

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dasar.

1. Definisi.

Perikarditis adalah suatu peradangan pada pericardium, membran yang melapisi atau membungkus jantung paling luar. (Ignatavius, 1991; 218).

perikarditis akut adalah suatu peradangan pada lapisan pericardium yang ditandai dengan adanya nyeri dada, pericardial friction rub dan abnormalitas ECG. (Suparman, 1987; 232).

2. Faktor – faktor yang mempengaruhi timbulnya masalah.

a. Anatomi fisiologi.

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga – rongga dengan basisnya di atas dan puncaknya di bawah, berat jantung sekitar 300 gram, ukuran jantung sebesar kepalan tangan ukuran orang dewasa.

Kedudukan jantung berada di dalam thorax antara kedua paru – paru dan di belakang sternum. Dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan. Jantung terbagi dalam dua bagian besar yaitu kanan dan kiri yang di batasi oleh septum (sekat). Tiap bagian di bagi dalam dua bagian, bagian atas disebut atrium dan bagian bawah disebut ventrikel. Dinding otot atrium tipis sedangkan dinding otot ventrikel kiri lebih tebal daripada

dinding ventrikel kanan sebab kekuatan kontraksi dari ventrikel kiri lebih besar dari yang kanan (Evelin C, Pearse, 1987 ; 125).

Jantung terdiri dari berbagai lapisan yang terdiri dari lapisan endokardium, merupakan lapisan jantung yang paling dalam yang terdiri dari jaringan endotel atau selaput lendir yang melapisi permukaan rongga jantung. Myokardio merupakan lapisan inti dari jantung yang terdiri dari otot – otot jantung, sedangkan otot – otot jantung ini membentuk bermacam – macam jenis yaitu :

1. Jenis otot atrial, yang terdapat di bagian kiri atau kanan dan basis kordis yang membentuk serambi atau aurikula kordis.
2. Jenis otot ventrikuler, yang membentuk bilik jantung yang dimulai dari cincin atrioventrikuler sampai di apeks jantung.
3. Jenis otot atrioventrikuler, yang merupakan dinding pemisah antara serambi dan bilik jantung.

Perikardium, merupakan lapisan jantung sebelah luar yang merupakan selaput pembungkus, terdiri dari dua lapisan yaitu lapisan pericardium fiseral adalah membran serus yang lekat pada jantung dan pericardium parietal adalah lapisan fibrus yang terlihat keluar dari basis jantung dan pembungkus jantung sebagai kantong longgar. Karena susunan ini maka jantung berada di dua lapisan kantong pericardium, dan diantara dua lapisan itu ada cairan serus. Karena bersifat meminyaki dari cairan itu maka jantung dapat bergerak bebas, jantung bekerja selama kita masih hidup, karena jantung membutuhkan makanan yang dibawa oleh

darah, pembuluh darah yang terpenting dan memberikan darah untuk jantung dari aorta asenden disebut arteri koronaria (Silvana Evi Linda SKp. 1992 : 66 ; Evelin C. Pearce, 1987 : 122).

Sebagai pemompa, jantung akan memompa darah untuk diedarkan ke seluruh tubuh. Jantung dapat memompa darah karena adanya kontraksi dan relaksasi otot jantung. Periode akhir kontraksi sampai dengan akhir kontraksi berikutnya disebut siklus jantung. Gerakan jantung selama berkontraksi disebut systole. Selama systole ini tekanan ventrikel meningkat, sehingga mendesak katub semilunaris membuka dan darah mengalir dari ventrikel kanan ke arteri pulmonal dan dari ventrikel kiri menuju ke aorta. Volume darah yang dipompa ke aorta selama systole disebut volume sekuncup. Pada orang dewasa berkisar 70 ml. Jantung pada keadaan normal akan berdenyut 70 kali tiap menitnya, sehingga volume darah yang dipompa selama satu menit sekitar lima liter. Jantung yang sehat hanya menggunakan 15 sampai 20% dari seluruh kekuatan jantung seluruhnya, dan kekuatan sisanya dinamakan kekuatan cadangan yang digunakan cadangan untuk menghasilkan CO 3 – 4 kali lebih besar, apabila orang melakukan pekerjaan berat. Gerakan jantung selama relaksasi disebut diastole, dan selama fase ini darah mengalir dari atrium ke ventrikel. Keadaan ini disebabkan karena setelah isi ventrikel ditinggalkan ke pembuluh darah, ventrikel melemah sehingga tekanan menjadi kosong. (Silvia Anderson Price, 1987 : 382).

b. Patofisiologi.

Perikarditis merupakan suatu inflamasi pada pericardium yang dapat terjadi secara akut maupun kronis, peradangan atau inflamasi dapat disebabkan oleh berbagai virus maupun bakteri, openyakit neoplasma, trauma pembedahan atau myocardium fruction rub. (Soeparman, 1991 : 232).

Peradangan akut yang terjadi pada pericardium dan dapat menyebabkan akumulasi cairan pada kantong perikardial (effusi pericardial). Apabila keradangan menjadi kronis membran perikardial menjadi tebal dan menyebabkan atau menjadi jaringan parut dan menyebabkan gerakan systole dan diastole terhambat (konstiksi perikarditis). Pada perikarditis akut bunyi gesekan pericardial dapat didengarkan dengan stetoskop. Bila rongga pericardial berisi cairan maka jantung akan tertekan (tamponade jantung), yang disebabkan isi semenit berkurang akibat dari pengisian serambi kanan menurun. Bila terjadi tamponade jantung akan menyebabkan tachikardi hipotensi, penurunan kardiak out put dan syok. Bila rongga pericardial dihambat jaringan parut, dapat timbul gagal jantung. Dari pemeriksaan rontgen dada akan didapatkan adanya pembesaran jantung, dan diagnosa sulit ditegakkan karena gejala yang nampak sama dengan penyakit jantung yang lain.(Ni Luh Gede Yasmin Asih, SKp. 1993 : 122).

c. Etiologi.

Banyaknya factor yang menyebabkan perikarditis adalah :

1. Penyakit idiopatik, terjadi dapat secara umum dan bentuk khas yang tidak diketahui penyebabnya.
2. Infeksi :
 - a. Virus (influenza).
 - b. Bakteri, diantaranya staphilokokus, meningokokus, streptokokus, amneomokokus, gunokokus, mykobakterium tuberculosis.
 - c. Jamur.
 - d. Obat – obatan.
 - e. Parasit.
3. Penyakit kolagen seperti, arthritis rheumatoid, lupuserithematus sistemik.
4. Infark myokard akut.
5. Neoplasma seperti mesotelioma primer, tumor metastasis.
6. Trauma seperti radiasi, uremia.
7. Sindroma pasca perikardiotomi diseksi aorta.

(UPF Jantung, 1994 : 39).

d. Penatalaksanaan.

Pada klien perikarditis agar gejala tidak bertambah berat penderita harus istirahat fisik dan mental untuk meringankan beban kerja jantung.

Untuk mengatasi infeksi diberikan antibiotik dan pericardial tap (perikardiosentrip) dilakukan untuk mengeluarkan cairan atau mungkin

juga dilakukan perikardiotomy untuk menghilangkan jaringan parut. Untuk mengatasi disrithmia diberikan digitalis dan bila terjadi kegagalan jantung akan diperlukan tindakan – tindakan yang lebih khusus. Simptomatik untuk mengatasi nyeri dengan obat anti inflamasi non steroid, bila sering terjadi kekambuhan dilakukan perikardiotomy. Terapi konservatif dilakukan bila gejala klinis minimal dan jumlah cairan tidak banyak. Bila cairan banyak dan mulai ada tanda – tanda hemodinamik dilakukan perikardio sentesis (Pedoman diagnosa dan terapi UPF jantung, 1994: 41 ; Ni Luh Gede Yasmin Asih SKp. 1993 :122).

3. *Dampak masalah*

a. Terhadap pasien.

1) Biologis.

Pasien merasa nyeri saat inspirasi dan disamping itu mobilisasi fisik klien juga terganggu karena nafas dengan berat dan hilang dengan duduk.

2) Psikologi.

Karena klien nyeri saat inspirasi dan sesak nafas sehingga konsep diri klien terganggu.

3) Sosial.

Karena klien hanya terbaring dan nyeri saat inspirasi serta kelelahan, klien tidak mampu untuk melakukan aktifitas atau hubungan dengan lingkungan sosialnya.

4) Spiritual.

Karena klien mengalami intoleransi aktifitas atau kelemahan, maka dapat menyebabkan klien merasa malas untuk melakukan ibadahnya.

b. Terhadap anggota keluarga.

Perawatan dan pengobatannya memerlukan biaya yang banyak yang ditanggung keluarga, klien juga terancam tidak dapat bekerja seperti sebelumnya. Sehingga mempengaruhi penghasilan keluarga.

B. Konsep asuhan keperawatan.

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien atau pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan berpedoman pada standart keperawatan.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan biologis, psikologis, sosiologis, spiritual secara komprehensif serta ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit dan sehat yang mencakup siklus hidup manusia.

Proses keperawatan terdiri dari empat tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap pengkajian.

a. Pengumpulan data.

1) Anamnesa.

- a) Identitas klien antara lain meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, status.
- b) Riwayat penyakit dahulu, sebelum menderita sakit perikarditis akut, klien mungkin pernah menderita penyakit kolagen seperti arthritis rheumatoid, lupus erithematosus sistemik, terdapat infeksi virus atau bakteri pada organ tubuh lainnya jika belum dilaksanakan pengobatan secara tepat. Selain hal tersebut mungkin juga klien pernah banyak mengkonsumsi obat – obatan yang banyak mengandung kafein, juga adanya infark myokard.
- c) Riwayat penyakit sekarang, klien pada mulanya merasakan nyeri dada yang bertambah hebat bila klien inspirasi dalam atau berbaring. Nyeri berkurang bila klien duduk membungkuk ke depan. Sesak nafas yang sering menyertai keluhan nyeri dada. Keluhan lain tergantung penyebab yang timbul, antara lain dapat didahului dengan panas badan, nyeri otot – otot dan sendi.
- d) Riwayat kesehatan keluarga, Berhubungan dengan faktor genetik dalam keluarga atau mempunyai riwayat terserang penyakit infeksi virus atau bakteri, individu dengan ketahanan terhadap infeksi rendah.

e) Riwayat psikososial, kebiasaan atau hidup klien berpengaruh terhadap timbulnya perikarditis akut. Secara psikologis yang biasa dialami penderita adalah kecemasan terhadap proses penyakit, adanya nyeri dada juga menyebabkan gangguan rasa nyaman.

f) Kebiasaan – kebiasaan kesehatan.

(1) Pola persepsi dan tata laksana kesehatan.

karena terjadi perubahan kesehatan penampilan diri, kerapian dan sikap dalam kehidupannya akan berubah. Berawal dari kebiasaan klien sebelum sakit misalnya kebiasaan merokok antara sebelum sakit dan sesudah sakit.

a) Pola tidur dan istirahat.

Istirahat dan tidur klien dengan perikarditis akut dapat terganggu akibat sesak nafas dan nyeri dada, klien harus tidur setengah duduk dan penderita sering terbangun.

b) Pola nutrisi dan metabolisme.

Klien dengan perikarditis akut akan mengalami perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan di karenakan terjadi penurunan intake makanan dan peningkatan kebutuhan metabolisme yang berkaitan dengan anoreksia.

c) Pola eliminasi.

Pada eliminasi urine akan menurun adanya nocturia atau oliguria. Pada eliminasi alvi tidak mengalami perubahan.

d) Pola aktifitas dan latihan.

Perubahan yang terjadi pada pola aktifitas dan latihan ini sebelum sakit biasanya klien bias berjalan dan bekerja dengan baik, karena klien menahan dari sesak nafas dan nyeri dada maka untuk mengurangi dari rasa nyeri klien harus membungkuk ke depan.

e) Pola seksualitas dan reproduksi.

Sebelum sakit dan sewaktu sakit akan mengalami perubahan.

f) Pola persepsi sensorik dan kognitif.

Daya pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, perabaan klien dengan perikarditis akut akan normal, kurang pengetahuan dan salah persepsi klien terhadap penyakitnya.

g) Pola persepsi dan konsep diri.

Konsep diri klien sebelum sakit dan selama sakit akan mengalami perubahan hubungan klien dengan penderita lainnya atau klien dengan lingkungan maupun klien dengan keluarga.

h) Pola hubungan nilai dan kepercayaan.

Sebelum sakit klien menjalankan ibadah dengan sempurna, selama sakit ini akan mangalami perubahan.

i) Pola hubungan interpersonal.

Sebelum sakit klien dapat menjalankan perannya dengan baik selama sakit peran dalam keluarga kemungkinan klien akan berubah.

j) Pola penanggulangan stress.

Klien akan menghadapi masalah karena terjadi perubahan sebelum dan selama sakit.

2) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum penderita.

Adanya keadaan sakit dan nyeri dada klien nampak memegang dadanya, klien lemah, klien gelisah, sesak nafas, pucat.

b) Kepala leher.

Pada palpasi didapatkan tekanan vena meningkat.

c) Thorax.

Pada inspeksi didapatkan adanya retraksi otot – otot intercostal, pada perkusi didapatkan Ewart's Sign yaitu suara pekak di bawah angulus scapula kiri, pada auskultasi terdapat pericardial friction rub, palpasi didapatkan pembesaran jantung.

d) Abdomen.

Palpasi didapatkan pembesaran pada hati atau hepatomegali.

e) Sistem respirasi.

Inspeksi akan terlihat adanya nafa dangkal dan peningkatan frekuensi nafas, pernafasan cuping hidung, adanya sesak nafas.

f) Sistem kardiovaskuler.

Tekanan darah akan menurun tapi dapat pula meningkat sebagai respon tubuh terhadap perikarditis. terdapat tachikardi juga bradikardi. Pada auskultasi akan didapatkan suara jantung melemah, adanya bising gesek pericardial yang umumnya trifasik, tapi dapat juga bifasik atau monofasik.

g) Sistem perkemihan.

Produksi urine akan menurun, adanya nocturia atau oliguria. Biasanya juga terjadi karena uremia karena terjadi kerusakan atau keracunan pada ginjal.

h) Sistem gastrointestinal.

Klien akan mengalami anoreksia, karena pada waktu dilakukan aktifitas nyeri dadanya bertambah hebat.

i) Sistem sensorik dan motorik.

Adanya kelemahan, gelisah, pusing, bingung dan disorientasi.

j) Ekstremitas.

Terdapat odema pada kaki juga dapat ditemukan kadang – kadang nyeri menjalar ke bahu.

k) Sistem integument.

Tampak pucat, keluar keringat dingin, kulit kering.

(Pedoman diagnosaa dan terapi UPF jantung RSUD Dr. Soetomo, 1994 : 39 – 40).

3) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan elektrokardiografi.

Pada pemeriksaan elektrokardiografi ini bisa juga normal atau hanya terdapat gangguan irama berupa fibrilasi atrium. Pada elektrokardiografi ini juga terdapat ketidakspezifikan dapat berupa ST elevasi, gelombang T yang datar atau inverse, elektrik alterens, low voltage QRS yang rendah.

b) Radiologi.

Foto thorax bisa normal bila effuse perikard hanya sedikit, tapi tampak bayangan jantung membesar seperti water bottle dengan vaskularisasi paru normal bila effuse perikard banyak.

c) Laboratorium.

Pada pemeriksaan laboratorium dilaksanakan tergantung penyebab, diperiksa yaitu darah lengkap faal ginjal, pemeriksaan serologi, kultur spesifik atau non spesifik juga mantoux test.

d) Ekokardiografi.

Ekokardiografi digunakan untuk memastikan adanya cairan intra perikard, penyakit myokard atau katub jantung. (Soeparman, 1987 : 193 ; Pedoman diagnosa dan terapi UPF jaantung, 1994 : 39).

b. Analisis data.

Setelah data yang relevan dan valid terkumpul data tersebut dikelompokkan sesuai dengan masalah. Pengelompokkan data dapat dibagi menjadi dua yaitu data subyektif dan data obyektif, data subyektif adalah

penyataan yang diceritakan oleh penderita sedangkan data obyektif adalah informasi yang konkrit yang diakui kebenarannya. Setelah data dikelompokkan ditentukan masalah yang timbul serta ditentukan kemungkinan penyebabnya.

c. Diagnosa keperawatan.

Tahap terakhir dari pengkajian adalah menentukan diagnosa keperawatan, berdasarkan data – data di atas maka kemungkinan diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada penderita dengan perikarditis akut adalah :

1. Gangguan rasa nyaman (nyeri dada) berhubungan dengan dampak dari proses peradangan pada pericardium.
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan dampak dari proses tidak adekuatnya transportasi oksigen pada kapiler paru.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan dampak dari proses peradangan dan tidak adekuatnya pertukaran gas.
4. Penurunan kardiak output berhubungan dengan dampak dari proses tidak berfungsinya kontraksi ventrikuler adanya penumpukan cairan pada selaput perikard.
5. Penurunan perfusi jaringan berhubungan dengan dampak dari proses terjadinya emboli dan trombosis adanya penebalan dan fibrosis jaringan pericardium.

6. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada tubuh kurang dari kebutuhan berhubungan dengan penurunan nafsu makan dan perasaan mual.
7. Gangguan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan (kognitif) tentang penyakitnya. (Doeges Marlyn,, 1989 :110 – 116).

2. Tahap perencanaan

Setelah data dikumpulkan, dikelompokka serta ditentukan diagnosa keperawatan. Maka tahap berikutnya adalah menyusun perencanaan. Dalam perencanaan perawatan menggunakan ketrampilan pembahasan masalah dan menetapkan masalah khusus penderita. Ada tiga tahapan dalam fase ini, yaitu menentukan prioritas, menulis dan membuat rencana tindakan.

Dari diagnosa keperawatan yang telah disebutkan di atas, maka dapat disusun rencana keperawatan sebagai berikut :

a. Diagnosa keperawatan I.

Gangguan rasa nyaman (nyeri dada) berhubungan dengan peradangan pada pericardium.

1. Tujuan :

Rasa nyaman terpenuhi setelah dilakukan tindakan perawatan dan pengobatan.

2. Kriteria hasil :

- a). Tidak terjadi peradangan lokal maupun sistemik.
- b) Keluhan nyeri berkurang.

c). Klien tenang.

3. Rencana tindakan.

- a) Lakukan pendekatan pada klien.
- b) Anjurkan klien agar beristirahat dalam posisi setengah duduk.
- c) Kaji seberapa jauh rasa nyeri pada klien.
- d) Jelaskan penyebab nyeri kepada klien.
- e) Berikan istirahat psikologis dengan menciptakan suasana tenang, memberi rasa tenang, membantu menghindari stress dan mendengarkan serta mengamati respon klien.
- f) Kurangi aktifitas klien sesuai program.
- g) Alihkan perhatian klien dengan mendengarkan radio, membaca majalah lain sebagainya.
- h) Observasi keadaan umum klien.
- i) Kolaboratif, beri pengobatan sesuai indikasi antara lain :
 1. Golongan non steroid ondomethasin (indocin), acetylsalicylic acid (aspirin).
 2. Anti piretik seperti aspirin atau acetaminophen (Tylenol).
- j) Berikan tambahan oksigen sesuai program.

4. Rasional.

- a) Pendekatan dapat menimbulkan rasa saling percaya sehingga masalah yang dihadapi dapat diungkapkan dan mempermudah dalam penjelasan.

- b) Karena dengan berbaring akan timbul nyeri yang hebat maka untuk mengurangi hal tersebut diberikan posisi setengah duduk.
- c) Dengan mengetahui hal tersebut dapat diketahui kemungkinan terjadinya penyebaran peradangan sehingga dapat dilakukan tindakan secara cepat dan tepat.
- d) Dengan mengetahui penyebab rasa nyeri klien bisa menerima keadaan yang dialami dan dapat bekerja sama dalam setiap tindakan yang dilakukan.
- e) Stress akan mengakibatkan terjadinya vaso konstriksi yang dapat meningkatkan beban kerja jantung.
- f) Klien dapat melakukan aktifitas tanpa meninggalkan beban kerja jantung dengan cara mengalihkan perhatian sehingga rasa nyeri bisa berkurang.
- g) Mengalihkan perhatian klien dari rasa nyeri, klien akan merasa nyerinya berkurang.
- h) Dengan keadaan umum yang baik, berarti penyebaran peradangan berkurang.
- i) Kolaboratif.
 - (a). Hal ini mungkin dapat mengurangi rasa nyeri, mengurangi respon dari peradangan.
 - (b). Mengurangi terjadinya demam sehingga klien merasa tenang dan nyaman.

- j) Oksigen yang maksimum mampu mengurangi pengeluaran beban kerja miokardial dan mengurangi rasa ketidaknyamanan dari ischemis.

b. Diagnosa keperawatan II.

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan tidak adekuatnya transportasi oksigen pada kapiler paru.

1. Tujuan :

- a) Klien menunjukkan adanya transportasi oksigen pada kapiler paru.
- b) Pola nafas efektif.

2. Kriteria hasil :

- a) Klien tidak sianosis dan dispnea.
- b) Transportasi oksigen yang adequate.
- c) Frekuensi pernafasan dalam batas normal antara 18 – 24 kali per menit.

3. Rencana tindakan.

- a) Pertahankan klien dalam posisi setengah duduk.
- b) Observasi nafas jumlah dan kualitasnya tiap 2 jam.
- c) Ajari dan beri motivasi klien untuk latihan relaksasi nafas.
- d) Kolaboratif : Berioksigenasi tambahan sesuai dengan indikasi.

4. Rasional :

- a) Posisi setengah duduk dapat membantu meningkatkan transportasi oksigen ke dalam kapiler paru.
- b) Frekuensi pernafasan yang normal menunjukkan adkuatnya transportasi oksigen pada kapiler paru serta mengetahui berkurangnya dyspnea.

- c) Latihan relaksasi pernafasaan akan mengurangi dispnea waktu ekspirasi dan inspirasi.
- d) Meningkatkan konsentrasi oksigen pada alveolar dan mengurangi terjadinya hipoksia.

c. Diagnosa keperawatan III.

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan peradangan dan tidak adekuatnya pertukaran gas.

1. Tujuan :

Klien mampu mengembangkan pola aktifitas atau istirahat yang konsisten dengan keterbatasan fisik. Klien mampu mengingat respon emosional yang mempengaruhi terhadap toleransi.

2. Kriteria hasil :

- a) Catatan latihan memperlihatkan klien menunjukkan tingkat pemenuhan aktifitas.
- b) Secara bertahap penderita mampu melaksanakan aktifitas tanpa menimbulkan rasa lelah.
- c) Klien mampu merespon terhadap aktifitas secara fisiologis.
- d) Memahami metode – metode yang diperlukan dalam membatasi relaksasi.

3. Rencana tindakan.

- a) Bantu klien dalam mengidentifikasi factor – factor yang dapat meningkatkan atau menurunkan toleransi aktifitas.

- b) Amati respon klien dalam beraktifitas, catat perkembangan dan perubahan keluhan rasa kelelahan dan pengaruh dispnea dalam beraktifitas.
 - c) Amati kecepatan detak jantung, tekanan darah, kecepatan pernafasan sebelum atau sesudah beraktifitas.
 - d) Ajarkan pada klien tentang respon fisiologis terhadap aktifitas.
 - e) Berikan penjelasan pada klien untuk mengurangi aktifitas yang menimbulkan lelah.
 - f) Ajarkan pada klien untuk menghindari perasaan cemas, takut yang dapat mempengaruhi terhadap toleransi aktifitas.
 - g) Ajarkan pada orang terdekat untuk membantu penderita dalam beraktifitas.
 - h) Bantu klien dengan program latihan secara progresif dan teratur.
4. Rasional :
- a) Pengkajian yang akurat terhadap factor – factor yang dapat meningkatkan atau menurunkan toleransi aktifitas, memberikan dasar untuk membuat rencana.
 - b) Respon yang berlebihan pada aktifitasnya kemungkinan juga dapat terjadi penyebaran pada peradangan.
 - c) Melakukan monitoring untuk mempermudah evaluasi tingkat aktifitasnya untuk kegiatan sehari – hari.
 - d) Memberikan bantuan untuk menentukan derajat perbaikan pada jantung selama klien beraktifitas.

- e) Memberikan keseimbangan sesuai dengan beban kerja jantung, mempertinggi proses penyembuhan dengan kemampuan emosionalnya.
- f) Rasa cemas dan takut dapat meningkatkan intoleransi aktifitas.
- g) Dukungan orang lain dapat meningkatkan kemampuan pelaksanaan aktifitas.
- h) Melatih klien untuk mampu beraktifitas sebagai pencegahan terjadinya kontraktur pada sendi.

d. Diagnosa keperawatan IV.

Penurunan kardiak output berhubungan dengan tidak berfungsinya kontraksi ventrikuler adanya penumpukan cairan pada rongga pericardium.

1. Tujuan :

Kardiak output seimbang, berfungsinya kontraktur ventrikuler.

2. Kriteria hasil :

- a) Klien tidak terlihat sesak nafas, nyeri dada dan disrithmia.
- b) Kardiak output seimbang.
- c) Mengidentifikasi perilaku yang dapat mengurangi beban kerja jantung.

3. Rencana tindakan :

- a) Monitoring kecepatan detak jantung.
- b) Auskultasi suara detak jantung, adakah mur-mur S3 dan S4 Gallops.
- c) Perhatikan klien untuk istirahat atau tidur dalam posisi setengah duduk.
- d) Berikan rasa tenang setiap hari seperti merubah posisi, aktifitas hiburan sesuai dengan beban kerja jantung.

e) Kaji dengan nadi meningkat, hipotensi, meningkatnya CVP, perubahan denyut jantung, berkurangnya tingkat kesadaran.

f) Kolaboratif :

1. Berikan pengobatan anti biotic sesuai dengan indikasi.
2. Lakukan pengobatan secara emergensi dengan perikardiocentesis.
3. Persiapkan klien jika akan dilakukan operasi.

4. Rasional :

- a) Tachikardi dan disrithmia dapat terjadi sebagai usaha jantung untuk menambah output karena reaksi demam, hipoksia, asidosis yang disebabkan oleh ischemia.
- b) Melakukan pendekatan sedini mungkin bila terdapat perkembangan adanya komplikasi seperti ; CHF, tamponade jantung.
- c) Mengurangi beban jantung, memaksimalkan output jantung.
- d) Meningkatkan istirahat dan mengalihkan perhatian.
- e) Mengetahui manifestasi secara klinis dari tamponade jantung yang terjadi pada pericardial oleh karena penumpukan cairan eksudat yang membatasi isi dan output dalam jantung.
- f) Kolaboratif :
 - 1). Diberikan untuk mencegah adanya penyebaran peradangan atau pathogen, sehingga tidak terjadi kerusakan selaput jantung lebih lanjut.
 - 2). Prosedur ini dilakukan untuk mengurangi tekanan cairan eksudat di sekitar jantung.

3). Perikardiotomi dilakukan karena adanya pengumpulan kembali cairan eksudat pada pericardial dan terjadi penyempitan pada fungsi jantung.

e. Diagnosa keperawatan V.

Penurunan perfusi jaringan berhubungan dengan emboli dan trombosis, adanya penebalan dan fibrosis jaringan pericardium.

1. Tujuan :

Perfusi jaringan baik, tidak terjadinya emboli dan trombosis.

2. Kriteria hasil :

- a). Akral hangat, tidak keluar keringat dingin.
- b). Tanda – tanda gejala cardinal yang stabil.
- c). Klien mengerti tanda – tanda adanya perfusi jaringan secara normal.
- d). Intake dan output seimbang.

3. Rencana tindakan :

- a) Kaji keadaan kesadaran klien.
- b) Kaji keluhan pada dada secara tiba – tiba, disertai adanya sesak nafas, sianosis.
- c) Kaji ekstremitas adakah pembengkakan dan erithema.
- d) Monitor gejala cardinal tiap 2 jam atau sesuai kebutuhan.
- e) Letakkan klien dalam posisi yang dapat menurunkan tekanan, sering ubah tekanan posisi klien.
- f) Dorong klien untuk sering melakukan aktifitas sebagai daya tahan tubuh.

- g) Kaji adanya hematuri, oliguria yang disertai oleh rasa sakit pada panggul.

4. Rasional :

- a) Tidak adekuatnya jaringan ke otak merupakan akibat lanjut dari penyebaran emboli dan trombosis.
- b) Adanya penurunan perfusi jaringan merupakan akibat dari tidak adekuatnya curah jantung dan adanya warna biru pada kulit serta sesak nafas merupakan tanda – tanda kongesti vena (penyumbatan pada vena).
- c) Istirahat yang terlalu lama dan tidak disertai mobilisasi akan mempengaruhi peningkatan trombosis pada vena.
- d) Dapat digunakan untuk mengetahui tanda – tanda perkembangan penyakit.
- e) Memperbaiki sirkulasi atau mengurangi aliran darah pada salah satu sisi tubuh saja.
- f) Memperlancar sirkulasi darah vena dari nadi perifer, sehingga pembentukan emboli dan trombosis bisa terhambat.
- g) Dengan mengetahui adanya hematuri berarti terjadi penyebaran emboli pada ginjal.

f. Diagnosa keperawatan VI.

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan dan perasaan mual.

1. Tujuan :

Kebutuhan nutrisi bagi tubuh terpengaruhi, dapat menstabilkan berat badan secara bertahap.

2. Kriteria hasil :

- a) Klien mengerti pentingnya makanan bagi tubuh dalam proses penyembuhan.
- b) Nafsu makan meningkat, berat badan stabil (tujuan yang dapat diterima dalam waktu dekat).
- c) Dapat mencapai berat badan 0,5 Kg. tiap tiga minggu dan ditingkatkan menjadi 0,5 Kg. tiap dua minggu.
- d) Menegakkan pola makan kecil 4 – 6 kali tiap hari.
- e) Secara bertahap meningkatkan diet tambahan 2 – 3 kali dalam dua kali sehari.

3. Rencana tindakan :

- a) Berikan penjelasan tentang pentingnya makanan bagi tubuh untuk mengatasi proses penyakit dan meningkatkan daya tahan tubuh.
- b) Beri motivasi kepada keluarga agar membantu memberikan dorongan kepada penderita untuk makan.
- c) Ajarkan kepada klien untuk mengharuskan makan makanan tambahan.
- d) Tegakkan diet yang telah ditentukan dalam bekerja sama dengan ahli gizi.
- e) Ajurkan kepada keluarga agar dalam memberikan makanan untuk penderita dalam porsi kecil tapi sering.

- f) Bantu klien dalam mengidentifikasi makanan meliputi makanan yang berkalori dan berprotein.

4. Rasional :

- a) Bila klien mengerti akan timbul motivasi dari dirinya sendiri untuk makan, sehingga kebutuhan nutrisi bagi tubuh terpenuhi.
- b) Keluarga sebagai orang yang paling dekat dengan klien akan membantu mengatasi menurunnya nafsu makan yang dialami penderita.
- c) Beberapa makanan kecil dan makanan tambahan tidak terlalu melelahkan disbanding 3 kali makan besar.
- d) Memberikan makanan atau diet sesuai dengan kebutuhan penderita.
- e) Rasa mual yang dialami klien akan menurunkan nafsu makan sehingga makanan harus diberikan dalam porsi kecil tapi sering.
- f) Mencatat kebutuhan makanan yang dapat membantu dalam proses penyembuhan dan dapat menstabilkan berat badan.

g. Diagnosa keperawatan VII.

Gangguan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan (kognitif) tentang penyakitnya.

1. Tujuan :

Klien mengerti akan pentingnya dan cara pengobatannya dapat mengembangkan hubungan saling percaya.

2. Kriteria hasil :

- a) Klien dapat mengungkapkan secara verbal tentang tanda dan gejala penyakitnya dan cara pengobatannya serta cara pencegahannya.

- b) Klien mampu mengidentifikasi factor resiko atau stress dan beberapa teknik mengatasinya.

3. Rencana tindakan :

- a) Beri waktu yang cukup pada klien untuk bertanya tentang penyakitnya.
- b) Beri tahu klien tentang fungsi jantung yang normal dan penyimpangan yang ada.
- c) Beri tahu klien tentang pentingnya aktifitas tanpa menimbulkan kelelahan dan anjurkan istirahat diselang melakukan aktifitas.
- d) Beri tahu klien tentang pengobatan yang ada dan efek samping yang akan terjadi.
- e) Beri tahu pada klien cara mengukur nadi setiap hari dan kapan saatnya harus lapor perawat atau dokter seperti adanya bradikardi atau tachikardi, irama yang irregular.

4. Rasional :

- a) Lebih banyak peluang bagi klien untuk mengetahui penyakitnya.
- b) Dengan mengetahui fungsi jantung secara normal maka klien bisa mengetahui gambaran dari proses penyakitnya dan penderita akan mentaati pengobatannya.
- c) Aktifitas fisik yang berat atau berlebihan akan menyebabkan jantung berkerja kerja keras sehingga akan menyebabkan terjadinya serangan.
- d) Dengan mengetahui perlunya terapi dan pentingnya melaporkan efek samping obat akan mencegah timbulnya komplikasi.

- e) Mengembangkan monitor secara mandiri tentang kondisi atau efek obat sehingga dapat diketahui gejala sejak dini yang dapat mempermudah tindakan selanjutnya.

3. *Tahap pelaksanaan*

Pelaksanaan adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah ditentukan, meliputi tindakan independent dan interdependent atau kolaboratif. Usaha – usaha tersebut dilakukan dengan tujuan membantu penderita dalam memenuhi kebutuhannya. Perawat melakukan tindakan keperawatan, mengobservasi kebiasaan – kebiasaan penderita dan memberi tahu hal – hal yang menguntungkan bagi penderita dan perawat. Mengikutsertakan penderita dalam memenuhi kebutuhannya menunjukkan kepercayaan perawat kepada penderita sehingga akan mendorong kerja sama yang baik. Catatan perawat penting untuk mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

4. *Tahap evaluasi*

Evaluasi adalah pengukuran keberhasilan dari rencana keperawatan yang telah disusun dalam memenuhi kebutuhan – kebutuhan penderita, tahap evaluasi merupakan kunci keberhasilan dalam penggunaan proses keperawatan. (Sinopsis dasar – dasar keperawatan).