ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *UNSTABLE ANGINA PECTORIS* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI 3 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh:

Andreas Yoga Putra Kristiara
NIM : AKX.16.017

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2019

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Andreas Yoga Putra Kristiara
NPM	: AKX.16.017
Program Studi	: DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung
Judul Karya Tulis Ilmiah	: Asuhan Keperawatan Pada Klien *Unstable Angina Pectoris* dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan:

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, ataupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat atau jiplakan, serta asli dari gagasan dan ide saya sendiri, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Dan tanpa ada bantuan pihak lain keculi arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa paksaan dari pihak mana pun, dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh dan sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 9 April 2019
Yang Membuat Pernyataan

Andreas Yoga Putra Kristiara
AKX.16.016

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *UNSTABLE ANGINA PECTORIS* DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN MELATI 3 RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA

OLEH

ANDREAS YOGA PUTRA KRISTIARA

AKX.16.017

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI

Menyetujui,

Pembimbing Utama	**Pembimbing Pendamping**
Hj. Sri Sulami, S.Kep,MM	**H. Kusnadi, BScAn**
NIP:9904201162	**NIP:10115179**

Mengetahui,
Ketua Prodi DIII Keperawatan

Tuti Suprapti, S.Kp, M.Kep
NIK:1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *UNSTABLE ANGINA PECTORIS* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI 3 RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA

OLEH
ANDREAS YOGA PUTRA KRISTIARA
AKX.16.017

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung
Pada Tanggal

PANITIA PENGUJI

Ketua: Hj. Sri Sulami, S.Kep, MM (.....)
(Pembimbing Utama)
Anggota:

1. **A. Aep Indarna, S.Pd.,S.Kep,Ners.,M.Pd** (.....)
   (Penguji I)

2. **Fikri Mourly Wahyudi, S.Kep** (.....)
   (Penguji II)

3. **H. Kusnadi, BScAn** (.....)
   (Pembimbing Pendamping)

Mengetahui,
STIKes Bhakti Kencana Bandung,
Ketua

Rd. Siti Jundiah, S.Kp, M.Kep

NIK:10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, Tuhan Yesus Kristus, karena atas berkat dan karunia-Nya penulis masih diberikan kekuatan, kesehatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *UNSTABLE ANGINA PECTORIS* DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN MELATI 3 RSUD dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA" dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp, M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Hj. Sri Sulami, S.Kep, MM, selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. H. Kusnadi, BScAn, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes, selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr. Soekardjo Tasikmalaya, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Andi Lala Amd.Kep, selaku CI Ruangan Melati 3 yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktik keperawatan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

8. Tn. A dan Tn. A serta kedua keluarganya yang telah bekerjasama dengan penulis selama pemberian Asuhan Keperawatan.
9. Kepada mereka yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis, Ayahanda tercinta Ignatiyus Sugiya, Ibunda tercinta Agatha Surami, Kakak tersayang Vinsensiun Yogy Surya Admaja, Adik tersayang Marcelinus Yovy Surya Dharma, dan seluruh keluarga besar yang selalu memberikan doa, semangat, pengorbanan, pengertian, kesabaran, materi dan kasih sayang yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kepada Tuhan Yesus Kristus, St. Andreas serta Bunda Maria dan St. Yosep yang selalu memberikan berkah, kesehatan dan kekuatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Ai Rofiah, Fadilla Aditya, Ratih Wulandary, Artha Jaya Kusuma, Alviarie Abdillah, Rahmad Wisnu Saputra, Fadhlurahman Illhamullah, Yudi Kriswanto, Fazrul Kurniawan Lasantu, Deni Z, Reza Adityasaputra Kusnadi, Welly Gavinda, Dia Montiara, Ajeng Dwi Astuti, Ahmad Naufal, Anjar Rahman Fauzan, Muhammad Faizal Renaldi serta seluruh teman-teman seperjuangan angkatan 12 yang telah memberikan semangat, motivasi dan doa sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Semoga segala amal baik bapak/ibu/saudara/i diterima oleh Tuhan Yang Maha Esa,

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih sangat banyak kekurangan, sehingga penulis mengharapkan segala kritik dan saran yang bersifat membangun untuk penulisan kayra tulis yang lebih baik lagi.

Bandung, 9 April 2019

PENULIS

ABSTRAK

Latar Belakang : *Unstable Angina Pectoris* adalah nyeri dada atau ketidak nyamanan yang disebabkan oleh penyakit arteri coroner yang menggambarkan sensasi seperti ditekan, diremas, atau seperti ditusuk-tusuk dibagian dada, disebabkan oleh iskemia miokardium reversible dan semestara yang dicetuskan oleh ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dan suplai oksigen miokardium yang berasal dari penyempitan asterosklerosis arteri koroner, tanda gejala nya adalah : Keringat dingin, mual muntah, sulit bernafas, cemas dan lemas, sifat nyeri: rasa sakit seperti ditekan, rasa terbakar, rasa tertindih benda berat, rasa seperti ditusuk, rasa seperti diperas dan dipelintir, nyeri hebat pada dada kiri menyebar kebahu kiri, leher kiri dan lengan atas kiri, nyeri membaik dengan istirahat atau dengan obat nitrat. **Tujuan :** Memperoleh pengalaman nyata dan mampu melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif yaitu meliputi bio, psiko, social, spiritual pada klien *ustable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruangan melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah atau fenomena dengan batasan yang terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien yaitu klien dengan *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada kedua klien dapat teratasi sebagian dikarenakan belum mencapai kriteria hasil yang di inginkan. **Diskusi :** Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien *unstable angina pectoris*, hal ini dapat dipenaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang koprehensif guna menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut ,*Unstable Angina Pectoris*
Daftar Pustaka : 10 Buku (2009-2018), 5 Jurnal (2010-2018), 5 Website

ABSTRACT

Background: *Unstable Angina Pectoris is chest pain or discomfort caused by coronary artery disease which describes sensations such as being pressed, squeezed, or like being pricked in the chest, caused by reversible myocardium ischemia and is caused by an imbalance between myocardial oxygen demand and myocardial oxygen supply originating from narrowing of the coronary artery asterosclerosis, signs of symptoms are: Cold sweat, nausea vomiting, difficulty breathing, anxiety and weakness, the nature of pain: pain such as pressure, burning, feeling of being crushed by heavy objects, feeling like being pierced, feeling such as squeezed and twisted, severe pain in the left chest spreads left shoulder, left neck and left upper arm, pain improves with rest or with nitrate medication.* ***Objective:*** *Obtain real experience and be able to carry out comprehensive nursing care, which includes bio, psycho, social, spiritual in ustable angina pectoris clients with acute pain nursing problems in melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya. Method: A case study that is to explore a problem or phenomenon with detailed limitations, has in-depth data collection and includes various sources of information. This case study was conducted on two clients, namely clients with unstable angina pectoris with acute pain nursing problems.* ***Results:*** *After nursing care by providing nursing intervention, nursing problems of acute pain in both clients can be overcome in part because they have not reached the desired outcome criteria.* ***Discussion:*** *Clients with acute pain nursing problems do not always have the same response to each unstable angina pectoris client, this can be affected by the condition or health status of the previous client. So that nurses must carry out comprehensive nursing care to deal with nursing problems for each client.*

Keywords: Nursing care, Acute Pain, Unstable Angina Pectoris
References: 10 Books (2009-2018), 5 Journals (2010-2018), 5 Websites

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul i
Lembar Pernyataan ii
Lembar Persetujuan iii
Lembar Pengesahan iv
Kata Pengantar v
Abstrak vii
Daftar Isi viii
Daftar Gambar x
Daftar Tabel xi
Daftar Bagan xii
Daftar Lampiran xiii
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah xiv
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 3
1.3 Tujuan 3
1.3.1 Tujuan Umum 3
1.3.2 Tujuan Khusus 4
1.4 Manfaat 4
1.4.1 Teoritis 4
1.4.2 Praktis 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7
2.1 Konsep Teori 7
2.1.1 Definisi 7
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi 7
2.1.3 Manifestasi Klinik 12
2.1.4 Etiologi 13
2.1.5 Patofisiologi 13
2.1.6 Klasifikasi *Unstable Angina Pectoris* 15
2.1.7 Penatalaksanaan 15
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang 17
2.2 Konsep Nyeri 19
2.2.1 Definisi 19
2.2.2 Klasifikasi 19
2.2.3 Diagnosis 22
2.2.4 Tatalaksana 23
2.3 Konsep Terapi Oksigenasi 25
2.3.1 Definisi 25
2.3.2 Cara Pemberian 25
2.3.3 Jurnal 26
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan 27
2.4.1 Pengkajian 27

2.4.2 Diagnosa Keperawatan 38
2.4.3 Intervensi dan Rasional Keperawatan 38
2.4.4 Implementasi 48
2.4.5 Evaluasi 48
BAB III METODE PENULISAN KTI 50
3.1 Desain 50
3.2 Batasan Istilah 50
3.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian 52
3.4 Lokasi dan Waktu 52
3.5 Pengumpulan Data 52
3.6 Uji Keabsahan Data 57
3.7 Analisa Data 57
3.8 Etik Penelitian 59
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 62
4.1 Hasil 62
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data 62
4.1.2 Asuhan Keperawatan 62
4.1.2.1 Pengkajian 62
4.1.2.2 Diagnosis 74
4.1.2.3 Perencanaan 79
4.1.2.4 Pelaksanaan 82
4.1.2.5 Evaluasi 85
4.2 Pembahasan 86
4.2.1 Pengkajian 86
4.2.2 Diagnosa Keperawatan 89
4.2.3 Intervensi Keperawatan 93
4.2.4 Implementasi Keperawatan 94
4.2.5 Evaluasi Keperawatan 96
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 97
5.1 Kesimpulan 97
5.2 Saran 100
Daftar Pustaka
Lampiran

DAFTAR GAMBAR

BAB II

Gambar 2.1 Aanatomi Jantung 8

Gambar 2.2 Kedudukan Jatung dalam Perbandingan terhadap Sternum 9

Gambar 2.3 Jantung dan Pembuluh Darah..... 10

DAFTAR TABEL

BAB II

Tabel 2.1 Klasifikasi UAP 15
Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Hambatan Pertukaran Gas 39
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Penurunan Curah Jantung..... 40
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Nyeri Akut..... 43
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Intoleransi Aktivitas 44
Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Ketidakseimbangan Nutrisi 45
Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Gangguan Pola Tidur 46
Tabel 2.8 Intervensi dan Rasional Ansietas 47

BAB IV

Tabel 4.1 Identitas Klien 62
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan 63
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari 64
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik 66
Tabel 4.5 Pemeriksaan Psikologi 79
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik 71
Tabel 4.7 Program dan Rencana Pengobatan 71
Tabel 4.8 Analisa Data 72
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan 74
Tabel 4.10 Intervensi 79
Tabel 4.11 Implementasi 82
Tabel 4.12 Evaluasi..... 85

DAFTAR BAGAN

BAB II

Bagan 2.1 Majid, 2014 15

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Konsultasi KTI

Lampiran II Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran III Lembar Observasi

Lampiran IV Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus

Lampiran V SOP (Standar Operasional Prosedur)

Lampiran VII Leaflet

Lampiran VIII Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran IX Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

UAP : Unstable Angina Pectoris
dkk : dan kawan-kawan
WHO : World Health Organozation
PJK : Penyakit Jantung Koroner
SRS : Sample Regristation System
RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
EKG : Elektrokardiogram
Ph : potensial Hidrogen
CPK : Creatine Phosphokinase
SGO : Serum Glutamic Oxaloacetic
LDH : Laktat Dehidrogenase
TTV : Tanda-Tanda Vital
TD : Tekanan Darah
N : Nadi
R : Respirasi
S : Suhu
THT : Telinga Hidung Tenggorokan
Hb : Hemoglobin
Ht : Hematokrit
NIC : Nursing Intervention Classification
NOC : Nursing Outcome Classification
AGD : Angka Gula Darah
BB : Berat Badan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit jantung adalah kondisi ketika jantung mengalami gangguan. Bentuk gangguan itu sendiri bisa bermacam-macam. Ada gangguan pada pembuluh darah jantung, irama jantung, katup jantung, atau gangguan akibat bawaan lahir, penyakit jantung adalah salah satu pembunuh nomor 1 di dunia (Nursanti dkk, 2016).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 menunjukkan 17,5 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskuler atau 31% dari 56,5 juta kematian di seluruh dunia. Lebih dari 3/4 kematian akibat penyakit kardiovaskuler terjadi di negara berkembang yang berpenghasilan rendah sampai sedang. Dari seluruh kematian akibat penyakit kardiovaskuler 7,4 juta (42,3%) di antaranya disebabkan oleh Penyakit Jantung Koroner (PJK) dan 6,7 juta (38,3%) disebabkan oleh stroke.

Survei Sample Regristration System (SRS) pada 2014 di Indonesia menunjukkan, penyakit jantung menjadi penyebab kematian tertinggi pada semua umur, yakni sebesar 12,9%.

Di Jawa Barat berdasarkan profil kesehatan Provinsi tahun 2013 jumlah penderita jantung koroner mencapai 160 ribu orang atau 0,5 persen dari total kasus di seluruh provinsi di Indonesia. Jawa Barat berada di peringkat pertama

provinsi dengan kasus jantung terbanyak di Indonesia. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari rekam medik RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya periode bulan Januari-Oktober 2018, didapatkan kasus penyakit jantung sebanyak 1.403 kasus di ruang melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

Angina pektoris adalah suatu sindroma kronis dimana klien mendapat serangan sakit dada di daerah sternum atau di bawah sternum (substernal) atau dada sebelah kiri yang khas, yaitu seperti ditekan, atau terasa berat di dada yang seringkali menjalar ke lengan kiri, kadang-kadang dapat menjalar ke punggung, rahang, leher atau ke lengan kanan. Sakit dada tersebut biasanya timbul pada waktu pasien melakukan aktivitas dan segera hilang bila pasien menghentikan aktivitasnya. Sakit dada pada angina pektoris disebabkan karena timbulnya iskemia miokard, karena suplai darah dan oksigen ke miokard berkurang. Serangan sakit dada biasanya berlangsung 1 sampai 5 menit, bila sakit dada terus berlangsung lebih dari 20 menit, mungkin pasien mendapat serangan infark miokard akut dan bukan disebabkan angina pektoris biasa. Pada pasien angina pektoris dapat pula timbul keluhan lain seperti sesak napas, perasaan kadang-kadang sakit dada disertai keringat dingin (Prof. Dr.H.M.Sjaifoellah Noer,1996).

Nyeri akut akibat angina yang dibiarkan akan menyebabkan rasa tertusuk dibagian dada, dada seperti tertindih, sesak nafas, disertai keringat dingin dan muncul perasaan takut akan kematian. (*American Heart Association,* 2014).

Berdasakan hal tersebut, nyeri akut pada klien dengan *unstable angina pectoris* sangat membutuhkan perhatian khusus. Sehingga, penulis merasa tertarik untuk membahas lebih lanjut dan memberikan penanganan dalam bentuk asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien dengan *unstable angina pectoris* yang dituangkan dalan karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Unstable Angina Pectoris dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dan mampu melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif yaitu meliputi bio, psiko, sosisl, spiritual pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya yang dituangkan dalam karya tulis ilmiah.

1.3.2 Tujuan Khusus

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis dapat melaksanakan sebagai berikut:

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang melati 3 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran serta informasi di bidang perawatan penyakit dalam tentang asuhan

keperawatan pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2.2 Bagi Perawat

Manfaat dari penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat, yaitu, perawat dapat menetukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang benar dan tepat pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2.3 Bagi Institusi Akademik

Manfat praktis bagi institusi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2.4 Bagi Pasien dan Keluarga

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi pasien dan keluarga yaitu pasien dan keluarga dapat mengetahui gambaran umum dan perawatan yang benar pada klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2.5 Bagi Pembaca

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah bagi pembaca yaitu menjadi sumber referensi dan informasi bagi orang yang membaca karya tulis ini untuk mengetahui lebih mendalam bagaimana cara merawat klien *unstable angina pectoris* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi

Unstable Angina Pectoris adalah nyeri dada atau ketidak nyamanan yang disebabkan oleh penyakit arteri coroner yang menggambarkan sensasi seperti ditekan, diremas, atau seperti ditusuk-tusuk dibagian dada. Unstable Angina Pectoris disebabkan oleh iskemia miokardium reversible dan semestara yang dicetuskan oleh ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dan suplai oksigen miokardium yang berasal dri penyempitan asterosklerosis arteri koroner. (Majid, 2014)

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Cardiovaskuler

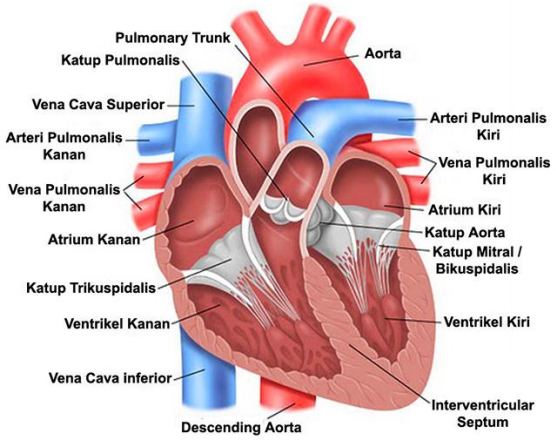
Menurut Pearce (2009) anatomi sistem kardiovaskuler yaitu terdiri atas:

2.1.2.1 Anatomi Jantung

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga dan dengan basisnya di atas dan puncaknya di bawah. *Apex*-nya (puncak) miring ke sebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram (Pearce,2009).

Gambar 2.1

Anatomi Jantung



Sumber : Buddiga, 2014

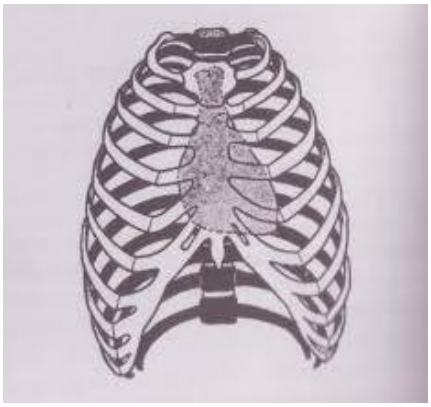
a. Kedudukan Jantung

Jantung berada di dalam toraks, antara kedua paru-paru di belakang sternum dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan. Kedudukannya yang tepat dapat digambarkan pada kulit dada kita. Sebuah garis yang ditarik dari tulang rawan iga ketiga kanan, 2cm dari sternum, ke atas tulang rawan iga kedua kiri, 1 cm dari sternum, menunjuk kedudukan basis jantung, tempat pembuluh darah masuk dan keluar.

Titik di sebelah kiri antara iga kelima dan keenam, atau di dalam ruang interkostal kelima kiri, 4 cm dari garis medial, menunjuk kedudukan apeks jantung, yang merupakan ujung tajam ventrikel. Dengan menarik garis antara dua tanda itu maka dalam diagram berikut, kedudukan jantung dapat ditunjukan.

Gambar 2.2

Kedudukan Jantung dalam Perbandingan terhadap Sternum, Iga-Iga dan tulang rawan kostal



Sumber : Pearce, 2009

b. Struktur Jantung

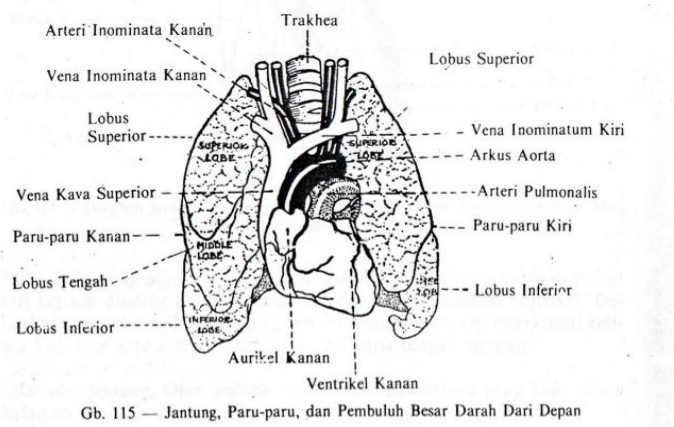
Jantung terbagi oleh sebuah septum (sekat) menjadi dua belah, yaitu kiri dan kanan. Setiap belahan kemudian dibagi lagi dalam dua ruang, yang atas disebut atrium, dan yang bawah disebut ventrikel. Maka di kiri terdapat 1 atrium dan 1 ventrikel, dan di kanan juga 1 atrium dan 1 ventrikel. Di setiap sisi ada hubungan antara atrium dan ventrikel melalui *lubang atrio-ventrikuler* dan pada setiap lubang tersebut terdapat katup: yang kanan bernama katup (valvula) *trikuspidalis* dan yang kiri bernama katup mitral atau katup *bikuspidalis*. Katup *atrio-ventrikel* mengizinkan darah mengalir hanya ke satu jurusan, yaitu dari atrium ke ventrikel; dan menghindari darah mengalir kembali dari ventrikel ke atrium (Pearce, 2009).

2.1.2.2 Pembuluh Darah

Vena kava superior dan inverior menuangkan darahnya ke dalam atrium kanan. Lubang vena kava inverior dijaga katup *semilunar Eustakhius*. Arteri pulmonalis membawa darah keluar dari ventrikel kanan. Empat vena pulmonalis membawa darah dari paru-paru ke atrium kiri. Aorta membawa darah keluar dari ventrikel kiri.

Lubang aorta dan arteri pulmonalis dijaga katup semilunar. Katup antara ventrikel kiri dan aorta disebut katup aortik, yang menghindar darah mengalir kembali dari aorta ke ventrikel kiri. Katup antara ventrikel kanan dan arteri pulmonalis disebut katup pulmonalis yang menghindarkan darah mengalir kembali ke dalam ventrikel kanan.

Gambar 2.3
Jantung dan Pembuluh Darah dari Depan



Sumber : Pearce, 2009

2.1.2.3 Sirkulasi Darah

Aliran darah dari ventrikel kiri melalui arteri, arteriola dan kapiler kembali ke atrium kanan melalui vena disebut peredaran darah besar atau

sikulasi sistemik. Aliran dari ventrikel kanan, melalui paru-paru, ke atrium kiri adalah peredaran darah kecil atau sirkulasi pulmonal.

a. Peredaran Darah Besar

Darah meninggalkan ventrikel kiri jantung melalui aorta, yaitu arteri terbesar dalam tubuh. Aorta ini bercabang menjadi arteri lebih kecil yang menghantarkan darah ke berbagai bagian tubuh. Arteri-arteri ini bercabang dan beranting lebih kecil lagi hingga sampai pada arteriola. Arteri-arteri ini mempunyai dinding yang sangat berotot yang menyempitkan salurannya dan menahan aliran darah.

Dinding kapiler sangat tipis sehingga dapat berlangsung pertukaran zat antara plasma dan jaringan interstisiil. Kemudian kapiler-kapiler ini bergabung dan membentuk pembuluh lebih besar yang disebut venula, yang kemudian juga bersatu menjadi vena, untuk menghantarkan darah kembali ke jantung.

b. Peredaran Darah Kecil (Sirkulasi Pulmonal)

Darah dari vena tadi kemudian masuk ke dalam ventrikel kanan yang berkontraksi dan memompanya ke dalam arteri pulmonalis. Arteri ini bercabang dua untuk menghantarkan darahnya ke paru-paru kanan dan kiri. Darah tidak suka memasuki pembuluh-pembuluh darah yang mengaliri paru-paru. Di dalam paru-paru setiap arteri membelah menjadi arteriola dan akhirnya menjadi kapiler pulmonal yang mengitari alveoli di dalam jaringan paru-paru untuk memungut oksigen dan melepaskan karbon dioksida. Kemudian kapiler pulmonal

bergabung menjadi vena dan darah dikembalikan ke jantung oleh empat vena pulmonalis (Pearce, 2009).

2.1.3 Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis atau tanda gejala dari Unstabel Angina Pectoris adalah sebagai berikut :

1. Sifat nyeri: rasa sakit seperti ditekan, rasa terbakar, rasa tertindih benda berat, rasa seperti ditusuk, rasa seperti diperas dan dipelintir.
2. Nyeri hebat pada dada kiri menyebar kebahu kiri, leher kiri dan lengan atas kiri
3. Nyeri membaik dengan istirahat atau dengan obat nitrat
4. Keringat dingin, mual muntah, sulit bernafas, cemas dan lemas.
5. Pada Pemeriksaan EKG
    a. Fase hiperakut (beberpa jam permulaan serangan)
        1. Elevasi yang curam dari segmen ST
        2. Gelombang T yang tinggi dan lebar
        3. Tampak gelombang Q
    b. Fase perkembangan penuh (1-2 hari kemudian)
        1. Elevasi segmen ST yang cembung ke atas
        2. Gelombang T yang terbalik (arrowhead)
    c. Fase resolusi (beberapa mingg/bulan kemudian)
        1. Gelombang Q patologis
        2. Segmen ST sudah tidak elevasi
        3. Gelombang T mungkin sudah menjadi normal

2.1.4 Etiologi

Majid, dkk (2014) menjelaskan etiologi atau penyebab dari Ustable Angina Pectoris, adalah sebagai berikut :

Ustable Angina Pectoris disebabkan oleh iskemia miokardium reversible dan sementara akibat ketidakseimbangan antara keburuhan oksigen miokardium dan suplai oksigen miokardium. Hal ini terjadi bila:

1. Kebutuhan oksigen miokardium meningkat misalnya karena kerja fisik keras atau aktifitas berlebih, emosi, makan terlalu banyak,
2. Faktor aliran darah coroner berkurang misalnya aterosklerosis, spasme.
3. Kebuthan oksigen miokardium meningkat akibat kerusakan mikardium atau hipertensi diastolik.

2.1.5 Patofisiologi

Mekanisme timbulnya angina pektoris didasarkan pada ketidakadekuatan suplayoksigen ke sel-sel miokardium yang diakibatkan karena kekauan arteri dan penyempitan lumen arteri koroner (ateriosklerosis koroner). Tidak diketahui secara pasti apa penyebab ateriosklerosis, namun jelas bahwa tidak ada faktor tunggal yang bertanggungjawab atas perkembangan ateriosklerosis. Ateriosklerosis merupakan penyakir arteri koroner yang paling sering ditemukan. Sewaktu beban kerja suatu jaringan meningkat, maka kebutuhan oksigen juga meningkat. Apabila kebutuhanmeningkat pada jantung yang sehat maka arteri koroner berdilatasi dan megalirkan lebih banyak darah dan oksigen keotot jantung. Namun

apabila arteri koroner mengalami kekauan atau menyempit akibat ateriosklerosis dan tidak dapat berdilatasisebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan akan oksigen, maka terjadi iskemik (kekurangan suplai darah) miokardium.

Adanya endotel yang cedera mengakibatkan hilangnya produksi NO (Nitrat Oksid) yang berfungsi untuk menghambat berbagai zat yang reaktif. Dengan tidak adanya fungsi ini dapat menyababkan otot polos berkontraksi dan timbul spasmuskoroner 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 dipicu dengan aktifitas berlebihan maka suplai darah ke koroner akan berkurang. Sel-sel miokardium menggunakan glikogen anaerob untuk memenuhi kebutuhan energy mereka. Metabolisme ini menghasilkan asam laktat yang menurunkan pH miokardium dan menimbulkan nyeri. Apabila kebutuhan energi sel-sel jantung berkurang, maka suplai oksigen menjadi adekuat dan sel-sel otot kembali fosforilasioksidatif untuk membentuk energi. Proses ini tidak menghasilkan asam laktat.dengan hilangnya asam laktat nyeri akan reda.

2.1.6 Klasifikasi Unstable Angina Pectoris

Tabel 2.1

Klasifikasi Unstable Angina Pectoris menurut Canadian Cardiovaskular Society Classification System

Kelas	Definisi
I	Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan angina, seperti berjalan, menaiki tangga. Angina terjadi dengan aktivitas fisik yang berat, cepat atau lama pada saat kerja.
II	Terjadi sedikit keterbatasan dalam melakukan aktivitas bias. Angina terjadi ketika berjalan atau menaiki tangga dengan cepat, berjalan mendaki, berjalan atau menaiki tangga setelah makan, pada saat dingin, pada saat ada angin, dalam keadaan stes emosional, atau selama beberapa jam setelah bangun. Angina terjadi ketika berjalan lebih dari dua blok dan menaiki lebih dari satu anak tangga biasa dengan kecepatan normal dan dalam kondisi normal.
III	Aktivitas fisik biasa terbatas secara nyata. Angina terjadi ketika berjalan satu sampai dua blok dan menaiki satu anak tangga dalam kondisi normak dengan kecepatan normal.
IV	Aktivitas fisik tanpa ketidak nyamanan tidak mungkin dilakukan , gejala angina dapat timbul ketika beristirahat.

Sumber : Majid 2014

2.1.7 Penatalaksanaan

Majid (2014) penatalaksanaan pada pasien dengan unstable angina pectoris dibagi menjadi penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis.

2.1.7.1 Farmakologis

a. Penanganan nyeri: morphin sulfat, nitrat, penghambat beta (beta blocker)
b. Membtasi ukuran infark miokardium

Untuk membatasi ukuran infark secara selektif, dilakukan upaya peningkatan suplai darah dan oksigen kejaringan miokardium dan

untuk memelihara, mempertahankan, dan memulihkan sirkulasi. Terapi farmakologi yang diberkan adalah:

1. Antikoagulan

   Antikoagulan berfungsi untuk mencegah bekuan darah yang dapat menyumbat sirkulasi.

2. Trombolitik

   Trombolitik sering disebut juga dengan penghancur bekuan darah, menyerang dan melarutkan bekuan darah.

3. Antilipemik

   Antilipemik disebut juga dengan hipolipemik, berefek menurunkan konsentrasi lipid darah.

4. Vasodilator perifer

   Vasodilator perifer bertujuan untuk meningkatka dilatasi pembuluh darah yang menyempit akibat vasospasme.

2.1.7.2 Non Farmakologi

a. Pemberian oksigen

   Terapi pemberian oksigen dimulai saat nyeri terjadi. Oksigen yang dihirup akan meningkatkan tekanan perfusi koroner sehingga meningkatkan oksigenasi pada jaringan jantung yang iskemik atau memperbaiki ketidak seimbangan oksigen di miokardium. Terapi oksigen dilakukan sampai nyeri berkurang. (Metcalfe, 2012).

b. Membatasi aktivitas fisik

Istirahat merupakan cara paling efektif untuk membatasi aktivitas fisik. Pengurangan atau penghentian seluruh aktivitas pada umumnya akan mempercepat penghentian nyeri.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan antara lain EKG, pemeriksaan laboratorium, ekokardiografi, dan angiografi koroner.

2.1.8.1 Elektrokardiogram

Gambaran elektrokardiogram (EKG) yang dibuat pada waktu istirahat dan bukan pada waktu serangan angina seringkali masih normal. Gambaran EKG kadang-kadang menunjukkan bahwa pasien pernah mendapat infark miokard di masa lampau. Kadang -kadang EKG menunjukkan pembesaran ventrikel kiri pada pasien hipertensi dan angina. Kadang-kadang EKG menunjukkan perubahan segmen ST dan gelombang T yang tidak khas. Pada waktu serangan angina, EKG akan menunjukkan adanya depresi segmen ST dan gelombang T dapat menjadi negatif.

2.1.8.2 Foto Rontgen Dada

Foto rontgen dada seringkali menunjukkan bentuk jantung yang normal, tetapi pada pasien hipertensi dapat terlihat jantung yang membesar dan kadang-kadang tampak adanya klasifikasi arkus aorta.

2.1.8.3 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tidak begitu penting dalam diagnosis angina pektoris. Walaupun demikian untuk menyingkirkan diagnosis infark jantung akut maka sering dilakukan pemeriksaan enzim CPK, SGO atau LDH. Enzim tersebut akan meninggi pada infark jantung akut sedangkan pada angina kadarnya masih normal.

2.1.8.4 Uji Latihan Jasmani

Karena pada unstable angina pektoris gambaran EKG seringkali masih normal, maka seringkali perlu dibuat suatu uji latihan jasmani. Pada uji tersebut dibuat EKG pada waktu istirahat lalu pasien disuruh melakukan latihan dengan alattreadmill, atau sepeda ergometer sampai pasien mencapai kecepatan jantung maksimal atau submaksimal, dan selama latihan EKG dimonitor demikian pula setelah selesai EKG terus dimonitor. Tes dianggap positif bila didapatkan depresi segmen ST sebesar 1 mm atau lebih pada waktu latihan atau sesudahnya. Lebih-lebih bila di samping depresi segmen ST juga timbul rasa sakit dada seperti pada waktu serangan, maka kemungkinan besar pasien memang menderita angina pektoris. Di tempat yang tidak mempunyai treadmill, test latihan jasmani dapat dilakukan dengan cara Master, yaitu latihan dengan naik turun tangga dan dilakukan pemeriksaan EKG sebelum dan sesudah melakukan latihan tersebut.

2.1.8.5 Penyadapan Jantung

Penyadapan jantung untuk membuat arteriografi koroner merupakan salah satu pemeriksaan yang paling penting, baik untuk diagnosis penyakit jantung koroner maupun untuk merencanakan penatalaksanaan selanjutnya. Pada pasien angina pektoris dapat dilakukan pemeriksaan arteriografi koroner secara selektif, baik untuk tujuan diagnostik untuk konfirmasi adanya penyempitan pembuluh koroner, maupun untuk merencanakan langkah selanjutnya pada pasien angina.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri berdasarkan international association for the study of pain (IASP) pada tahun 1997, didefiniskan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan potensi atau adanya kerusakan jaringan. Proses kerusakan jaringan yang diteruskan ke system saraf pusat dan menimbulkan sensasi nyeri disebut sebagai nosisepsi. Ada nyeri tanpa nosisepsi (seperti phantom limb pain) dan ada juga nosisepsi tanpa nyeri. Penilaian nyeri tidak akan bisa lepas dari subjectifitas pasien. Namun. Skala kuantitas dapat dibuat untuk membantu manajemen nyeri agar lebih objektif.

2.2.2 Klasifikasi

1. Berdasarkan patofisiologi

a. Nyeri nosiseptif terjadi akibat aktivitas nosiseptor saraf α dan β dan C yang berlangsung secara terus menerus oleh stimulus noxious (jejas, penyakit, inflamasi). Intensitas nyeri nosiseptis berbanding lurus dengan intensitas kadar stimulus. Semakin besar kerusakan, semakin nyeri. Nyeri nosiseptif dapat dibagi lebih lanjut menjadi :

   1) Nyeri visceral (berasal dari organ visceral)

      Nyeri visceral dirasakan sebagai sensasi kram atau nyeri tumpul yang dalam dan dapat beralih ke lokasi lain (referred pain).

   2) Nyeri somatic (berasal dari jaringan seperti kulit, otot, kapsul sendi dan tulang) :

      a) Nyeri somatic superfisial (kutaneus) biasanya nyeri terlokalisasi dengan baik dirasakan seperti rasa gatal, tajam, tertusuk, terbakar, sampai dengan nyeri tajam.

      b) Nyeri somatic profunda, sensasi nyeri biasanya terasa tumpul.

b. Nyeri neuropatik disebabkan gangguan sinyal pada system saraf pusat atau perifer, atau menggambarkan jejas atau kerusakan pada system saraf. Penyebab biasanya trauma, inflamasi, penyakit metabolic (misal, diabetes), infeksi (missal, herpes zoster), tumor, toksin, atau penyakit neurologis primer.

   Kadang nyeri neuroleptic disebut juga sebagai nyeri patologis. Keadaan nyeri kronis terjadi saat nyeri timbul tanpa adanya pemicu. Proses ini dilandasi oleh sensitisasi. Sensitisasi sentral menjadi alasan mengapa nyeri nueropati seringkali tidak bersesuaian dengan intensitas stimulus (seperti hyperalgesia atau alodinial) atau muncul saat tidak ada stimulus yang jelas (nyeri peristen).

Sifat nyeri neuropati adalah terbakar atau panas, geli, tertusuk, seperti tersengat listrik, diremas, nyeri dalam, spasme, atau dingin. Hyperalgesia adalah peningkatan sensitivitas terhadap nyeri, sementara alodinia adalah nyeri terhadap stimulus yang normalnya tidak menyebabkan nyeri.

2. Berdasarkan waktu
    a. Nyeri akut awalnya didefinisikan hanya berdasarkan batas waktu. Namun, kini dikenal definisi yang lebih luas, yaitu pengalaman kompleks yang tidak menyenangkan, terkait dengan emosi, kognitif, dan sensorik, sebagai respon terhadap trauma jaringan. Nyeri akut awalnya dirasakan sebagai nyeri dengan intensitas tertinggi yang kemudian berangsur – angsur menghilang bersamaan dengan sembuhnya jejas yang mendasari. Nyeri akut biasanya bersifat nosiseptif. Meskipun hanya berlangsung sebentar, jika dibiarkan stimulus nyeri dapat menyebabkan penderitaan, remodeling neuron, atau berlanjut menjadi nyeri kronis. Oleh karena itu, tatalaksana nyeri akut dilaksanakan secara agresif.
    b. Nyeri kronis dulu didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 3-6 bulan setelah jejas berlangsung. Kini, nyeri kronis adalah nyeri yang berlanjut setelah selesainya proses penyembuhan, dengan intensitas jejas yang minimal atau tidak cukup menjelaskan adanya rasa nyeri tersebut. Ada yang mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri persisten yang menggangu tidur dan kehidupan sehari – hari atau mengurangi derajat kesehatan dan kemampuan fungsional individu.

2.2.3 Diagnosis

1. Anamnesis

   Keluhan pasien adalah indicator utama, kecuali jika psien tidak dapat berkomunikasi. Hal – hal yang perlu digali dalam anamnesis adalah karakteristik nyeri, stategi manajemen, riwayat medis relevan, riwayat keluarga relevan, riwayat psikososial, pengaruh terhadap kehidupan sehari – hari, ekspektasi dan tujuan pasien.

2. Pemeriksaan fisik

   Pemeriksaan dilakukan untuk membantu mengindentifikasi penyebab yang mendasari nyeri. Fokuskan perhatian pada kondisi umum, system musculoskeletal dan neurologis, serta status lokasi nyeri. Sebagian pasien membutuhkan pemeriksaan musculoskeletal dan neurologis yang lebih mendalam, missal pada neyri neuropati digunakan peta dermatom. Sebagian besar diagnosis kasus nyeri kronik ditegakkan dengan pemeriksaan fisik yang akurat, sementara pemeriksaan penunjang lebih sering bertujuan untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab yang berasal dari abnormalitas anatomi atau fisik pasien.

3. Pemeriksaan penunjang

   Pengukuran skala nyeri, alat diagnostic yang digunakan untuk menilai nyeri terdiri atas dua macam, yaitu skala unidimensi dan skala multidimensi. Skala unidimensi hanya mengukur skala nyeri, terkait intensitas nyeri yang dirasakan.

a. *Visual analogue scale* (VAS)

Metode VAS sangan efisien penggunaanya, dan tervalidasi pada pasien – pasien dengan nyeri kronis. Kelemahan metode ini adalah tepat memakan waktu, validitasnya masih kontroversial, kadang dapat membuat pasien bingung.

b. Numeric rating scale (NRS)

Kelebihan metode NRS adalah mudah digunakan, sederhana, dapat dilakukan secara fleksibel (termasuk memalui telepon), dan tervalidasi untuk berbagai tipe nyeri. Kekuranganya adalah kurang dapat diandalkan untuk tipe pasien tertentu, seperti pasien yang sangan muda tau tua, atau pasien dengan gangguan visual, pendengaran, atau kognitif. Skala ini juga dapat digunakan oleh pasien buta huruf dan angka.

2.2.4 Tatalaksana

Berbagai macam klasifikasi digunakan untuk obat – obat anti nyeri (analgesia), namun secara umum dapat dibagi menjadi :

1. Analgesik nonopioid : asetaminofen, dan obat antiinflamasi (OAINS), termasuk aspirin dan turunan asam salisilat.
2. Analgesic opioid
3. Analgesik adjuvant atau ko-analgesik :
    a. Tatalaksana farmakologi

Prinsip – prinsip umum penggunaan tatalaksana farmakologi untuk nyeri adalah :

1) Idntifikasi dan tangani sumber nyeri
2) Pilih pendekatan yang paling sederhana untuk tatalaksana nyeri. Kebanyakan nyeri dapat ditangani dengan pemberian obat dan tidak membutuhkan tindakan invasive.
3) Pilih obat yang sesuai
4) Buat rencana tatalaksana
5) Pilih rute pemberian obat
6) Titrasi dosis
7) Optimalkan pemberian
8) Pantau dan kendalikan efek samping
9) Bedakan toleransi, ketergantungan fisik, dan adiksi
10) Hindari penggunaan placebo.

b. Tatalaksana nonfarmakologi

Tatalaksana nonfarmakologi dilakukan untuk mendukung terapi farmakologi. Hal – hal yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisik, atau pendekatan bedah. Jangan menunda untuk merujuk apabila pengobatan maksimal yang bisa dilakukan masih membuat pasien merasakan nyeri dengan intensitas berat.

2.3 Konsep Terapi Oksigen

2.3.1 Definisi

Terapi oksigen merupakan suatu intervensi medis berupa upaya pengobatan dengan pemberian oksigen untuk mencegah atau memperbaiki hipoksia jaringan dan mempertahankan oksigenasi jaringan agar tetap adekuat dengan cara meningkatkan masukan oksigen ke dalam sistem respirasi, meningkatkan daya angkut oksigen ke dalam sirkulasi dan meningkatkan pelepasan atau ekstraksi oksigen ke jaringan. Dalam penggunaannya sebagai modalitas terapi, oksigen dikemas dalam tabung bertekanan tinggi dalam bentuk gas, tidak berwarna, tidak berbau, tidak berasa dan tidak mudah terbakar. Oksigen sebagai modalitas terapi dilengkapi dengan beberapa aksesoris sehingga pemberian terapi oksigen dapat dilakukan dengan efektif, di antaranya pengatur tekanan (regulator), sistem perpipaan oksigen sentral, meter aliran, alat humidifikasi, alat terapi aerosol dan pipa, kanul, kateter atau alat pemberian lainnya.

Infark miokard disebabkan karena adanya ketidakseimbangan permintaan dan suplai oksigen ke otot jantung. Pemberian oksigen tambahan diharapkan dapat meningkatkan suplai ini ke otot jantung. Diharapkan besarnya infark tidak bertambah dan komplikasi lain tidak terjadi

2.3.2 Cara Pemberian

Cara pemberian terapi oksigen dibagi menjadi dua jenis, yaitu sistem arus rendah dan sistem arus tinggi. Pada sistem arus rendah, sebagian dari volume tidal berasal dari udara kamar. Alat ini mem-berikan fraksi oksigen (FiO2) 21%-90%,

tergantung dari aliran gas oksigen dan tambahan asesoris seperti kantong penampung. Alat-alat yang umum digunakan dalam sistem ini adalah: nasal kanul, nasal kateter, sungkup muka tanpa atau dengan kantong penampung dan oksigen transtrakeal. Alat ini digunakan pada pasien dengan kondisi stabil, volu-me tidalnya berkisar antara 300-700 ml pada orang dewasa dan pola na-pasnya teratur. Pada sistem arus tinggi, adapun alat yang digunakan yaitu sungkup venturi yang mempunyai kemampuan menarik udara kamar pada perbandingan tetap dengan aliran oksigen sehingga mampu memberikan aliran total gas yang tinggi dengan fraksi oksigen (FiO2) yang tetap. Keuntungan dari alat ini adalah fraksi oksigen (FiO2) yang diberikan stabil serta mampu mengendalikan suhu dan humidifikasi udara inspirasi sedangkan kelemahannya adalah alat ini mahal, mengganti seluruh alat apabila ingin mengubah fraksi oksigen (FiO2) dan tidak nyaman bagi pasien.

2.3.3 Jurnal

1. Jurnal 1

Berdasarkan O'Connor (2010) dalam AHA 2010 penanganan awal pada pasen dengan *Chest Pain* dirumah sakit dimulai ketika pasien datang ke IGD meliputi pemberian oksigen terutama pada pasien dengan saturasi oksigen <94% dengan pemberian awal 6-10 liter/menit menggunakan simple mask dengan lama pemberian tidak lebih dari 6 jam karena dapat berpotensi membahayakan pasien. Observasi setiap 15 menit, jika respon pasien membaik dan saturasi >94% dapat dilanjutkan dengan pemerian oksigen melalui nasal canul 4-6 liter/menit.

2. Jurnal 2

Hasil penelitian menunjukan bahwa waktu penurunan skala nyeri dada memiliki rentan waktu 10 sampai 15 menit pada kelompok pemberian oksigen 4 liter/menit, 6 sampai 10 menit pada kelompok pemberian oksigen 5 liter/menit dan 5 sampai 9 menit pada kelompok dengan pemberian oksigen 6 liter/menit.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan unstable angina pectoris merupakan salah satu aspek penting dalam proses keperawatan. Hal ini untuk merencanakan tindakan selanjutnya. Perawat mengumpulkan data dasar mengenai informasi status terkini klien tentang pengkajian sistem kardiovaskular sebagai prioritas pengkajian (Muttaqin, 2009).

2.4.1.1 Pengumpulan Data

a. Identitas

1. Identitas klien

   Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor medrec, diagnosis medis dan alamat.

2. Identitas penanggung jawab

   Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

b. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Keluhan yang paling sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan. Keluhan utama biasanya nyeri dada di anterior, precordial, substernal yang menjalar ke lengan kiri, leher, rahang, punggung dan epigastrium. Nyeri dada seperti tertekan beban berat terasa berat dan seperti diremas yang timbul mendadak nyeri dada timbul berhubungan dengan aktifitas fisik berat atau emosi yang hebat. Durasi serangan nyeri bervariasi tergantung diameter arteri coroner yang tersumbat dan luasnya area iskemik miokard nyeri dada dapat disertai dengan gejala mual munta diaphoresis, dan sesak napas. Bila nyeri timbul saat klien istirahat atau tidur maka prognosisnya buruk (kemungkinan telah menjadi infark miokard)

1. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dilakukan dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai keluhan klien secara PQRST, yaitu :

Provoking Incident : Nyeri terjadi setelah melakukan aktivitas ringan sampai berat, sesuai derajat gangguan pada jantung.

Quality of Pain : Seperti apa keluhan nyeri dalam melakukan aktivitas yang dirasakan atau digambarkan klien. Biasanya setiap beraktivitas klien merasakan nyeri dan sesak nafas (dengan menggunakan alat atau otot bantu pernapasan).

Region : radiation, relief : Apakah nyeri bersifat lokal atau memengaruhi keseluruhan sistem otot rangka dan apakah disertai ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas.

Severity (Scale)mof Pain : Kaji rentang skala nyeri pada klien (1-10). Skala nyeri bersifat subyektif, yaitu berbeda antara klien satu dengan klien yang lain, sesuai dengan nyeri yang dirasakan.

Time : Sifat mula timbulnya (onset), keluhan nyeri biasanya timbul perlahan atau tiba-tiba. Lama timbulnya (durasi) biasanya setiap saat, baik istirahat maupun saat beraktivitas (Muttaqin, 2009).

2. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita nyeri dada khas infark miokardium, hipertensi, DM dan hiperlipidemia. Tanyakan mengenai obat – obat yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan (Muttaqin, 2009).

3. Riwayat keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, serta bila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. Penyakit jantung iskemik pada orang tua yang timbulnya pada usia muda merupakan faktor resiko utama untuk penyakit jantung iskemik pada keturunannya (Muttaqin, 2009).

4. Riwayat pekerjaan dan kebiasaan

   Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya. Kebiasaan sosial : menanyakan kebiasaan dalam pola hidup, misalnya minum alkohol, atau obat tertentu. Kebiasaan merokok : menanyakan tentang kebiasaan merokok, sudah berapa lama, berapa batang per hari dan jenis rokok. Dalam mengajukan pertanyaan kepada klien, hendaknya diperhatikan kondisi klien (Muttaqin, 2009).

5. Pemeriksaan Kesehatan

   Pemeriksan kesehatan pada unstable angina pectoris meliputi pemeriksaan fisik umum secara persistem berdasarkan hasil observasi, pemeriksaan persistem meliputi : Sistem Pernafasan, Sistem Kardiovaskular, Sistem Persyarafan, Sistem Urinaria, Sistem Pencernaan, Sistem Muskuloskeletal, Sistem Integumen, Sistem Endokrin, Sistem Pendengaran, Sistem Penglihatan dan Pengkajian Sistem Psikososial. Biasanya pemeriksaan berfokus menyeluruh pada sistem Kardiovaskular (Muttaqin, 2009).

6. Keadaan Umum

   Pada pemeriksaan keadaan umum klien unstable angina pectoris biasanya didapatkan kesadaran yang baik atau *composmentis* dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat. TTV normal : TD : 120/80

mmHg, N : 80-100 x/menit, R : 16-20x/menit, S : 36,5-37,0 ºC (Majid, 2014).

7. Pemeriksaan fisik persistem

a) Sistem pernapasan

Pengkajian yang didapat klien terlihat sesak, frekuensi nafas melebihi normal, dan mengeluh sesak seperti tercekik. Sesak nafas terjadi akibat pengerahan tenaga dan disebabkan oleh kenaikan tekanan akhir diastolik ventrikel kiri yang meningkatkan tekanan vena pulmonalis. Hal ini terjadi karena terdapat kegagalan peningkatan curah darah oleh ventrikel kiri pada saat melakukan kegiatan fisik. Pada infark miokardium yang kronis dapat terjadi dyspnea kardiak yang timbul saat istirahat (Majid, 2014).

b) Sistem Kardiovaskular

Inspeksi: Adanya jaringan parut pada dada, keluhan lokasi nyeri biasanya didaerah subternal atau nyeri atas pericardium. Penyebaran nyer dapat meluas sampai ke dada. Nyeri dapat menyebabkan ketidak mampuan menggerakkan bahu dan tangan kelemahan fisik, dan adanya edema ekstermitas (Majid, 2014).

Palpasi: Pada klien dengan unstable angina pectoris, ditemukan denyut nadi perifer melemah (Majid, 2014).

Auskultasi: Tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup yang disebabkan leh infark miokardium. Bunyi jantung

tambahan bunyi gallop dan murmur akibat kelainan katup biasanya tidak ditemukan kecuali ada komplikasi. (Majid, 2014).

Perkusi: Batas jantung tidak mengalami pergeseran(Majid, 2014).

c) Sistem Persyarafan

Kesadaran biasanya *composmentis*, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pengkajian objektif klien : wajah meringis, menangis, merintih, meregang dan menggeliat (Majid, 2014).

1) Test Nervus Cranial

(a) Nervus Olfaktorius (N.I)

Nervus Olfaktorius merupakan saraf sensorik yang fungsinya hanya satu, yaitu mencium bau, menghirup (penciuman, pembauan).

(b) Nervus Optikus (N.II)

Penangkap rangsang cahaya ialah sel batang, kerucut yang terletak di retina, dan lapang pandang.

(c) Nervus Okulomotorius, Trochearis, Abdusen (N,III,IV,VI)

Fungsinya ialah menggerakkan otot mata ekstraokuler dan mengangkat kelopak mata. Serabut otonom nervus III mengatur otot pupil.

(d) Nervus Trigeminus (N.V)

Terdiri dari dua bagian yaitu bagian sensorik (porsio mayor) dan bagian motorik (porsio minor).

(e) Nervus Facialis (N. VII)

Nervus Fasialis merupakan saraf motorik yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah..

(f) Nervus Auditorius (N.VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga ke otak.

(g) Nervus Glasofaringeus

Sifatnya majemuk (sensorik + motorik), yang mensarafi faring, tonsil dan lidah.

(h) Nervus Vagus

Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

(i) Nervus Assesorius

Saraf XI menginervasi sternocleidomastoideus dan trapezius menyebabkan gerakan menoleh (rotasi) pada kepala.

(j) Nervus Hipoglosus

Saraf ini mengandung serabut somato sensorik yang menginervasi otot intrinsik dan otot ekstrinsik lidah.

d) Sistem Pencernaan

Klien biasanya mengalami mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan stasis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan. Pada saat palpasi abdomen ditemukan nyeri tekan, dan penurunan peristaltik usus (Majid, 2014).

e) Sistem Genitourinaria

Pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan, karena itu perawat perlu memantau adanya oliguria karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik. (Majid, 2014).

f) Sistem Endokrin

Melalui auskultasi, pemeriksa dapat mendengar bising. Bising kelenjar tiroid menunjukkan peningkatan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid (Malignance) (Majid, 2014).

g) Sistem Integumen

Pemeriksaan wajah pada klien bertujuan menemukan tanda-tanda yang menggambarkan kondisi klien terkait dengan penyakit jantung yang dialaminya. Tanda-tanda yang dapat ditemukan pada wajah antara lain : (Udjianti, 2011)

1) Pucat di bibir dan kulit wajah
2) Kebiruan pada mukosa mulut, bibir dan lidah
3) Edema periorbital.
4) Grimace (tanda kesakitan dan tanda kelelahan).

h) Sistem Muskuloskeletal

Aktivitas klien mengalami perubahan, klien sering merasa lelah, lemah, tidak dapat tidur, dan pola hidup tidak banyak gerak (Majid, 2014).

i) Wicara dan THT

Kebanyakan klien dengan unstable angina pectoris tidak mengalami gangguan wicara dan THT.

j) Sistem Pengelihatan

Pada mata biasanya terdapat :

1) Konjungtiva pucat merupakan manifestasi anemia.
2) Konjungtiva kebiruan adalah manifestasi sianosis sentral.
3) Sklera berwarna putih yang merupakan gangguan faal hati pada pasien gagal jantung.
4) Gangguan visus mengindikasikan kerusakan pembuluh darah retina yang terjadi akibat komplikasi hipertensi. (Udjianti, 2011)

8. Aktifitas Sehari-hari

a) Nutrisi

Perlu dikaji keadaan makanan dan minuman klien meliputi : porsi yang dihabiskan, susunan menu, keluhan mual dan muntah, kehilangan nafsu makan, nyeri ulu hati sebelum atau pada waktu masuk rumah sakit, yang terpenting adalah perubahan pola makan setelah sakit.

b) Eliminasi

Pada klien dengan unstable angina pectoris biasanya tidak terjadi retensi urine akibat reabsorbsi natrium di tubulus distal meningkat.

c) Pola Istirahat

Pola istirahat tidak teratur karena klien sering mengalami sesak nafas.

d) Personal Hygine

Kebersihan tubuh klien kurang karena klien lebih sering bedrest.

e) Aktifitas

Aktifitas terbatas karena terjadi kelemahan otot.

9. Data Psikologi

Jika klien mempunyai penyakit pada jantungnya baik akut maupun kronis, maka akan dirasakan seperti krisis kehidupan utama. Klien dan keluarga menghadapi situasi yang menghadirkan kemungkinan kematian atau rasa takut terhadap nyeri, ketidakmampuan, gangguan harga diri, ketergantungan fisik, serta perubahan pada dinamika peran keluarga (Udjianti, 2011).

10. Data Spiritual

Pengkajian spiritual klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan prilaku klien. Perawat mengumpulkan pemeriksaan awal pada klien tentang kapasitas fisik dan intelektualnya saat ini (Muttaqin, 2009).

11. Data Sosial

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenisasi jaringan, stress akibat kesakitan bernafas, dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Penurunan lebih lanjut dan curah jantung dapat disertai insomnia atau kebingungan (Muttaqin, 2009).

12. Data penunjang

a) Hb / Ht : untuk mengkaji sel darah yang lengkap dan kemungkinan anemia serta viskositas atau kekentalan.
b) Leukosit : untuk melihat apakah adanya kemungkinan infeksi atau tidak.

c) Analisa Gas Darah : menilai keseimbangan asam basa baik metabolik maupun respiratorik.
d) Fraksi Lemak : peningkatan kadar kolesterol, trigliserida.
e) Tes fungsi ginjal dan hati (BUN, Kreatinin) : menilai efek yang terjadi akibat CHF terhadap fungsi hati atau ginjal.
f) Tiroid : menilai aktifitas tiroid.
g) Echocardiogram : menilai adanya hipertropi jantung.
h) Scan jantung : menilai underperfusion otot jantung, yang menunjang kemampuan kontraksi.
i) Rontgen thoraks : untuk menilai pembesaran jantung dan edema paru.
j) EKG : menilai hipertrofi atrium, ventrikel, iskemia, infark dan distritmia.

14. Pengobatan

Pengobatan yang diperlukan pada klien dengan unstable angina pectoris biasanya adalah anti nyeri, anti koagulan, trombolitik, vasodilator perifer.

2.4.1.2 Analisa Data

Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data yang dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokan data, menafsirkan adanya kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah keperawatan dan kemungkinan penyebab, yang dapat dirumuskan dalam bentuk diagnosa keperawatan meliputi aktual, potensial, dan kemungkinan

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Hambatan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah alveoli atau kegagalan utama paru, perubahan membran alveolar kapiler(atelektasis, kolaps jalan nafas/alveolar edema paru/efusi, sekresi berlebih/perdarahan aktif).
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan faktor-faktor listrik, penurunan karakteristik miokard.
3. Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri ditandai dengan penurunan curah jantung.
4. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemia / nekrosis jaringan miokard.
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan diet yang kurang, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan makan.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak napas, imobilisasi
7. Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis.

2.4.3 Intervensi dan Rasional Keperawatan

Berdasarkan (Nurarif, 2015) diagnosa keperawatan utama untuk klien unstable angina pectoris adalah sebagai berikut:

2.4.3.1 Hambatan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan aliran darah alveoli atau kegagalan utama paru, perubahan membran alveolar kapiler

(atelektasis, kolaps jalan nafas/alveolar edema paru/efusi, sekresi berlebih/perdarahan aktif).

a. Tujuan dan kriteria hasil:

1. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat.
2. Memelihara kebersihan paru paru dan bebas dari tanda tanda distress pernafasan.
3. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).
4. Tanda tanda vital dalam rentang normal.

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.2

Intervensi dan Rasional Hambatan Pertukaran Gas.

Intervensi	Rasional
1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	1. Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan
2. Lakukan fisioterapi dada jika perlu	
3. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	2. Mengeluarkan sekret pada jalan nafas
4. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan	3. Membersihkan jalan napas dan memfasilitasi pengahantaran oksigen.
5. Monitor rata – rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi	4. Perubahan bunyi nafas menunjukan obstruksi sekunder
6. Catat pergerakan dada,amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostals	5. Mengetahui status pernafasan.
	6. Indikasi dasar adanya gangguan saluran pernafasan

Sumber Intervensi: NIC, 2015, Sumber Rasional Majid, 2014

2.4.3.2 Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan faktor-faktor listrik, penurunan karakteristik miokard.

a. Tujuan dan kriteria hasil

1. Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi)
2. Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan
3. Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites
4. Tidak ada penurunan kesadaran
5. AGD dalam batas normal
6. Tidak ada distensi vena leher
7. Warna kulit normal

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.3

Intervensi dan Rasional Penurunan Curah Jantung.

Intervensi	Rasional
1. Evaluasi adanya nyeri dada 2. Catat adanya disritmia jantung *3.* Catat adanya tanda dan gejala penurunan *cardiac output* 4. Monitor status pernapasan yang menandakan gagal jantung 5. Monitor *balance* cairan 6. Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia 7. Atur periode latihan dan istirahat 8. Monitor toleransi aktivitas pasien 9. Monitor adanya dyspneu, fatigue,takipneu dan ortopneu 10. Anjurkan untuk menurunkan stress 11. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR 12. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan 13. Monitor jumlah, bunyi dan irama jantung	1. Melihat karakteristik nyeri yang dialami klien, sehingga akan mempengaruhi tindakan keperawatan dan diagnosa yang akan ditegakkan. 2. Biasanya terjadi takikardia meskipun pada saat istirahat untuk mengompensasi penurunan kontraktilitas ventrikel, KAP, PAT, MAT, PVC, dan AF disritmia umum berkenaan dengan GJK meskipun lainnya juga terjadi. 3. Kejadian mortalitas dan morbiditas sehubungan dengan MI yang lebih dari 24 jam pertama. 4. Status respirasi yang buruk bisa saja disebabkan oleh edema paru dan ini erat kaitannya dengan terjadinya gagal jantung 5. Ginjal berespons terhadap penurunan curah jantung dengan merabsorbsi

14. Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) 15. Jelaskan pada pasien tujuan dari pemberian oksigen 16. Kelola pemberian obat anti aritmia, inotropik, nitrogliserin dan vasodilator 17. Kelola pemberian antikoagulan	natrium dan cairan, output urine biasanya menurun selama tiga hari karena perpindahan cairan ke jaringan tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila klien tidur. 6. Terapi farmakologis dapat digunakan untuk meningkatkan volume sekuncup, memperbaiki kontraktilitas, dan menurunkan kongesti. 7. Stres emosi menghasilkan vasokontriksi, yang terkait dan meningkatkan TD dan meningkatkan frekuensi/kerja jantung. 8. Klien bisa saja mengalami sesak mendadak karena aktivitas yang dilakukan, aktivitas ini bisa memberat sesak napas klien termasuk aktivitas ketika dilakukan tindakan keperawatan 9. Melihat keterbatasan klien yang diakibatkan penyakit yang diderita klien, dan dapat ditegakkan grade dari suatu gangguan klien 10. Stres emosi menghasilkan vasokontriksi, yang terkait dan meningkatkan TD dan meningkatkan frekuensi/kerja jantung. 11. Mengkaji status sirkulasi perifer pasien. 12. Penurunan curah jantung dapat ditunjukkan dengan menurunnya nadi radial, popliteal, dorsalis pedis, dan post-tibial, nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur saat dipalpasi,dan gangguan pulsasi (denyut kuat disertai dengan denyut lemah) mungkin ada. 13. S_1 dan S_2 mungkin lemah karena menurnnya kerja pompa, irama gallop umum (S_3 dan $S_{4)}$ dihasilkan sebagai aliran darah yang mengalir ke dalam serambi yang mengalami distensi, murmur dapat menunjukkan inkompetensi/stenosis mitral. 14. Perbedaan frekuensi, kesamaan dan keteraturan nadi menunjukkan efek gangguan curah jantung pada sirkulasi sistemik/perifer. 15. Meningkatkan sediaan oksigen untuk kebutuhan miokard untuk melawan efek hipoksia/iskemia. Banyak obat dapat digunakan untuk meningkatkan volume sekuncup, memperbaiki

	kontraktilitas dan menurunkan kongesti. 16. Anti aritmia digunakan untuk meningkatkan kekuatan kontraksi miokardium memperlambat frekuensi jantung dengan menurunkan volume sirkulasi (vasodilator), vasodilator dugunakan untuk meningkatkan curah jantung, menurunkan volume sirkulasi. 17. Dapat digunakan secara profilaksis untuk mencegah pembentukan thrombus/emboli pada adanya faktor risiko seperti statis vena, tirah baring, disritmia jantung, dan riwayat episode sebelumnya.

Sumber Intervensi: NIC, 2015, Sumber Rasional Majid, 2014

2.4.3.3 Nyeri akut berhubungan dengan iskemia jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri ditandai dengan penurunan curah jantung.

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.4

Intervensi dan Rasional Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 3. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) Kolaborasi pemberian terapi oksigenasi 4. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 5. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	1. Nyeri ketidaknyamanan fisik, atau keduanya dilaporkan oleh 30 hingga 80% klirn yang mengalami gagal jantung lanjut. Tidak diketahui apakah nyeri terjadi karena gagal jantung itu sendiri, karena edema, dan organ yang kurang mendapat perfusi atau apakah terkait dengan stress miokardium. 2. Isu nyeri harus dibahas dan ditangani jika ada, meskipun tidak mungkin untuk menemukan apakah nyeri diakibatkan gagal jantung itu sendiri (dikaitkan dengan perfusi jaringan organ) atau dikaitkan dengan kondisi klien. 3. Meningkatkan kesejahteraan umum. Meningkatkan istirahat dan relaksasi serta dapat meningkatkan kemampuan untuk terlibat dalam aktivitas yang di inginkan. 4. Pada klien yang mengalami gagal jantung yang umumnya mengalami nyeri, mengedukasi klien dan orang terdekatnya tentang kapan, dimana dan bagaimana mencari intervensi atau terapi dapat mengurnagi keterbatasan yang disebabkan oleh nyeri. Jika terjadi nyeri, penatalaksanaan nyeri harus mulai dilakukan. 5. Meningkatkan kesejahteraan umum. Meningkatkan istirahat dan relaksasi serta dapat meningkatkan kemampuan untuk terlibat dalam aktivitas yang diinginkan.

Sumber Intervensi: NIC, 2015, Sumber Rasional Majid, 2014

2.4.3.4 Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemia / nekrosis jaringan miokard.

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanandarah, nadi dan RR

2. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri
3. Keseimbangan aktivitas dan istirahat

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.5

Intervensi dan Rasional Intoleransi Aktivitas

Intervensi	Rasional
1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas	1. Menurunkan kerja miokard dan konsumsi oksigen.
2. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan	2. Mencegah aktivitas berlebihan; sesuai dengan kemampuan kerja jantung.
3. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat	3. Dengan nutrisi yang adekuat, pasien akan mendapat energi yang cukup untuk melakukan aktivitas.
4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan	4. Respons klien terhadap aktivitas dapat mengindikasikan penurunan oksigen miokardium.
5. Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik)	5. Mengetahui fungsi jantung, bila dikaitkan dengan aktivitas.
6. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien	6. Mengurangi beban jantung.
7. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	7. Melihat dampak dari aktivitas terhadap fungsi jantung.
8. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social	8. Pasien mampu melakukannya secara mandiri.
9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas	9. Memberikan motivasi kepada klien.
10. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual	10. Mengurangi resiko kelelahan aktifitas.

Sumber Intervensi: NIC, 2015, Sumber Rasional Majid, 2014

2.4.3.5 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan diet yang kurang, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan makan.

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan.
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi.
5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.6

Intervensi dan Rasional Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

Intervensi	Rasional
1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.	1. Mengetahui tingkat kebutuhan kalori yang dibutuhkan oleh penderita gagal jantung.
2. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.	2. Penderita gagal jantung sangat rentan dengan resiko konstipasi karena kurangnya imobilisasi.
3. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).	3. Meningkatkan asupan gizi bagi penderita gagal jantung.
4. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.	4. Mengetahui tingkat kebutuhan kalori yang dibutuhkan oleh penderita gagal jantung.
5. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.	5. Meningkatkan pengetahuan penderita untuk meningkatkan asupan makanan.
6. Monitor adanya penurunan berat badan.	6. Penurunan berat badan menandakan adanya kurang asupan akibat adanya udem atau asites.

7.	Monitor mual dan muntah.	7.	Memberikan tindakan keperawatan yang sesuai.

Sumber Intervensi: NIC, 2015, Sumber Rasional Majid, 2014

2.4.3.6 Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas, imobilisasi

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari.
2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal.
3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat.
4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.7

Intervensi dan Rasional Gangguan Pola Tidur

	Intervensi		Rasional
1.	Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur.	1.	Mengidentifikasi pengaruh obat yang diberikan penderita jantung terhadap pola tidur.
2.	Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.	2.	Mengetahui kemudahan dalam tidur.Kenyaman dalam tubuh pasien terkait kebersihan diri dan pakai.
3.	Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur.	3.	Memudahkan dalam mendapatkan tidur yang optimal.
4.	Ciptakan lingkungan yang nyaman.	4.	Memudahkan dalam mendapatkan tidur yang optimal.
5.	Kolaborasi pemberian obat tidur.	5.	Untuk menenangkan pikiran dari kegelisahan dan mengurangi ketegangan otot.

Sumber Intervensi: NIC, 2015, Sumber Rasional Majid, 2014

2.4.3.7 Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual terhadap integritas biologis.

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontol cemas.
3. Vital sign dalam batas normal.
4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.

b. Rencana Keperawatan

Tabel 2.8

Intervensi dan Rasional Ansietas.

Intervensi	Rasional
1. Gunakan pendekatan yang menenangkan.	1. Membina saling percaya.
2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien.	2. Orientasi dapat menurunkan kecemasan.
3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur.	3. Untuk memberikan jaminan kepastian tentang langkah-langkah tindakan yang akan diberikan sehingga klien dan keluarga mendapatkan informasi yang lebih jelas.
4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut.	4. Pengertian yang empati merupakan pengobatan dan mungkin meningkatkan kemampuan koping klien.
5. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis.	5. Untuk memberikan jaminan kepastian tentang langkah-langkah tindakan yang akan diberikan sehingga klien dan keluarga mendapatkan informasi yang lebih jelas.
6. Dorong keluarga untuk menemani anak.	6. Respons terbaik adalah klien mengungkapkan perasaan yang dihadapinya. Keluarga dapat membantu klien untuk mengungkapkan perasaan kecemasan.
7. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi.	7. Dapat menghilangkan ketegangan tentang kekhawatiran yang tidak diekspresikan.

8. Barikan obat untuk mengurangi kecemasan.	8. Meningkatkan relaksasi dan menurunkan kecemasan

Sumber Intervensi: NIC, 2015, Sumber Rasional Majid, 2014

2.4.4 Implementasi

Implementasi adalah relisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Rohmah, 2009). Selama implementasi perawat melakukan rencana asuhan keperawatan. Intruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu klien memenuhi kriteria hasil (Jitowiyono, 2010). Komponen tahap impementasi teridiri dari:

1. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa *advice* dokter.
2. Tindakan keperawatan kolaboratif diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah klien.
3. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.
4. Frekuensi dokumentasi tergantung kondisi klien dan terapi yang diberikan.

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada klien unstable angina pectoris dengan nyeri akut adalah mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi 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. Masalah nyeri akut teratasi (Majid, 2014).