BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Unstable Angina Pectoris (UAP)

2.1.1 Pengertian

Penyakit pektoris tidak stabil disebabkan jantung koroner yang tidak stabil, yang disebut dengan jantung koroner tidak stabil. Saat pembuluh darah arteri jantung menyempit atau tersumbat, otot jantung tidak menerima cukup darah. Ini dikenal sebagai angin duduk atau angina pectoris yang tidak stabil. Angin duduk, juga dikenal sebagai angin duduk tidak stabil, adalah suatu kondisi yang dapat menyebabkan kematian mendadak karena tanda bahwa seorang sedang dapat mengalami serangan jantung mengakibatkan jantung terhenti, yang dapat mengakibatkan kematian. Oleh karena itu, dokumen pasien yang menderita angin duduk harus diperhatikan kembali untuk memastikan bahwa mereka lengkap dan konsisten, karena jika ada pasien yang meninggal akibat penyakit iniunstable angina pectoris maka dapat dilihat kembali riwayat serta catatan lengkap yang ada pada dokumen rekam medis pasien tersebut (Nugraheni et al., 2022).

2.1.2 Etiologi

Menurut Aspiani, 2016 faktor angina pektoris ialah sebagai berikut::

1. Tiga faktor yang dapat menyebabkan penurunan pasokan oksigen ke miokardium:
    a. Faktor yang berkaitan dengan pembuluh darah, seperti aterosklerosis, kejang, dan arteritis.
    b. Faktor sirkulasi, misalnya hipotensi, stenosis aorta, serta insufisiensi.
    c. Faktor darah, yang meliputi polisitemia, anemia, serta hipokemia.
2. Peningkatan curah jantung, disebabkan hipertiroidisme, emosi, dan aktivitas terlalu banyak.
3. Peningkatan kebutuhan oksigen miokardium, hipertrofi miokardium, dan hipertensi diastolik.

2.1.3 Manifestasi klinis

Aroney et al., 2006 gejala angina pektoris tidak stabil adalah sebagai berikut:

1. Nyeri dada timbul saat istirahat saat melakukan aktivitas, seperti rasa tertekan berat di daerah retrosternal akan menjalar ke leher, rahang, daerah interskapular, bahu, lengan kiri, serta epigastrium, yang dapat selama beberapa menit serta lebih dari dua menit.

2. Mual, muntah, nyeri perut, sesak napas, dan diaforesis (keringat dingin).

3. Grafik EKG: Depresi ST >1 mm atau inversi gelombang T >2 mm pada beberapa sadapan prekordial diidentifikasi peningkatan tak persisten (20 menit), nondiagnostik, serta gelombang Q normal.

4. Biomarka jantung gak meningkat secara bermakna.

2.1.4 Patofisiologi

Penyakit berkembang akibat suplai oksigen gak mencapai selsel miokardium, disebabkan oleh arteriosklerosis serta lumen arteri koroner penyempitan akibat peningkatan jaringan serta oksigen kebutan. Disfungsi endotel disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain genetik, usia, dan jenis kelamin. Leukosit bersirkulasi menempel pada endotel aktif, yang kemudian bermigrasi ke lapisan subepitel serta berubah menjadi makrofag. Colesterol low-density lipoprotein diturunkan oleh makrofag, namun colesterol high-density lipoprotein ditingkatkan oleh makrofag. Faktor pertumbuhan serta trombosit menyebabkan migrasi polos media ke intima serta proliferasi matriks mengubah lemak tambalan ateroma matang.

Terbentuknya plak yang dapat mengurangi obstruksi menyebabkan vasokontriksi pada arteri koroner. Gangguan mekanis, biokimia, dan listrik miokard dapat disebabkan oleh tidak efektifnya perfusi dan oksigen sehingga mengganggu jaringan miokard.

Kegagalan otot jantung berkontraksi serta berelaksasi disebabkan oleh iskemia disebabkan oklusi arteri koroner lengkap subtotal. Iskemia ireversibel berakhir infark miokard. Sejumlah kecil oksigen menyebabkan miokardium mengubah metabolisme aerobik menjadi metabolisme anaerobik. Metabolisme anaerobik hasilkan asam laktat, menurunkan pH serta menyebabkan sakit. Gangguan ventrikel kiri disebabkan oleh kombinasi asidosis, hipoksia, dan penurunan ketersediaan energi. Kontraktil kekuatan dari wilayah miokardium, yang dipahami sebagai perpendek serat, mengurangi kekuatan serta kecepatan serat. Pergerakan iskemik dinding tak wajar, serta setiap kali ventrikel berkontraksi, hal ini merupakan hal yang menonjol. Gangguan gerakan jantung dan penurunan kontraktilitas berdampak pada hemodinamik. Respon hemodinamik bervariasi tergantung besarnya segmen iskemi, sedangkan respons drajat membatasi kompensasi sistem saraf otonom. Dengan menurunkan volume sekuncup (jumlah darah dialirkan perdetak jantung), penurunan fungsi ventrikel dapat menurunkan curah jantung. Sulit untuk memahami bagaimana kondisi klien mempengaruhi kecemasannya..(Aspiani, 2016)

2.1.5 Komplikasi

Menurut S. Rahayu, 2020 komplikasi Unstable Angina Pectoris (UAP) meliputi:

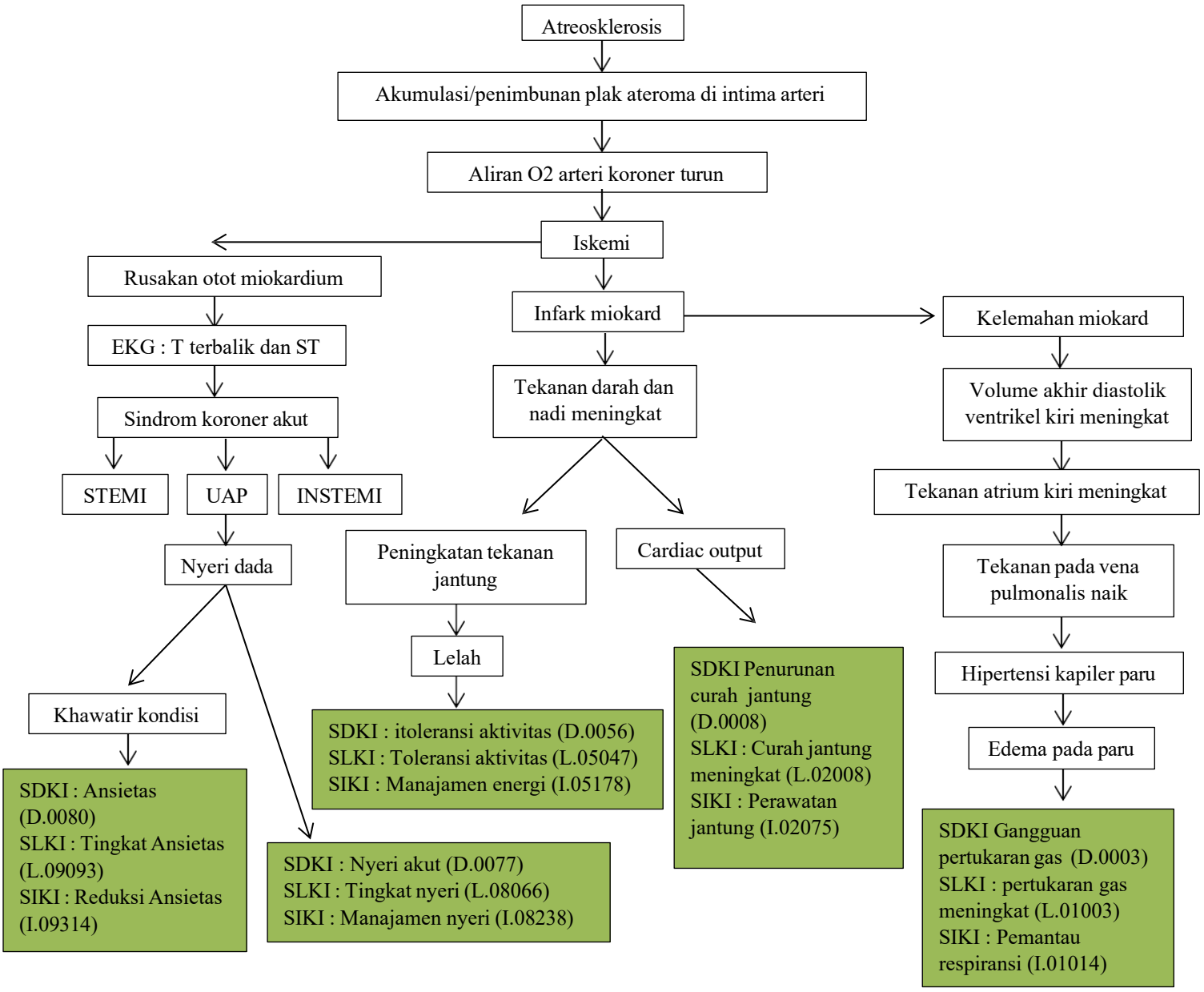
Komplikasi Kardiak

a. Infark Miokard Akut (IMA): UAP dapat berkembang menjadi IMA, hal ini dapat mengakibatkan kerusakan jantung yang lebih parah.
b. Kegagalan Jantung: UAP dapat menyebabkan kegagalan jantung, yang dapat mengganggu kemampuan jantung untuk memproduksi darah.
c. Aritmia: UAP dapat menyebabkan aritmia, yang dapat mempengaruhi kemampuan jantung untuk berdetak secara normal.

Komplikasi Non-Kardiak

a. Gangguan Pernapasan: UAP dapat menyebabkan gangguan pernapasan, yang dapat mempengaruhi kemampuan paru-paru untuk mengambil oksigen.
b. Gangguan Ginjal: UAP dapat menyebabkan gangguan ginjal, yang dapat mempengaruhi kemampuan ginjal untuk menyaring darah.
c. Gangguan Sistem Saraf: UAP dapat menyebabkan gangguan sistem saraf, yang dapat mempengaruhi kemampuan otak untuk mengontrol fungsi tubuh.

2.1.6 Pathway



Sumber : Muttaqin(2014),Mutarobin(2019),SDKI(2017),SIKI(2018),SLKI(2018)

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

Dengan unstable angina pectoris, pemeriksaan penunjang diperlukan agar tenaga klinis memberikan penanganan tepat.Menurut Aspiani, 2016 pasien dengan unstable angina pectoris perlu menjalani prosedur penunjang berikut:

1. Pemeriksaan laboratorium

   Tes lab digunakan menyingkirkan kemungkinan diagnosis lain, seperti halnya infark miokard akut; tes yang digunakan meliputi pemeriksaan kadar CPK, SGOT, atau LDH. Pada kasus angina, kadar enzim tersebut tetap berada dalam rentang normal, namun kadarnya akan meningkat saat terjadi infark miokard yang parah.

2. Elektrokardiogram (EKG)

   Grafik EKG tiap kali memperlihatkan kondisi pasien sebelum mengalami infark miokard. Ini ditunjukkan oleh hasil memperlihatkan perubahan pada ventrikel kiri serta segmen ST pasien dengan hipertensi serta angina, gelombang T atipikal pasien dengan paroksismal, serta perubahan segmen STpada EKG.

3. Foto rontgen dada

   Rontgen sering menunjukkan jantung normal, pasien dengan hiper tensi serta angina, tampak organ dalam mengalami kerusakan, serta pada terdapadat kasus kalsifikasi pada arkus aorta.

4. Arteriografi koroner

   Arteriografi koroner adalah prosedur yang melibatkan pengukuran panjang arteri femoralis atau brakialis sebelum mengarahkan kateter menuju arteri koroner kanan dan kiri. Selanjutnya, media kontras radiografi digunakan, dan akan menampilkan kontur serta penyempitan arteri. Kateter tersebut kemudian digunakan untuk memasuki ventrikel kiri melalui katup aorta guna nentukan bentuk, ukuran, serta ventrikel kiri.

5. Uji latihan (Treadmill)

   Uji membandingkan pemeriksaan klien mereka melakukan aktivitas fisik seperti menggunakan treadmill alat olahraga tujuan mencapai tingkat aktivitas fisik cukup atau submaksimal. Rekaman EKG diambil selama latihan berlangsung maupun setelah latihan selesai. Tes uji dianggap positif EKG menunjukkan segmen ST minimal satu mm selama latihan. depresi segmen ST, mengalami sakit torax misalnya yang menyerupai gejala serangan jantung kemungkinan besar mereka menderita agina.

6. Thallium Exercise Myocardial Imaging

   Pemeriksaan talium otot organ dalam dilaksanakan bersamaan dengan uji beban (stress test) fisik. Tes ini dapat meningkatkan sensitivitas dan spesifisitas dalam mendeteksi gangguan jantung. Talium dua ratus aatu diberikan intravena pada puncak pelatihan, pemindaian jantung dilakukan setelah latihan dihentikan, serta prosedur berakhir kondisi pasien menjadi normal. Apabila hasil nunjuk adanya iskemia, akan muncul "dingin" (defek perfusi) pada lokasi terjadinya iskemia tersebut, yang kemudian akan kembali normal.

2.1.8 Penatalaksanaan

Tablet nitrogliserin dapat digunakan untuk mengobati angina. Saat serangan terjadi, pasien diletakkan tablet bawah lidah (sublingual) agar obat tersebut hanyut. Nitrogliserin menimbulkan epek pereda cepat cara melebarkan arteri koroner. Pasien makai obat ini dalam jangka waktu lama tanpa mengalami efek samping. Salep nitrogliserin topikal atau pembalut transdermal berbahan dasar nitrogliserin banyak digunakan untuk memberikan perlindungan terhadap angina dan membantu meredakan nyeri. Prosedur PTCA bedah arteri koroner mungkin perlu dilakukan angina pasien tidak mereda.. (Rosdahl, B. C., & Kowalski, 2017) .

Menurut Aspiani, 2016 Pelaksanaan dengan obat-obatan dapat diberikan kepada pasien agina pektoris, khususnya:

a. Terapi farmakologi

1. Nitrat serta nitrit vasodilator endotel rmanfaat mengurangi angina pectoris serta mempunyai epek antiplatelet serta antitrombotik. Obatan mencakup isosorbid dinitrat yang dengan dosis 10 sampai 20 mg setiap 2 sampai 4 jam nitrat transdermal. (yang dapat digunakan dalam bentuk pasta yang dioleskan di dinding dada), serta perheksilin maleat yang dikasih secara oral dengan dosis awal 100 miligram setiap dua belas jam, kemudian ditingkat jadi 200 miligram setiap dua belas jam.
2. Nitrogliserin Bahan pasoaktif darah berfungsi sebagai pembuluh untuk pengaruhi sirkulasi perifer serta mengurangi penghirupan oksigen organ dalam meurunkan angina iskemi. Obat biasanya dioleskan bawah lidah (sublingual) ataupun pipi (kantong bukal) serta mengurangi iskemia dari tiga menit. Selain itu, nitrogliserin tersedia bentuk topikal (Lnilin-petrolatum), digunakan untuk mengobati angina dan menguranginya.
3. Penyekat beta adrenergik digunakan mengurangi kebutuhan oksigen mengurangi frekuensi jantung, kontraktilitas, tekanan arteri, serta vetrikel kiri dinding. Obatan digunakan antara lain atenolol, metoprolol, propanolol, serta nadolol.
4. Obat antagonis kalsium meningkatkan jumlah udara yang masuk ke organ dalam melepaskan otot polos arteril koroner. Ini juga ngurangi beban kerja organ dalam mengurangi tekanan arteri sistemik serta ventrikel kiri beban kerja. Tiga jenis antagonis kalsium digunakan nifedipin, verapamil (Isoptin, Calan), serta diltiazem (Cardiazem).
5. Antitrombi Heparin merupakan glikosaminoglik tersusun berbagai polisakarida dengan aktivitas antikoagulan bervariasi. Angka kematian infark miokard dapat dikurangi dengan hirudin.

b. Terapi invasive

1. Percutaneous Angioplasti koroner transluminal (PTCA) adalah prosedur yang digunakan untuk memperbaiki kondisi penyakit arteri koroner dengan mengurangi plak atau ateroma. menggunakan ujung.
2. Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) adalah bedah dilakukan supaya mengganti arteri rusak pada jantung guna membawa darah aliran teratur ke jantung. Selama prosedur ini, pembuluh darah sehat diambil dari bagian tubular lainnya, seperti arteri atau vena kaki mamaria (yang terletak di area dada) disambungkan untuk melewati bagian arteri jantung yang tersumbat. Tindakan ini menciptakan jalur alternatif agar aliran darah yang kaya oksigen dapat mengalir menuju jantung, melewati bagian arteri yang mengalami penyumbatan tersebut.

c. Terapi NonFarmakologis

1. Terapi massage Punggung

   Metode penanganan agina pectoris ialah penggunaan teknik terapi punggung. Tindakan terapi punggung ini dapat memicu respons relaksasi serta memberikan efek positif dalam mengurangi rasa nyeri. Hal ini sering dijelaskan teori kontrol gerbang gate control theory di mana Terapi merangsang serabut saraf berdiameter, yang memberikan penghambatan sinyal sel-T angiografi koroner. (Rosfiati, E., Nurachmah, E., & Yulia, 2015)

2. Terapi Teknik Napas Dalam

   Teknik relaksasi nafas jenis perawatan pemeliharaan mengajarkan klien metode melakukan nafas, nafas lambat (memaksimalkan inspirasi), serta nafas perlahan hembuskan. mengurangi intensitas sakit, cara relaksasi napas juga meningkatkan detak jantung serta menurunkan rasa ansietas. (Arfa, 2014).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keperawatan Pada Pasien Dengan Unstable Angina Pectoris

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian langkah pertama proses keperawatan serta merupakan prosedur system untuk mengumpulkan data berbagai sumber guna menilai serta mengidentifikasi status kesehatan klien. Tiga metode dapat digunakan untuk pengumpulan data: observasi, wawancara, serta pemeriksaan fppisik (Bolat, H., & Teke, 2020). Kajian ialah pase pertama proses klinis, Data dikumpul meliputi (Lestari, P. H., Setiawan, A., & Widyastuti, 2019) :

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor register, diagnosa medis, alamat, dan segala informasi lain tentang identitas klien menentukan langkah berikut.

2) Penanggung jawab identitas

Identifikasi tanggung jawab klien penting memfasilitasi komunikasi serta peran tanggung jawab selama masa klinis; data dikumpulkan meliputi nama, usia, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, alamat penanggung jawab tersebut.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Biasanya nyeri dada serta perasaan sulit bernafas terjadi pada pasien angina tidak stabil.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Sesuai gejala penderita agina pectoris, seperti nyeri dada substernal retrosternal serta jalan pada leher, daerah interskapula lengan kiri, serangan nyeri dirasakan tak memiliki pola, dapat terjadi serta intens, serta tanpa aktivitas. Rasa penat, sesak napas, kadang ada keringat dingin, jantung berdebar, serta pusing merupakan gejala yang paling umum terjadi.

3) Riwayat kesehatan yang lalu

Pasien menderita hipertensi berat, aterosklerosis, insufisiensi aorta, spasme arteri koroner, serta anemia berat.

4) Kesehatan keluarga

Keluarga klien memiliki riwayat hipertensi serta penyakit arteri koroner.

c. Pemeriksaan fisik

1) Sistem Pernafasan

Gejala dispneu, batuk tanpa riwayat merokok, penyakit pernafasan kronis, pola pernafasan peningkatan frekuensi pernafasan, sesak nafas, bunyi berderak ataupun mengi, dahak bersih ataupun berwarna merah muda

2) Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah normal, naik serta turun, serta ubah posisi tidur menjadi duduk berdiri. Nadi normal, takikardi serta bradikardi, nadi perifer teraba lemah, dapat terjadi disritmia. Bunyi jantung S3 serta S4 mungkin mengindikasikan kegagalan jantung, penurunan kontraktilitas, keluhan ventrikel. Bunyi jantung tambahan murmur, edema ekstremitas, wajah tampak pucat serta sianosis, serta selaput mukosa kering irama Jantung biasa atau tidak teratur

3) Sistem Genitourinaris

Kaji adalah nyeri memberikan respon mual serta muntah, nafsu makan turun, turgor kulit turun, ubahan berat badan, serta kaji jadwal makan jika sebelum peningkatan konsumsi garam serta lemak peristaltik usus turun.

4) Sistem Integumen

kekurangan perawatan diri, kelemahan, tidak dapat tidur, jadwal olah raga tak teratur, gangguan saat istirahat/beraktivitas.

5) Sistem Perkemihan

Adakah pemeriksaan ginjal serta perkusi untuk mengetahui pasien sakit serra ada masalah BAK.

6) Sistem Neurologi

Data penelitian meliputi nyeri terjadi otot sendi, perubahan kesadaran hingga timbul kejang spastisitas serta ensefalopti, serta faktor sistem saraf kranial.

7) Sistem Muskuloskeletal

Keluhan nyeri otot persendian sering diamati, rutama pada otot perut bagian tekan, kepala, serta pegal-pegal setiap badan. Akibat ini terjadi gangguan rasa nyaman.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI, 2017 kemungkinan diagnos untuk klien Unstable Angina Pectoris (UAP) adalah:

1. Nyeri Akut

   Definisi: Gangguan sensorik emosional berhubungan jaringan aktif pungsional, permulaan secara lambat serta intensita mudah berat berlangsung selama sekitar tiga tahun.

   Penyebab:

   a. Agen pencedera fisiologis neoplasma, lakemia, serta infarmasi
   b. Agen pencedera kimiawi terbakar, bahan kimia iritan
   c. Pencedera fisik abses, amputasi, luka bakar, terpotong, pengangkatan berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan

   Gejala serta Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

a. Tampak meringis

b. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

c.Gelisah

d.Frekuensi nadi meningkat

e.Sulit tidur

Gejala dan Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

a.Tekanan darah meningkat

b.pola napas berubah

c.nafsu makan berubah

d.proses berpikir terganggu

e.Menarik diri

f. Berfokus pada diri sendiri

g.Diaforesi

2. Pola Napas tidak efektif

Depinisi: adalah ispirasi serta ekspirasi tak berikan ventilasi memadai sebab :

a. Pusat pernafasan depresi

b. Supaya pernafasan hambatan nyeri bernapas, lemah otot napas

c. Dinding torax deformitas.

d.Deformitas tulang torax.

e.Masalah neuromuskular.

f. Masalah neurologis elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, masalah kejang

g.maturitas neurologis.

h.Penurunan energi.

i. Obesitas.

j. Posisi tubuh menghambat ekspansi paru.

k. Sindrom hipoventilasi.

l. Kerusakan inervasi diafragma kerusakan saraf CS atas

m. Cedera medula spinalis.

n. Efek agen farmakologis.

o.Kecemasan.

Gejalan serta Tanda Mayor:

Subjektif :

a. Dispnea

Objektif :

a. Penggunaan otot bantu pernapasan.

b. Fase ekspirasi memanjang.

c. Pola napas abnormal akipnea. bradipnea, hiperventilasi kussmaul cheyne-stokes.

Gejala serta Tanda Minor:

Subjektif :

a. Ortopnea

Objektif :

a. Pernafasan pursed-lip.

b.Pernafasan cuping hidung.

c.Diameter thoraks anterior—posterior naik

d. Ventilasi semenit turun

e. Kapasitas vital turun

f. Tekanan ekspirasi turun

g. Tekanan inspirasi turun

h. Ekskursi dada berubah

3. Ansietas

Definisi: Keadaan emosi serta pengalam subyektif objek tak jelas serta awas bahaya efek tertentu mungkin orang terlibat dalam tindakan hadapi ancaman.

Penyebab:

a. Krisis situasional.

b. Kebutuhan tidak terpenuhi.

c. Krisis maturasional.

d. Ancaman terhadap konsep diri.

e. Ancaman terhadap kematian.

f. Kekhawatiran mengalami kesulitan.

g. Disfungsi sistem keluarga.

h. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan.

i. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)

j. Penyalahgunaan zat.

k. Terpapar lingkungan bahaya (mis. toksin, polutan, dan lain-lain).

l. Kurang terpapar informasi.

Gejala dan Tanda Mayor.

Subjektif.

a. Merasa bingung.

b. Merasa khawatir dengan akibat.

c. Sulit berkonsenstrasi.

Objektif.

a. Tampak gelisah.

b. Tampak tegang.

c. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor.

Subjektif.

a. Mengeluh pusing.

b.Anoreksia.

c. Palpitasi.

d. Merasa tidak berdaya.

Objektif.

a.Frekuensi napas meningkat.

b.Frekuensi nadi meningkat.ads

c.Tekanan darah meningkat.

d.Diaforesis.

e. Tremos.

f. Muka tampak pucat.

g. Suara bergetar.

h. Kontak mata buruk.

i. Sering berkemih.

j. Berorientasi pada masa lalu.

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan timbulnya kecemasan tinggi

Definisi: Gangguan kualitas setta kuantitas waktu tidur disebabkan oleh paktor luar sebagai berikut:

a. Lingkungan hambatan lembab alam wilayah, suhu ruang, cahaya, gangguan, aroma tak enak, jadwal pantau pemeriksaan tindakan
b. Kurang teratur tidur
c. Kurang terjaga
d. Tak familiar sama peralatan tidur

Gejala serta Tanda Mayor :

Subjektif

a. Mengeluh sulit tidur
b. Mengeluh sering terjaga
c. Mengeluh tidak puas tidur
d. Mengeluh pola tidur berubah
e. Mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif

Tidak ada

5. Penurunan curah jantung

Penyebab:

a. Berubah detak jantung
b. Berubah pramuat
c. Berubah setelah memuat
d. Berubah contraktilitas

DS:

Palpitasi (dada terasa berdebar kencang)

DO:

a. Takikardia/Bradikardi
b. EKG Aritmia atau gangguan konduksi

2.2.3 Perencanaan

No	Masalah	Tujuan	Intervensi
1	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah ikut intervensi sama 3 x 24 jam maka, Tingkat nyeri turun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun (L.08066)	**Observasi** 1. Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nonverbal 4. Identifikasi pactor memengaruhi nyeri 5. Identifikasi penurunan nyeri. 6. Memantau hasil terapi komplementer yang telah dikasih. 7. Menilai pengetahuan serta keterampilan terkait nyeri (Manajemen Nyeri I.080066) **Terapeutik** 1. Gunakan teknik nonparmakologis

			kugurangi nyeri 2. Fasilitas istirahat serta tidur **Edukasi** 1. Terangkan sebab, durasi, serta nyeri pemicunya 2. Terangkan informsi dalam hal nyeri 3. Anjurkan mecek sakit berkala rutin 4. Mendorong gunakan analgesik dengan tepat 5. Gunakan cara farmakologis mengurangi nyeri **Kolasborasi** 1. kolaborasi analtegtik
2	Pola nafas tidak efektif (D.0005)	Telah lakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka, pola napas pada pasien lebih baik, dengan kriteria hasil :	**Observasi** 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Mengawasi tambahan bunyi napas (seperti gurgling, mengi,

		Pasien tidak mengeluh sesak lagi Pasien tidak berat kalau bernapas	wheezing, dan ronchi kering). 3. Monitor sputum (Perhatikan jumlah, warna, dan bau dahak) **Terapeutik** 1. Posisi powler semi fppowler 2. Minum air berikan 3. Lakukan pisioterapi torax jika diperlukan 4. Penghisap lendir kurang dari lima belas 5. Lakukan hiperoksigenasi penghisap endotrakeal 6. Menerapkan sumbat benda padat kerangka 7. Kasih O2 jiga perlu **Edukasi** 8. Berikan asupan cairan 2000mili perhari 9. Ajari cara batuk efektif

			Kolaborasi 1. Bila perlu kombinasikan bronkodilator, ekspektoran, dan mukolitik
3	Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka, tingkat ansietas menurun Kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun	**Observasi** 1. Identifikasi kapan tingkat kecemasan berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Menentukan kemampuan mengambil keputusan 3. Perhatikan tanda ansietas (verbal serta nonverbal) **Terapeutik** 1. Gunakan suasana terapeutik untuk meningkatkan kepercayaan 2. Temani pasien mengurangi kecemasan, 3. Kenali situasi yang menimbulkan kecemasan

		5. Konsentrasi baik 6. Pola tidur membaik	4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekat tenang serta yakin 6. Ciptakan barang pribadi berikan nyaman 7. Motipasi untuk mengidentipikasi situas terjadinya ansietss 8. Diskusi ekspektasi realista mengenai peristiwa akan terjadi **Edukasi** 1. Terangkan prosesnya, sensasi apa saja mungkin terjadi 2. Memberikan informasi yang akurat mengenai diagnosis, prognosis, serta pengobatan 3. rekomendasi anggota keluarga mengunjungi Bersama klien jika diperlukan

			4. Terus melaksanakan tugas-tugas non-kompetitip dengan kebutuhan 5. Ungkapin emosional serta persepsi 6. Aktivitas pengalihan kuurangi tegang 7. Melatih guna mekanisme tahanan diri tepat 8. Melatih cara relaksasi **Kolaborasi** 1. Kolaborasi berian obat, bila perlu
4	Gangguan pola tidur (D.0055)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka pola tidur membaik Kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak	**Observasi** 1. Identifikasi pola tidur dan aktivitas 2. Identifikasi sebab pengganggu tidur (fisik serta psikologis) 3. Tentukan makanan dan minuman apa yang menyebabkan tidur kopi, teh, susu, alkohol, makan

		puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur menurun 5. Keluhan istirahat menurun	dekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi **Terapeutik** 1. Perubahan lingkungan cahaya, gangguan, suhu, tikar, serta tempat tidur) 2. batasi waktu jam tidur siang 3. Memfasilitasi pengurangan ketegangan sebelumnya 4. Jadwalkan tidur rutin tiap hari 5. Gunakan prosedur meningkatkan kenyamanan terapi, penyesuaian posisi, serta cara akupres. 6. Sesuai agenda kasih obatan serta Tindak mencegah siklus tidur terjaga

			Edukasi 1. Penting untuk diingat bahwa sakit 2. rekomendasi biasa waktu tidur 3. Hindari makan serta minum ganggu tidur 4. Tingkatkan gunaan obatan tidak menekan tidur 5. Sebutkan paktor berkontribusi pada pola tidur gangguan psikologi, gaya hidup, seringnya perubahan jadwal kerja **6.** rekomendasi relaksasi otot autogenic metode nonfarmakologis yang lsin
5	Penurunan Curah Jantung (D.0008)	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa curah	**Observasi** 1. Tanda/gejala primer penurunan curah jantung dispnea, lelah, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP, dll).

		jantung meningkat adalah: 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Ejection fraction (EF) meningkat 3. Palpitasi menurun 4. Bradikardia menurun 5. Takikardia menurun 6. Gambaran EKG Aritmia menurun 7. Lelah menurun 8. Edema menurun 9. Distensi vena jugularis menurun 10. Dispnea menurun	2. Cari tahu tanda/gejala pada jantung penurunan curah hujan misalnya hepatomegali, distensi pena jugularis, valpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat 3. Awasi darah tekanan (termasuk darah ortostatik, jika perlu). 4. Perhatikan asupan serta keluaran. 5. Awasi badan tiap hari pada waktu sama. 6. Lacak saturasi oksigen 7. Harus awasi nyeri dada keluhan intensits, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi ngurangi nyeri 8. Amati EKG 12 Sadapan 9. Memeriksa tekanan darah serta frekuensi nadi sebelum serta sesudah beraktivitas

			Terapeutik 1. Semifowler fowler kaki di bagian bawh di posisi aman 2. Kasih pola makan jantung misalnya batas makan kafein, natrium, kolesterol, serta makan tinggi lemak 3. Menggunakan stocking elastis pneumatik intermiten taat indikas 4. Mendorong klien serta keluarganya melakukan perubahan pola hidup sehat 5. Bila perlu kasih terapi relak supaya ngurangi stres. 6. Berikan dukung emosi serta spiritul 7. Terapkan oksigen mencapai saturasi oksigen lebih dari 94%

			Edukasi 1. Mendorong aktivitas fisik toleransi 2. Melaksanakan aktivitas fisik metodis 3. Rekomandasi untuk berhenti merokok 4. Ajari keluarga ngukur berat badan tiap hari 5. Ajari klien serta keluarga ngukur asupan serta keluaran cairan hari **Kolaborasi** 1. Kolaborasi antiaritmia bila diperlukan 2. Pergi ke Program Rehabilitasi Jantung

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Muttaqin 2014, pelaksana asuhan bagi klien Unstable Angina Pectoris (UAP) harus dilakukan sesuai dengan preferensi dan kebutuhan pasien. Terdapat Ada diliat selama pelaksanaan, mulai pengkajian, penentuan priorita, sumber daya, dan intervensi keperawatan, hingga pendokumentasian tindakan serta respons klien hadap tindakan dilakukan. (Lemone, et al., 2016)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Dalam proses klinis melibatkan penentuan rencana keperawatan telah tercapai apa belum. Evaluasi keperawatan meliputi:

2.2.5.1 Evaluasi formatif: Data observasi serta analisis perawat pada respons pasien, baik selama maupun sesudah tindakan keperawatan.

2.2.5.2 Evaluasi sumatif: Evaluasi sumatif melibatkan pengumpulan dan analisis data dari observasi serta analisis status kesehatan berdasarkan waktu, yang berkaitan dengan tujuan proses pengembangan. Evaluasi dilakukan gunakan metode SOAP.

S : Respon subjektif klien hadap tindakan keperawatan telah dilaksanakan.

O : Respons subjektif klien hadap tugas telah diselesaikan.

A: Analisis data subjektif serta objektif untuk melihat apa masalah masih ada, apakah muncul masalah baru, apakah terdapat data bertentangan masalah

P: Perencanaan tindak lanjut berdasarkan analisis respon klien.

I: Pelaksanaan (Execution) E: Penilaian (Assessment)

R: Evaluasi ulang atau pengkajian ulang (Re-evaluation)

2.3 Konsep penurunan curah jantung

2.3.1 Definisi

Menurunannya curah jantung merupakan suatu kondisi ketidakadekuatan jantung dimana tubuh tidak mampu memenuhi kebutuhan metabolismenya. (PPNI, 2017)

2.3.2 Data Mayor dan Minor Penurunan Curah Jantung

Menurut PPNI, 2017 Ada dua jenis Mayor serta minor gejala sera tanda penurunan curah jantung

A. Gejala serta Tanda Mayor:

1) Subjektif: perubahan detak jantung (palpitasi), preload (lelah), afterload (dipsnea), kontraktilittas (proxymal nocturnal dypsnea (PND). ortopnea, seta batuk.

2) Tujuan: Preload edema, distens vena jugulari, tekanan vena sentral (CVP) ningkat serta turun, hepatomegali, afterload tekanan darah ningkat serta turun, nadi perifer teraba lemah, oliguria, warna kulit pucat serta sianosis), erta kontraktilitas (terdengar suara S3 serta S4, fraksi ejeksi (EF) turun gejala serta tanda minor

1) Subjektif: preload (tak tersedia), afterload (tak tersedia), kontraktilitas tak tersedia), perilaku serta emosiaonal (cemas serta gelisah).

2) Obyektif: preload (berat badan tambah, murur jantung), tekanan baji arteri pulmonalis (PAWP) menurun, afterload (resistensi pembuluh darah paru (PVR) meningkat/menurun, resistensi pembuluh darah sistemik (SVR) meningkat serta menurun, kontraktilitas (indeks jantung (CI) turun, indeks kerja ventrikel kiri (LVSWI) turun, indeks sekuncup (SVI) turun, serta prilaku emosional tidak ada.

2.3.3 Faktor penyebab penurunan curah jantung

Menurut PPNI (2017), berikut adalah penyebab penurun curah jantung pada kongestif gagal jantung:

1. Berubahnya detak Jantung
2. Berubahnya frekuensi jantung
3. Berubahnya kontraktilita
4. Berubahnya pramuat
5. Berubahnya setelah memuatafterload

2.3.4 Penatalaksanaan Penurunan curah jantung pada Unstable Angina Pectoris (UAP)

Menurut Isrofah et al., 2020 Pemberian tidur semifowler 45 derajat efektif dalam kaitannya dengan kualitas tidur serta saturasi oksigen pasien gagal jantung kongestif. Posisi semifowler, disebut juga setengah duduk, posisi batang tubuh serta kepala terletak antara lima belas serta empat lima derajat. Menurut Kozier dan Berman (2010), jika klien posisi, gravitasi akan mendorong diafragma ke bawa, hingga mungkin lebih banyak thorax, serta ventilasi. Pengatur posisi (positioning) adalah suatu tindak lakukan sengaja berikan posisi tubuh guna ningkatkan kesejahteraan nyaman fisik serta psikis. Pemeliharaan gagal jantung termasuk intervensi termasuk, namun tidak terbatas pada, menciptakan lingkungan terapeutik, mendorong klien untuk melakukan ubah posisi, penempatan pada terapeutik, posisi klien dalam kondisi tubuh sejajar, posisi klien ngurangi dypsneu, seperti posisi semipowler, meninggikan dua puluh derajat serta lebih tinggi meningkatkan aliran darah (Hass, 2015) dalam Isrofah, dkk,

(2020). Menurut Yesni (2019) Isrofah, dkk (2020). Untuk mengatasi sesak saat istirahat, sangat penting mempunyai posisi tidur klien gagal jantung. Posisi dapat diberikan adalah semifowler. Posisi semipowler posisi berada antara 30 derajat serta 45 derajat. Pemberi posisi semifowler menurunkan konsumsi udara serta meningkatk ekspansi paru secara ideal, mengurangi pertukaran rusakan gas hubungan perubahan membran alveolar menyebabkan O2 dalam paru naik hingga mengurangi kesukaran pernafasan. Posisi maksimal tumbuh paru.(Isrofah et al., 2020)

Menurut Nafisah & Yuniartika, 2023 berdasarkan hasil sintesis artikel, posisi semiFowler dengan elevasi kepala tempat tidur sebesar empat lima derajat sampai enam puluh derajat meningkatkan saturasi O2 serta cegah hipoksia pasien gagal jantung..

Menurut Khasanah et al., 2019 aliran balik darah ke jantung pada bandingkan dengan posisi kepala berdiri posisi semiFowler memiliki keterbatasan yang lebih besar. Aliran balik darah pada posisi Fowler menurun secara bertahap jika dibandingkan dengan posisi semiFowler. Data jalan sama penelitian Kubota, Endo, serta Kubota (2013) (dalam Khasanah, 2019), Beban tersebut disebabkan oleh aliran balik darah jantung turun.