

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit *Unstable Angina Pectoris* (UAP)**

##### **1. Definisi**

Angina pektoris adalah nyeri dada yang menyertai iskemia miokardium yang dipicu oleh aktivitas yang meningkatkan kebutuhan miokardium akan oksigen; seperti latihan fisik; dan hilang dalam beberapa menit dengan istirahat atau pemberian nitrogliserin (Majid, 2018). Angina pektoris adalah suatu sindroma klinik yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara kebutuhan (demand) dan suplai aliran arteri koroner (PERKI, 2018).

*Unstable Angina Pectoris* (UAP) atau disebut juga angina pektoris tidak stabil yaitu bila nyeri timbul untuk pertama kali, sakit dada yang tiba-tiba terasa pada waktu istirahat atau aktivitas minimal yang terjadi lebih berat secara mendadak atau bila angina pektoris sudah ada sebelumnya namun menjadi lebih berat. Biasanya dicetuskan oleh faktor yang lebih ringan dibanding sebelumnya (Khotimah dkk, 2022).

##### **2. Etiologi**

Aspiani (2017) menyatakan bahwa penyebab UAP yaitu :

- a. Berkurangnya suplai oksigen ke miokard yang dapat disebabkan oleh tiga faktor yaitu, faktor pembuluh darah: aterosklerosis, spasme, dan arteritis, faktor sirkulasi: hipotensi, stenosis aorta dan insufisiensi, serta faktor darah: anemia, hipoksemia, polisitemia.
- b. Curah jantung meningkat yang disebabkan oleh aktivitas berlebihan, emosi, makan terlalu banyak, dan hipertiroidisme.
- c. Kebutuhan oksigen miokard yang meningkat pada kerusakan miokard, hypertropimiocard, dan hipertensi diastolik.

##### **3. Faktor Resiko**

Menurut Muhibbah, *et al* (2019) faktor risiko terjadinya UAP terbagi dua yaitu:

- a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah atau tidak dapat dimodifikasi adalah usia (lebih dari 45 tahun untuk pria dan 55 tahun untuk wanita), jenis kelamin, dan keturunan.
- b. Faktor risiko yang dapat diubah atau di modifikasi adalah merokok, hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia dan obesitas.

#### 4. Klasifikasi

Menurut Rampengan (2014) terdapat klasifikasi Braunwald pada pasien dengan UAP antara lain:

##### 1. Kehebatan

Kelas I yaitu serangan baru, berat, atau mempercepat angina. Angina lamanya < 2 bulan, angina berat atau terjadi  $\geq 3$  kali/hari, atau lebih sering angina dan dipicu oleh kurangnya eksersi, tidak ada nyeri istirahat pada 2 bulan terakhir. Kelas II (Sub akut) yaitu angina muncul saat istirahat yang terjadi  $\geq 1$  kali saat istirahat selama bulan sebelumnya tapi tidak sampai 48 jam. Kelas III (Akut) yaitu angina muncul saat istirahat yang terjadi  $\geq 1$  kali saat istirahat sampai 48 jam.

##### 2. Keadaan Klinis

Kelas A yaitu angina tidak stabil kedua: Eksterinsik keadaan identifikasi dengan jelas untuk dasar vaskular koroner bahwa memperkuat iskemia miokard termasuk anemia, demam, infeksi, hipotensi, takiaritmia, tirotoksikosis, hipoksemia sekunder untuk gagal respirasi. Kelas B yaitu angina tak stabil primer. Kelas C yaitu angina tidak stabil pasca-infark (2 minggu untuk IMA).

##### 3. Intensitas pengobatan

Tidak ada atau pengobatan minimal, adanya standar terapi untuk angina stabil kronik (dosis biasa pada oral beta bloker, nitrat, dan antagonis kalsium), meskipun terjadi dosis toleransi maksimal pada semua 3 kategori dari terapi oral termasuk nitroglicerine intravena.

##### 4. Parameter risiko tinggi

Risiko jangka pendek untuk kematian atau non-fatal infark miokard pasien dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) meliputi :

a. Risiko Rendah

Tidak kemungkinan tinggi atau sedang tapi mempunyai beberapa ciri yang mengikuti yaitu peningkatan frekuensi angina, kehebatan, atau durasi, angina diprovokasi pada batas bawah, onset angina yang baru dengan onset 2 minggu dengan 2 bulan sebelum pemberian, dan normal atau tanpa adanya perubahan Elektrokardiogram (EKG).

b. Risiko Sedang

Tidak risiko tinggi dengan ciri, tapi harus mempunyai beberapa hal yang mengikuti yaitu usia >65 tahun, berkepanjangan (>20 menit), angina saat istirahat, dapat diatasi saat itu juga, dengan kemungkinan sedang atau tinggi untuk penyakit jantung koroner, angina saat istirahat hilang dengan istirahat atau sublingual nitrogliserin, nokturnal angina, angina dengan perubahan gelombang dinamik T, onset baru angina *Canadian Cardiovascular Society* Kelas III atau IV setelah 2 minggu dengan kemungkinan sedang atau tinggi untuk penyakit jantung koroner, dan patologi gelombang Q atau penurunan ST  $\leq 1$  mm dalam *multiple lead group*.

c. Risiko Tinggi

Sekurang-kurangnya mengikuti ciri yaitu nyeri berkepanjangan dan sedang yang berlangsung ( $\geq 20$  menit) saat istirahat, IMA sebelumnya, angioplasti atau bedah bypass, edema paru yang mungkin berhubungan dengan iskemia, angina saat istirahat dengan perubahan dinamik penurunan ST  $\geq 1$  mm, angina baru atau menjadi lebih buruk, murmur, mitral regurgitasi, angina dengan S3 atau baru menjadi lebih buruk, disfungsi LV signifikan, dan ngina dengan hipotensi.

## 5. Manifestasi Klinis

Menurut PERKI (2018) manifestasi klinis pada UAP yaitu :

- a. Nyeri dada yang timbul saat istirahat atau saat melakukan aktivitas, seperti rasa tertekan atau berat daerah retrosternal yang dapat

- menjalarke leher, rahang, area interskapular, bahu, lengan kiri dan epigastrium, berlangsung beberapa menit atau lebih dari 20 menit.
- b. Diaforesis (keringat dingin), mual, muntah, nyeri abdominal, dan sesak napas.
  - c. Gambaran EKG : Depresi segmen ST  $> 1\text{mm}$  dan atau inversi gelombang T  $> 2\text{mm}$  di beberapa sadapan prekordial, dapat disertai dengan elevasi segmen ST yang tidak persisten ( $< 20$  menit), gelombang Q yang menetap, Non-diagnostik, dan Normal.
  - d. Biomarka jantung yang tidak meningkat secara bermakna.

## 6. Patofisiologi

Terjadinya UAP pada umumnya diawali dengan terjadinya proses aterosklerosis pada saat monosit berpindah dari aliran darah dan melekat pada lapisan dinding pembuluh darah koroner, yang akan mengakibatkan terjadinya penumpukkan lemak. Setiap daerah penebalan atau plak selain terdiri dari monosit dan lemak menimbulkan jaringan ikat dari sekitar area perlekatan. Hipertensi juga menyebabkan gesekan antara aliran darah dengan ateroma. Ateroma atau plak aterosklerosis dapat menyebar dimana saja, tetapi umumnya ada di daerah percabangan. Pada ateroma yang pecah dapat mempersempit lumen pembuluh darah arteri yang kemudian mengakibatkan pembentukan bekuan darah yang mengalir (trombus), bekuan ini dapat menyebabkan sumbatan (tromboemboli) di tempat lain. Dengan adanya sumbatan pada arteri koroner dapat mengakibatkan menurunnya suplai darah (Muttaqin, 2014).

Kurangnya suplai oksigen dalam otot jantung, maka otot jantung akan menjadi iskemia, sedangkan apabila pasokan oksigen berhenti selama kurang lebih 20 menit maka menyebabkan miokardium (otot jantung) mengalami nekrosis (infark miokard). Iskemia miokard yang terjadi akibat kurangnya aliran darah ke miokardium menimbulkan nyeri dada dan adanya perubahan segmen ST pada (EKG). Nyeri dada yang dialami pasien dapat menimbulkan kecemasan akan kematian. Selain itu, iskemia mikoard juga akan menyebabkan penurunan

kontraktilitas miokard yang akan berdampak pada penurunan *cardiac output (CO)*. Kurangnya suplai oksigen dalam otot jantung membuat tekanan darah dan nadi meningkat sehingga menimbulkan kelelahan yang berlebih. Selanjutnya, Infark miokard menyebabkan volume akhir diastolik ventrikel kiri dan tekanan atrium kiri meningkat. Ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru-paru sehingga terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru menimbulkan edema paru, dan terjadi gangguan pertukaran gas. (Mutarobin, 2018).

## 7. Komplikasi

Komplikasi angina pektoris sering disebabkan oleh penyakit jantung koroner. Bila pembuluh darah koroner semakin sempit dan tersumbat total, maka akan muncul serangan jantung yang bisa mengancam nyawa. Oleh karena itu, angina pektoris perlu diperiksakan sejak masih berupa gejala awal, atau sejak nyeri masih ringan dan bisa mereda sendiri dengan istirahat (Luhtfiyah dkk, 2021).

Menurut Setyohadi *et al* (2018) komplikasi yang mungkin terjadi pada angina pektoris yaitu aritmia, gagal jantung, komplikasi mekanik (Ruptur dinding ventrikel, regurgitasi mitral akut).

## 8. Pemeriksaan penunjang

Menurut PERKI (2018), pemeriksaan penunjang pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris (UAP)* yaitu:

### a. Pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG)

Gambaran EKG : Depresi segmen ST > 1mm dan atau inversi gelombang T > 2mm di beberapa sadapan prekordial, dapat disertai dengan elevasi segmen ST yang tidak persisten (<20 menit), gelombang Q yang menetap, Non-diagnostik, dan Normal.

### b. Pemeriksaan Biomarka Jantung

CK-MB, Troponin T, dan I merupakan biomarka nekrosis miosit jantung dan menjadi biomarka untuk diagnosis infark miokard. Nilai normal CK <190 U/L, CKMB <24 U/L, Troponin T <50 ng/L.

### c. Pemeriksaan Echocardiografi

Memberikan gambaran pada struktur jantung, pembuluh darah, aliran darah, dan kemampuan otot jantung dalam memompa darah.

d. Pemeriksaan Angiografi koroner

Melihat penyempitan pada koroner, untuk mengetahui tingkat keparahan pada penyakit jantung koroner.

e. Pemeriksaan Laboratorium

Tes darah rutin, gula darah sewaktu, status elektrolit, koagulasi darah, tes fungsi ginjal, dan panel lipid, untuk menemukan adanya faktor risiko angina pectoris.

f. Pemeriksaan foto rontgen thoraks

Bentuk jantung biasanya normal, tetapi pada pasien hipertensi terlihat jantung membesar, dan tampak adanya kalsifikasi aorta.

## 9. Penatalaksanaan Medis

a. Tatalaksana Non medikamentosa

Menurut Setyohadi *et al* (2018) penatalaksanaan angina pectoris yaitu: tirah baring dan pemberian oksigen 2-4 liter/menit.

b. Tatalaksana Medikamentosa

Pengobatan angina pectoris bertujuan untuk mengurangi keluhan dan gejala, serta mencegah komplikasi berupa serangan jantung. Penanganan yang diberikan kepada tiap pasien dapat berbeda-beda, tergantung pada kondisi yang dialaminya. Biasanya, pasien yang mengalami angina pectoris akan diberikan obat-obatan untuk mengurangi keluhan. Dibawah ini adalah rincian dari berbagai cara pengobatan angina pectoris (Luhtfiyah, 2021) :

1. Obat-obatan

Jenis obat yang dapat diberikan oleh dokter untuk meredakan gejala angina yaitu obat pengencer darah: aspirin, clopidogrel, atau ticagrelor, obat pelebar pembuluh darah: nitrogliserin, untuk melebarkan dan merelaksasi pembuluh darah, sehingga aliran darah ke jantung lebih baik, obat penghambat beta untuk memperlambat denyut jantung dan merelaksasi pembuluh darah, sehingga mengurangi beban kerja jantung, dan obat

untuk mengontrol penyakit diabetes, kolestrol, dan hipertensi yang merupakan faktor risiko dari penyakit jantung koroner penyebab angina.

## 2. Prosedur medis khusus

Apabila angina pektoris tidak mereda setelah pemberian obat-obatan, dokter mungkin akan menganjurkan prosedur medis khusus menanganinya, antara lain (Luhtfiah, 2021):

- a. Pemasangan ring jantung, untuk melebarkan arteri yang mengalami penyempitan dengan meletakkan kawat khusus (ring) yang berbentuk seperti tabung di pembuluh darah arteri jantung.
- b. Operasi baypass jantung, yaitu dengan mengambil pembuluh darah dari bagian tubuh lain untuk membuat saluran aliran darah baru sebagai pengganti saluran aliran darah yang menyempit.

Selain pengobatan medis diatas, penderita perlu melakukan perubahan gaya hidup untuk mencegah keluhan muncul kembali yaitu dengan melakukan olahraga secara teratur, menerapkan pola makan yang baik, menghentikan kebiasaan merokok, dan beristirahat yang cukup.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan *Unstable Angina Pectoris* (UAP)**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Menurut Mutarobin (2018) pengkajian pada UAP yaitu:

- a. Pengkajian primer
  - 1) *Airways* yaitu adanya sumbatan atau penumpukan secret, suara nafas tambahan seperti wheezing atau krekles.
  - 2) *Breathing* yaitu adanya esak dengan aktifitas ringan atau istirahat, meningkatnya RR lebih dari 24 kali/menit, irama ireguler dangkal, suara nafas tambahan: ronchi dan krekles, ekspansi dada tidak penuh dan penggunaan otot bantu nafas.

3) *Circulation* yaitu nadi lemah, tidak teratur, takikardi, TD meningkat / menurun, edema, gelisah, akral dingin, kulit pucat, sianosis, dan output urine menurun.

b. Pengkajian sekunder

1) Aktifitas yaitu adanya kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur, pola hidup menetap, jadwal olah raga tidak teratur, takikardi, dispnea pada istirahat atau aktifitas.

2) Sirkulasi

(a) Riwayat IMA sebelumnya, penyakit arteri koroner, masalah tekanan darah, diabetes mellitus.

(b) Tekanan darah : Dapat normal / naik / turun, Perubahan postural dicatat dari tidur sampai duduk atau berdiri.

(c) Nadi : Dapat normal , penuh atau tidak kuat atau lemah / kuat kualitasnya dengan pengisian kapiler lambat, tidak teratur (disritmia).

(d) Bunyi jantung : Bunyi jantung ekstra : S3 atau S4 mungkin menunjukkan gagal jantung atau penurunan kontraktilitas atau komplain ventrikel.

(e) Murmur : Bila ada menunjukkan gagal katup atau disfungsi otot jantung.

(f) Friksi : Dicurigai Perikarditis.

(g) Irama jantung dapat teratur atau tidak teratur.

(h) Edema : Distensi vena juguler, edema dependent , perifer, edema umum, krekles mungkin ada dengan gagal jantung atau ventrikel.

(i) Warna : Pucat atau sianosis, kuku datar , pada membran mukosa atau bibir.

c. Integritas Ego

Menyangkal gejala penting atau adanya kondisi takut mati, perasaan ajal sudah dekat, marah pada penyakit atau perawatan, khawatir tentang keuangan, kerja, keluarga. Selain itu tandatandanya menunjukkan antara lain menoleh, menyangkal, cemas,

kurang kontak mata, gelisah, marah, perilaku menyerang, focus pada diri sendiri, koma nyeri.

- d. Eliminasi: normal dan bunyi usus menurun.
- e. Makanan atau cairan: pasien biasanya merasakan mual, anoreksia, bersendawa, nyeri ulu hati atau terbakar, penurunan turgor kulit, kulit kering, berkeringat, muntah, perubahan berat badan.
- f. Hygiene: kesulitan melakukan tugas perawatan.
- g. Neurosensori: pusing, berdenyut selama tidur atau saat bangun (duduk atau istirahat). Tanda : perubahan mental, kelemahan.
- h. Nyeri atau ketidaknyamanan
  - 1) Nyeri dada yang timbulnya mendadak (dapat atau tidak berhubungan dengan aktifitas ), tidak hilang dengan istirahat atau nitrogliserin (meskipun kebanyakan nyeri dalam dan viseral).
  - 2) Lokasi : Tipikal pada dada anterior, substernal, prekordial, dapat menyebar ke tangan, rahang, wajah. Tidak tertentu lokasinya seperti epigastrium, siku, rahang, abdomen, punggung, leher.
  - 3) Kualitas : “Crushing ”, menyempit, berat, menetap, tertekan, seperti dapat dilihat.
  - 4) Intensitas : Biasanya 10 (pada skala 1 -10), mungkin pengalaman nyeri paling buruk yang pernah dialami.
  - 5) Catatan : nyeri mungkin tidak ada pada pasien pasca operasi, diabetes mellitus , hipertensi, lansia.
- i. Pernafasan: dispnea tanpa atau dengan kerja, dispnea nocturnal, batuk dengan atau tanpa produksi sputum, riwayat merokok, penyakit pernafasan kronis, peningkatan frekuensi pernafasan, nafas sesak / kuat, pucat, sianosis, bunyi nafas (bersih, krekles, mengi), sputum.
- j. Interaksi social: stress, Kesulitan coping dengan stressor yang ada misal : penyakit, perawatan di Rumah sakit. Kesulitan istirahat

dengan tenang, Respon terlalu emosi (marah terus-menerus, takut) dan menarik diri.

- k. Riwayat atau adanya faktor-faktor risiko seperti: penyakit pembuluh darah arteri, serangan jantung sebelumnya, riwayat keluarga atas penyakit jantung/serangan jantung positif, kolesterol serum tinggi (diatas 200 mg/l), seorang perokok, diet tinggi garam dan tinggi lemak, kegemukan ( $bb\ ideal\ t\ b - 100 \pm 10\ %$ ), dan wanita pasca menopause karena terapi estrogen.
- l. Pemeriksaan Diagnostik
  - 1) EKG, adanya perubahan segmen ST, gelombang Q, dan perubahan gelombang T.
  - 2) Berdasarkan hasil sinar X dada terdapat pembesaran jantung dan kongestif paru.
  - 3) Enzim jantung, yaitu kreatinin kinase (CK) – isoenzim MB mulai naik dalam 6 jam, memuncak dalam 18 – 24 jam dan kembali normal antara 3 – 4 hari, tanpa terjadinya neurosis baru. Enzim CK – MB ssering dijadikan sebagai indikator Infark Miokard. Laktat dehidrogenase (LDH) mulai meningkat dalam 6 – 12 jam, memuncak dalam 3 – 4 hari dan normal 6 – 12 hari dan troponin T.
  - 4) Test tambahan termasuk pemeriksaan elektrolit serum, lipid serum, hematologi, GDS, analisa gas darah (AGD).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2017). Menurut Muttaqin (2014) dan berdasarkan SDKI (2017) terdapat lima diagnosa keperawatan utama yang muncul pada pasien dengan UAP, yaitu :

- 1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, preload, afterload, atau kontraktilitas (D.0008).

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: iskemia (D.0077).
3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi - perfusi dan perubahan membran alveolus - kapiler (D.0003).
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).
5. Ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan (D.0080).

### 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan meliputi intervensi keperawatan dan tindakan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (SIKI, 2018). Intervensi perencanaan keperawatan pada pasien dengan *Unstable Angina Pectoris* (UAP) sebagai berikut.

Tabel 1. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, preload, afterload, atau kontraktilitas (D.0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat (L.02008) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat.</li> <li>2. Ejection fraction (EF) meningkat.</li> <li>3. Palpitasi menurun.</li> <li>4. Bradikardia menurun.</li> <li>5. Takikardia menurun.</li> <li>6. Gambaran EKG aritmia menurun.</li> <li>7. Lelah menurun.</li> </ol>	<b>Perawatan Jantung (L.02075)</b> <b>Observasi :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxymal noctural dyspnea, peningkatan CVP).</li> <li>- Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi : peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi</li> </ul>

		<p>8. Edema menurun.  9. Distensi vena jugularis menurun.  10. Dispnea menurun.  11. Oliguria menurun.  12. Pucat / sianosis menurun.  13. Paroxysmal nocturnal dyspnea menurun.  14. Ortopnea menurun.  15. Batuk menurun.  16. Suara jantung S3 menurun.  17. Suara jantung S4 menurun.  18. Tekanan darah membaik.  19. Pengisian kapiler membaik.</p>	<p>basah, oliguri, kulit pucat).  - Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik; jika perlu).  - Monitor intake dan output cairan.  - Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama.  - Monitor saturasi oksigen.  - Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri).  - Monitor EKG 12 sadapan  - Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) .  - Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, Ntpro-BNP).  - Monitor fungsi alat pacu jantung.  - Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktifitas.  - Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum sebelum dan sesudah pemberian obat (mis: beta bloker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoksin).  <b>Terapeutik :</b>  - Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman.  - Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol dan makanan tinggi lemak).  - Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi).  - Fasilitasi pasien dan</p>
--	--	---	--

			<p>keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol dan makanan tinggi lemak).</li> <li>- Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu.</li> <li>- Berikan dukungan emosional dan spiritual.</li> <li>- Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%.</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi.</li> <li>- Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap.</li> <li>- Anjurkan berhenti merokok.</li> <li>- Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian.</li> <li>- Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian antiaritmia, jika perlu.</li> <li>- Rujuk ke program rehabilitasi jantung.</li> </ul>
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: iskemia (D.0077).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun.</li> <li>2. Meringis menurun.</li> <li>3. Gelisah menurun.</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun.</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>- Identifikasi skala nyeri.</li> <li>- Identifikasi respons nyeri non verbal.</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan</li> </ul>

		<p>5. Anoreksia menurun.  6. Frekuensi nadi membaik.  7. Pola napas membaik.  8. Tekanan darah membaik.</p>	<p>memperingan nyeri.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</li> <li>- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</li> <li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</li> <li>- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik.</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur.</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri.</li> <li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</li> <li>- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</li> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk</li> </ul>
--	--	---	---

			<p>mengurangi rasa nyeri.</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</li> </ul>
3.	<p>Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat (L.01003) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat.</li> <li>2. Dispnea menurun.</li> <li>3. Bunyi napas tambahan menurun.</li> <li>4. Pusing menurun.</li> <li>5. Penglihatan kabur menurun.</li> <li>6. Diaforesis menurun.</li> <li>7. Gelisah menurun.</li> <li>8. Napas cuping hidung menurun.</li> <li>9. PCO2 membaik.</li> <li>10. PO2 membaik.</li> <li>11. Takikardia membaik.</li> <li>12. PH arteri membaik.</li> <li>13. Sianosis membaik.</li> <li>14. Pola nafas membaik.</li> <li>15. Warna kulit membaik.</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Respirasi (I.01014)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas.</li> <li>- Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, atksik).</li> <li>- Monitor kemampuan batuk efektif.</li> <li>- Monitor adanya produksi sputum.</li> <li>- Monitor adanya sumbatan jalan napas.</li> <li>- Palpasi kesimetrisan ekspansi paru.</li> <li>- Auskultasi bunyi napas..</li> <li>- Monitor saturasi oksigenasi.</li> <li>- Monitor nilai AGD.</li> <li>- Monitor hasil x-ray toraks.</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien.</li> <li>- Dokumentasikan hasil pemantauan.</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.</li> <li>- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</li> </ul>
4.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat (L.05047) dengan kriteria hasil :</p>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.</li> </ul>

	ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi meningkat.</li> <li>2. Saturasi oksigen meningkat.</li> <li>3. Keluhan Lemah/lelah meningkat.</li> <li>4. Dispnea saat aktivitas menurun.</li> <li>5. Dispnea setelah aktivitas menurun.</li> <li>6. Tekanan darah membaik.</li> <li>7. Frekuensi napas membaik.</li> <li>8. EKG Iskemia membaik.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kelelahan fisik dan emosional.</li> <li>- Monitor pola dan jam tidur.</li> <li>- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan).</li> <li>- Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/ atau aktif.</li> <li>- Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.</li> <li>- Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan tirah baring.</li> <li>- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.</li> <li>- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.</li> <li>- Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</li> </ul>
4.	Ansietas berhubungan dengan rasa takut akan kematian, ancaman, atau perubahan kesehatan (D.0080).	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun.</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun.</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi,waktu,stresor).</li> <li>- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.</li> <li>- Monitor tanda- tanda ansietas (verbal dan non verbal).</li> </ul>

		<p>3. Keluhan pusing menurun.</p> <p>4. Frekuensi pernafasan menurun.</p> <p>5. Frekuensi nadi menurun.</p> <p>6. Tekanan darah menurun.</p> <p>7. Perasaan keberdayaan membaik.</p>	<p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.</li> <li>- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.</li> <li>- Pahami situasi yang membuat ansietas.</li> <li>- Dengarkan dengan penuh perhatian.</li> <li>- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.</li> <li>- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.</li> <li>- Motivasi situasi yang memicu kecemasan.</li> <li>- Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.</li> <li>- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis.</li> <li>- Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu.</li> <li>- Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan.</li> <li>- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.</li> <li>- Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.</li> <li>- Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat.</li> <li>- Latih tehnik relaksasi.</li> </ul>
--	--	--	--

			<b>Kolaborasi :</b> - Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.
--	--	--	--

(Sumber: SDKI 2017, SIKI 2018, dan SLKI 2018)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien *Unstable Angina Pectoris* (UAP), disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dan disesuaikan dengan apa yang dibutuhkan oleh klien. Beberapa hal yang harus diperhatikan pada tahap implementasi dimulai dari pengkajian lanjutan, membuat prioritas, menghitung alokasi tenaga, memulai intervensi keperawatan, dan mendokumentasikan tindakan dan respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan (Lemone, dkk. 2016).

Jenis-jenis tindakan pada tahap pelaksanaan implementasi adalah :

a. Secara mandiri (independent)

Tindakan yang diprakarsai oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya dan menanggapi reaksi karena adanya stressor.

b. Saling ketergantungan (interdependent)

Tindakan keperawatan atas dasar kerja sama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya seperti: dokter, fisioterapi, dan lain-lain.

c. Rujukan/ketergantungan (Dependent)

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dan profesi lainnya diantaranya dokter, psikiatri, ahli gizi, dan lainnya.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan respons klien kearah pencapaian tujuan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan.

Menurut Padila (2018), evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subyektif, obyektif, assessment, planing). Komponen SOAP yaitu :

- a. S (subyektif) dimana perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan.
- b. O (obyektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi klien secara langsung dan dirasakan setelah selesai tindakan keperawatan.
- c. A (assesment) adalah kesimpulan dari data subyektif dan obyektif (biasaya ditulis dala bentuk masalah keperawatan).
- d. P (planning) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dengan rencana kegiatan yang sudah ditentukan sebelumnya.

C. *Web of Causation (WOC) Unstable Angina Pectoris (UAP)*



