



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. R DENGAN
UNSTABLE ANGINA PECTORIS DI RUANG 607
KARDIOLOGI LANTAI 6 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

ADINDA SALSABILA

2011078

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
Jakarta, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. R DENGAN
UNSTABLE ANGINA PECTORIS DI RUANG 607
KARDIOLOGI LANTAI 6 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

ADINDA SALSABILA

2011078

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**

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 : Adinda salsabila

NIM : 2011078

Tanda Tangan

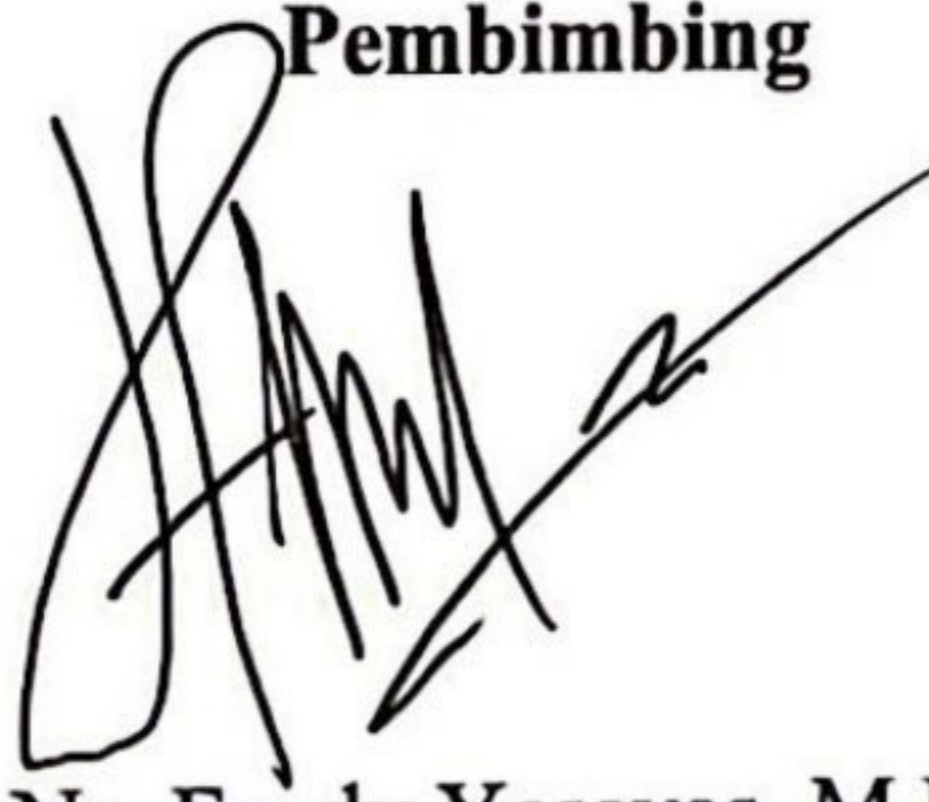
: 

Tanggal : 15 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

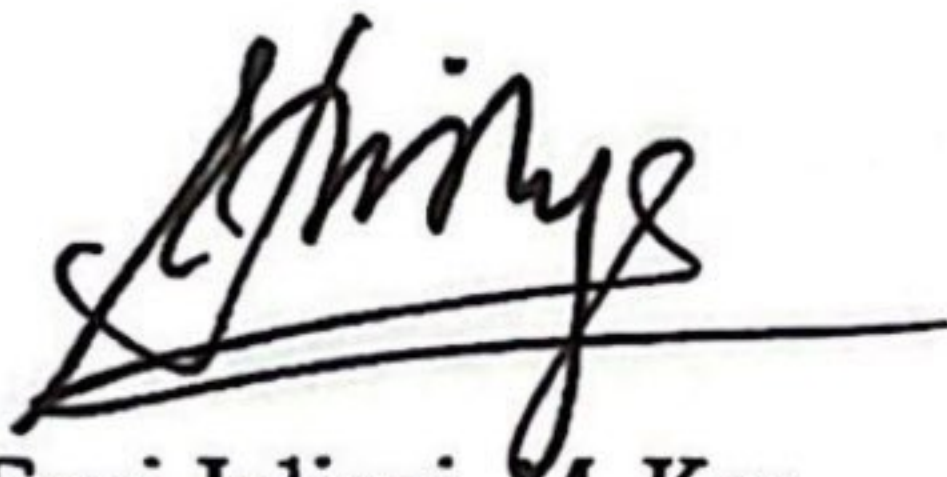
**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. R Dengan
Unstable Angina Pectoris Di Ruang 607
Kardiologi Lantai 6 RSUD Koja
Jakarta Utara**

Pembimbing



Ns. Fendy Yesayas, M.Kep

Penguji I



Enni Juliani, M. Kep

Penguji II



Ns. Ulfa Nur Rohmah, M. Kep

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ketua

Ellynia, S. E., M. M.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ellynia, S.E., M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan dukungan dan arahan selama masa perkuliahan;
2. Ns. Veronica Y.R.M, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Ketua Prodi Diploma-III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan dukungan dan pembelajaran yang sangat bermanfaat bagi penulis;
3. Dr. Ida Bagus Nyoman Banjar, MKM, selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum daerah Koja Jakarta;
4. Ns. Fendy Yesayas, M.Kep selaku Pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing penulis dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
5. Enni Juliani, M.Kep selaku Penguji dalam Karya Tulis Ilmiah ini;
6. Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku Penguji dalam Karya Tulis Ilmiah ini;

7. Seluruh dosen pengajar dan staf pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan dukungan untuk penulis selama masa perkuliahan;
8. Kepala ruangan sekaligus CI lantai 6 Ruang Kardiovaskuler RSUD Koja yang sudah memberikan pengarahan, bimbingan, serta motivasi semasa pengambilan kasus;
9. Perawat Ruang Kardiovaskuler Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang memberikan dukungan dan ilmu yang bermanfaat untuk penulis selama melakukan asuhan keperawatan;
10. Tn. R dan keluarga yang telah kooperatif dan informatif dalam membantu menulis Karya Tulis Ilmiah;
11. Kepada diri saya sendiri yang telah mampu menyelesaikan dan melawan rasa malas terhadap diri sendiri;
12. Bapak Fajar Hamid selaku orang tua penulis yang telah memberikan dukungan, doa, dan fasilitas dalam menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah;
13. Bapak M. Hatta dan Maryam Ningmas selaku kakek dan nenek yang telah memberikan dukungan, doa, dan fasilitas dalam menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah;
14. Ayu Ratna Nurhalifah selaku sahabat yang telah memberikan dukungan dan menemani penulis selama menyusun Karya Tulis Ilmiah;
15. Keplor (Adhisty Nabila Putri dan Nur Zahra Damayanti) yang telah menemani penulis dari awal SMP sampai saat ini dengan penuh kebahagiaan dan kasih sayang;

16. STRONG (Ayu Ratna Nurhalifah, Alsefia Fadiyani, dan Caroline angellyca) yang telah menemani penulis selama masa perkuliahan berlangsung dengan penuh warna-warni kehidupan perkuliahan;
17. KTI KMB (Filhayati, Kamilah, dan Erni) selaku teman yang selalu mengajak mengerjakan Karya Tulis Ilmiah bersana;
18. Kepada adik-adik (Fadillah, Firza, dan Selshabila) yang telah membantu membuat hati saya senang dengan selalu mengajak jalan-jalan;
19. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun bersama dengan saya, terutama kelas C 2020/2023, terimakasih atas kerjasama dan kebersamaannya
- Akhir kata, saya berharap Allah SWT membalas segala semua kebaikan semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan kepada penulis. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 15 Juni 2023

Adinda salsabila

DAFTAR SINGKATAN

UAP	: <i>Unstable angina pectoris</i>
CO	: <i>Cardiac output</i>
EKG	: Elektrokardiografi
PCI	: <i>Percutaneous coronary intervention</i>
CABG	: <i>Coronary artery bypass surgery</i>
AMI	: <i>Acute myocardial infarction</i>
EF	: <i>Ejection fraction</i>
CVP	: <i>Central venous pressure</i>
BNP	: <i>Brain natriuretic peptide</i>
TENS	: <i>Transcutaneous electrical nerve</i>
AGD	: Analisa gas darah
DM	: Diabetes melitus
HNP	: Hernia nukleus pulposus
IMT	: Indeks massa tubuh
ECG	: <i>echocardiography</i>
RV	: <i>Right ventricle</i>
LV	: <i>Left ventricle</i>
LVH	: <i>Left ventricle hypertrophy</i>

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR SINGKATAN	vii
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TEORITIS	8
A. Pengertian.....	8
B. Patofisiologi	9
1. Etiologi	9
2. Faktor serangan	9
3. Proses.....	10
4. Manifestasi klinik	11
5. Komplikasi	12
C. Penatalaksanaan	12
D. Pengkajian Keperawatan.....	14
E. Diagnosis Keperawatan.....	19
F. Perencanaan Keperawatan	20
G. Pelaksanaan Keperawatan	30
H. Evaluasi Keperawatan.....	31
BAB III TINJAUAN KASUS.....	34
A. Pengkajian	34
B. Diagnosis Keperawatan.....	55
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi	56
BAB IV PEMBAHASAN.....	75

A. Pengkajian keperawatan.....	75
B. Diagnosis keperawatan	79
C. Perencanaan keperawatan	82
D. Pelaksanaan keperawatan.....	84
E. Evaluasi keperawatan.....	85
BAB V_PENUTUP.....	87
A. Kesimpulan	87
B. Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA	92

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Lembar pathway.....	94
Lampiran 2	: Lembar analisa obat.....	95
Lampiran 3	: Lembar SAP.....	97
Lampiran 4	: Lembar leaflet.....	103
Lampiran 5	: Lembar balik.....	104
Lampiran 6	: Foto toraks dan EKG.....	106

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pada sistem kardiovaskuler, jantung merupakan organ utama, jantung mempunyai 4 bagian, ruang dari bagian jantung disebut atrium. Umumnya jantung pada orang dewasa berukuran panjang 14 cm dan lebar 9 cm, Karena harus mensuplai darah ke seluruh jaringan maka jantung harus terus berdetak, jika kurang ataupun berlebih maka akan menimbulkan berbagai masalah kesehatan sehingga jantung harus berdetak dengan batas normal. (Hidayati & Irmawati, 2020).

Penyakit yang menyerang jantung ada banyak, salah satunya adalah *unstable angina pectoris* atau biasa disebut sindrom koroner akut. Penyakit *unstable angina pectoris* menjadi masalah kesehatan yang harus diperhatikan karena menjadi penyebab utama kematian di seluruh dunia. Hal ini menjadi salah satu perhatian besar di dunia keperawatan karena biasanya penderita tidak menyadari tanda-tanda penyakit tersebut dan sering kali datang dalam kondisi gawat darurat. Dalam menegakkan diagnosis keperawatan gejala yang dialami penderita *unstable angina pectoris* adalah nyeri, pusing, sesak napas, berkeringan yang abnormal, tampak cemas dan mengalami palpitasi (Goyal et al., 2023).

Menurut penelitian yang dilakukan di Amerika pada wanita ditemukan tanda gejala awal serangan jantung yaitu rasa capek dan susah tidur yang berlebihan, pada 515 wanita dengan kriteria usia rata – rata 66 tahun yang sebelumnya mereka bermasalah dengan jantungnya ditanyai mengenai gejala sebelum terkena serangan, sebanyak 95% mengatakan bahwa sebulan sebelum mereka mereka mengalami serangan jantung, mereka mengalami gejala yang berbeda, namun gejala tersebut hilang setelah serangan jantung tersebut terjadi, dari hasil penelitian tersebut gejala umum yang paling banyak dikeluhkan adalah rasa letih berlebihan sebanyak 70%, diikuti dengan gangguan tidur 48%, sesak napas 42%, gangguan pencernaan 39%, kecemasan 35%, dan hanya 30% yang mengeluhkan sakit di dada sebelum serangan terjadi (Pusat Data dan Analisa Tempo, 2021). Komplikasi yang dapat terjadi jika unstable angina pectoris tidak segera ditangani ialah dapat terjadi aritmia *cardiac*, infark miokardium akut atau yang biasa disebut serangan jantung, bahkan sampai kematian jantung secara mendadak (Wijaya & Putri, 2013).

World Health Organization pada tahun 2021 menyebutkan bahwa sebanyak 32% dari seluruh kematian didunia sebanyak 17,9 juta jiwa mengalami kematian yang disebabkan penyakit kardiovaskuler dan diperkirakan akan terus meningkat sampai tahun 2030, hal ini mengalami peningkatan dimana pada tahun 2020 kematian disebabkan penyakit jantung sebanyak 18,7%. Dari data tersebut sebanyak 85% kematiannya dikarenakan penyakit jantung koroner, yaitu sebanyak 7,3 juta jiwa dan stroke 6,2 juta jiwa (*World Health Organization*, 2021).

Menurut data dari jurnal *American Heart Association* sebanyak 382.820 jiwa mengalami kematian dikarenakan penyakit jantung koroner

yang di catat pada tahun 2020, di Amerika penyakit jantung masih menjadi penyebab kematian terbanyak sehingga menduduki peringkat nomor 1 pada tahun 2020, diperkirakan, diperkirakan setiap 40 detik seseorang akan mengalami infark miokard, rata rata usia yang mengalami serangan jantung pertama adalah 72 tahun pada wanita dan 65,6 tahun pada pria menurut data yang diteliti dari tahun 2005 hingga 2014 (Tsao et al., 2023)

Data yang diambil dari Riset Kesehatan Dasar (Kemenkes RI, 2018), sebanyak 1,5% penduduk di Indonesia tercatat memiliki penyakit jantung dan ada 11 provinsi yang melaporkan angka kejadian penyakit kardiovaskuler tersebut. Kalimantan utara menjadi provinsi dengan angka kejadian penyakit jantung tertinggi dengan persentasenya sebanyak 2,2%, disusul dengan Yogyakarta dan Gorontalo 2%, Kalimantan timur dan DKI Jakarta 1,9%, Sulawesi utara 1,8%, 1,6% untuk Sumatra barat, Aceh, Jawa tengah dan Jawa timur (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan data yang didapat dari Rumah Sakit Umum Daerah KOJA didapatkan data bahwa tahun 2022 tercatat sebanyak 461 pasien mengidap penyakit jantung khususnya *unstable angina pectoris*, data ini merupakan data terbaru bulan Mei 2022- Mei 2023 yang didapatkan dari Rumah Sakit Umum Daerah KOJA.

Melihat angka kejadian penyakit jantung yang semakin meningkat, maka dibutuhkan peran perawat sangat dibutuhkan dalam pendampingan terhadap pasien untuk memberikan asuhan keperawatan terkait penyakit jantung yaitu sebagai promotif, preventif, kuratif dan

rehabilitatif. Peran perawat dalam promotif adalah memberikan informasi kepada pasien ataupun masyarakat mengenai penyakit jantung khususnya *unstable angina pectoris* atau sindrom koroner akut, dalam preventif juga bagaimana perawat melakukan pencegahan agar masyarakat terhindar dari penyakit maupun komplikasi dari *unstable angina pectoris*, sedangkan peran kuratif adalah perawat dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien baik dengan tindakan keperawatan maupun kolaborasi dengan tim medis lain, yang terakhir adalah *rehabilitative* bagaimana perawat menekankan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan kontrol rutin mengecek kondisinya dan memastikan pasien menjalankan pola hidup yang sehat sehingga terhindar dari komplikasi penyakitnya.

Berdasarkan permasalahan di atas penulis tertarik untuk melaksanakan bagaimana “Asuhan keperawatan pada pasien Tn. R dengan *unstable angina pectoris* di ruang 607 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*

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan *unstable angina pectoris*
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris*
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris*
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien *unstable angina pectoris*
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien *unstable angina pectoris*
- 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*

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya ilmiah ini hanya terbatas pada satu kasus yaitu “Asuhan keperawatan pada pasien Tn. R dengan *unstable angina pectoris* diruang 607 Kardiologi lantai 6 RSUD Koja Jakarta utara” yang dilaksanakan pada 20 Maret sampai 22 Maret 2023. 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

TEORITIS

A. Pengertian

Angina pectoris adalah kondisi dimana nyeri dada yang disebabkan oleh aktivitas contohnya seperti aktivitas fisik, sehingga menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen pada miokardium, namun nyeri ini akan mereda dengan istirahat atau pemberian obat (Majid, 2018). Sedangkan menurut (PERKI) 2018, Angina pectoris adalah kondisi yang disebut sindroma klinik, hal ini terjadi karena adanya ketidakseimbangan antara kebutuhan dan masuknya suplai aliran arteri koroner jantung.

Unstable angina pectoris adalah kondisi dimana ketidaknyamanan pada dada yang biasanya nyeri disebabkan karena aliran darah dan oksigen yang tidak mencukupi ke jantung, hal ini merupakan bagian dari sindrom koroner akut dan komplikasi lebih lanjutnya dapat menyebabkan serangan jantung (Churchhouse & Ormerod, 2017). Kesimpulannya adalah *unstable angina pectoris* adalah sebuah kondisi dimana oksigen yang berada didalam dalam mengalami masalah sehingga tidak bisa menghantarkan oksigen secara maksimal ke jantung, hal ini akan menyebabkan penderitanya mengalami serangan nyeri di dada kiri.

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Penyebab *unstable angina pectoris* ada beberapa macam menurut (Wijaya & Putri, 2013) yaitu aterosklerosis dimana adanya penyempitan pembuluh darah, yang kedua yaitu adanya spasme arteri koroner, yang ketiga pada pemeriksaan pasien terdapat anemia berat ataupun artritis, dan yang terakhir penyebab *unstable angina pectoris* adalah aorta infusensi.

Selain itu ada beberapa hal lain yang menjadi faktor resiko terjadinya *Unstable angina pectoris* terbagi menjadi dua macam (Muhibbah et al., 2019). Faktor yang pertama merupakan faktor resiko yang dapat diubah contohnya seperti kebiasaan merokok, hipertensi, diabetes melitus yang dikontrol, dyslipidemia dan juga obesitas, umumnya faktor resiko ini berkaitan dengan gaya hidup pasien. Faktor yang kedua adalah faktor yang tidak dapat diubah yaitu usia pasien seperti >45 tahun untuk pria dan >55 tahun untuk wanita, jenis kelamin, dan riwayat keluarga atau keturunan.

2. Faktor serangan

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) dalam bukunya ada beberapa hal yang bisa mempengaruhi munculnya serangan *Unstable angina pectoris* yaitu bagaimana kondisi emosi pasien, lalu faktor stress, kerja fisik yang terlalu berat, udara yang terlalu panas dan lembab, makan yang membuat terlalu kenyang, dan yang terakhir adalah merokok, hal-hal ini lah yang dapat membuat seringnya muncul serangan nyeri yang dirasakan oleh penderita *Unstable angina pectoris*.

3. Proses

Awal terjadinya *Unstable angina pectoris* adalah dikarenakan proses aterosklerosis dimana saat monosit berpindah yang seharusnya berada pada aliran darah namun ia melekat di lapisan pembuluh darah koroner, yang mengakibatkan penumpukkan lemak itu sendiri. Area yang mengalami penebalan atau yang biasa disebut plak (terbuat dari monosit dan lemak) akan membuat jaringan ikat yang berada di area perlekatan tersebut.

Selain itu Hipertensi juga dapat menyebabkan gesekan yang disebabkan ateroma. Ateroma merupakan plak aterosklerosis yang dapat menempel dimana saja, namun umumnya ia menempel di daerah percabangan. Ateroma yang pecah akan membuat pembuluh darah arteri menyempit sehingga membuat thrombus (pembentukan bekuan darah) yang mengalir, bekuan inilah yang akan menyebabkan sumbatan di area lain, dikarenakan sumbatan ini arteri koroner tidak dapat mensuplai darah dengan maksimal. Dikarenakan suplai darah yang menurun, membuat suplai oksigen ke otot jantung menjadi berkurang sehingga terjadilah iskemia.

Pasokan oksigen yang terhenti karena suplai darah yang menurun selama <20 menit akan menyebabkan otot jantung (miokardium) mengalami infark miokard atau nekrosis. Akibat dari kurangnya suplai darah ke otot jantung (miokardium) akan menimbulkan nyeri pada dada dan perubahan pada segmen ST pasien saat dilakukan pemeriksaan EKG. Nyeri yang terjadi akan membuat pasien menjadi cemas, selain itu iskemia miokard akan menyebabkan adanya penurunan kontraktilitas pada miokard yang akan membuat terjadinya penurunan *cardiac output* atau yang biasa disebut “CO”.

Berkurangnya suplai oksigen ini akan membuat nadi dan tekanan darah meningkat sehingga pasien akan mengalami kelelahan yang berlebihan, lalu tindak lanjut dari infark miokard akan menyebabkan peningkatan pada volume akhir diastolik ventrikel kiri dan tekanan pada atrium kiri. Ketika ventrikel kiri tidak mampu lagi memompa darah yang berasal dari paru-paru maka akan menyebabkan peningkatan tekanan didalam sirkulasi paru yang membuat terdorongnya cairan ke jaringan paru, sehingga menimbulkan edema dan juga gangguan pertukaran gas pada paru-paru (Smeltzer et al., 2013)

4. Manifestasi klinik

Manifestasi klinik pada *Unstable angina pectoris* menurut (PERKI, 2018) adalah :

- a. Nyeri dada yang timbul baik saat istirahat maupun saat melakukan aktivitas, nyeri yang timbul terasa seperti tertimpa beban berat di bagian dada kiri yang menjalar ke leher, rahang, bahu, lengan kiri dan epigastrium, nyeri ini dapat berlangsung beberapa menit ataupun bisa lebih dari 20 menit.
- b. Diaforesis (keringat dingin), biasanya disertai mual, muntah, nyeri pada perut, dan sesak napas
- c. Gambaran EKG yang ada pada *Unstable angina pectoris* yaitu : Depresi segmen ST $>2\text{mm}$ di beberapa sadaoab precordial, dapat juga disertai dengan elevasi segmen ST yang tidak persisten (<20 menit), dengan gelombang Q menetap, Non-diagnostik, dan Normal.
- d. Biomarka jantung yang tidak meningkat secara bermakna

5. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada *unstable angina pectoris* biasanya sering dikaitkan dengan penyakit jantung koroner karena, bila pembuluh darah koroner semakin sempit bahkan tersumbat total maka akan timbul serangan jantung yang dapat mengancam nyawa pasien, karena itu *angina pectoris* tidak boleh dianggap hal yang sepele, sehingga harus diperiksa sejak masih gejala awal atau masih dalam nyeri yang masih ringan untuk menghindari komplikasi lebih lanjut (Luthfiyah et al., 2021).

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien *unstable angina pectoris* yaitu infark miokardium akut (serangan jantung), aritmia, kematian jantung mendadak.

C. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada *Unstable angina pectoris* harus dilihat melalui pemeriksaan lebih lanjut untuk menentukan apa saja penatalaksanaan yang akan dilakukan sesuai dengan gejala dan klasifikasinya. Tatalaksana *Unstable angina pectoris* dibagi menjadi 2 menurut (Luthfiyah et al., 2021)

1. Non medikamentosa yang tepat pada penderita *Unstable angina pectoris* adalah tirah baring dan jika terdapat sesak maka akan diberikan oksigen 2-4 liter/menit, selain itu terapi teknik napas dalam, merupakan salah satu asuhan keperawatan, dimana perawat mengajarkan kepada pasien cara melakukan napas dalam, napas lambat yaitu inspirasi secara maksimal dan ditahan lalu dihembuskan secara perlahan. Hal ini juga terbukti dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik ini dapat membuat pasien merasa lebih tenang dan cemasnya berkurang (Islamie & Safriadi, 2018). Karena dapat menurunkan

intensitas nyeri dan membuat pasien lebih tenang, maka teknik ini dapat dilakukan untuk pasien *Unstable angina pectoris* dalam penanganannya. Yang ketiga terapi non medikosa adalah terapi massage punggung, tindakan terapi massage punggung merupakan salah satu tindakan untuk penanganan nyeri pada pasien *Unstable angina pectoris*, tindakan ini dilakukan diarea punggung. Pijatan pada punggung ini dapat membuat pasien relaksasi dan berdampak positif dalam mengurangi rasa nyeri pada pasien. Pijat punggung ini terbukti juga dalam sebuah jurnal dapat mengurangi stres psikologis (kecemasan) dan membuat pasien lebih nyaman sebelum dilakukan tindakan coronary angiography (Rosfiati et al., 2015).

2. Tatalaksana Medikamentosa ini bertujuan untuk mengurangi keluhan pada pasien *Unstable angina pectoris*, seperti gejala maupun komplikasi lebih lanjut yaitu serangan jantung. Penangannya pada setiap pasien *Unstable angina pectoris* berbeda-beda tergantung keluhan yang dialaminya, menurut (PERKI, 2016) terapi medikamentosa yaitu adalah pemberian aspirin kepada pasien 1x80mg-160mg dilihat dari kondisi pasien, yang kedua adalah pemberian simvastatin 1x20-40mg atau atorvastatin 1x20-40mg atau bisa diganti dengan rosuvastatin 1x10-20mg, yang ketiga adalah obat-obatan betabloker seperti bisoprolol 1x5-10mg/ carvedilol 2x25mg, atau bisa juga digantikan metoprolol 2x50mg dan ivabradine 2x5mg dilihat jika pasien intoleran dengan betabloker, yang terakhir adalah pemberian obat isosorbid dinitrat 3x5-20 mg atau isosorbid mononitrat 2x20mg. Operasi, operasi yang dilakukan adalah operasi *bypass* jantung, yaitu dengan cara mengambil pembuluh darah di bagian tubuh lain lalu dibuat saluran aliran darah baru

sebagai pengganti saluran aliran darah yang sudah mengalami penyempitan. Selain itu ada terapi PCI atau CABG yaitu merupakan rencana tindakan pada pasien koroner perkutan atau CABG elektif yang dilakukan ketika ditemui bukti iskemik pada pasien dari pemeriksaan penunjang yang disertai lesi signifikan berdasarkan pemeriksaan angiografi koroner.

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses asuhan keperawatan. Dalam pengkajian keperawatan nantinya akan menentukan langkah apa yang harus diambil pada tahap selanjutnya. Pada tahap ini merupakan kemampuan perawat dalam mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada pasien, sehingga perawat dapat melanjutkan ke tahap berikutnya seperti diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, serta yang terakhir adalah evaluasi keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian keperawatan harus dilakukan dengan cermat dan teliti agar informasi yang didapatkan dapat teridentifikasi dengan baik. Kegiatan yang ada dalam pengkajian keperawatan adalah mengumpulkan data pasien sehingga didapatkan seluruh informasi mengenai status kesehatan pasien, baik saat pasien sehat maupun saat pasien mengalami kesenjangan (Rohmah & Walid, 2019).

1. Biodata: Nama, tempat dan tanggal lahir, alamat, dan lain-lain
2. Riwayat kesehatan dahulu
 - a. Riwayat serangan jantung sebelumnya, dikaji kapan terakhir kali pasien mengalami hal serupa yaitu nyeri dada, dan berapa lama serangannya terjadi.

- b. Riwayat penyakit pernafasan kronis, apakah pasien sebelumnya pernah mengalami penyakit pernafasan
 - c. Riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, dan ginjal, melihat riwayat penyakit pasien sebelumnya apakah ia mengonsumsi obat-obatan hipertensi, diabetes melitus, dan mempunyai permasalahan dengan ginjalnya
 - d. Diet rutin dengan tinggi lemak, apakah sebelumnya pasien sering mengonsumsi makanan tinggi lemak/ tidak.
3. Riwayat kesehatan keluarga
- Mengkaji apakah ada riwayat keluarga yang sebelumnya mempunyai penyakit jantung infark miokard akut, diabetes mellitus, hipertensi, stroke dan penyakit pernapasan seperti asma.
4. Riwayat kesehatan sekarang
- a. Mengkaji pencetus apa yang paling sering mencetuskan angina, umumnya adalah kegiatan fisik yang berlebihan ataupun setelah makan
 - b. Nyeri yang datang mendadak (baik saat melakukan aktivitas maupun saat beristirahat)
 - c. Kualitas nyeri yang dirasakan pasien: sakit dibagian dada khususnya daerah mid sternal dada anterior (kiri), rasa nyeri umumnya digambarkan tidak jelas namun terkadang digambarkan seperti ditusuk-tusuk, tertimpa beban berat dan terasa terbakar
 - d. Nyeri yang dirasakan menjalar ke area leher, rahang, lengan sampai dengan jari ditangan kiri

- e. Umumnya gejala disertai dengan mual, muntan, berkeringat dingin, ada perasaan jantung berdebar-debar dan terasa sesak napas
- f. Waktu/lama nyeri: pada pasien angina hanya terjadi tidak melebihi 30 menit dan terkadang masih respon dengan obat-obatan anti angina, namun infark miokard sakitnya melebihi 30 menit dan rasa nyerinya tidak hilang dengan obat-obatan anti angina, namun biasanya hilang dengan pemberian analgesic menurut Wijaya & Putri pada buku KMBnya.

5. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

- 1) Tekanan darah pada pasien dengan *Unstable angina pectoris* pada saat di kaji dapat normal, meningkat ataupun menurun
- 2) *Heart rate*/ nadi dapat terjadi bradikardi/takikardi, dapat kuat/lemah, dan dapat teraba ataupun tidak
- 3) Pernapasan atau respirasi pada pasien *Unstable angina pectoris* saat dikaji umumnya meningkat
- 4) Suhu dapat normal ataupun meningkat

b. Kepala

- 1) Pasien akan mengeluhkan pusing, dan merasa kepalanya berdenyut baik saat tidur ataupun bangun
- 2) Tampak perubahan ekspresi wajah yaitu meringis atau merintih
- 3) Bisa terjadi nyeri pada rahang ataupun tidak

c. Penglihatan

Pada mata pasien biasanya terjadi:

- 1) Konjungtiva akan tampak pucat yang merupakan tanda anemia
- 2) Konjungtiva yang berwarna kebiruan menandakan sianosis sentral
- 3) Sklera berwarna putih yang merupakan gangguan faal hati pada pasien gagal jantung akibat komplikasi dari unstable angina pectoris
- 4) Gangguan visus yang mengindikasikan adanya kerusakan di pembuluh darah retina pasien akibat dari komplikasi hipertensi

d. Leher

- 1) Tampak distensi vena jugularis
- 2) Bisa terjadi nyeri pada leher ataupun tidak

e. Thorak

- 1) Bunyi jantung bisa saja normal saat dikaji atau terkadang terdengar bunyi jantung ekstra di S3/ S4 yang menandakan adanya gagal jantung atau terjadinya penurunan kontraktilitas, jika terdapat murmur menunjukkan adanya gangguan pada katup jantung atau disfungsi otot papilar, pericarditis
- 2) Irama jantungnya dapat normal teratur/ tidak
- 3) Pada paru-paru dapat normal ataupun terdapat kelainan
- 4) Pada pasien unstable angina pectoris ditemukan nadi periferinya teraba lemah

f. Abdomen

- 1) Adanya nyeri atau rasa terbakar di daerah epigastrik/ulu hati
- 2) Bising usus pasien dapat normal ataupun menurun

g. Ekstremitas dan kulit

- 1) Pada pasien dengan *Unstable angina pectoris* umumnya ekstremitasnya terasa dingin disertai keringat dingin
- 2) Terdapat oedema perifer atau oedema umum
- 3) Pasien akan mengeluh lelah dan merasa lemah
- 4) Tampak pucat/ sianosis, kuku tampak datar, dan membran mukosa tampak pucat

h. Respon psikologis

- 1) Pasien akan merasa gelisah/cemas, seperti merasa takut mati, khawatir dengan keluarga, pekerjaan dan keuangannya
- 2) Apakah terdapat depresi, tampak menarik diri dan tidak mau berkontak mata
- 3) Denial, dibuktikan dengan pasien menyangkal dan marah dengan penyakitnya

i. Pemeriksaan diagnostik

Penyakit *Unstable angina pectoris* biasanya dibuat sesuai dengan evaluasi manifestasi klinis yang terjadi pada pasien. Pada pasien angina terdapat perubahan pola EKG yang dapat membantu dalam perumusan diagnosis Angina. Pemeriksaan ini juga dilihat dari respon pasien terhadap beban kerja berat dan stress yang dipantau melalui EKG, contohnya seperti saat pasien bersepeda statis. Gambaran EKG yang tampak pada pasien angina yaitu:

- 1) EKG : depresi segmen ST, tampak gelombang T terbalik

- 2) EKG seringkali normal pada saat tidak terjadi serangan (Wijaya & Putri, 2013).

E. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah bagaimana suatu penilaian klinis perawat mengenai masalah pasien terhadap masalah kesehatannya baik yang berlangsung maupun potensial (SDKI, 2017) Terdapat lima diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien dengan *Unstable angina pectoris* menurut (Muttaqin, 2014) dan juga berdasarkan pada (SDKI, 2017), yaitu:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, preload, afterload, atau kontraktilitas
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: iskemia
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
5. Ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan
6. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi irama jantung, penurunan preload/ peningkatan tahanan vaskuler sistemik dan otot infark/ kerusakan struktur (Wijaya & Putri, 2013).

F. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan berisi intervensi keperawatan dan tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien. Intervensi keperawatan adalah bentuk treatment yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk bisa mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan, sedangkan tindakan keperawatan adalah aktivitas spesifik yang dilakukan perawat untuk melakukan intervensi keperawatan (SIKI, 2018). Intervensi yang berkaitan dengan *Unstable angina pectoris* yaitu:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, preload, afterload, atau kontraktilitas

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka curah jantung meningkat

Kriteria hasil:

Kekuatan nadi perifer meningkat, *ejection fraction* (EF) meningkat, palpitasi menurun, bradikardia menurun, takikardia menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dispnea menurun, oliguria menurun, pucat / sianosis menurun, *paroxysmal nocturnal dyspnea* menurun, ortopnea menurun, batuk menurun, suara jantung S3 menurun, suara jantung S4 menurun, tekanan darah membaik, pengisian kapiler membaik.

Rencana tindakan

Observasi

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi *dyspnea*, *paroxymal nocturnal dyspnea*, peningkatan CVP)

- b. Identifikasi tanda dan 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 saturasi oksigen
- e. Monitor keluhan nyeri dada
- f. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)
- g. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- h. Monitor saturasi oksigen
- i. Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)
- j. Monitor EKG 12 sadapan
- k. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- l. Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)
- m. Monitor fungsi alat pacu jantung

Terapeutik

- a. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- b. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. *beta blocker*, *ACE inhibitor*, *calcium channel blocker*, digoksin)
- c. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- d. Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)

- e. Gunakan stocking elastis atau *pneumatic intermitten*, sesuai indikasi
- f. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat
- g. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu
- h. Berikan dukungan emosional dan spiritual
- i. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Edukasi

- a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- b. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- c. Anjurkan berhenti merokok
- d. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan
- e. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

Kolaborasi

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

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil:

Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, anoreksia menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik.

Rencana tindakan

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 (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangar/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
- e. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Edukasi

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

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka pertukaran gas meningkat

Kriteria hasil:

Tingkat kesadaran meningkat, dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, pusing menurun, penglihatan kabur menurun, diaforesis menurun, gelisah menurun, napas cuping hidung menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, takikardia membaik, PH arteri membaik, Sianosis membaik, Pola nafas membaik, warna kulit membaik.

Rencana tindakan

Observasi

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
- b. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne – stokes, biot, ataksis)
- c. Monitor kemampuan batuk efektif
- d. Monitor adanya produksi sputum
- e. Monitor adanya sumbatan jalan napas
- f. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- g. Auskultasi bunyi napas
- h. Monitor saturasi oksigen
- i. Monitor nilai AGD
- j. Monitor hasil *X-ray* toraks

Terapeutik

- a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- b. Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 - b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil:

Frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, keluhan Lemah/lelah meningkat, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, EKG Iskemia membaik.

Rencana tindakan

Observasi

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

Terapeutik

- a. Anjurkan tirah baring
 - b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
 - c. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
 - d. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
 - e. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
 - f. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
5. Ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat ansietas menurun

Kriteria hasil:

Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, keluhan pusing menurun, frekuensi pernafasan menurun, frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun, perasaan keberdayaan membaik

Rencana tindakan

Observasi

- a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)
- b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

- a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- c. Pahami situasi yang membuat ansietas
- d. Dengarkan dengan penuh perhatian
- e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- f. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- g. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- h. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
- i. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- j. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

Edukasi

- a. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
- b. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan

- c. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- d. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- e. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- f. Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

6. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi irama jantung, penurunan preload/ peningkatan tahanan vaskuler sistemik dan otot infark/ kerusakan struktur

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka curah jantung meningkat

Kriteria hasil:

Kekuatan nadi perifer meningkat, *Ejection fraction* (EF) meningkat, palpitasi menurun, bradikardia menurun, takikardia menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dispnea menurun, oliguria menurun, pucat / sianosis menurun, paroxysmal nocturnal dyspnea menurun, ortopnea menurun, batuk menurun, suara jantung S3 menurun, suara jantung S4 menurun, tekanan darah membaik, pengisian kapiler membaik.

Rencana tindakan

Observasi

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, peningkatan CVP)

- b. Identifikasi tanda dan 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 saturasi oksigen
- e. Monitor keluhan nyeri dada
- f. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)
- g. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- h. Monitor saturasi oksigen
- i. Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensita, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)
- j. Monitor EKG 12 sadapan
- k. Monitor atrimia (kelainan irama dan frekuensi)
- l. Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)
- m. Monitor fungsi alat pacu jantung
- n. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- o. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. beta blocker, *ACE inhibitor*, *calcium channel blocker*, digoksin)

Terapeutik

- a. Posisikan pasien *semi fowler* atau *fowler* dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- b. Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)

- c. Gunakan stocking elastis atau pneumatic intermitten, sesuai indikasi
- d. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat
- e. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu
- f. Berikan dukungan emosional dan spiritual
- g. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Edukasi

- a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- b. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- c. Anjurkan berhenti merokok
- d. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan
- e. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

Kolaborasi

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

G. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah sebuah tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang disusun untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam pelaksanaan keperawatan berisi pengumpulan data yang sifatnya berkelanjutan, mengobservasi pasien baik sebelum maupun sesudah diberikan asuhan keperawatan dan menilai data yang baru didapatkan (Rohmah & Walid, 2019).

H. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Berman et al., 2021) evaluasi keperawatan adalah tahap kelima atau tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan merupakan aspek penting dari proses keperawatan karena hasil dari kesimpulan evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus dilanjutkan, dihentikan, atau bahkan diubah. Menurut (Sitanggang, 2018) terdapat 3 jenis evaluasi yaitu sebagai berikut :

1. Evaluasi struktur

Evaluasi struktur yaitu evaluasi yang fokus pada lengkap tidaknya cara atau keadaan lingkungan pelayanan keperawatan yang dilakukan. Lingkungan sangat berpengaruh dalam kualitas asuhan keperawatan, seperti tersedia atau tidaknya alat-alat, dukungan administrasi, pengembangan pada kemampuan perawat.

2. Evaluasi proses

Evaluasi proses yaitu evaluasi yang fokus pada penampilan kerja perawat dan proses keperawatan yang diberikan perawat. Pada evaluasi proses area yang menjadi perhatian yaitu jeis informasi yang didapat pada saat pemeriksaan fisik dan anamnesa.

3. Evaluasi hasil

Evaluasi hasil yaitu evaluasi yang fokus pada respon dari pasien. Hasil dari intervensi keperawatan akan terlihat pada respon perilaku pasien dalam pencapaian tujuan dan kriteria hasil. Jika respon pasien membaik sesuai dengan standar yang telah ditetapkan maka tujuan tercapai atau masalah teratasi, jika masalah hanya teratasi sebagian dari standar yang telah

ditetapkan maka tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian, dan jikapasien tidak menunjukkan perubahan sama sekali atau menimbulkan suatu masalah baru maka tujuan tidak tercapai atau masalah tidak teratasi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan diuraikan bagaimana Asuhan keperawatan pada pasien Tn. R dengan unstable angina pectoris diruang 607 Kardiologi lantai 6 RSUD Koja Jakarta utara. Asuhan keperawatan pada pasien *Unstable Angina Pectoris* ini dilakukan oleh penulis selama 3 hari, sejak 20 Maret 2023 sampai dengan 22 Maret 2023, adapun komponen asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien, yaitu pengkajian, penegakkan diagnosis keperawatan, perumusan rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan atau implementasi, lalu evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan ini dilakukan pada 20 Maret 2023. Penulis mendapatkan data – data ini melalui pemeriksaan fisik, wawancara terhadap pasien dan keluarga, riwayat kondisi dan program pengobatan yang didapat pasien pada rekam medis, pengamatan secara langsung, catatan keperawatan serta hasil pemeriksaan diagnostik yang telah dilakukan pasien.

1. Identitas pasien

Pasien bernama Tn. R berjenis kelamin laki-laki, usia 54, status perkawinan menikah, pasien beragama islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan terakhir pasien adalah SMA, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia, status pekerjaan pasien saat ini adalah tidak bekerja, alamat tempat tinggal pasien yaitu JL. MELUR TUGU VI , sumber biasa perawatan yang digunakan pasien adalah BPJS PBI, sumber informasi yang didapatkan oleh penulis berasal dari pasien, keluarga pasien serta catatan rekam medis

2. Resume

Pada hari Minggu, 19 Maret 2023 pukul 20.30 WIB, Tn. R datang ke IGD RSUD Koja Jakarta ditemani istrinya. Pasien datang dengan keluhan nyeri di dada sebelah kiri menjalar ke punggung kiri dan lengan kiri, nyeri sudah dirasakan sejak satu hari yang lalu, karakteristik nyerinya seperti ditusuk-tusuk, terbakar, dan menyebar, dengan skala nyeri: 8 (*numeric scale* 1-10), pasien juga mengeluh lemah, pusing, dan merasa sakit bila menggerakkan anggota badannya. Hasil pengukuran Tanda-tanda vital; tekanan darah: 131/68, frekuensi nadi: 68x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Saturasi oksigen: 97%, tingkat kesadaran pasien: *compos mentis*, tidak ada batuk, tidak ada pilek, ada sesak, tidak ada demam, ada perasaan jantung berdebar-debar, tidak ada pingsan, tidak ada bengkak, ada mual, tidak ada muntah, terdapat nyeri ulu hati, tidak ada diare, tidak ada BAB darah, tidak ada keringat dingin, tidak ada riwayat trauma , riwayat penyakit dahulu: DM, Hipertensi, HNP, jantung dibuktikan dengan pasien sudah dinyatakan

menderita *Unstable Angina Pectoris* sejak 6 bulan yang lalu, hal tersebut dibuktikan dengan obat-obatan yang dibawa pasien dan keluarga merupakan obat untuk penyakit jantung, dan ada pemeriksaan foto thorax dua bulan yang lalu mengenai perkembangan kondisi penyakit jantung.

3. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan pada pasien yaitu mengukur tanda-tanda vital, mengkaji tingkat kemampuan pasien, membantu *activity of daily living* pasien. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan pada pasien adalah kolaborasi pemberian obat Ondansentron 2x4mg amp , kolaborasi pemberian obat Omeprazole 2x1 amp, kolaborasi pemberian obat Isosorbid dinitrat 3x1 amp melalui IV, kolaborasi pemberian obat Aspilet 1x80 mg melalui oral, kolaborasi pemberian obat melalui oral Clopiddegrol 1x75 mg melalui oral

4. Riwayat Keperawatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

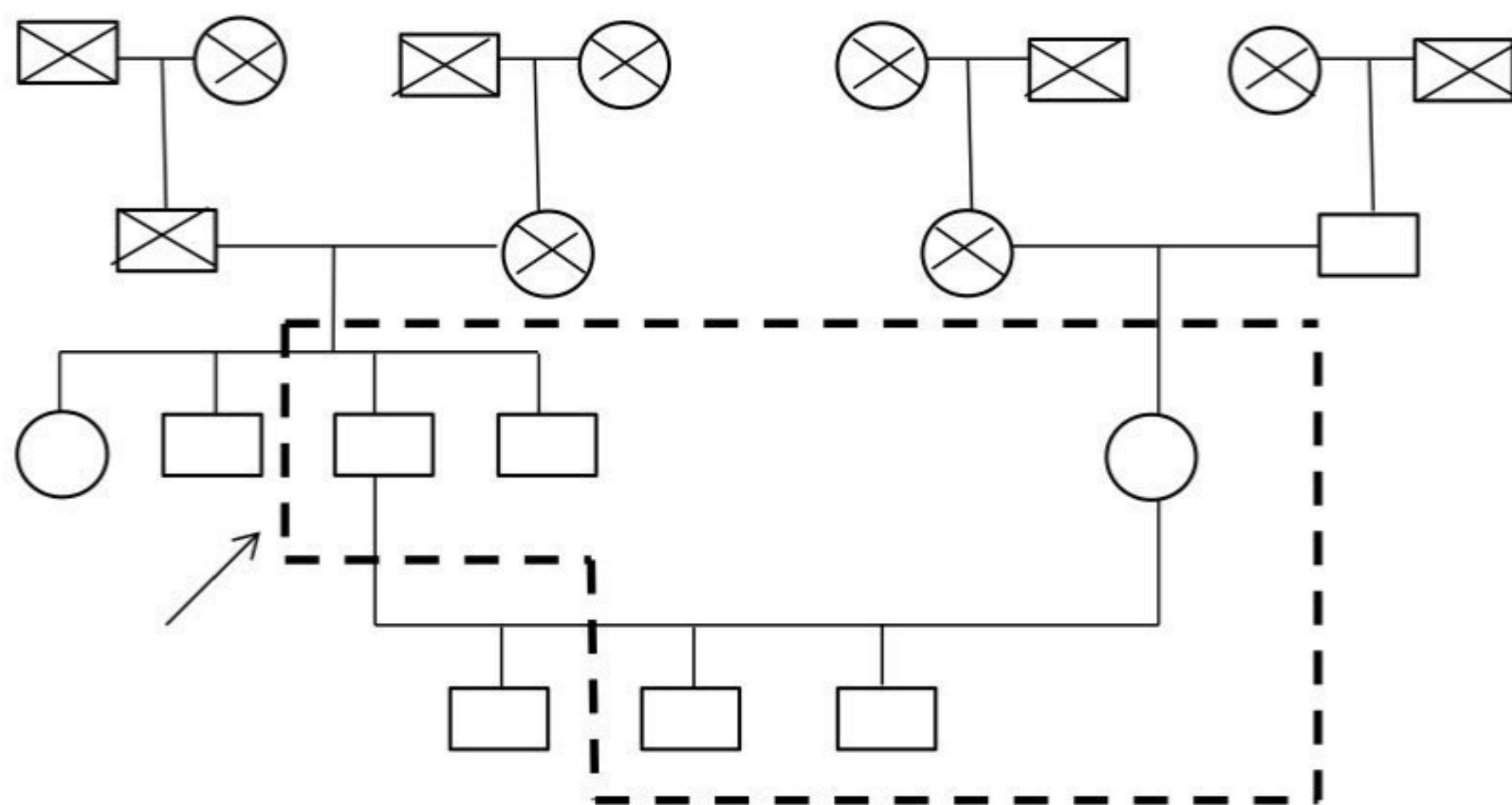
Pasien mengeluh nyeri di bagian dada kiri dan menjalar ke punggung kiri dan lengan kiri disertai sesak pada dada, karakteristik nyerinya seperti tertusuk dan terbakar, pasien mengatakan bahwa nyerinya bisa timbul dengan atau tanpa aktivitas. Keluhan timbul secara bertahap. Upaya yang dilakukan pasien saat terjadi nyeri yaitu dengan cara minum obat dan beristirahat.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan bahwa ia mengetahui penyakit jantungnya baru 6 bulan yang lalu, dibuktikan dengan hasil kontrol foto thorax pasien di RSUD Koja Jakarta pada 28 Februari 2023 dan obat-obatan jantung, yaitu

Clopidogrel, Isosorbid dinitrat, dan Bisoprolol. Pasien mengatakan bahwa ia juga menderita HNP semenjak 2 bulan yang lalu, namun pasien hanya mengonsumsi obat dan pengobatan alternative saja. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi baik terhadap makanan, obat-obatan, maupun lingkungan, pasien juga mengatakan belum pernah mengalami kecelakaan.

c. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan:

- : laki-laki
 ○ : Perempuan
 X : Meninggal
 --- : Satu rumah
 ↗ : Pasien

Pasien merupakan anak dari 4 bersaudara. Orang tua pasien sudah meninggal, pasien tinggal satu rumah dengan anak kedua dan ketiganya.

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

Pasien mengatakan bahwa ibu dari pasien mempunyai riwayat penyakit jantung, tetapi pasien tidak mengetahui dengan pasti penyakit yang dideritanya, pasien juga mengatakan bahwa nenek, kakek, dan saudaranya tidak ada yang memilikir penyakit jantung, diabetes mellitus, dan hipertensi.

e. Riwayat psikososial dan spiritual

Orang yang terdekat saat ini dengan pasien adalah istri pasien. Pola komunikasi yang dilakukan adalah dua arah, pasien dan istrinya biasanya akan bermusyawarah dalam pengambilan keputusan, sehingga keputusan akan diambil secara bersama-sama. Pasien tidak mengikuti kegiatan masyarakat yang ada dirumahnya, dikarenakan dahulu pasien bekerja yang membuatnya jarang berada dirumah. Dampak yang dirasakan pasien dan keluarga setelah pasien sakit ialah pasien tidak bisa bekerja lagi. Masalah yang mempengaruhi pasien saat ini adalah penyakit ini membuatnya tidak bisa beraktivitas seperti biasa sehingga tidak bisa bekerja dan mempengaruhi ekonomi keluarga pasien. Mekanisme koping pasien saat stress yaitu terkadang pasien hanya diam saja, namun adakala pasien mendiskusikan permasalahannya dengan istrinya sehingga mendapatkan pemecahan dalam permasalahannya. Pasien mengatakan bahwa ia berharap bisa cepat pulih dan kembali kerumah. Harapan pasien setelah menjalani pengobatan adalah pasien cepat membaik sehingga bisa beraktivitas kembali. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah

pasien menjadi cepat lelah saat beraktivitas dan beberapa kegiatan juga menjadi dibantu oleh keluarga. Pasien dan keluarga mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan. Aktivitas keagamaan yang dilakukan oleh pasien yaitu kegereja setiap minggunya dan perayaan menurut agamanya.

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

1) Pola nutrisi

Sebelum sakit: Pasien makan 2-3 kali dalam sehari dan menghabiskan 1 porsi makanan dengan nafsu makan yang baik. Pasien menyukai semua jenis makanan, namun sejak 6 bulan yang lalu pasien dinyatakan mengidap Unstable Angina Pectoris maka ia dianjurkan untuk mengurangi makanan yang bersantan dan berlemak, sehingga pasien jadi tidak menyukai makanan yang mengandung hal tersebut. Tidak ada obat-obatan khusus yang diminum sebelum makan, selain itu juga pasien tidak menggunakan alat bantu makan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sehari-harinya.

Di rumah sakit: Pasien makan 3kali dalam sehari dengan nafsu makan kurang baik karena pasien mengatakan masih sedikit merasa mual. Porsi makan yang di habiskan setengah sampai satu porsi tergantung dari jenis makanan yang diberikan. Pada saat dirumah sakit pantangan makanan yang harus dihindari pasien masih sama dengan sebelum dirumah sakit yaitu, santan dan berlemak. Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan khusus. Pasien tidak mendapatkan diit khusus saat berada dirumah sakit.

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit: Pasien buang air kecil (BAK) bisa sampai 5-6 kali dalam sehari, dengan warna kekuningan dan jernih, tidak ada keluhan saat buang air kecil, serta pasien tidak menggunakan alat bantu seperti kateter. Pasien buang air besar (BAB) 1 kali sehari dan selalu dipagi hari. Warna fesesnya kuning kecoklatan, dengan konsistensi padat, tidak ada keluhan dalam buang air besar, dan pasien mengatakan tidak pernah menggunakan laxatif.

Di rumah sakit: Pasien buang air kecil (BAK) 5-6 kali dalam sehari, warna kuning jernih dan tidak ada keluhan dalam buang air kecil. Pasien tidak menggunakan alat bantu seperti kateter. Pasien belum buang air besar selama 2 hari. Tidak ada keluhan dalam buang air besar dan tidak ada penggunaan obat laxatif.

3) Pola personal *hygiene*

Sebelum sakit: Pasien mandi 2 kali dalam sehari yaitu pada pagi dan sore hari menggunakan sabun dan setiap mandi ia melakukan *oral hygiene* juga. Pasien melakukan cuci rambut 3-4 kali dalam seminggu menggunakan sampo. Tidak ada keluhan dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene karena pasien masih bisa melakukannya secara mandiri tanpa dibantu.

Di rumah sakit: Pasien belum mandi dan belum melakukan oral hygiene sejak dipindahkan dari IGD ke ruang rawat inap, pasien juga mengatakan bahwa ia belum mencuci rambut juga. Terdapat keluhan

dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene, pasien mengatakan bahwa adanya masih cukup nyeri sehingga kurang mampu untuk membersihkan tubuhnya atau melakukan oral hygiene secara mandiri, sehingga butuh bantuan keluarga.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit: Pasien sangat sering tidur siang dirumah semenjak berhenti bekerja, lama tidurnya bisa 3-4 jam dalam sehari. Lama tidur malam pasien 7-8 jam dalam sehari. Pasien mengatakan tidak mempunyai kebiasaan khusus sebelum tidur, dan tidak ada keluhan dalam pola istirahat dan tidurnya.

Di rumah sakit: Pasien tidur siang dirumah sakit 1-2 jam. Lama tidur malam pasien 6-7 jam dalam sehari. Pasien mengatakan tidak mempunyai kebiasaan yang dilakukan sebelum tidur. Terdapat keluhan dalam pola istirahat dan tidurnya yaitu pasien terkadang suka merasa nyeri di malam hari, namun nyerinya tidak bertahan lama (<30 menit).

5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit: Pasien bekerja sebagai ojek online, namun berhenti 6 bulan yang lalu semenjak mengetahui bahwa pasien terkena penyakit *unstable Angina Pectoris*. Pasien tidak pernah melakukan olahraga dikarenakan pekerjaannya yang membuatnya tidak mempunyai waktu untuk berolahraga.

Di rumah sakit: Aktivitas pasien selama dirumah sakit hanya berbaring, namun pasien mendapatkan terapi treadmill dirumah sakit ketika tidak ada keluhan nyeri dada.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit: Pasien mengatakan bahwa ia sudah lama merokok, dengan lama pemakaian 39 tahun. Pasien dapat menghabiskan 9-12 batan sehari. Pasien tidak menggunakan obat-obatan seperti NAPZA atau mengonsumsi minuman alkohol.

Di rumah sakit: Pasien tidak merokok selama dirumah sakit, tidak menggunakan obat-obatan seperti NAPZA atau mengonsumsi minuman beralkohol.

5. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien sebelum sakit 72 Kg, saat ini berat badan pasien 72 kg dan tinggi pasien 170 cm, IMT: kg/m^2 . Tanda-tanda vital pasien tekanan darahnya 112/73 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu tubuhnya $35,2^\circ\text{C}$ dengan keadaan umum pasien ringan dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sisten penglihatan

Sisi mata pasien dan kelopak mata pasien simetris antara mata kanan dan kiri, tidak ada kelainan pada pergerakan bola mata pasien. Konjungtiva pasien sangat merah, kornea mata pasien keruh dan berkabut, sclera pasien anikterik dan pupil mata pasien isokor. Tidak ditemukan kelainan pada otot-otot mata pasien. Fungsi penglihatan mata pasien kurang baik karena pasien mengatakan pandangannya sudah kabur, namun tidak ada tanda-tanda peradangan pada mata pasien. Pasien tidak menggunakan kacamata

dan lensa kontak, serta reaksi mata pasien terhadap cahaya baik dengan adanya reflek pupil miosis saat diberikan rangsangan cahaya.

c. Sisten pendengaran

Daun telinga pasien normal dengan karakteristik serumen yaitu kuning kecoklatan, semi padat dan tidak berbau. Kondisi telinga tengah pasien normal, tidak ada pembengkakan atau keluar cairan abnormal. Pasien mengatakan tidak ada perasaan penuh dan tinnitus pada kedua telinga pasien. Fungsi pendengaran pasien kurang baik di telinga sebelah kiri. Tidak ada gangguan keseimbangan pada pasien dan juga pasien tidak memerlukan alat bantu.

d. Sistem Wicara

Tidak ada kelainan pada sistem wicara pasien, pasien bisa menjawab semua pertanyaan yang diajukan perawat.

e. Sistem pernapasan

Tidak ada sumbatan pada jalan napas pasien. Keluhan sesak napas muncul hanya saat nyeri di dada pasien datang namun saturasi oksigen pasien masih dalam batas normal yaitu 96-100%. Frekuensi napas pasien saat dikaji 18x/menit, dengan irama yang teratur dan pernapasan spontan. Kedalaman napas pasien dalam. Pasien tidak mengalami batuk. Saat dilakukan tindakan palpasi dada tidak teraba adanya benjolan yang abnormal dan nyeri tekan. Perkusi dada pasien sonor dengan suara napas yang terdengar verikular dan tidak ada suara napas tambahan. Saat dikaji pasien mengatakan tidak nyeri saat bernapas dan pasien tidak menggunakan alat bantu napas.

f. KSistem kardiovaskuler

Sirkulasi nadi perifer pasien adalah 80x/ menit dengan irama yang teratur, denyut nadinya kuat, dengan tekanan darahnya 112/73 mmHg, dan tidak ditemukan adanya distensi vena jugularis pada pasien. Temperatur kulit pasien dingin dan warna kulitnya cenderung pucat. Pengisian kapiler <3 detik, tidak ada edema pada kedua tungkai pasien. Sirkulasi jantung pasien cenderung normal dengan denyut apikal yang didapat 80x/menit, irama teratur. Pasien mengalami sakit pada dada, nyeri akan muncul baik saat pasien melakukan istirahat ataupun beraktivitas, dengan karakteristik seperti ditusuk-tusuk dan terbakar, menjalar ke lengan dan punggung kiri belakang, dan skala nyerinya 4/10.

g. Sistem Hematologi

Pasien tidak tampak pucat, dan tidak ditemukan adanya perdarahan pada pasien.

h. Sistem saraf pusat

Pasien mengatakan bahwa ia tidak mengalami sakit kepala. Tingkat kesadaran pasien *compos mentis*, dengan *glasgow coma scale* (GCS) 15 (*eye: 4, motoric: 6, verbal: 5*). Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK pada pasien, serta pemeriksaan reflek fisiologi dan patologi pada pasien normal tidak ada kelainan.

i. Sistem pencernaan

Mulut pasien terdapat gigi yang karies, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis pada mulut pasien, lidahnya juga tidak tampak kotor, saliva pada pasien normal dan tidak terdapat keluhan mual.

Tidak terdapat nyeri pada perut pasien. Bising usus pasien 12x/menit, tidak ada keluhan diare, namun pasien mengeluh mengalami konstipasi sudah dua hari. Hepar pasien teraba dan abdomen pasien cenderung kembung.

j. Sistem endokrin

Tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjaran tiroid, pola BAB dan BAK, dan tidak terdapat luka ganggren pada pasien.

k. Sistem urogenital

Balance cairan pasien adalah (+220) dengan nilai (intake 1500 cc dan output 1280 cc), tidak ada perubahan dalam pola perkemihan. Pasien mengatakalah bawah warna urinenya kuning jernih, tidak ada ketegangan pada kandung kemih, serta tidak ada keluhan sakit ataupun nyeri pada pinggang.

l. Sistem integument

Turgor kulit pasien baik, temperature kulit pasien 35,2°C dengan warna kulit yang sedikit pucat, dan akral teraba dingin, tidak ada kelainan pada kulit dan kondisi kulitnya baik. Saat dikaji kondisi kulit pemasangan infus baik dan tidak terdapat tanda-tanda phlebitis. Keadaan rambut saat dikaji tampak bersih, tidak terdapat ketombe ataupun lesi.

m. Sistem musculoskeletal

Pasien mengatakan bahwa ia tidak mengalami kesulitan dalam pergerakan. Saat suhu dingin pinggang pasien terkadang mengalami nyeri dengan skala 2, dikarenakan pasien bulan lalu mengalami HNP hanya meminum obat-obatan dalam mengobati penyakitnya. Tidak ada fraktur di tubuh pasien. Pasien tidak mengalami kelainan baik pada tulang sendi maupun struktur

tulang belakang. Keadaan tonus otot pasien baik dengan kekuatan otot tangan kanan dan kiri 5, 5, 5, 5 serta kaki kanan dan kiri 5, 5, 5, 5.

6. Data tambahan

Pasien mengatakan bahwa pasien dan keluarga sudah tahu dan mengerti jika pasien mengalami penyakit *Unstable Angina Pectoris* sejak 6 bulan yang lalu. Hal tersebut ditandai saat dikaji pasien dan keluarga mampu menjelaskan pengertian dari *Angina pectoris* dan tanda gejalanya menggunakan bahasa sendiri, namun pasien dan keluarga belum mengetahui terkait pola hidup apa saja yang dapat memicu terjadinya serangan *Unstable Angina Pectoris* dan apa yang harus dilakukan jika nyeri terjadi.

7. Data penunjang

Pemeriksaan *echocardiography* (ECG) pada tanggal 19 Maret 2023

Hasil: LVH konsentrik, Kontraktilitas LV baik, Global normokinetik, Kontraktilitas RV baik, Katup dalam batas normal, Disfungsi diastolic gangguan relaksasi, Ejection fraction: 60%.

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 19 Maret 2023

Darah lengkap: Hemoglobin 14,2 g/dL (13,5-18,0 g/dL), **Jumlah Leukosit $13,93 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4,0-10,50 $\times 10^3/\mu\text{L}$), Hematokrit 39,5 % (42,0-52,0), Jumlah trombosit $290 \times 10^3/\mu\text{L}$ (163-337 $\times 10^3/\mu\text{L}$), **Jumlah eritrosit 4,24 juta/ μL (4,70-6,00 juta/ μL), MCV 93 fL (78-100 fL), **MCH 34 pg (27-31 pg), MCHC 36 g/dL (32-36 g/dL), RDW-CV 13,4 % (11,5-14,0 %).******

Hitung jenis: Basofil 0,4 % (0,2-1,2 %), Eosinofil 2,7 % (0,8-7,0 %), Neutrofil 67,5 % (34,0-67,9 %), Limfosit 21,9 % (21,8-53,1 %), Monosit 7,5 % (5,3-12,2 %).

Analisa gas darah: pH 7,385 (7,350-7,450), PCO₂ 36,2 mmHg (32,0-45,0 mmHg), PO₂ 95,5 mmHg (95,0-100,0 mmHg), HCO₃ 21,9 mEq/L (21,0-28,8), **Base excess -3,4 mmol/L (-2,5-+ 2,5 mmol/L)**, O₂ saturation 97,3 % (94,00-100,00 %).

Elektrolit: Natrium 140 mEq/L (135-147 mEq/L), Kalium 3,61 mEq/L (3,5-5,0 mEq/L), Klorida 104 mEq/L (96-108 mEq/L), Troponin I kuantitatif 0,001 ng/mL (<0,020 ng/mL), Ureum 31,4 mg/dL (16,6-48,5 mg/dL), Kreatinin 1,17 mg/dL (0,67-1,17 mg/dL, Glukosa sewaktu 109 mg/dL (70-200 mg/dL).

Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG) pada tanggal 19 Maret 2023

Hasil: Sinus ryhtym dengan ST depresi

Pemeriksaan Foto thorax pada tanggal 19 Maret 2023

Hasil: mediastinum normal, lengkung hemidiafragma normal, kardiomegali.

8. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan terapi infus masuk ringer laktat 500cc/12 jam pada hari pertama pengkajian. Pasien mendapatkan terapi Aspilet 1x80 mg melalui oral (pukul 21.00 WIB), CLOPIDEGROL 1x75 mg (pukul 21.00 WIB) melalui oral, ISDN 3x5 mg (pukul 21.00 WIB) melalui oral, Bisoprol 1x2,5 mg melalui oral (pukul 21.00 WIB).

9. Data fokus

- a. Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri di bagian dada kiri menjalar ke lengan kiri dan punggung kiri bagian belakang, dengan skala 4/10, dengan karakteristik nyeri seperti tertusuk dan terbakar, dan tidak menghilang jika istirahat, pasien mengeluh lelah baik saat istirahat maupun setelah melakukan aktivitas, pasien juga mengatakan bahwa ia merasa sesak setelah melakukan aktifitas, pasien mengatakan badanya lemas, Pasien mengatakan bahwa ia mempunyai riwayat penyakit jantung yaitu *Unstable Angina Pectoris* sejak 6 bulan yang lalu, Pasien mengatakan sudah merokok selama 39 tahun sampai sekarang, ia juga mengatakan bahwa sehari bisa menghabiskan 9-12 batang rokok dalam 3 kali waktu.

- b. Data objektif

Status kesadaran pasien saat ini compos mentis, dengan hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien: tekanan darah 112/73 mmHg, frekuensi nadinya 80x/ menit, frekuensi napas 18x/ menit dengan suhu tubuhnya 35,2°C. akral terasa dingin. Pasien tampak meringis saat nyeri datang, pasien tampak gelisah juga. Diagnosis medis: Unstable Angina Pectoris, dibagian kornea mata pasien terdapat kabut putih, pasien tampak pucat. Saturasi oksigen 97% tanpa bantuan oksigen, ADL dibantu oleh keluarga, pengisian kapiler <3 detik. Jumlah Leukosit $13,93 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4,0-10,50 $\times 10^3/\mu\text{L}$), Hematokrit 39,5 % (42,0-52,0), Jumlah eritrosit 4,24 juta/ μL (4,70-6,00 juta/ μL), MCH

34 pg (27-31 pg), Base excess -3,4 mmol/L (-2,5-+ 2,5 mmol/L).

Pemeriksaan *echocardiography* (ECG) pada tanggal 19 Maret 2023, Hasil: LVH konsentrik, Kontraktilitas LV baik, Global normokinetik, Kontraktilitas RV baik, Katup dalam batas normal, Disfungsi diastolik gangguan relaksasi, Ejection fraction: 60%..

Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG) pada tanggal 19 Maret 2023, Hasil: Sinus ryhtym dengan ST depresi. **Pemeriksaan Foto thorax pada tanggal 19 Maret 2023**, Hasil: mediastinum normal, lengkung hemidiafragma normal, kardiomegali.

10. Analisa data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	Data Subjektif: a. Pasien mengatakan nyeri di bagian dada kiri menjalar ke lengan kiri dan punggung kiri bagian belakang, dengan skala 4/10, dengan karakteristik nyeri seperti tertusuk dan terbakar, dan tidak menghilang jika	Nyeri akut	Berhubungan dengan agen pencendera fisik fisiologi

	istirahat, ia juga mempunyai riwayat penyakit jantung yaitu <i>Unstable Angina Pectoris</i> sejak 6 bulan yang lalu Data Objektif: a. Hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien: tekanan darah 112/73 mmHg, frekuensi nadinya 80x/ menit, frekuensi napas 18x/ menit dengan suhu tubuhnya 35,2°C b. Pasien tampak meringis saat nyeri datang, pasien tampak gelisah juga c. Diagnosis medis:		
--	--	--	--

	<i>Unstable Angina</i> <i>Pectoris</i> d. pasien tampak pucat e. Saturasi oksigen 97% tanpa bantuan oksigen f. ADL dibantu oleh keluarga g. <i>ECHO</i>: LVH konsentrik, Kontraktilitas LV baik, Global normokinetik, Kontraktilitas RV baik, Katup dalam batas normal, Disfungsi diastolik gangguan relaksasi Ejection fraction: 60%.. h. EKG: Sinus ryhtym dengan ST depresi.		
--	--	--	--

	i. Foto toraks: Mediastinum normal, lengkung hemidiafragma normal, kardiomegali.		
2	Data Subjektif: a. pasien mengeluh lelah baik saat istirahat maupun setelah melakukan aktivitas, ia merasa sesak setelah melakukan aktifitas, ia juga mengatakan badannya lemas Data Objektif: a. Hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien: tekanan darah 112/73 mmHg, frekuensi nadinya 80x/ menit,	Intoleransi aktivitas	Berhubungan dengan tirah baring

	frekuensi napas 18x/ menit dengan suhu tubuhnya 35,2°C b. Pasien tampak meringis saat nyeri datang c. Pasien tampak gelisah juga d. Base excess -3,4 mmol/L (-2,5-+ 2,5 mmol/L)		
3	Data Subjektif: a. Pasien mengatakan nyeri di bagian dada kiri menjalar ke lengan kiri dan punggung kiri bagian belakang, ia merasa sesak setelah melakukan aktifitas, pasien mengatakan badannya lemas, ia	Risiko penurunan curah jantung	Dibuktikan dengan faktor resiko perubahan kontraktilitas

	mengatakan juga mempunyai riwayat penyakit jantung yaitu <i>Unstable</i> <i>Angina Pectoris</i> sejak 6 bulan yang lalu Data Objektif: a. Hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien: tekanan darah 112/73 mmHg, frekuensi nadi 80x/ menit, frekuensi napas 18x/ menit dengan suhu tubuhnya 35,2°C b. <i>ECHO</i>: LVH konsentrik, Kontraktilitas LV baik, Global normokinetik, Kontraktilitas RV		
--	---	--	--

	baik, Katup dalam batas normal, Disfungsi diastolik gangguan relaksasi, Ejection fraction: 60%.. c. EKG: Sinus ryhtym dengan ST depresi. d. Foto toraks: Mediastinum normal, lengkung hemidiafragma normal, kardiomegali.		
	Data Subjektif: a. Pasien mengatakan sudah merokok selama 39 tahun sampai sekarang, ia juga mengatakan bahwa sehari bisa menghabiskan 9-12 batang rokok dalam	Risiko perfusi perifer tidak efektif	Dibuktikan dengan faktor resiko merokok

	3 kali waktu b. Pasien juga mengatakan bahwa ia sesak napas Data Objektif: a. suhu tubuhnya 35,2° b. Akral terasa dingin c. Hematokrit 39,5 % (42,0-52,0) d. Jumlah eritrosit 4,24 juta/μL (4,70-6,00 juta/μL) e. MCH 34 pg (27-31 pg) f. Base excess -3,4 mmol/L (-2,5-+ 2,5 mmol/L)		
--	---	--	--

B. Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (iskemia)
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring
3. Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan faktor resiko perubahan kontraktilitas

4. Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko merokok

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (iskemia)

ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengatakan Pasien mengatakan nyeri di bagian dada kiri menjalar ke lengan kiri dan punggung kiri bagian belakang, dengan skala 4/10, dengan karakteristik nyeri seperti tertusuk dan terbakar, dan tidak menghilang jika istirahat, Pasien mengatakan bahwa ia mempunyai riwayat penyakit jantung yaitu Unstable Angina Pectoris sejak 6 bulan yang lalu.

Data Objektif: Hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien: tekanan darah 112/73 mmHg, frekuensi nadinya 80x/ menit, frekuensi napas 18x/ menit dengan suhu tubuhnya 35,2°C Pasien tampak meringis saat nyeri datang, pasien tampak gelisah juga, Diagnosis medis: Unstable Angina Pectoris, pasien tampak pucat, Saturasi oksigen 97% tanpa bantuan oksigen, ADL dibantu oleh keluarga, *ECHO*: LVH konsentrik, Kontraktilitas LV baik, Global normokinetik, Kontraktilitas RV baik, Katup dalam batas normal, Disfungsi diastolic gangguan relaksasi, EF: 60%. EKG: Sinus ryhtym dengan ST depresi. Foto toraks: mediastinum normal, lengkung hemidiafragma normal, kardiomegali.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun yaitu skala nyeri 2/ 10, pasien tidak tampak meringis, pasien tidak bersikap protektif, pasien tidak tampak gelisah, dan pasien tidak mengeluh kesulitan tidur.

Intervensi:

- a. Identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri
- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan rasa nyeri
- f. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- g. Monitor terapi komplementer yaitu teknik relaksasi napas dalam
- h. Berikan terapi non farmakologis yaitu posisi semifowler
- i. Fasilitasi istirahat dan tidur
- j. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri
- k. Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi napas dalam
- l. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- m. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
- n. Kolaborasi pemberian obat Aspilet 1x80 mg

Pelaksanaan:**Tanggal 20 Maret 2023**

Pukul 11.30 WIB mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, pasien mengatakan bahwa nyerinya ada di dada kiri menjalar ke lengan kiri dan punggung kiri, penyebabnya dikarenakan penyakitnya yaitu *unstable angina pectoris*, kualitas nyerinya seperti tertusuk dan terbakar, nyerinya terasa menyebar dengan skala 4/10,

waktunya baik saat melakukan aktivitas maupun saat beristirahat, namun saat ini pasien sudah mulai tidak merasakan nyerinya lagi, saat diidentifikasi nyeri non verbal, pasien tampak meringis nyeri; pukul 11.32 WIB, memberikan terapi non farmakologis yaitu posisi semifowler, pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi fowler karena rasa nyerinya berkurang; pukul 11.33 WIB Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri, pasien mengatakan bahwa nyerinya bertambah saat ia melakukan aktivitas atau berpindah posisi secara tiba-tiba, dan nyerinya berkurang saat ia melakukan tirah baring; Pukul 11.35 WIB mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan rasa nyeri: pasien mengetahui bahwa nyerinya itu timbul karena gejala penyakit jantungnya, namun ia tidak mengetahui cara mengatasi nyerinya selain melakukan tirah baring; Pukul 13.10 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, sudah difasilitasi, dan juga keluarga mengatakan bahwa semalaman pasien tidak dapat tertidur di IGD karena nyeri yang dirasakan, dan baru bisa tidur saat ini.

Pukul 14.10 WIB menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri yang dialami pasien, pasien dan keluarga mengatakan sudah paham terkait nyeri yang dialami oleh pasien dikarenakan penyakit jantungnya; Pukul 14.15 WIB menganjurkan pasien memonitor nyerinya secara mandiri, pasien mengatakan akan memonitor nyerinya secara mandiri dan sudah dianjurkan juga untuk memanggil perawat jika nyerinya terasa semakin berat dan tidak kunjung hilang; Pukul 15.00 WIB mengidentifikasi skala nyeri, skala 2/10; Pukul 21.00 WIB mengkolaborasi pemberian aspilet 1x80 mg, pasien sudah diberikan obat aspilet 80mg di pukul 21.00 WIB dan tidak ada gejala alergi;

Pukul 21.05 WIB fasilitasi istirahat dan tidur, sudah difasilitasi, pasien dapat tidur dengan nyaman; Pukul 06.30 WIB mengidentifikasi skala nyeri, pasien mengatakan skala nyerinya 3/10.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi skala nyeri, pasien mengatakan skala nyeri hari ini 2/10; pukul 08.15 WIB mengidentifikasi nyeri non verbal, pasien sudah tidak tampak meringis; Pukul 10.00 WIB menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik relaksasi napas dalam, perawat sudah menjelaskan kepada pasien bahwa ada teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri yaitu, teknik relaksasi nafas dalam; pukul 10.05 WIB mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, pasien sudah dijelaskan dan diajarkan bagaimana mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, pasien juga sudah mempraktikkannya dan mengerti bagaimana cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam; pukul 12.03 WIB mengidentifikasi skala nyeri, 3/10; pukul 13.16 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, sudah difasilitasi, pasien tidur setelah makan dari pukul 13.16-14.30 WIB.

Pukul 15.30 WIB mengidentifikasi skala nyeri, 3/10; pukul 21.10 WIB Kolaborasi pemberian aspilet 80 mg, pasien sudah diberikan obat aspilet 80 mg pada 21.10. WIB, dan tidak ada reaksi alergi setelah pemberian obat; pukul 05.00 WIB Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, pasien mengatakan bahwa nyerinya memberat pada pukul 01.00 pagi, dengan skala 4/10, namun mereda sekitar 10-15 menit, lalu keluarga mengatakan bahwa setelahnya pasien baru dapat tertidur kembali; pukul 06.30 WIB mengidentifikasi skala nyeri, 2/10.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi skala nyeri: Pasien mengatakan nyerinya saat ini 2/10; pukul 08.33 WIB mengidentifikasi nyeri non verbal, pasien sudah tidak tampak meringis dan gelisah sudah tidak ada, sikap protektif sudah tidak ada; pukul 09.00 WIB menjelaskan strategi meredakan nyeri, sudah dianjurkan kepada pasien, jika mengalami nyeri kembali, maka pasien bisa menggunakan teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan perawat; pukul 09.50 WIB menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, sudah dianjurkan, pasien dan keluarga mengatakan sepakat untuk mencatat kapan saja terjadi nyeri dan berapa lama; pukul 12.30 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, sudah difasilitasi, pasien tertidur setelah makan siang dari pukul 12.30 -13.35 WIB; pukul 14.10 WIB mengidentifikasi skala nyeri, pasien mengatakan nyerinya saat ini 2/10, pukul 14.15 WIB mengidentifikasi keberhasilan terapi komplementer yang diajarkan, pasien mengatakan saat nyerinya datang ia melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang diajarkan perawat, dan itu membantu mengurangi nyeri didadanya dan membuatnya lebih tenang

Evaluasi:

Tanggal 22 Maret 2022

Data subjektif: Pasien mengatakan nyerinya saat ini 2/10 pukul 08.30 , pasien dan keluarga mengatakan sepakat untuk mencatat kapan saja terjadi nyeri dan berapa lama, Pasien mengatakan nyerinya saat ini 2/10 pukul 14.15, pasien mengatakan saat nyerinya datang ia melakukan teknik relaksasi nafas

dalam yang diajarkan perawat, dan itu membantu mengurangi nyeri dadanya dan membuatnya lebih tenang

Data objektif:Skala nyeri terakhir pasien dengan vas score pada pukul 14.15 WIB. Terapi komplementer yang diberikan yaitu teknik relaksasi napas dalam berhasil mengurangi nyeri dadanya, pasien sudah tidak tampak meringis, pasien juga tidak tampak gelisah sudah, sikap protektif sudah tidak ada.

Analisa: tujuan teratasi

Perencanaan: tindakan keperawatan dihentikan

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengeluh lelah baik saat istirahat maupun setelah melakukan aktivitas, ia juga mengatakan merasa sesak setelah melakukan aktifitas dan badannya lemas

Data Objektif: Hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien: tekanan darah 112/73 mmHg, frekuensi nadinya 80x/ menit, frekuensi napas 18x/ menit dengan suhu tubuhnya 35,2°C. Pasien tampak meringis saat nyeri datang, pasien tampak gelisah juga. Base excess -3,4 mmol/L (-2,5-+ 2,5 mmol/L)

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil: Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan, pasien tidak mengeluh lelah, pasien tidak mengeluh sesak saat aktivitas, pasien tidak mengeluh *sesak* setelah aktivitas, pasien tidak mengeluh perasaan lemah.

Intervensi:

- 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
- e. Lakukan latihan rentang gerak (*treadmill*)
- f. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan yaitu mendengarkan musik
- g. Anjurkan tirah baring
- h. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- i. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Pelaksanaan:**Tanggal 20 Maret 2023**

Pukul 11.25 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, didapatkan pasien mengidap penyakit *unstable angina pectoris* yang menyebabkan ia tidak bisa beraktivitas seperti biasa karena membuatnya cepat lelah dan sesak nafas; pukul 11.27 WIB memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, pasien mengatakan saat melakukan beberapa aktivitas ia tidak nyaman karena nyeri di bagian dadanya, sehingga ia lebih banyak duduk ataupun berbaring di tempat tidurnya; pukul 11.29 WIB memonitor pola dan jam tidur, keluarga mengatakan bahwa pasien semalaman tidak tidur karena nyeri; pukul 11.34 WIB menganjurkan pasien untuk tirah baring, pasien dan keluarga mengerti bahwa pentingnya saat ini pasien melakukan tirah baring dan meminimalisir

aktivitasnya; pukul 11.37 WIB menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, sudah dianjurkan oleh perawat, dan keluarga mengatakan akan melaporkan jika kelelahan tidak berkurang; pukul 11.43 WIB menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, sudah dianjurkan, pasien dan keluarga mengatakan bahwa akan melakukan aktivitas secara bertahap; pukul 21.05 WIB monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, pasien mengatakan lokasi tidak nyamannya masih di area dada; pukul 21.10 WIB menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, sudah dianjurkan oleh perawat, dan keluarga mengatakan akan melaporkan jika kelelahan tidak berkurang

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.20 WIB memonitor kelelahan fisik dan emosional, pasien mengatakan bahwa lelahnya mulai berkurang, dan keluarga juga mengatakan bahwa pasien tampak lebih tenang; pukul 08.25 WIB memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, pasien mengatakan bahwa karena nyeri dibagian dada, ia susah melakukan aktivitas; pukul 08.30 WIB memonitor pola dan jam tidur, keluarga mengatakan bahwa kemarin pasien tidur siang selama 3-4 jam, dan semalam pasien tidur cukup sebanyak 9 jam, semalam juga tidak ada keluhan nyeri yang signifikan, sehingga semalam pasien dapat beristirahat dengan tenang; pukul 12.10 WIB Melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif: pasien mendapatkan latihan berjalan (treadmill); pukul 18.00 WIB menganjurkan tirah baring : sudah dianjurkan kepada pasien, dan pasien mengatakan bahwa ia lebih merasa nyaman dengan

tidur ditempat tidur; pukul 21.10 WIB menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

22 Maret 2023

Pada pukul 08.50 WIB memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, Pasien mengatakan sampai saat ini lokasi ketidaknyamanannya masih di area dada kirinya, namun sekarang nyerinya sudah berkurang sehingga pasien sudah bisa sedikit melakukan aktivitas; pukul 09.00 WIB memonitor pola dan jam tidur, pasien mengatakan masih dapat tidur seperti biasa pada malam hari, namun, kemarin malam ia merasakan nyeri namun tidak berlangsung lama karena setelahnya diberikan obat; pukul 10.00 WIB menganjurkan tirah baring, pasien dan keluarga sudah dianjurkan untuk melakukan tirah baring dan aktivitas secara bertahap serta keluarga pasien pun juga mengatakan bersedia membantu aktivitas pasien; pukul 10.10 WIB memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan yaitu mendengarkan musik, pasien mengatakan merasa lebih tenang dan nyaman setelah mendengarkan musik yang menenangkan; pukul 12.45 WIB menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, sudah dianjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap serta keluarga pun juga bersedia

Evaluasi:

Tanggal 22 Maret 2022

Data subjektif: Pasien mengatakan sampai saat ini lokasi ketidaknyamanannya masih di area dada kirinya, namun sekarang nyerinya sudah berkurang sehingga pasien sudah bisa sedikit melakukan aktivitas, pasien mengatakan masih dapat tidur seperti biasa pada malam hari, namun,

kemarin malam ia merasakan nyeri namun tidak berlangsung lama karena setelahnya diberikan obat, keluarga pasien juga mengatakan bersedia membantu aktivitas pasien, pasien mengatakan merasa lebih tenang dan nyaman setelah mendengarkan musik yang menenangkan

Data objektif: Pasien sudah diberikan aktivitas distraksi, dan pasien memilih untuk mendengarkan musik melalui handphonenya, pasien juga sudah dianjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap serta keluarganya bersedia untuk membantu pasien dalam melakukan aktivitasnya, serta sudah dianjurkan untuk melakukan tirah baring terlebih dahulu semasa pengobatan

Analisa: tujuan teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan, lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, monitor kelelahan fisik, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

3. Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan faktor risiko perubahan irama ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri di bagian dada kiri menjalar ke lengan kiri dan punggung kiri bagian belakang, pasien juga mengatakan bahwa ia merasa sesak setelah melakukan aktifitas, pasien mengatakan badanya lemas, Pasien mengatakan bahwa ia mempunyai riwayat penyakit jantung yaitu Unstable Angina Pectoris sejak 6 bulan yang lalu

Data Objektif: Hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien: tekanan darah 112/73 mmHg, frekuensi nadinya 80x/ menit, frekuensi napas 18x/ menit dengan suhu tubuhnya 35,2°C. *ECHO:* LVH konsentrik, Kontraktilitas LV baik, Global normokinetik, Kontraktilitas RV baik, Katup dalam batas

normal, Disfungsi diastolic gangguan relaksasi, EF: 60%. EKG: Sinus ryhtym dengan ST depresi. Foto thorax: mediastinum normal, lengkung hemidiafragma normal, kardiomegali.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka curah jantung meningkat

Kriteria hasil: Pasien tidak mengeluh jantungnya berdebar, pasien tidak mengeluh lelah, pasien tidak mengeluh sesak napas.

Intervensi:

- a. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung
- b. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung
- c. Monitor tekanan darah
- d. Monitor saturasi oksigen
- e. Monitor keluhan nyeri dada
- f. Monitor atrimia (kelainan irama dan frekuensi)
- g. Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)
- h. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- i. Posisikan pasien semi fowler
- j. Berikan diet jantung yang sesuai
- k. Berikan terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi stres
- l. Anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi
- m. Anjurkan berhenti merokok
- n. Pemberian obat Isosorbide dinitrat (ISDN) 3x5 mg pukul 21.00 WIB
- o. Pemberian obat Bisoprol 1x2,5 mg pukul 21.00 WIB

p. Pemberian Clopidogrol 1x75mg pukul 21.00 WIB

Pelaksanaan:

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 11.00 WIB, memonitor atrimia (kelainan irama dan frekuensi): Hasil EKG 19 Maret 2023, EKG: Sinus ryhtym dengan ST depresi, Monitor nilai laboratorium jantung, Darah lengkap: Hasil pemeriksaan elektrolit 19 Maret 2023, Natrium 140 mEq/L (135-147 mEq/L), Kalium 3,61 mEq/L (3,5-5,0 mEq/L), Klorida 104 mEq/L (96-108 mEq/L), Troponin I kuantitatif 0,001 ng/mL (<0,020 ng/mL), Ureum 31,4 mg/dL (16,6-48,5 mg/dL), Kreatinin 1,17 mg/dL (0,67-1,17 mg/dL, Glukosa sewaktu 109 mg/dL (70-200 mg/dL, hasil pemeriksaan darah lengkap: Hemoglobin 14,2 g/dL (13,5-18,0 g/dL), Jumlah Leukosit $13,93 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ($4,0-10,50 \cdot 10^3/\mu\text{L}$), Hematokrit 39,5 % (42,0-52,0), Jumlah trombosit $290 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ($163-337 \cdot 10^3/\mu\text{L}$), Jumlah eritrosit 4,24 juta/ μL (4,70-6,00 juta/ μL), MCV 93 fL (78-100 fL), MCH 34 pg (27-31 pg), MCHC 36 g/dL (32-36 g/dL), RDW-CV 13,4 % (11,5-14,0 %); pukul 11.15 WIB memonitor tekanan darah, 112/73 mmHg; pukul 11.15 WIB memonitor saturasi oksigen: didapatkan saturasi oksigen pasien 97% tanpa bantuan oksigen Pukul 11.20 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, dari hasil pemeriksaan didapatkan pasien sesak, pasien juga mengeluh kelelahan; pukul 11.22 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung, terdapat palpitasi pada pasien, dan kulit pasien tampak pucat; pukul 11.30 WIB memonitor nyeri dada: skala 4/10; pukul 11.32 WIB, Memposisikan pasien semi fowler, pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi fowler karena rasa nyerinya

berkurang; pukul 11.43 WIB memberikan diet jantung yang sesuai, sudah disarankan kepada pasien untuk menghindari makanan yang mengandung tinggi kolestrol seperti makanan yang berminyak, dan juga makananyang tinggi garam; pukul 14.20 WIB menganjurkan berhenti merokok, pasien mengatakan bahwa ia susah berhenti merokok karena ia sudah merokok sedari SMP; pukul 15.00 WIB memonitor keluhan nyeri dada, skala 2/10; pukul 21.00 WIB memberikan obat ISDN 5 mg, sudah diberikan kepada pasien dan tidak ada indikasi alergi; pukul 21.02 WIB memberikan obat Bisoprol 2,5 mg, sudah diberikan kepada pasien dan tidak ada indikasi alergi; pukul 21.03 WIB memberikan obat clopidogrol 75mg, sudah diberikan kepada pasien dan tidak ada indikasi alergi; pukul 05.00 WIB memberikan obat ISDN 5 mg, sudah diberikan kepada pasien dan tidak ada indikasi alergi; pukul 06.30 WIB, memonitor keluhan nyeri dada, skala 2/10.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.10 WIB memonitor tekanan darah, 125/70 mmHg dan memonitor saturasi oksigen, 97%; pukul 08.23, perawat memonitor keluhan nyeri dada pasien: pasien mengatakan bahwa nyeri didadanya sudah mereda, namun terkadang nyerinya suka datang di malam hari. Pukul 12.01 WIB, memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas (*treadmill*), sebelum beraktivitas tekanan darah 121/95 mmHg, frekuensi nadi 87x/ menit, sesudah aktivitas tekanan darah 137/92 mmHg, dan frekuensi nadi 100x/ menit; pukul 13.05 WIB memposisikan pasien semi fowler, pasien mengatakan bahwa ia lebih nyaman dengan posisi semi fowler; pukul 14.00 WIB menganjurkan aktivitas fisik sesuai tolerans, sudah dianjurkan kepada

pasien dan keluarga, keluarga dan pasien mengerti dan mengatakan bahwa pasien mulai belajar untuk berjalan secara perlahan; pukul 15.10 WIB menganjurkan berhenti merokok, pasien mengatakan bahwa ia susah berhenti merokok karena ia sudah merokok sedari SMP; pukul 21.10 WIB memberikan obat ISDN 5 mg, Bisoprol 2,5 mg, clopidogrel 75mg, sudah diberikan kepada pasien dan tidak ada indikasi alergi; pukul 05.00 WIB memberikan obat ISDN 5 mg, sudah diberikan kepada pasien dan tidak ada indikasi alergi; pukul 05.10 WIB memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan bahwa nyerinya memberat pada pukul 01.00 pagi, dengan skala 4, namun mereda sekitar 10-15 menit, lalu keluarga mengatakan bahwa setelahnya pasien baru dapat tertidur kembali; pukul 06.30 WIB memonitor keluhan nyeri dada, 2/10

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08.33 WIB memonitor tekanan darah, 131/90 mmHg dan memonitor saturasi oksigen, 97%; pukul 08.34 WIB memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan nyerinya saat ini 2/10; pukul 08.40 WIB mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, pasien mengatakan sudah tidak sesak, dan tidak ada juga keluhan sesak pada malam hari, keluhan kelelahan juga sudah tidak ada, tidak ada edema baik di tungkai atas maupun tungkai bawah pasien; pukul 10.30 WIB memberikan terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi stres, sudah diberikan, pasien merasa lebih tenang jika melakukan teknik relaksasi napas dalam; pukul 13.50 WIB menganjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi, sudah dianjurkan, pasien dan keluarga mengatakan bahwa akan memonitor kegiatan pasien juga, sehingga tidak

beraktivitas berlebihan; pukul 14.00 WIB menganjurkan berhenti merokok, pasien sudah dianjurkan, keluarga pun mengatakan akan membantu pasien dalam mengurangi konsumsi merokoknya karena merokok bisa mempengaruhi kesehatan pasien; pukul 14.10 WIB memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan nyerinya saat ini 2/10

Evaluasi:

Tanggal 22 Maret 2022

Data subjektif: pasien mengatakan sudah tidak sesak, dan tidak ada juga keluhan sesak pada malam hari, keluhan kelelahan juga sudah tidak ada, pasien dan keluarga mengatakan bahwa akan memonitor kegiatan pasien juga, sehingga tidak beraktivitas berlebihan, keluarga pun mengatakan akan membantu pasien dalam mengurangi konsumsi merokoknya karena merokok bisa mempengaruhi kesehatan pasien, pasien juga mengatakan nyerinya saat ini 2/10 pada pukul 14.10 WIB

Data objektif: Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital: TD: 131/90, frekuensi nadi: 75x/ menit, frekuensi pernapasan: 19x/ menit, skala nyeri pada pukul 14.10 WIB adalah 2/10, tidak ada edema baik di tungkai atas maupun tungkai bawah pasien. Teknik relaksasi yang dapat mengurangi stress pasien adalah relaksasi nafas dalam. Sudah dianjurkan kepada keluarga dan pasien untuk pasien mengurangi mengonsumsi merokok karena berdampak tidak baik bagi kesehatannya.

Analisa : tujuan teratasi

Perencanaan: tindakan keperawatan dihentikan.

4. Risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan merokok ditandai dengan:

Data Subjektif:

Pasien mengatakan sudah merokok selama 39 tahun sampai sekarang, ia juga mengatakan bahwa sehari bisa menghabiskan 9-12 batang rokok dalam 3 kali waktu. Pasien juga mengatakan bahwa ia sesak napas

Data Objektif:

suhu tubuhnya 35,2°, akral teraba dingin, Hematokrit 39,5 % (42,0-52,0), Jumlah eritrosit 4,24 juta/ μ L (4,70-6,00 juta/ μ L), MCH 34 pg (27-31 pg), Base excess -3,4 mmol/L (-2,5-+ 2,5 mmol/L).

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi perifer meningkat

Kriteria hasil: Kulit pasien tidak tampak pucat, pasien tidak mengeluh nyeri ekstremitas, suhu akral hangat (36.5°C-37.5°C)

Intervensi:

- a. Monitor status kardiopulmonal
- b. Monitor status oksigenasi
- c. Monitor status cairan
- d. Periksa riwayat alergi
- e. Pasang jalur IV
- f. Kolaborasi pemberian IV

Pelaksanaan:**Tanggal 20 Maret 2023**

Pukul 11.15 WIB memonitor status kardiopulmonal, tekanan darahnya 112/73 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 18x/menit dan memonitor status oksigenasi, didapatkan saturasi oksigen pasien 97% tanpa bantuan oksigen; pukul 11.17 WIB memonitor status cairan, CRT <3 dengan kondisi turgor kulit baik; pukul 11.31 WIB memeriksa riwayat alergi, pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien tidak mempunyai riwayat alergi apapun selama hidupnya; pukul 11.32 WIB memasang jalur IV; jalur IV sudah terpasang pada tanggal 19 Maret 2023 di IGD, dan tidak ada tanda-tanda phlebitis; pukul 11.50 WIB mengkolaborasi pemberian IV, pasien mendapatkan ringer laktat 500cc/ 12 jam diberikan pada 11.50 WIB; pukul 15.00 WIB memonitor status kardiopulmonal, Tekanan darah 133/97 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit teraba lemah, pernapasan 20x/ menit; pukul 15.02 WIB memonitor status oksigenasi, SaO₂ 97%; pukul 15.05 WIB memonitor status cairan, CRT <3 dengan kondisi turgor kulit baik; pukul 20.00 WIB memonitor status kardiopulmonal, Tekanan darah 140/90 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit teraba lemah, pernapasan 20x/ menit; pukul 20.03 WIB memonitor status oksigenasi, SaO₂ 97%; pukul 20.04 WIB memonitor status cairan, CRT <3 dengan kondisi turgor kulit baik

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.10 WIB memonitor status kardiopulmonal, tekanan darah 140/85 mmHg, frekuensi frekuensi nadi 76x/ menit, frekuensi napas, 18x/ menit dan memonitor saturasi oksigen, 97%; pukul 09.00 WIB memonitor status cairan,

balance cairan pasien +65 dengan kondisi turgor kulit baik dengan CRT <3 detik ; Pukul 15.10 WIB memonitor status kardiopulmonal, Tekanan darah 138/90 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit teraba lemah, pernapasan 20x/menit; pukul 15.13 WIB memonitor status oksigenasi, SaO₂ 98% alat bantu oksigen ; pukul WIB 15.14 WIB memonitor status cairan, CRT <3 dengan kondisi turgor kulit baik; Pukul 20.15 WIB memonitor status kardiopulmonal, Tekanan darah 133/82 mmHg, frekuensi nadi 96 x/menit teraba lemah, frekuensi pernapasan 20x/ menit; pukul 20.17 WIB memonitor status oksigenasi, SaO₂ 98% alat bantu oksigen ; pukul 20.20 WIB memonitor status cairan, CRT <3 dengan kondisi turgor kulit baik

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08.33 WIB memonitor status kardiopulmonal, tekanan darah 131/90 mmHg, frekuensi nadi 80x/ menit, frekuensi napas: 18x/ menit. Pukul 09.50 WIB Memonitor saturasi oksigen: 99% tanpa bantuan oksigen, pasien juga mengatakan sudah tidak sesak dan nyerinya berkurang dengan CRT <3 detik. Pukul 12.00 WIB, mengkolaborasi pemberian IV, pasien mendapatkan ringer laktat 500cc/ 12 jam yang diberikan pada pukul 12.00 WIB

Evaluasi:

Tanggal 22 Maret 2022

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah tidak sesak dan nyerinya berkurang

Data Objektif: Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD 131/90 mmHg, frekuensi frekuensi nadi 80x/ menit, frekuensi napas: 18x/ menit, saturasi oksigen: 99% tanpa bantuan oksigen, CRT <3 detik, pasien mendapatkan

cairan ringer laktat 500cc/ 12 jam melalui IV diberikan pada pukul 12.00 WIB

Analisa: tujuan teratasi

Perencanaan: tindakan keperawatan dihentikan

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas bagaimana kesenjangan yang ada antara teori dan kasus yang ditemui oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan *unstable angina pectoris* diruang 607 kardiologi lantai 6 Rumah Sakit Umum Daerah Koja pada tanggal 20 – 23 Maret 2023. Pembahasan yang ada didalam bab ini akan disesuaikan dengan tahap asuhan keperawatan yaitu diawali dengan pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi ,keperawatan.

A. Pengkajian keperawatan

Pada pengkajian data yang didapatkan diperoleh dari data primer dan data sekunder. Data primer meliputi observasi, pengkajian fisik, dan wawancara pada pasien dan keluarga, sedangkan data sekunder diperoleh melalui catatan rekam medis dan tim kesehatan.

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) dalam bukunya mengatakan bahwa ada beberapa hal yang menyebabkan seseorang dapat mengidap *Unstable angina pectoris* yaitu aterosklerosis, spasme arteri koroner, anemia berat, artritis, dan yang terakhir aorta infusensi. Hal tersebut dibuktikan oleh kasus yang menyatakan bahwa pasien mempunyai riwayat diabetes mellitus dan hipertensi dimana kedua riwayat tersebut adalah penyebab arteriosclerosis.

Adapun menurut (Muhibbah et al., 2019) ada dua faktor yang membuat seseorang lebih mudah terkena *Unstable angina pectoris* yaitu faktor yang dapat diubah dan tidak dapat diubah, contoh faktor yang dapat diubah yaitu merokok, pengendalian hipertensi dan diabetes melitus, dyslipidemia, obesitas dan juga gaya hidup pasien, sedangkan faktor yang tidak dapat diubah adalah usia seperti >45 tahun untuk pria dan >55 tahun untuk wanita, riwayat keluarga atau keturunan. Saat dikaji lebih lanjut hal tersebut didapatkan pada pasien seperti ia mengatakan bahwa ia berusia 54 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, pasien juga mempunyai riwayat hipertensi dan kolesterol, ibu dari pasien juga mempunyai riwayat penyakit jantung yang mana hal-hal tersebut merupakan beberapa faktor resiko seseorang mengidap *Unstable angina pectoris*.

Pada pengkajian juga ditemukan banyak kesenjangan, menurut teori (Wijaya & Putri, 2013), pasien akan mengalami bradikardi/takikardi, adanya rasa terbakar di epigastrik, dan juga pasien akan merasa cemas akan penyakitnya, namun saat dilakukan pengkajian pada pasien, tidak ditemukan adanya bradikardi/takikardi, di tunjukkan oleh frekuensi nadi yang masih normal, yaitu 68 x/menit, saat dikaji lebih lanjut juga pasien tidak mengeluhkan adanya rasa terbakar dibagian perut khususnya ulu hati/epigastrik, ia hanya mengeluh nyeri di bagian dada kiri dan rasanya seperti tertekan, pasien juga tidak tampak cemas, karena keluarga dan pasien juga mengatakan bahwa ia sudah mengetahui penyakitnya, dan mulai menerima kondisinya saat ini.

Tanda gejala pada pasien *Unstable angina pectoris* menurut (PERKI, 2018) adalah, nyeri dada yang datang baik saat pasien istirahat maupun beraktivitas, nyeri yang timbul ini terasa seperti tertimpa beban berat dibagian kiri yang dada pasien yang menjalar ke rahang, leher, bahu, lengan kiri, dan epigastrium, nyeri ini dapat berlangsung selama beberapa menit namun bisa lebih dari 20 menit, setelahnya ada tanda seperti diaphoresis atau keringat, pada beberapa pasien hal ini biasanya disertai mual, muntah, nyeri pada bagian perut dan sesak napas, lalu pada gambaran EKG pasien *Unstable angina pectoris* akan tampak Depresi segmen ST $>2\text{mm}$ di beberapa sadaoab precordial, dapat juga disertai dengan elevasi segmen ST yang tidak persisten (<20 menit), dengan gelombang Q menetap, Non-diagnostik, dan Normal.

Yang terakhir biomarka jantung yang tidak meningkat secara bermakna. Pada pasien ditemukan nyeri dada seperti tertusuk-tusuk dan terbakar, nyeri tersebut juga terasa menyebar ke area punggung dan lengan kiri dengan skala 8 (numeric scale), pasien juga mengeluh lemah, sedikit sesak, pusing dan merasa sakit saat menggerakkan anggota badannya. Saat dikaji lagi akral pasien terasa dingin dan gambaran EKG pasien adalah sinus rhytym dengan ST depresi, namun pemeriksaan Troponin I kuantitatif $0,001\text{ ng/mL}$ ($<0,020\text{ ng/mL}$) masih dalam kategori yang normal, hal ini membuktikan bahwa teori sangat berhubungan dengan kasus yang ada, dilihat dari data pengkajian yang didapatkan sama seperti teori terkait, namun ada beberapa kesenjangan seperti tidak terbuktinya pada kasus bahwa pasien tidak mengalami mual, muntah, dan nyeri pada perutnya.

Menurut Wijaya & Putri pada bukunya, pada pemeriksaan fisik dibagian kepala pasien akan merasa kepalanya berdenyut baik saat tidur ataupun bangun, pada leher akan tampak distensi vena jugularis, selain itu pada ekstremitas akan terdapat oedema perifer atau oedema umum. Namun pada pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien tidak terdapat adanya keluhan seperti kepala berdenyut, tidak ada juga distensi vena jugularis, dan yang terakhir pada bagian ekstremitas pasien tidak ditemukan adanya oedema perifer ataupun oedema umum.

Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada bagian penatalaksanaan yang dilakukan ke pasien, hal ini dibuktikan saat melakukan pengkajian pasien mengatakan semenjak di diagnosis *unstable angina pectoris* ia rutin mengonsumsi obat-obatan yang diberikan seperti clopidogrel, isosorbide dinitrat (ISDN), dan bisoprolol, dimana terapi obat-obatan ini sejalan dengan teori menurut (Luthfiyah et al., 2021) dan (PERKI, 2016) dimana obat-obatan tersebut seperti clopidogrel berfungsi untuk mencegah trombosit, yang saling menempel berisiko membentuk gumpalan darah, isosorbide dinitrat (ISDN) merupakan vasodilator endotelium bermanfaat untuk mengurangi symptom angina pectoris, dan bisoprolol merupakan obat Penyekat beta berfungsi menurunkan frekuensi denyut jantung, tekanan di arteri dan peregangan pada dinding ventrikel kiri

Terdapat kesenjangan pada pemeriksaan diagnostik antara teori dan kasus. Menurut (Wijaya & Putri, 2013) pada pemeriksaan laboratorium, khususnya analisa gas darah pada pasien pasien *unstable angina pectoris* dapat menunjukkan terjadinya hipoksia atau proses penyakit paru akut ataupun

kronis. Pada kasus yang terjadi, pemeriksaan analisa gas darah pasien O₂ saturasi bernilai 97,3 % (94-100 %) masih dalam tahap normal.

Selama melakukan pengkajian penulis tidak mengalami kesulitan dikarenakan data-data yang diperlukan oleh pasien lengkap sehingga penulis tidak menemukan kesulitan dalam peneggakkan masalah keperawatan. Faktor penghambat yang ditemui penulis adalah karena pasien memiliki kebiasaan tidur yang cukup lama baik siang maupun malam hari, sehingga ada kesenjangan data antara pasien dan keluarga dikarenakan saat pengkajian tidak dilakukan bersama-sama.

B. Diagnosis keperawatan

Pada tahap ini adalah tindak lanjut setelah penulis mengumpulkan data melalui proses pengkajian, setelahnya adalah perumusan diagnosis keperawatan sesuai dengan tanda dan gejala yang ada. Menurut (Wijaya & Putri, 2013) dan (Muttaqin, 2014) ada beberapa diagnosis yang mungkin muncul pada pasien *Unstable angina pectoris* yaitu; penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, preload, afterload, atau kontraktilitas; Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis; Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler; Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen; Ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan; Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi irama jantung, penurunan preload/ peningkatan tahanan vaskuler sistemik dan otot infark/ kerusakan struktur.

Sedangkan setelah dilakukan pengkajian dan analisa data hanya ditemukan lima diagnosis yang muncul pada pasien yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan merokok.

Penulis menemukan kesenjangan antara diagnosis teori dan diagnosis kasus dimana ada beberapa diagnosis yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus seperti penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, preload, afterload, atau kontraktilitas, gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler, dan ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan, diagnosa ini tidak ditemukan karena kurangnya data yang ditemui penulis, selain itu ada diagnosis yang ada pada kasus namun tidak ada pada diagnosis teori yaitu risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan merokok.

Diagnosis keperawatan yang pertama adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, preload, afterload, atau kontraktilitas. Diagnosis ini tidak penulis angkat dikarenakan pasien tidak mengalami bradikardi/ takikardi dan gambaran EKG pasien juga tidak menunjukkan adanya sinus aritmia.

Diagnosis keperawatan kedua adalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena

kurangnya data yang ada, dibuktikan dengan PCO^2 dan PO^2 pasien masih dalam kadar yang normal, saat dikaji juga pasien tidak mengalami takikardi, pH arteri pasien dalam kadar normal, dan tidak ada bunyi napas tambahan.

Diagnosis ketiga adalah ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan. Diagnosis ini tidak penulis angkat dibuktikan pasien tidak tampak gelisah, tegang, sulit tidur, saat ditanyai mengenai penyakitnya pasien juga sudah mengerti, karena pasien sudah mengidap penyakitnya 6 bulan yang lalu, sehingga ia tidak cemas ketika mengetahui tentang penyakitnya.

Sedangkan diagnosis yang tidak ada pada diagnosis teori namun ada pada diagnosis kasus yaitu risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan merokok dibuktikan dengan pasien yang mengatakan bahwa ia sudah merokok selama 39 tahun sampai sekarang, dan bisa menghabiskan 9-12 batang rokok dalam 3 kali waktu sehari, nadi yang teraba lemah, akral pasien teraba dingin.

Adapun faktor pendukung dan faktor penghambat yang penulis rasakan dalam penentuan diagnosis keperawatan. Faktor pendukungnya adalah tersedianya *literature* yang cukup memadai mengenai penyakit *unstable angina pectoris* sehingga membantu penulis dalam perumusan diagnosis keperawatan.

Faktor penghambat yang ditemui penulis adalah adanya data pengkajian yang tidak mendukung beberapa diagnosis teori sehingga membuat penulis kesulitan dalam perumusan diagnosis keperawatan. Solusi yang dilakukan

yaitu penulis menambah literatur bacaan sehingga penulis bisa merumuskan diagnosa.

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.

Dalam perencanaan keperawatan nyeri akut menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dalam manajemen nyeri penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dengan kasus, yaitu tidak adanya tindakan kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, hal ini dikarenakan pasien berada di ruangan yang memang berisi beberapa pasien dan suhu ruangan juga digunakan secara otomatis sehingga penulis tidak bisa mengontrol hal tersebut, selain itu penulis tidak mencantumkan perencanaan edukasi menjelaskan pemicu nyeri pasien karena pasien sudah mengetahui alasan ia mengalami nyeri hal ini dibuktikan oleh pasien dan keluarga yang mengatakan bahwa ia memang mempunyai penyakit *unstable angina pectoris*, dan hal ini lah yang membuat ia mengalami nyeri dada.

Perencanaan diagnosis ketiga risiko penurunan curah jantung. Pada diagnosis ini terdapat banyak kesenjangan antara teori perencanaan dan kasus, hal ini dikarenakan melihat kondisi yang terjadi pada pasien, contohnya adalah pada teori perencanaan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) terdapat monitor fungsi alat pacu jantung, memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, kolaborasi pemberian antiaritmia,

sedangkan melihat dari kasus pasien tidak bisa diberikan dikarenakan kondisi yang dialaminya seperti pasien tidak bisa dilakukan monitor fungsi alat pacu jantung dikarenakan pasien tidak menggunakan alat tersebut, selanjutnya adalah memberikan oksigen, pasien tidak diberikan oksigen karena saturasi oksigen dalam kadar yang normal yaitu 97%, yang terakhir adalah mengkolaborasi pemberian aritmia, kolaborasi ini tidak diberikan kepada pasien karena kondisinya saat ini tidak mengalami aritmia, hal ini juga dibuktikan oleh pemeriksaan EKGnya. Selain itu pada kriteria hasil penurunan curah jantung penulis menemukan banyak kesenjangan antara teori (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) karena kriteria hasil yang penulis ambil melihat dari kondisi yang sedang dialami dengan pasien.

Perencanaan diagnosis keempat yaitu risiko perfusi perifer tidak efektif. Terdapat banyak kesenjangan antara teori dan kasus, menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) perencanaan pada diagnosis risiko perfusi perifer tidak efektif adalah pencegahan syok, didalam perencanaan pencegahan syok ada tindakan terapeutik perawat dimana mempersiapkan intubasi dan ventilasi mekanis sedangkan melihat dari kondisi pasien, pasien tidak memerlukan hal tersebut, selain itu pada kriteria hasil menurut teori (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) dan kasus ada kesenjangan dimana penulis tidak mengambil kriteria hasil pengisian kapiler dikarenakan melihat dari data CRT pasien yang masih dalam batas normal yaitu <3 detik.

Dari perencanaan dan kriteria hasil antara teori dan kasus masih banyak kesenjangan yang penulis dapati, hal ini dikarenakan perencanaan dan kriteria hasil yang penulis dapati itu kembali lagi dengan kondisi pasien tersebut.

Faktor pendukung yang penulis rasakan selama menulis perencanaan adalah tersedianya buku yang dapat penulis gunakan sebagai acuan teori dalam penulisan perencanaan keperawatan. Dalam penulisan perencanaan penulis tidak menemui 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 nyeri akut penulis mendapatkan kendala yaitu pasien sulit untuk memonitor nyerinya secara mandiri, dikarenakan pasien juga lupa dan kurangnya kesadaran akan pentingnya untuk memonitor nyerinya. Solusi yang dilakukan oleh penulis yaitu selalu mengingatkan pasien dan keluarga untuk memonitor nyerinya dan menjelaskan penting dan akibat jika tidak memonitor nyerinya secara mandiri. Selain itu penulis melakukan salah satu tindakan non farmakologis pada manajemen nyeri yaitu teknik relaksasi napas dalam dan hal ini terbukti membantu pasien dalam mengurangi rasa nyeri yang dirasakannya, tindakan ini juga diperkuat oleh salah satu jurnal yang penulis baca pada (Islamie & Safriadi, 2018) yang berjudul “Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Angina Pectoris”.

Pada pelaksanaan diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas penulis tidak menemukan kendala yang berarti, karena semua tindakan yang dilakukan, pasien dan keluarga melakukannya dengan kooperatif.

Pada pelaksanaan diagnosis keperawatan risiko penurunan curah jantung penulis mendapatkan beberapa kendala yaitu karena EKG yang memang kurang memadai di RSUD Koja, sehingga terkadang jika memakainya penulis agak kesulitan.

Pada pelaksanaan diagnosis keperawatan risiko perfusi perifer, penulis tidak menemukan kendala dalam pelaksanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan berjalan baik sesuai rencana, namun karena ada keterkaitan antara risiko perfusi perifer tidak efektif dengan merokok maka penulis sudah menganjurkan untuk pasien berhenti merokok namun pelaksanaan tersebut dituliskan di diagnosis risiko penurunan curah jantung karena pelaksanaannya berada didiagnosis tersebut.

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*. 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 lima diagnosis yang muncul pada kasus, lima diagnosis tersebut tercapai tujuannya yaitu; diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen

pencedera fisiologi dibuktikan dengan keluhan nyeri pasien menurun, sikap protektif menurun, sudah tidak tampak gelisah, dan keluhan sulit tidur menurun; diagnosis intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen hal ini dibuktikan ketika frekuensi nadi menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, *dyspnea* saat aktivitas menurun, *dyspnea* setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, frekuensi napas membaik; risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung dibuktikan palpitasi menurun, lelah menurun, *dyspnea* menurun; risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan merokok, warna kulit pucat menurun, nyeri ekstremitas menurun, akral membaik.

Faktor pendukung dalam penulisan evaluasi keperawatan adalah tercukupinya data yang didapatkan dari rekam medis dan tim medis lainnya serta kooperatifnya keluarga dan pasien dalam evaluasi keperawatan sehingga penulis dapat mengumpulkan data evaluasi keperawatan. Pada tahap ini penulis tidak menemukan faktor penghambat dalam penyelesaian evaluasi keperawatan

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan Asuhan keperawatan pada pasien Tn. R dengan *unstable angina pectoris* di ruang 607 Kardiologi lantai 6 RSUD Koja Jakarta utara dari tanggal 20 Maret sampai 22 Maret 2023. Penulis mengambil kesimpulan dan saran yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sebagai berikut:

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* yang dilakukan kepada pasien, ternyata masih banyak kesenjangan antara teori dan kasus yaitu menurut teori pasien akan mengalami bradikardi/takikardi, adanya rasa terbakar di epigastrik, dan juga pasien akan merasa cemas akan penyakitnya, namun saat dilakukan pengkajian pada pasien, tidak ditemukan adanya bradikardi/takikardi, di tunjukkan oleh frekuensi nadi yang masih normal, yaitu 80 x/menit, saat dikaji lebih lanjut juga pasien tidak mengeluhkan adanya rasa terbakar dibagian perut khususnya ulu hati/ epigastrik, ia hanya mengeluh nyeri di bagian dada kiri dan rasanya seperti tertekan, pasien juga tidak tampak cemas, karena keluarga dan pasien juga mengatakan bahwa ia sudah mengetahui penyakitnya, dan mulai menerima kondisinya saat ini. Selain melihat dari tanda gejala yang ada menurut dilihat dari tanda gejala yang ada data pengkajian yang didapatkan sama seperti teori terkait, namun

ada beberapa kesenjangan seperti tidak terbuktinya pada kasus bahwa pasien tidak mengalami mual, muntah, dan nyeri pada perutnya. Pada pemeriksaan fisik dibagian kepala pasien akan merasa kepalanya berdenyut baik saat tidur ataupun bangun, pada leher akan tampak distensi vena jugularis, selain itu pada ekstremitas akan terdapat oedema perifer atau oedema umum. Namun pada pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien tidak terdapat adanya keluhan seperti kepala berdenyut, tidak ada juga distensi vena jugularis, dan yang terakhir pada bagian ekstremitas pasien tidak ditemukan adanya oedema perifer ataupun oedema umum. Terdapat kesenjangan pada pemeriksaan diagnostik antara teori dan kasus, contohnya pada pemeriksaan laboratorium, khususnya analisa gas darah pada pasien pasien *unstable angina pectoris* dapat menunjukkan terjadinya hipoksia atau proses penyakit paru akut ataupun kronis. Namun pada kasus yang terjadi, pemeriksaan analisa gas darah pasien O₂ saturation bernilai 97,3 % masih dalam tahap normal, hal ini membuktikan adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

Dari yang penulis dapat menurut teori ada enam diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien *unstable angina pectoris* menurut yaitu; penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, preload, afterload, atau kontraktilitas; Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis; Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler; Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen; Ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan; Risiko penurunan curah

jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi irama jantung, penurunan preload/ peningkatan tahanan vaskuler sistemik dan otot infark/ kerusakan struktur. Namun pada kasus hanya ditemukan tiga diagnosis yang sama dengan teori yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung dan yang tidak ada pada kasus namun tidak terdapat didalam teori yaitu risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan merokok. Diagnosis yang tidak penulis angkat pada kasus namun ada pada teori adalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena kurangnya data yang ada, dibuktikan dengan PCO_2 dan PO_2 pasien masih dalam kadar yang normal, saat dikaji juga pasien tidak mengalami takikardi, pH arteri pasien dalam kadar normal, dan tidak ada bunyi napas tambahan. Selain itu diagnosis ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan. Diagnosis ini tidak penulis angkat dibuktikan pasien tidak tampak gelisah, tegang, sulit tidur, saat ditanyai mengenai penyakitnya pasien juga sudah mengerti, karena pasien sudah mengidap penyakitnya 6 bulan yang lalu, sehingga ia tidak cemas ketika mengetahui tentang penyakitnya.

Faktor pendukung yang penulis rasakan selama menulis perencanaan adalah tersedianya buku yang dapat penulis gunakan sebagai acuan teori

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

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*. Faktor penghambat yang penulis rasakan adalah kurangnya kesadaran pasien dalam melakukan pelaksanaan keperawatan.

Faktor pendukung dalam penulisan evaluasi keperawatan adalah tercukupinya data yang didapatkan dari rekam medis dan tim medis lainnya serta kooperatifnya keluarga dan pasien dalam evaluasi keperawatan sehingga penulis dapat mengumpulkan data evaluasi keperawatan. Pada tahap ini penulis tidak menemukan faktor penghambat dalam penyelesaian evaluasi keperawatan

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 diruangan, sehingga penulis dapat memonitor lebih lanjut bagaimana kondisi pasien di ruangan.

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 bisa mengimplementasikan teknik relaksasi napas dalam untuk meredakan nyeri pada pasien *unstable angina pectoris*.

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*, sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan yang lebih optimal dan efektif pada pasien yang mengidap *unstable angina pectoris*

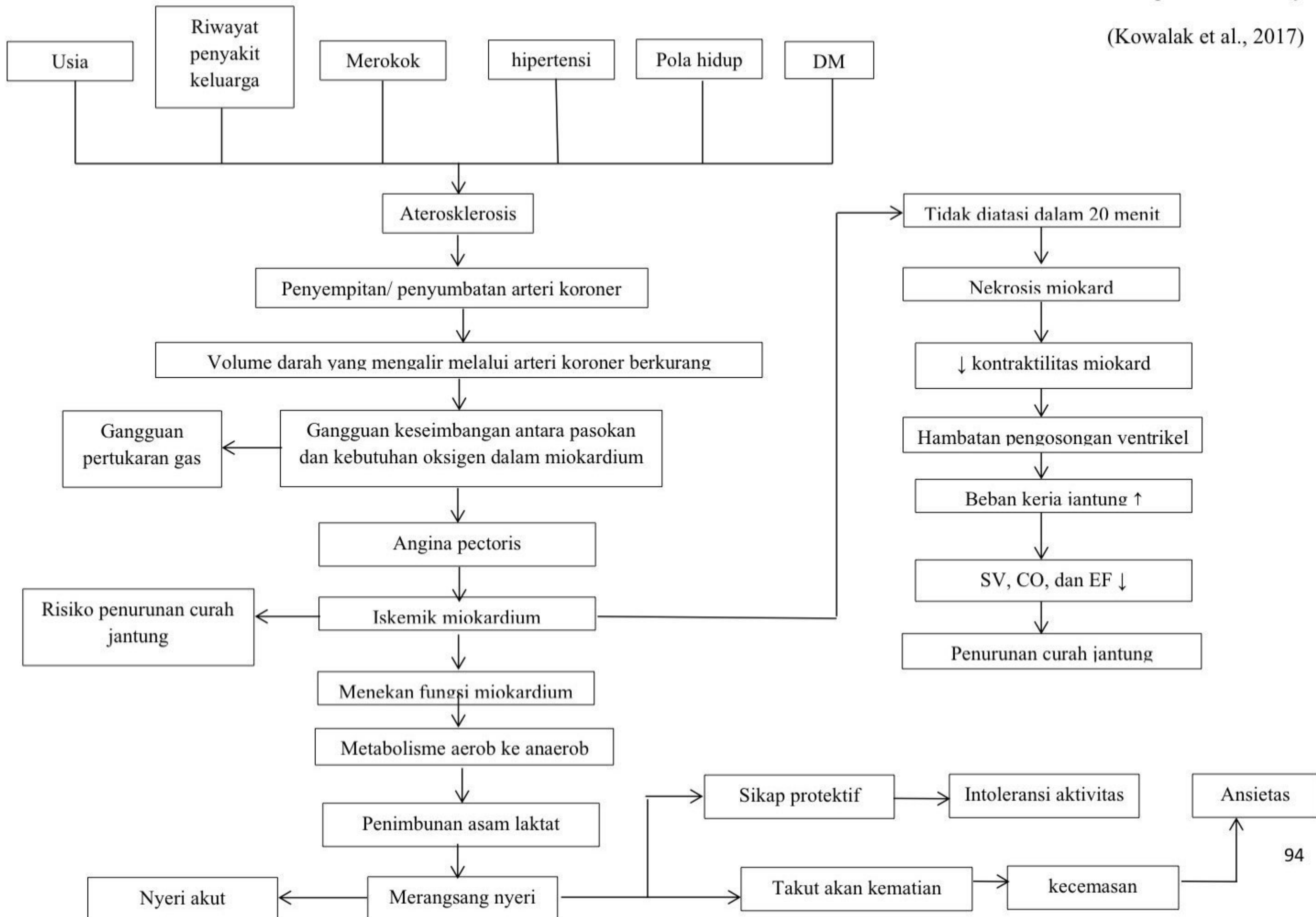
DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2021). Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice. In *The American Journal of Nursing* (11th ed., Vol. 82, Issue 6). Pearson.
- Churchhouse, A., & Ormerod, J. (2017). *Crash Course Kardiologi dan Kelainan Vaskuler* (H. Kalim (ed.); 1st ed.).
- Goyal, A., Zeltser, R., & Gunn, A. A. (2023). Unstable Angina (Nursing). In *Januari*. StatPearls Publishing LLC. <https://doi.org/NBK568785>
- Hidayati, N., & Irmawati, F. (2020). *Anatomi fisiologi manusia sistem kardiovaskuler berbasis sets-pbl* (T. A. Prayitno (ed.); I). Media Nusa Creative.
- Islamie, N. nur, & Safriadi, T. (2018). *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Angina Pectoris di RSUD Kota Subussalam*. 2.
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Kowalak, J. P., Welsh, W., & Mayer, B. (2017). *Buku ajar patofisiologi* (A. Hartono (ed.)).
- Luthfiyah, S., Wijayanti, A. R., Kuntoadi, G. B., Sulistiawati, F., Arma, N., Mustamu, A. C., Kushayati, N., Rubiyanti, R., Kaseger, H., & Avelina, Y. (2021). *Penyakit Sistem Kardiovaskuler*. Yayasan penerbit Muhammad Zaini Anggota IKAPI.
- Majid, A. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Pustaka baru.
- MedScape.com. (n.d.). *Drug Interaction Checker*. 2023. Retrieved June 13, 2023, from <https://reference.medscape.com/>
- Muhibbah, M., Wahid, A., Agustina, R., & Illiandri, O. (2019). Karakteristik Pasien Sindrom Koroner Akut Pada Pasien Rawat Inap Ruang Tulip Di Rsud Ulin Banjarmasin. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 3(1), 6. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v3i1.1567>
- Muttaqin, A. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi (1st ed.; R. Angriani, ed.)*. Salemba Medika.

- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI). (2018). *Pedoman Tata Laksana Sindrom Koroner Akut ed 4*. PERKI.
- PERKI. (2016). *Panduan praktik klinis (ppk) dan clinical pathway (cp) penyakit jantung dan pembuluh darah (pertama)*.
- Priharjo, R. (1993). *Perawatan Nyeri Pemenuhan aktivitas istirahat pasien*. Jakarta : EGC.
- Rohmah, N., & Walid, S. (2019). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Ar-Ruzz Media.
- Rosfiati, E., Nurachmah, E., & Yulia, Y. (2015). *Pengaruh Pijat Punggung terhadap Tingkat Kecemasan dan Kenyamanan Pasien Angina Pektoris Stabil Sebelum Tindakan Angiografi Koroner*.
<https://doi.org/10.7454/JKI.V18I2.411>
- Sitanggang, R. (2018). Tujuan evaluasi dalam keperawatan. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, 1(5), 1–23.
- Smeltzer & Bare. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah* (A. Waluyo (ed.); Edisi 8 Vo). Jakarta : EGC.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2013). *Keperawatan medikal bedah Brunner & Suddart ed. 12; alih bahasa: Devi Yulianti, Amelia Kimin; editor edisi Bahasa Indonesia: Eka Anisa Mardella* (E. A. Mardella (ed.)). EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Alonso, A., Beaton, A. Z., Bittencourt, M. S., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Carson, A. P., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Ferguson, J. F., Generoso, G., Ho, J. E., Kalani, R., Khan, S. S., Kissela, B. M., ... Marti, S. S. (2023). 2023 Heart Disease and Stroke Statistics. *American Heart Association*.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
- Wijaya, A. saferi, & Putri, Y. mariza. (2013). *Kmb 1 keperawatan medikat bedah keperawatan dewasa teori dan contoh askep* (1st ed.). Nuha Medika.

World Health Organization. (2021). WHO list of priority medical devices for management of cardiovascular diseases and diabetes. In *WHO medical device technical series*.

Lampiran 1: Pathway
(Kowalak et al., 2017)



Lampiran 2: Analisa Obat

Analisa Obat

1. Bisoprolol

Indikasi: mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi, angina pectoris, aritmia, dan gagal jantung

Kontraindikasi: Anuria, Syok kardiogenik, Penyumbatan jantung 2°/3°,

Hipersensitif terhadap komponen atau turunan sulfonamide, Gagal jantung terbuka, bradikardi

Efek samping: Artralgia (2-3%), Nyeri dada (1-2%), Diare (3%), Sesak napas (1-2%), Kelelahan (6-8%), Hipoaesthesia (1-2%), Insomnia (2-3%),

Mual/muntah (2%), Rhinitis (3-4%), Sinusitis (2%), Infeksi saluran pernapasan atas (5%), Kelemahan ($\leq 2\%$)

2. Aspilet

Indikasi: Pengobatan dan pencegahan angina pectoris dan infark miokardium

Kontraindikasi: Hipersensitivitas, gangguan perdarahan dan asma

Efek samping: Angioedema, Bronkospasme, Perubahan SSP, Masalah dermatologis, Nyeri saluran cerna, ulserasi, perdarahan, Hepatotoksisitas, Gangguan pendengaran, Mual, Penghambatan agregasi trombosit, Hemolisis dini, Edema paru (yang diinduksi oleh salisilat, non-kardiogenik), Ruam, Kerusakan ginjal, Gatal-gatal, Muntah

3. Clopidogrol

Indikasi: mencegah kejadian aterotrombosis pada penyakit jantung koroner

terutama pada sindrom koroner akut, pada stroke, dan pada penyakit arteri perifer

Kontra indikasi: Hipersensitivitas, Perdarahan patologis aktif (misalnya, tukak lambung, perdarahan intrakranial)

Efek samping: Infeksi saluran pernapasan atas (8,7%), Nyeri dada (8,3%), Sakit kepala (7,6%), Sindrom Flulike (7,5%), Arthralgia, (6%), Nyeri (6%), Pusing (6%), Diare (4,5%), Ruam (4,2%), Rinitis (4,2%), Depresi (3,6%), Infeksi saluran kencing (3,1%)

4. Isosorbide dinitrate

Indikasi: Mengatasi Angina (nyeri dada) yang disebabkan oleh penyakit jantung

Kontra indikasi: Alergi terhadap nitrat organik, Penggunaan bersamaan dengan inhibitor PDE-5 (misalnya, avanafil, sildenafil, tadalafil, atau vardenafil), Penggunaan bersamaan dengan stimulator siklase guanilat terlarut (sGC) (misalnya, riociguat)

Efek samping: Kemerahan, Hipotensi/hipotensi ortostatik, Sakit kepala ringan, Palpitasi, Hipertensi rebound (jarang terjadi), Sinkop, Takiaritmia angina yang tidak stabil, Pusing, Sakit kepala, Gelisah, Lemah, Mual (MedScape.com, n.d.).

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Terapi Non Faramakologi
Sub Pokok Bahasan	: Teknik Relaksasi Nafas Dalam
Sasaran	: Pasien Tn.R
Hari/Tanggal	: Selasa/ 21 Maret 2023
Tempat	: Ruang Kardiovaskuler RSUD KOJA
Waktu	: 15 menit
Penyuluh	: Mahasiswa Tingkat III STIKes RS Husada

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU) → kognitif, afektif, psikomotor

Setelah mendapat penyuluhan 1 x 15 menit diharapkan Keluarga Tn.R dapat menjelaskan teknik relaksasai nafas dalam, serta Pasien Tn.R dapat mempraktikkan teknik relaksasi nafas dalam, dengan demikian Kelurga Tn.R dapat melakukannya apabila terasa nyeri kembali

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, kelompok lansia diharapkan dapat :

1. Menyebutkan pengertian teknik relaksasi nafas dalam **dengan benar**
2. Menyebutkan tujuan relaksasi nafas dalam **dengan benar**
3. Mendeonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar **dengan benar**

III. Materi Penyuluhan

1. Terlampir

IV. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

V. Media Penyuluhan

- a. *Leaflet*
- b. Laptop

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

NO	KEGIATAN	WAKTU	PENYAJI	SASARAN
1	Pembukaan	3 menit	Mengucapkan salam Memperkenalkan diri	Membalas salam Memperhatikan dan mendengarkan
2	Penyajian bahan tentang: Menjelaskan pengertian teknik relaksasi nafas dalam Menjelaskan tujuan relaksasi nafas dalam Menjelaskan manfaat relaksasi nafas dalam Menjelaskan penatalaksanaan relaksasi nafas dalam.	7 menit	Menjelaskan pengertian teknik relaksasi nafas dalam Menjelaskan tujuan relaksasi nafas dalam Menjelaskan manfaat relaksasi nafas dalam Menjelaskan penatalaksanaan relaksasi nafas dalam.	Mendengarkan Mempraktekkan
3	Evaluasi	3 menit	Memberi kesempatan kepada Tn.R keluarga untuk bertanya untuk mengevaluasi peserta,	

			apakah peserta dapat menjelaskan kembali materi penkes dengan bertanya Menyimpulkan kembali materi yang disajikan	
4	Penutup	2 menit	Perawat mengucapkan terima kasih Mengucapkan salam penutup	Menjawab salam

VII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural → sebelum

- a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
- b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi yang akan diberikan
- c. Tempat dipersiapkan H-1 sebelum pelaksanaan pendidikan kesehatan
- d. Mahasiswa, pasien dan keluarga berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati

2. Evaluasi Proses → saat

- a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
- b. Keluarga Tn.R dan Pasien Tn.R aktif dalam diskusi dan tanya jawab
- c. Keluarga Tn.R dan Pasien Tn.R mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

3. Evaluasi Hasil → materi

- a. Keluarga Tn.R dan Pasien Tn.R dapat menyebutkan pengertian teknik relaksasi nafas dalam , tujuan teknik relaksasi nafas dalam **dengan benar** → kognitif
- b. Keluarga Tn.R dan Pasien Tn.R menunjukkan antusias/ keinginan untuk mengetahui dan mengimplementasikan ketika terjadi nyeri dikemudian hari teknik relaksasi nafas dalam **dengan baik** → afektif
- c. Keluarga Tn.R dan Pasien Tn.R dapat mempraktikkan kembali bagaimana teknik relaksasi nafas dalam yang baik dan benar **dengan tepat** → psikomotor

4. Pertanyaan evaluasi

1. Apakah teknik relaksasi nafas dalam dengan tepat?
2. Apakah manfaat teknik relaksasi nafas dalam?
3. Bagaimana cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam?

MATERI

A. Pengertian

Teknik relaksasi dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini, perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan (Priharjo, 1993). Selain dapat menuunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002).

B. Manfaat relaksasi nafas dalam

1. Mengurangi nyeri
2. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
3. Detak jantung lebih rendah
4. Mengurangi tekanan darah
5. Ketahanan mental lebih besar dari penyakit
6. Tidur lelap
7. Kesehatan menjadi terjaga
8. Daya ingat lebih baik
9. Meningkatkan data berpikir logis
10. Meningkatkan kreativitas
11. Meningkatkan keyakinan

C. Penatalaksanaan Teknik relaksasi nafas dalam

1. Cuci tangan
2. Jelaskan prosedur yang akan kita lakukan pada pasien.
3. Ciptakan lingkungan yang tenang
4. Usahakan tetap rileks dan tenang
5. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
6. Tahan selama 5-7 detik
7. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
8. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
9. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
10. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
11. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
12. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri
13. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
14. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali
15. Lakukan evaluasi
16. Cucitangan

Lampiran 4: Leaflet

MANFAAT RELAKSASI NAPAS DALAM 1. Mengurangi nyeri 2. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah 3. Detak jantung lebih rendah 4. Mengurangi tekanan darah 5. Ketahanan mental lebih besar dari penyakit 6. Tidur lelap 7. Kesehatan menjadi terjaga 8. Daya ingat lebih baik 9. Meningkatkan daya berpikir logis 10. Meningkatkan kreativitas 10. Meningkatkan keyakinan	APA ITU RELAKSASI NAPAS DALAM? Teknik relaksasi dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini, perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002)	 TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM
9. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks 10. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam 11. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri 12. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang 13. Ulangi sampai 15 kali, dengan selang istirahat singkat setiap 5 kali. 14. Lakukan evaluasi 15. Cuci tangan		CARA MELAKUKAN RELAKSASI NAPAS DALAM 1. Cuci tangan 2. Jelaskan prosedur yang akan kita lakukan pada pasien. 3. Ciptakan lingkungan yang tenang 4. Usahakan tetap rileks dan tenang 5. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3 6. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks 7. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali 8. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan

Lampiran 5: Lembar balik



MANFAAT



- Mengurangi nyeri
- Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
- Detak jantung lebih rendah
- Mengurangi tekanan darah
- Ketahanan mental lebih besar dari penyakit
- Tidur lelap



- Kesehatan menjadi terjaga
- Daya ingat lebih baik
- Meningkatkan data berpikir logis
- Meningkatkan kreativitas
- Meningkatkan keyakinan

PENATALAKSANAAN

1. Usahakan diri tetap rileks/ tenang
2. Menarik napas dalam dari hidung melalui hitungan 1,2,3
3. Tahan napas selama 5-7 detik
4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut secara perlahan
5. Anjurkan bernapas dengan irama normal 3 kali

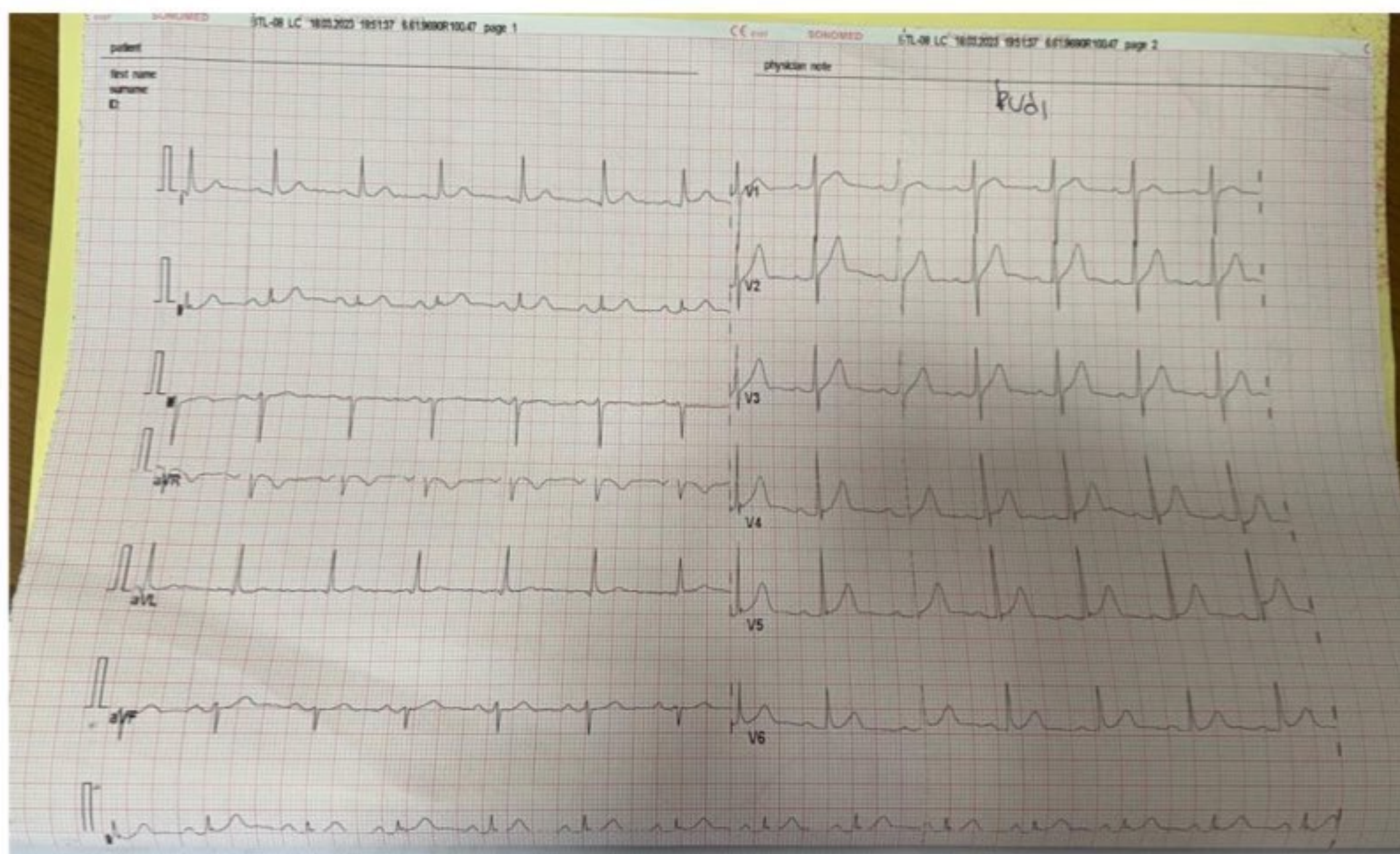
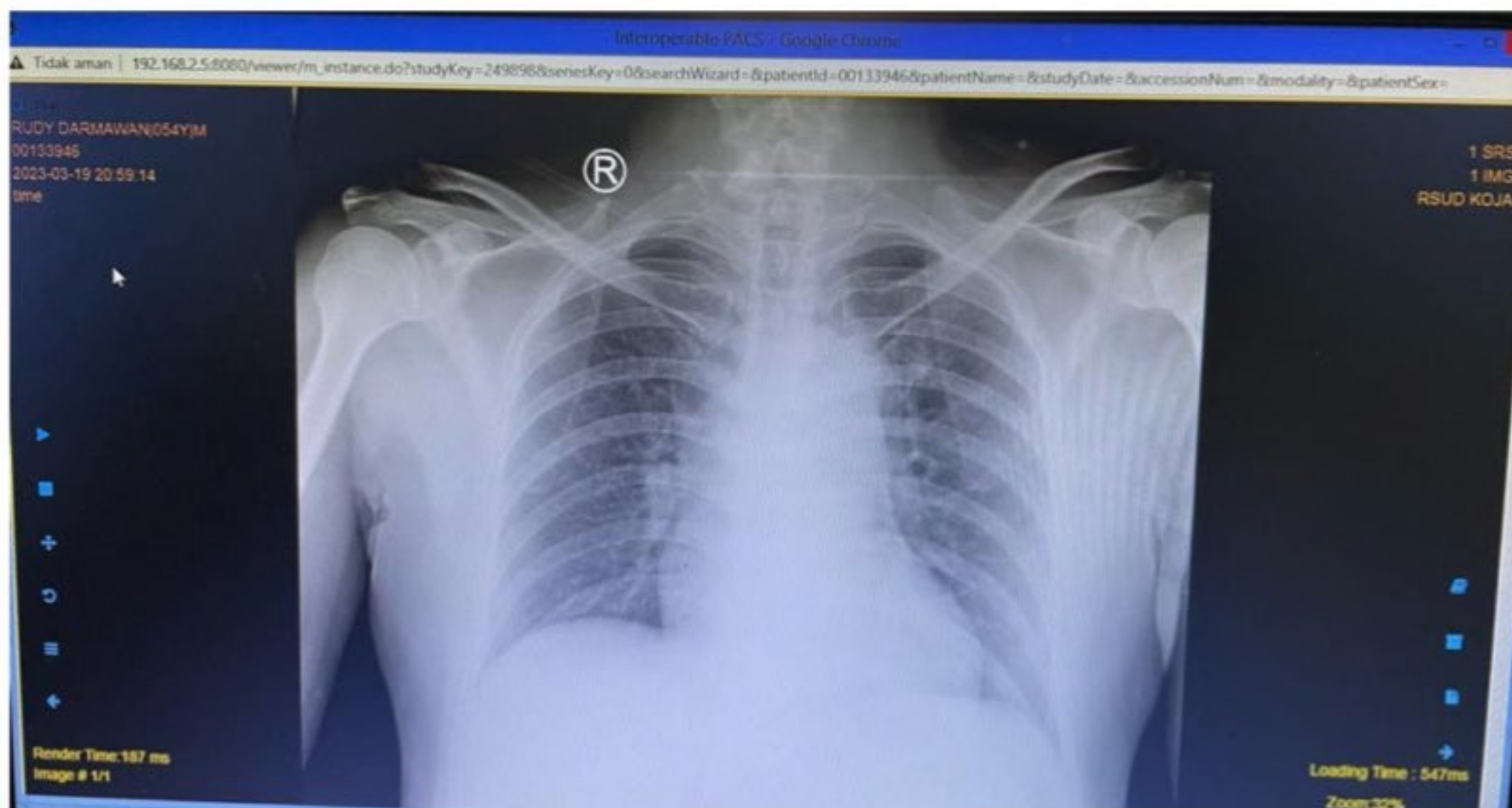


HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN

- Usahakan agar tetap konsentrasi bisa dengan mata terpejam
- Ulangi sampai nyeri terasa berkurang dan cemas berkurang



Lampiran 5: Foto thorax dan EKG



LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Fendy Yesayas, M.Kep

Nama Mahasiswa : Adinda Salsabila

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. R dengan Unstable
Angina Pectoris di Ruang 607 Lantai 6 Kardiologi RSUD
Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1	10 Maret 2023	Bimbingan sebelum pengambilan karya tulis ilmiah	
	23 Maret 2023	Bimbingan setelah pengambilan kasus karya tulis ilmiah	
	28 Maret 2023	Konsultasi BAB I dan BAB III	
	05 April 2023	Revisi BAB I membenarkan penulisan dan Revisi BAB III memperbaiki penulisan	
	09 April 2023	Revisi BAB III	
	16 Mei 2023	Mengajukan BAB I, BAB II, DAN BAB III melalui Gdrive	
	21 Mei 2023	ACC BAB I	
	24 Mei 2023	ACC BAB II	
	31 Mei 2023	Konsultasi BAB I-V	
	02 Juni 2023	ACC BAB I-V	
	03 Juni 2023	Konsultasi BAB V	
	05 Juni 2023	Revisi BAB V kesimpulan dan saran	
	07 Juni 2023	Konsultasi BAB I-V dan ACC BAB I-V	
	08 Juni 2023	Konsultasi lampiran pathway, analisa obat, SAP, leatfeat, lembar balik Menyerahkan lembar persetujuan dan ACC siap sidang	