

BAB III

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan klien dengan perikarditis akut ini penulis laksanakan mulai tanggal 8 Agustus 2001 sampai dengan tanggal 15 Agustus 2001 di ruang interne lantai II Rumah sakit AL-IRSYAD Surabaya.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Anamnese

a) Identitas penderita

Nama tn. A, umur 50 tahun , jenis kelamin laki-laki , alamat jln. K.h. mas mansyur nomor 80 surabaya, agama islam , suku / bangsa jawa/ indonesia , status perkawinan menikah, pendidikan sma, pekerjaan wiraswasta, masuk rumah sakit pada tanggal 07 agustus 2001 jam : 17. 30 wib, no register 764880, diagnosa masuk perikarditis akut

b) Riwayat Penyakit Dahulu

Klien sebelumnya tidak pernah sakit seperti ini dan baru kali ini masuk rumah sakit. Sebelum sakit ini, enam bulan yang lalu pernah kencing mengeluarkan batu sebesar kacang kedelai, dan setelah di periksa di Rumah Sakit Adi Husada ternyata klien mengalami batu ginjal. Klien tidak di ketahui adanya penyakit hipertensi.

c) Riwayat penyakit sekarang

Klien mengeluh sesak nafas, nyeri dada, nyeri pada otot-otot sejak sore hari kira-kira mulai jam 15. 00 WIB. Semakin lama keluhan tersebut bertambah hebat bila untuk bernafas dan bergerak sedikit dan mengeluarkan keringat dingin dan bila di buat tidur berbaring nyeri bertambah hebat. Untuk menahan nyeri dada tersebut klien membungkuk-bungkuk, selain itu klien tidak mau makan dan minum.maka oleh karena keluarganya itu klien di bawa ke Rumah Sakit AL-IRSYAD surabaya ,sejakk klien di bawa ke Rumah Sakit tersebut klien masih merasa sesak dan nyeri dada.

d) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti: Hipertensi, Diabetes melitus. Dan tidak ada yang menderita penyakit menular seperti: TB Paru.

e) pola-pola fungsi kesehatan

(1) Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

Klien sebelum sakit ini mempunyai kebiasaan merokok, setiap harinya kira-kira habis satu pak. Klien tidak pernah minum minuman keras atau obat-obatan terlarang lainnya. Klien suka minum kopi, sebelum sakit klien tidak pernah olah raga. Selama sakit ini klien tidak pernah minum kopi, kerapian dan sikap klien berubah, klien nampak awut-awutan.

(2) Pola istirahat dan tidur

Klien sebelum sakit ini tidur malam sekitar tujuh jam. Klien mulai tidur malam sekitar jam 22.00 , sedangkan tidur siang kurang lebih tiga jam dan klien mulai tidur siang jam 14.00. Selama sakit ini klien tidak bisa tidur dengan leluasa karena klien tidur dengan posisi setengah duduk. Klien selama sakit ini tidur malam sekitar empat jam kadang-kadang terbangun, tidur siang kadang-kadang tidak bisa tidur karena rasa nyeri dada dan sesak nafas serta nyeri otot-otot.

(3) Pola nutrisi dan metabolisme

Klien sebelum sakit ini makan tiga kali sehari, makan cukup satu porsi habis, minum cukup kurang lebih empat gelas setiap hari, BB 55 kg. Selama sakit ini nafsu makan menurun karena merasa mual juga setiap makan nyeri dadanya terasa. Sehingga makan yang diberikan tidak habis satu porsi hanya di makan 3-4 sendok saja. Klien minum kira-kira 3 gelas dalam sehari sejak sakit ini berat badan klien menurun dan klien tampak kurus dan pucat, BB 47 kg.

(4) Pola eliminasi

Sebelum sakit ini klien buang air besar satu kali sehari dan kencing empat kali sehari. Selama sakit ini klien kencing dua kali setiap hari secara spontan tetapi sedikit-sedikit dan buang air besar satu kali selama dua hari.

(5) Pola aktifitas dan latihan

Klien sebelum sakit ini bekerja sebagai wiraswasta dan klien mampu melaksanakan segala aktifitasnya. Klien jarang berolahraga. Selama sakit ini klien tidak bisa melaksanakan segala aktifitasnya karena nyeri dada dan sesak, sehingga selama beraktifitas atau segala keperluannya di bantu oleh keluarganya.

(6) Pola hubungan seksualitas

Sebelum sakit klien melakukan hubungan satu kali dalam seminggu. Selama sakit ini klien tidak pernah memikirkan tentang hubungan seksualitas.

(7) Pola persepsi dan pengetahuan

Klien tidak mengetahui tentang penyakitnya yang di derita sekarang ini dan klien khawatir kalau penyakitnya bertambah berat. Sebelumnya klien mengira hanya nyeri biasa.

(8) Pola persepsi dan konsep diri

Klien sebelum sakit sangat berperan aktif di dalam keluarganya maupun di masyarakat. Selama sakit ini mampu menilai dirinya sebagai manusia yang sakit dan membutuhkan perawatan dan pengobatan.

(9) Pola hubungan peran dan persepsi

Klien adalah sebagai seorang kepala keluarga dan menghidupi seorang istri dan tiga orang anaknya yang masih di rumah.

(10) Pola tata nilai dan kepercayaan

Karena klien beragama islam, maka sebelum sakit ini klien aktif menjalankan ibadah dengan sempurna. Selama sakit ini klien hanya pasrah kepada Allah dan berdoa, klien jarang menjalankan ibadah seperti biasanya.

2) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum klien.

Klien lemah dan tampak lelah, sesak dan keluar keringat dingin, klien gelisah.

b) Kepala, leher.

(a) kepala : simetris dan tidak ada benjolan, tidak ada nyeri kepala.

(b) Muka : simetris, odema tidak ada dan tampak lesu, tampak pucat.

(c) Mata : kelopak mata normal, tidak ada odema, tidak hiperemi konjungtiva dan sklera tidak ikterus.

(d) Telinga : sekret tidak ada, serumen tidak ada, tidak ada perdarahan.

(e) Hidung : simetris, tidak ada obstruksi, terdapat gerakan cupping hidung.

(f) Mulut dan faring : tidak ada pembesaran tonsil, bibir kering.

(g) Leher : simetris, kelenjar limfe tidak teraba dan terdapat tekanan vena meningkat.

c) Thoraks.

Bentuk simetris, terdapat retraksi otot – otot intercostal, nyeri dada, pada perkusi tidak didapatkan Ewart's angulus atau suara pekak di bawah angulus.

d) Abdomen.

Bentuk simetris, tidak ada ascites, hepar teraba 2 cm. di bawah arkus coestae, tidak ada nyeri tekan dan bising usus normal.

e) Sistem respirasi.

Terdapat pernafasan cupping hidung, nafas sesak dan dangkal dengan frekuensi 41 kali peminut, pada perkusi terdengar sonor dan pada auskultasi tidak terdengar ronchi.

f) Sistem kardiovaskuler.

Tekanan darah turun kadang – kadang meningkat, pada palpasi terdapat iktus, letak di ruang antara iga 1 cm. lateral garis mid klavikula dan batas kiri pada ICS IV, 3 cm lateral mid klavikula. Pada auskultasi terdengar suara S1 dan S2 tunggal dan tidak terdengar S3 dan S4, terdapat bising gesek perikard lemah

g) Sistem Perkemihan.

Tidak terdapat nokturia, hematuria, uremia, produksi urine 500 cc per 24 jam.

h) Sistem gastrointestinal.

Klien mengalami anoreksia, nafsu makan menurun karena merasa mual.

i) Sistem persepsi sensorik dan motorik.

Daya penglihatan, pendengaran, pembauan, perabaan dan pengecapan normal, klien lemah dan gelisah.

j) Extremitas.

Nyeri yang menjalar sampai ke bahu nyeri sendi, dan otot-otot tidak terdapat edema pada kaki atau tangan .

k) Sistem integumen.

Kulit pucat dan dingin , keluar keringat dingin dan ikterus tidak ada .

3) Pemeriksaan penunjang

a) Elektrokardiografi

Hasil ECG tanggal 7 agustus 2001 jam 06.30 BBWI, terdapat adanya ST Elevasi pada V2 dan respon ventrikel cepat yaitu 96-164 kali per menit dan Adanya LVH, Hasil ECG tanggal 9 agustus 2001 jam 10.00 BBWI di dapatkan hasil, ECG adanya STT elevansi pada V2.

b) Radiologi.

Foto thorax tanggal 10 agustus 2001 jam 10.00 BBWI hasilnya :

Cor : ukuran normal.

Pulmo : tampak normal.

Kesimpulan : Cord an pulmo tidak ada kelainan, banyangan jantung tidak membesar.

c) Hasil Laboratorium. :

PVC	: 42 %	(0,40-0,47)
Trombosit	: 250.000/cmm	(150000-4000000)
Glukose darah acak	: 143mg/dl	(120mm/dl)
Kreatinen serum	: 0,97mg/dl	(L :1,5 mg/dl)
		(P : 1,2 mg/dl)
Asam Urat	: 4,0 mg/dl	(3,4 – 5,7 mg/dl)
SGOT	: 14 u/L	(25 u/l)
Trigliserin	: 97 mg/dl	(150 mgt/dl)
Analisa gas darah	:	
PH	: 7,38	(7,35- 7,45)
PCO2	: 42,8 mmhg	(35-45)
PO2	: 75 mmhg	(80-104)
HCO3	: 25mmhg/l	(21-25)
BE	: -2,8mmhg/l	(-2,4-+2,3)
Tanggal 11 agustus 2001		
LED	: 97mm/jam	(L : 2-13mm/jam)
		(P : 2- 20 mm/jam)
Hb	: 14,3 gr%	(13,4- 17,7Gr%)
Leokosit	: 10.300/mm3	(5000-10000)
Monosyasit	: 43%	(4-10%)

b. Analisa Data.

Setelah data dikumpulkan semua, maka tahap selanjutnya adalah mengelompokkan data atau menganalisa untuk menentukan masalah yang timbul dan kemungkinan penyebab. Pengelompokan data dapat dibagi menjadi dua data subjektif dan data objektif, sehingga dari data yang terkumpul dapat dilakukan pengelompokan data sebagai berikut

1. Tanggal 8 agustus 2001 subjektif jam 06.30 WIB.

a. Data subjektif.

Klien mengatakan nafasnya sesak.

b. Data obyektif

Klien lemah, pucat, keluar keringat dingin waktu tidur dengan posisi setengah duduk, terdapat pernafasan cuping hidung dan adanya retraksi otot-otot interkosta, frekwensi nafas 41 kali per menit, O_2 nasal kateter 3 liter per menit, hasil laboratorium Ph : 7.3, PCO_2 : 42,8 mmhg, PO_2 : 75,mmhg, HCO_3 : 25 mmol/liter, BE : -2,8 mmol.

c. Masalah ketidak efektifan jalan nafas.

d. Kemungkinan penyebab : kurangnya transportasi oksigen ke dalam kapiler paru.

2. Tanggal 8 agustus 2001 jam 07.00

b. Data obyektif.

Klien terlihat menahan rasa sakit pada dadanya, klien gelisah, klien –

Tekanan darah 130/90mmhg, suhu : 38,5 C, nadi : 100kali per menit

Posisi setengah duduk.

c. Masalah : gangguan rasa nyaman .

d. Kemungkinan penyebab : proses peradangan pada pericardium.

3. Tanggal 9 agustus 2001 jam 07.30 BBWI.

a. Data subyektif

Klien mengatakan kalau tidur sering terbangun.

b. Data obyektif

Klien lemah , penderita gelisah , mata cowong , mata merah dan ter

Lihat ngantuk.

c. Masalah ; pola tidur.

d. Kemungkinan penyebab : adanya sesak nafas dan nyeri dada.

4. Tanggal 9 agustus 2001 jam 07.30 WIB.

a. Data subyektif

Klien mengatakan tidak ada nafsu makan, perut merasa mual.

b. Data obyektif.

Porsi makan yang diberikan tidak habis,hanya dimakan 4 sendok

saja. Klien lemas,berat badan : 47 kg, tinggi badan 167cm, nadi 92

kali per menit.

- c. Masalah : kebutuhan nutrisi.
- d. Kemungkinan penyebab : menurunnya nafsu makan karena adanya rasa mual.

5. Tanggal 10 agustus 2001 jam 09.00 BBWI.

- a. Data subyektif.

Klien mengatakan badannya lemah dan lemas, klien mengatakan bila dibuat gerak sedikit dadanya terasa sakit.

- b. Data obyektif.

Klien lemah, posisi tidur setengah duduk, segala aktifitas atau kebutuhan dibantu oleh keluarganya, nadi : 100 kali per menit, pernafasan 30kali per menit, suhu 37,5

- c. Masalah intorelansi aktifitas.
- d. Kemungkinan penyebab : tidak adekuatnya suplai oksigen karena menurunnya curah jantung.

6. Tanggal 11 agustus 2001 jam 08.00 WWIB.

- a. Data subyektif.

Klien mengatakan apabila penyakitnya berbahaya dan apakah bisa Sembuh ,klien menanyakan bagaimana cara penanganannya.

- b. Data obyektif.

Klien sering menanyakan tentang penyakitnya kepada petugas, penderita sering menanyakan pada petugas tentang cara pencegahannya.

c. Masalah : pengetahuan.

d. Kemungkinan penyebab : tidak tahu akan penyakitnya dan cara pencegahannya

c. Diagnosa keperawatan.

Setelah data di analisa maka dapat di susun diagnosa keperawatan

Sebagai berikut.

1. Ketidakefektifan pola nafas sehubungan dengan tidak adekuatnya transportasi oksigen pada kapiler paru ditandai dengan klien sesak nafas, klien lemah, frekwensi nafas 41 kali per menit, klien pucat , ti-dur posisi setengah duduk.
2. Gangguan rasa nyaman (nyeri dada) sehubungan dengan dampak Dari proses peradangan pada pericardial ditandai dengan klien terlihat menahan rasa sakit pada dadanya, klien gelisah, klien lemah, tekanan darah 130/90 mmhg , suhu 38,5 c , nadi 100 kali per menit.
3. Gangguan pola tidur sehubungan dengan sesak nafas dan nyeri da da, ditandai dengan klien lemah ,klien gelisah, kelopak mata cowong, mata meran dan terlihat mengantuk, muka pucat, tidur malam kira-kira empat jam kadang-kadang terbangun.
4. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubub sehubungan dengan penurunan nafsu makan dan perasaan mual, di tandai dengan porsi makan yang disediakan tidak habis hanya habis setengah porsi ,klien lemah, klien kurus, berat badan 47 kg, tinggi badan 167 cm, nadi 92 kali per menit. Tekanan darah 100/80 mmhg.

5. Intoleransi aktifitas sehubungan dengan peradangan dan tidak adekuatnya pertukaran gas , ditandai dengan klien lemah, segala aktifitas atau keperluan dibantu oleh keluarganya , tekanan darah 10/90mmgh, nadi 100 kali per menit, suhu 37,5 c, pernafasan 30 kali per menit, posisi tidur setengah duduk.
6. Gangguan pemenuhan kesehatan sehubungan dengan kurangnya pengetahuan (kognitif) terhadap penyakitnya ditandai dengan klien sering menanyakan pada petugas tentang penyakitnya , dan cara pencegahannya

2. Perencanaan.

a. Diagnosa I

Ketidakefektifan pola nafas sehubungan dengan tidak adekuatnya transportasi udara pada kapiler paru, ditandai dengan klien sesak nafas, klien lemah, keluar keringat dingin , pernafasan ciping hidung, frekwensi nafas 41 kali per menit.

1) Tujuan :

- a) Klien menunjukkan adanya transpoetasi boksigen pada kapiler paru.
- b) Pola nafas efektif dalam waktu 8 jam.

2) Kreteria hasil :

- a) Klien tidak sianosis dan dyspnea
- b) Transportasi oksigen yang adekuat.
- c) Frekwensi pernafasan dalam batas normal 18-22kali permenit.

3) Rencana Tindakan .

- a) Pertahankan klien dalam keadaan setengah duduk.
- b) Obserfasi jumlah dan kualitas pernafasan pasien tiap dua jam.
- c) Ajari dan beri mutifasi klien untuk latihan relaksasi nafas .
- d) Kolaboratif.

Beri oksigen tambahan sesuai dengan indikasi.

4) Rasional :

- a) Posisi setengah duduk dapat membantu meningkatkan transportasi oksigen kedalam kapiler paru.
- b) Frekwensi pernafasan yang normal menunjukkan adekuatnya transportasi oksigen pada kapiler paru serta mengetahui berkurangnya dispnea.
- c) Latihan relaksasi pernafasan akan mengurangi dyspnea waktu ekspirasi dan inspirasi.
- d) Meningkatkan konsentrasi oksigen pada alveolar dan mengurangi terjadinya hypoxia.

b. Diagnosa II

Gangguan rasa nyaman (nyeri dada) sehubungan dengan peradangan pada pericardial di tandai dengan klien terlihat menahan rasa sakit pada dadanya, klien gelisah , klien lemah , wajah menyeringai , tekanan darah 130/90 mmhg , suhu 38,5 c , nadi 100 kali per menit .

1) Tujuan :

Rasa nyaman terpenuhi setelah dilakukan tindakan perawatan dan pengobatan, dalam waktu 24 jam.

2) Kriteria hasil

a) Tidak terjadi peradangan baik lokal maupun sistemik.

b) Keluhan nyeri berkurang.

c) Klien tenang.

3) Rencana tindakan :

a) Lakukan pendekatan kepada klien dan keluarganya.

b) Anjurkan klien agar beristirahat dalam posisi setengah duduk.

c) Kaji seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, catat lokasi dan karakteristik dari nyeri.

d) Jelaskan penyebab rasa nyeri kepada klien.

e) Berikan istirahat psikologi dengan menciptakan suasana tenang, memberi rasa senang, membantu menghindari stres dan mendengarkan dan mengamati respon klien.

f) Kurangi aktifitas klien sesuai dengan program.

g) Alihkan perhatian klien dengan mendengarkan radio, membaca majalah dan lain sebagainya.

h) Observasi keadaan umum klien.

i) Kolaboratif dengan memberi pengobatan yang sesuai dengan indikasi antara lain :

(1) Golongan non steroid indomethasin (indosin), acetylsalicylic acid (aspirin)

(2) Antiperetik seperti aspirin atau acetaminophen (Tylonol)

4) Rasional :

- a) Pendekatan dapat menimbulkan rasa saling percaya sehingga masalah yang dihadapi dapat diungkapkan dan mempermudah dalam memberikan 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 penyebaran peradangan sehingga dapat dilakukan tindakan secara cepat dan tepat.
- d) Dengan mengetahui 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 meningkatkan beban kerja jantung dengan cara mengalihkan perhatian sehingga rasa nyeri berkurang.
- g) Mengalihkan perhatian dari rasa nyeri klien akan merasa nyerinya berkurang.

- f) Klien dapat melakukan aktifitas tanpa meningkatkan beban kerja jantung dengan cara mengalihkan perhatian sehingga rasa nyeri berkurang.
- g) Mengalihkan perhatian dari rasa nyeri klien akan merasa nyerinya berkurang.
- h) Dengan keadaan umum yang baik, berarti penyebaran peradangan berkurang.
- i) Kolaboratif
 - (1) Hal ini mungkin dapat mengurangi rasa sakit, mengurangi respon dari peradangan.
 - (2) Mengurangi terjadinya demam sehingga klien dapat tenang dan nyaman.

c. Diagnosa III.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan sesak nafas dan nyeri dada ditandai dengan klien lemah, klien gelisah, kelopak mata cowong, mata merah, terlihat mengantuk.

1) Tujuan :

Pola tidur terpenuhi dalam waktu 24 jam.

2) Kriteria hasil :

Klien mampu menentukan kemungkinan penyebab tidur yang tidak adekuat, klien dapat mudah untuk tidur dan tidak sering mudah terbangun, mata tidak merah.

3) Rencana tindakan :

- d) Berikan lingkungan yang tenang untuk meningkatkan kenyamanan waktu tidur.
- e) Berikan sedative sesuai dengan yang dianjurkan bila mungkin untuk sementara.

4) Rasional :

- a) Dapat mengetahui penyebab dan memberi tindakan untuk memenuhi kebutuhan tidur.
- b) Posisi yang nyaman klien bisa tidur dengan tenang.
- c) Ekspresi perhatian akan menyebabkan perasaan mengantuk.
- d) Lingkungan yang tenang akan mempermudah klien masuk dalam tidur.
- e) Dengan pemberian sedative mempermudah atau merangsang klien untuk tidur.

d. Diagnosa IV.

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sehubungan dengan penurunan nafsu makan dan perasaan mual, ditandai dengan porsi makan yang disediakan tidak habis hanya habis setengah porsi, klien lemah, klien kurus, berat badan 47 kg, tinggi badan 167 cm, nadi 92 kali per menit. Tekanan darah 100/80 mmhg.

1. Tujuan :

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

100/80 mmhg.

1. Tujuan :

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

2. Kriteria hasil :

- a) Klien mengerti pentingnya makanan bagi tubuh.
- 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.

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.

e. Diagnosa V

Intoreransi aktifitas sehubungan dengan peradangan dan tidak adekuatnya pertukaran gas , ditandai dengan klien lemah, segala aktifitas atau keperluan dibantu oleh keluarganya , tekanan darar

10/90mmgh, nadi 100 kali per menit, suhu 37,5 c, pernafasan 30 kali per menit, posisi tidur setengah duduk.

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.

f. Diagnosa keperawatan VI.

Gangguan pemeliharaan keshatan sehubungan dengan kurangnya pengetahuan (kognitif) tentang penyakitnya ditandai dengan penderita sering menanyakan tentang penyakitnya, bagaimana cara mencegahnya agar tidak terjadi kekambuhan.

1) Tujuan :

Klien mengerti akan pentingnya dan cara pengobatannya dapat mengembangkan hubungan saling percaya dalam waktu dua hari.

2) Kriteria hasil :

- a) Klien dapat mengungkapkan secara verbal tentang tanda dan gejala penyakitnya dan cara pengobatannya serta pencegahannya.
- b) Klien mampu mengidentifikasi faktor resiko atau stres dan beberapa tehnik mengatasinya.

3) Rencana tindakan :

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

4) Rasional :

- a) Lebih banyak peluang bagi klien untuk mengetahui penyakitnya agar dia tidak merasa cemas.

- b) Dengan mengetahui proses penyakitnya dan cara pengobatannya maka klien akan mentaati program pengobatan.
- c) Aktivitas fisik yang berlebihan akan mempercepat kelelahan dan serangan jantung.
- d) Pengetahuan tentang terapi dan mengetahui tentang efek sampingnya akan mencegah terjadinya komplikasi.
- e) Mengembangkan monitor secara mandiri tentang kondisi atau efek obat sehingga dapat diketahui perubahan secara dini yang mempermudah tindakan selanjutnya.

3. Pelaksanaan.

- a) Diagnosa keperawatan I
 - 1) Memberikan posisi setengah duduk pada klien.
 - 2) Mengobservasi gejala kardinal setiap 2 jam.
 - 3) Melaksanakan kolaborasi dengan memberi oksigen tambahan nasal kateter tiga liter per menit.
 - 4) Memberi latihan nafas dalam pada klien.
 - 5) Menganjurkan pada klien untuk sering mengubah posisi setiap dua jam sekali.
- b) Diagnosa keperawatan II.
 - 1) Melakukan pendekatan pada klien dengan lebih sesering mungkin.

- 2) Menanyakan sampai dimana nyeri yang dirasakan oleh klien, memastikan rasa nyeri yang dialami terutama lokasi dan pengaruh nyeri tersebut pada klien.
 - 3) Memberi penjelasan tentang penyebab rasa nyeri yang dialami dengan jelas dan mudah dimengerti oleh klien.
 - 4) Memberi posisi setengah duduk pada klien.
 - 5) Menciptakan suasana ruangan yang tenang dan nyaman.
 - 6) Mengobservasi secara umum tanda-tanda gejala kardinal dan keluhan yang dialami oleh klien.
 - 7) Mengajak klien untuk membaca majalah, mendengarkan radio.
- c) Diagnosa keperawatan III.
- 1) Memberikan posisi tidur yang nyaman menurut selera klien.
 - 2) Memberikan suasana yang tenang.
 - 3) Menganjurkan pada klien untuk latihan relaksasi.
 - 4) Memberikan dorongan agar klien sebelum tidur untuk berdoa.
- d) Diagnosa keperawatan IV.
- 1) Memberitahu pada klien sebab dan akibat menurunnya nafsu makan.
 - 2) Menganjurkan pada klien untuk makan-makannan kecil.
 - 3) Menganjurkan klien untuk makan sedikit-sedikit tapi sering.
 - 4) Menimbang berat badan klien Setiap dua hari sekali.
 - 5) Memberikan makanan dalam keadaan hangat.
 - 6) Menganjurkan klien untuk membersihkan mulut sebelum makan.

- 7) Memberitahu klien tentang makanan yang berkalori dan berprotein tinggi dan memberi contohnya.
- e) Diagnosa keperawatan V.
- 1) Memberitahu pada klien tentang aktivitas yang boleh dilakukan oleh klien.
 - 2) Membantu aktivitas yang tidak dapat dilakukan oleh klien.
 - 3) Memberi penjelasan pada klien tentang rasa cemas yang dapat mempengaruhi toleransi aktivitas.
 - 4) Menganjurkan kepada klien untuk segera istirahat bila sedang melakukan aktivitas mengalami nyeri dada dan sesak atau lelah.
- f) Diagnosa keperawatan VI.
- 1) Memberi penjelasan pada klien tentang penyakitnya dan cara mengobatinya.
 - 2) Menjelaskan kepada klien tentang efek samping obat.
 - 3) Menganjurkan kepada klien untuk mentaati pengobatan yang ada.
 - 4) Memberitahu kepada klien untuk melapor apabila terjadi tanda-tanda serangan sakit.

4. Evaluasi.

- a. Diagnosa keperawatan I (tanggal 8 Agustus 2001 jam 08.00 WIB).

Data subyektif : Klien mengatakan sudah tidak merasa sesak.

Data obyektif : Tidak ada sesak nafas, tidak ada retraksi otot-otot interkostal, penderita tidak pucat, frekuensi nafas 22 kali / menit, tekanan darah 100 / 80 mmHg, nadi 80 kali / menit.

Assesment : Masalah teratasi.

Planning : Rencana dihentikan.

b. Diagnosa keperawatan II (tanggal 8 Agustus 2001 jam 10.00 WIB).

Data subyektif : Klien mengatakan rasa nyeri berkurang.

Data obyektif : Klien tenang, penderita terlihat tidak menahan rasa sakit didadanya.

Assesment : Masalah teratasi.

Planning : Rencana dihentikan.

c. Diagnosa keperawatan III (tanggal 9 Agustus 2001 jam 08.00 WIB).

Data subyektif : Klien mengatakan sudah dapat tidur nyenyak.

Data obyektif : Klien tidak lesu, penderita tenang, mata tidak merah dan kelopak mata tidak cowong, penderita kelihatan tidak ngantuk, klien tidak pucat.

Assesment : masalah teratasi.

Planning : rencana dihentikan.

d. Diagnosa keperawatan IV (tanggal 9 Agustus 2001 jam 12.00 WIB).

Data subyektif : Klien mengatakan sudah mau makan, klien mengatakan makannya dihabiskan, rasa mual tidak ada.

Data obyektif : Makanan yang diberikan habis, klien mau makanan kecil, berat badan seimbang, klien tidak kurus.

Assesment : Masalah teratasi.

Planning : rencana dihentikan.

e. Diagnosa keperawatan V (tanggal 10 Agustus jam 07.00 WIB).

Data subyektif : Klien mengatakan bisa duduk, klien mengatakan sudah bisa pergi ke kamar mandi.

Data obyektif : Klien sudah melakukan aktivitas tanpa dibantu oleh keluarganya, klien sudah tidak lemah.

Assesment : masalah teratasi.

Planning : rencana dihentikan.

f. Diagnosa keperawatan VI (tanggal 11 Agustus 2001 jam 11.00 WIB).

Data subyektif : Klien mengatakan sudah mengeti tentang penyakitnya dan cara pencegahannya.

Data obyektif : klien dapat mengungkapkan gejala dan tanda-tanda dari penyakitnya. Klien mentaati pengobatan yang telah di programkan.

Assesment : masalah teratasi.

Planning : rencana dihentikan.