraks pada tanggal 15 April 2024**

Hasil : Kardiomegali.

**Pemeriksaan *echocardiography* pada tanggal 22 Mei 2024**

Hasil : LVH konsentris, kontraktilitas LV normal, EF 67%, global

normokinetik, kontraktilitas RV baik, katup-katup dalam batas normal, disfungsi diastolik grade II.

**Pemeriksaan laboratorium darah pada tanggal 26 Mei 2024**

H2TL+5 DIFF : **Hemoglobin 11,2 g/dL (12,5-16,0 g/dL), hematokrit 31,4 % (37,0-47,0 %), eritrosit 3,75.10 juta/ $\mu$ L (4,20-5,40 .10 juta/ $\mu$ L), MCV 84 fL (78-100 fL), MCH 30 pg (27-31 pg), MCHC 36 g/dL (32-36 g/dL), RDW-CV 13,5 % (11,5-14,0 %), trombosit 406.10 ribu/ $\mu$ L (182-369 ribu/ $\mu$ L), leukosit 7,67 ribu/ $\mu$ L (4,00-10,50 ribu/ $\mu$ L).**

Hitung jenis : **Eosinofil 5,9 % (0,7-5,8 %), basofil 1,0 % (0,1-1,2 %), neutrofil 34,7 % (34,0-71,7 %), limfosit 46,5 % (19,3-51,7 %), monosit 11,9 % (4,7-12,5 %).**

Analisa gas darah : **pH 7554 (7350-7450), pCO<sub>2</sub> 21,9 mmHg (32,0-45,0 mmHg), pO<sub>2</sub> 188,0 mmHg (95,0-100,0 mmHg), HCO<sub>3</sub> 19,5 mEq/L (21,0-28,8 mEq/L), base excess 3,0 mmol/L (-2,5-+2,5 mmol/L), SpO<sub>2</sub> 99,9 % (94,00-100,00 %).**

Elektrolit : Natrium 142 mEq/L (135-147 mEq/L), **kalium 2,44 mEq/L (3,5-5,0 mEq/L)**, clorida 103 mEq/L (96-108 mEq/L), troponin I (hs cnI) 6,03 ng/L (< 29), ureum 18,5 mg/dL (16,6-48,5 mg/dL), **kreatinin 1,34 mg/dL (0,51-0,95 mg/dL), e-GFR (CKD-EPI) 44,8 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (dewasa  $\geq$  90: kondisi normal).**

**Glukosa sewaktu : 232 mg/dL (70-200 mg/dL).**

**Pemeriksaan kadar glukosa darah pada tanggal 27 Mei 2024**

Hasil : GDN 130 mg/dL, PP tidak terkaji.

## 7. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan terapi *intravenous fluid drops* (IVFD) berupa assering dengan KCL 25 mEq/L/12 jam kolf pertama pada hari pertama pengkajian. Pasien mendapatkan terapi obat Spironolactone 1x25 mg melalui oral (pukul 20.00 WIB), obat Aspilet 1x80 mg melalui oral (pukul 20.00 WIB), obat Clopidogrel 1x75 mg melalui oral (pukul 20.00 WIB), obat ISDN 3x5 mg melalui oral (pukul 20.00 WIB, pukul 06.00 WIB, pukul 12.00 WIB), obat Ramipril 1x5 mg melalui oral (pukul 20.00 WIB), obat Simvastatin 1x20 mg melalui oral (belum diresepkan oleh dokter), obat Laxadine 2x1 melalui oral (pukul 18.00 WIB dan pukul 06.00 WIB), obat Arixtra 1x2,5 mg melalui *intra muscular* (IM) (pukul 18.00 WIB), obat Omeprazole 1x40 mg melalui *intravenous* (IV) (pukul 12.00 WIB), obat Lasix 2x1 melalui *intravenous* (IV) (pukul 18.00 WIB, pukul 06.00 WIB, dan sudah dihentikan atas intruksi dokter pada tanggal 26 Mei 2024).

## 8. Data Fokus

- a. Data subjektif : Pasien mengeluh mual, sesak napas, nyeri dada sebelah kiri, nyeri ulu hati jika ditekan, kram dan kaku seluruh badan selama kurang lebih sepuluh menit, pasien juga merasa mudah lelah. Pasien mengatakan dirinya sulit tidur, sering berkeringat di malam hari. Pasien mengatakan dirinya enggan untuk makan dibuktikan dengan pasien makan 3 kali dalam sehari habis 3 sendok, pasien mengatakan perutnya terasa begah. Pasien mengatakan dirinya riwayat hipertensi, hiperkolesterolemia, asam urat, dan saraf kejepit.

Pasien mengatakan dirinya sudah menderita penyakit jantung sejak tahun 2010 namun baru ini timbul gejala. Pasien juga mengatakan riwayat asma sejak 14 tahun lalu dan asam lambung sejak umur 20 tahun.

- b. Data objektif : GCS (*glasgow coma scale*) pasien E (*Eyes*) 4, M (*Motoric*) 6, (*Verbale*) 5, kesadaran compos mentis, keadaan umum sedang, P (*Provokes*): UAP, Q (*Quality*): tertekan benda berat, R (*Radiation*): dada kiri, S (*Severity*): 7 (*numeric scale* 1-10), T (*Time*): ketika beristirahat secara terus menerus, tekanan darah 105/49 mmHg frekuensi nadi 49 kali per menit, suhu 36,4° C, frekuensi napas 25 kali per menit, SpO2 99%, CRT 4 detik, bradikardia, takipnea, bunyi napas wheezing, nadi perifer teraba lemah, auskultasi jantung terdengar suara S3, EF (fraksi ejeksi) 67 %, gambaran EKG aritmia dengan hasil ST depresi, sinus ritme, sindrom long QT interval. Pasien tampak pucat, menggunakan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang, pernapasan cuping hidung, abdomen pasien tampak besar, distensi abdomen, thoraks anterior tampak menonjol kedepan, tekanan ekspirasi berkurang berkurang, tekanan inspirasi meningkat, pernapasan dalam, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien tampak protektif, nafsu makan berkurang, makan 3 kali dalam sehari, makan pagi habis 3 sendok, pasien tirah baring, pasien terpasang down catheter, pasien terpasang *intravenous fluid drops* (IVFD) assering+KCL 25 mEq/L/12 jam kolf pertama, pasien terpasang oksigenasi berupa

nasal kanul 3 liter per menit. **Hasil pemeriksaan H2TL+5 DIFF pada tanggal 26 Mei 2024** : Hemoglobin 11,29 g/dL (12,5-16,0), Hematokrit 31,4 % (37,0-47,0), Eritrosit 3,75juta/ $\mu$ L (4,20-5,40), Trombosit 406ribu/ $\mu$ L (182-369), Eosinofil 5,9 % (0,7-5,8). **Hasil Analisa Gas Darah dan Elektrolit (26/5/2024)** : pH 7,554 (7,350-7,450), PCO<sub>2</sub> 21,9 mmHg (32,0-45,0), PO<sub>2</sub> 188,0 mmHg (95,0-100,0), HCO<sub>3</sub> 19,5 mEq/L (21,0-28,8), Base excess -3,0 mmol/L (-2,5-+2,5), Kalium 2,44 mEq/L (3,5-5,0), Kreatinin 1,34 mg/dL (0,51-0,95), e-GFR (CKD-EPI) 44,8 ( $\geq$ 90), glukosa sewaktu 232 mg/dL (70-200).

## 9. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : - Pasien mengeluh sesak napas dan nyeri dada seperti tertekan benda berat dengan skala 7 ( <i>numeric scale</i> 1-10) secara terus menerus, terjadi ketika beristirahat - Pasien merasa mudah lelah - Pasien mengatakan dirinya riwayat hipertensi dan sakit jantung sejak 2010 DO: - Tekanan darah 105/49 mmHg - Nadi 49 kali per menit - CRT 4 detik - RR 25 kali per menit - Pasien tampak pucat - Auskultasi jantung terdengar suara S3 - Bradikardia - Gambaran EKG aritmia (yaitu: ST depresi, Sinus ritme, Sindrom long QT interval) - EF 67% - Hasil Analisa Gas Darah (26/5/2024) Kalium 2,44 mEq/L (3,5-5,0)	Penurunan curah jantung	Perubahan irama jantung
2.	DS: - Pasien mengeluh sesak napas - Pasien mengatakan dirinya riwayat asma sejak 14 tahun lalu - Pasien mengatakan dirinya sering berkeringat di malam	Gangguan pertukaran gas	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

3.	<p>hari</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR 25 kali per menit</li> <li>- Tekanan darah 105/49 mmHg</li> <li>- Bradikardia</li> <li>- Bunyi napas wheezing</li> <li>- Hasil Analisa Gas Darah dan Elektrolit (26/5/2024) pH 7,554 (7,350-7,450) PCO<sub>2</sub> 21,9 mmHg (32,0-45,0) PO<sub>2</sub> 188,0 mmHg (95,0-100,0) HCO<sub>3</sub> 19,5 mEq/L (21,0-28,8) Base excess -3,0 mmol/L (-2,5-+2,5)</li> <li>- Alkalosis metabolik terkompensasi sebagian</li> <li>- Takipnea</li> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pernapasan cuping hidung</li> <li>- Pernapasan dalam</li> <li>- Pasien tampak menggunakan otot bantu napas</li> <li>- Fase ekspirasi memanjang</li> <li>- Tekanan ekspirasi berkurang</li> <li>- Tekanan inspirasi meningkat</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri dada</li> </ul> <p>P: UAP</p> <p>Q: tertekan benda berat</p> <p>R: dada kiri</p> <p>S: 7 (<i>numeric scale 1-</i></p>	Nyeri akut	Agen fisiologis pencedera miokard) (iskemia)
----	--	------------	--

4.	<p>10) T: ketika beristirahat secara terus menerus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh kram dan kaku seluruh badan selama kurang lebih 10 menit</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri ulu hati</li> <li>- Pasien mengatakan mual jika makan nasi</li> <li>- Pasien mengeluh sulit tidur</li> <li>- Pasien mengatakan dirinya sering berkeringat di malam hari</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah 105/49 mmHg</li> <li>- Nadi 49 kali per menit</li> <li>- Bradikardia</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak protektif</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Nafsu makan berkurang</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan dirinya enggan untuk makan</li> <li>- Pasien mengatakan mual jika makan nasi</li> <li>- Pasien mengatakan dirinya sering berkeringat di malam hari</li> <li>- Pasien mengatakan perutnya terasa begah</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi 49 kali per menit</li> <li>- Tekanan darah 105/49 mmHg</li> <li>- Bradikardia</li> <li>- Nafsu makan</li> </ul>	Nausea	Distensi lambung
----	---	--------	------------------

5.	<p>berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Makan 3 kali sehari, makan pagi habis 3 sendok</li> <li>- Abdomen pasien tampak besar</li> <li>- Distensi abdomen</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh mudah lelah</li> <li>- Pasien mengeluh sesak napas</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri dada</li> <li>- Pasien mengatakan dirinya riwayat hipertensi dan sakit jantung sejak 2010</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah 105/49 mmHg</li> <li>- Nadi 49 kali per menit</li> <li>- Bradikardia</li> <li>- RR 25 kali per menit</li> <li>- Gambaran EKG aritmia (yaitu: ST depresi, Sinus ritme, Sindrom long QT interval)</li> <li>- Alkalosis metabolik</li> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tirah baring</li> <li>- Pasien terpasang down catheter</li> </ul>	Intoleransi aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
----	---	-----------------------	---

Tabel 3. 1 Analisa Data

## B. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia miokard).
4. Nausea berhubungan dengan distensi lambung.
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

## C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung

### Data Subjektif :

Pasien mengatakan sesak napas dan nyeri dada sebelah kiri seperti tertekan benda berat ketika beristirahat secara terus menerus, pasien mengeluh mudah lelah, pasien mengatakan dirinya riwayat hipertensi dan sakit jantung sejak tahun 2010.

### Data Objektif :

Pasien tampak gelisah dan pucat, hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 105/49 mmHg, frekuensi nadi 49 kali per menit, frekuensi napas 25 kali per menit, CRT 4 detik, pasien mengalami bradikardia, nadi pasien teraba lemah, terdengar suara S3 saat dilakukan auskultasi dengan stetoskop, **hasil pemeriksaan elektrokardiogram pada tanggal 27 Mei 2024 : ST Depresi, sinus ritme, sindrom long QT interval, hasil pemeriksaan echocardiograph pada tanggal 22 Mei 2024, kesan :**

LVH konsentris, kontraktilitas LV normal, EF 67%, global normokinetik, kontraktilitas RV baik, katup-katup dalam batas normal, disfungsi diastolik grade II, **hasil pemeriksaan CT-Scan thoraks pada tanggal 15 April 2024, kesan : Kardiomegali.**

**Tujuan :** Curah jantung meningkat setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil :** Kekuatan nadi perifer meningkat yaitu 60 sampai 100 kali per menit, bradikardia menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, dispnea menurun, pucat menurun, suara jantung S3 menurun, tekanan darah membaik yaitu 120/70, CRT membaik yaitu dibawah 3 detik.

**Perencanaan Tindakan :** Perawatan jantung.

**Observasi :**

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP)
- b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- c. Monitor tanda-tanda vital
- d. Monitor saturasi oksigen
- e. Monitor keluhan nyeri dada (misal: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)
- f. Monitor EKG 12 sadapan
- g. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)

- h. Monitor nilai laboratorium jantung (misal: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)

**Terapeutik :**

- a. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler
- b. Berikan diet jantung berupa makanan rendah lemak dan rendah natrium
- c. Berikan terapi relaksasi mendengarkan musik untuk mengurangi stress
- d. Berikan dukungan emosional dan spiritual

**Kolaborasi :**

- a. Pemberian obat Spironolactone 1x25 mg (pukul 20.00 WIB), Aspilet 1x80 mg (pukul 20.00 WIB), Clopidogrel 1x75 mg (pukul 20.00 WIB), ISDN 3x5 (pukul 20.00 WIB, pukul 06.00 WIB dan pukul 12.00 WIB), Ramipril 1x5 (pukul 20.00 WIB), Simvastatin 1x20 (belum diresepkan oleh dokter), dan Arixtra 1x2,5 (pukul 18.00 WIB)

**Pelaksanaan :**

**Tanggal 27 Mei 2024**

Pukul 08.35 WIB mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). Rasional: Pasien mengeluh sesak napas dan nyeri dada di sebelah kiri yang seperti tertekan benda berat dan ketika beristirahat secara terus menerus, skala 7 (*numeric scale* 1-10), pasien merasa mudah lelah, pasien mengatakan sering berkeringat dingin di

malam hari; Pukul 08.40 WIB mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat). Rasional: Pasien tampak pucat, CRT 4 detik; Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital. Rasional: tekanan darah 105/49 mmHg, frekuensi nadi 49 kali per menit, RR 25 kali per menit, suhu 36,4 °C; Pukul 09.05 WIB memonitor saturasi oksigen. Rasional: SpO<sub>2</sub> 99 %; Pukul 09.20 WIB memonitor EKG 12 sadapan. Rasional: Pasien tampak gelisah, pasien mengeluh kram sebadan selama dilakukan EKG, **hasil pemeriksaan elektrokardiogram pada tanggal 27 Mei 2024** : ST Depresi, sinus ritme, *sindrom long QT interval*, nadi apikal 42 kali per menit; Pukul 09.30 WIB memonitor nilai laboratorium jantung (misal: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP). Rasional: **Hasil pemeriksaan laboratorium darah pada tanggal 26 Mei 2024** pada elektrolit yaitu, Natrium 142 mEq/L (135-147 mEq/L), **kalium 2,44 mEq/L (3,5-5,0 mEq/L)**, clorida 103 mEq/L (96-108 mEq/L), troponin I (hs cnI) 6,03 ng/L (< 29), ureum 18,5 mg/dL (16,6-48,5 mg/dL), **kreatinin 1,34 mg/dL (0,51-0,95 mg/dL)**, **e-GFR (CKD-EPI) 44,8 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (dewasa ≥ 90: kondisi normal)**. Pukul 10.55 WIB memposisikan semi-fowler. Rasional: Pasien diberikan posisi semi-fowler; Pukul 10.57 WIB memberikan dukungan spiritual dan emosional. Rasional: Pasien mengatakan akan selalu berdoa, semangat dan selalu memperhatikan kesehatannya; Pukul 11.15 WIB memberikan diet jantung berupa makanan rendah lemak dan rendah natrium. Rasional: Pasien makan

siang berupa bubur yang rendah lemak dan rendah natrium dengan buah papaya, habis 3 sendok; Pukul 12.00 WIB memberikan obat ISDN 3x5 mg melalui oral. Rasional: Pasien sudah diberikan obat ISDN 3x5 mg melalui oral (pukul 20.00 WIB, pukul 06.00 WIB dan pukul 12.00 WIB) sehabis makan siang.

### **Tanggal 28 Mei 2024**

Pukul 08.15 WIB mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung. Rasional: Pasien masih mengeluh sesak napas dan nyeri dada di sebelah kiri seperti tertekan benda berat dan hilang timbul, skala 6 (*numeric scale* 1-10), pasien masih tampak pucat, CRT 4 detik; Pukul 08.20 WIB memposisikan semi-fowler. Rasional: Pasien diberikan posisi semi-fowler, pasien meminta untuk tidak terlalu tinggi karena merasa sakit saat perutnya tertekuk; Pukul 09.40 WIB memonitor tanda-tanda vital. Rasional: tekanan darah 110/52 mmHg, nadi 47 kali per menit, RR 26 kali per menit, suhu 36,7 °C; Pukul 09.05 WIB memonitor saturasi oksigen. Rasional: SpO2 100 %; Pukul 09.10 WIB memberikan diet jantung berupa makanan rendah lemak dan rendah natrium. Rasional: Pasien makan siang berupa bubur yang rendah lemak dan rendah natrium dengan buah pisang, makan habis 4 sendok dan 2 buah pisang; Pukul 09.50 WIB memberikan obat ISDN 3x5 mg sublingual. Rasional: Pasien sudah diberikan obat oral ISDN 3x5 mg sublingual karena pasien mengeluh nyeri di dada kiri dan sesak napas disertai kram seluruh badan.

**Tanggal 29 Mei 2024**

Pukul 09.37 WIB mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung. Rasional: Pasien masih mengeluh nyeri dada namun berkurang di sebelah kiri seperti tertekan benda berat dan hilang timbul, skala 4 (*numeric scale* 1-10), pasien masih tampak pucat, CRT 3 detik; Pukul 09.45 WIB memonitor tanda-tanda vital. Rasional: tekanan darah 137/76 mmHg, nadi 68 kali per menit, RR 24 kali per menit, suhu 36,6 °C; Pukul 09.05 WIB memonitor saturasi oksigen. Rasional: SpO<sub>2</sub> 99 %; Pukul 10.25 WIB memberikan dukungan emosional dan spiritual. Rasional: Pasien mengatakan akan makan dengan semangat supaya bisa segera sehat, pasien mengatakan akan sebisa mungkin menjaga kesehatannya jika sudah kembali sehat; Pukul 11.15 WIB memberikan diet jantung berupa makanan rendah lemak dan rendah natrium. Rasional: Pasien makan siang berupa bubur yang rendah lemak dan rendah natrium dengan buah pisang, habis setengah porsi dan 3 buah pisang; Pukul 11.35 WIB memberikan obat ISDN 1x5 mg melalui oral. Rasional: Pasien diberikan obat ISDN 1x5 mg melalui oral.

**Evaluasi :****Tanggal 27 Mei 2024**

**Subjektif :** Pasien masih mengeluh sesak napas, nyeri dada dengan P (*Provokes*): UAP, Q (*Quality*): tertekan benda berat, R (*Radiation*): dada kiri, S (*Severity*): 7 (*numeric scale* 1-10), T (*Time*): ketika beristirahat secara terus menerus dan pasien masih merasa mudah lelah.

**Objektif:** Tekanan darah 105/49 mmHg, frekuensi nadi 49 kali per

menit, frekuensi napas 25 kali per menit, suhu 36,4 °C, *capillary reffl time* (CRT) 4 detik, bradikardia, pasien masih tampak meringis, gelisah dan pucat, nadi masih teraba lemah dan ketika diauskultasi jantung pasien masih terdengar bunyi jantung S3.

**Analisis:** Penurunan curah jantung belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, monitor tanda-tanda vital, posisikan semi-fowler/fowler).

**Tanggal 28 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih mengeluh sesak napas dan nyeri dada dengan P (*Provokes*): UAP, Q (*Quality*): tertekan benda berat, R (*Radiation*): dada kiri, S (*Severity*): 6 (*numeric scale* 1-10), T (*Time*): ketika beristirahat secara hilang timbul, pasien masih mengeluh kram dan kaku sebadan selama lebih dari 10 menit dan pasien masih mengeluh mudah lelah.

**Objektif:** Pasien masih tampak pucat, *capillary refill time* (CRT) 3 detik, tekanan darah 119/64 mmHg, frekuensi nadi 66 kali per menit, frekuensi napas 22 kali per menit, suhu 36,5 °C, nadi masih teraba lemah.

**Analisis:** Penurunan curah jantung teratasi sebagian

**Perencanaan:** Intervensi dipertahankan (identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, monitor tanda-tanda vital, posisikan semi-fowler/fowler).

**Tanggal 29 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih mengeluh nyeri dada namun berkurang dengan P (*Provokes*): UAP, Q (*Quality*): tertekan benda berat, R (*Radiation*):

dada kiri, S (*Severity*): 4 (*numeric scale* 1-10), T (*Time*): ketika beristirahat secara hilang timbul.

**Objektif:** Pasien masih tampak pucat, *capillary refill time* (CRT) 3 detik, nadi teraba kuat, tekanan darah 137/76 mmHg, frekuensi nadi 68 kali per menit, frekuensi napas 24 kali per menit, suhu 36,6 °C.

**Analisis:** Penurunan curah jantung teratasi sebagian

**Perencanaan:** Intervensi dipertahankan (identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, monitor tanda-tanda vital, posisikan semi-fowler/fowler).

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

**Data Subektif :**

Pasien mengeluh sesak napas, pasien mengatakan dirinya riwayat asma sejak 14 tahun lalu dan pasien mengatakan dirinya sering berkeringat di malam hari.

**Data Objektif :**

Frekuensi napas 25 kali per menit, SpO<sub>2</sub> 99%, tekanan darah 105/49 mmHg, bradikardia, bunyi napas wheezing. **Hasil analisa gas darah dan elektrolit pada tanggal 26 Mei 2024 :** pH 7,54 (7,35-7,45), PCO<sub>2</sub> 21,9 mmHg (32,0-45,0), PO<sub>2</sub> 188,0 mmHg (95,0-100,0), HCO<sub>3</sub> 19,5 mEq/L (21,0-28,8), Base excess -3,0 mmol/L (-2,5-+2,5). Alkalosis metabolik, takipnea, pasien tampak pucat, pasien tampak gelisah, pernapasan dengan cuping hidung, pernapasan tampak dalam, pasien tampak menggunakan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang,

tekanan ekspirasi berkurang dan tekanan inspirasi meningkat.

**Tujuan :** Pola napas membaik setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil :** Tekanan ekspirasi membaik, tekanan inspirasi membaik, dispnea menurun, penggunaan otot bantu menurun, pemanjangan ekspirasi menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik yaitu 16 sampai 20 kali per menit dan kedalaman napas membaik.

**Perencanaan Tindakan :** Manajemen jalan napas.

**Observasi :**

- a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- b. Monitor bunyi napas tambahan (misal: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)

**Terapeutik :**

- a. Posisikan semi-fowler atau fowler
- b. Berikan minum hangat
- c. Berikan oksigenasi berupa nasal kanul 1-5 liter per menit

**Pelaksanaan :**

**Tanggal 27 Mei 2024**

Pukul 09.30 WIB memonitor pola napas. Rasional: Pernapasan pasien dalam, fase ekspirasi memanjang, tekanan ekspirasi berkurang pernapasan cuping hidung, pasien tampak menggunakan otot bantu napas; Pukul 09.35 WIB memonitor bunyi napas tambahan (misal: *gurgling*, mengi, *wheezing*, ronkhi kering). Rasional: Bunyi napas pasien

ketika diauskultasi terdengar *wheezing*; Pukul 11.05 WIB memberikan oksigenasi berupa nasal kanul 4 liter per menit. Rasional: Pasien terpasang nasal kanul 4 liter per menit; Pukul 11.10 WIB memposisikan semi-fowler atau fowler. Rasional: pasien diposisikan semi fowler.

#### **Tanggal 28 Mei 2024**

Pukul 08.25 WIB memberikan oksigenasi berupa nasal kanul 3 liter per menit. Rasional: Pasien diberikan oksigenasi berupa nasal kanul 3 liter per menit; Pukul 18.30 WIB memposisikan semi-fowler atau fowler. Rasional: pasien diposisikan semi fowler Pukul 08.55 WIB memonitor pola napas. Rasional: Pernapasan pasien dalam, pernapasan cuping hidung, pasien tampak menggunakan otot bantu napas, frekuensi napas 26 kali per menit; Pukul 09.00 WIB memonitor bunyi napas tambahan (misal: *gurgling*, mengi, *wheezing*, ronkhi kering). Rasional: Bunyi napas pasien ketika diauskultasi masih terdengar *wheezing*.

#### **Tanggal 29 Mei 2024**

Pukul 09.50 WIB memonitor pola napas dan bunyi napas. Rasional: Pasien masih mengeluh sesak napas namun berkurang, pernapasan masih dalam, penggunaan otot bantu napas, RR 24 kali per menit, pasien tampak bisa duduk ditemani anaknya; Pukul 09.00 WIB memonitor bunyi napas tambahan (misal: *gurgling*, mengi, *wheezing*, ronkhi kering). Rasional: Bunyi napas pasien ketika diauskultasi masih terdengar *wheezing*; Pukul 10.15 WIB memberikan oksigenasi berupa nasal kanul 3 liter per menit. Rasional: Pasien diberikan oksigenasi berupa nasal kanul 3 liter per menit; Pukul 11.10 WIB memposisikan

semi-fowler atau fowler. Rasional: pasien diposisikan semi fowler.

**Evaluasi :**

**Tanggal 27 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih mengeluh sesak napas disertai nyeri dada kiri, dan masih berkeringat di malam hari.

**Objektif:** Frekuensi napas 25 kali per menit, SpO<sub>2</sub> 99 %, tekanan darah 105/49 mmHg, bradikardia, bunyi napas masih terdengar *wheezing*, takipnea, pasien masih tampak pucat, gelisah, menggunakan otot bantu napas, bernapas dalam, fase ekspirasi masih memanjang, tekanan ekspirasi masih berkurang, tekanan inspirasi masih meningkat, pasien masih menggunakan pernapasan cuping hidung, terpasang oksigenasi berupa nasal kanul sebanyak 4 liter per menit.

**Analisis:** Gangguan pertukaran gas belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (monitor pola napas dan bunyi napas dan berikan oksigen).

**Tanggal 28 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih mengeluh sesak napas disertai nyeri dada kiri dan masih merasa lelah.

**Objektif:** Frekuensi napas 22 kali per menit, SpO<sub>2</sub> 100 %, pasien masih menggunakan otot bantu napas, pernapasan dalam, pernapasan cuping hidung, pasien masih terpasang oksigenasi berupa nasal kanul sebanyak 3 liter per menit dan suara napas pasien masih *wheezing*.

**Analisis:** Gangguan pertukaran gas belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (monitor pola napas dan bunyi

napas dan berikan oksigen).

**Tanggal 29 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih mengeluh sesak napas namun berkurang.

**Objektif:** Suara napas pasien masih terdengar wheezing, pernapasan masih dalam, masih menggunakan otot bantu napas, frekuensi napas 24 kali per menit.

**Analisis:** Gangguan pertukaran gas belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (monitor pola napas dan bunyi napas, dan berikan oksigen).

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia miokard)

**Data Subjektif :**

Pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri seperti tertekan benda berat dengan skala 7 (*numeric scale* 1-10), pasien mengeluh kram dan kaku seluruh badan selama kurang lebih sepuluh menit, pasien mengeluh nyeri ulu hati jika ditekan, pasien mengatakan mual jika makan nasi, pasien mengeluh sulit tidur, pasien mengatakan dirinya sering berkeringat di malam hari.

**Data Objektif :**

Tekanan darah 105/49 mmHg, frekuensi nadi 49 kali per menit, bradikardia, pasien tampak meringis, pasien tampak protektif, pasien tampak gelisah, nafsu makan berkurang, makan 3 kali sehari, makan pagi habis 3 sendok. **Hasil analisa gas darah pada tanggal 26 Mei 2024 :** Kalium 2,44 mEq/L (3,5-5,0).

**Tujuan :** Tingkat nyeri menurun setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil :** Keluhan nyeri menurun, skala nyeri menurun yaitu 1 sampai 4, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik dan nafsu makan membaik.

**Perencanaan Tindakan :** Manajemen nyeri

**Observasi :**

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
- f. Monitor efek samping penggunaan analgetik

**Terapeutik :**

- a. Berikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
- b. Fasilitasi istirahat dan tidur
- c. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

**Edukasi**

- a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Anjurkan menggunakan obat aspilet 1x80 mg melalui oral secara

tepat

- d. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri

### **Kolaborasi**

- a. Berikan obat Aspilet 1x80 mg melalui oral (pukul 20.00 WIB)

### **Pelaksanaan :**

#### **Tanggal 27 Mei 2024**

Pukul 09.51 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Rasional: Pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri karena *unstable angina pectoris* UAP seperti tertekan benda berat, skala 7 (*numeric scale* 1-10) dan terjadi ketika beristirahat secara terus menerus; Pukul 09.55 WIB mengidentifikasi respons nyeri non verbal. Rasional: Pasien tampak meringis dan gelisah; Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Rasional: Pasien mengatakan ketika merasa kram seluruh badan disertai nyeri akan terasa lebih nyeri apabila dipaksa bergerak meskipun ketika ditenangkan juga tidak hilang nyeri nya, pasien masih merasa nyeri setelah meminum obat ISDN melalui sublingual namun berkurang menjadi skala 5 (*numeric scale* 1-10); Pukul 11.10 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur. Rasional : Pasien tertidur pulas, dan pagar tempat tidur pasien terpasang; Pukul 11.30 WIB mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Rasional: Pasien akan diajarkan teknik relaksasi napas dalam ketika kondisi pasien mampu untuk diberikan edukasi; Pukul 11.35 WIB menganjurkan menggunakan obat aspilet 1x80 mg melalui oral secara tepat. Rasional:

Pasien mengatakan akan meminum obat aspilet 1x80 mg melalui oral secara tepat.

### **Tanggal 28 Mei 2024**

Pukul 08.27 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Rasional : Pasien mengeluh nyeri dada disebelah kiri yang didasari oleh *unstable angina pectoris* (UAP) seperti tertekan benda berat, skala nyeri 6 (*numeric scale* 1-10), nyeri terjadinya hilang timbul; Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi respons nyeri non verbal. Rasional : Pasien tampak meringis, gelisah dan protektif; Pukul 08.40 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Rasional: Pasien tiba-tiba mengatakan kram seluruh badan yang disertai nyeri dan terasa lebih nyeri apabila dipaksa bergerak meskipun ketika ditenangkan juga tidak hilang nyeri nya, nyeri dada disebelah kiri yang didasari oleh *unstable angina pectoris* (UAP) seperti tertekan benda berat, skala nyeri 7 (*numeric scale* 1-10), nyeri terjadinya hilang timbul, namun setelah pasien meminum obat (ISDN) nyeri berkurang menjadi skala 5 (*numeric scale* 1-10); Pukul 08.45 WIB memberikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Rasional : Pasien dibantu melakukan teknik relaksasi napas dalam karena merasa nyeri dada, sesak napas dan kram seluruh badan selama kurang lebih 10 menit, pasien tampak mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri dan pasien mengatakan akan melakukannya selama muncul nyeri, mual dan gelisah; Pukul 08.50 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur. Rasional: Pasien mengatakan tidak dapat tertidur dan kedua

pagar tempat tidur pasien sudah terpasang; Pukul 09.53 WIB menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. Rasional: Pasien dan keluarga mengatakan bahwa penyebab nyeri dada yang dialaminya karena gejala dari penyakit jantung, nyeri berlangsung selama kurang lebih 10 menit dan pemicunya tidak diketahui karena bisa terjadi selama istirahat secara tiba-tiba, pasien tampak paham dengan edukasi yang diberikan dan memberikan perhatian lebih terhadap edukasi.

#### **Tanggal 29 Mei 2024**

Pukul 09.52 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Rasional : Pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri didasari oleh *unstable angina pectoris* (UAP) seperti tertekan benda berat, skala nyeri 4 (*numeric scale* 1-10), nyeri terjadinya hilang timbul; Pukul 09.55 WIB mengidentifikasi respons nyeri non verbal. Rasional : Pasien masih tampak meringis namun berkurang.

#### **Evaluasi :**

#### **Tanggal 27 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih mengeluh sesak napas dan nyeri dada dengan P (*Provokes*): UAP, Q (*Quality*): tertekan benda berat, R (*Radiation*): dada kiri, S (*Severity*): 7 (*numeric scale* 1-10), T (*Time*): ketika beristirahat secara terus menerus.

**Objektif:** Pasien masih tampak meringis dan gelisah saat nyeri, pasien masih tampak protektif dan sulit tidur siang karena nyeri dada.

**Analisis:** Nyeri akut belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (identifikasi lokasi, karakteristik

dan durasi nyeri, dan berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri)

**Tanggal 28 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih mengeluh sesak napas dan nyeri dada dengan P (*Provokes*): UAP, Q (*Quality*): tertekan benda berat, R (*Radiation*): dada kiri, S (*Severity*): 6 (*numeric scale* 1-10), T (*Time*): ketika beristirahat secara hilang timbul.

**Objektif:** Pasien masih tampak meringis dan gelisah saat nyeri, pasien masih tampak protektif dan sulit tidur siang karena nyeri dada.

**Analisis:** Nyeri akut belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (identifikasi lokasi, karakteristik dan durasi nyeri, dan berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri).

**Tanggal 29 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih mengeluh nyeri dada namun berkurang dengan P (*Provokes*): UAP, Q (*Quality*): tertekan benda berat, R (*Radiation*): dada kiri, S (*Severity*): 4 (*numeric scale* 1-10), T (*Time*): ketika beristirahat secara hilang timbul.

**Objektif:** Pasien masih tampak pucat, *capillary refill time* (CRT) 3 detik, pasien masih tampak meringis namun berkurang dan pasien tampak sesekali duduk dan mengobrol dengan tenang.

**Analisis:** Nyeri akut teratasi sebagian

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (identifikasi lokasi, karakteristik dan durasi nyeri, dan berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi

rasa nyeri).

4. Nausea berhubungan dengan distensi lambung

**Data Subjektif :**

Pasien mengatakan dirinya enggan untuk makan, pasien mengatakan mual jika makan nasi, pasien mengatakan dirinya sering berkeringat di malam hari dan perutnya terasa begah.

**Data Objektif :**

Frekuensi nadi pasien 49 kali per menit, tekanan darah pasien 105/49 mmHg, bradikardia, nafsu makan berkurang yang dibuktikan dengan makan pagi habis 3 sendok dengan jadwal makan 3 kali sehari, abdomen pasien tampak besar dan terdapat distensi abdomen. **Hasil H2TL+5 DIFF pada tanggal 26 Mei 2024** : Hemoglobin 11,29 g/dL (12,5-16,0), Hematokrit 31,4 % (37,0-47,0), Eritrosit 3,75juta/ $\mu$ L (4,20-5,40), trombosit 406ribu/ $\mu$ L (182-369), eosinofil 5,9 % (0,7-5,8).

**Tujuan** : Tingkat nausea menurun setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil** : Nafsu makan meningkat, keluhan mual menurun, berkeringat di malam hari menurun dan warna kulit pucat membaik.

**Perencanaan Tindakan** : Manajemen mual.

**Observasi :**

- a. Identifikasi pengalaman mual
- b. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misal: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran dan tidur)
- c. Identifikasi faktor penyebab mual (misal: pengobatan dan prosedur)

- d. identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan)
- e. Monitor mual (misal: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)
- f. Monitor asupan nutrisi dan kalori

### **Terapeutik**

- a. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (misal: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)
- b. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik

### **Edukasi**

- a. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- b. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual
- c. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak
- d. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (misal: *biofeedback*, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)

### **Kolaborasi**

- a. Pemberian obat Omeprazole 1x40 mg melalui *intravenous* (IV)

### **Pelaksanaan :**

#### **Tanggal 27 Mei 2024**

Pukul 10.10 WIB mengidentifikasi pengalaman mual. Rasional: Pasien mengatakan mual jika makan nasi; Pukul 10.20 WIB mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup. Rasional: Berat badan turun 4 kg, pasien merasa mudah lelah, pasien tampak pucat dan *activity of daily living* (ADL) dibantu; Pukul 10.23 WIB mengidentifikasi

faktor penyebab mual (misal: pengobatan dan prosedur). Rasional: pasien merasa mual dikarenakan gejala dari penyakit *unstable angina pectoris* (UAP) yang dialaminya; Pukul 10.27 WIB mengidentifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan). Rasional: Pasien dikolaborasikan oleh perawat dan dokter untuk diberikan obat omeprazole 1x40 mg melalui *intravenous* (IV) untuk mengatasi mual; Pukul 10.30 WIB memonitor mual (misal: frekuensi, durasi dan tingkat keparahan). Rasional: Pasien merasa mual ketika makan nasi, hilang timbul, makan bubur hanya dapat habis 3 sendok; Pukul 11.25 WIB memonitor asupan nutrisi dan kalori. Rasional: Nafsu makan berkurang yang dibuktikan dengan makan pagi ini habis 3 sendok dengan jadwal makan 3 kali sehari; Pukul 12.10 WIB memberikan obat Omeprazole 1x40 mg (pukul 12.00 WIB). Rasional: Pasien sudah diberikan obat injeksi Omeprazole 1x40 mg, injeksi *intravenous* (IV) lancar, respirasi keluar darah, tidak ada udara; Pukul 12.15 WIB menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup. Rasional: Pasien mengatakan tidak bisa tidur siang, pasien mengatakan akan lebih sering tidur siang.

#### **Tanggal 28 Mei 2024**

Pukul 08.25 WIB memonitor mual (misal: frekuensi, durasi dan tingkat keparahan). Rasional: Pasien masih merasa mual ketika makan nasi, hilang timbul, makan bubur hanya dapat habis 4 sendok; Pukul 08.32 WIB memonitor asupan nutrisi dan kalori. Rasional: Pasien mengatakan pagi ini makan bubur habis 4 sendok dan pisang habis 2 buah; Pukul 11.30 WIB memberikan obat Omeprazole 1x40 mg melalui *intravenous*

(IV). Rasional: Pasien sudah diberikan obat Omeprazole 1x40 mg melalui *intravenous* (IV), cairan pada *intravenous* (IV) terhambat dan terasa keras saat di injeksikan namun obat akhirnya bisa masuk setelah di pijat perlahan dan diatur posisi tangan daerah penyuntikan infus karena lokasi penyuntikan infus berada di daerah pergelangan tangan.

#### **Tanggal 29 Mei 2024**

Pukul 09.40 WIB memonitor mual (misal: frekuensi, durasi dan tingkat keparahan). Rasional: Pasien masih merasa mual ketika makan nasi namun berkurang, hilang timbul, makan habis setengah porsi; Pukul 10.00 WIB memonitor asupan nutrisi dan kalori. Rasional: Pasien mengatakan pagi ini makan nasi tim habis ½ porsi dan pisang habis 3 buah; Pukul 10.15 WIB menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak. Rasional: pasien makan bubur yang mengandung rendah natrium, rendah lemak dan tinggi karbohidrat; Pukul 11.40 WIB memberikan obat Omeprazole 1x40 mg melalui *intravenous* (IV). Rasional: Pasien diberikan obat Omeprazole 1x40 mg melalui *intravenous* (IV).

#### **Evaluasi :**

#### **Tanggal 27 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih kurang nafsu makan, pasien mengatakan makan bubur habis 3 sendok dan masih merasa mual jika makan.

**Objektif:** Frekuensi nadi 49 xkali per menit, makan 3x sehari habis 3 sendok, kadar nilai kalium pasien yaitu 2,44 g/dL, pasien masih tampak pucat dan bradikardia.

**Analisis:** Nausea belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (monitor asupan nutrisi dan kalori, berikan makan dalam jumlah kecil dan menarik, dan kolaborasi pemberian antiemetik).

**Tanggal 28 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih kurang nafsu makan dengan mengatakan dirinya makan bubur habis 4 sendok dan pisang 2 buah, pasien mengatakan masih merasa mual jika makan.

**Objektif:** Frekuensi nadi 47 kali per menit, makan 3x sehari habis 3 sendok dan 2 buah pisang, kadar nilai kalium pasien yaitu 2,44 g/dL, pasien masih tampak pucat, dan bradikardia.

**Analisis:** Nausea belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (monitor asupan nutrisi dan kalori, berikan makan dalam jumlah kecil dan menarik, dan kolaborasi pemberian antiemetik).

**Tanggal 29 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien mengatakan pagi ini makan nasi tim habis ½ porsi dan pisang habis 3 buah, pasien masih merasa mual saat makan, dan pasien mengatakan akan berusaha untuk makan sedikit tapi sering.

**Objektif:** Frekuensi nadi 68 kali per menit, makan 3x sehari habis ½ porsi dan pisang habis 3 buah, pasien masih tampak pucat.

**Analisis:** Nausea belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (monitor asupan nutrisi dan kalori, berikan makan dalam jumlah kecil dan menarik, dan kolaborasi pemberian antiemetik).

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

**Data Subjektif :**

Pasien mengeluh mudah lelah, sesak napas dan nyeri dada sebelah kiri seperti tertekan benda berat dengan skala 7 (*numeric scale* 1-10) ketika beristirahat secara terus menerus. Pasien juga mengatakan bahwa dirinya riwayat hipertensi dan sakit jantung yang dibuktikan dengan pasien telah dinyatakan dokter dengan diagnosa medis *Unstable Angina Pectoris* (UAP) sejak tahun 2010.

**Data Objektif :**

Tekanan darah pasien 105/49 mmHg, frekuensi nadi 49 kali per menit, bradikardia, frekuensi napas 25 kali per menit. **Hasil pemeriksaan elektrokardiogram pada tanggal 27 Mei 2024 :** Gambaran EKG aritmia, ST depresi, sinus ritme, sindrom long QT interval, alkalosis metabolik. Pasien tampak pucat dan dianjurkan tirah baring, pasien juga terpasang *down catheter* (DC) ukuran 20 cm.

**Tujuan :** Toleransi aktivitas meningkat setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam yang diharapkan dapat teratasi.

**Kriteria Hasil :** Frekuensi nadi meningkat yaitu 60 sampai 100 kali per menit, keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun, perasaan lelah menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik yaitu 120/70 mmHg, frekuensi napas membaik yaitu 16 sampai 20 kali per menit, EKG iskemia membaik.

**Perencanaan Tindakan :** Manajemen Energi.

**Observasi :**

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b. Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c. Monitor pola dan jam tidur

**Terapeutik :**

- a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misal: cahaya, suara, kunjungan)
- b. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- c. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

**Edukasi**

- a. Anjurkan tirah baring
- b. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

**Pelaksanaan :****Tanggal 27 Mei 2024**

Pukul 10.40 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Rasional: Pasien riwayat asma, diagnosa medis pasien adalah UAP, hipokalemia, gambaran EKG aritmia, **hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 26 Mei 2024** : kalium 2,44 g/dL, Hb 11,2 g/dL, Ht 31,4%, Eritrosit 3,75, Trombosit 406 ribu/ $\mu$ L, Eosinofil 5,9%, pasien mengeluh kram seluruh badan selama 10 menit, pasien mengeluh nyeri dada; Pukul 10.50 WIB memonitor pola dan jam tidur. Rasional: Pasien mengeluh sulit tidur, tidur siang 1 jam/hari, tidur

malam 6 jam/hari, sering terbangun karena kram seluruh badan, sesak dan nyeri dada; Pukul 10.55 WIB menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misal: cahaya, suara, kunjungan). Rasional: Lingkungan pasien tampak cahaya cukup, suara tidak bising dan kunjungan terbatas; Pukul 11.00 WIB menganjurkan tirah baring. Rasional: pasien tampak tirah baring.

#### **Tanggal 28 Mei 2024**

Pukul 09.35 WIB memonitor pola dan jam tidur. Rasional: Pasien tampak sulit tidur siang karena sedang mengeluh kram dan kaku seluruh badan bersamaan dengan sesak napas dan nyeri dada kiri selama lebih dari 10 menit, pasien mengatakan semalam bisa tertidur selama 8 jam; Pukul 09.45 WIB menganjurkan tirah baring. Rasional: pasien tampak tirah baring.

#### **Tanggal 29 Mei 2024**

Pukul 10.10 WIB memonitor pola dan jam tidur. Rasional: Pasien mengatakan semalam tertidur lelap selama 7 jam, pasien mengatakan tidak bisa tidur siang dan pasien mengatakan akan tidur siang sebisa mungkin; Pukul 10.20 WIB menganjurkan tirah baring. Rasional: pasien tampak tirah baring; Pukul 11.55 WIB memberikan aktifitas distraksi yang menyenangkan. Rasional: Pasien bermain ponsel sambil mendengarkan musik dengan suara pelan karena tidak bisa tidur siang.

#### **Evaluasi :**

#### **Tanggal 27 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih merasa mudah lelah dan masih mengeluh kram

serta kaku sebadan bersamaan dengan sesak napas dan nyeri dada kiri seperti tertekan benda berat, skala 7 dari 1-10, terjadi secara terus menerus.

**Objektif:** Pasien masih terpasang *down catheter* (DC), pasien *bedrest* total dan gambaran EKG aritmia.

**Analisis:** Intoleransi aktivitas belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (lakukan *range of motion* (ROM) aktif dan/atau pasif, monitor pola dan jam tidur).

#### **Tanggal 28 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien masih merasa lelah dan mengeluh kram serta kaku sebadan bersamaan dengan sesak napas dan nyeri dada kiri, skala 6 dari 1-10, terjadi secara hilang timbul.

**Objektif:** Pasien masih terpasang *down catheter* (DC), pasien *bedrest* total, dan gambaran EKG aritmia.

**Analisis:** Intoleransi aktivitas belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan (lakukan *range of motion* (ROM) aktif dan/atau pasif, dan monitor pola dan jam tidur).

#### **Tanggal 29 Mei 2024**

**Subjektif:** Pasien mengatakan semalam tertidur lelap selama 7 jam, pasien mengatakan tidak dapat tidur pada siang hari, pasien juga mengatakan akan tidur pada siang hari sebisa mungkin.

**Objektif:** Pasien bermain handphone sambil mendengarkan musik dengan suara pelan karena tidak bisa tidur siang, pasien diberikan bladder training, dan pasien tampak tirah baring.

**Analisis:** Intoleransi aktivitas belum teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dipertahankan (lakukan *range of motion* (ROM) aktif dan/atau pasif, dan monitor pola dan jam tidur).

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yang ada diantara teori dengan kasus yang ditemui oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan pada Ny. N dengan *unstable angina pectoris* (UAP) di ruang 611 Kardiologi lantai 6 RSUD Koja Jakarta Utara pada tanggal 27 Mei – 29 Mei 2024. Pembahasan yang ada pada bab ini akan disesuaikan dengan proses asuhan keperawatan yang diawali dengan pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Pada proses pengkajian keperawatan, data yang didapat diperoleh dari data primer dan sekunder. Pengkajian pada data primer meliputi observasi, pemeriksaan fisik, dan tanya jawab pada pasien dan keluarga pasien. Sedangkan data sekunder diperoleh dari *medical record* dan pihak tenaga kesehatan.

Salah satu penyebab terjadinya *unstable angina pectoris* (UAP) menurut Setiadi & Halim (2018) yaitu plak aterosklerotik yang dimana proses pembentukan plak aterosklerotik ini dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko koroner yang meliputi hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes dan

merokok. Hal tersebut berkaitan dengan kasus yang menyatakan bahwa pasien memiliki riwayat hipertensi dan hiperkolesterolemia sejak tahun 2010 yang dapat menimbulkan plak aterosklerotik pada pembuluh darah, namun pasien tidak terdapat riwayat diabetes yang ditandai dengan nilai gula darah normal 130 mg/dL dan tidak pernah merokok. Adapun menurut Kabo et al. (2021), terdapat faktor risiko lain yang bisa mengakibatkan terjadinya *unstable angina pectoris* (UAP) yaitu antara lain umur, dislipidemia dan diketahui adanya penyakit jantung koroner (PJK) dini dalam keluarga. Saat dilakukan pengkajian lebih lanjut hal tersebut didapatkan dengan pasien mengatakan dirinya berumur 62 tahun, memiliki riwayat penyakit hipertensi, hiperkolesterolemia, asam urat dan penyakit jantung sejak tahun 2010.

Menurut Damay et al. (2024), pada *unstable angina pectoris* (UAP) terjadi peningkatan gejala iskemia ketika terjadi manifestasi klinis seperti *Prolonged angina pectoris at rest* (yaitu angina tipikal yang muncul ketika beristirahat, tanpa adanya pencetus dan berlangsung sekitar lebih dari 20 menit), *New onset (de novo)* (yaitu angina awitan baru yang muncul dalam 2 bulan terakhir dengan intensitas yang sedang hingga berat/*Canadian Cardiovascular Society grade II* atau *III*), *Crescendo angina* (yaitu angina yang telah dirasakan sebelumnya yaitu pada pasien sindrom koroner kronik/SKK yang mengalami peningkatan, baik frekuensi, durasi maupun intensitasnya, serta timbul pada ambang yang lebih rendah), angina pasca *acute myocardium infarction* (IMA) (yaitu angina yang terjadi dalam 2 minggu setelah *acute myocardium infarction*/IMA). Sedangkan pada pasien, terdapat data yang sama mengenai salah satu manifestasi klinis seperti diatas

yaitu pada *prolonged angina pectoris at rest* yaitu, angina tipikal yang muncul ketika beristirahat, tanpa adanya pencetus dan berlangsung sekitar lebih dari 20 menit. Hal tersebut dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri dada dengan *provoking incident* (P) yaitu *unstable angina pectoris* (UAP), *quality of pain* (Q) yaitu tertekan benda berat, *region, radiation, relief* (R) yaitu di dada kiri, *severity (scale) of pain* (S) yaitu 7 (*numeric scale* 1-10), namun pada pasien *time* (T) atau waktunya berlangsung selama kurang lebih 10 menit dan terjadinya ketika beristirahat secara terus menerus.

Manifestasi klinis lain dari *unstable angina pectoris* (UAP) berdasarkan (Anies, 2021) yaitu adanya rasa nyeri di dada seperti rasa tertekan, berat dan tumpul. Nyeri bisa menyebar atau dirasakan di lengan kiri, leher, rahang dan punggung yang khususnya pada pasien wanita. Dan juga beberapa gejala lainnya meliputi rasa sesak napas, nyeri seperti gejala penyakit asam lambung (GERD), mual, pusing, mudah lelah, gelisah dan keringat berlebih. Dari anifestasi klinis tidak terdapat kesenjangan dengan teori yang dimana pada kasus pasien mengeluh sesak napas, nyeri dada dengan *provoking incident* (P) yaitu *unstable angina pectoris* (UAP), *quality of pain* (Q) yaitu tertekan benda berat, *region, radiation, relief* (R) yaitu di dada kiri, *severity (scale) of pain* (S) yaitu 7 (*numeric scale* 1-10), *time* (T) yaitu ketika beristirahat secara terus menerus selama kurang lebih 10 menit, pasien juga mengeluh tidak nafsu makan karena mual, merasa mudah lelah, tampak gelisah, merasa nyeri pada ulu hati, dan pasien mengeluh dirinya sering berkeringat di malam hari.

Menurut Irmalita (2018), pemeriksaan penunjang pada *unstable*

*angina pectoris* (UAP) merupakan keadaan pasien dengan simptom iskemia sesuai sindrom koroner akut, tanpa terjadi peningkatan enzim jantung CK-MB dan troponin dengan atau tanpa perubahan elektrokardiogram yang menunjukkan iskemia (depresi segmen ST, inversi gelombang T dan elevasi segmen ST yang transien). Pernyataan tersebut senada dengan yang disampaikan oleh Damay et al. (2024) bahwa pada *unstable angina pectoris* (UAP) tidak terjadi nekrosis miokard sehingga tidak terdapat perubahan enzim troponin pada hasil pemeriksaan laboratorium. Namun terdapat kesenjangan pada hal ini dimana pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan isoenzim CK-MB dan hanya dilakukan pemeriksaan elektrolit berupa troponin. Menurut Irmalita (2018), hal tersebut dilakukan karena hasil diagnosis troponin lebih superior dibandingkan CK-MB dan terjadinya positif palsu sangat jarang, sehingga pasien tidak memerlukan pemeriksaan CK-MB karena pada pemeriksaan troponin didapatkan hasil yang normal. Dapat dibuktikan dengan hasil pemeriksaan laboratorium darah pasien pada tanggal 26 Mei 2024 dalam elektrolit dengan hasil troponin I (hs cTnI) 6,03 ng/L (< 29) yang dimana nilai tersebut berarti tidak ada peningkatan enzim pertanda jantung (troponin) meskipun hasil diagnosa medis dokter menyatakan *unstable angina pectoris* (UAP). Hal tersebut didukung dengan hasil pemeriksaan elektrokardiogram pada tanggal 27 Mei 2024 berupa ST Depresi, sinus ritme, *sindrom long QT interval*.

Pada pengkajian juga ditemukan banyak kesenjangan dalam teori Kabo et al. (2021), pasien dengan *unstable angina pectoris* (UAP) harus dirawat di *Intensive Cardiovascular Care Unit* (ICCU) karena proses ruptur

plak dengan pembentukan trombus dapat berlanjut ke oklusi total arteri koroner yang menimbulkan *acute myocardium infarction* (IMA). Kemudian akibat dari pembentukan trombus bisa mengakibatkan kematian sel dan kondisi lanjut yang tidak secara cepat dan tepat ditangani. Sedangkan pasien tidak diberikan perawatan *Intensive Cardiovascular Care Unit* (ICCU) melainkan hanya diberikan perawatan inap di ruang kardiologi RSUD Koja Jakarta Utara. Terdapat alasan dan juga beberapa kesenjangan mengenai hal tersebut yang dimana menurut Kemenkes RI (2024), ada beberapa indikasi pasien masuk *Intensive Cardiovascular Care Unit* (ICCU) yaitu, yang pertama pasien prioritas satu yaitu pasien dengan gangguan akut pada organ vital dan memerlukan terapi intensif dan agresif seperti gagal napas akut dan gagal jantung kongestif. Sedangkan, pada pasien tidak terjadi kegagalan napas yang dibuktikan dengan pasien masih bernapas spontan dengan frekuensi napas 25 kali per menit, SpO<sub>2</sub> 99 %, pasien tidak tampak kebiruan pada bibir dan wajah, serta kesadaran pasien *compos mentis* melainkan pasien mengalami gangguan sirkulasi jantung yang dibuktikan dengan pasien mengeluh sesak napas, nyeri dada sebelah kiri seperti tertekan benda berat dengan skala 7 (*numeric scale* 1-10), terjadi ketika beristirahat secara terus menerus selama kurang lebih 10 menit, pasien merasa mudah lelah, nafsu makan menurun karena pasien merasa mual, dan hasil tanda-tanda vital pasien yaitu, tekanan darah 105/49 mmHg, frekuensi nadi 49 kali per menit dan detak jantung tidak teratur.

Yang kedua, pasien prioritas dua yaitu pasien yang membutuhkan

perawatan observasi canggih di *Intensive Cardiovascular Care Unit* (ICCU) yang dikarenakan risiko besar mengancam nyawa pasien. Dalam hal ini, peralatan perawatan pada ruang kardiologi cukup memadai untuk menunjang kebutuhan observasi kondisi pasien seperti alat EKG 12 sadapan, alat *echocardiogram* dan juga terapi obat-obatan anti-iskemia. Yang terakhir, pasien prioritas tiga yaitu pasien dengan prognosa yang jelek dan tidak stabil serta masih memiliki harapan kecil untuk sembuh seperti pasien dengan metastasis yang mengarah ke jantung atau dengan penyulit infeksi. Sedangkan, pada pasien tidak mengalami penyebaran metastasis maupun penyulit infeksi. Dapat disimpulkan bahwa pasien tidak diberikan perawatan *Intensive Cardiovascular Care Unit* (ICCU) karena fasilitas pada ruang kardiologi RSUD Koja Jakarta Utara masih memadai untuk melakukan pemantauan dan juga tindakan asuhan keperawatan serta mampu menunjang kebutuhan selama proses keperawatan ataupun medis pada pasien.

Menurut teori dalam buku ajar asuhan keperawatan sistem kardiovaskuler (Hariyono, 2020) terdapat pemeriksaan fisik oleh penderita penyakit jantung pada bagian prekordium yang ketika dilakukan inspeksi akan terlihat postur dada yang cekung atau cembung, hal itu dapat diartikan adanya penyakit jantung atau paru. Apabila cekung diartikan adanya penyakit perikarditis menahun, terdapat fibrosis/atelektasis paru, skoliosis, kifoskoliosis, dan bisa juga akibat dari beban yang menekan dinding dada (seperti pada tukang pahat, tukang kayu, dan lainnya). Sedangkan cembung/menonjol diartikan adanya pembesaran jantung, efusi perikardium, efusi pleura, tumor paru, tumor mediastinum, skoliosis atau pun kifoskoliosis.

Bisa juga akibat adanya penonjolan dari efusi pleura/perikardium yang berupa penonjolan daerah intern kostalis serta akibat penonjolan dari kelainan jantung menahun/bawaan yang berupa penonjolan pada iga. Hal tersebut sama dengan kondisi yang ditemukan pada pasien, dimana postur dada pasien ketika dilakukan pemeriksaan inspeksi tampak menonjol/cembung. Kondisi tersebut dapat didukung juga oleh hasil **pemeriksaan CT-Scan thoraks pada tanggal 15 April 2024** dengan hasil terdapat kardiomegali pada jantung pasien. Hal itu dapat menjadi alasan mengapa postur dada pasien tampak menonjol/cembung.

Faktor pendukung yang dirasakan pasien selama proses pengkajian yaitu penulis dapat memperoleh data-data pasien dengan lengkap melalui wawancara karena pasien dan keluarga bersikap kooperatif dan terbuka. Sedangkan faktor penghambat dalam proses pengkajian yaitu ketika penulis melakukan wawancara, sesekali gejala pada pasien muncul yang berupa nyeri, sesak napas dan kram seluruh badan. Hal tersebut mengganggu proses pengkajian karena dapat berlangsung selama 10 menit bahkan lebih. Solusi yang penulis lakukan yaitu dengan sering bertemu dengan pasien dan keluarga pasien di setiap waktu luang.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Pada tahap ini merupakan tindak lanjut setelah penulis mengumpulkan data melalui proses pengkajian, setelahnya adalah perumusan diagnosis keperawatan sesuai dengan tanda dan gejala yang ada. Diagnosa keperawatan pada penderita *unstable angina pectoris* (UAP) menurut (Diyono, 2023), (Hariyono, 2020), (Aspiani, 2017) dan berdasarkan Standar Diagnosis

Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) terdapat delapan diagnosa keperawatan utama yang mungkin muncul yaitu, nyeri akut, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, ansietas, defisit pengetahuan, risiko penurunan curah jantung, risiko perfusi miokard tidak efektif, dan risiko syok. Sedangkan setelah dilakukan pengkajian dan analisa data hanya ditemukan lima diagnosis yang muncul pada pasien yaitu; Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung; Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi; Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia miokard); Nausea berhubungan dengan distensi lambung dan; Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Penulis menemukan kesenjangan antara diagnosis teori dengan diagnosis kasus yang dimana terdapat beberapa diagnosis yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus seperti ansietas, defisit pengetahuan, risiko penurunan curah jantung, risiko perfusi miokard tidak efektif dan risiko syok. Diagnosa ini tidak ditemukan pada pasien karena beberapa hal yang membuat penulis tidak dapat menegakkan kelima diagnosa tersebut.

Yang pertama pada diagnosa ansietas, penulis tidak menemukan tanda-tanda mayor maupun minor yang mencapai 80 % sebagai syarat untuk ditegakkannya diagnosa tersebut. Tanda mayor yang ditemukan pada pasien yang berkaitan dengan diagnosa tersebut adalah pasien tampak gelisah serta pasien mengeluh sulit tidur, tapi kedua hal tersebut dikarenakan pasien merasa nyeri, sesak napas dan kram seluruh badan. Sedangkan pada tanda minor yang ditemukan pada pasien yaitu frekuensi napas meningkat hingga

25 kali per menit, keringat berlebih di malam hari serta wajah tampak pucat yang dimana semua hal tersebut bukan dikarenakan pasien merasa cemas terkait situasi tidak dikenal yang tidak dapat diperkirakan atau pun takut akan kematian melainkan merupakan tanda dan gejala dari penyakit jantung.

Yang kedua pada diagnosa defisit pengetahuan, diagnosa keperawatan tersebut tidak diangkat oleh penulis karena sama halnya dengan diagnosa diatas yaitu tidak terpenuhinya syarat dalam menegakan diagnosa keperawatan yang seharusnya ditemukan sekitar 80 % tanda-tanda mayor pada diagnosa tersebut. Tanda mayor pada diagnosa ini berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) yaitu menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran dan menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah. Sedangkan tanda-tanda minor yaitu menjalani pemeriksaan yang tidak tepat dan menunjukkan perilaku berlebihan (misal: apatis, bermusuhan, agitasi atau pun hysteria). Dalam hal tersebut penulis tidak menemukan kedua tanda tersebut dalam mengkaji kondisi pasien. Dibuktikan dengan pasien mengatakan sangat peduli dengan kesehatannya, pasien sudah menderita penyakit jantung cukup lama yaitu sejak tahun 2010 dan rutin kontrol kesehatan sebelum masuk rumah sakit dengan ikut senam untuk penderita asma, hipertensi dan lainnya yang diadakan oleh rumah sakit, pasien rutin mengonsumsi obat yang diberikan dokter selama dirumah hingga ketika dirawat dan pasien berperilaku sesuai anjuran selama proses pengobatan dan perawatan.

Kemudian pada diagnosa risiko penurunan curah jantung, alasan tidak

ditegakkannya diagnosa ini berbeda dengan kedua diagnosa sebelumnya. Penulis mendapatkan data pengkajian pada pasien yang berkaitan dengan diagnosa ini sebagaimana yang terdapat pada data subjektif dan objektif dari diagnosa kasus yaitu penurunan curah jantung. Penulis mengangkat diagnosa penurunan curah jantung sebagai diagnosa utama dengan tujuan curah jantung meningkat selama 3x24 jam setelah dilakukannya intervensi keperawatan berupa perawatan jantung yang diharapkan dapat teratasi. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2019), tujuan dan intervensi tersebut sama halnya dengan yang didapatkan penulis pada diagnosa kasus dan teori. Namun, pada pasien terdapat lebih dari 80 % tanda mayor diagnosa penurunan curah jantung yang mengartikan bahwa diagnosa tersebut merupakan diagnosa aktual. Hal tersebut merupakan alasan mengapa diagnosa risiko penurunan curah jantung tidak ditegakkan oleh penulis.

Yang keempat yaitu diagnosa risiko miokard tidak efektif. Diagnosa ini tidak diangkat oleh penulis dengan alasan yang sama seperti diagnosa risiko penurunan curah jantung dengan diagnosa penurunan curah jantung. Ketiga diagnosa tersebut sama-sama merupakan bagian dari sub-diagnosa pada kategori fisiologis (sirkulasi). Ditemukan lebih dari 80 % tanda mayor serta banyaknya tanda minor pada pasien membuat penulis semakin yakin untuk melakukan proses keperawatan yang berkaitan dengan diangkatnya diagnosa aktual yaitu penurunan curah jantung dibanding kedua diagnosa risiko tersebut.

Yang terakhir, penulis tidak mengangkat risiko syok dikarenakan

kurangnya data subjektif dan objektif mengenai diagnosa tersebut dan tidak adanya kecocokan antara faktor risiko dengan data kondisi pasien membuat penulis tidak dapat menegakkan diagnosa tersebut.

Sedangkan diagnosis yang tidak ada pada teori namun ada pada kasus yaitu; Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan; Nausea berhubungan dengan distensi lambung. Pada diagnosis Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan tanda mayor seperti pasien mengeluh sesak napas, hasil analisa gas darah dan elektrolit pada tanggal 26 Mei 2024 : pH 7,54 (7,35-7,45), PCO<sub>2</sub> 21,9 mmHg (32,0-45,0), PO<sub>2</sub> 188,0 mmHg (95,0-100,0), HCO<sub>3</sub> 19,5 mEq/L (21,0-28,8), Base excess -3,0 mmol/L (-2,5-+2,5), dan bunyi napas pasien ketika diauskultasi terdengar wheezing. Sedangkan tanda minor pada diagnosa tersebut yaitu pasien mengatakan dirinya riwayat asma sejak 14 tahun lalu, pasien mengatakan dirinya sering berkeringat di malam hari, pasien tampak pucat dan gelisah, frekuensi napas 25 kali per menit, pernapasan dengan cuping hidung, pernapasan pasien dalam, pasien tampak menggunakan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang, tekanan ekspirasi berkurang dan tekanan inspirasi pasien tampak meningkat. Sedangkan pada diagnosis nausea yang berhubungan dengan distensi lambung didukung dengan tanda mayor seperti pasien mengatakan dirinya enggan untuk makan dan pasien mengeluh mual jika makan nasi. Sedangkan tanda minor yang didapatkan yaitu pasien tampak pucat, pasien mengatakan dirinya sering berkeringat di malam hari, pasien makan 3 kali sehari, makan pagi habis 3 sendok, abdomen pasien

tampak besar (distensi abdomen).

Adapun faktor pendukung dan penghambat yang dirasakan oleh penulis dalam menentukan diagnosis keperawatan. Faktor pendukungnya ialah informasi terkait kondisi pasien mampu didapatkan penulis karena pasien dan keluarga pasien dapat berperilaku kooperatif selama proses pengkajian atau wawancara, informasi penunjang yang dibutuhkan penulis dari rekaman medis pasien tampak lengkap, penegakkan diagnosis juga didukung oleh persediaan peralatan medis yang memadai (seperti alat elektrokardiogram, alat pengukur tanda-tanda vital, stetoskop, alat pengukur gula darah, dan lainnya), dan juga tersedianya *literature* yang cukup memadai mengenai penyakit *unstable angina pectoris* (UAP) sehingga membantu penulis dalam mendapatkan informasi yang dibutuhkan.

Faktor penghambat yang ditemui penulis selama penegakkan diagnosis keperawatan ialah sering terkendalanya waktu (*timing*) selama proses wawancara dikarenakan pasien merasa nyeri, sesak napas dan kram seluruh badan yang berlangsung kurang lebih 10 menit sehingga informasi yang diberikan oleh pasien jadi sedikit-sedikit terpotong. Solusi yang dilakukan penulis yaitu dengan rutin mengecek kondisi pasien setiap saat dan sering bertemu dengan pasien sehingga penulis mampu mendapatkan informasi yang dibutuhkan untuk melengkapi data pengkajian terkait kondisi pasien. Faktor penghambat lainnya yaitu adanya data pasien mengenai pengkajian yang kurang mendukung beberapa diagnosis teori sehingga membuat penulis kesulitan dalam merumuskan diagnosis keperawatan. Solusi yang dilakukan penulis yaitu dengan mencari *literature* bacaan sehingga

penulis mampu menegakkan diagnosis keperawatan.

### C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan terdiri dari tujuan, kriteria hasil dan rencana keperawatan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang diangkat. Perencanaan keperawatan ini disusun oleh penulis berdasarkan prioritas masalah yang dialami pasien. Adapun diagnosis dan perencanaan yang terdapat dalam kasus namun tidak terdapat dalam teori yaitu gangguan pertukaran gas dan nausea.

Pada perencanaan keperawatan yang diambil oleh penulis untuk penurunan curah jantung didalam intervensi perawatan jantung yaitu penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dengan kasus. Yang pertama tidak adanya tindakan monitor intake dan output cairan, hal ini dikarenakan pada data pengkajian pasien tidak terdapat masalah terkait keseimbangan cairan. Yang kedua, penulis tidak mencantumkan monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama dikarenakan kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk dilakukan pemeriksaan berat badan ditandai dengan pasien terpasang *down catheter* (DC) ukuran 20 cm supaya pasien dapat *bedrest* total. Yang ketiga, tidak adanya monitor fungsi alat pacu jantung. Hal tersebut tidak dilakukan tindakan karena pasien tidak terpasang alat pacu jantung. Yang keempat, penulis tidak mencantumkan pemberian diet jantung yang sesuai (misal: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol dan makanan tinggi lemak) karena pasien masih dianjurkan untuk makan makanan yang lunak seperti bubur dan nasi tim dengan tujuan pasien tetap mendapatkan intake nutrisi dari makanan lunak tersebut secara perlahan-lahan dan

dikarenakan pasien masih merasa enggan untuk makan dan mual. Makanan yang diresepkan oleh tenaga kesehatan di bidang gizi pun sudah termasuk makanan yang rendah lemak, tidak tinggi kolesterol maupun natrium dan tidak mengandung kafein karena terjaga prioritas kesehatannya oleh standar rumah sakit.

Yang kelima, penulis tidak mencantumkan digunakan *stocking* elastis atau *pneumatic intermitten*, sesuai indikasi. Hal tersebut dikarenakan kondisi pasien tidak sampai indikasi untuk diberikan *stocking* elastis atau pun *pneumatic intermitten*. Tujuan diberikannya *stocking* elastis atau *pneumatic intermitten* (perangkat kompresi *pneumatic intermiten*) yang merupakan metode mekanik adalah untuk meningkatkan aliran darah balik vena sehingga mengurangi terjadinya stasis vena. Sedangkan pada pasien tidak ditemukan kondisi pembengkakan atau pun stasis vena. Yang keenam, penulis tidak mencantumkan fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat karena penulis tidak menemukan data yang mengarah pada kondisi bahwa pasien tidak menjaga gaya hidup sehat. Yang ketujuh, penulis tidak mencantumkan anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi. Hal tersebut dikarenakan pada pasien tidak terjadi gangguan dalam bergerak atau pun melakukan aktivitas, melainkan pasien masih perlu dianjurkan untuk melakukan *bedrest* total hingga mencapai kondisi yang diharapkan yaitu perbaikan. Yang kedelapan, penulis tidak mencantumkan anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap. Tindakan tersebut sama halnya dengan tindakan sebelumnya yaitu karena pasien tidak terjadi gangguan dalam bergerak atau pun melakukan aktivitas, melainkan pasien masih perlu

dianjurkan untuk melakukan *bedrest* total. Yang kesembilan, penulis tidak mencantumkan anjuran berhenti merokok karena penulis mendapatkan data pengkajian bahwa pasien tidak merokok.

Yang kesepuluh, ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian. Hal tersebut sama halnya dengan tindakan keperawatan yang tidak dilakukan yang kedua yaitu dikarenakan kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk dilakukan pemeriksaan berat badan ditandai dengan pasien terpasang *down catheter* (DC) ukuran 20 cm supaya pasien dapat *bedrest* total. Yang kesebelas, ajarkan pasien dan keluarga mengukur *intake* dan *output* cairan harian. Hal ini sama halnya dengan tindakan keperawatan yang tidak dilakukan yaitu karena pada data pengkajian pasien tidak terdapat masalah terkait keseimbangan cairan. Yang keduabelas, penulis tidak mencantumkan rujuk ke program rehabilitasi jantung karena ruang perawatan yang saat ini digunakan cukup memadai untuk melakukan pelayanan kesehatan.

Diagnosis selanjutnya merupakan diagnosis yang tidak terdapat dalam teori namun terdapat dalam kasus yaitu gangguan pertukaran gas pada intervensi manajemen jalan napas penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dengan kasus, yaitu yang pertama penulis tidak mencantumkan monitor sputum (seperti: jumlah, warna, dan aroma). Hal tersebut karena penulis mendapatkan data pengkajian berupa pasien tidak terdapat produksi sputum maupun batuk. Yang kedua, penulis tidak mencantumkan pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (*jaw trust* jika curiga trauma servikal). Hal tersebut dikarenakan kepatenan jalan napas

pasien tidak terdapat masalah. Yang ketiga, penulis tidak mencantumkan melakukan fisioterapi dada, jika perlu. Hal tersebut dikarenakan penulis tidak menemukan indikasi pada pasien untuk diberikannya fisioterapi dada. Yang keempat, penulis tidak mencantumkan lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik karena sama halnya dengan tindakan yang tidak dilakukan yang pertama, ketiga dan keempat yaitu penulis tidak menemukan indikasi pada pasien untuk dilakukan penghisapan lendir seperti adanya produksi sputum maupun batuk. Yang kelima, penulis tidak mencantumkan lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal karena sama halnya dengan tindakan sebelumnya yaitu penulis tidak menemukan indikasi pada pasien untuk dilakukan penghisapan endotrakeal dan pasien juga tidak terpasang endotrakeal tube. Yang keenam, penulis tidak mencantumkan mengeluarkan sumbatan benda padat dengan forcep McGill. Hal tersebut dikarenakan penulis tidak mendapatkan data bahwa pasien terjadi penyumbatan akibat benda padat, sehingga tidak diperlukan untuk melakukan tindakan menggunakan forcep McGill. Yang ketujuh, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi karena penulis mendapatkan data bahwa pasien terdapat kontraindikasi dalam pemberian cairan yaitu pasien menderita penyakit jantung koroner yaitu *unstable angina pectoris* (UAP). Yang kedelapan, penulis tidak mencantumkan ajarkan teknik batuk efektif yang dikarenakan pasien tidak terdapat produksi sputum berlebih dan batuk. Yang kesembilan, penulis tidak mencantumkan kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran atau mukolitik, jika perlu. Hal tersebut dikarenakan pasien tidak diperlukan untuk diberikan kolaborasi

bronkodilator, ekspektoran ataupun mukolitik karena pasien telah terpasang oksigenasi berupa nasal kanul 3 liter per menit.

Diagnosis selanjutnya terdapat dalam teori dan juga kasus yaitu nyeri akut pada intervensi manajemen nyeri penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dengan kasus, yaitu yang pertama penulis tidak mencantumkan identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri karena pasien tampak tidak kebingungan terkait nyeri yang dialaminya dan tahu bahwa nyeri tersebut timbul sebagai gejala dari penyakit jantung yang dialaminya. Yang kedua, penulis tidak mencantumkan identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri. Hal tersebut dikarenakan penulis mendapatkan data pengkajian berupa tidak adanya perilaku abnormal yang bertentangan dengan perawatan kesehatan. Yang ketiga, penulis juga tidak mencantumkan identifikasi monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan karena pasien tidak mendapatkan terapi komplementer. Yang keempat, penulis tidak mencantumkan kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). Hal tersebut dikarenakan ketika dilakukan pengkajian dan interaksi dengan pasien, terlihat lingkungan kamar pasien tidak bising, pasien tidak terganggu oleh pencahayaan dan suhu ruangan yang cukup baik. Yang kelima, penulis tidak mencantumkan anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Hal tersebut dikarenakan penulis mendapatkan data pengkajian berupa pasien dan keluarga tampak mampu dalam melakukan monitor nyeri secara mandiri yang dibuktikan dengan keluarga pasien bersikap selalu memberikan informasi setiap kali pasien merasa nyeri dan berapa lamanya nyeri terjadi.

Diagnosis selanjutnya tidak terdapat dalam teori namun terdapat pada kasus yaitu nausea dengan intervensi manajemen mual. Penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dengan kasus, yaitu yang pertama penulis tidak mencantumkan identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (misal: bayi, anak-anak dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif). Hal tersebut dikarenakan pasien masih dapat berkomunikasi secara efektif dan tidak terdapat masalah dalam mengisyaratkan melalui verbal. Yang kedua, penulis tidak mencantumkan kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (misal: kecemasan, ketakutan, kelelahan) karena penyebab mual pada pasien disebabkan oleh manifestasi klinis dari penyakit *unstable angina pectoris* (UAP), sehingga dalam mengurangi atau menghilangkan keadaan penyebab mual dibutuhkan beberapa tindakan keperawatan serta medis yang lengkap dan tepat. Yang ketiga, penulis tidak mencantumkan berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, jika perlu. Dikarenakan hal ini tidak perlu untuk dilakukan kepada pasien.

Ada pula diagnosa terakhir yang diangkat oleh pasien pada kasus namun tidak ada pada teori yaitu intoleransi aktivitas dengan intervensi manajemen energi. Rencana tindakan keperawatan pertama yang tidak dicantumkan oleh penulis yaitu, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Hal tersebut dikarenakan sudah tercantum pada diagnosa penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas dan nyeri akut pada tindakan observasi, salah satunya berupa pengkajian PQRST. Yang kedua, penulis tidak mencantumkan lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif. Hal ini dikarenakan kondisi pasien yang diperlukan untuk

*bedrest* total dan pasien tidak terdapat masalah pada pergerakan sendi ditandai dengan keadaan otot pasien yaitu tangan kanan 5,5,5,5 dan kiri 5,5,5,5, serta kaki kanan 5,5,5,5, dan kiri 5,5,5,5. Pasien juga tampak sesekali melakukan pergerakan tanpa hambatan ketika tidak timbul nyeri atau pun kram seluruh badan. Yang ketiga, penulis tidak mencantumkan anjuran melakukan aktivitas secara bertahap dengan alasan yang sama sebagaimana diagnosa penurunan curah jantung pada tindakan yang kedelapan yaitu karena pasien tidak terjadi gangguan dalam bergerak atau pun melakukan aktivitas, melainkan pasien masih perlu dianjurkan untuk melakukan *bedrest* total. Yang keempat, penulis tidak mencantumkan ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan karena pasien sudah dianjurkan untuk tirah baring dan melakukan *bedrest* total serta masih dilakukan observasi terkait manifestasi klinis dari penyakit jantung yang sedang dialaminya. Yang kelima, penulis tidak mencantumkan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan dikarenakan didalam intervensi dari nausea sudah terdapat perencanaan tindakan keperawatan yang bertujuan supaya tingkat nausea menurun setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam dan diharapkan dapat teratasi sehingga pasien dapat meningkatkan porsi makannya sebagai sumber nutrisi pada tubuh pasien.

Dari kesenjangan terkait perencanaan dan kriteria hasil antara teori dan kasus diatas, dikarenakan perencanaan dan kriteria hasil yang penulis dapatkan itu berdasarkan kondisi aktual pasien. Faktor pendukung yang penulis rasakan selama menulis perencanaan adalah tersedianya referensi berupa buku yang dapat digunakan penulis sebagai acuan teori dalam

penulisan perencanaan keperawatan. Dalam penulisan perencanaan penulis tidak mendapati faktor penghambat atau kesulitan yang berarti.

#### **D. Pelaksanaan Keperawatan**

Pelaksanaan keperawatan adalah sebuah tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana tindakan keperawatan. Pelaksanaan keperawatan ini di dokumentasikan selama 3x24 jam.

Pada pelaksanaan diagnosis keperawatan penurunan curah jantung dalam intervensi perawatan jantung terdapat beberapa tindakan yang tidak terlaksana oleh penulis dalam mengimplementasikan tindakan yaitu, yang pertama penulis tidak mencantumkan memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) dikarenakan penulis sudah melakukan tindakan memonitor EKG 12 sadapan sehingga rasional yang ditulis oleh penulis sudah termasuk dalam pemeriksaan aritmia seperti adanya kelainan aritmia dan frekuensi. Dalam hal ini penulis telah melakukannya secara bersamaan. Yang kedua, penulis tidak melakukan pemberian terapi relaksasi untuk mengurangi stress. Hal tersebut dikarenakan penulis telah melakukan tindakan relaksasi berupa mendengarkan musik pada diagnosa ke-5 yaitu diagnosa intoleransi aktivitas. Sehingga penulis telah mencantumkannya pada pelaksanaan dalam tindakan diagnosa lainnya. Yang ketiga, penulis tidak mencantumkan memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen lebih dari 94 %.. Hal tersebut memiliki alasan yang sama dengan kedua pelaksanaan sebelumnya yaitu penulis telah melakukannya pada pelaksanaan diagnosa ke-2 yaitu diagnosa gangguan pertukaran gas yang dibuktikan dengan pasien terpasang oksigenasi berupa nasal kanul sebanyak 3 liter per menit.

Selanjutnya, pada pelaksanaan diagnosis keperawatan gangguan pertukaran gas penulis tidak mencantumkan memberikan minuman hangat. Hal tersebut tidak terlaksana karena kurang tersedianya fasilitas penunjang seperti dispenser untuk memberikan pasien minuman hangat. Solusi yang dilakukan penulis yaitu dengan menganjurkan keluarga pasien untuk memberikan minuman hangat kepada pasien yang bisa didapatkan dari tempat makan atau kantin di lantai dasar.

Kemudian pada pelaksanaan diagnosa nyeri akut, penulis tidak mencantumkan mengidentifikasi skala nyeri namun penulis telah melakukan tindakan sebelumnya yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri yang dimana pada rasional pelaksanaan tersebut dicantumkan hasil pengkajian nyeri PQRST sehingga skala nyeri pada pasien sudah termasuk didalamnya. Yang kedua, penulis tidak mencantumkan menjelaskan strategi meredakan nyeri karena pada pelaksanaan mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, didalamnya sudah termasuk menjelaskan strategi meredakan nyeri berupa teknik relaksasi napas dalam namun ketika melakukan pelaksanaan tersebut didapatkan kendala dalam manajemen waktu yang kurang tepat untuk melakukan edukasi teknik relaksasi napas dalam dikarenakan kondisi pasien yang terus menerus merasakan nyeri, sesak napas dan kram seluruh badan selama 10 menit bahkan lebih. Ada juga dikarenakan pasien yang bisa tertidur meskipun sebentar dan penulis merasa enggan untuk mengganggu tidur pasien karena penulis mendapatkan data pengkajian berupa pasien mengeluh sulit tidur. Sehingga penulis tidak dapat melaksanakan edukasi

teknik relaksasi napas dalam dengan menggunakan lembar balik dan juga leaflet. Solusi yang dilakukan penulis yaitu dengan menganjurkan pasien untuk mengikuti instruksi penulis dalam mengajarkan teknik relaksasi napas dalam disaat pasien merasakan nyeri, sesak napas dan kram seluruh badan. Kemudian, penulis tidak mencantumkan memberikan obat aspilet 1x80 mg melalui oral. Hal tersebut karena jadwal pemberian obat aspilet 1x80 mg melalui oral dilaksanakan pada pukul 20.00 WIB dan hal tersebut tidak sesuai dengan shift yang dimiliki penulis. Solusi yang dapat dilakukan penulis yaitu bertanya kepada pasien terkait rutin atau tidaknya pasien dalam mengonsumsi obat tersebut dan penulis bisa melihatnya didalam pendokumentasian pemberian obat yang terdapat diruangan.

Pada pelaksanaan diagnosa nausea, penulis tidak mencantumkan mengendalikan faktor lingkungan penyebab mual (misal: bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan). Hal ini dikarenakan pada data yang didapatkan secara nyata terkait lingkungan pasien, tidak terdapat faktor lingkungan yang sebagai penyebab dari mual. Melainkan, pasien merasa mual dikarenakan hal tersebut merupakan salah satu gejala dari penyakit *unstable angina pectoris* (UAP) yang diderita pasien. Ada juga, penulis tidak mencantumkan mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (misal: *biofeedback*, hipnosis, relaksasi, terapi music, akupresur) dikarenakan pelaksanaan ini terdapat di diagnosa ke-3 yaitu diagnosa nyeri akut.

Pada pelaksanaan diagnosa keperawatan yang terakhir yaitu diagnosa

intoleransi aktivitas dalam intervensi manajemen energi, penulis tidak mencantumkan memonitor kelelahan fisik dan emosional dikarenakan penulis mendapatkan data pengkajian berupa pasien tidak terdapat masalah terkait emosional. Sedangkan, pasien didapatkan keluhan berupa mudah lelah yang merupakan salah satu dari manifestasi klinis pada penyakit *unstable angina pectoris* (UAP). Penulis telah melakukan pelaksanaan pada diagnosa pertama yaitu diagnosa penurunan curah jantung berupa mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung. Pada rasional pelaksanaan tindakan tersebut didapatkan data bahwa pasien mengalami kelelahan sehingga pelaksanaan memonitor kelelahan fisik telah termasuk didalam pelaksanaan pada diagnosa pertama yang telah dilakukan penulis. Yang kedua, penulis tidak mencantumkan memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Alasan penulis tidak melakukan pelaksanaan tersebut adalah pasien masih dalam anjuran untuk *bedrest* total dan juga kondisi pasien belum memungkinkan untuk diberikan tindakan tersebut. Penulis berencana untuk melaksanakan tindakan tersebut ketika kondisi pasien memungkinkan untuk diberikan tindakan. Hal tersebut dapat dibuktikan dengan tercapainya sebagian tujuan dari diagnosa intoleransi aktivitas seperti frekuensi nadi meningkat yaitu 60 sampai 100 kali per menit, keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun, perasaan lelah menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik yaitu 120/70 mmHg, frekuensi napas membaik yaitu 16 sampai 20 kali per menit atau pun EKG iskemia membaik. Yang ketiga, penulis tidak mencantumkan menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. Hal tersebut tidak

perlu dilakukan karena penyebab kelelahan yang dirasakan pasien telah diketahui penyebabnya oleh penulis, perawat dan juga dokter. Sehingga penulis juga dapat mengobservasinya melalui pelaksanaan tindakan pada diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung yang didalam rasionalnya terdapat data bahwa pasien mengalami kelelahan dan pelaksanaan ini telah dilakukan setiap hari. Selain itu terdapat juga kendala lain dalam melaksanakan tindakan ketiga tersebut yaitu, pasien sulit untuk menghubungi perawat ketika tanda gejala kelelahan tidak berkurang dikarenakan keluarga pasien lupa untuk menghubungi perawat, dan juga keluarga pasien sering bergantian dalam menjaga pasien sehingga terkadang ditemukan pasien hanya seorang diri. Pada diagnosa ini penulis telah melakukan salah satu tindakan teknik distraksi yang menenangkan berupa mendengarkan musik dengan volume yang cukup dan tidak mengganggu pasien lain. Hal tersebut terbukti membuat pasien merasa lebih tenang dan rileks ditandai dengan pasien tampak tidak meringis dan tenang. Tindakan ini juga diperkuat oleh salah satu jurnal yang penulis baca pada (Khodriyati et al., 2018) yang berjudul “Efektifitas Kombinasi Terapi Musik Dan Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Post Kateterisasi Jantung”.

Faktor pendukung yang penulis rasakan yaitu penulis dapat melihat kembali pelaksanaan keperawatan yang dilakukan selama 24 jam baik dalam pencatatan manual ataupun di komputer, selain itu tersedianya *literature* yang dibutuhkan dalam penanganan *unstable angina pectoris* (UAP). Faktor penghambat yang penulis rasakan adalah kurangnya kesadaran pasien dalam

melakukan pelaksanaan keperawatan.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan setelah pelaksanaan keperawatan dan didokumentasikan. Evaluasi adalah sebuah kegiatan dimana perawat menunjukkan akuntabilitas dan tanggung jawab atas tindakan yang telah dilakukan.

Dari kelima diagnosis yang muncul pada kasus, satu diagnosis tersebut tujuannya tercapai sebagian yaitu; diagnosis penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung dibuktikan dengan kekuatan nadi perifer meningkat, bradikardia menurun, lelah menurun dan tekanan darah membaik; dan empat diagnosis tersebut tujuannya belum tercapai yaitu; diagnosis gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi; diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia miokard); diagnosis mual berhubungan dengan distensi lambung; dan diagnosis intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Hal tersebut dikarenakan kondisi pasien masih harus dilakukan pemantauan oleh perawat dan juga dokter yang dibuktikan dengan pasien hari rawat ketiga dengan diagnosa medis *unstable angina pectoris* (UAP) yang dimana untuk mengurangi dan meringankan manifestasi klinis dari penyakit jantung tersebut tidak dapat dilakukan secara instan. Namun, pada pasien perlahan-lahan didapatkan data peningkatan kondisi ke arah yang lebih baik ditandai dengan tercapainya sebagian kriteria pada diagnosis utama yaitu diagnosis penurunan curah jantung.

Faktor pendukung dalam penulisan evaluasi keperawatan adalah tercukupinya data yang didapatkan dari rekaman medis dan tim tenaga kesehatan lainnya serta sikap kooperatifnya pasien dan keluarga pasien dalam evaluasi keperawatan sehingga penulis dapat mengumpulkan data evaluasi keperawatan dengan sebaik-baiknya. Pada tahap ini penulis tidak menemukan faktor penghambat dalam penyelesaian proses keperawatan pada tahap evaluasi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil pengkajian yang didapatkan oleh penulis, hal-hal yang ada pada kasus sebagian besar sama dengan tinjauan teori yang ada. Namun berdasarkan pengkajian *unstable angina pectoris* (UAP) yang dilakukan kepada pasien, ternyata masih banyak kesenjangan antara teori dan kasus. Salah satunya, menurut teori pasien *unstable angina pectoris* adalah pasien dengan simptom iskemia sesuai sindrom koroner akut, tanpa terjadi peningkatan enzim jantung CK-MB dan troponin dengan atau tanpa perubahan elektrokardiogram yang menunjukkan iskemia (depresi segmen ST, inversi gelombang T dan elevasi segmen ST yang transien). Hal itu berarti tidak terjadinya nekrosis miokard sehingga tidak terdapat perubahan enzim troponin pada hasil pemeriksaan laboratorium. Namun terdapat kesenjangan pada hal ini dimana pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan isoenzim CK-MB dan hanya dilakukan pemeriksaan elektrolit berupa troponin.

Dari yang penulis dapat menurut teori ada delapan diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP) yaitu, nyeri akut, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, ansietas, defisit pengetahuan, risiko penurunan curah jantung, risiko perfusi

miokard tidak efektif, dan risiko syok. Namun pada kasus hanya ditemukan tiga diagnosis yang sama dengan teori yaitu, penurunan curah jantung, nyeri akut dan intoleransi aktivitas; dan diagnosis yang ada pada kasus namun tidak ada pada teori yaitu, gangguan pertukaran gas, dan nausea. Kemudian yang tidak ada pada kasus namun ada pada teori yaitu, ansietas, defisit pengetahuan, risiko penurunan curah jantung, risiko perfusi miokard tidak efektif, dan risiko syok. Penulis tidak menegakkan ketiga diagnosis tersebut karena penulis tidak mendapatkan data pasien sebanyak 80 % dari tanda mayor dari kedua diagnosis dan juga penulis telah mendapatkan diagnosis aktual untuk diagnosis risiko penurunan curah jantung. Hal tersebut merupakan alasan mengapa ketiga diagnosis tersebut tidak ditegakkan oleh penulis.

Faktor pendukung yang penulis rasakan selama menulis perencanaan adalah tersedianya referensi berupa buku yang dapat digunakan penulis sebagai acuan teori dalam penulisan perencanaan keperawatan. Dalam penulisan perencanaan penulis tidak mendapati faktor penghambat atau kesulitan yang berarti.

Faktor pendukung yang penulis rasakan selama proses pelaksanaan keperawatan yaitu penulis dapat melihat kembali pelaksanaan keperawatan yang dilakukan selama 24 jam baik dalam pencatatan manual ataupun di komputer, selain itu tersedianya *literature* yang dibutuhkan dalam penanganan *unstable angina pectoris* (UAP). Faktor penghambat yang penulis rasakan adalah kurangnya kesadaran pasien dalam melakukan pelaksanaan keperawatan.

Selama penulisan evaluasi keperawatan, faktor pendukung yang penulis rasakan adalah tercukupinya data yang didapatkan dari rekaman medis dan tim tenaga kesehatan lainnya serta sikap kooperatifnya pasien dan keluarga pasien dalam evaluasi keperawatan sehingga penulis dapat mengumpulkan data evaluasi keperawatan dengan sebaik-baiknya. Pada tahap ini penulis tidak menemukan faktor penghambat dalam penyelesaian proses keperawatan pada tahap evaluasi.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas saran yang ingin penulis sampaikan yaitu:

### 1. Untuk institusi

Institusi diharapkan memberikan waktu yang lebih lama dalam melakukan asuhan keperawatan di ruangan sehingga penulis dapat lebih mudah memonitor terkait kondisi pasien lebih lanjut dan lebih mendalam.

### 2. Untuk perawat ruangan

Perawat diharapkan mempertahankan kerja sama yang baik antar teman sejawat dan tenaga kesehatan lainnya, mempertahankan ketepatan waktu dalam pemberian obat sehingga pasien bisa mengonsumsi obat tepat waktu dan juga bisa mengimplementasikan teknik relaksasi napas dalam untuk meredakan nyeri pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP).

### 3. Untuk penulis

Penulis diharapkan mampu mengembangkan ilmu dan pengetahuan yang ada khususnya dalam bidang keperawatan dengan

memperbanyak membaca *literature* dan mencari informasi terkini mengenai permasalahan dan ilmu keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris* (UAP), sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan yang lebih optimal dan efektif pada pasien yang menderita *unstable angina pectoris* (UAP).

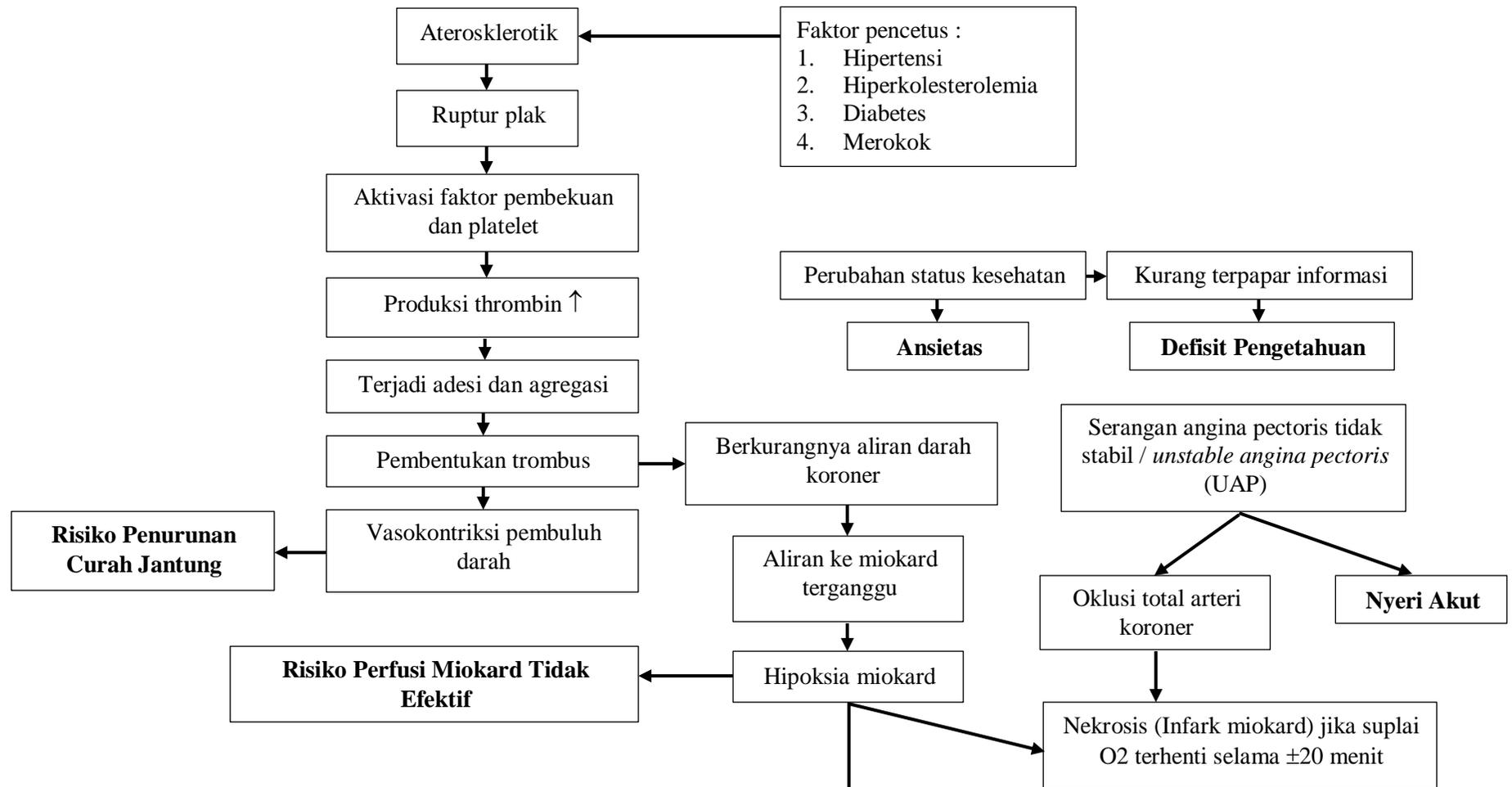
## DAFTAR PUSTAKA

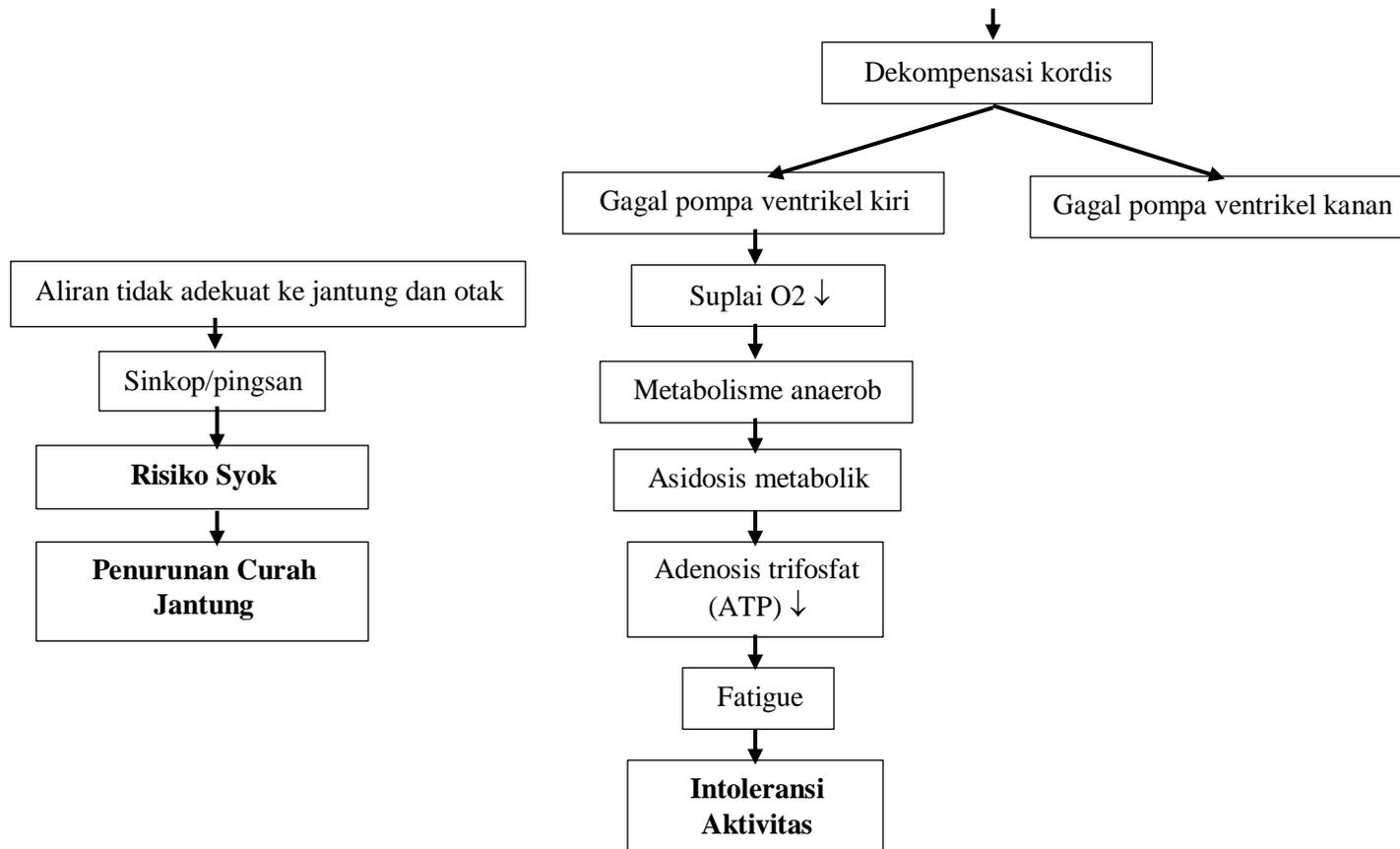
- Anies. (2021). *Penyakit jantung & pembuluh darah; diagnosis, solusi, dan pencegahannya*. Arruz Media.
- Aspiani, R. Y. (2017). *Buku ajar asuhan keperawatan klien gangguan kardiovaskular aplikasi nic & noc*. Buku Kedokteran EGC.
- Bach, R. G. (2023). Non-st-segment elevation acute coronary syndromes. In *Cardiology Subspecialty Consult* (4th ed.). The Washington Manual.
- Damay, V. A., Phurbojoyo, T., Ariffudin, Y., Suciadi, L. P., Dewi, T. I., Tanaka, M., Aziz, M., Rostiati, D., & Tiksnadi, B. B. (2024). *Penuntun praktis penyakit jantung dan pembuluh darah*. Buku Kedokteran EGC.
- Diyono. (2023). Asuhan keperawatan pada pasien penyakit jantung koroner. In *Buku Referensi Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskular Berdasarkan 3S*. EUREKA MEDIA AKSARA. <https://repository.penerbiteurka.com/media/publications/567023-buku-referensi-keperawatan-medikal-bedah-0074d4ea.pdf>
- Hadinata, D., & Abdillah, A. J. (2022). *Metodologi keperawatan*. WIDINA BHAKTI PERSADA BANDUNG. <https://repository.penerbitwidina.com/media/publications/439035-metodologi-keperawatan-aa6113fc.pdf>
- Hariyono. (2020). *Buku ajar asuhan keperawatan sistem kardiovaskuler untuk profesi ners*. ICME Press. <https://drive.google.com/file/d/1K3b9WfEbTlzfWU3TDbiqVAyt5-zLxBSE/view>
- Harsa, S. V., Rahmah, C., & Mayasari, D. (2023). PENATALAKSANAAN ANGINA PEKTORIS TIDAK STABIL, SINDROM METABOLIK, DAN HIPERURISEMIA PADA PASIEN GERIATRI DENGAN TINGKAT PENGETAHUAN MINIMAL MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA: LAPORAN KASUS. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 10(9), 2853–2862.
- Irmalita, J. D. (2018). Sindrom koroner akut. In *Penyakit Kardiovaskular (PKV) 5 Rahasia*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Kabo, P., Muzakkir, Mappangara, I., M, A., Alkatiri, H., & Patimang, Y. (2021). *Mengenal penyakit kardiovaskular & solusinya untuk dokter umum*. Universitas Indonesia Publishing.
- Kemenkes RI. (2022). *Penyakit Jantung Penyebab Utama Kematian, Kemenkes Perkuat Layanan Primer*. Redaksi Sehat Negeriku. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20220929/0541166/penyakit-jantung-penyebab-utama-kematian->

kemenkes-perkuat-layanan-primer/

- Khodriyati, N. S., Dewi, A., & Khoiriyati, A. (2018). Efektifitas kombinasi terapi musik dan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pasien post kateterisasi jantung. *Jurnal Kesehatan Karya Husada*, 6(1), 50–65. <https://jurnal.poltekkeskhjogja.ac.id/index.php/jkkh/article/view/288/189>
- Komalasari, I., & Diarsvitri, W. (2022). *ARTIKEL PENELITIAN: ANGINA STABIL*. 2(1), 10–16.
- Maulana, M. (2017). *Penyakit jantung; pengertian, penanganan & pengobatan* (A. Q. Shaleh (ed.)). KATAHATI.
- PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar intevensi keperawatan indonesia; definisidan tindakan keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan indonesia; definisi dan kriteria hasil keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Rahman, I. A., & Dewi, R. L. (2023). Intervensi Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Unstable Angina Pectoris. *Jurnal Keperawatan*, 15(1), 33–39. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- Setiadi, A. P., & Halim, S. V. (2018). *Penyakit kardiovaskular; seri pengobatan rasional*. GRAHA ILMU.
- Suri, M. (2021). Upaya Peningkatan Pengetahuan tentang Penyakit Jantung Koroner pada Lansia di Posyandu Lansia Kelurahan Rawasari. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 3(3), 249–254.
- Sweis, R. N., & Jivan, A. (2024). *Unstable Angina (Acute Coronary Insufficiency; Preinfarction Angina; Intermediate Syndrome)*. MSD Manual Professional Version. <https://www.msdmanuals.com/professional/cardiovascular-disorders/coronary-artery-disease/unstable-angina>

**PATHWAY**





(Damay et al., 2024; Kabo et al., 2021; Setiadi & Halim, 2018)

## ANALISA OBAT

### 1. Spironolactone

**Indikasi:** Hiperaldosteronisme, hipertensi, gagal jantung dengan derajat New York Association (NYHA) III dan IV, edema akibat sirosis hepatitis, penyakit ginjal kronis dan acne vulgaris.

**Kontraindikasi:** Anuria, gangguan ginjal dan hyperkalemia. Pada pasien dengan gagal jantung dan gangguan ginjal, spironolactone dikontraindikasikan pada kadar kalium  $>5$  mEq/L atau kreatinin darah  $>2,5$  mg/dL pada pria, karena risiko tinggi menyebabkan hyperkalemia yang fatal.

### 2. Aspilet

**Indikasi:** Pembekuan darah pasca serangan jantung, angina pectoris, serta dapat meringankan nyeri ringan sampai sedang dan menurunkan demam.

**Kontraindikasi:** Hipersensitif pada kandungan dari aspilet, riwayat asma bronkial, bronkospasme, tukak lambung dan usus, riwayat pendarahan pada saluran cerna, gangguan pembekuan darah, hamil dan menyusui.

### 3. Clopidogrel

**Indikasi:** Mengurangi kejadian aterosklerotik (infark miokard, stroke dan kematian vaskuler), dan diberikan pada pasien dengan aterosklerotik yang ditandai dengan stroke yang belum lama, terjadi infark miokard atau penyakit arteri lainnya.

**Kontraindikasi:** Hipersensitif terhadap clopidogrel, perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intracranial. Penggunaan obat ini harus

diperhatikan pada pasien yang mungkin berisiko mengalami peningkatan perdarahan akibat trauma, pembedahan atau kondisi patologis lain yang menerima penghambat glikoprotein IIb/IIIa secara bersamaan, pasien dengan gangguan hati yang mungkin mengalami perdarahan diathesis dan tidak boleh diberikan dalam beberapa hari pertama setelah infark miokard.

#### 4. ISDN (Isosorbide Dinitrate)

**Indikasi:** Sebagai pencegah dan pengobatan jantung (indikasi kardiak) pada angina pectoris yang diakibatkan oleh penyakit jantung coroner. Obat ini juga dapat digunakan sebagai terapi pada kasus gagal jantung kongestif yaitu dengan dosis kombinasi isosorbide dinitrate dan hydralazine.

**Kontraindikasi:** tekanan darah yang terlalu rendah (sistolik <90 mmHg), laju denyut nadi yang terlalu rendah (<50 kali per menit), laju denyut nadi yang terlalu cepat, serangan jantung yang melibatkan bilik kanan jantung serta konsumsi obat-obatan golongan fofodiesterase.

#### 5. Ramipril

**Indikasi:** Hipertensi, gagal jantung kongestif, gagal jantung setelah infark miokard, dan nefropati. Obat ini juga digunakan untuk mencegah penyakit jantung pada pasien yang berisiko tinggi.

**Kontraindikasi:** Kehamilan, laktasi, alergi / hipersensitif terhadap produk ini atau obat angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) lainnya. Penggunaan obat ini juga harus diperhatikan pada pasien yang memiliki gangguan ginjal dan riwayat angioedema.

## 6. Simvastatin

**Indikasi:** Untuk mengurangi risiko infark miokard akut, stroke dan angina pectoris pada orang dewasa yang tidak memiliki riwayat penyakit jantung coroner sebelumnya, tetapi memiliki beberapa faktor risiko. Indikasi lainnya yaitu sebagai terapi antibiotik, menurunkan kadar kolesterol total, kolesterol LDL, apolipoprotein B (apo B), dan trgliserida dan selanjutnya dapat meningkatkan kadar kolesterol HDL pada kasus hyperlipidemia primer atau dyslipidemia campuran.

**Kontraindikasi:** Riwayat sensitivitas terhadap produk simvastatin, pasien yang sedang hamil/menyusui, penderita penyakit hati akut, Pasien dengan terapi obat-obatan yang dapat menginhibisi kerja enzim CYP3A4.

## 7. Laxadine

**Indikasi:** Pelicin jalannya feses, penambahan volume feses secara sistematis sehingga mudah dikeluarkan.

**Kontraindikasi:** Ileus obstruktif, dan nyeri perut yang tidak diketahui penyebabnya.

## 8. Arixtra (fondaparinux)

**Indikasi:** DVT (deep vein thrombosis) atau emboli paru akut, profilaksis DVT dengan riwayat trombositopenia terinduksi heparin, pada pasien yang menjalani operasi patah tulang pinggul, operasi penggantian pinggul, operasi penggantian lutut atau operasi perut.

**Kontraindikasi:** Riwayat reaksi alergi pada Fondaparinux Na., riwayat pendarahan aktif/sulit dikontrol, gangguan ginjal berat, infeksi pada jantung

(endocarditis bakteri), dan riwayat trombositopenia setelah penggunaan heparin. Fondaparinux tidak boleh digunakan untuk mencegah penggumpalan darah pascaoperasi pada pasien dibawah 50 kg.

#### 9. Omeprazole

**Indikasi:** Ulkus duodenum, infeksi helicobacter pylori, maag lambung, GERD, esophagitis erosive, kondisi hipersekresi (misalnya: sindrom Zollinger-Ellison).

**Kontraindikasi:** Pasien dengan hipersensitivitas terhadap omeprazole dan obat golongan penghambat pompa proton lain. Peringatan pada pemberian omeprazole adalah risiko infeksi *Clostridium difficile* dan kanker lambung pada penggunaan jangka panjang dan dosis tinggi

#### 10. Lasix (furosemide)

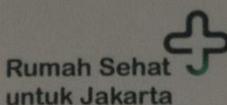
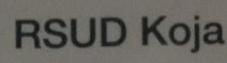
**Indikasi:** Obat ini digunakan pada tata laksana *overload* cairan dan edema yang disebabkan karena gagal jantung, sirosis hati, dan penyakit ginjal, termasuk sindrom nefrotik. Furosemide juga diindikasikan untuk pengobatan hipertensi, baik digunakan sendiri maupun bersama obat antihipertensi lainnya.

**Kontraindikasi:** Kondisi hiponatremia, hipovolemia, dehidrasi, hipotensi, pasien anuria, pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap furosemide maupun komponen penyusun obat ini. Pasien dengan alergi terhadap antibiotik sulfonamide, misalnya sulfadiazine atau sulfamethoxazole, juga sebaiknya tidak menggunakan furosemide, karena mungkin terjadi reaksi silang. Bila terjadi peningkatan azotemia dan oliguria selama terapi, sebaiknya pemberian furosemide dihentikan.

Lampiran 3 : Pemeriksaan MRI



Lampiran 4 : Pemeriksaan *Echocardiogram*

JL. Deli No. 4 Tanjung Priuk Jakarta Utara  
Tlp. 43938478, Fax. 4372273

### LAPORAN ECHOCARDIOGRAPHY

<b>NAMA</b> : NUR BAETI (4) <b>ALAMAT</b> : 8 PARU <b>UMUR</b> : 61 TAHUN	<b>TANGGAL</b> : 22/05/2023 <b>NO.MR</b> : 01067610 <b>PEMERIKSA</b> : DR.SISSY K.A, SPJP/ M
---	--

PENGUKURAN		Normal	Normal
Aorta	Root Dimension	20 – 37 mm	Ventrikel Kiri EDD
Atrium Kiri	Dimension	15 – 40 mm	ESD
Ventrikel Kanan	Dimension	< 30 mm	IVS Diastole
Fungsi Jantung	EF	53 – 77 %	IVS Systole
	EPSS	< 10 mm	PW Diastole
	MVA	> 3 cm <sup>2</sup>	PW Systole

**PENEMUAN** :

1. Dimensi ruang jantung dalam batas normal
2. LVH (+) Konsentris
3. LV fungsi sistolik 67% (Teicht)
4. RV fungsi baik, TAPSE 2.1 cm
5. Analisa segmental : Global normokinetik
6. Katup – katup jantung :
  - k. aorta : 3 cuspid, normal
  - k. mitral : dalam batas normal
  - k. tricuspid : dalam batas normal
  - k. pulmonal : dalam batas normal
7. E/A > 1
8. Lain-lain : -Thrombus (-)

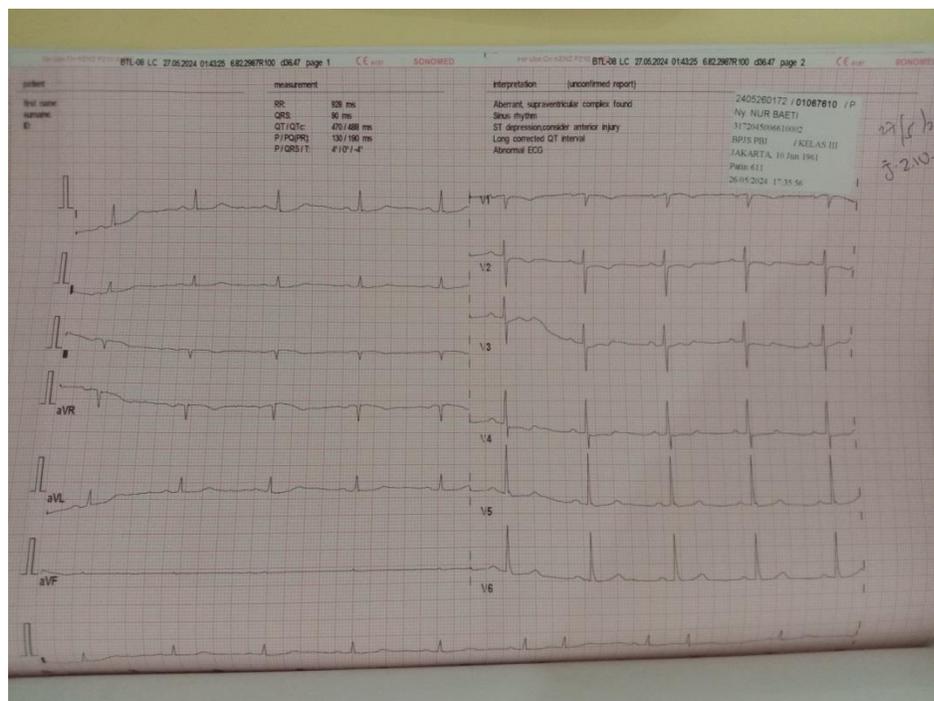
**KESIMPULAN** :

LVH konsentris  
 Kontraktilitas LV normal, EF 67%, Global normokinetik  
 Kontraktilitas RV baik  
 Katup-katup dalam batas normal  
 Disfungsi diastolic grade II

Cardiologist

**1 LEMBAR UNTUK PASIEN, 1 LEMBAR UNTUK DISIMPAN DI STATUS**

Lampiran 5 : Pemeriksaan EKG



## Lampiran 6 : Lembar Konsultasi

Lampiran 1: Contoh lembar konsultasi

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Pembimbing : Ns. Yurwin Yari, M. Kep., M. Biomed  
 Nama Mahasiswa : Angely Nanda Mylanda  
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny. N dengan unstable angina pectoris (UAP) di Ruang 611 Kardilogi lantai 6 RSUD Kota Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda Tangan
1	20 Mei	Bimbingan sebelum ambil kasus.	
2	30 Mei	Bimbingan aspek setelah pengambilan kasus.	
3	3 Juni	Konsul aspek dan revisi	
4	7 Juni	Konsul BAB 1 dan 2	
5	8 Juni	Revisi BAB 1 dan 2	
6	10 Juni	revisi BAB 2	
7	11 Juni	Revisi BAB 3	
8	14 Juni	Revisi BAB 3 dan 4	
9	15 Juni	ACC BAB 3 dan revisi Bab 4	
10	20 Juni	Konsul BAB 5 dan revisi BAB 4	
11			
12	21 Juni	Revisi BAB 4 & 5	
13	22 Juni	Revisi BAB 4 & 5	
14			

 Modul Penulisan Karya Tulis Ilmiah Prodi Diploma Tiga Keperawatan 2024