KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. J DENGAN UNSTABLE ANGINA PECTORIS (UAP) MELALUI TERAPI RELAKSASI BENSON UNTUK PENURUNAN SKALA NYERI DADA DI RUANG ICU/ICCU RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2019

OLEH:

TIA DESWITA SARI NIM: 1814901623

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS STIKes PERINTIS PADANG TAHUN 2019

HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. J DENGAN UNSTABLE ANGINA PECTORIS (UAP) MELALUI TERAPI RELAKSASI BENSON UNTUK PENURUNAN SKALA NYERI DADA DI RUANG ICU/ICCU RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR KOTA BUKITTINGGI **TAHUN 2019**

Oleh:

TIA DESWITA SARI NIM: 1814901623

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah diseminarkan

Bukittinggi, 27 Juli 2019

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Ns. Muhammad Arif, M.

NIK:1420114098409051

Pembimbing II

Hj. Misfatria Noor, M.Kep, Ns

NIP:197403101996032001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang

Ns. Mera Delima, M.Kep

NIK:1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. J DENGAN UNSTABLE ANGINA PECTORIS (UAP) MELALUI TERAPI RELAKSASI BENSON UNTUK PENURUNAN SKALA NYERI DADA DI RUANG ICU/ICCU RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2019

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji

Pada

Hari/Tanggal : Sabtu, 27 Juli 2019

Jam : 12.00 WIB s/d selesai

Oleh

TIA DESWITA SARI NIM: 1814901623

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

TIM PENGUJI

Penguji I : Ns. Aldo Yuliano, MM

Penguji II : Ns. Muhammad Arif, M.Kep

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

STIKes Perintis Padang

Ns. Mera Delima, M.Kep NIK: 1420101107296019

PROGRAM OF NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PERINTIS PADANG SCHOOL OF SCIENCE

KIA-N, Juli 2019

Tia Deswita Sari 1814901623

Nursing Care at Mr. J With Unstable Angina Pectoris (UAP) Through Benson Relaxation Therapy To Decrease Scale Of Chest Pain in the ICU / ICCU Room Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi General Hospital in 2019.

V CHAPTER + 124 Pages + 6 Table + 1 Picture + 1 Schemes + 1 Attachments.

ABSTRACT

Unstable angina pectoris (UAP) is defined as chest discomfort due to myocardial ischemia that comes indefinitely, can occur when doing physical activities or in a state of rest. In Indonesia, the results of the Basic Health Research in 2018 showed the prevalence of coronary heart disease based on diagnosed doctors' interviews in Indonesia by 0.5 percent, and based on diagnosed doctors or symptoms by 1.5 percent. Unstable angina pectoris in the form of complaints of feeling unwell or chest pain as a result of myocardial ischemia. One nonpharmacological therapy to help reduce the scale of chest pain in the form of benson relaxation. Benson's relaxation is turning attention to relaxation so that the client's awareness of the pain is reduced, this relaxation is done by combining the relaxation given with the client's trust. The results showed that from the case study obtained 7 nursing diagnoses, namely decreased cardiac output, acute pain, ineffective breathing patterns, ineffective peripheral perfusion, activity intolerance, anxiety, knowledge deficit. The results of the implementation of the innovation of Benson relaxation therapy for reducing the scale of chest pain in Tn. A done 15 minutes 1 time a day. The client said that after doing this Benson relaxation therapy the client felt a reduced chest pain as measured by the pain scale. It was concluded that there was an effect after Benson's relaxation therapy on reducing the scale of chest pain in Tn. J with Steam in the ICU / ICCU Room Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi City in 2019. The results of this scientific work are expected to increase the author's insight to the concept of emergency on UAP clients with the concept of Benson relaxation therapy to reduce the scale of chest pain.

Keywords : Unstable angina pectoris, Benson relaxation therapy.

Bibliography : 42 (2000-2019)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Identitas Mahasiswa

Nama : TIA DESWITA SARI

Umur : 22 Tahun

Tempat/Tanggal Lahir : Gunung Medan, 07 Desember 1996

Agama : Islam

Negeri Asal : Dharmasraya

Alamat : Kenagarian Sikabau, Jorong Tabek Pematang,

Kec. Pulau Punjung, Kab. Dharmasraya, Sumatera

Barat

Kewarganegaraan : Indonesia

Jumlah Saudara : 1

Anak ke : 2

Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Reflita

Pekerjaan Ayah : Wiraswasta

Nama Ibu : Zaiyati

Pekerjaan Ibu : PNS

Alamat : Kenagarian Sikabau, Jorong Tabek Pematang,

Kec. Pulau Punjung, Kab. Dharmasraya, Sumatera

Barat

Riwayat Pendidikan

Tahun	Pendidikan
2002 – 2008	SDN 24 Pulau Punjung
2008 – 2011	SMPN 2 Pulau Punjung
2011 – 2014	SMA N 1 Pulau Punjung
2014 – 2018	PSIK STIKes Perintis Padang

KATA PENGANTAR



Segala puji bagi Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya yang selalu tercurah sehingga memberikan penulis kekuatan dan kemampuan yang luar biasa dalam menjalani hidup ini. Shalawat beserta salam penulis haturkan kepada junjungan umat sepanjang zaman Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga dan para sahabat yang memberikan tauladan terindah sehingga memberikan motivasi kepada peneliti dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Unstable Angina Pectoris (UAP) Melalui Terapi Relaksasi Benson Untuk Penurunan Skala Nyeri Dada Di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Kota Bukittinggi Tahun 2019". Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan untuk menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

- Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku ketua STIKes Perintis Padang.
- Ibu Ns. Mera Delima, M.Kep sebagai Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang
- 3. Bapak Ns. Muhammad Arif, M.Kep selaku Pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta memberikan masukan-masukan yang bermanfaat bagi penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dan juga memberi motivasi, semangat dan dukungan kepada penulis selama proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

- 4. Ibu Ns. Misfatria Noor, M.Kep, Sp.KMB selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta memberikan masukan-masukan yang bermanfaat bagi penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dan juga memberi motivasi, semangat dan dukungan kepada penulis selama proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
- Dosen dan staff pengajar Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKes
 Perintis Padang yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama dalam pendidikan.
- 6. Teristimewa untuk orang tua dan keluarga tercinta, yang telah dengan sangat luar biasa memberikan dukungan baik secara moril maupun secara materil serta doa, perhatian dan kasih sayang yang tak terhingga sehingga membuat peneliti lebih bersemangat dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
- 7. Kepada teman-teman PSIK angkatan 2018, terima kasih untuk kekompakan teman-teman semuanya dan telah memberikan banyak masukan dan bantuan berharga dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners ini, dan kepada pihakpihak yang tidak dapat penulis ucapkan satu persatu.

Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan karunia dan rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis. Semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini bermanfaat dan memberikan informasi dibidang kesehatan terutama di Bidang Ilmu Keperawatan.

Bukittinggi, 27 Juli 2019

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN KIAN
HALAMAN PENGESAHAN
HALAMAN PERSETUJUAN
ABSTRAK BAHASA INDONESIA
ABSTRAK BAHASA INGGRIS
DAFTAR RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTARi
DAFTAR ISIiv
DAFTAR GAMBARvii
DAFTAR SKEMAviii
DAFTAR TABELix
DAFTAR LAMPIRANx
BAB I PENDAHULUAN
1.1 Latar Belakang
1.2 Rumusan Masalah
1.3 Tujuan Penulisan
1.3.1 Tujuan Umum8
1.3.2 Tujuan Khusus
1.4 Manfaat Penulisan9
1.4.1 Bagi Penulis9
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan9
1.4.3 Bagi Bagi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Unstable Angina Pectoris (UAP)	10
2.2 Konsep Intensive Care Unit (ICU)	40
2.3 Konsep Nyeri	51
2.4 Konsep Relaksasi Benson	56
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis	58
BAB III TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian	70
3.2 Diagnosa	89
3.3 Intervensi	90
3.4 Implementasi dan Evaluasi	96
BAB IV PEMBAHASAN	
4.1 Analisis Masalah Keperawatan	111
4.2 Analisis Intervensi Inovasi	117
4.3 Analisis Pemecahan Masalah	120
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	121
5.2 Saran	124
DAFTAR PUSTAKA	xi
LAMPIRAN	•••••

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Anatomi Jantung	3
Gambar 2.2 Skala pengukur Nyeri VAS	3
Gambar 2.3 Skala Pengukur Nyeri NRS	4
Gambar 2.4 Skala Pengukur Nyeri FRS	5
Gambar 3.1 Hasil EKG79	9
Gambar 3.2 Hasil EKG	9
Gambar 3.3 Hasil EKG	С
Gambar 3.4 Hasil Echocardiography	С

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan	. 62
Tabel 3.1 Data Aktifitas Sehari-Hari	. 74
Tabel 3.2 Data Laboratorium	. 78
Tabel 3.3 Therapy	. 81
Tabel 3.4 Analisa Data	. 85
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	. 90
Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi	. 96

DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 WOC Unstable Angina Pectoris (UAP)	34

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul

Lampiran 2 Jurnal Penelitian Terkait

BABI

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Sindrom koroner akut merupakan spektrum manifestasi akut dan berat yang merupakan keadaan kegawatdaruratan dari koroner akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dan aliran. Sindrom koroner akut meliputi berbagai kondisi patologi yang menghambat aliran darah dalam arteri yang mensuplai jantung. Penyakit aterosklerosis koroner disebabkan kelainan metabolisme lipid, koagulasi darah, keadaan biofisika, dan biokimia dinding arteri. Sindrom koroner akut (SKA) meliputi spektrum penyakit dari infark miokard akut (IMA) sampai angina tak stabil (unstable angina) (Kumar, 2014).

Istilah unstable angina pectoris untuk menggambarkan nyeri dada atau ketidaknyamanan yang disebabkan oleh penyakit arteri koronari, biasanya digambarkan sebagai tekanan, rasa penuh, diremas, berat atau nyeri. Sindroma unstable angina pectoris telah lama dikenal sebagai gejala awal dari infark miokard akut (Huda & Kusuma, 2015).

Unstable angina pectoris merupakan suatu kegawatdaruratan sering timbul secara mendadak dan harus di tangani sedini mungkin, jika tidak memdapatkan penanganan segera akan menyebabkan komplikasi yang mengancam nyawa dengan manisfestasi klinis berupa keluhan perasaan tidak

enak atau nyeri di dada atau gejala-gejala lain sebagai akibat iskemia miokard (Sartono, dkk, 2019).

Ketepatan penatalaksanaa nyeri dada pada pasien dengan angian pectoris tidak stabil sangat menentukan prognosis penyakit. Penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan melalui terapi medikamentosa dan asuhan keperawatan. Perawat memiliki peran dalam pengelolaan nyeri dada pada pasien angina pectoris. Intervensi keperawatan meliputi intervensi mandiri maupun kolaboratif. Intervensi mandiri antara lain berupa pemberian relaksasi sedangkan intervensi kolaboratif berupa pemberian farmakologis. Intervensi non farmakologis mencakup terapi agen fisik dan intervensi perilaku kognitif. Salah satu intervensi keperawatan yang digunakan untuk penurunan skala nyeri adalah relaksasi benson (Mitchell, 2013).

Relaksasi adalah sebuah keadaan dimana seseorang terbebas dari tekanan dan kecemasan atau kembalinya keseimbangan (equilibrium) setelah terjadi gangguan. Relaksasi adalah teknik mengatasi kekhawatiran/ kecemasan atau stress melalui pengendoran otot-otot dan syaraf, itu terjadi atau bersumber pada obyek-obyek tertentu". Relaksasi merupakan suatu kondisi istirahat pada aspek fisik dan mental manusia, sementara aspek spirit tetap aktif bekerja. Dalam keadaan relaksasi, seluruh tubuh dalam keadaan homeostatis atau seimbang, dalam keadaan tenang tapi tidak tertidur, dan seluruh otot-otot dalam keadaan rileks dengan posisi tubuh yang nyaman (Candra, 2013).

Teknik relaksasi menghasilkan respon fisiologi yang terintegrasi dan juga mengganggu bagian dari kesadaran yang dikenal sebagai respon relaksasi benson (Trianto, 2014). Relaksasi Benson adalah salah satu cara untuk mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian kepada relaksasi sehingga kesadaran klien terhadap nyerinya berkurang, relaksasi ini dilakukan dengan cara menggabungkan relaksasi yang diberikan dengan kepercayaan yang dimiliki klien. Langkah-langkah teknik relaksasi benson yaitu, tidur tenang dalam posisi nyaman dan rileks, memejamkan mata dan bernafas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi "hirup, dua, tiga" dan ekshalasi "hembuskan, dua, tiga (sambil mengucapkan dengan nama Tuhan), lakukan 15 menit. Kemudian bukalah mata secara perlahan, lakukan kegiatan ini minimal satu kali sehari (Setyawati, 2005).

Keuntungan dari relaksasi Benson selain mendapatkan manfaat dari relaksasi juga mendapatkan kemanfaatan dari penggunaan keyakinan seperti menambah keimanan dan kemungkinan akan mendapatkan pengalaman transendensi. Individu yang mengalami ketegangan dan kecemasan yang bekerja adalah sistem saraf simpatis, sedangkan pada waktu relaksasi yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatis, dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang, cemas, insomnia, dan nyeri (Sunaryo & Lestari, 2014).

WHO menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian nomor satu secara global, yaitu sebagai penyebab 31% kematian.

Pada tahun 2015 sekitar 17.5 juta orang di dunia meninggal dunia karena penyakit kardiovaskular ini, yang terdiri dari 42% kematian karena penyakit jantung Koroner. Saat ini telah terjadi peningkatan insiden angina tidak stabil di Amerika Serikat dan setiap tahunnya lebih dari satu juta orang dirawat di rumah sakit karena angina tidak stabil. Selain itu, insiden angina tidak stabil di luar rumah sakit memiliki angka yang sama besar dengan angka pasien yang harus mendapatkan perawatan. Hal tersebut akan meningkatkan kewaspadaan terhadap angina tidak stabil namun insidennya akan tetap tinggi dikarenakan angka harapan hidup yang lebih baik dan meningkatnya kelangsungan hidup setelah serangan angina tidak stabil (WHO, 2015).

Di Indonesia, hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan prevalensi jantung koroner berdasarkan wawancara terdiagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,5 persen, dan berdasarkan terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 1,5 persen. Penyakit jantung koroner tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun yaitu, dan menurun sedikit pada kelompok umur ≥ 75 tahun. Prevalensi PJK yang didiagnosis dokter maupun berdasarkan diagnosis dokter atau gejala lebih tinggi pada perempuan (0,5% dan 1,5%) (Riskesdas, 2018). Sedangkan di RSUD Dr. Ahcmad Mocthar di ruangan ICU/ICCU didapatkan dari laporan tahunan menunjukkan pasien yang di diagnosa dengan penyakit unstable angina pectoris (UAP) Januari 2018 – Juni 2019 sebanyak 102 orang.

Usia rata-rata presentasi angina tidak stabil adalah 62 tahun (berkisar antara 23-100 tahun). Rata-rata wanita yang mengalami angina tidak stabil adalah 5

tahun lebih tua daripada pria, dengan sekitar setengah dari wanita berumur lebih tua dari 65 tahun. Hal tersebut hanya terjadi pada sekitar sepertiga dari pria. Orang kulit hitam cenderung mengalami angina tidak stabil pada usia yang lebih muda (Corwin, 2015).

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

Salah satu bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan adalah ICU (Intensive Care Unit). ICU merupakan ruang rawat dirumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian. Tiap pasien kritis erat kaitannya dengan perawatan intensif oleh karena memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring serta

dengan cepat dapat dipantau perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya (Rab, 2007).

Asuhan keperawatan mulai pengkajian kompleks yang dibuat oleh perawat khususnya yang terlatih pada perawatan pasien jantung. Sesudah pengkajian data terkumpul, perawat harus menyusun rencana perawatan yang memenuhi kebutuhan-kebutuhan pasien saat ini dan mengantisipasi kemungkinan masalah. Rencana perawatan harus dirancang dengan cara yang mempermudah evaluasi perawatan yang diberiakn dengan mengamati hasil pasien dan intervensi sesuai catatan jaminan kualitas pengkajian pasien (Hudak & Gallo, 2010).

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

Unstable angina pectoris membutuhkan penanganan awal yang cepat dan tepat oleh tenaga kesehatan untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. Peran tenaga kesehatan khususnya perawat adalah upaya pencegahan komplikasi maupun penanganan yang cepat untuk melakukan penyelamatan jiwa melalui upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Oleh sebab itu perawat perlu memahami dan mengetahui konsep teoritis dan keterampilan profesional dan juga dimiliki pelatihan khusus tentang ICU/ICCU sehingga mampu melaksanakan tugasnya dengan tepat dan cepat, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pasien dengan penyakit jantung, khususnya unstable angina pectoris. Berdasarkan fenomena di atas, maka penulis akan menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Unstable Angina Pectoris (UAP) Melalui Terapi Relaksasi Benson Untuk Penurunan Skala Nyeri Dada Di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Kota Bukittinggi Tahun 2019.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang maka, penulis akan menerapkan "Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) Melalui Terapi Relaksasi Benson Untuk Penurunan Skala Nyeri Dada Di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Kota Bukittinggi Tahun 2019"

1.3 TUJUAN PENULISAN

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada tn. j dengan *unstable* angina pectoris (UAP) melalui terapi relaksasi benson untuk penurunan skala nyeri dada di ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Kota Bukittinggi Tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam makalah ini adalah sebagai berikut :

- 1.3.2.1 Mampu memahami konsep dasar unstable angina pectoris, konsep ICU/ICCU, konsep nyeri, konsep relaksasi benson pada klien Tn. J dengan unstable angina pectoris di ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019.
- 1.3.2.2 Mampu menerapkan asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi) pada klien
 Tn. J dengan *unstable angina pectoris* di ruang ICU/ICCU
 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019.
- 1.3.2.3 Mampu menerapkan jurnal yang terkait dengan unstable angina pectoris di ruangan ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019.
- 1.3.2.4 Mampu menelaah jurnal yang terkait dengan *unstable*angina pectoris di ruangan ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad

 Mochtar Bukittinggi tahun 2019.

1.4 MANFAAT PENULISAN

1.4.1 Bagi Penulis

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

1.4.2 Bagi Instansi Pendidikan

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

1.4.3 Bagi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Sebagai bahan acuan kepada tenaga kesehatan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dalam memberikan pelayanan yang lebih baik dan menghasilkan pelayanan yang memuaskan pada klien serta melihatkan perkembangan klien yang lebih baik serta untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit, sehingga perawatnya mampu menerapkan asuhan keperawatan pada klien *Unstable Angina Pectoris*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP UNSTABLE ANGINA PECTORIS (UAP)

2.1.1 Definisi

Angina pectoris adalah nyeri hebat yang berasal dari jantung dan terjadi sebagai respon terhadap suplai oksigen yang tidak adekuat ke sel-sel jantung (miokardium). Nyeri angina dapat menyebar ke lengan kiri, ke punggung, ke punggung, ke rahang, atau ke daerah abdominal (Corwin, 2000). Angina pektoris adalah suatu sindroma kronis dimana klien mendapat serangan sakitdada yang khas yaitu seperti ditekan, atau terasa berat di dada yang seringkali menjalar ke lengan sebelah kiri yang timbul pada waktu aktifitas dan segera hilang bila aktifitas berhenti (Bahri, 2009).

Angina pektoris tak stabil didefinisikan sebagai perasaan tidak enak didada (*chest discomfort*) akibat iskemia miokard yang datangnya tidak tentu, dapat terjadi pada waktu sedang melakukan kegiatan fisik atau dalam keadaan istirahat. Perasaan tidak enak ini dapat berupa nyeri, rasa terbakar atau rasa tertekan. Kadang-kadang tidak dirasakan di dada melainkan di leher, rahang bawah, bahu, atau ulu hati (Kabo dan Karim, 2008). Angina pektoris tak stabil adalah suatu spektrum dari sindroma iskemik miokard akut yang berada di antara angina pektoris stabil dan infark miokard akut (Anwar, 2004).

Terminologi ATS harus tercakup dalam kriteria penampilan klinis sebagai berikut (Brunner & Suddarth, 2001):

2.1.1.1 Angina pertama kali

Angina timbul pada saat aktifitas fisik. Baru pertama kali dialami oleh penderita dalam priode 1 bulan terakhir

2.1.1.2 Angina progresif

Angina timbul saat aktifitas fisik yang berubah polanya dalam 1 bulan terakhir, yaitu menjadi lebih sering, lebih berat, lebih lama, timbul dengan pencetus yang lebih ringan dari biasanya dan tidak hilang dengan cara yang biasa dilakukan. Penderita sebelumnya menderita angina pektoris stabil.

2.1.1.3 Angina waktu istirahat

Angina timbul tanpa didahului aktifitas fisik ataupun hal-hal yang dapat menimbulkan peningkatan kebutuhan O_2 miokard. Lama angina sedikitnya 15 menit.

2.1.1.4 Angina sesudah IMA

Angina yang timbul dalam periode dini (1 bulan) setelah IMA. Kriteria penampilan klinis tersebut dapat terjadi sendiri-sendiri atau bersama-bersama tanpa adanya gejala IMA.

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Jantung merupakan suatu organ otot berongga yang terletak di pusat dada.

Bagian kanan dan kiri jantung masing masing memiliki ruang sebelah atas

(atrium yang mengumpulkan darah dan ruang sebelah bawah (ventrikel)

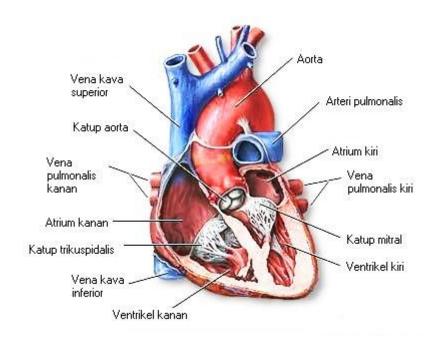
yang mengeluarkan darah. Agar darah hanya mengalir dalam satu arah, maka ventrikel memiliki satu katup pada jalan masuk dan satu katup pada jalan keluar (Watson, Roger 2002 : 245).

Jantung merupakan organ berongga, berotot, dan berbentuk kerucut. Ia terletak di antara paru-paru kiri dan kanan, di daerah yang disebut mediastinum, di belakang badan sternum, dan dua pertigaya terletak di sisi kiri. Basis yang terbentuk sirkular pada kerucut menghadap keatas dan kekanan, sedangkan puncaknya mengarah ke bawah, kedepan, dan ke kiri. Puncak jantung biasanya terletak setinggi ruang interkostal kelima, sekitar 9 cm dari garis tengah. Ukuran jantung sekitar 12 cm dari basis ke puncak, dengan lebar sekitar 9 cm dan tebal sekitar 6 cm (Brunner & Suddarth, 2001).

Pembuluh darah merupakan keseluruhan sistem peredaran (sistem kardiovaskuler) terdiri dari arteri, arteriola, kapiler, venula dan vena. Pembuluh arteri berdinding tebal, berotot, dan elastis untuk menahan tingginya tekanan darah yang dipompa dari jantung. Vena yang membawa darah kembali ke jantung, berdinding lebih tipis dan mudah teregang, memungkinkannya mengembang dan membawa darah berjurnlah besar saat tubuh sedang beristirahat. Dinding dalam pada banyak vena mempunyai lipatan yang berperan sebagai katup searah untuk mencegah darah bergerak ke arah yang salah. Berat jantung orang dewasa laki-laki 300-350 gr, berat jantung orang dewasa wanita 250-350 gr. Panjang

jantung 12 cm, lebar 9 cm dan tebal 6 cm atau 4 gr/kg BB dari berat badan ideal (Brunner & Suddarth, 2001).

2.1.2.1 Struktur Jantung



Gambar 2.1 Anatomi Jantung (Brunner & Suddarth, 2001)

Jantung dipisahkan dari basis ke puncaknya oleh partisi otot yang disebut septum. Dalam kondisi sehat, kedua sisi jantung tidak berhubungan. Masing-masing sisi dibagi lagi menjadi ruang atas dan ruang bawah. Ruang atas pada setiap sisi atrium berukuran lebih kecil dan merupakan kamar penerima, tempat tujuan aliran darah dari vena. Ventrikel merupakan kamar pemompa (discharging), tempat darah mulai didorong ke dalam arteri. Setiap atrium berhubungan dengan ventrikel sisi yang sama melalui suatu lubang yang dijaga oleh suatu katup yang disebut katup atrioventrikular (Brunner & Suddarth, 2001).

Pericardium adalah memberan yang mengelilingi dan melapisi jantung.dan memberan ini membatasi jantung pada posisi didalam mediastinum. Pericardium terdiri dari dua bagian yaitu pericardium. fibrous pericardium dan serous Febrous pericardium superficial adalah lapisan keras,tidak elastik dan merupakan jaringan tebal yang tidak beraturan. Fungsi dari fibrous pericardium mencegah peregangan berlebihan dari melindungi dan menempatkan jantung jantung, dalam mediastinum (Brunner & Suddarth, 2001).

Serous pericardium adalah lapisan dalam yang tipis, memberan yang halus yang terdiri dari dua lapisan. Lapisan parietal adalah lapisan paling luar dari serous pericardium yang menyatu dengan perikardium fibrosa. Bagian dalam adalah lapisan visceral yang di sebut juga epicardium,yang menempel pada permukaan jantung, antara lapisan parietal dan visceral terdapat cairan yang di sebut cairan perikadial. Cairan perikardial adalah cairan yang dihasilkan oleh sell pericardial untuk mencegah pergesekan antara memberan saat jantung berkontraksi. Dinding jantung terdiri dari 3 lapisan yaitu: Epikardium (lapisan terluar), Myocardium (lapisan tengah), Endocardium (lapisan terdalam) (Brunner & Suddarth, 2001).

Lapisan perikardium dapat disebut juga lapisan visceral, dari serous perikardium. Lapisan luar yang transparan dari dinding jantung terdiri dari mesothelium yang bertekstur licin pada permukaan jantung. Myocardium adalah jaringan otot jantung yang paling tebal dari jantung dan berfungsi sebagai pompa jantung dan bersifat involunter (Brunner & Suddarth, 2001).

Endocardium adalah lapisan tipis dari endotelium yang melapisi lapisan tipis jaringan penghubung yang memberikan suatu batas yang licin bagi ruang-ruang jantung dan menutupi katup-katup jantung. Endocardium bersambung dengan endothelial yang melapisi pembuluh besar jantung. Jantung terdiri dari empat ruang,dua atrium dan dua ventrikel pada bagian anterior. Setiap atrium terdapat auricle,setiap aurikel meningkatkan kapasitas ruang atrium sehingga atrium menerima volume darah yang lebih besar (Brunner & Suddarth, 2001).

permukaan jantung terdapat lekuk yang berhubungan disebut sulkus yang mengandung pembuluh darah koroner dan sejumlah lemak. Masing-masing sulkus memberi tanda batas eksternal antar dua ruang jantung. Sulkus koroner bagian dalam mengelilingi sebagian jantung dan memberi tanda batas antara atrium superior dan ventrikel inferior. Sulkus interventrikuler anterior adalah lekukan dangkal pada permukaan depan jantung yang memberi tanda batas antara ventrikel kanan dan kiri, sulkus ini berlanjut mengelilingi permukaan posterior jantung disebut sulkus yang interventrikuler posterior dimana memberi tanda batas antar ventrikel di bagian belakang jantung (Smeltzer, 2002).

Atrium kanan menerima darah dari cava superior,cava inferior dan sinus koronarius. Pada bagian antero superior atrium kanan terdapat lekukan ruang yang berbentuk daun telinga yang disebut aurikel, pada bagian posterior dan septal licin dan rata tetapi daerah lateral dan aurikel permukaannya kasar serta tersusun dari serabut-serabut otot yang berjalan pararel yang disebut pactinatus. Tebal dinding antrium kanan 2 cm (Smeltzer, 2002).

Ventrikel kanan membentuk hampir sebagian besar permukaan depan jantung. Bagian dalam dari ventrikel kanan terdiri dari tonjolan-tonjolan yang terbentuk dari ikatan jaringan serabut otot jantung yang disebut trabeculae carneae (Smeltzer, 2002).

Beberapa trabeculae carneae merupakan bagian yang membawa sistem konduksi dari jantung. Daun katup trikuspid dihubungkan dengan tali seperti tendon yang disebut dengan chorda tendinea yang disambungkan dengan trabekula yang berbentuk kerucut yang disebut papillary muscle (Smeltzer, 2002).

Ventrikel kanan dipisahkan dengan ventrikel kiri oleh interventrikuler septum. Darah dari ventrikel kanan melalui katup semilunar pulmonal ke pembuluh darah arteri besar yang disebut pulmonary truk yang dibagi menjadi arteri pulmonal kanan dan kiri (Smeltzer, 2002).

Atrium kiri membentuk sebagian besar dasar jantung. Atrium kiri menerima darah dari paru-paru melalui empat vena pulmonal. Seperti pada atrium kanan bagian dalam atrium kiri mempunyai dinding posterior yang lunak. Darah dibawa dari atrium kiri ke ventrikel kiri melalui katup bikuspid dimana mempunyai dua daun katup (Smeltzer, 2002).

Ventrikel kiri membentuk apex dari jantung seperti pada ventrikel kanan mengandung trabecula carneae dan mempunyai chorda tendinea yang dimana mengikat daun katup bikuspid ke papillary muscle. Darah dibawa dari ventrikel kiri melalui katup semilunar aorta ke arteri yang paling besar keseluruh tubuh yang disebut aorta asending. Dari sini sebagian darah mengalir ke arteri coronary, dimana merupakan cabang dari aorta asending dan membawa darah kedinding jantung,sebagian darah masuk ke arkus aorta dan aorta desending. Cabang dari arkus aorta dan aorta desending membawa darah keseluruh tubuh (Smeltzer, 2002).

a. Struktur Katup-katup Jantung

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

b. Katup Atrioventrikuler

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

c. Katup Semilunar

Terdiri dari katup pulmonal dan katup aorta. Katup pulmonal terletak pada arteri pulmonalis memisahkan pembuluh ini dari ventrikel kanan. Katup aorta terletak antara aorta dan ventrikel kiri. Kedua katup semilunar terdiri dari tiga daun katup yang berbentuk sama yang simetris disertai penonjolan

menyerupai corong yang dikaitkan dengan sebuah cincin serabut. Adanya katup semilunar memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonal atau aorta selama sistol ventrikel dan mencegah aliran balik waktu diastolik ventrikel. Pembukaan katup terjadi pada waktu masing-masing ventrikel berkontraksi, dimana tekanan ventrikel lebih tinggi dari pada tekanan di dalam pembuluh-pembuluh darah (Smeltzer, 2002).

2.1.2.2 Sirkulasi Darah

a. Sirkulasi Sistemik

Ventrikel kiri memompakan darah masuk ke aorta.Dari aorta darah di salurkan masuk kedalam aliran yang terpisah secara progressive memasuki arteri sistemik yang membawa darah tersebut ke organ ke seluruh tubuh kecuali sakus udara (Alveoli) paru-paru yang disuplay oleh sirkulasi pulmonal. Pada jaringan sistemik arteri bercabang menjadi arteriol yang berdiameter lebih kecil yang akhirnya masuk ke bagian yang lebar dari kapiler sistemik. Pertukaran nutrisi dan gas terja di melalui dinding kapiler yang tipis, darah melepaskan oksygen dan mengambil CO2 pada sebagian besar kasus darah mengalir hanya melalui satu kapiler dan kemudian masuk ke venule sistemik. Venule membawa darah yang miskin oksigen. Berjalan dari jaringan dan

bergabung membentuk vena systemic yang lebih besar dan pada akhirnya darah mengalir kembali ke atrium kanan.

b. Sirkulasi Pulmonal

Dari jantung kanan darah dipompakan ke sirkulasi pulmonal.Jantung kanan menerima darah yang miskin oksigen dari sirkulasi sistemik. Darah di pompakan dari ventrikel kanan ke pulmonal trunk yang mana cabang arteri pulmonary membawa darah ke paru-paru kanan dan kiri.Pada kapiler pulmonal darah melepaskan CO² yang di ekshalasi dan mengambil O². Darah yang teroksigenasi kemudian mengalir ke vena pulmonal dan kembali ke atrium kiri. Tekanan berbagai sirkulasi karena jantung memompa darah secara berulang ke dalam aorta. Tekanan diaorta menjadi tinggi rata-rata 100 mmHg, karena pemompaan oleh jantung bersifat pulsatif, tekanan arteri berfluktuasi antara systole 120 mmHg dan diastole 80 mmHg. Selama darah mengalir melalui sirkulasi sistemik,tekanan menurun secara progressive sampai dengan kira-kira 0 mmHg, pada waktu mencapai ujung vena cava di atrium kanan jantung. Tekanan dalam kapiler sistemik bervariasi dari setinggi 35 mmHg mendekati ujung arteriol sampai serendah 10 mmHg mendekati ujung vena tetapi tekanan fungsional rata-rata pada sebagian besar pembuluh darah adalah 17 mmHg yaitu tekanan yang c ukup rendah dimana sedikit plasma akan

bocor ke luar dengan kapiler pori, walaupun nutrient berdifusi dengan mudah ke sel jaringan.Pada arteri pulmonalis tekanan bersifat pulsatif seperti pada aorta tetapi tingkat tekanannya jauh lebih rendah, pada tekanan sistolik sekitar 25 mmHg diastole 8 mmHg. Tekanan arteri pulmonal rata-rata 16 mmHg. Tekanan kapiler paru rata-rata 7 mmHg.

c. Sirkulasi koroner

Saat kontraksi jantung sedikit mendapat aliran oksigenisasi darah dari arteri koroner cabang dari aorta asendences. Saat relaksasi dimana tekanan darah yang tinggi di aorta darah akan mengalir ke arteri coroner selanjutnya kekapiler kemudian vena coroner. Perdarahan otot jantung berasal dari aorta melalui dua pembuluh utama, yaitu arteri koroner kanan dan arteri korone kiri. Kedua arteri ini keluar dari sinus valsava. Arteri korone ini berjalan-berjalan di belakang arteri pulmonal sebagai arteri koroner utama(LMCA: left main coronary artery) sepanjang 1-2 cm. Arteri ini bercabang menjadi arteri sirkumflek (LCX :left sirkumplek kiri) dan arteri desenden anterior kiri (LAD: left anterior desenden arteri). LCX berjalan pada sulkus atrioventrikuler mengelilingi permukaan posterior jantung sedangkan LAD berjalan pada sulkus interventrikuler sampai ke apex,kedua pembuluh darah ini akan bercabang-cabang memperdarahi daerah antara kedua sulkus tersebut. Arteri koroner kanan

berjalan kesisi kanan jantung, pada sulkus atrioventrikuler jantung kanan. Pada dasarnya arteri koroner kanan memperdarahi atrium kanan, vetrikel kanan dan dinding sebelah dalam dari ventrikel kiri. Ramus sirkumflek memberi nutrisi pada atrium kiri dan dinding samping serta bawah dari ventrikel kiri. Ramus desenden anterior membri nutrisi pada dinding depan ventrikel kiri yang massif. Meskipun nodus SA letaknya di atrium kanan tetapi hanya 55 % kebutuhan nutrisinya dipasok oleh arteri koroner kanan, sedangkan 45 % lainnya dipasok oleh cabang arteri cirkumflek kiri. Nutrisi untuk nodus AV dan bundle of his dipasok oleh arteri arteri yang melintasi kruk yakni 90 % dari arteri koroner kanan dan 10 % dari arteri sirkumflek. Setelah darah mengalir melalui arteri-arteri sirkulasi koroner dan membawa oksigen dan nutrisi-nutrisi ke otot jantung mengalir masuk ke vena dimana dikumpulkan CO2 dan zatzat sampah. Setelah darah melewati arteri pada sirkulasi koroner dimana nutrisi dan oksygen dikirim ke otot jantung kemudian masuk ke dalam vena, dimana darah banyak mengandung CO2 dan sisa metabolisme. Darah yang di oxsygenisasi dialirkan ke sinus vascular besar pada permukaan posterior dari jantung yang di sebut sinus coronary yang mana mengosongkan atrium kanan. Sinus vascular adalah dinding vena yang tipis tidak mempunyai

otot yang halus untuk merubah diameter. Prinsip dari ketiga vena membawa darah masuk ke sinus coronaries yang merupakan vena terbesar jantung yang mengalir ke aspek anterior jantung dan tengah vena jantung mengalirkan aspek posterior jantung. Distribusi vena koroner sesungguhnya paralel dengan distribusi arteri koroner. Sistem vena jantung mempunya 3 bagian yaitu:

- Vena tebesian merupakan system yang terkecil, menyalurkan sebagian darah vena dari miokard langsung ke dalam RA, RV dan LV daripada melalui sinus coronaries. Darah vena tertuang langsung kedalam LV dalam jumlah yang normal.
- Vena kardiaka anterior mempunyai fungsi yang cukup berarti, mengosongkan sebagian besar isi vena ventrikel langsung ke atrium kanan.
- 3) Sinus koronarius dan cabang-cabangnya merupakan system vena yang paling besar dan paling penting, berfungsi menyalurkan pengembalian darah vena miokard ke dalam atrium kanan melalui ostium smus koronarius yang bermuara disamping vena cava inferior (Smeltzer, 2002).

2.1.2.3 Fungsi Jantung

Fungsi utama jantung adalah menyediakan oksigen ke seluruh tubuh dan membersihkan tubuh dari hasil metabolisme

(karbondioksida). Jantung melaksanakan fungsi tersebut dengan mengumpulkan darah yang kekurangan oksigen dari seluruh tubuh dan memompanya ke dalam paru-paru, dimana darah akan mengambil oksigen dan membuang karbondioksida; jantung kemudian mengumpulkan darah yang kaya oksigen dari paruparu dan memompanya ke jaringan di seluruh tubuh.

Fungsi kardiovaskular adalah memberikan sistem mengalirkan suplai oksigen dan nutrisi ke seluruh jaringan dan organ tubuh yang diperlukan dalam proses metabolisme. Secara normal setiap jaringan dan organ tubuh akan menerima aliran darah dalam jumlah yang cukup sehingga jaringan dan organ tubuh menerima nutrisi dengan adekuat. Sistem kardiovaskular yang berfungsi sebagai sistem regulasi melakukan mekanisme yang bervariasi dalam merespons seluruh aktivitas tubuh. Salah satu contoh adalah mekanisme meningkatkan suplai darah agar aktivitas jaringan dapat terpenuhi. Pada keadaan tertentu, darah akan lebih banyak dialirkan pada organ-organ vital seperti jantung dan otak untuk memelihara sistem sirkulasi organ tersebut.

Pada saat berdenyut, setiap ruang jantung mengendur dan terisi darah (disebut diastol); selanjutnya jantung berkontraksi dan memompa darah keluar dari ruang jantung (disebut sistol). Kedua atrium mengendur dan berkontraksi secara bersamaan, dan kedua ventrikel juga mengendur dan berkontraksi secara bersamaan. Darah yang kehabisan oksigen dan mengandung banyak karbondioksida dari seluruh tubuh mengalir melalui 2 vena berbesar (vena kava) menuju ke dalam atrium kanan. Setelah atrium kanan terisi darah, dia akan mendorong darah ke dalam ventrikel kanan. Darah dari ventrikel kanan akan dipompa melalui katup pulmoner ke dalam arteri pulmonalis, menuju ke paru-paru. Darah akan mengalir melalui pembuluh yang sangat kecil (kapiler) yang mengelilingi kantong udara di paru-paru, menyerap oksigen dan melepaskan karbondioksida yang selanjutnya dihembuskan (Smeltzer, 2002).

2.1.3 Etiologi

Gejala angina pektoris pada dasarnya timbul karena iskemik akut yang tidak menetap akibat ketidak seimbangan antara kebutuhan dan suplai O_2 miokard. Beberapa keadaan yang dapat merupakan penyebab baik tersendiri ataupun bersama-sama yaitu (Anwar, 2004):

2.1.3.1 Faktor di luar jantung

Pada penderita stenosis arteri koroner berat dengan cadangan aliran koroner yang terbatas maka hipertensi sistemik, takiaritmia, tirotoksikosis dan pemakaian obat-obatan simpatomimetik dapat meningkatkan kebutuhan O₂ miokard sehingga mengganggu keseimbangan antara kebutuhan dan suplai O₂. Penyakit paru menahun dan penyakit sistemik seperti

anemi dapat menyebabkan tahikardi dan menurunnya suplai O_2 ke miokard.

2.1.3.2 Sklerotik arteri koroner

Sebagian besar penderita angina tidak stabil (ATS) mempunyai gangguan cadangan aliran koroner yang menetap yang disebabkan oleh plak sklerotik yang lama dengan atau tanpa disertai trombosis baru yang dapat memperberat penyempitan pembuluh darah koroner. Sedangkan sebagian lagi disertai dengan gangguan cadangan aliran darah koroner ringan atau normal yang disebabkan oleh gangguan aliran koroner sementara akibat sumbatan maupun spasme pembuluh darah.

2.1.3.3 Agregasi trombosit

Stenosis arteri koroner akan menimbulkan turbulensi dan stasis aliran darah sehingga menyebabkan peningkatan agregasi trombosit yang akhirnya membentuk trombus dan keadaan ini akan mempermudah terjadinya vasokonstriksi pembuluh darah.

2.1.3.4 Trombosis arteri koroner

Trombus akan mudah terbentuk pada pembuluh darah yang sklerotik sehingga penyempitan bertambah dan kadang-kadang terlepas menjadi mikroemboli dan menyumbat pembuluh darah yang lebih distal. Trombosis akut ini diduga berperan dalam terjadinya ATS.

2.1.3.5 Pendarahan plak ateroma

Robeknya plak ateroma ke dalam lumen pembuluh darah kemungkinan mendahului dan menyebabkan terbentuknya trombus yang menyebabkan penyempitan arteri koroner.

2.1.3.6 Spasme arteri koroner

Peningkatan kebutuhan O₂ miokard dan berkurangnya aliran koroner karena spasme pembuluh darah disebutkan sebagai penyeban ATS. Spame dapat terjadi pada arteri koroner normal atupun pada stenosis pembuluh darah koroner. Spasme yang berulang dapat menyebabkan kerusakan artikel, pendarahan plak ateroma, agregasi trombosit dan trombus pembuluh darah.

Faktor-faktor yang meningkatkan resiko angina tidak stabil adalah:

a. Merokok

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

- b. Tidak berolahraga secara teratur
- c. Memiliki hipertensi atau tekanan darah tinggi
- d. Mengkonsumsi tinggi lemah jenuh dan memiliki kolesterol tinggi

- e. Memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus
- f. Memiliki anggota keluarga (terutama orang tua atau saudara kandung) yang telah memiliki penyakit arteri koroner
- g. Menggunakan stimulan atau rekreasi obat, seperti kokain atau amfetamin
- h. Atherosclerosis, atau pengerasan arteri adalah kondisi dimana simpanan lemak, atau plak, terbentuk didalam dinding pembuluh darah. Aterosklerosis yang melibatkan arteri mensuplai jantung dikenal sebagai penyakit arteri koroner. Plak dapat memblokir aliran darah melalui arteri. Jaringan yang biasanya menerima darah dari arteri ini kemuduan mulai mengalami kerusakan akibat kekurangan oksigen. Ketika jantung tidak memiliki oksigen yang cukup, akan meresponnya dengan menyebabkan rasa sakit dan ketidaknyamanan yang dikenal sebagai angina. Angina tidak stabil terjadi ketika penyempitan menjadi begitu parah sehingga ridak cukup darah melintas untuk menjaga jantung berfungsi normal, bahkan pada saat istirahat. Kadangkadang arteri bisa menjadi hampir sepenuhnya diblokir. Dengan angina tidak stabil, kekurangan oksigen kejantung hampir membunuh jaringan jantung.

2.1.4 Manifestasi Klinis

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

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

Tanda khas angina pectoris tidak stabil adalah:

a. Nyeri dada

Banyak pasien memberikan deskripsi gejalan yang mereka alami tanpa kata 'nyeri', 'rasa ketat', 'rasa berat', 'tekanan' dan 'sakit' semua merupakan penjelas sensasi yang sering berlokasi di garis tengah, pada regio retrosternal. Lokasi dari nyeri dada ini terletah di jantung sebelah kiri pusat dada, tetapi nyeri jantung tidak terbatas pada area ini. Nyeri ini terutama terjadi di belakang tulang dada (di tengah dada) dan di sekitar area di atas putting kiri, tetapi bisa menyebar ke bahu kiri, lalu ke setengah bagian kiri dari rahang bawah, menurun ke lengan kiri sampai ke punggung dan bahkan ke

bagian atas perut. Karakteristik yang khas dari nyeri dada akibat iskemia miokard adalah:

- Lokasi biasanya didada kiri, di belakang dari tulang dada atau sedikit di sebelah kiri dari tulang dada yang dapat menjalar hingga ke leher, rahang, bahu kiri, hingga ke lengan dan jari manis dan kelingking, punggung atau pundak kiri.
- 2) Nyeri bersifat tumpul, seperti rasa tertindih/berat didada, rasa desakan yang kuat dari dalam atau dari bawah diafragma (sekat antara rongga dada dan rongga perut), seperti diremas-remas arat dada mau pecah dan biasanya pada keadaan yang sangat berat disertai keringat dingin dan sesak nafas serta perasaan takut mati. Nyeri ini harus dibedakan dengan mulas atau perasaan seperti tertusuk-tusuk pada dada, karena ini bukan angina pectoris. Nyeri biasanya muncul setalah melakukan aktivitas, hilang dengan istirahat dan akibat sterss emosional.
- 3) Nyeri yang pertama kali timbul biasanya agak nyata, dari beberapa menit sampai kurang dari 20 menit. Nyeri angina berlangsung cepat, kurang dari 5 menit. Yang khas dari nyeri dada angina adalah serangan hilang dengan istirahat, penghilangan stimulus emosional atau dengan pemberian nitrat sublingual. Serangan yang lebih lama menandakan adanya angina tidak stabil atau infark miokard yang mengancam (Baradero, 2008).

2.1.5 Patofisiologi

Mekanisme timbulnya angian pektoris tidak stabil didasarkan pada ketidakadekuatan suplai oksigen ke sel-sel miokardium yang diakibatkan karena kekakuan arteri dan penyempitan lumenareteri koroner (ateriosklerosis koroner).

Tidak diketahui secara pasti apa penyabab ateriosklerosis, namun jelas bahwa tidak faktor tunggal yang bertanggungjawab ada perkembangan ateriosklerosis. Ateriosklerosis merupakan penyakit artei koroner yang paling sering ditemukan. Sewaktu beban kerja suatu jaringan meningkat, maka kebutuhan oksigen juga meningkat. Apabila kebetuhan meningkat pada jantung yang sehat maka arteri koroner berdilatasi dan mengalirkan lebih banyak darah dan oksigen ke otot jantung. Namun, apabila arteri koroner tidak dapat berdilatasi sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan akan oksigen, maka terjadi iskemik (kekurangan suplai darah) miokardium.

Adanya endotel yang cedera mengakibatkan hilangnya produksi No (nitrat oksida) yang berfungsi untuk menhambat berbagai zat reaktif. Dengan tidak adanya fungsi ini dapat menyababkan otot polos berkontraksi dan timbul spasmus koroner yang memperberat penyempitan lumen karena suplai oksigen ke miokard berkurang. Penyempitan atau blok ini belum menimbulkan gejala yang begitu nampak bila belum mencapai 75%. Bila penyempitan lebih dari 75% serta di picu dengan aktifitas berlebihan maka

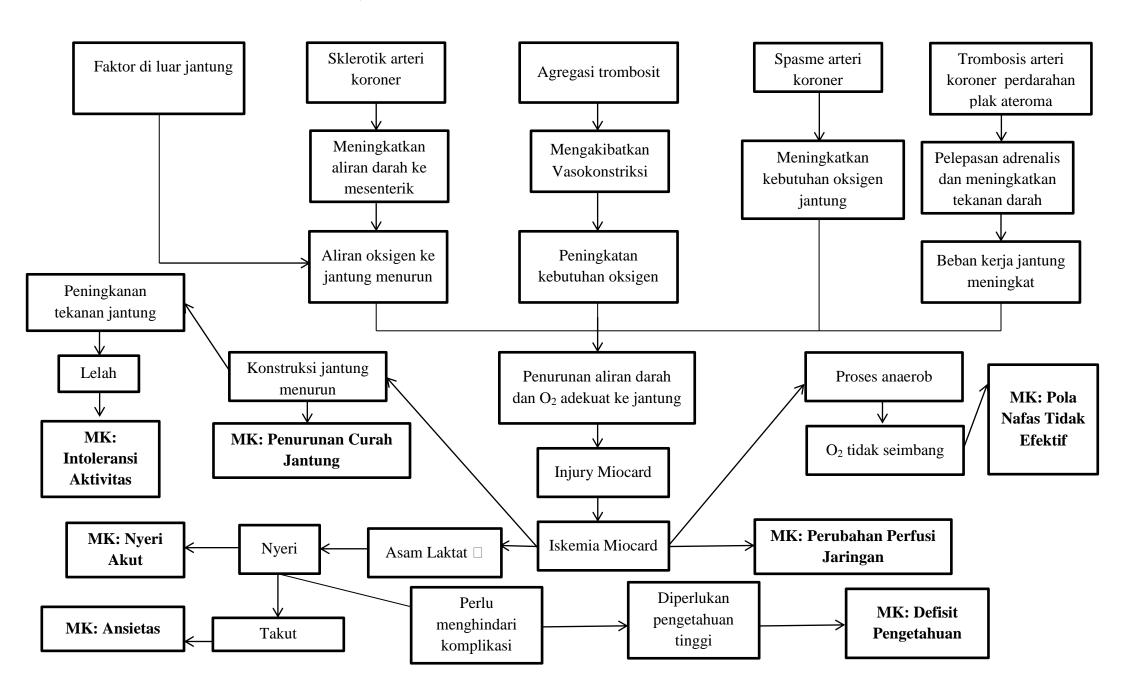
suplai darak ke koroner akan berkurang. Sel-sel miokardium menggunakan glikogen anaerob untuk memenuhi kebutuhan energi merekan. Metabolisme ini menghasilkan asam laktat yang menurunkan pH miokardium dan menimbulkan nyeri. Apabila kebutuhan energi sel-sel jantung berkurang, maka suplai oksigen menjasi adekuat dan sel-sel otot kembali fosforilasi oksidatif untuk membentuk energi.

Angina pectoris adalah nyeri hebat yang berasal dari jantung dan terjadi sebagai respon terhadap suplai oksigen yang tidak adekuat ke sel-sel miocard di jantung. Nyeri angina dapat menyebar ke lengan kiri, ke punggung, rahang dan daerah abdomen.

Pada saat beban kerja suatu jaringan meningkat, kebutuhan oksigen juga akan meningkat. Apabila kebutuhan oksigen meningkat pada jantung yang sehat, maka arteri-arteri koroner akan berdilatsi dan mengalirkan lebih banyak oksigen kepada jaringan. Akan tetapi jika terjadi kekakuan dan penyempitan pembuluh darah seperti pada penderita arteriosklerosis dan tidak mampu berespon untuk berdilatasi terhadap peningkatan kebutuhan oksigen. Terjadilah iskemik miocard, yang mana sel-sel miocard mulai menggunakan glikosis anaerob untuk memenuhi kebutuhan energinya. Proses penmbentukan ini sangat tidak efisien dan menyebabkan terbentuknya asam laktat. Asam laktat kemudian menurunkan Ph miokardium dan menyebabkan nyeri pada angina pectoris. Apabila kebutuhan energi sel-sel jantung berkurang (istirahat atau dengan

pemberian obat) suplai oksigen menjadi kembali adekuat dan sel-sel otot kembali melakukan fosforilasi oksidatif membentuk energi melalui proses aerob. Dan proses ini tidak menimbulkan asam laktat, sehingga nyeri angina mereda dan dengan demikian dapat disimpulkan nyeri angina adalah nyeri yang berlangsung singkat (Corwin, 2000).

2.1.6 WOC (Brunner & Suddarth, 2001)



2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

2.1.7.1 Elektrokardiogram (EKG)

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

2.1.7.2 Enzim LDH, CPK dan CK-MB

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

2.1.7.3 Kateterisasi jantung dan angiografi

Dokter dapat merekomendasikan kateterisasi jantung dan angiografi, terutama jika perubahan penting EKG istirahat adalah tes darah jantung dan ada abnormal. Selama agiography, sebuah kateter dimasukkan ke arteri di paha

atau lengen dan maju ke jantung. Ketika kateter diposisikan dekat arteri yang memasok darah ke jantung, dokter menyuntikkan zat warna kontras. Sebagai warna perjalanan melalui arteri, X-ray gambat diambil untuk melihat seberapa baik darah mengalir melalui arteri dan jika ada penyumbatan maka terjadi coronary arteri disease.

2.1.7.4 Ekokardiografi

Pemeriksaan ekokardiografi ridak memberikan data untuk diagnosis angina tidak stabil secara langsung. Tetapi bila tampak adanya gangguan faal ventrikel kiri, adanya insufisiensi mitral dan abnormalitas gerakan dinding regional jantung, menandakan prognosis kurang baik. Ekokardiografi juga dapat menegakkan adanya iskemik miokardium (Anwar, 2004).

2.1.8 Penatalaksanaan

Pengobatan untuk angina tidak stabil berfokus pada tiga tujuan: menstabilkan plak apapun yang mungkin pecah dalam rangka untuk mencegah serangan jantung, menghilangkan gejala, dan mengobati pentakit arteri koroner yang mendasarinya.

2.1.8.1 Menstabilkan plak

Dasar dari sebuah stabilisasi plak pecah adalah mengganggu proses pembekuan darah yang dapat menyebabkan serangan jantung. Pasien yang mengakami gejala-gejala angina tidak stabil dan yang tidak minum obat harus segera mengunyah aspirin, yang akan memblok faktor pembekuan dalam darah. Mengunyah aspirin daripada menelan utuh mempercepat tubuh proses menyerap aspirin stabil. Ketika angina terjadi pasien harus mencari bantuan medis segera di rumah sakit. Setelah di rumah sakit, obat-obatan lainnya untuk

blok pembekuan proses tubuh dapat diberiakan termasuk heparin, clopidogrel dan platelet glikoprotein (GP) IIb/IIIa obat reseptor blocker.

2.1.8.2 Menghilangkan gejala-gejala

Obat angina, baik dan prosedur untuk mengurangin penyumbatan dalam arteri koroner bisa meringankan gejala angina tidak stabil. Tergantung pada keadaan pasien individu, obat sendiri atau obat dalam kombinasi dengan prosedur yang dapat digunakan untuk mengobati angina

2.1.8.3 Mengobati penyakit arteri koroner yang mendasarinya

Penatalaksanaan pada dasarnya bertujuan untuk memperpanjang hidup dan memperbaiki kualitas hidup dengan mencegah serangan angina baik secara medikal atau pembedahan.

2.1.8.4 Pengobatan medis

Bertujuan untuk mencegah dan menghilangkan serangan angina. Ada 3 jenis obat yaitu :

a. Golongan nitrat

Nitrogliserin merupakan obat pilihan utama pada serangan angina akut. Mekanisme kerjanya sebagai dilatasi vena perifer dan pembuluh darah koroner. Efeknya langsung terhadap relaksasi otot polos vaskuler. Nitrogliserin juga dapat meningkatkan toleransi exercise padapenderita angina sebelum terjadi hipoktesia miokard. Bila di berikan sebelum exercise dapat mencegah serangan angina.

b. Ca- Antagonis

Dipakai pada pengobatan jangka panjang untuk mengurangi frekwensi serangan pada beberapa bentuk angina.

Cara kerjanya:

- Memperbaiki spasme koroner dengan menghambat tonus vasometer pembuluh darah
- 2) arteri koroner (terutama pada angina Prinzmetal).
- Dilatasi arteri koroner sehingga meningkatkan suplai darah ke miokard
- 4) Dilatasi arteri perifer sehingga mengurangi resistensi perifer dan menurunkan afterload.
- 5) Efek langsung terhadap jantung yaitu dengan mengurangi denyut, jantung dan kontraktilitis sehingga mengurangi kebutuhan O₂

c. Beta Bloker

Cara kerjanya menghambat sistem adrenergenik terhadap miokard yang menyebabkan kronotropik dan inotropik positif, sehingga denyut jantung dan curah jantung dikurangi. Karena efeknya yang kadiorotektif, obat ini sering digunakan sebagai pilihan pertama untuk mencegah serangan angina pektoris pada sebagian besar penderita (Brunner & Suddarth, 2001).

2.1.9 Komplikasi

2.1.9.1 Infark miocard

Dikenal dengan istilah serangan jantung adalah kondisi terhenrinya aliran darah dari arteri koroner pada area yang terkena yang menyebabkan kekurangan oksigen (iskemia) lalu sel-sel menjadi nekrotik (mati) karena kebutuhan energi akan melebihi suplai energi darah (Hudak & Gallo, 2010).

2.1.9.2 Aritmia

Lazim ditemukan pada fase akut MCI, aritmia perlu diobati bila menyebabkan gangguan hemodinamik. Aritmia memicu peningkatan kebutuhan O₂ miokard yang mengakibatkan perluasan infark (Hudak & Gallo, 2010).

2.1.9.3 Gagal jantung

Kondisi saat pompa jantung melemah, sehingga tidak mampu mengalirkan darah yang cukup ke seluruh tubuh (Hudak & Gallo, 2010).

2.1.9.4 Syok cardiogenik

Sindroma kegagalan memompa yang paling mengancam dan dihubungkan dengan mortalitas paling tinggi, meskipun dengan perawatan agresif (Hudak & Gallo, 2010).

2.1.9.5 Perikarditis

Sering ditemukan dan ditandai dengan nyeri dada yang lebih berat pada inspirasi dan tidur terlentang. Infark transmural membuat lapisan epikardium yang langsung kontak dengan perikardium kasar, sehingga merangsang permukaan perikard dan timbul reaksi peradangan (Hudak & Gallo, 2010).

2.1.9.6 Aneurisma ventrikel

Dapat timbul setelah terjadi MCI transmural. Nekrosis dan pembentukan parut membuat dinding miokard menjadi lemah. Ketika sistol, tekanan tinggi dalam ventrikel membuat bagian miokard yang lemah menonjol keluar. Darah dapat merembes ke dalam bagian yang lemah itu dan dapat menjadi sumber emboli. Disamping itu bagian yang lemah dapat mengganggu curah jantung kebanyakan aneurisma ventrikel terdapat pada apex dan bagian anterior jantung (Hudak & Gallo, 2010).

2.2 KONSEP INTENSIVE CARE UNIT (ICU)

2.2.1 Definisi Intensive Care Unit (ICU)

ICU (Intensive Care Unit) adalah ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian. Tiap pasien kritis erat kaitannya dengan perawatan intensif oleh karena memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring serta dengan cepat dapat dipantau perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya (Rab, 2007).

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

2.2.1 Fungsi ICU

Fungsi utama ruang ICU(Kemenkes, 2012):

2.2.1.1 Melakukan perawatan pada pasien-pasien gawat darurat dengan potensi reversible life thretening organdys function.

2.2.1.2 Mendukung organ vital pada pasien-pasien yang akan menjalani operasi yang kompleks atau prosedur intervensi dan resiko tinggi.

2.2.2 Jenis Pasien di ICU

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

- 2.2.2.1 Pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim intensive care
- 2.2.2.2 Pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim intensive care
- 2.2.2.3 Pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan terus menerus dan metode terapi titrasi
- 2.2.2.4 Pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis.

2.2.3 Klasifikasi Pelayanan di ICU

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

2.2.3.1 ICU Primer

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

- Ruang tersendiri, letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruang rawat pasien lain
- Memiliki kebijakan/kriteria pasien yang masuk dan yang keluar;
 Memiliki seseorang anestesiologi sebagai kepala

- c. Ada dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru;-Konsulen yang membantu harus siap dipanggil
- d. Memiliki 25% jumlah perawat yang cukup telah mempunyai sertifikat pelatihan perawatan intensif, minimal satu orang per shift
- e. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi.

2.2.3.2 ICU Sekunder

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

- Ruangan tersendiri, berdekatan dengan kamar bedah, ruang darurat,
 dan ruang rawat lain
- Memiliki kriteria pasien yang masuk, keluar, dan rujukan; Tersedia dokter spesialis sebagai konsultan yang dapat menanggulangi setiap saatbila diperlukan
- c. Memiliki seorang kepala ICU yaitu seorang dokter konsultan intensive careatau bila tidak tersedia oleh dokter spesialis anestesiologi, yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu melakukan resusitasi jantung paru (bantuan hidup lanjut)

- d. Memiliki tenaga keperawatan lebih dari 50% bersertifikat ICU
 dan minimal berpengalaman kerja di unit penyakit dalam dan bedah selama 3 tahun
- e. Kemampuan memberikan bantuan ventilasi mekanis beberapa lama dan dalam batas tertentu, melakukan pemantauan invasif dan usaha –usaha penunjang hidup
- f. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi.

2.2.3.3 ICU Tersier

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

- a. Tempat khusus tersendiri dalam rumah sakit;-Memiliki kriteria pasien yang masuk, keluar, dan rujukan
- Memiliki dokter spesialis dan sub spesialis yang dapat dipanggil setiap saat bila diperlukan
- c. Dikelola oleh seorang ahli anestesiologi konsultan intensive careatau dokter ahli konsultan intensive careyang lain, yang bertanggung jawab secara keseluruha. Dan dokter jaga yang minimal mampu resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut)

- d. Memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikat ICU dan minimal berpengalaman kerja di unit penyakit dalam dan bedah selama 3 tahun
- e. Mampu melakukan semua bentuk pemantauan dan perawatan intensif baik invasif maupun non invasif
- f. Mampu dengan cepat melayani pemerikaan laboratorium tertentu, Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi
- g. Memiliki paling sedikit seorang yang mampu mendidik medik dan perawat agar dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien
- Memiliki staf tambahan yang lain misalnya tenaga administrasi, tenaga rekam medik, tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian.

2.2.4 Standar Minimum Pelayanan Intensive Care Unit

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

- 2.2.4.1 Resusitasi jantung paru
- 2.2.4.2 Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan penggunaan ventilator sederhana
- 2.2.4.3 Terapi oksigen
- 2.2.4.4 Pemantauan EKG, pulse oksimetri yang terus menerus

- 2.2.4.5 Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
- 2.2.4.6 Pemeriksaan laboratorium khusus dengan dengan cepat dan menyeluruh
- 2.2.4.7 Pelaksanaan terapi secara titrasi
- 2.2.4.8 Kemampuan melaksanakan teknik khusus sesuai dengan kondisi pasien
- 2.2.4.9 Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat -alat portabel selama transportasi pasien gawat
- 2.2.4.10 Kemampuan melakukan fisioterapi dada

2.2.5 Indikasi yang Benar Memasukkan Pasien ke Intensive Care Unit

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

- 2.2.5.1 Pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh Tim intensive care
- 2.2.5.2 Pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi system organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan terus menerus dan metode terapi titrasi
- 2.2.5.3 Pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis.

2.2.6 Kriteria Prioritas Pasien Masuk

Apabila sarana dan prasarana ICU di suatu rumah sakit terbatas sedangkan kebutuhan pelayanan ICU yang lebih tinggi banyak, maka diperlukan mekanisme untuk membuat prioritas. Kepala ICU bertanggungjawab atas kesesuaian indikasi

perawatan pasien ICU. Bila kebutuhan pasien masuk di ICU melebihi tempat tidur yang tersedia, Kepala ICU menentukan berdasarkan prioritas kondisi medik, pasien mana yang akan dirawat di ICU. Prosedur untuk melaksanakan kebijkana ini harus dijelaskan secara rinci untuk tiap ICU.

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

2.2.6.1 Pasien prioritas 1

Pasien yang termasuk dalam prioritas ini adalah pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi, seperti: dukungan / bantuan ventilasi, alat penunjang fungsi organ / system yang lain, infus obat -obat vasoaktif / inotropic, obat anti aritmia, serta pengobatan lain —lainnya secara kontinyu dan tertitrasi. Pasien yang termasuk prioritas 1 adalah pasien pasca bedah kardiotorasik, sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam jiwa.

2.2.6.2 Pasien prioritas 2

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

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

2.2.6.3 Pasien prioritas 3

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

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

2.2.6.4 Pasien prioritas 4

Pasien dalam prioritas ini bukan merupakan indikasi masuk ICU. Pasien yang termasuk kriteria ini adalah pasien dengan keadaan yang "terlalu baik" ataupun "terlalu buruk" untuk masuk ICU.

2.2.7 Kriteria Priorias Pasien Keluar

Kriteria pasien keluar dari ICU mempunyai 3 prioritas yaitu :

2.2.7.1 Pasien prioritas 1

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

2.2.7.2 Pasien prioritas 2

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

2.2.7.3 Pasien prioritas 3

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

Prioritas pasien dipindahkan dari ICU berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICU dan atau tim yang merawat pasien, antara lain:

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

Kriteria pasien yang demikian, antara lain pasien yang menderita penyakit stadium akhir (misalnya ARDS stadium akhir). Sebelum dikeluarkan dari ICU sebaiknya keluarga pasien diberikan penjelasan alasan pasien dikeluarkan dari ICU.

- a. Pasien atau keluarga menolak untuk dirawat lebih lanjut di ICU (keluar paksa)
- b. Pasien hanya memerlukan observasi secara intensif saja, sedangkan ada pasien lain yang lebih gawat yang memerlukan terapi danobservasi yang lebih intensif. Pasien seperti ini hendaknya diusahakan pindah ke ruang yang khusus untuk pemantauan secara intensif yaitu HCU.

2.2.8 Kriteria Pasien yang Tidak Memerlukan Perawatan di ICU

2.2.8.1 Prioritas 1

Pasien dipindahkan apabila pasien tersebut tidak membutuhkan lagi perawatan intensif, atau jika terapi mengalami kegagalan, prognosa jangka pendek buruk, sedikit kemungkinan untuk pulih kembali, dan sedikit keuntungan bila perawatan intensif diteruskan.

2.2.8.2 Prioritas 2

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

2.2.8.3 Prioritas 3

Pasien dipindahkan apabila perawatan intensif tidak dibutuhkan lagi, diketahui kemungkinan untukpulih kembali sangat kecil, keuntungan dari terapi intensif selanjutnya sangat sedikit.

2.3 KONSEP NYERI

2.3.1 Definisi

Nyeri adalah perasaan tidak nyaman dan sangat individual yang tidak dapat dirasakan atau dibagi dengan orang lain. Secara umum nyeri adalah suatu rasa tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Nyeri menyangkut dua aspek yaitu psikologis dan fisiologis yang keduanya dipengaruhi fakor-faktor seperti budaya, usia, lingkungan dan sistem pendukung, pengalaman masa lalu, kecemasan dan stress (Potter, 2006; Smeltzer, 2002).

Nyeri menurut International Association for study of pain (IASP) nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensia, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Menurut Potter (2006) nyeri didefinisikan sebagai suatu kondisi perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya. Nyeri setelah pembedahan normalnya hanya terjadi dalam durasi yang terbatas, lebih singkat dari waktu yang diperlukan untuk perbaikan alamiah jaringan-jaringan yang rusak (Andarmoyo, 2013).

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013), klasifikasi nyeri dibedakan menjadi dua yaitu :

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cidera akut penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Fungsi nyeri akut ialah memberi peringatan akan suatu cidera atau penyakit yang akan datang. Nyeri akut akan berhenti sendirinya (*self-limiting*) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau interminten yang menetap suatu panjang waktu. Nyeri kronik berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik tidak dapat mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

2.3.3 Penilaian Respon Intensitas Nyeri

a. Verbal Descriptor Scale (VDS)

Verbal Descriptor Scale (VDS) adalah garis yang terdiri dari tiga sampai limakata pendeskripsi yang telah disusun dengan jarak yang sama sepanjang garis. Ukuran skala ini diurutkan dari "tidak terasa nyeri" sampai "nyeri tidak tertahan". Perawat menunjukkan ke klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih skala nyeriterbaru yang dirasakan. Perawat

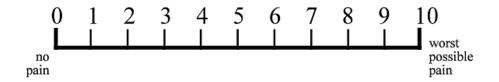
juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS memungkinkan klien untuk memilih dan mendeskripsikan skala nyeri yang dirasakan (Potter & Perry, 2006).

b. Visual Analogue Scale (VAS)

VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus.Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata (Potter & Perry, 2006).

Penjelasan tentang intensitas digambarkan sebagai berikut:



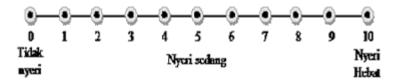


Gambar 2.2 Skala pengukur Nyeri VAS

Skala nyeri pada skala 0 berarti tidak terjadi nyeri, skala nyeri pada skala 1-3 seperti gatal, tersetrum, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, mules.Skala nyeri 4-6 digambarkan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar, ditusuk-tusuk.Skala 7-9 merupakan skala sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien, sedangkan skala 10 merupakan skala nyeri yang sangat berat dan tidak dapat dikontrol.Ujung kiri pada

VAS menunjukkan "tidak ada rasa nyeri", sedangkan ujung kanan menandakan "nyeri yang paling berat".

c. Numeric Rating Scale (NRS)



Gambar 2.3 Skala Pengukur Nyeri NRS

Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri yang ringan, angka 4-6 termasuk dalam nyeri sedang, sedangkaan angka 7-10 merupakan kategori nyeri berat. Oleh karena itu, skala NRS akan digunakan sebagai instrumen penelitian (Potter & Perry, 2006). Menurut Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

- 1) 0 : Tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.
- 2) 1-3 : Mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.
- 3) 4-6 : Rasa nyeri yang menganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang.
- 4) 7-10: Rasa nyeri sangat menganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat (Potter & Perry, 2006).

d. Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Skala ini terdiri atas enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum untuk menandai tidak adanya rasa nyeri yang dirasakan, kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan yang berati skala nyeri yang dirasakan sangat nyeri (Potter & Perry, 2006).

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale



Gambar 2.4 Skala Pengukur Nyeri FRS

Skala nyeri tersebut Banyak digunakan pada pasien pediatrik dengan kesulitan atau keterbatasan verbal. Dijelaskan kepada pasien mengenai perubahan mimik wajah sesuai rasa nyeri dan pasien memilih sesuai rasa nyeri yang dirasakannya (Potter & Perry, 2006).

2.4 KONSEP RELAKSASI BENSON

2.4.1 Definisi

Relaksasi adalah sebuah keadaan dimana seseorang terbebas dari tekanan dan kecemasan atau kembalinya keseimbangan (*equilibrium*) setelah terjadi gangguan (Candra, 2013). Teknik relaksasi menghasilkan respon fisiologi yang terintegrasi dan juga mengganggu bagian dari kesadaran yang dikenal sebagai respon relaksasi benson (Trianto, 2014).

Relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kesejahteraan lebih tinggi (Benson & Proctor, 2006).

2.4.2 Macam-macam Teknik Relaksasi Benson

- a. Relaksasi otot, relaksasi ini bertujuan untuk mengurangi nyeri ketegangan dan kecemasan dengan cara melemaskan otot-otot badan, dimulai dari otot ibu jari kaki sampai kepala.
- b. Relaksasi kesadaran indra dalam kondisi rileks, pasien diberi perintah-perintah dan diminta untuk merasakan pertanyaan yang membuat rileks, dengan membayangkan ha-hal yang menciptakan ketenangan.
- c. Relaksasi meditasi, relaksasi yang memakai ritual keagamaan atau sejenisnya, sebagai sarana pencarian tempat bersandar demi terjadinya kedekatan antara manusia dan tuhan (Benson & Proctor, 2006).

2.4.3 Teknik Relaksasi Benson

Teknik relaksasi nafas dalam dilakukan oleh pasien dengan memejamkan mata dan bernafas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi "hirup, dua, tiga" dan ekshalasi "hembuskan, dua, tiga (sambil mebgucapkan dengan nama Tuhan). Perawat mengajarkan teknik ini, akan sangat membatu bila menghitung dengan keras bersama pasien pada awalnya, pasien terampil dalam melakukan teknik relaksasi pasien harus sering berlatih (Setyawati, 2005).

2.4.4 Langkah-langkah Teknik Relaksasi Benson

Langkah-langkah teknik relaksasi benson menurut setyawati (2005) yaitu, tidur tenang dalam posisi nyaman dan rileks, memejamkan mata dan bernafas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi "hirup, dua, tiga" dan ekshalasi "hembuskan, dua, tiga (sambil mebgucapkan dengan nama Tuhan), lakukan 15 menit. Kemudian bukalah mata secara perlahan, lakukan kegiatan ini minimal satu kali sehari.

2.5 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien sehingga didapatkan masalah dan kebutuhan untuk perawatan. Tujuan utama pengkajian adalah untuk memberikan gambaran secara terus-menerus mengenai keadaan kesehatan pasien yang memungkinkan perawat melakukan asuhan keperawatan (Nursalam, 2001).

2.5.1.1 Identitas

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, no. Register, dan diagnosa medis. Sedangkan identitas bagi penanggung jawab yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien.

2.5.1.2 Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

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

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

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

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mempunyai penyakit hipertensi dan arteri koroner.

2.5.1.3 Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

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

b. Tanda-tanda vital

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

c. Pemeriksaan head to toe

1) Kepala

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

2) Leher

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

3) Thorak

Bunyi jantung normal atau terdapat bunyi jantung ekstra S3/S4 menunjukkan gagal jantung atau penurunan kontraktilitas, kalau murmur menunjukkan gangguan katup atau disfungsi otot papilar dan perikarditis.

Paru-paru: suara nafas bersih, krekels, mengi, wheezing, ronchi, terdapat batuk dengan atau tanpa sputum, terdapat sputum bersih, kental ataupun merah muda.

4) Abdomen

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

5) Ekstremitas

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

2.5.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan unruk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Nanda, 2017).

Diagnosa keperawatan yang mungkin timbul diantaranya sebagai berikut:

- a. Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisiologis: iskemi miokard
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis: nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
- c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
- d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri

- e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- f. Ansietas berhubungan dengan respon patofisiologis dan ancaman terhadap status kesehatan
- g. Defisit pengetahuan tentang kondisi, kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan untuk menghilangkan atau mencegah permasalah kesehatan yang dihadapi klien dengan berdasarkan prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil dengan melihat acuan teori kebutuhan dasar manusia (Nanda Nic-Noc, 2013).

2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut	NOC:	NIC:
	Definisi:	Pain Level,	Pain Management
	Sensori yang tidak menyenangkan	Pain control,	 Lakukan pengkajian nyeri
	dan pengalaman emosional yang	Comfort level	secara komprehensif
	muncul secara aktual atau	Kriteria Hasil :	termasuk lokasi,
	potensial kerusakan jaringan atau	Mampu mengontrol	karakteristik, durasi,
	menggambarkan adanya	nyeri (tahu penyebab	frekuensi, kualitas dan
	kerusakan (Asosiasi Studi Nyeri	nyeri, mampu	faktor presipitasi
	Internasional): serangan	menggunakan tehnik	 Observasi reaksi nonverbal
	mendadak atau pelan	nonfarmakologi untuk	dari ketidaknyamanan
	intensitasnya dari ringan sampai	mengurangi nyeri,	Gunakan teknik
	berat yang dapat diantisipasi	mencari bantuan)	komunikasi terapeutik
	dengan akhir yang dapat	Melaporkan bahwa nyeri	untuk mengetahui
	diprediksi dan dengan durasi	berkurang dengan	pengalaman nyeri pasien
	kurang dari 6 bulan.	menggunakan	Kontrol lingkungan yang
		manajemen nyeri	dapat mempengaruhi nyeri
	Batasan karakteristik:	 Mampu mengenali nyeri 	seperti suhu ruangan,
	- Laporan secara verbal atau	(skala, intensitas,	pencahayaan dan
	non verbal	frekuensi dan tanda	kebisingan
	- Fakta dari observasi	nyeri)	Pilih dan lakukan
	- Posisi antalgic untuk	Menyatakan rasa	penanganan nyeri
	menghindari nyeri	nyaman setelah nyeri	(farmakologi, non
	 Gerakan melindungi 	berkurang	farmakologi dan inter
	- Tingkah laku berhati-hati	Tanda vital dalam	personal)
	- Muka topeng	rentang normal	 Kaji tipe dan sumber nyeri

- Gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai)
- Terfokus pada diri sendiri
- Fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)
- Tingkah laku distraksi, contoh : jalan-jalan, menemui orang lain dan/atau aktivitas, aktivitas berulang-ulang)
- Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil)
- Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku)
- Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah)
- Perubahan dalam nafsu makan dan minum

Faktor yang berhubungan: Agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis)

- untuk menentukan intervensi
- Ajarkan tentang teknik non farmakologi
- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- Tingkatkan istirahat
- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

Analgesic Administration

- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
- Cek riwayat alergi
- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)

2 Pola Nafas tidak efektif

Definisi : Pertukaran udara inspirasi dan/atau ekspirasi tidak adekuat

Batasan karakteristik:

- Penurunan tekanan inspirasi/ekspirasi
- Penurunan pertukaran udara per menit
- Menggunakan otot pernafasan tambahan
- Nasal flaring

NOC:

- * Respiratory status Ventilation
- Respiratory status Airway patency
- Vital sign Status

Kriteria Hasil:

Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada

NIC:

:

Airway Management

- Buka jalan nafas, guanakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
- Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
- Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan
- Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara

- Dyspnea
- Orthopnea
- Perubahan penyimpangan dada
- Nafas pendek
- Assumption of 3-point position
- Pernafasan pursed-lip
- Tahap ekspirasi berlangsung sangat lama
- Peningkatan diameter anteriorposterior
- Pernafasan rata-rata/minimal
 - Bayi: < 25 atau > 60
 - Usia 1-4 : < 20 atau > 30
 - Usia 5-14 : < 14 atau > 25
 - Usia > 14 : < 11 atau > 24
- Kedalaman pernafasan
 - Dewasa volume tidalnya 500 ml saat istirahat
 - Bayi volume tidalnya 6-8 ml/Kg
- Timing rasio
- Penurunan kapasitas vital

Faktor yang berhubungan:

- Hiperventilasi
- Deformitas tulang
- Kelainan bentuk dinding dada
- Penurunan energi/kelelahan
- Perusakan/pelemahan muskulo-skeletal
- Obesitas
- Posisi tubuh
- Kelelahan otot pernafasan
- Hipoventilasi sindrom
- Nyeri

Penurunan

sekuncup

- Kecemasan
- Disfungsi Neuromuskuler
- Kerusakan persepsi/kognitif
- Perlukaan pada jaringan syaraf tulang belakang

curah jantung

Imaturitas Neurologis

- pursed lips)
- Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas. frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
- Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)

- tambahan
- Monitor respirasi dan status O2

Terapi oksigen

- Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
- Pertahankan jalan nafas yang paten
- Atur peralatan oksigenasi
- Monitor aliran oksigen
- Pertahankan posisi pasien
- Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

Vital sign Monitoring

- Monitor TD, nadi, suhu, dan RR
- Catat adanya fluktuasi tekanan darah
- Auskultasi TDpada kedua lengan dan bandingkan
- Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas
- Monitor kualitas dari nadi
- Monitor frekuensi dan irama pernapasan
- Monitor suara paru
- Monitor pola pernapasan abnormal
- Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
- Monitor sianosis perifer
- Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign

NOC: respon fisiologis otot jantung, peningkatan frekuensi, dilatasi, hipertrofi atau peningkatan isi

- Cardiac effectiveness
- Circulation Status
- Vital Sign Status

Kriteria Hasil:

Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi)

NIC: **Cardiac Care**

Pump

Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas,lokasi, durasi)

- disritmia Catat adanya jantung
- Monitor status kardiovaskuler
- Monitor status pernafasan yang menandakan gagal

- Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan
- Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites
- Tidak ada penurunan kesadaran
- jantung
- Monitor balance cairan
- Monitor adanya perubahan tekanan darah
- Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan
- Monitor toleransi aktivitas pasien
- Monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipneu dan ortopneu
- Anjurkan untuk menurunkan stress

Vital Sign Monitoring

- Monitor TD, nadi, suhu, dan RR
- Catat adanya fluktuasi tekanan darah
- Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri
- Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan
- Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas
- Monitor kualitas dari nadi
- Monitor jumlah dan irama jantung
- Monitor bunyi jantung
- Monitor frekuensi dan irama pernapasan
- Monitor suara paru
- Monitor pola pernapasan abnormal
- Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
- Monitor sianosis perifer
- Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign

- 4 Perfusi jaringan tidak efektif
 Definisi:
 Penurunan pemberian oksigen
 dalam kegagalan memberi makan
 jaringan pada tingkat kapiler
 Batasan karakteristik:
 Renal
 - Perubahan tekanan darah di luar batas parameter
 - Hematuria
 - Oliguri/anuria
 - Elevasi/penurunan

NOC:

- Circulation status
- Tissue Prefusion : cerebral

Kriteria Hasil:

- a. mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :
 - * Tekanan systole dandiastole dalam rentang yang diharapkan
 - Tidak ada

NIC : Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)

- Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul
- Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lsi atau laserasi
- ❖ Batasi gerakan pada kepala,

BUN/rasio kreatinin

Gastro Intestinal

- Secara usus hipoaktif atau tidak ada
- Nausea
- Distensi abdomen
- Nyeri abdomen atau tidak terasa lunak (tenderness)

Peripheral

- Edema
- Tanda Homan positif
- Perubahan karakteristik kulit (rambut, kuku, air/kelembaban)
- Denyut nadi lemah atau tidak ada
- Diskolorisasi kulit
- Perubahan suhu kulit
- Perubahan sensasi
- Kebiru-biruan
- Perubahan tekanan darah di ekstremitas
- Bruit
- Terlambat sembuh
- Pulsasi arterial berkurang
- Warna kulit pucat pada elevasi, warna tidak kembali pada penurunan kaki

- ortostatikhipertensi
- Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)
- b. mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:
 - berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
 - menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
 - memproses informasi
 - membuat keputusan dengan benar
- c. menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan gerakan involunter

- leher dan punggung
- Monitor kemampuan BAB
- Kolaborasi pemberian analgetik
- Monitor adanya tromboplebitis
- **

5 Intoleransi aktivitas

Definisi: Ketidakcukupan energu secara fisiologis maupun psikologis untuk meneruskan atau menyelesaikan aktifitas yang diminta atau aktifitas sehari hari.

Batasan karakteristik:

- a. melaporkan secara verbal adanya kelelahan atau kelemahan.
- Respon abnormal dari tekanan darah atau nadi terhadap aktifitas
- c. Perubahan EKG yang menunjukkan aritmia atau iskemia
- d. Adanya dyspneu atau ketidaknyamanan saat beraktivitas.

Faktor factor yang berhubungan:

- Tirah Baring atau imobilisasi
- Kelemahan menyeluruh
- Ketidakseimbangan antara

NOC:

- Energy conservation
- Self Care : ADLs

Kriteria Hasil:

- Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
- Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri

NIC:

Energy Management

- Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
- Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
- Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
- Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
- Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien

Activity Therapy

- Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalammerencanakan progran terapi yang tepat.
- Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
- ❖ Bantu untuk memilih

suplei aktivitas konsisten oksigen dengan kebutuhan dengan yangsesuai kemampuan fisik, psikologi Gaya hidup yang dan social dipertahankan. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas vang disukai Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi dalam kekurangan beraktivitas Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan NOC: NIC: Ansietas 6 Definisi: Anxiety control **Anxiety** Reduction Coping (penurunan kecemasan) Perasaan gelisah yang tak jelas ketidaknyamanan Kriteria Hasil: Gunakan pendekatan yang ketakutan yang disertai respon Klien mampu menenangkan autonom (sumner tidak spesifik mengidentifikasi dan Jelaskan semua prosedur atau mengungkapkan tidak diketahui dan apa yang dirasakan gejala cemas individu); perasaan keprihatinan selama prosedur disebabkan Mengidentifikasi, dari antisipasi Temani pasien untuk terhadap bahaya. Sinyal mengungkapkan dan memberikan keamanan dan merupakan peringatan adanya menunjukkan tehnik mengurangi takut ancaman yang akan datang dan untuk mengontol Berikan informasi faktual memungkinkan individu untuk cemas mengenai diagnosis, mengambil Vital sign dalam batas langkah untuk tindakan prognosis menyetujui terhadap tindakan normal Dengarkan dengan penuh Ditandai dengan Postur tubuh, ekspresi perhatian wajah, bahasa tubuh Gelisah Identifikasi tingkat dan tingkat aktivitas Insomnia kecemasan menunjukkan Resah Bantu pasien mengenal berkurangnya Ketakutan situasi yang menimbulkan kecemasan Sedih kecemasan Fokus pada diri Dorong pasien untuk Kekhawatiran mengungkapkan perasaan, Cemas ketakutan, persepsi Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi Berikan obat untuk mengurangi kecemasan Kurang pengetahuan NOC: NIC: Kowlwdge **Teaching: Disease Process** disease

process

Berikan penilaian tentang

Definisi:

Tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif sehubungan dengan topic spesifik.

Batasan karakteristik : memverbalisasikan adanya masalah, ketidakakuratan mengikuti instruksi, perilaku tidak sesuai.

Faktor yang berhubungan : keterbatasan kognitif, interpretasi terhadap informasi yang salah, kurangnya keinginan untuk mencari informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi.

* Kowledge : health Behavior

Kriteria Hasil:

- Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan
- Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar
- Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

- tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
- Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.
- Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat
- 4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat
- 5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna cara yang tepat
- 6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat
- 7. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit
- 8. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan
- 9. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat

2.5.4 Implementasi

Menurut Marilynn E. Doengoes (2002) disebutkan implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan obsevasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan

kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi. Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, dimana rencana keperawatan dilaksanakan; melaksanakan intervensi atau aktivitas yang telah ditentukan.

2.5.5 Evaluasi

Menurut Marilynn E. Doengoes (2002), evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, proses yang kontinue yang penting untuk menjamin kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan, yang dilakukan dengan meninjau respon pasien untuk menentukan keefektifan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien.

Tujuan dari evaluasi adalah menilai keberhasilan dari tindakan perawatan, respon klien terhadap tindakan yang telah diberikan dan mencegah masalah-masalah yang mungkin timbul lagi.

Menurut Nursalam (2001), ada dua evaluasi yang ditemukan yaitu:

- Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan secara terus menerus untuk menilai hasil dari tindakan yang telah dilakukan.
- 2) Evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir dari keseluruhan tindakan yang dilakukan dan disesuaikan dengan kriteria waktu yang telah ditetapkan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas Klien

Nama : Tn. J

Tempat/tgl lahir : 27 Agustus 1963

Umur : 53 Th

Jenis kelamin : Laki-laki

Status perkawinan : Kawin

Agama : Islam

Suku : Minang

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Buruh

Lama bekerja : 10 tahun

Alamat : Tarok Dipo, Guguk Panjang, Bukittinggi

Tanggal masuk : 09 Januari 2019

Tanggal pengkajian : 09 Januari 2019

Pindah ruangan Jantung : 11 Januari 2019

Sumber informasi : Klien dan keluarga

No. RM : 308123

Keluarga terdekat yang dapat dihubungi : Istri

Nama : Ny. A

Pendidikan : SD

Pekerjaan : IRT

Alamat : Tarok Dipo, Guguk Panjang, Bukittinggi.

3.1.2 Status Kesehatan Saat Ini

3.1.2.1 Alasan Kunjunga/Keluahan Utama

Klien masuk ke RS pada tanggal 09 Januari 2019 melalui IGD RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan keluhan nyeri dada sejak jam 21.00 WIB dan menjalar ke lengan bagian kiri.

3.1.1.2 Keluhan Yang Dirasakan Saat Ini

Klien mengatakan dulu pernah menderita penyakit jantung tetapi tidak terkontrol, nyeri yang dirasakan seperti tertindih benda berat, nyeri yang dirasakan menjalar ke lengan bagian kiri, skala nyeri 6 dari rentang 1-10, nyeri hilang timbul, nyeri saat beraktivitas, merasa sesak nafas, kepala pusing, badan terasa lemas, batuk, dan klien mengeluh nyeri kaki mulai dari lutut sampai ke tumit, klien tampak lemas, gelisah, batuk sesekali, klien tampak meringis, klien mengusap daerah yang nyeri, posisi klien tampak tidak nyaman dan raut wajah klien tampak tegang.

3.1.2.3 Faktor Pencetus

Apabila terlalu banyak beraktifitas, nyeri yang dirasakan semakin bertambah

3.1.2.4 Lama Keluahan

Keluhan yang dirasakan yaitu sejak jam 21.00 WIB secara bertahap dan menjalar ke lengan bagian kiri.

3.1.2.5 Faktor Yang Memperberat

Klien mengatakan bahwa klien ada riwayat jantung sudah 1 tahun yang lalu dan tidak terkontrol dan klien juga memiliki riwayat hipertensi.

3.1.2.6 Upaya Yang Dilakukan Untuk Mengatasi

Klien mengatakn jika klien merasakan nyeri dada hal yang pertama klien lakukan yaitu beristirahat jika nyeri dada bertambah keluarga klien akan membawa klien ke rumah sakit.

3.1.2.7 Diagnosa Medik

Unstable Angina Pectoris (UAP).

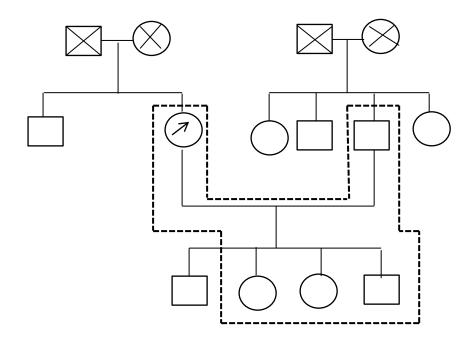
3.1.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan pernah mengalami penyakit jantung pada tahun 2017 dan pernah dirawat dengan penyakit jantung dan tidak terkontrol, klien juga ada riwayat hipertensi. Klien mengatakan tidak ada memiliki alergi makanan maupun obat. Klien dulunya merupakan perokok aktif dan baru berhenti merokok 2 tahun ini.

3.1.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengan klien.

Genogram



Keterangan:			
: Laki-laki	A	: Klien	: Meninggal
: Perempuan		: Tinggal s	atu rumah

3.1.5 Data Aktivitas Sehari-hari

3.1 Data Aktivitas Sehari-hari

NO	AKTIVITAS	DIRUMAH	DI RUMAH SAKIT
1.	Pola nutrisi dan cairan	Klien makan 3 kali sehari, minum ± 6 gelas per hari Makanan yang disukai yaitu semuanya, klien tidak ada pilih-pilih dalam makanan	Saat di rumah sakit frekuensi makan 3 kali sehari, klien mengatakan nafsu makan klien berkurang. Diet yang di berikan pada klien di rumah sakit adalah DJ II RC
2.	Pola Eliminasi	BAB saat di rumah lancar dengan frekuensi 1 kali sehari pada pagi hari. BAK saat dirumah lancar dengan frekuensi 5-7 kali	Saat di rumah sakit klien mengatakan belum ada BAB. BAK: Klien terpasang kateter. Warna urine tampak kuning Produksi urine 1030 cc/24 jam
3.	Pola istirahat dan tidur	Waktu tidur klien ± 8 jam dan klien tidak ada kesulitan tidur	Saat dirumah sakit klien tidur ± 6 jam Klien mengatakan kadang mengeluh nyeri dada sehingga membuat klien agak mengalami kesulitan untuk tidur

3.1.5.1 Pola Aktivitas dan Latihan

Saat di rumah klien bekerja sebagai buruh, klien mengatakan jarang melakukan olahraga. Kegiatan diwaktu luang yang digunakan hanya untuk beristirahat dirumah saja. Sedangkan saat di rumah sakit aktivitas klien sepenuhnya di bantu

oleh perawatan ruangan dan keluarga karena klien tidak mampu melakukan

aktivitas sendiri.

3.1.6 Data Psikososial

Klien tampak tidak ada menggunakan alat bantu pendengaran, kesulitan yang dialami

klien saat ini yaitu sering pusing, nyeri dada sampai menjalar ke lengan bagian kiri. Hal

yang dipikirkan oleh klien saat ini adalah berharap klien segera sembuh, bisa pulang

dan melakukan aktivitas seperti biasanya. Bahasa yang digunakan klien adalah bahasa

minang, klien tinggal di rumah klien sendiri. Pembuat keputusan dilakukan oleh klien

sendiri karena klien sebagai kepala rumah tangga. Tidak ada mengalami kesulitan

dalam keluarga klien. Klien mengatakan sumber kekuatan itu dari Allah SWT, dan

agama, Tuhan, kepercayaan sangat penting menurut klien.

3.1.7 Pemeriksaan Fisik

3.1.7.1 Keadaan Umum

: Lemah

3.1.7.2 Tingkat Kesadaran

: Composmentis

3.1.7.3 Tanda-tanda vital

TD : 160/117 mmHg RR : 26 x/i SpO2:99%

N

: 101 x/i

3.1.7.5 Pemeriksaan Head To Toe

 $: 36\,{}^{0}\text{C}$ S

3.1.7.4 BB/TB : 80 Kg/ 172 Cm

a. Kepala

Inspeksi : Bentuk kepala bulat, rambut tampak berwarna hitam, kepala

tampak bersih, didak ada oedem, tidak ada peradangan atau

perdarahan di kepala dan tidak ada tampak benjolan di kepala.

Palpasi

: Tidak ada teraba masaa dan pembengkakan pada kepala klien.

b. Mata

Kedua mata simetris, ukuran pupil \pm 2 mm, konjungtiva tampak berwarna merah muda, tidak ada terdapat udema pada palpebra dan tidak ada peradangan pada mata klien.

c. Hidung

Hidung tampak bersih, tidak ada pembengkakan pada hidung klien, tidak ada terdapat perdarahan pada hidung klien. Klien menggunakan oksigen nasal kanul dengan 4 L.

d. Mulut dan Tenggorokan

Mukosa bibir tampak kering, tidak ada kesulitan dalam berbicara, klien tidak ada menggunakan gigi palsu. Dan klien tidak ada kesulitan damalm menelan.

e. Leher

Tidak ada tampak pembesaran vena jugularis dan pembesaran kelenjar tyroid pada leher klien.

f. Dada / Pernafasan

Inspeksi : Tidak ada tampak pembengkakan ataupun lesi pada pada dada klien, frekuensi pernafasan 26 x/i, klien tampak menggunakan otot bantu nafas, klien tampak terpasang monitor.

Palpasi : Taktil fremitus kurang bergetar terdapat efusi pleura pada bagian sinistra.

Perkusi : Pekak, terdapat cairan di rongga pleura.

Auskultasi : Vesikuler

g. Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat, CRT < 3 detik, tidak ada

perubahan warna kulit, nadi 101 x/i

Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS ke V, tidak ada nyeri tekan.

Perkusi : Batas jantung kanan atas: ICS II linea para sternalis dextra.

Batas jantung kanan bawah: ICS IV linea para sternalis

sinistra dextra. Batas jantung kiri atas: ICS II linea para

sternalis sinistra. Batas jantung kiri bawah: ICS IV linea

medio clavicularis sinistra.

Auskultasi : BJ 1, BJ 2 irama teratur dan tidak ada suara tambahan.

h. Abdomen

Inspeksi : Bentuk tampak datar, simetris kiri dan kanan, umbilikus

bersih, tidak ada tampak luka atau bekas operasi pada

abdomen klien

Auskultasi : Bising usus terdengar 12x/i

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, dan massa.

Perkusi : Timpani

i. Genitalia

Terpasang kateter jenis foley catheter sejak tanggal 09 Januari 2019.

j. Ekstremitas

Akral terasa dingin

Ekstremitas atas : Terpasang infus RL 21 cc/jam di sebelah kanan

dan terpasang manset tensi di sebelah kiri

Ekstremitas bawah : Tidak ada tampak udem maupun fraktur

Rentang kekuatan otot :

3.1.8 Hasil Pemeriksaan Penunjang

3.1.8.1 Pemeriksaan Laboratorium, tanggal 09 Januari 2019

3.2 Data Laboratorium

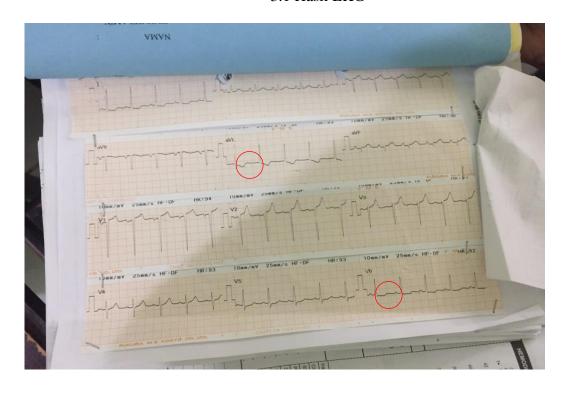
Nama	Hasil	Nilai Normal	Kesimpulan
HGB	16.5 g/Dl	13.0 – 16.0	Tinggi
RBC	5.76 10 [^] 6/Ul	4.5 – 5.5	Tinggi
НСТ	47.8 %	40.0 – 48.0	Normal
WBC	11.27 10 [^] 3/U1	5.0 – 10.0	Tinggi
PLT	210 10 [^] 3/U1	150 – 400	Normal
Kalium	4,14 mEq/l	3,5 – 5,5	Normal
Natrium	138,8 mEq/l	135 – 147	Normal
Khorida	104,9 mEq/l	100 – 106	Normal
Troponin l	Non Reaktif	Non Reaktif	Normal
CKMB	8.8 U/L	24.0	Normal
Creatinin	1.57 mg/dL	0.80 – 1.30	Normal
Glukosa	111 mg/dL	80 – 120	Normal
Urea	32 mg/dL	15 – 43	Normal

3.1.8.2 Pemeriksaan Diagnostik

a. EKG

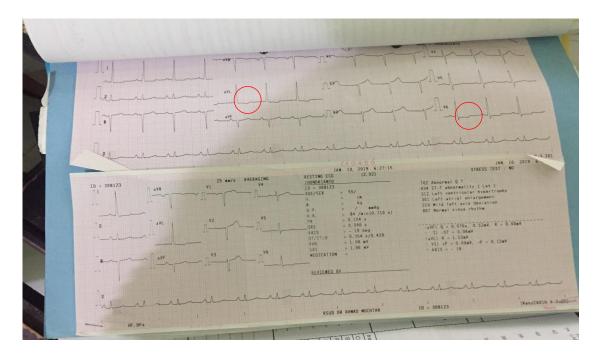
Tanggal: 09 Januari 2019

3.1 Hasil EKG

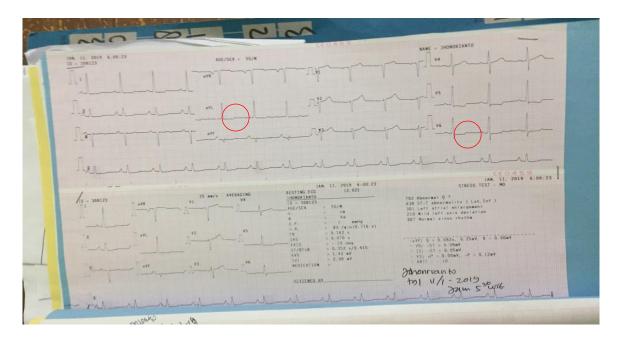


Tanggal: 10 Januari 2019

3.2 Hasil EKG



3.3 Hasil EKG

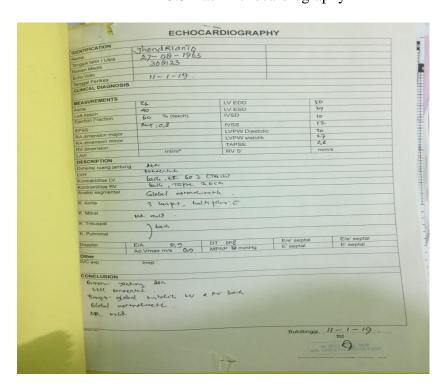


b. Foto. Thorax AP, Tanggal: 11 Januari 2019

Kesan: Pembesaran jantung compensated DD/posisi. Efusi pleura sinistra.

c. Echocardiography, Tanggal 11 Januari 2019

3.3 Hasil Echocardiography



3.1.9 Therapy

3.3 Tabel Therapy

3.3 Tabel Therapy			
Nama obat	Dosis	Melalui	Kegunaan
Valsartan	1 x 160	Oral	Untuk mengatasi hipertensi dan gagal jantung
Spironolactone	1 x 25 mg	Oral	Untuk mengobati tekanan darah tinggi
Simvastatin	1 x 40 mg	Oral	Untuk menurunkan kadar kolesterol dalam darah
Laxadine syr	1 x 10 mg	Oral	Untuk mengatasi susah BAB (konstipasi)
Aspilet	1 x 80 mg	Oral	Untuk mengenceran darah dan mencegah penggumpalan di pembuluh darah
CPG	1 x 75	Oral	Uuntuk mencegah serangan jantung
Alprazolam	1 x 0,5 mg	Oral	Untuk mengatasi gangguan kecemas dan serangan panik
Amlodipine	1 x 10	Oral	Untuk mengatasi hipertensi
Concor	1 x 2,5	Oral	Untuk mengobati tekanan darah tinggi
PCT	3x 1	Oral	Untuk mengobati rasa sakit ringan hingga sedang atau pereda nyeri.
Meloxicom	1 x 15 mg	Oral	Untuk meredakan gejala- gejala arthritis, misalnya nyeri otot, peradangan
Metilprednisolan	2 x 80 mg	Oral	Untuk mengurangi gejala penbengkakan, rasa nyeri dan untuk mengobati arhritis.
Allupurinol	1 x 300	Oral	Untuk menurunkan kadar asam urat di dalam darah
Lovenox	2 x 0,6	Subkutan	Untuk mencegah dan mengobati pembekuan darah.
Ranitidin	2 x 1	Parenteral	Untuk mencegah rasa panas perut, maag, dan sakit perut.
Lasix	2 x 1	Parenteral	Untuk mencegah tubuh dari menyerap terlalu banyak garam
Lansoprazole	1 x 1	Parenteral	Untuk mengatasi gangguan pada sistem pemcernaan.
Balance Cairan	In: 815,2 Out: 1230 B:-414,8 D: 0,53 cc/kg	g BB	•

DATA FOKUS

Data Subjektif

- 1. Klien mengatakan dulu pernah menderita penyakit jantung tetapi tidak terkontrol, nyeri yang dirasakan seperti tertindih benda berat, nyeri yang dirasakan menjalar ke lengan bagian kiri, skala nyeri 6 dari rentang 1-10, nyeri hilang timbul, nyeri saat beraktivitas.
- 2. Klien mengatakan merasakan sesak nafas
- 3. Klien mengatakan kepala pusing
- 4. Klien badan terasa lemas
- 5. Klien mengatakan batuk
- 6. Klien mengatakan nyeri kaki mulai dari lutut samapai ke tumit
- 7. Klien mengatakan nafsu makan berkurang
- 8. Klien mengatakan aktivitas bantu oleh perawat dan keluarganya
- 9. Klien mengatakan ada riwayat jantung 1 tahun yang lalu dan tidak terkontrol
- 10. Klien mengatakan ada riwayat hipertensi
- 11. Klien mengatakan nyeri saat beraktivitas
- 12. Klien mengatakan tidak ada BAB sejak masuk rumah sakit

Data Objektif

1. Tanda-tanda vital:

TD : 160/117 mmHg RR : 26 x/i SpO2 : 99 %

N : 101 x/i S : $36 \, {}^{0}\text{C}$

- Hasil foto thorax AP terlihat adanya pembesaran jantung compensated DD/posisi. Efusi pleura sinistra.
- 3. Gambaran EKG terdapat: SR, P wave: 0,06, PR Interval 0,16, QRS Complex 0,08, T Inverted I, AVL, V1-V2.

Kesimpulan: Terdapat T Inverted I adanya iskemik.

- 4. Skala nyeri 6
- 5. Hasil Laboratorium

Troponin l	Non Reaktif	Non Reaktif	Normal
CKMB	8.8 U/L	24.0	Normal

- 6. Klien bedrest total
- 7. Klien menggunakan oksigen nasal kanul dengan 4 L
- 8. Klien meringis
- 9. Klien mengusap daerah dada yang nyeri
- 10. Klien tampak gelisah
- 11. Posisi klien tampak tidak nyaman
- 12. Raut wajah klien tegang
- 13. Klien tampak lemas dan sesekali batuk
- 14. Klien tampak menggunakan otot bantu nafas
- 15. Klien tampak terpasang infus RL 21 cc/jam
- 16. Klien terpasang monitor
- 17. Balance Cairan:

In: 815,2

Out: 1230

B: -414,8

D: 0,53 cc/kg BB

18. Terapy

Nama obat	Dosis	Melalui
Valsartan	1 x 160	Oral
Spironolactone	1 x 25 mg	Oral
Simvastatin	1 x 40 mg	Oral
Laxadine syr	1 x 10 mg	Oral

Aspilet	1 x 80 mg	Oral
CPG	1 x 75	Oral
Alprazolam	1 x 0,5 mg	Oral
Amlodipine	1 x 10	Oral
Concor	1 x 2,5	Oral
PCT	3x 1	Oral
Meloxicom	1 x 15 mg	Oral
Metilprednisolan	2 x 80 mg	Oral
Allupurinol	1 x 300	Oral
Lovenox	2 x 0,6	Subkutan
Ranitidin	2 x 1	Parenteral
Lasix	2 x 1	Parenteral
Lansoprazole	1 x 1	Parenteral

ANALISA DATA

3.4 Tabel Analisa Data

NO		DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	DS	:	Perubahan kontraktilitas	Penurunan curah
	1.	Klien mengatakan		jantung
	2	merasakan sesak nafas		
	2.	Klien mengatakan		
	3.	kepala pusing Klien badan terasa		
	٥.	lemas		
		DO:		
	1.			
		TD: 160/117 mmhg		
		RR: 26 x/i		
		SpO2: 99 %		
		N: 101 x/i		
	_	S: 36 °C		
	2.	Hasil foto thorax AP		
		terlihat adanya		
		pembesaran jantung compensated		
		DD/posisi. Efusi pleura		
		sinistra.		
	3.	Klien terpasang		
		monitor		
	4.	Gambaran EKG		
		terdapat: SR, P wave:		
		0,06, PR Interval 0,16,		
		QRS Complex 0,08, T		
		Inverted I, AVL, V1-V2.		
	5	Valsartan 1 x 160		
		Lasix 2 x 1		
	7.	Spironolactone 1 x 25		
		mg		
2.	DS		Agen cidera fisiologis	Nyeri akut
	1.	Klien mengatakan	(iskemik dan penurunan	
		merasakan nyeri dada,	suplai oksigen ke otot	
		nyeri yang dirasakan seperti tertindih, nyeri	jaringan miokard)	
		hilang timbul, nyeri		
		yang dirasakan		
		menjalar ke lengan		
		bagian kiri		
	2.			
		nyeri kaki mulai dari		
	_	lutut samapai ke tumit		
	3.	Klien mengatakan		
	4.	merasakan sesak nafas Klien mengatakan		
	4.	Klien mengatakan kepala pusing		
		repaid pushig		

DO: 1. Tanda-tanda vital: TD: 160/117 mm RR: 26 x/i N: 101 x/i S: 36 °C SpO2: 99 % 2. Gambaran **EKG** terdapat: SR, P wave: 0,06, PR Interval 0,16, QRS Complex 0,08, T Inverted I, AVL, V1-V2. 3. Skala nyeri 6 4. Klien terpasang O₂ 4 L 5. Klien berkeringat dingin 6. Klien mual 7. Terapy Aspilet 1 x 80 mg CPG 1 x 75 Ranitidin 2 x 1 8. Klien meringis 9. Klien mengusap daerah dada yang nyeri 10. Klien tampak gelisah 11. Posisi klien tampak tidak nyaman 12. Raut wajah klien tegang DS: Pola nafas tidak 3. Hambatan upaya napas: 1. Klien mengatakan nyeri saat bernapas efektif merasakan sesak nafas 2. Klien mengatakan kepala pusing 3. Klien badan terasa lemas 4. Klien mengatakan batuk DO: 1. Tanda-tanda vital: TD: 160/117 mmHg RR: 26 x/i SpO2: 99 % N: 101 x/i S: 36 °C 2. Klien berkeringat dingin 3. Klien tampak gelisah 4. Klien tanpak menggunakan otot bantu nafas 5. Klien tampak lemas dan sesekali batuk

	6.	Klien terpasang oksigen 4 L		
4.	2.	Klien mengatakan berkeringat dingin	Penurunan aliran arteri	Perfusi perifer tidak efektif
5.	2. DO 1. 2.	Klien badan terasa lemas Klien mengatakan aktivitas bantu oleh perawat dan keluarganya	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas
6.	DS: 1.	Klien mengatakan baru pertama kali di rawat di ruangan ICU	Respon patofisiologis dan ancaman terhadap status kesehatan	Ansietas

DO:

1. Tanda-tanda vital:

TD: 160/117 mmHg

RR: 26 x/i SpO2: 99 % N: 101 x/i S: 36 °C

- 2. Klien gelisah
- 3. Klien tampak cemas
- 4. Akral dingin

7. DS:

Kurang terpapar informasi

- Klien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di ruangan jantung dengan penyakit yang sama
- 2. Klien mengatakan tidak teratur minum obat
- 3. Klien baru yang ke 2 kali di rawat di rumah sakit
- 4. Sebelumnya klien di rawat di ruangan jantung selama ± 7 hari
- 5. Pendidikan klien SD

DO:

1. Tanda-tanda vital:

TD: 160/117 mmHg

RR: 26 x/i SpO2: 99 % N: 101 x/i S: 36 °C

- 2. Klien gelisah
- 3. Klien tampak cemas

Defisit pengetahuan

3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 3.2.1 Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
- 3.2.2 Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisiologis (iskemik dan penurunan suplai oksigen ke otot jaringan miokard)
- 3.2.3 Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas: nyeri saat bernapas
- 3.2.4 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri
- 3.2.5 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 3.2.6 Ansietas berhubungan dengan respon patofisiologis dan ancaman terhadap status kesehatan
- 3.2.7 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

3.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

3.4 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Penurunan curah jantung Definisi: Ketidakadekuatan darah yang di pompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh.	NOC: Cardiac Pump effectiveness Circulation Status Vital Sign Status Kriteria Hasil: ★ Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi) Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan Ť Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites Ť Tidak ada penurunan kesadaran	NIC: Cardiac Care ❖ Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) ❖ Catat adanya disritmia jantung ❖ Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac putput ❖ Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung ❖ Monitor balance cairan ❖ Monitor adanya perubahan tekanan darah ❖ Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan ❖ Monitor toleransi aktivitas pasien ❖ Anjurkan untuk menurunkan stress Vital Sign Monitoring ■ Monitor TD, nadi, suhu, dan RR ■ Catat adanya fluktuasi tekanan darah ■ Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan ■ Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas ■ Monitor kualitas dari nadi ■ Monitor bunyi jantung ■ Monitor bunyi jantung ■ Monitor frekuensi dan irama pernapasan ■ Monitor suara paru ■ Monitor suara paru ■ Monitor suara paru ■ Monitor suara paru ■ Monitor suara, dan kelembaban kulit ■ Monitor sianosis perifer ■ Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign
2.	Nyeri akut Definisi: Sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan (Asosiasi	NOC: ❖ Pain Level ❖ Pain control ❖ Comfort level Kriteria Hasil: ❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi	NIC: Pain Management Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan

Studi

Batasan karakteristik:

- Laporan secara verbal atau non verbal
- Fakta dari observasi
- Posisi antalgic untuk menghindari nyeri
- Gerakan melindungi
- Tingkah laku berhatihati
- Muka topeng
- Gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai)
- Terfokus pada diri sendiri
- Fokus menyempit
 (penurunan persepsi
 waktu, kerusakan
 proses berpikir,
 penurunan interaksi
 dengan orang dan
 lingkungan)
- Tingkah laku distraksi, contoh : jalan-jalan, menemui orang lain dan/atau aktivitas, aktivitas berulangulang)
- Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil)
- Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku)
- Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah)
- Perubahan dalam nafsu makan dan minum

- untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- Tanda vital dalam rentang normal

- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
- Ajarkan tentang teknik non farmakologi
- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
- Tingkatkan istirahat
- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

Analgesic Administration

- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
- Cek riwayat alergi
- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
- Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)

tidak adekuat Batasan karakteristik :

3

- Penurunan tekanan

NOC:

- Respiratory status Ventilation
- Respiratory status Airway patency
- ❖ Vital sign Status

NIC:

:

Airway Management

- Buka jalan nafas, guanakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
- Keluarkan sekret dengan batuk

- inspirasi/ekspirasi
- Penurunan pertukaran udara per menit
- Menggunakan otot pernafasan tambahan
- Nasal flaring
- Dyspnea
- Orthopnea
- Perubahan penyimpangan dada
- Nafas pendek
- Tahap ekspirasi berlangsung sangat lama
- Peningkatan diameter anterior-posterior
- Pernafasan ratarata/minimal
 - Bayi : < 25 atau > 60
 - Usia 1-4 : < 20 atau > 30
 - Usia 5-14 : < 14 atau > 25
 - Usia > 14 : < 11 atau > 24
- Kedalaman pernafasan
 - Dewasa volume tidalnya 500 ml saat istirahat
 - Bayi volume tidalnya 6-8 ml/Kg
- Timing rasio
- Penurunan kapasitas vital

Kriteria Hasil:

- Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
- Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
- Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)

- atau suction
- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
- Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
- Monitor respirasi dan status O2

Terapi oksigen

- Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
- Pertahankan jalan nafas yang paten
- Atur peralatan oksigenasi
- Monitor aliran oksigen
- Pertahankan posisi pasien
- Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

Vital sign Monitoring

- 1. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR
- Catat adanya fluktuasi tekanan darah
- 3. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan
- 4. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas
- 5. Monitor kualitas dari nadi
- 6. Monitor frekuensi dan irama pernapasan
- 7. Monitor suara paru
- 8. Monitor pola pernapasan abnormal
- 9. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
- 10. Monitor sianosis perifer
- 11. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign

4. Perfusi jaringan tidak efektif Definisi :

Penurunan pemberian oksigen dalam kegagalan memberi makan jaringan pada tingkat kapiler Batasan karakteristik :

Peripheral

- Edema
- Tanda Homan positif
- Perubahan karakteristik kulit (rambut, kuku, air/kelembaban)
- Denyut nadi lemah atau tidak ada
- Diskolorisasi kulit
- Perubahan suhu kulit
- Perubahan sensasi

NOC:

- Circulation status
- Tissue Prefusion cerebral

Kriteria Hasil:

- a. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :
 - Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan
 - Tidak ada ortostatikhipertensi
 - Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)
- b. Mendemonstrasikan

NIC:

Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)

- Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul
- Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lsi atau laserasi
- Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung
- Monitor kemampuan BAB
- * Kolaborasi pemberian analgetik
- Monitor adanya tromboplebitis
- Diskusikan mengenal penyebab perubahan sensasi

- Kebiru-biruan
- Perubahan tekanan darah di ekstremitas
- Bruit
- Terlambat sembuh
- Pulsasi arterial berkurang
- Warna kulit pucat pada elevasi, warna tidak kembali pada penurunan kaki
- kemampuan kognitif yang ditandai dengan:
- Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
- Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
- Memproses informasi
- Membuat keputusan dengan benar
- c. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran mambaik, tidak ada gerakan gerakan involunter

5. Intoleransi aktivitas

Definisi : Ketidakcukupan energu secara fisiologis maupun psikologis untuk meneruskan atau menyelesaikan aktifitas yang diminta atau aktifitas sehari hari.

Batasan karakteristik:

- e. Melaporkan secara verbal adanya kelelahan atau kelemahan.
- f. Respon abnormal dari tekanan darah atau nadi terhadap aktifitas
- g. Perubahan EKG yang menunjukkan aritmia atau iskemia
- h. Adanya dyspneu atau ketidaknyamanan saat beraktivitas.

Faktor factor yang berhubungan:

- Tirah Baring atau imobilisasi
- Kelemahan menyeluruh
- Ketidakseimbangan antara suplei oksigen dengan kebutuhan
- Gaya hidup yang dipertahankan.

NOC:

- Energy conservation
- ❖ Self Care : ADLs

Kriteria Hasil:

- Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
- Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri

NIC:

Energy Management

- Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
- Dorong anal untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan
- Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan
- Monitor nutrisi dan sumber energi tangadekuat
- Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan
- Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas
- Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien

Activity Therapy

- Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalammerencanakan progran terapi yang tepat.
- Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
- Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yangsesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social
- Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
- Bantu untuk mendpatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
- ❖ Bantu untu mengidentifikasi

aktivita	s yang	disukai
Bantu	klien	untuk

- Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang
- Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
- Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
- Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
- Monitor respon fisik, emoi, social dan spiritual

6. Ansietas Definisi :

Perasaan gelisah yang tak jelas dari ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai respon autonom (sumner tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan keprihatinan disebabkan dari antisipasi terhadap bahaya.

Ditandai dengan

- Gelisah
- Insomnia
- Resah
- Ketakutan
- Sedih
- Fokus pada diri
- Kekhawatiran
- Cemas

NOC:

- **❖** Anxiety control
- Coping

Kriteria Hasil:

- Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
- Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontol cemas
- ❖ Vital sign dalam batas normal
- Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan

NIC: Anxiety Reduction (penurunan

kecemasan)

Gunakan pendekatan yang menenangkan

- Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama
- prosedur
 Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
- Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis
- Dengarkan dengan penuh perhatian
- Identifikasi tingkat kecemasan
- Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
- Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
- Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
- Berikan obat untuk mengurangi kecemasan

7. Defisit pengetahuan Definisi :

Tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif sehubungan dengan topic spesifik.

Batasan karakteristik : memverbalisasikan adanya masalah, ketidakakuratan mengikuti instruksi, perilaku tidak sesuai.

Faktor yang berhubungan: keterbatasan kognitif, interpretasi terhadap informasi yang salah,

NOC:

- Kowlwdge : disease process
- Kowledge : health Behavior

Kriteria Hasil:

- Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan
- Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar

NIC:

Teaching: Disease Process

- Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
- Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.
- 12. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat
- 13. Gambarkan proses penyakit,

kurangnya keinginan untuk	*	Pasien	dan	keluarga		dengan cara yang tepat
mencari informasi, tidak		mampu	n	nenjelaskan	14.	Identifikasi kemungkinan
mengetahui sumber-sumber		kembali		• •		penyebab, dengna cara yang
informasi.		dijelaska		perawat/tim		tepat
		kesehatai	ı lainny	a.	15.	Sediakan informasi pada pasien
						tentang kondisi, dengan cara
						yang tepat
					16.	Diskusikan perubahan gaya
						hidup yang mungkin diperlukan
						untuk mencegah komplikasi di
						masa yang akan datang dan atau
						proses pengontrolan penyakit
					17.	Diskusikan pilihan terapi atau
						penanganan
					18.	Instruksikan pasien mengenai
						tanda dan gejala untuk
						melaporkan pada pemberi
						perawatan kesehatan, dengan

cara yang tepat

3.4 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

3.6 Tabel Implementasi

No	Diagnosa	Hari/Tanggal		Implementasi		Jam		Evaluasi	Paraf
1.	Penurunan	Rabu,	1.	Memonitor	balance	11.30	S:		
	curah	09 Januari 2019		cairan			1.	Klien mengatakan merasakan nyeri dada, nyeri	
	jantung			Balance cair	an			yang dirasakan seperti tertindih, nyeri hilang	
				In: 815,2				timbul, nyeri yang dirasakan masih menjalar ke	
				Out: 1230				lengan bagian kiri.	
				B: -414,8			2.	Klien mengatakan masih pusing	
				D: 0,53 cc/k	g BB		O:		
			2.	Memonitor	status		7.	Klien tampak masih meringis	
				pernafasan			8.	Klien mengusap daerah dada yang nyeri	
			3.	Memonitor	adanya		9.	Klien terpasang monitor	
				perubahan	tekanan			Klien tampak masih gelisah	
				darah				Penurunan curah jantung bekum teratasi	
			4.				P : I	ntervensi dilanjutkan	
				banyak	istirahat		1.	Mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas,	
				\mathcal{C}	nembatasi			lokasi dan durasi)	
			_	kunjungan			2.	Memonitor balance cairan	
			5.				3.	Memonitor status pernafasan	
				suhu, dan RI			4.	Memonitor adanya perubahan tekanan darah	
				Tanda-tanda			5.	Menganjurkan klien banyak istirahat	
				TD: 164/101	mm Hg		6.	Memonitor TD, nadi, suhu, dan RR	
				RR: 24 x/i			7.	Melakukan perekaman EKG	
				N: 92 x/i					
				S: 36, 4 °C					
			_	SpO2: 99 %					
			6.						
				perekaman E					
				Gambaran	EKG				
				terdapat T In	verted I				

2.	Penurunan	Kamis,	1.	Memonitor	balance	15.30	S :	
	Curah	10 Januari 2019		cairan			1.	Klien mengatakan masih merasakan nyeri dada,
	Jantung			Balance cairan	ı			nyeri yang dirasakan seperti tertindih, nyeri
				In: 867,2				hilang timbul.
				Out: 2450			2.	Klien mengatakan nyeri kaki mulai dari lutut
				B: - 1582,8				sampai ke tumit
				D: 1,2 cc/kg E	3B		3.	Klien mengatakan kepala masih pusing
			2.	Memonitor	status		O:	
				pernafasan			1.	Skala nyeri 3 dari rentang 1-10
			3.	Memonitor	adanya		2.	Klien tampak masih meringis
				perubahan	tekanan		3.	Klien masih tampak gelisah
				darah			4.	Posisi klien semi fowler
			4.	Menganjurkan	klien		A :	Penurunan curah jantung teratasi sebagian
				banyak istiraha	at		P : I	ntervensi dilanjutkan
			5.	Memonitor TI	D, nadi,		1.	Mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas,
				suhu, dan RR				lokasi dan durasi)
				Tanda-tanda v	ital :		2.	Memonitor status pernafasan
				TD: 153/89 mi	m		3.	Memonitor adanya perubahan tekanan darah
				RR: 23 x/i			4.	Menganjurkan klien banyak istirahat
				N: 83 x/i			5.	Memonitor TD, nadi, suhu, dan RR
				S: $36, 6^{\circ}$ C			6.	Melakukan perekaman EKG
				SpO2: 99 %				
			6.	Melakukan				
				perekaman EK	KG			
3.	Penurunan	Jum'at,	1.	Memonitor	status	09.30	S :	
	Curah	11 Januari 2019		pernafasan			1.	Klien mengatakan mulai berkurang nyeri dada,
	Jantung		2.	Memonitor	adanya			nyeri hilang timbul.
				perubahan	tekanan		2.	Klien mengatakan nyeri kaki mulai dari lutut
				darah				sampai ke tumit sudah mulai berkurang
			3.	Menganjurkan	klien		3.	Klien mengatakan kepala masih terasa pusing
				banyak istiraha	at		O:	
			4.	Memonitor TI	D, nadi,		1.	Skala nyeri 2 rentang 1-10
				suhu, dan RR			2.	Klien tampak agak tenang

Tanda-tanda vital:

TD: 154/98 mm

RR: 22 x/i

N: 87 x/i

SpO2: 100 %

Melakukan perekaman EKG

3. Posisi klien semifowler

A : Penurunan curah jantung teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan di ruangan rawat selanjutnya yaitu rungan jantung

S: 36,5 °C

SpO2: 100 %

No	Diagnosa	Hari/Tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Nyeri akut	Rabu, 09 Januari 2019	1. Mengkaji nyeri, lokasi, karakteristik dan intensitas (skala 1-10) :		S: 1. Klien mengatakan merasakan nyeri dada, nyeri yang dirasakan seperti tertindih, nyeri hilang timbul, nyeri yang	
			Skala nyeri 4 dari rentang 1-10		dirasakan menjalar ke lengan bagian kiri. 2. Klien mengatakan masih pusing	
			2. Menggunakan komunikasi terapuetik		O : 1. Skala nyeri 4 dari rentang 1-10	
			untuk mengetahui pengalaman nyeri klien		 Klien tampak masih meringis Klien mengusap daerah dada yang nyeri 	
			3. Mengkaji tanda-tanda vital Tanda-tanda vital :		4. Klien tampak masih gelisah5. Posisi klien semi fowlerA : Nyeri akut belum teratasi	
			TD: 164/101 mm		P : Intervensi dilanjutkan	
			RR: 24 x/i		Mengkaji nyeri	
			N: 92 x/i		2. Mengkaji tanda-tanda vital	
			S: 36, 4 °C		3. ajarkan teknik relaksasi nafas dalam	
			SpO2: 99 %		4. Memberikan terapi non farmakologi dengan cara	
			4. Memberikan posis yang nyaman		relaksasi benson terhadap penurunan skala nyeri dada 5. Berkolaborasi dalam pemberian obat sesuai kebutuhan	
			5. Mendorong penggunaan teknik relaksasi nafas dalam			
			6. Mengontrol lingkungan yang dapat			
			mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan,			
			pencahayaan dan kebisingan			
			7. Meningkatkan istirahat klien			
			8. Berkolaborasi dalam pemberian obat sesuai			

		kebutuhan	
2 Nyeri akut	Kamis, 10 Januari 2019	 Mengkaji nyeri, lokasi, 15.00 karakteristik dan intensitas (skala 1-10) : Skala nyeri 3 	 Klien mengatakan masih merasakan nyeri dada, nyeri yang dirasakan seperti tertindih, nyeri hilang timbul. Klien mengatakan nyeri kaki mulai dari lutut samapai ke
		2. Mengkaji tanda-tanda vital : TD: 153/89 mm RR: 23 x/i N: 83 x/i S: 36, 6 ⁰ C SpO2: 99 %	tumit 3. Klien mengatakan kepala pusing O: 1. Skala nyeri 3 dari rentang 1-10 2. Klien tampak mulai tenang 3. Klien tampak rileks 4. Posisi klien semi fowler
		3. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan
		4. Memberikan terapi non farmakologi dengan cara relaksasi benson terhadap penurunan skala nyeri dada, dengan cara: menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi "hirup, dua, tiga" dan ekshalasi "hembuskan, dua, tiga (sambil mebgucapkan dengan nama Tuhan), lakukan 15 menit. 5. Memberian obat sesuai kebutuhan	 Mengkaji nyeri Mengkaji tanda-tanda vital ajarkan teknik relaksasi nafas dalam Memberikan terapi non farmakologi dengan cara relaksasi benson terhadap penurunan skala nyeri dada Berkolaborasi dalam pemberian obat sesuai kebutuhan

3	Nyeri akut	Jum'at,	1. Mengkaji nyeri, lokasi, 09.00	S:
		11 Januari 2019	karakteristik dan	1. Klien mengatakan mulai berkurang nyeri dada, nyeri hilang
			intensitas (skala 1-10)	timbul.
			2. Mengkaji tanda-tanda	2. Klien mengatakan nyeri kaki mulai dari lutut sampai ke
			vital :	tumit sudah mulai berkurang
			3. Tanda-tanda vital:	3. Klien mengatakan kepala masih terasa pusing
			TD: 154/98 mm	0:
			RR: 22 x/i	1. Skala nyeri 2 dari rentang 1-10,
			N: 87 x/i	2. Klien tampak lebih tenang
			S: 36,5 °C	3. Klien tampak rileks
			SpO2: 100 %	4. Posisi klien semifowler
			4. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	A: Nyeri akut teratasi sebagian
			5. Memberikan terapi non	P: Intervensi dilanjutkan di ruangan rawat selanjutnya yaitu rungan jantung
			farmakologi dengan	Tungan Janung
			cara relaksasi benson	
			terhadap penurunan	
			skala nyeri dada,	
			dengan cara :	
			menghitung dalam hati	
			dan lambat bersama	
			setiap inhalasi "hirup,	
			dua, tiga" dan ekshalasi	
			"hembuskan, dua, tiga	
			(sambil mebgucapkan	
			dengan nama Tuhan),	
			lakukan 15 menit.	
			6. Berkolaborasi dalam	
			pemberian obat sesuai	
			kebutuhan	

No	Diagnosa	Hari/Tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Pola napas tidak efektif	Rabu, 09 Januari 2019	 Mengatur posisi klien semi fowler Mengkaji adanya suara nafas tambahan Mengkaji penggunaan otot bantu nafas Mempertahankan jalan nafas yang paten Memonitor aliran oksigen Memonitor TD, nadi, suhu dan RR Tanda-tanda vital: TD: 164/101 mm RR: 24 x/i N: 92 x/i S: 36, 4 °C SpO2: 99 % Melakukan pemberian terapi oksigen pada klien 4 L 	12.00	DS: 1. Klien mengatakan masih terasa sesak nafas 2. Klien badan terasa lemas DO: 1. Posisi klien semi fowler 2. Klien tampak tidak menggunakan otot bantu nafas 3. Klien masih tampak lemas dan sesekali batuk 4. Klien terpasang oksigen 4 L 5. Tidak ada bunyi suara napas tambahan A: Pola napas tidak efektif belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan 1. Mempertahankan jalan nafas yang paten 2. Memonitor aliran oksigen 3. Memonitor TD, nadi, suhu dan RR 4. Melakukan pemberian terapi oksigen pada klien	
2.	Pola napas tidak efektif	Kamis, 10 Januari 2019	 Mempertahankan jalan nafas yang paten Memonitor aliran oksigen Memonitor TD, nadi, suhu dan RR Melakukan pemberian terapi oksigen pada klien 	16.00	DS: 1. Klien mengatakan tidak merasakan sesak nafas 2. Klien badan masih terasa lemas DO: 1. Tanda-tanda vital: TD: 153/89 mm RR: 23 x/i N: 83 x/i S: 36, 6°C SpO2: 99 %	

2. Posisi klien semi fowler
3. Klien tampak masih lemas dan sesekali batuk
4. Klien terpasang oksigen 4 L
A : Pola napas tidak efektif teratasi
P: Intervensi di hentikan

No	Diagnosa	Hari/Tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Perfusi perifer tidak efektif	Rabu, 09 Januari 2019	1. Memonitor tanda-tanda vital Tanda-tanda vital: TD: 164/101 mmHg RR: 24 x/i SpO2: 99 % N: 92 x/i S: 36,4 °C 2. Mencatat intake dan output secara akurat Balance cairan In: 815,2 Out: 1230 B:-414,8 D: 0,53 cc/kg BB 3. Mengobservasi adanya tanda-tanda gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (membran mokusa, dan sianosis)	12.30		ı
2.	Perfusi perifer tidak efektif	Kamis, 10 Januari 2019	 Memonitor tanda-tanda vital Tanda-tanda vital: TD: 153/89 mmHg RR: 23 x/i SpO2: 99 % N: 83 x/i S: 36, 6°C 	16.30	S: 1. Klien mengatakan masih berkeringat dingin 2. Klien mengatakan badan masih terasa lemas O: 1. Terapy Aspilet 1 x 80 mg CPG 1 x 75 Valsartan 1 x 160 Lovenox 2 x 0,6	

			3. Mencatat intake dan output secara akurat Balance cairan In: 867,2 Out: 2450 B: -1582,8 D: 1,2 cc/kg BB	 Klien terpasang kateter A : Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian P :Intervensi di lanjutkan Memonitor tanda-tanda vital Mencatat intake dan output secara akurat Mengobservasi adanya tanda-tanda gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (membran mokusa, dan sianosis)
			4. Mengobservasi adanya tanda-tanda gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (membran mokusa, dan sianosis)	
3.	Perfusi perifer tidak efektif	Jum'at, 11 Januari 2019	 Memonitor tanda-tanda 16.3 vital Mencatat intake dan output secara akurat Mengobservasi adanya tanda-tanda gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (membran mokusa, dan sianosis) 	Klien mengatakan badan masih terasa lemas O: 1. Tanda-tanda vital: TD: 154/98 mmHg RR: 22 x/i SpO2: 100 % N: 87 x/i S: 36, 5°C 2. Akral hangat 3. Klien terpasang kateter A: Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan di ruangan rawat selanjutnya yaitu ruangan jantung

No	Diagnosa	Hari/Tanggal	Implementasi	Jam	Eva	luasi	Paraf
No 1.	Diagnosa Intoleransi aktivitas	Hari/Tanggal Rabu, 09 Januari 2019	Implementasi 1. Memberikan lingkungan yang tenang dengan cara memaksimalkan jam istirahat klien dengan memperhatikan lingkungan, misalnya terhadap kebisingan suara 2. Membantu personal hgyiene klien 3. Membantu mengatur posisi yang nyaman	Jam 08.00	S: 1. 2. O: 1. 2. 3. 4. 5. 6. A: P: I	Klien badan masih terasa lemas Klien mengatakan aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarganya Tanda-tanda vital: TD: 164/101 mm RR: 24 x/i N: 92 x/i S: 36, 4 °C SpO2: 99 % Klien bedrest total Klien terpasang kateter Klien terpasang oksigen 4 L Klien tampak masih lemas dan sesekali batuk Posisi klien semifowler Intoleransi aktivitas belum teratasi Intervensi dilanjutkan Memberikan lingkungan yang tenang dengan cara memaksimalkan jam istirahat klien dengan memperhatikan lingkungan, misalnya terhadap kebisingan suara Membantu memandikan klien	Paraf
2	Intoleransi	Kamis,	1. Memberikan lingkungan	08.00	3. S:	Membantu mengatur posisi yang nyaman	
4	aktivitas	10 Januari 2019	yang tenang dengan cara memaksimalkan jam istirahat klien dengan memperhatikan lingkungan, misalnya terhadap kebisingan suara	06.00	1. 2. O: 1.	Klien badan masih terasa lemas Klien mengatakan aktivitas bantu oleh perawat dan keluarganya Tanda-tanda vital: TD: 153/89 mm	

	 Membantu personal hgyiene klien Membantu mengatur posisi yang nyaman 	RR: 23 x/i N: 83 x/i S: 36, 6°C SpO2: 99 % 2. Klien bedrest total 3. Klien terpasang kateter 4. Klien terpasang oksigen 4 L 5. Klien tampak masih lemas 6. Klien tampak rileks dan tenang 7. Posisi klien semifowler A: Intoleransi aktivitas belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Memberikan lingkungan yang tenang dengan cara memaksimalkan jam istirahat klien dengan memperhatikan lingkungan, misalnya terhadap kebisingan suara
3 Intoleransi Jum'at, aktivitas 11 Januari 2019	Memberikan lingkungan 08.00 yang tenang dengan cara memaksimalkan jam istirahat klien dengan memperhatikan lingkungan, misalnya terhadap kebisingan suara Membantu personal hgyiene klien Membantu mengatur posisi yang nyaman	 Membantu memandikan klien Membantu mengatur posisi yang nyaman S: Klien badan masih terasa lemas Tanda-tanda vital: TD: 154/98 mm RR: 22 x/i 87 x/i 36,5 °C SpO2: 100 % Klien bedrest total Klien terpasang oksigen 4 L Klien terpasang kateter Klien tampak masih lemas

7. Posisi klien semifowler
A: Intoleransi aktivitas teratasi sebagian
P: Intervensi dilanjutkan di ruangan rawat selanjutnya
yaitu rungan jantung

No	Diagnosa	Hari/Tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Ansietas	Rabu, 09 Januari 2019	 Memonitor tanda-tanda vital Tanda-tanda vital: TD: 164/101 mmHg RR: 24 x/i SpO2: 99 % N: 92 x/i S: 36,4 °C Mengunakan pendekatan yang menenangkan Menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur Mendorong klien untuk mengungkapkan perasaaan, ketakutan, persepsi Menganjurkan klien untuk teknik relaksasi 	12.40	S: Klien mengatakan masih sedikit cemas karena ini pertama kali klien di rawat di ruang ICU O: 1. Klien tampak berkeringat 2. Klien tampak masih cemas 3. Klien tampak masih gelisah 4. Akral dingin terasa dingin A: Ansietas teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Mengunakan pendekatan yang menenangkan 3. Menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 4. Menganjurkan klien untuk teknik relaksasi	
2.	Ansietas	Kamis, 10 Januari 2019	1. Memonitor tanda-tanda vital Tanda-tanda vital: TD: 153/89 mmHg N: 83 x/i S: 36, 6°C RR: 23 x/i SpO2: 99 % 2. Mengunakan pendekatan yang menenangkan 3. Menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 4. Menganjurkan klien untuk teknik relaksasi	16.40	S: 1. Klien mengatakan sudah tenang O: 1. Klien tampak tenang A: Ansietas teratasi P: Intervensi dihentikan	

No	Diagnosa	Hari/Tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Para
1.	Defisit Pengetahuan	Rabu, 09 Januari 2019	 Memonitor tanda-tanda vital Memberikan pendidikan tentang kondisi yang di alami Menganjurkan pada klien untuk menghentikan aktivitas selama ada serangan jantung dan istirahat Memberikan edukasi gejalagejala yang ditimbulkan oleh penyakit 	13.00	S: 1. Klien mengatakan dulu tidak teratur minum obat O: 1. Tanda-tanda vital TD: 164/101 mmHg RR: 24 x/i SpO2: 99 % N: 92 x/i S: 36,4 °C 2. Klien tampak masih gelisah A: Defisit pengetahuan teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Memberikan pendidikan tentang kondisi yang di alami 3. Menganjurkan pada klien untuk menghentikan aktivita selama ada serangan jantung dan istirahat 4. Memberikan edukasi gejala-gejala yang ditimbulkat oleh penyakit	
2.	Defisit pengetahuan	Kamis, 10 Januari 2019	 Memonitor tanda-tanda vital Memberikan pendidikan tentang kondisi yang di alami Menganjurkan pada klien untuk menghentikan aktivitas selama ada serangan jantung dan istirahat Memberikan edukasi gejalagejala yang ditimbulkan oleh penyakit 		S: 1. Klien mengatakan sudah mulai tenang O: 1. Tanda-tanda vital TD: 153/89 mmHg RR: 23 x/i SpO2: 99 % N: 83 x/i S: 36, 6°C 2. Klien sudah mulai tenang 3. Klien sudah mau bercerita tentang penyakitnya A: Defisit pengetahuan teratasi P: Intervensi dihentikan	

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 ANALISA MASALAH KEPERAWATAN DENGAN KONSEP TERKAIT KKMP DAN KONSEP KASUS TERKAIT

Asuhan keperawatan pada klien Tn. J dengan Unstable Angina Pectoris (UAP) dilakukan sejak tanggal 09 Januari 2019 sampai 11 Januari 2019, klien masuk rumah sakit tanggal 09 Januari 2019 dari IGD sebelumnya. Pengkajian keperawatan dilakukan di ruangan ICU/ICCU pada tanggal 09 Januari 2019. Keluhan utama nyeri dada sejak jam 21.00 WIB dan menjalar ke lengan bagian kiri sebelum masuk rumah sakit.

Masalah keperawatan pertama yang diambil yaitu penurunan curang jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan merasakan nyeri dada, nyeri yang dirasakan seperti tertindih, skala nyeri 6 dari rentang 1-10, nyeri hilang timbul, nyeri yang dirasakan menjalar ke lengan bagian kiri, klien mengatakan merasakan sesak nafas, klien mengatakan kepala pusing, klien badan terasa lemas sedangkan data objektif: TD: 160/117 mmhg, RR: 26 x/i, SpO2: 99 %, N: 101 x/i, S: 36 °C, hasil foto thorax AP terlihat adanya pembesaran jantung compensated DD/posisi. Efusi pleura sinistra, klien terpasang monitor, gambaran EKG terdapat: SR, P wave: 0,06, PR Interval 0,16, QRS Complex 0,08, T Inverted I, AVL, V1-V2. Pada pasien dengan unstable angina pectoris gambaran EKG adalah adanya depresi segmen ST dan adanya gelombang T

Inverted, di tandai dengan inversi gelombang T (Sartono, dkk, 2019). Iskemia sendiri merupakan suatu keadanan transisi dan reversible pada miokard yang menyebabkan hipoksia miokard. Kerusakan ini akan mengganggu fungsi utama jantung dalam mekanis, biokimiawi, dan listrik sehingga jantung tidak mampu memompa darah secara adekuat untuk dialirkan keotak dan organ lain yang akan berlanjut (Sunaryo & Lestari, 2014).

Masalah keperawatan kedua yang diambil yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisiologis (iskemik dan penurunan suplai oksigen ke otot jaringan miokard) karena pada saat pengkajian di dapatkan data subjektif: klien mengatakan merasakan nyeri dada, nyeri yang dirasakan seperti tertindih, skala nyeri 6 dari rentang 1-10, nyeri hilang timbul, nyeri yang dirasakan menjalar ke lengan bagian kiri, sesak nafas, kepala pusing. Sedangkan data objektif: klien tampak meringis, klien mengusap daerah yang nyeri, klien tampak gelisah, posisi klien tampak tidak nyaman, raut wajah klien tegang, TD: 160/117 mmHg, RR: 26 x/i, N: 101 x/i, S: 36 °C, SpO2: 99 %. Pada pasien dengan unstable angina pectoris karekteristis nyeri dada khas di presentasikan dengan nyeri yang bertambah berat, tetap dan bertahan bahkan ketika beristirahat, nyeri seperti ditekan, rasa terbakar, ditindih benda berat. Angina mempunyai area di bagian substernal, retrosternal dan prekordial dan penjalarannya ke leher, mandibular bagian kiri, lengan kiri, punggung atau interscapula. Menpunyai skala nyeri berat dan waktu lebih dari 20 menit (Sartono, dkk, 2019). Menurut Sunaryo & Lestari (2014) bahwa keluhan yang khas pada angina pectoris tidak stabil adalah nyeri dada retrosternal (dibelakang sternum), seperti diremas-remas, ditekan, ditusuk, panas atau ditindih barang berat. Nyeri dapat menjalar ke lengan (umumnya kiri), bahu, leher, rahang bahkan sampai ke punggung dan epigastrium. Nyeri berlangsung lama dan kadang-kadang nyeri disertai mual, muntah, sesak, pusing, keringat dingin, berdebar-debar dan pasien sering tampak ketakutan. Keluhan nyeri dada kiri sering mengawali serang jantung yang resiko lebih hebat bahkan kematian.

Masalah keperawatan ketiga yang diambil yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis: nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan) karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif: klien mengatakan merasakan sesak nafas, klien mengatakan kepala pusing, klien badan terasa lemas, klien mengatakan batuk sedangkan data objektif: TD: 160/117 mmHg, RR: 26 x/i, SpO2: 99 %, N: 101 x/i, S: 36 °C, klien tampak gelisah, klien tampak menggunakan otot bantu nafas, klien tampak lemas dan sesekali batuk, klien terpasang oksigen nasal kanul 4 L. Pada pasien dengan unstable angina pectoris nyeri dada (*chest pain*) ini karena rupture plak ateroskerosis dan terdapatnya trombus pada arteri koroner baik komplit maupun partial. Keadaan ini akan menyebabkan gangguan pengangkutan oksigen terutama di area jantung (Metcalfe, 2012; Finamore et al, 2013).

Masalah keperawatan keempat yang diambil yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri karena pada saat pengkajian

didapatkan data subjektif: klien mengatakan berkeringat dingin sedangkan data objektif: tanda-tanda vital: TD: 160/117 mmHg, RR: 26 x/i, SpO2: 99 %, N: 101 x/i, S: $36 \, ^{0}\text{C}$, Terapy: Aspilet 1 x 80 mg, CPG 1 x 75, Valsartan 1 x 160, Lovenox 2 x 0,6, akral dingin, klien tambah berkeringat dingin, dan klien terpasang kateter. Perfusi memperdarahi sel-sel tubuh dengan oksigen dan nutrien dan mengeluarkan sisa metabolisme, termasuk karbon dioksida. Penimbunan plak pada artei koroner yang merupakan pembuluh darah yang bertugas memberikan makanan langsung pada jantung berupa nutrisi dan oksigen akan menyebabkan penyempitan sehingga menimbulkan gangguan pada daerah ekstremitas atau jaringan perifer. Gangguan yang terjadi memperlambat sirkulasi pada jaringan perifer yang meningkatkan denyutan nadi. Akibat meningkatnya denyut nadi secara konstan menyebabkan tidak efektifnya perfusi dalam jaringan perifer. Terganggunya sirkulasi jaringan perifer menyebabkan pula teganggunya suplai oksigen dan nutrisi miokardium segingga terjadi penumpukan asam laktat pada metabolik otot yang akan mengakibatkan nyeri. Iskemia koroner menyebabkan nyeri pada sekitar dada sehingga terjadi infark yang mengakibatkan penurunan perfusi jaringan jantung (Hudak & Gallo, 2010).

Masalah keperawatan kelima yang diambil yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif: klien badan masih terasa lemas, klien mengatakan aktivitas di bantu oleh perawat dan keluarganya sedangkan data objektif: tanda-tanda vital: TD: 160/117 mmHg,

RR: 26 x/i, SpO2: 99 %, N: 101 x/i, S: 36 °C klien bedrest total, klien terpasang kateter, klien terpasang oksigen 4 L, klien tampak masih lemas dan sesekali batuk, posisi klien semifowler. Pada beberapa pasien dengan angina dapat ditemukan gejala yang tidak tipikal sepertia rasa lelah yang tidak jelas, nafas pendek dan rasa tidak nyaman di epigastrium atau maul dan muntah (Sartono, dkk. 2019).

Masalah keperawatan keenam yang diambil yaitu ansietas berhubungan dengan respon patofisiologis dan ancaman terhadap status kesehatan karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif : klien mengatakan baru pertama kali di rawat di ruangan ICU sedangkan data objektif: tanda-tanda vital: TD: 160/117 mmHg, RR: 26 x/i, SpO2: 99 %, N: 101 x/i, S: 36 °C, klien gelisah, klien tampak cemas dan akral terasa dingin. Ketika pasien sindroma koroner akut mengetahui kondisi penyakitnya yang susah disembuhkan dan dapat mengancam kehidupan, hal ini akan mengakibatkan kecemasan. Kecemasan pada pasien SKA berperan terhadap timbulkan serangan jantung dan terjadi peningkatan kejadian infark miokard. Hasil penelitian Huffman, et al (2010) menunjukkan bahwa kecemasan akan mengakibatkan akan mengakibatkan terjadinya peningkatan aktivitas saraf simpatis dan akan mengeluarkan hormon katekolamin yang menyebabkan frekuensi nadi meningkat dan sekaligus meningkatkan kebutuhan jantung akan oksigen, sedangkan pembuluh darah koroner jantung pada pasien SKA mengalami atherosklerosis sehingga oksigen tidak bisa masuk kejantung. Sebagai mekanisme kompensasi, miokardium mengubah metabolisme aerob

menjadi metabolisme anaerob sehingga terjadi peningkatan asam laktat yang dapat menyebabkan nyeri dada atau angina (Price & Wilson, 2006).

Masalah keperawatan ketujuh yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi karena didapatkan saat pengkajian data subjektif: klien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di ruangan jantung dengan penyakit yang sama, klien mengatakan tidak teratur minum obat, klien baru yang ke 2 kali di rawat di rumah sakit, sebelumnya klien di rawat di ruangan jantung selama ± 7 hari, pendidikan klien SD sedangkan data objektif : Tandatanda vital: TD: 160/117 mmHg, RR: 26 x/i, SpO2: 99 %, N: 101 x/i, S: 36 ⁰C, klien gelisah, klien tampak cemas. Pentingnya bagian pasien penyakit jantung koroner memiliki pengetahuan, sikap yang positif mengenai penyakit jantung koroner dan bagaimana upaya pencegahannya. Adanya persepsi diri yang positif, motivasi untuk melakukan perubahan gaya hidup, memiliki sumber dana yang cukup untuk menunjang proses perubahan, dukungan keluarga dalam setiap keputusan yang diambil dari penderita penyakit jantung koroner, juga menunjang keberhasilan kemampuan pasien dalam melakukan pencegahan sekunder faktor resiko penuakit jantung koroner. Seringkali penderita penyakit jantung koroner tidak teratur melakukan memeriksakan kondisi jantngnya secara rutin, sehingga pada saat muncul gejala seperti nyeri dada, pasien PJK hanya beristirahat, menganggap bahwa nyeri akan segera berkurang. Padahal kenyataannya, nyeri dada tersebut tidak dapat hilang hanya dengan beristirahat saja (Indrawati, 2014).

4.2 ANALISA SALAH SATU INTERVENSI DENGAN KONSEP DAN PENELITIAN TERKAIT

Dari ketujuh masalah keperawatan diatas, sehubungan dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisiologis (iskemik dan penurunan suplai oksigen ke otot jaringan miokard) penulis akan memberikan terapi non farmakologi relaksasi benson untuk menurunkan skala nyeri dada.

Chest pain pada angina ini karena rupturenya plak arterosklerosis dan terdapatnya trombus pada arteri koroner baik komplit maupun partial. Keadaan ini akan menyebabkan gangguan pengangkutan oksigen terutama di area jantung sehingga terjadi penurunan perfusi arteri koroner yang berakibat terjadinya iskemik bahkan sampai kematian sel jantung atau infark apabila terjadi blok atau trombus total. Dari fenomena tersebut pasien akan mengalami nyeri dada (chest pain) yang menetap atau mungkin bisa hilang pada saat istirahat (Metcalfe, 2012; Finamore et al, 2013).

Keluhan khas pada angina adalah nyeri dada retrosternal (dibelakang sternum), seperti diremas-remas, ditekan, ditusuk, panas atau ditindih barang berat. Nyeri dapat menjalar ke lengan (umumnya kiri), bahu, leher, rahang bahkan kepunggung dan epigastrium, sehingga menimbulkan perasaan mual dan muntah, sesak nafas, pusing dan berkeringat dingin. Bila nyeri yang berkepanjangan yang pada akhirnya menyebabkan kerusakan sel dan kematian (infark) miokard. Ketepatan penatalaksanaa nyeri dada pada pasien

dengan angian pectoris tidak stabil sangat menentukan prognosis penyakit. Penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan melalui terapi medikamentosa dan asuhan keperawatan. Perawat memiliki peran dalam pengelolaan nyeri dada pada pasien angina pectoris. Intervensi keperawatan meliputi intervensi mandiri maupun kolaboratif. Intervensi mandiri antara lain berupa pemberian relaksasi sedangkan intervensi kolaboratif berupa pemberian farmakologis. Intervensi non farmakologis mencakup terapi agen fifik dan intervensi perilaku kognitif. Salah satu intervensi keperawatan yang digunakan untuk mengurangi nyeri dada kiri adalah relaksasi benson (Mitchell, 2013).

Pada kasus ini setelah dilakukan intervensi untuk mengurangi nyeri dada menunjukkan adanya penurunan skala nyeri dada setelah diberikan terapi non farmakologi dengan cara relaksasi benson. Relaksasi benson merupakan teknik relaksasi pasif dengan tidak menggunakan tegangan otot sehingga sangat tepat untuk mengurangi nyeri pada kasus nyeri dada kiri. Relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal yang tenang sehingga apat membatu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Mitchell, 2013).

Relaksasi Benson adalah salah satu cara untuk mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian kepada relaksasi sehingga kesadaran klien terhadap nyerinya berkurang, relaksasi ini dilakukan dengan cara menggabungkan relaksasi yang diberikan dengan kepercayaan yang dimiliki klien. Relaksasi

adalah teknik mengatasi kekhawatiran/ kecemasan atau stress melalui pengendoran otot-otot dan syaraf, itu terjadi atau bersumber pada obyekobyek tertentu". Relaksasi merupakan suatu kondisi istirahat pada aspek fisik dan mental manusia, sementara aspek spirit tetap aktif bekerja. Dalam keadaan relaksasi, seluruh tubuh dalam keadaan homeostatis atau seimbang, dalam keadaan tenang tapi tidak tertidur, dan seluruh otot-otot dalam keadaan rileks dengan posisi tubuh yang nyaman (Benson & Proctor, 2000).

Keuntungan dari relaksasi Benson selain mendapatkan manfaat dari relaksasi juga mendapatkan kemanfaatan dari penggunaan keyakinan seperti menambah keimanan dan kemungkinan akan mendapatkan pengalaman transendensi. Individu yang mengalami ketegangan dan kecemasan yang bekerja adalah sistem saraf simpatis, sedangkan pada waktu relaksasi yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatis, dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang, cemas, insomnia, dan nyeri (Sunaryo & Lestari 2014).

Dalam penelitian Sunaryo & Lestari (2014) menunjukkan bahwa Terapi kombinasi Analgetik dan Relaksasi Benson berpengaruh terhadap penurunan skala nyeri pada pasien Acute Myocardial Infarc (P value = 0,000), sehingga bila dibandingkan dengan kelompok responden yang hanya mendapatkan terapi analgetik (Pvalue=0,004) maka dapat disimpulkan bahwa relaksasi Benson berpengaruh terhadap penurunan skala nyeri pada pasien Acute Myocardial Infarc. Hasil Penelitian ini sejalan dengan konsep dari Dr. Herbert Benson bahwa dengan melakukan relaksasi selama 15 menit akan

menyebabkan aktifitas saraf simpatik dihambat yang mengakibatkan penurunan terhadap konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman (Benson, 2000). Selain itu, Relaksasi Benson berfokus pada kata atau kalimat tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme teratur dan disertai sikap yang pasrah pada Tuhan Yang Maha Kuasa sesuai keyakinan pasien memiliki makna menenangkan (Sunaryo & Lestari 2014).

4.3 ALTERNATIF PEMECAHAN YANG DAPAT DILAKUKAN

Peran perawat dalam penanganan masalah angina pectoris tidak stabil tergantung pada kerja sama yang baik antara perawat, pasien dan keluarga. Maka perawatan pada penderita yang dapat diberikan secara komprehensif yaitu dengan membatasi aktivitas untuk mengurangi kerja juantung dan mengurangi rasa nyeri. Selamin itu tindakan lainnya pengaturan pola makan, mengurangi merokok dan stress emosional.

Ketika pasien UAP mengetahui kondisi penyakitnya yang sudah disembuhkan dan dapat mengancam kehidupan, hal ini akan mengakibatkan kecemasan pada pasien, sehingga di peran keluarga juga penting dalam tingkat keberhasilan terapi, semakin baik peran yang dimainkan oleh keluarga dalam pelaksanaan program medik pada pasien angina pectoris maka semakin baik pula hasil yang akan dicapai. Peran keluarga terdiri dari peran sebagai motivator, edukator dan peran sebagai perawat.

BAB V

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. J selama 3 hari, yaitu pada tanggal 09 Januari 2019 sampai 11 Januari 2019 dengan kasus *Unstable Angina Pectoris* (UAP) Melalui Terapi Relaksasi Benson Untuk Penurunan Skala Nyeri Dada Di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Kota Bukittinggi, maka dapat diketahui hal-hal sebagai berikut:

- 5.1.1 Penulis telah mampu memahami konsep dasar tentang Unstable Angina Pectoris (UAP), ruangan ICU, nyeri, relaksasi benson dan asuhan keperawatan pada pasien dengan Unstable Angina Pectoris (UAP).
- 5.1.2 Setelah dilakukan pengkajian pada Tn. J dengan Unstable AnginaPectoris (UAP) didapatkan
 - a. Klien mengatakan saat ini klien merasakan nyeri dada, nyeri yang dirasakan seperti tertindih, skala nyeri 6 dari rentang 1-10, nyeri hilang timbul, nyeri yang dirasakan menjalar ke lengan bagian kiri, nyeri saat beraktivitas, merasa sesak nafas, kepala pusing, badan terasa lemas, batuk, dan klien mengeluh nyeri kaki mulai dari lutut sampai ke tumit, klien tampak lemas, gelisah, batuk sesekali, klien tampak meringis, klien mengusap daerah yang nyeri, posisi klien tampak tidak nyaman dan raut wajah klien tampak tegang.

- b. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus:
 - Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
 - Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisiologis (iskemik dan penurunan suplai oksigen ke otot jaringan miokard)
 - 3) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis: nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
 - 4) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri.
 - 5) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
 - 6) Ansietas berhubungan dengan respon patofisiologis dan ancaman terhadap status kesehatan
 - 7) Defisit pengetahuan tentang kondisi, kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- c. Untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul tersebut, maka disusunlah rencana asuhan keperawatan asuhan keperawatan dengan teoritis dan kasus yang ditemukan pada Tn. J dengan Unstable Angina Pectoris (UAP) Melalui Terapi Relaksasi Benson Untuk Penurunan Skala Nyeri Dada Di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Kota Bukittinggi
- d. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi asuhan keperawatan yang telah disusun dan disesuaikan

- dengan kondisi Tn. J dengan Unstable Angina Pectoris (UAP)

 Melalui Terapi Relaksasi Benson Untuk Penurunan Skala Nyeri

 Dada Di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Kota

 Bukittinggi.
- e. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Tn. J dengan Unstable Angina Pectoris (UAP) Melalui Terapi Relaksasi Benson Untuk Penurunan Skala Nyeri Dada Di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Kota Bukittinggi. Hari pertama sampai hari ketiga Tn. J sudah memperlihatkan adanya perbaikan namum belum terlalu signifikan.
- 5.1.3 Penulis telah mampu menerapkan relaksasi benson terhadap penurunan skala nyeri dada pada Tn. J dengan Unstable Angina Pectoris (UAP) Di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Kota Bukittinggi.
- 5.1.4 Hasil implementasi relaksasi benson pada Tn. J selama 3 hari didapatkan hasil penurunan skala nyeri dada yang ditandai dengan pada saat pengkajian didapatkan skala nyeri 6 dari rentang 1-10, setelah dilakukan penerapan relaksasi benson pada Tn. J selama 3 hari penurunan skala nyeri menjadi 2 dari rentang 1-10.

5.2 SARAN

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn. J dengan kasus Unstable Angina Pectoris (UAP) Melalui Terapi Relaksasi Benson Untuk Penurunan Skala Nyeri Dada Di Ruang ICU/ICCU RSUD Dr. Achmad Mochtar Kota Bukittinggi, diharapkan dapat memberikan masukan terutama pada:

5.2.1 Bagi Penulis

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

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

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

5.2.3 Bagi RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi

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

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, Sulistyo. 2013. Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Ar-Ruzz Media. Jakarta
- Anwar. 2004. *Dislipidemia sebagai Faktor Risiko Jantung Koroner*. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara; Sumatera Utara.
- Baradero, Marry. 2008. Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler. Jakarta: EGC
- Bahri. 2009. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system kardiovaskuler. Malang: UMM Press
- Bare, Brenda and Smeltzer, Suzanne, dkk. 2002. *Buku Ajar Keperwatan Medikal Bedah Bruner and Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Benson, H & Proctor, W. 2002. *Dasar-dasar respon relaksasi: bagaimana menggabungkan respon relaksasi dengan keyakinan pribadi anda* (alih bahasa oleh Nurhasan). Bandung: Kaifa
- Candra, Pastatik Kristanto. 2013. Efektifitas Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Irina D Blu RSUP Prof. Dr. Kandaou Manado. (Jurnal)
- Corwin, Elizabeth. 2000. Buku Saku Patofisiologi. Jakarta: EGC
- Depkes RI. 2010. Pedoman Pelayanan ICU Di Rumah Sakit. Jakarta: Depkes RI
- Depkes RI. 2011. Pedoman Pelayanan ICU Di Rumah Sakit. Jakarta: Depkes RI
- Depkes RI. 2012. Pedoman Pelayanan ICU Di Rumah Sakit. Jakarta: Depkes RI
- Doengoes E. Marilynn, Moorhouse F. Mary, Geissler C. Alice. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Doenges, Marilynn E. 2002. Rencana Asuhan Keperawatan. Jakarta: EGC
- Finamore, et al. 2002. Task Force On The Management Of Chest Pain. European Heart Journal 23: 1153-1176.

- Ganong. 2011. Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler. Edisi I. Jakarta: Bidang Pelatihan dan Pelatihan Pusat Jantung Nasional Harapan Kita. Jakarta
- Heni, Elly & Anna. 2010. Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler Pusat kesehatan Jantung & Pembuuh Darah Nasional Harapan Kita. Edisi Pertama. Jakarta: Bidang Pendidikan & Pelatihan
- Huffman, J. C, Celano, C. M & Januzzi, J. L. 2010. The Relationship Between Depression, Anxiety, and Cardiovasculer Outcomes in Patients with Acute Coronary Syndromes, 123-136.
- Huda dan Kusuma. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan
 Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC. Edisi Revisi Jilid 1. Jogjakarta:
 Mediaction Kapita Selekta Kedokteran
- Huda dan Kusuma. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan
 Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC. Edisi Revisi Jilid 2. Jogjakarta:
 Mediaction Kapita Selekta Kedokteran
- Indrawati, Lina. 2014. Hubungan Pengetahuan, Sikap, Perspsi, Motivasi, Dukungan Keluarga Dan Sumber Informasi Pasien Penyakit Jantung Koroner Dengan Tindakan Pencegahan Sekunder Faktor Resiko Di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta (Jurnal)
- Kabo & Karim. 2008. *Patofisiologi Buku I, Dasar Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Kemenkes RI. 2018. *Riset Kesehatan Dasar*, RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Krisanty Paula, S.Kep, Ns, dkk. 2009. *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta: TIM
- Kumar. 2014. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi. Jakarta: Salemba Medika.

- Long, C, Barbara. 2005. Perawatan Medikal Bedah 2 Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: FKUI
- Metcalfe, M. 2012. Improving The Safety Of Oxygen Therapy In The Treatment Of Acute Myocardial Infarction. International Emergency Nursing 20: 94-97
- Mitchell M, M.D. 2013. Heart and Soul Healing, wwww. Dr. Herbert Benson's Relaxation Response (Jurnal).
- Mansjoer, Arif. 2000. Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta: Media Aesculaipius
- Muttaqin, Arif. 2009. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi. Jakarta: Salemba Medika.
- Nelly & Barus . 2014. Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta : TIM
- Nursalam. 2001. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Price, Sylvia Anderson & Wilson. 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis: Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Protter & Perry. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Fundamental*. Buku Kedokteran. EGC. Jakarta
- Rab. 2007. *Hati-Hati dengan Nyeri Dada (Angina)*. Jakarta: Archan
- Ruhyanudin, faqih. 2006. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system kardiovaskuler. Malang: UMM Press
- Setyawati. 2005. Seri Buku Kecil Terapi Alternatif. Yayasan Spiritia. Yogyakarta
- Sunaryo & Lestari. 2014. Pengaruh Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Skala Nyeri Dada Kiri pada Pasien ACUTE MYOCARDIAL INFARC DI RS Dr MOEWARDI SURAKARTA (Jurnal).
- Sartono, Masudik, Suhaeni AE dkk. 2019. *Basic Trauma Cardiac Life Support*. Bekasi; Gadar Medik Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI

Trianto, Endang. 2014. *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu. Yogyakarta

Watson, Roger. 2002. Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta: Media Aesculaipius

WHO, Cardiovaskuler: World Health Organization; 2015

Wilkinson, Judith M. 2006. *Buku saku diagnosis keperawatan dengan intervensi NIC dan kriteria hasil NOC.* Jakarta: EGC