

ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN *CORONARY ARTERY DISEASE (CAD) UNSTABLE ANGINA PECTORIS (UAP)* DENGAN INTERVENSI INOVASI PEMBERIAN PIJAT KAKI TERHADAP PENURUNAN NYERI DADA DI RUANG *INTENSIVE CARDIAC CARE UNIT (ICCU)* RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ners Keperawatan



DIAJUKAN OLEH :

NIKMA KRIS DAYANTI, S.Kep

16.113082.5.0334

PROGRAM PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

SAMARINDA

2017

Analisa Praktik Klinik Keperawatan pada Klien Ny. V dengan *Coronary Artery Disease (CAD) Unstable Angina Pectoris (UAP)* dengan Intervensi Inovasi Pemberian Pijat Kaki Terhadap Penurunan Nyeri Dada di Ruang *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Nikma Kris Dayanti¹, Rusni Masnina²

INTISARI

Coronary Artery Disease (CAD) merupakan salah satu gangguan kardiovaskular yang disebabkan karena adanya oklusi arteri koroner jantung. Dalam masalah ini, dinding satu atau lebih arteri koroner jantung tersumbat sepenuhnya atau sebagian karena presipitasi beberapa bahan yang disebut plak (lemak atau serat) dan aliran darah ke berbagai bagian jantung berhenti secara permanen atau sementara. Angina pektoris tidak stabil dijumpai pada individu dengan perburukan penyakit arteri koronaria. Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan klien *Unstable Pectoris (UAP)* dengan nyeri dada di ruang Intensif Cardiac Care Unit (ICCU) Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Intervensi inovasi yang digunakan adalah pengaruh pijat kaki di ruang *Intensif Cardiac Care Unit (ICCU)* Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa kasus kelolaan didapatkan ada 3 masalah keperawatan pada klien dengan CAD UAP yaitu penurunan curah jantung, nyeri akut, dan intoleransi aktivitas. Implementasi dilakukan pada Ny.V (62 th) selama 3 hari berturut-turut. Evaluasi tindakan keperawatan pijat kaki menunjukkan bahwa terdapat penurunan nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi, bahwa terdapat penurunan nyeri dari skala 5 menjadi skala 2. Peran perawat disini menjadi penting untuk melakukan teknik pijat kaki untuk membantu menurunkan skala nyeri dada.

Kata Kunci : *Coronary Artery Disease (CAD)*, Pijat Kaki, Nyeri Dada

¹Mahasiswa Program Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

Analysis of Nursing Clinical Practice Patient with Coronary Artery Disease Clients (CAD) Unstable Pectoris (UAP) with Interventions Innovation of Foot Massage Decrease of Chest Pain in the Room Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Hospital

Nikma Kris Dayanti³, Rusni Masnina⁴

ABSTRACT

Coronary Artery Disease (CAD) is one of the cardiovascular disorders caused by cardiac coronary artery occlusion. In this case, the wall of one or more coronary arteries of the heart is completely or partially blocked by the precipitation of some substance called plaque (fat or fiber) and blood flow to various parts of the heart stops permanently or temporarily. Unstable angina pectoris is present in individuals with worsening coronary artery disease. Final Scientific Writing Ners (KIAN) aims to analyze the cases of underlying management with clients Unstable Pectoris (UAP) with chest pain in the Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Hospital. The innovation intervention used was the effect of foot massage in the Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Hospital. Results of case management there are three nursing problems in clients with CAD UAP are decreased cardiac output, acute pain, and activity intolerance. Implementation was performed on Ny.V (62 years old) for 3 consecutive days. Evaluation of nursing foot massage action shows that there is a decrease in pain before and after intervention, that there is a decrease in pain from scale 5 to scale 2. The role of nurses here becomes important for performing foot massage techniques to help reduce the scale of chest pain.

Keyword : CAD, Foot Massage, Chest Pain

³ Nursing Student of STIKES Muhammadiyah Samarinda

⁴ Nursing Lecturer of STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia, data yang diterbitkan oleh WHO 2013 menunjukkan bahwa sebanyak 17,3 milyar orang di dunia meninggal karena penyakit kardiovaskuler dan diperkirakan akan mencapai 23,3 milyar penderita yang meninggal tahun 2020. Indonesia menempati urutan nomor empat Negara dengan jumlah kematian terbanyak akibat penyakit kardiovaskuler (WHO,2013).

Di Indonesia penyakit jantung dan pembuluh darah ini terus meningkat dan akan memberikan beban kesakitan, kecacatan dan beban sosial ekonomi bagi keluarga penderita, masyarakat, dan negara. Sementara itu, data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan terdapat peningkatan prevalensi penyakit jantung koroner dan gagal jantung berdasarkan wawancara seiring peningkatan umur responden. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2011, penyakit jantung iskemik mempunyai proporsi sebesar 5,1% dari seluruh penyakit penyebab kematian dan penyakit jantung mempunyai angka proporsi 4,6% dari seluruh kematian (Riskesdas, 2013).

Prevalensi penyakit jantung koroner (PJK) berdasarkan terdiagnosis dokter, tertinggi di Sulawesi tengah (0,8%) diikuti Sulawesi Utara, DKI Jakarta, dan Aceh masing-masing 0,7 %, sedangkan

Kalimantan Timur sebesar 0,5%. Sementara prevalensi menurut diagnosis atau gejala tertinggi di Nusa Tenggara Timur (4,4%), diikuti Sulawesi Tengah (3,8%), Sulawesi (2,9%), dan Sulawesi Barat (2,6%), sedangkan Kalimantan Timur sebesar 0,5% (Riset Kesehatan Dasar, 2013).

Coronary Artery Disease (CAD) merupakan salah satu gangguan kardiovaskular yang disebabkan karena adanya oklusi arteri koroner jantung, dalam masalah ini, dinding satu atau lebih arteri koroner jantung tersumbat sepenuhnya atau sebagian karena presipitasi beberapa bahan yang disebut plak (lemak atau serat) dan aliran darah ke berbagai bagian jantung berhenti secara permanen atau sementara (Oshvandi Kh, et al, 2014).

Penyakit arteri koroner (CAD) adalah penyempitan atau penyumbatan arteri koroner, arteri yang menyalurkan darah ke otot jantung. Bila aliran darah melambat, jantung tak mendapat cukup oksigen dan zat nutrisi. Hal ini biasanya mengakibatkan nyeri dada yang disebut angina. Bila satu atau lebih dari arteri koroner tersumbat sama sekali, akibatnya adalah serangan jantung (kerusakan pada otot jantung) (Brunner and Sudarth, 2010).

Acute Coronary Syndrome (ACS) sendiri merupakan bagian dari penyakit jantung koroner (PJK) dimana yang termasuk ke dalam *Acute Coronary Syndrome* (ACS) adalah angina pektoris tidak stabil (*Unstable Angina Pectoris/UAP*), infark miokard dengan ST Elevasi (*ST Elevation Myocard Infarct* (STEMI)), dan infark miokard tanpa ST Elevasi (*Non ST Elevation Myocard Infarct* (NSTEMI)) (Myrtha, 2012).

Angina pectoris tak stabil (*Unstable angina* = UA) dan infark miokard akut tanpa elevasi (*Non ST Elevation Myocardial Infarction* = NSTEMI) diketahui merupakan suatu kesinambungan dengan kemiripan patofisiologi dan gambaran klinis sehingga pada prinsipnya penatalaksanaan keduanya tidak berbeda. Diagnosis NSTEMI ditegakkan jika pasien dengan manifestasi klinis UA menunjukkan bukti adanya nekrosis miokard berupa peningkatan biomarker jantung. Angina pectoris tidak stabil adalah kombinasi angina stabil dengan angina Prinzmetal. Dijumpai pada individu dengan perburukan penyakit arteri koronaria. Angina ini biasanya menyertai peningkatan beban kerja jantung. Apabila keadaan plak pada arteria koronaria menjadi tidak stabil, misalnya mengalami pendarahan, ruptur atau terjadi fissura, sehingga terbentuk trombus di daerah plak yang menghambat aliran darah koronaria dan terjadi serangan angina pectoris (Majid, 2008).

Prasetyo (2010) mengemukakan bahwa dalam beberapa kasus nyeri yang sifatnya ringan, tindakan non farmakologi adalah intervensi yang paling utama, sedangkan tindakan farmakologi dipersiapkan untuk mengantisipasi perkembangan nyeri. Pada kasus nyeri untuk mengatasi nyeri disamping tindakan farmakologi yang utama. Menurut Tamsuri (2006) tindakan non farmakologi untuk mengatasi nyeri terdiri dari beberapa tindakan penanganan. Yang pertama berdasarkan penanganan fisik atau stimulasi fisik meliputi stimulasi kulit, stimulasi elektrik (TENS), akupunktur, placebo, pijat, terapi es dan panas. Yang kedua berdasarkan intervensi perilaku kognitif meliputi relaksasi, umpan balik

biologis, mengurangi persepsi nyeri, hipnotis, distraksi, *guide imaginary* (imajinasi terbimbing).

Menurut Furlan (2004 dalam Haryanto, 2015) *massage* (pijat) telah ditemukan untuk menghasilkan respon relaksasi dan *massage* berdampak positif untuk mengurangi nyeri sering dijelaskan pada teori control gerbang, dengan pijatan merangsang serabut saraf berdiameter besar yang memiliki input penghambat pada sel-T. Tindakan untuk mengatasi nyeri bisa menggunakan terapi farmakologi maupun nonfarmakologi. Terapi nonfarmakologi untuk mengatasi pengalihan nyeri terdiri dari beberapa tindakan penanganan, meliputi; teknik relaksasi, terapi musik, pijatan dan terapi menggunakan aromaterapi.

Pamungkas (2009) menyatakan bahwa terapi pijat refleksi adalah cara pengobatan yang memberikan sentuhan pijatan pada lokasi dan tempat yang sudah dipetakan sesuai pada zona terapi. Pada zona-zona ini, ada suatu batas atau letak reflek-reflek yang berhubungan dengan organ tubuh manusia, dimana setiap organ atau bagian tubuh terletak dalam jalur yang sama berdasarkan fungsi system saraf. Potter & Perry (2009) menegaskan bahwa pemberian sentuhan terapeutik dengan menggunakan tangan akan memberikan aliran energi yang menciptakan tubuh menjadi relaksasi, nyaman, nyeri berkurang, aktif dan membantu tubuh untuk segar kembali. Menurut Oshvandi Kh. et al (2014) pijat dapat mengurangi stress, kecemasan, menghilangkan rasa nyeri, menyebabkan relaksasi fisik dan mentransfer energi terapis-pasien yang digunakan sebagai manipulasi umum jaringan lunak tubuh untuk memulihkan

keseimbangan metabolik pada jaringan. Penggunaan pijat jangka pendek memiliki efek terapeutik untuk tangan, kaki, leher dan bahu, manfaat pijat dapat ditunjukkan secara fisik dan relaksasi mental, penurunan stres. Tekanan pijat dapat mencapai otak lebih cepat daripada rasa sakit. Pasien perlu sekali beristirahat baik secara fisik maupun emosional. Istirahat akan mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung, dan menurunkan tekanan darah. Istirahat juga mengurangi kerja otot pernapasan dan penggunaan oksigen. Frekuensi jantung menurun, yang akan memperpanjang periode diastole pemulihan sehingga memperbaiki efisiensi kontraksi jantung.

Penulis telah melakukan pengkajian singkat yang telah dilakukan di RS Abdul Wahab Sjahrani Samarinda pada tgl 12 – 14 Juni 2017 terhadap 4 orang pasien dengan penyakit CAD UAP, didapatkan hasil mengatakan mengalami nyeri dada sebelah kiri.

Di Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahrani Samarinda khususnya di ruang Intensif Coronary Care Unit (ICCU) angka kejadian penyakit pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan yang paling terbanyak dimana dari 180 pasien dari bulan April hingga bulan Juni tahun 2017 data yang di dapatkan ruangan mencapai 40 orang pasien, ACS stemi sebanyak 37 orang pasien, ACS Nstemi sebanyak 22 orang pasien, CAD OMI sebanyak 22 orang pasien, ACS UAP sebanyak 14 orang, aritmia sebanyak 14 orang, SNH sebanyak 4 orang, CKD sebanyak 1 orang, dan PJB sebanyak 1 orang.

Berdasarkan data dan fenomena yang ditemukan maka disusunlah

Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini yang lebih lanjut akan menguraikan pengelolaan dan asuhan keperawatan pasien *Coronary Artery Disease (CAD) Unstable Angina Pectoris (UAP)*.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan diatas, maka rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah :

“Bagaimanakah gambaran analisa pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *Coronary Artery Disease (CAD) Unstable Angina Pectoris (UAP)* Dengan Intervensi Inovasi Pemberian Pijat Kaki Terhadap Penurunan Nyeri di Ruang Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisis terhadap kasus kelolaan dengan pasien *Coronary Artery Disease (CAD) Unstable Angina Pectoris (UAP)* dengan Intervensi Inovasi Pemberian Pijat Kaki Terhadap Penurunan Nyeri di Ruang *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa medis *Coronary Artery Disease (CAD) Unstable Angina Pectoris (UAP)* di ruang *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*.

- b. Menganalisis intervensi hasil inovasi pemberian pijat kaki terhadap Penurunan Nyeri pada pasien kelolaan dengan diagnosa *Coronary Artery Disease (CAD) Unstable Angina Pectoris (UAP)* di ruang *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

Penulisan KIA-N ini diharapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek baik dari aspek aplikatif maupun keilmuan.

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Pasien

Menambah pengetahuan tentang teknik relaksasi pijat kaki untuk penurunan nyeri yang dapat diaplikasikan secara oleh pasien.

b. Bagi Perawat

Menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman, serta memperkuat dukungan bagi perawat dalam pelaksanaan teknik pijat kaki sebagai intervensi keperawatan mandiri untuk penurunan nyeri.

c. Bagi Tenaga Kesehatan

Menambah pengetahuan tentang teknik pijat kaki sebagai teknik relaksasi non-farmakologi.

2. Manfaat Keilmuan

a. Bagi Penulis

Menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman baru dalam bidang penelitian terutama mengetahui pengaruh teknik pijat kaki terhadap penurunan nyeri pada pasien *Coronary Artery Disease (CAD) Unstable Angina Pectoris (UAP)*.

b. Bagi Rumah Sakit

Bahan masukan bagi rumah sakit tentang tindakan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Coronary Artery Disease (CAD) Unstable Angina Pectoris (UAP)* sehingga rumah sakit dapat menambahkan dan membuat SOP tentang tindakan tindakan keperawatan pada pasien CAD UAP.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan rujukan bagi institusi pendidikan dalam melaksanakan proses pembelajaran dengan melakukan intervensi inovasi berdasarkan riset-riset terkini.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai bahan referensi untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut tentang manajemen nyeri non-farmakologi.

BAB IV

ANALISA SITUASI

A. Profil Lapangan Praktek

Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie (RSUD AWS) terletak di jalan Palang Merah Indonesia, Kecamatan Samarinda Ulu. Rumah Sakit Umum Daerah A.Wahab Sjahranie sebagai rumah sakit rujukan (*Top Referral*), dan sebagai Rumah Sakit kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur terhitung mulai bulan Januari 2014. RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda saat ini sebagai wahana pendidikan klinik Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman juga program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS I) Bedah, selain itu berbagai institusi pendidikan baik pemerintah maupun swasta juga bekerja sama dengan Perguruan tinggi kesehatan yang ada di Kalimantan Timur. Gambaran visi dan misi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda :

1. Visi : “Menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Bertaraf Internasional Pada Tahun 2018”.
2. Misi :
 - a) Meningkatkan Askes dan Kualitas Pelayanan berstandar Internasional
 - b) Mengembangkan RS sebagai pusat pendidikan dan penelitian di Bidang Kedokteran dan Kesehatan
3. Motto RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda adalah sebagai berikut:
Respect (Santun), *Excellent* (Prima), *Community* (Bermasyarakat),

Compassion (semangat), *Integritas* (jujur), dan *Accountable* (Tanggung Jawab)

4. Falsafah RSUD Abdul Wahab Sjahranie

“Jenis-jenis pelayanan RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda yang tersedia meliputi : Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Forensik, Instalasi Radiologi, Instalasi Rehabilitas Medik. Jenis-jenis pelayanan penunjang RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda adalah Instalasi Farmasi, Laboratorium Anatomi Klinik dan Patologi Klinik, kateterisasi jantung, bedah jantung, unit stroke, Instalasi Penunjang Medis, Radiotherapy dan Kemothearpy.

- 1) Tahun 1974 : Pada tahun 1974 didirikan Rumah Sakit Umum di Segiri Kecamatan Samarinda hulu, disebut sebagai RSUD Segiri.
- 2) Tahun 1977 : Pada 12 Nopember 1977 Diresmikan oleh Gubernur KDH Tk I Provinsi Kalimantan Timur Bapak H. A. Wahab Sjachranie untuk Pelayanan Rawat Jalan.
- 3) Tahun 1984 : Pada 21 Juli 1984, seluruh pelayanan rawat inap dan rawat jalan dipindahkan dari rumah sakit lama (Selili) ke lokasi rumah sakit umum baru yang terletak di Jln. Palang Merah Indonesia
- 4) Tahun 1987 : Nama Rumah Sakit Umum Daerah A. Wahab Sjachranie diresmikan.
- 5) Tahun 1993 : Sebagai Rumah Sakit kelas B dengan SK Menkes No: 1161/Menkes/SK/XII/1993, ditetapkan di Jakarta pada

tanggal 15 Desember 1993.

- 6) Tahun 1999 : RSUD AWS ditetapkan dengan status sebagai unit SWADANA. Tahun 2003 : Berdasarkan PERDA No. 5 Tahun 2003, terjadi perubahan status dari UPTD Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur menjadi Lembaga Teknis Daerah.
- 7) Tahun 2008 : Keputusan Menkes RI No. HK.07.06/III/274/08, Pemberian Izin Penyelenggaraan RSUD A.W.Sjahranie Samarinda Provinsi Kaltim.
- 8) Tahun 2008 : Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Timur No. 10 tahun 2008, dengan memberikan pelayanan dengan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan dilanjutkan dengan Keputusan Gubernur Kalimantan Timur Nomor : 445/K.225/2008, Tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Kalimantan Timur Sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).
- 9) Tahun 2010 : Dengan terakreditasinya 16 Pelayanan RSUD AWS pada tahun 2010 ini maka diajukan RSUD.AWS. menjadi Rumah Sakit Pendidikan Kelas B Pendidikan dan berdasarkan ketetapan Menteri Kesehatan RI No: Ym.01.06/III/580/2010, tanggal 1 Februari 2010.
- 10) Tahun 2010 : RSUD A.W. Sjahranie ditetapkan sebagai Rumah Sakit Kelas B Pendidikan. Perda Provinsi No.57.
- 11) Tahun 2010, Penyesuaian Jenjang Eselonering Pada RSUD.AWS. Pada tanggal 16 Desember 2012, Mendapatkan Sertifikat

berstandar Internasional (ISO 9001 / 2008) oleh MS CERT.

RSUD A.Wahab Sjahranie Samarinda memiliki Instalasi Perawatan Intensif (IPI) yang terdiri dari Ruang Intensive Care Unit (ICU), Intensive Cardiac Care Unit (ICCU), Neonatal Intensive Care Unit (NICU) dan Pediatric Intensive Care Unit (PICU), Unit Stroke center (USC), High Care Unit (HCU). Selama Praktik Klinik Keperawatan Stase Elektif penulis memilih ruang ICCU sebagai ruang praktik keperawatan.

Ruang ICCU (Intensive Cardiac Care Unit) merupakan unit khusus untuk merawat pasien yang mempunyai kelainan pada jantung secara intensif. Gedung baru ICCU yang letaknya bersebelahan dengan ICU ditempati sejak tahun 2004, memiliki 11 bed atau tempat tidur dengan dilengkapi peralatan yang memadai. Ketenagaan berjumlah 28 orang sudah termasuk dengan kepala ruangan dan CCM. Pendidikan terakhir terdiri dari S-1 Ners sebanyak 2 orang, S-1 Keperawatan sebanyak 4 orang, D-IV Keperawatan sebanyak 2 orang dan D-III Keperawatan sebanyak 21 orang. Jenis pelatihan yang sudah dilakukan adalah Kardiovaskuler Dasar (KD), ACLS, BTCLS, BCLS, BLS, Perawatan Intensif, Perawatan Luka, CI, Manajemen Bagsal, Pasien Safety, C.Exelen, Tata Ruang, ESQ, Poli Prima dan PPGD.

B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep

Kasus Terikat

Kasus kelolaan utama dalam karya ilmiah ini adalah klien dengan *Coronary artery disease* (CAD) adalah terjadinya penyempitan

pembuluh darah koroner yaitu pembuluh darah yang mensuplai oksigen dan nutrisi ke otot jantung sebagai akibat penumpukan lemak pada dinding pembuluh darah tersebut. Penumpukan lemak pada bagian dalam pembuluh darah akan menyebabkan penyempitan lumen dan mengakibatkan penurunan suplai darah ke otot jantung (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2008).

Dalam melakukan pengkajian pada Ny.V, penulis menggunakan metode wawancara, observasi, serta catatan rekam medis. Diagnosa medis pasien adalah *Coronary Artery Disease (CAD)*, *Unstable Angina Pectoris (UAP)*.

Coronary Artery Disease (CAD) salah satu faktor resiko yang dapat menimbulkan dan memperparah keadaan pasien dengan *Unstable Angina Pectoris (UAP)*.

Unstable Angina Pectoris (UAP) terjadi karena menurunnya perfusi ke miokard (akibat disrupsi plak, menyebabkan trombus dan penurunan perfusi) atau terjadi karena peningkatan kebutuhan oksigen. Miokard akan mengalami stress tetapi bisa membaik kembali. Ketika suplai tidak adekuat bagi miokard, maka akan terjadi iskemi miokard. Iskemi yang bersifat sementara akan menyebabkan perubahan reversibel pada tingkat sel dan jaringan serta menekan fungsi miokard. Oksigen yang menurun memaksa miokard untuk melakukan metabolisme anaerob. Manifestasi klinis dari ACS UAP adalah adanya nyeri dada berupa rasa tertekan/berat daerah retroteral menjalar ke lengan kiri, leher, bahu, atau epigastrium berlangsung intermiten atau

persisten > 20 menit, sering disertai diaphoresis, mual/untah, nyeri abdomen, sesak nafas, dan sinkop (PERKI, 2015).

Asuhan keperawatan pada pasien Ny.M dengan diagnosa *Coronary Artery Disease (CAD)*, *Unstable Angina Pectoris (UAP)* dilakukan sejak tanggal 15 Juni 2017 sampai 17 Juni 2017, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 11 Juni 2017 di ruang ICCU.

Kerusakan yang ditimbulkan pada pasien CAD, UAP menyebabkan beberapa masalah keperawatan. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien adalah penurunan curah jantung, nyeri akut, dan intoleransi aktivitas. Masalah-masalah keperawatan tersebut akan didiskusikan lebih lanjut pada pembahasan di bawah ini.

1. Penurunan curah jantung

Didefinisikan sebagai ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Penurunan curah jantung terjadi akibat perubahan struktur dan fungsi jantung. Perubahan struktur jantung terjadi akibat proses kompensasi yang terus menerus sehingga menyebabkan terjadinya remodeling. Remodeling merupakan hasil dari hipertrofi sel otot jantung dan aktivasi sistem neurohormonal yang terus menerus dengan melakukan dilatasi ventrikel yang mengakibatkan pengerasan dinding ventrikel oleh hipertrofi otot jantung (Black dan Hawks, 2009). Data pendukung meliputi data subjektif dan objektif. Data subjektif yang menjadi keluhan utama yang dirasakan Ny.V adalah nyeri dada yang datang tiba-tiba di

malam hari, nyeri dirasakan hilang timbul \pm 3 jam dengan skala nyeri 5, nyeri hilang setelah diberikan terapi oksigen nasal kanu, nyeri yang sering muncul yang dirasakan Ny.V

Sedangkan data objektif adalah keadaan umum pasien lemah, TD= 130/90 mmHg N= 80x/menit RR= 25x/menit, Troponin T = < 30 pg/ml, SpO₂ 99%, wajah nampak sangat khawatir saat menceritakan jika nyeri timbul, menggunakan oksigen *nasal canulla* 3 liter/ menit. Hasil foto thorax tidak ada. Hasil EKG pada tanggal 11 Juni 2017 yaitu irama sinus aritmia + VES (Ventrikel Ekstra Sistol) yaitu gelombang QRS yang timbul lebih awal tanpa diikuti gelombang P (Ekstra Sistol), tidak temukan kelainan di arteri koroner yang ditandai dengan tidak ditemukan adanya gelombang Q patologis, ST elevasi, T inverted, dan ST depresi, tidak ditemukan adanya pembesaran pada LVH atau RVH.

2. Nyeri Akut

Proses terjadinya nyeri menurut Lindamen dan Arthie dalam Judha, dkk (2012) adalah dimulai ketika bagian tubuh terluka oleh tekanan, potongan, sayatan, dingin, atau kekurangan oksigen sel, maka akan mengiritasi nosiseptor. Saraf ini akan merangsang dan bergerak sepanjang serabut saraf atau neurotransmisi yang akan menghasilkan substansi yang disebut neurotransmitter seperti prostaglandin dan epineprin, yang membawa pesan dari medulla spinalis ditransmisikan ke otak dan dipesepikan sebagai nyeri.

Mekanisme nyeri dada pada pasien jantung disebabkan oleh adanya sumbatan diarteri koroner atau penurunan curah jantung (SV menurun / kontraktilitas menurun), akibatnya suplai darah yang membawa oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan tubuh untuk metabolisme menurun. Akibat penurunan suplai oksigen maka terjadi metabolisme anaerob (tidak menggunakan oksigen), dari metabolisme anaerob tersebut dihasilkan asam laktat dan ATP (yang seharusnya menghasilkan ATP dan air) sehingga menyebabkan nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

Dua tipe serabut saraf perifer yang megonduksi stimulus nyeri adalah serabut A-delta yang bermielinasi dan cepat, dan serabut C yang tidak bermielinasi dan berukuran sangat kecil serta lambat. Serabut A mengirim sensasi yang tajam, terlokalisasi, dan jelas yang melokalisasi sumber nyeri dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C menyampaikan impuls yang terlokalisasi buruk, visceral, dan terus-menerus. Ketika serabut C dan serabut A-delta menstransmisikan impuls dari serabut saraf peerifer, maka akan melepaskan mediator kimia yang mengaktifkan dan membuat peka akan respon nyeri (Potter & Perry, 2009).

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena masase membuat relaksasi otot (Brunner dan Suddarth, 2010). Masase kulit memberikan efek penurunan kecemasan dan ketegangan otot. Rangsangan masase

otot ini dipercaya akan merangsang serabut berdiameter besar, sehingga mampu memblock atau menurunkan impuls nyeri (Tamsuri, 2006).

Data pendukung meliputi data subjektif dan objektif. Data Subjektif didapatkan bahwa Ny. V mengatakan jika nyeri dada sering tiba-tiba muncul di malam hari, rasa seperti tertekan, dengan skala nyeri 5, nyeri dirasakan hilang timbul \pm 3 jam, di dapatkan data objektif ekspresi menahan sakit, memegang dada yang terasa nyeri.

3. Intoleransi aktifitas

CAD merupakan penyakit yang menyebabkan intoleransi aktifitas pada penderitanya. Intoleransi aktifitas merupakan ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas kehidupan sehari-hari yang harus atau ingin dilakukan (Herdman dan Kamitsuru, 2014).

Hal ini terlihat dari manifestasi klinis pada pasien kasus kelolaan ini pasien mengeluhkan pusing saat beraktivitas. Hal ini terjadi dikarenakan ketidakmampuan jantung memompa darah dalam mencukupi kebutuhan oksigenasi jaringan tubuh untuk menghasilkan energi (Damayanti, 2013).

C. Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep dan Penelitian Terkait

Pada asuhan keperawatan ini, salah satu diagnosa yang diangkat penulis adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Kemudian pada Nursing Intervention Classification (NIC) “Manajemen

Nyeri”. Peneliti melakukan intervensi inovasi berupa pijat kaki sebagai terapi penurunan nyeri dada. Intervensi ini dilakukan pada tanggal 15 – 17 Juni 2017. Tujuan dilakukan teknik pijat kaki untuk mengurangi rasa nyeri yang klien rasakan dan merupakan salah satu metode pengalihan nyeri yaitu reflekso. Sebelum dilakukan tindakan pijat kaki, pasien diukur tekanan darahnya kemudian dilakukan pemijatan 20 menit pada daerah kaki, dan pasien diminta rileks.

Berikut tabel hasil dari pengamatan tekanan darah pada Ny.V sebelum dan sesudah dilakukan tindakan pijat kaki selama dirawat di ICCU.

No	Hari/ Tanggal	Sebelum	Sesudah
1	Kamis 15 Juni 2017	<p>Subjektif: P: “Nyeri dada sebelah kiri saat bergerak dan saat terlentang, nyeri hilang jika terpasang oksigen” Q: “Seperti tertekan” R: “Dibagian dada kiri saja” S: “Skala nyeri 5” T: “ Hilang-timbul, durasi ±1 jam”</p> <p>Objektif : TD: 124/78 mmHg N: 76x/menit RR: 20x/menit SPO₂: 99%</p>	<p>Subjektif: P: “Nyeri dada sebelah kiri saja, lebih rileks saat di pijit kaki, nyeri juga hilang jika terpasang oksigen” Q: “Seperti tertekan” R: “Dibagian dada kiri saja” S: “Skala nyeri 4” T: “ Hilang-timbul, durasi ±40 menit”</p> <p>Objektif : TD: 122/75 mmHg N: 68x/menit RR: 18x/ menit SPO₂: 100%</p>
2	Jumat 16 Juni 2017	<p>Subjektif: P: ”Nyeri dada sebelah kiri saat terlalu banyak bergerak, dan kurang saat istirahat” Q: “Terasa tertekan” R: “Nyeri di dada kiri saja” S: “Skala nyeri 4” T: “Hilang timbul, durasi ±40 menit”</p> <p>Objektif : TD: 132/88 mmHg N: 84x/ ,emit RR: 19x/menit SPO₂: 99%</p>	<p>Subjektif: P: “Nyeri dada sebelah kiri saat terlalu banyak bergerak, setelah di pijit merasa lebih enakan”. Q: “Terasa tertekan” R: “Nyeri di dada kiri saja” T: “ Hilang timbul, durasi ±20 menit”</p> <p>Objektif : TD: 129/85 mmHg N: 80x/menit RR; 18x/ menit SPO₂: 99%</p>
3	Sabtu 17 Juni 2017	<p>Subjektif: “Nyeri dada sebelah kiri tidak muncul lagi”</p> <p>Objektif :</p>	<p>Subjektif: “Lebih tenang setelah dilakukan pijat kaki, leih rileks setelah dilakukan terapi non farmakologi teknik pijat kaki”</p>

	TD: 125/88 mmHg N: 82x/ menit RR: 19x/ menit SPO ₂ : 99%	Objektif : TD: 121/78 mmHg N: 76x/menit RR: 18x/menit SPO ₂ : 99%
--	--	---

Tabel 4.1 Hasil Pencatatan Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan

Dari hasil pengamatan menunjukkan penurunan skala nyeri, penurunan tekanan darah, penurunan kecepatan nadi, penurunan frekuensi pernafasan dan suhu yang berubah pada hari pertama, kedua dan ketiga. Pernyataan yang disampaikan klien menunjukkan bahwa pijat kaki yang sudah dilakukan selama 3 kali pertemuan secara berturut-turut dalam waktu yang sama dapat menurunkan skala nyeri dada pada pasien CAD UAP khususnya.

Potter & Perry (2009) menegaskan bahwa pemberian sentuhan terapeutik dengan menggunakan tangan akan memberikan aliran energi yang menciptakan tubuh menjadi relaksasi, nyaman, nyeri berkurang, aktif dan membantu tubuh untuk segar kembali. Apabila titik tekan dipijat atau disentuh dan diberi aliran energi maka system cerebral akan menekan besarnya sinyal nyeri yang masuk kedalam sistem saraf yaitu dengan mengaktifkan sistem nyeri yang disebut analgesia (Guyton & Hall, 2007). Ketika pemijatan menimbulkan sinyal nyeri, maka tubuh akan mengeluarkan morfin yang disekresikan oleh sistem serebral sehingga menghilangkan nyeri dan menimbulkan perasaan yang nyaman (*euphoria*). Reaksi pijat refleksi terhadap tubuh tersebut akan mengeluarkan neurotransmitter yang terlibat dalam sistem analgesia khususnya enkafalin dan endorphin yang berperan menghambat impuls nyeri dengan memblok transmisi impuls ini di dalam system serebral dan

medulla spinalis (Guyton & Hall, 2007).

D. Alternatif Pemecahan yang Dapat Dilakukan

Alternatif pemecahan masalah intensitas nyeri yang dirasakan pasien dengan ACS UAP adalah dengan memberikan pengetahuan dan mengajarkan tentang pengelolaan penurunan intensitas nyeri, secara non-farmakologi. Tenaga kesehatan khususnya perawat yang memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan keluhan nyeri diharapkan memberikan asuhan keperawatan pasien tidak selalu hanya beraspek farmakologi, tetapi juga non-farmakologi seperti teknik pijat kaki pada pasien dan keluarga. Hal itu dilakukan sebagai upaya mendukung dan kombinasi pelaksanaan antara kegiatan mandiri perawat dan *advice* pengobatan medis, sehingga pengetahuan penatalaksanaan manajemen untuk penurunan intensitas nyeri tidak selalu terfokus pada pengobatan jenis farmakologi saja dan bisa diterapkan pada pasien saat pulang ke rumah.

Masalah keperawatan yang timbul pada pasien kelolaan dapat diatasi bila terjadi hubungan terapeutik perawat dengan klien, termasuk juga pemberi layanan kesehatan lainnya. Alternatif pemecahan yang dapat dilakukan yaitu teknik pijat kakiselain itu perawat juga harus memberikan edukasi tentang penyakit, gaya hidup dan diet bagi klien sangat penting.

Oleh karena itu, dalam meningkatkan pelayanan rumah sakit salam intervensi keperawatan berupa penurunan intensitas nyeri, rasa aman dan nyaman dengan intervensi teknik pijat kakibagi klien rawat inap di ruang perawatan bisa dibuatkan standar operasional sehingga mempermudah pelaksanaannya di lapangan.

Bagi perawat, dapat memberikan, asuhan intervensi keperawatan dengan teknik pijat kaki dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien CAD UAP di ruang perawatan rumah sakit. Selain itu perawat juga perlu mengetahui berbagai teknik relaksasi yang ada yang sudah diteliti

Bagi institusi pendidikan, diharapkan dapat menambahkan teknik pijat kaki dalam terapi komplementer sebagai target kompetensi intervensi keperawatan secara mandiri dan materi tambahan untuk penurunan intensitas nyeri, rasa aman dan nyaman.

Peneliti, untuk peneliti selanjutnya dapat dijadikan acuan data guna melakukan peneritian klien CAD UAP dengan aplikasi latihan teknik pijat kakiterhadap penurunan nyeri.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Pada bab ini, peneliti akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya dibidang keperawatan.

1. Kasus kelolaan

Berdasarkan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.V dengan diagnose medis *Coronary Artery Syndrome (CAD) Ustable Angina Pectoris (UAP)* sejak tanggal 15 Juni 2017 sampai 17 Juni 2017 di Ruang ICCU RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Keluhan utama dari hasil pengkajian yang didapat adalah klien mengeluh nyeri di dada kiri seperti, nyeri dirasakan sampai tembus ke bagian belakang, nyeri dirasakan seperti tertekan, nyeri dirasakan hilang timbul \pm 3 jam.
- b. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.V ada tiga yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, intoleransi aktivitas fisik berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan oksigen tubuh.

- c. Evaluasi implementasi selama perawatan mengalami perubahan kearah yang lebih baik pada masalah keperawatan yang ada. Pada evaluasi hari pertama masalah klien telah menunjukkan perubahan, dan dihari kedua dan ketiga mulai ada perubahan kearah yang lebih baik. Dengan kata lain setelah dilakukan implementasi selama 3 hari prognosis penyakit klien menjadi lebih baik, dari 3 diagnosa, 2 diagnosa teratasi dan 1 diagnosa teratasi sebagian. Dan di hari sabtu (17 Juni 2017) klien dianjurkan untuk pulang, sehubungan dengan kondisinya yang telah membaik.
2. Pemberian terapi pijat kaki berpengaruh terhadap penurunan nyeri dan didapatkan hasil terjadi perubahan skala nyeri dari 5 nyeri sedang menjadi skala nyeri 2 yang tergolong nyeri ringan dengan diagnose medis *Coronary Artery Syndrome (CAD) Ustable Angina Pectoris (UAP)*.

B. Saran

1. Saran bagi pasien

Klien mampu melakukan dan dapat menerima asuhan keperawatan yang lebih berkualitas terutama pada manajemen nyeri.

2. Saran bagi perawat dan tenaga kesehatan

Dapat memberikan intervensi keperawatan dengan *Coronary Artery Disease (CAD)* dengan *Ustable Angina Pectoris (UAP)* di ruang perawatan rumah sakit dengan berbagai macam terapi. Selain itu

perawat juga harus menerapkan berbagai tehnik meditasi lainnya sesuai traskultural yang ada.

3. Saran bagi penulis

Mengoptimalkan pemahaman asuhan keperawatan pada pasien *Coronary Artery Syndrome (CAD) Ustable Angina Pectoris (UAP)* sehingga dapat menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan keilmuan kardiovaskuler.

4. Saran bagi dunia keperawatan

Mengembangkan intervensi inovasi sebagai tindakan mandiri perawat yang dapat diunggulkan. Sehingga, seluruh tenaga pelayanan medis dapat sering mengaplikasikan teknik pijat kaki ini dalam pemberian intervensi nonfarmakologi menurunkan nyeri.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali. (2010). *Teknik Pijat untuk Pemula*. Jakarta: Erlangga.
- Black, J.M., Hawks J.H. (2009). *Medikal Surgical Nursing, (Edisi8)*, Philadelphia: WB Saunders Company
- Brunner & Suddart. (2010). *Keperawatan Medikal Bedah (edisi 8)*. Jakarta : EGC
- Coven, D.L. (2013). *Acute Coronary Syndrome. Medscape Reference*. <http://www.emedicine.medscape.com>. Diakses tanggal 22 Juni 2017
- Darmawan A. (2010). *Penyakit jantung koroner*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah
- Gala. (2009). *Refleksologi Kaki Jurus Sehat dengan Pijat Refleksi Secara Mandiri*. Jogjakarta: Image Press
- Guyton A. C., Hall JE. (2007). *Buku Ajar Fisiologis Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Hamme, et al. (2011). *Guideline for management of acute coronary syndrome in patients presenting without persistent ST-segmene elevasi. The European Society of Crdiology: Eur Heart Journal*. 32, 3004-3022
- Herdman, T.H. (2012). *Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. A. (2007). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika
- I.Philip and P.T Jeremy. (2010). *At a Glance Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: EGC
- Karson, (2012). *Buku Ajar Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Nuhamedika
- Majid, A. (2008). *Penyakit Jantung Koroner : Patofisiologi, Pencegahan dan Pengobatan Terkini*. Universitas Sumatera Utara, USU e-Respiratory
- Mardjono, M. (2008). *Neurologi Klinis Dasar*. Jakarta: Dian Rakyat
- Muttaqin, A. (2009). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta : Salemba Medika
- Myrtha, Risalina. (2012). *Paofisiologi Sindrom Koroner Akut*. Jakarta : EGC

Nanda International (2014). *Diagnosa Keperawatan. Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC

Oshvandi Kh. et al. 2014. *The Effect of foot massage on quality of sleep in ischemic heart disease patients hospitalized in CCU*.

Pamungkas, R. (2010). *Dahsyatnya Jari Refleksi Metode Pijat Refleksi dengan Jari*. Jakarta : Pinang Merah

PERKI. (2015). *Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut*. www.inheart.org . Diakses tanggal 20 Juni 2017

Potter & Perry. (2009). *Buku ajar fundamental keperawatan; konsep, proses dan praktik Edisi 4 Volume 2*. Jakarta: EGC..

Pramana, W. (2011). *Portofolio Kasus II : Sindroma Koroner Akut*. RSUD Ungaran.

Price, S.A & Wilson, L.M. (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Huriawati, dkk (penterjemah). Jakarta : Buku Kedokteran EGC

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, Jakarta: Departemen Kesehatan, Republik Indonesia

Smeltzers, S.C., Bare, B.G. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC

Smith, M. & Segal. (2010). *How Much Sleep Do You Need? Sleep Cycles & Stages, Lack of Sleep, and Getting The Hours You Need*. Diakses dari www.helpguide.org/life/sleeping.html pada tanggal 22 Juni 2017

Sulistyowatidan, Rini. (2014) *Pengaruh Konseling dan Foot Hand Massage Terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini pada Pasien Post Sectio Caesar*.

Toru Namikoshi. (2006). *The Complete Book of Shiatsu Theraphy*. Japan publication, Inc : Japan

Ulfah, A, Tulandi, A, 2001, *Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler Pusat Kesehatan Jantung dan Pembuluh Darah Nasional "Harapan Kita"*, Jakarta: Bidang Pendidikan & Pelatihan Pusat Kesehatan Jantung dan Pembuluh Darah Nasional "HarapanKita".

Wavy, W. (2008). *The Relationship Between Time Management, Perceived Stress, Sleep Quality and Academic Performance among university Student*. Hongkong, Hong Kong Baptist University.

World Healty Organization. Global tuberculosis report 2013, WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_engpdf.

diakses tanggal 22 Juni 2017.