# BAB III

# TINJAUAN KASUS

## 3.1 Pengkajian

Pengkajian dimulai pada tanggal 11 Juli 2000

### 3.1.1 Pengumpulan data

1) Identitas Pasien

Nama : Tn. R. Umur : 52 tahun , jenis kelamin laki-laki, pendidikan SMA, agama Islam, pekerjaan pensiunan, tanggal MRS : 11 Juli 2000, diagnosa medis : IMA (Infark Miokard Akut), alamat : Trunojoyo No. 1 Kamal, Madura dan nomor register : 382429.

2) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri terasa sangat berat seperti di tusuk-tusuk, badan terasa lelah, lemah dan keluar keringat dingin.

3) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan yang lalu

Klien pernah mengalami nyeri dada yang hebat sebelah kiri setahun yang lalu pada waktu klien masih bekerja, kemudian nyeri hilang dengan istirahat. Setelah itu nyeri tidak kambuh lagi.

Klien juga pernah menderita penyakit Diabetus Melitus (kencing manis) sejak setahun yang lalu tetapi klien berobat secara teratur dan klien tidak mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi serta penyakit menular lainnya.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

3 jam sebelum datang ke R. ICCU klien mengeluh nyeri dada sebelah kiri terasa sangat berat seperti di tusuk-tusuk pada waktu klien melakukan aktivitas, nyeri terus menerus dan tidak hilang meskipun dibuat istirahat, keluar keringat dingin, lelah, lemah, skala nyeri 8 dan klien terpasang oksigen 4 liter/menit, dengan diagnosa Infark Miokard Akut

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari keluarga klien tidak ada yang menderita sakit seperti yang diderita klien atau penyakit keturunan seperti penyakit hipertensi dan penyakit menular lainnya.

4) Pola-pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Sebelum Masuk Rumah Sakit bila sakit klien selalu rutin kontrol ke yankes. Klien biasa makan-makanann berkolesterol tinggi seperti daging sapi, klien suka merokok sehari 1 bungkus, namun tidak minum alkohol, klien jarang berolah raga. Klien tidak pernah membaca buku tentang penyakit jantung, kebiasaan yang baik pada klien yaitu : klien manndi 2 kali sehari dan selalu gosok gigi. Selama masuk rumah sakit klien mandi 2 kali sehari dengan di seko oleh perawat dan dibantu oleh keluarga, dan selalu gosok gigi.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit Klien tidak mengalami gangguan makan. Klien makan teratur 3 kali sehari dengan komposisi nasi, lauk pauk, sayur, minum ± 2000 cc nafsu makan klien cukup baik. Selama masuk rumah

sakit klien makan 3 kali sehari dengan komposisi nasi, lauk pauk, sayur dengan porsi makan habis terus dan dan disuapi oleh perawat, walaupun kadang kadang klien merasa mual, minum ± 2000 cc. Status gizi klien yang berhubungan dengan tubuh klien adalah: postur tubuh sedang, keadaan rambut tidak rontok, cukup rapi, berat badan 70 kg, tinggi badan 170 cm, tugor kulit baik.

3) Pola Aktivitas

Sebelum masuk rumah sakit klien melakukan aktivitas sesuai dengan keinginannya karena klien sudah tidak bekerja lagi. Selama di rumah sakit Klien bedrest total, keperluan klien dibantu oleh perawat seperti mandi, makan, minum buang air kecil dan buang air besar dibantu ditempat tidur. Adapun sesak muncul pada waktu datang serangan nyeri dada yang hebat, serta klien merasa letih dan merasa lemah untuk menggerakkan kedua kaki dan tanggan dan muda sampai beraktivitas.

4) Pola Eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit klien buang air besar 1 kali sehari, buang air kecil 5 – 6 kali sehari, dengan konsistensi lembek kekuningan, warna urin jernih dan tidak ada gangguan.

Selama masuk rumah sakit Klien buang air besar 1 kali sehari, dengan konsistensi lembek kekuningan dan tidak ada gangguan. Klien terpasang kateter dengan produk urine 1500 cc/24 jam warnna kuning jernih

5) Pola Tidur Dan Istirahat

Sebelum masuk rumah sakit klien dapat tidur atau istirahat cukup, tidur ± 7 jam/hari, tidur siang jam 13.00 – 16.00, tidur ,malam jam 22.00 – 04.00.

Klien tidak mengalami gangguan tidur dan klien mempunyai kebiasaan memakai bantal, guling, senang dengan suasana lampu padam dan selalu ditemani istrinya. Selama masuk rumah sakit klien lebih banyak menghabiskan waktunya untuk tidur. Adapun gangguan tidur karena banyak nyamuk dan jika timbul nyeri dada, klien tidur dengan posisi semi fowler .

6) Pola sensori dan kognitif.

Daya penciuman, rasa, raba, pendengaran dan penglihatan baik, proses berfikir lancar, isi pikiran mudah dimengerti dan daya ingat tinggi. Klien mengeluh nyeri dada sebelah kiri terasa sangat berat seperti ditusuk-tusuk, klien sering bertanya tentang penyebab, pengobatan dan pencegahan penyakit jantung serta klien mengatakan tidak pernah membaca buku atau pun majalah mengenai penyakit jantung dan diabetus melitus.

7) Pola persepsi diri

Sebelum masuk rumah sakit klien tidak merasa kurang pada dirinya, merasa percaya diri dan tidak malu ataupun minder bergaul dengan orang lain. Selama masuk rumah sakit klien dapat menerima keadaannya, merasa tidak ada yang kurang pada dirinya, tidak malu atau minder untuk bergauk dengan orang lain tidak terjadi perubahan konsep diri pada klien.

8) Pola hubungan dan peran

Sebelum masuk rumah sakit hubungan klien dengan keluarga serta masyarakat sekitarnya cukup baik. Klien sebagai seorang ayah dan kakek dari seorang anak laki-laki dan seorang anak perempuan, dan dalam masyarakat klien hanya sebagai warga biasa.

9) Pola reproduksi dan seksual

Klien berjenis kelamin laki-laki, sebelum masuk rumah sakit klien melakukan hubungan seksual dengan istrinya 1 kali seminggu. Selama masuk rumah sakit klien menyadari kalau kegiatan seksual harus dihindari, selama klien dinyatakan tidak boleh melakukan aktivitas seksual oleh dokter.

10) Pola penanggulangan stress

Sebelum masuk rumah sakit klien biasa membicarakan hal-hal yang kurang menyenangkan dengan istrinya, klien memecahkan masalah dengan bermusyawarah bersama istrinya dan keluarganya. Selama masuk rumah sakit klien selalu mengungkapkan hal yang kurang dimengerti tentang penyakitnya dengan dokter dam perawat, apa bila ada masalah tentang penyakit klien selalu meminta bantuan perawat dan dokter.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien beragama islam, sebelum masuk rumah sakit rajin menjalankan ibadah dan selalu berdoa kepada Allah SWT. Dan selama di rumah sakit Klien tetap taat mennjalankan ibadah walaupun sambil berbaring diatas tempat tidur.

5) Pemeriksaan Fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1) Keadaan Umum.

Klien bedrest total, klien gelisah, ekspresi wajah klien menyeringai menahan nyeri GCS 456, kesadaran composmentis, komunikasi lancar tidak ada kesulitan pada tangan kiri terpasang infus RL dengan tetesan 7 tetes dengan posisi tidur semi fowler.

2) Kulit, Rambut, Kuku

Kulit warna sawo mateng, kebersihan cukup, turgor kulit baik, rambut warna hitam. Lurus, tidak rontok, kebersihan cukup, tersisir rapi, kuku kebersihan cukup, tidak cyanosis.

3) Kepala, Leher.

Bentuk kepala simetris, kulit kepala cukup bersih, tidak ada penjolan pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

4) Telinga

Bentuk simetris, pendengaran baik, tidak ada keradangan dan kebersihan cukup terjaga, tidak ada penyakit telinga seperti mastoiditis, OMK dan lain-lain.

5) Mata

Bentuk simetris, fungsi penglihatan normal, pupil sokor 3 mm, sklera tidak icterus, konjungtiva tidak anemis, palpebra tidak odem dan tidak ada kelainan (eksoptalmus, strabismus) tidak memakai kaca mata.

6) Hidung

Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada rhinore, daya penciuman baik, kebersihan cukup.

7) Mulut

Bentuk simetris, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, mukosa bibir lembab, gusi tidak berdarah, kebersihan mulut terjaga.

8) Tenggorokan, Tengkuk

Pada tenggorokan tidak ada pembesaran tonsil dan tidak ada nyeri telan. Tengkuk tidak mengalami kaku kuduk.

9) Dada/Thorax dan Abdomen

Inspeksi bentuk simetris, pergerakan simetris, pada palpasi didapatkan pergerakan simetris, pada abdomen tidak teraba massa atau benjolan abnormal, tidak kembung, tidak mual, perkusi perut timpani.

10) Sistem Respirasi

Pergerakan simetris pada saat bernafas, tidak ada nafas tambahan seperti wheezing, ronchi, tidak ada batuk dengan sputum, dan tidak menggunakan otot bantu pernafasan, tidak sesak, pernafasan : 20 x/menit.

11) Sistem Kardiovaskuler

Tensi 130/90 mmHg, nadi 96 x/menit irreguler, tidak ada odema, serta tidak ada distensi vena jugalaris. Pada inspeksi ictus tidak tampak, palpasi jantung tidak ada, S1 dan S2 terdengar tunggal dan normal.

12) Sistem Genitourinaria.

Klien terpasang kateter, jumlah urine dalam 24 jam sebanyak 1500 cc, warna urin jernih dan tidak mengalami kesukaran dalam buang air kecil.

13) Sistem Ganstro intestinal

Selama di rumah sakit klien buang air besar 1 kali, mual saat mau makan, tidak kembung, peristaltik usus ada dan normal.

14) Sistem Muskuloskeleral

Pergerakan kedua kaki dan tangan terasa lemah bila digerakkan, tidak ada kontraktur sendi, tidak ada atropi, serta tidak ada fraktur, tonus otot menurun.

15) Sistem Endoktrin

Klien tidak mengalami pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada struma.

16) Sistem Persyarafan.

Tidak mengalami hemiplegi dan paraplegi, reflek patela positif serta reflek cahaya positif.

6) Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium (tanggal 11 Juli 2000 jam 13.00)

LDH : 338 U/L (160-320 U/L)

SGOT : 24 U/L (25 U/L)

CKMB : 22 U/L (<24 r = 37 ° C) U/L

HB : 144 (13,4 – 17,7)

Leukosit : 6,3 x $10^9$ (L 4,3 – 10,3)

2) Elektrokardiografi (ECG)

Hasil pemeriksaan terhadap elevasi II,III,AVF, ST depresi V1 – V2 iskemia anteroseptal dan Q patologis di AVF, IMA inferior.

3) Therapi

Tanggal 11 – 14 Juli 2000

1) Oksigen : 4 lt/menit (nasal kanule)

2) Infus : RL 7 tetes / menit.

3) ISDN : 3 x 5 mg

4) ASA : 1 x 100 mg

5) Laxadin : 3 x CI

6) Actroprit : 3 x 4 UL

7) Diasepam : 3 x 2 mg

### 3.1.2 ANALISA DATA

Dari data yang telah dikumpulkan dapat dilakukan pengelompokan data sebagai berikut :

3.1.2.1 Kelompok data pertama (11 Juli 2000)

1) Data subyektif

(1) Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri terasa sangat berat seperti ditusuk-tusuk.

(2) Kilen mengatakan badan terasa lelah, lemah serta keluar keringat dingin.

2) Data obyektif

(1) Klien tampak menyeringai menahan nyeri, gelisah, lemah.

(2) Tekanan darah 130/90 mmhg, nadi 96x/menit, respirasi 20x/menit dan suhu 36,5 $^{o}$ C.

(3) Hasil pemeriksaan ECG menunjukkan segmen ST elevansi II, III, AVF. Segmen ST depresi V1 – V2 iskemia anteroseptal dan gelombang Q patologis di AVF Infark Miokard Akut inferior.

3) Masalah : nyeri (akut)

4) Kemungkinan penyebab : iskemia jaringan miokoid

3.1.2.2 Kelompok data kedua (11 Juli 2000)

1) Data subyektif

(1) Klien mengatakan nyeri dada sebelah kiri terasa sangat berat seperti ditusuk-tusuk dan tak hilang dengan istirahat.

(2) Klien mengeluh terasa lemah untuk menggerakkan kedua tangan dan kaki mudah capek bila beraktivitas.

2) Data Obyektif

(1) Klien bedrest

(2) Tonus otot menurun

(3) Semua kebutuhan klien dibantu (makan, minum, mandi, buang air kecil dan buang air besar selalu dibantu ditempat tidur)

(4) Tekanan darah 130/90 mmhg, nadi 96x/menit, suhu 3615 ° C dan respirasi 20x/menit.

(5) Hasil pemeriksaan ECG menunjukkan segmen ST elevasi II, III, AVF segmen ST depresi V1 – V2 iskemia anteroseptual dan gelombang Q patologis di AVF Infark Miokard Akut inferior.

3) Masalah : intoleransi aktivitas

4) Kemungkinan : ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

3.1.2.3 Kelompok Data Ketiga (11 Juli 2000)

1) Data Subyektif

(1) Klien mengatakan tidak mengerti tentang sebab dan akibat dari penyakitnya.

(2) Klien mengatakan tidak pernah membaca buku atau majalah mengenai penyakit jantung dan diabetus melitus.

(3) Klien mengatakan mempunyai penyakit kencing manis.

2) Data Obyektif

(1) Klien selalu bertanya penyebab, pengobatannya dan pencegahan penyakitnya.

(2) Klien selalu memperhatikan jika dijelaskan tentang penyakitnya oleh dokter dan perawat.

3) Masalah : kurang pengetahuan

4) Kemungkinan penyebab : kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi.

### 3.1.3 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Perumusan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah yaitu : yang mengancam jiwa, mengganggu fungsi organ, mengganggu keutuhan organ dan mengganggu kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Nyeri dada (akut) berhubungan dengan iskemia jaringan miokard ditandai dengan : ekspresi wajah klien menyeringai menahan nyeri, klien gelisah, adanya ungkapan nyeri dada yang sangat hebat, tanda-tanda vital tekanan darah 130/90 mmhg, nadi: 96x/menit, pernafasan 20x/menit.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan : klien mengeluh badan terasa lemah untuk beraktivitas, semua kebutuhan klien dibantu seperti makan, minum, mandi, buang air kecil dan buang air besar diatas tempat tidur, tanda-tanda vital : tekanan darah 130/90 mmhg, nadi 96x/menit, pernafasan 20x/menit.
3. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi ditamdai dengan : klien mengatakan tidak mengerti tentang sebab dan akibat dari penyakitnya, klien mengatakan tidak pernah membaca buku atau majalah mengenai penyakit jantung dan diabetus melitus, klien selalu bertanya penyebab, pengobatannya dan pencegahan penyakitnya.

## 3.2 PERENCANAAN

Tahap perencanaan dibawah ini disusun berdasarkan prioritas masalah yaitu yang mengancam jiwa, menggangu fungsi organ, mengganggu keutuhan organ dan mengganggu kesehatan. (Lismidar, 1993)

Adapun perencanaan berdasarkan prioritas adalah sebagai berikut :

1. Diagnosa keperawatan pertama (11 Juli 2000)

   1) Tujuan

      Nyeri dapat hilang atau berkurang dalam waktu 24 jam.

   2) Kriteria hasil

      (1) Ekspresi klien tenang

      (2) Adanya pernyataan verbal nyeri berkurang atau hilang

      (3) Klien tidak gelisah

      (4) Tanda-tanda vital normal : tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, respirasi 16-20 x/menit dan suhu: 36-37 $^{o}$ C.

   3) Rencana tindakan

      (1) Monitor karakteristik nyeri, catat keluhan verbal dan non verbal serta respon hemodinamik (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi dan suara jantung).

      (2) Dapatkan gambaran nyeri klien secara menyeluruh yaitu tentang lokasi, lamanya, kualitas dan kapan terjadinya.

      (3) Berikan keterangan pada klien untuk melaporkan serangan nyeri dada.

      (4) Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman serta aktivitas fisik yang ringan (sesuai dengan program rehabilitasi) dan lakukan pendekatan pada klien secara pelan dan menyakinkan.

(5) Ajarkan dan anjurkan pada klien untuk melakukan tehnik relaksasi misalnya menarik nafas dalam dan dikeluarkan secara pelan.

(6) Observasi tanda-tanda vital sebelum dan sesudah diberi obat-obatan golongan narkotik (morfin).

(7) Kolaborasi dengan medis dalam pemberian :

a. oksigen 3 liter/menit

b. asetil salisilat : 1 x 100 mg

c. isosorbit dinetrat : 3 x 5 mg

4). Rasional

(1) Variasi dan ungkapan dari tingkah laku klien pada waktu adanya nyeri membantu didalam pengkajian kebanyakan Klien dengan infark miokard akut mengeluh kesakitanyang mendadak.Pernafasan mungkin meningkat sebagai akibat dari nyeri dan cemas.

(2) Nyeri adalah pengalaman subyektif dan harus dapat diuraikan (gambarkan) oleh klien dan untuk membandingkan nyeri yang lain.

(3) Keterlambatan dalam melaporkan membutuhkan peningkatan dosis obat untuk menguraikan nyeri.

(4) Untuk menghindari rangsangan dari luar, menghindari kecemasan yang dapat meningkatkan kerja jantung secara tiba-tiba dan mempertahankan kemampuan aktivitas.

(5) Membantu menurunkan persepsi dan respon nyeri pasien serta memberikan perasaan mengontrol rangsangan situasi yang berlebihan.

(6) Hipotensi atau depresi pernafasan dapat terjadi sebagai akibat pemberian obat-obatan narkotika (morfin).

(7) a) Dengan memberikan oksigen untuk meningkatkan suplai oksigen ke miokard dan menghilangkan nyeri disebabkan oleh iskemia jaringan.

b) Isosorbit dinitrat untuk melebarkan pembuluh darah koroner sehingga nyerinya hilang atau berkurang.

c) ASA untuk melarutkan adanya trombus.

2. Diagnosa keperawatan kedua (11 Juli 2000)

1) Tujuan

Klien mampu menunjukkan toleransi dalam beraktivitas selama dua hari.

2) Kriteria hasil

(1) Klien tidak lemah dan lelah

(2) Nyeri dada berkurang atau hilang

(3) Klien dapat melakukan aktivitas dengan maksimum tanpa diikuti nyeri.

(4) Klien dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari (makan, minum, mandi, buang air kecil dan buang air besar) tanpa dibantu perawat.

(5) Tanda-tanda vital normal (tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi: 80x/menit, respirasi: 16-20x/menit dan suhu: 36-37 ° C.

3) Rencana Tindakan :

(1) Monitor heart rate, irama dan perubahan tekanan darah sebelum, selama dan sesudah melakukan aktivitas dengan syarat 15 menit sebelumnya tidak merokok dan tidak makan dan 5 menit telah istirahat.

(2) Anjurkan klien untuk istirahat lebih awal jika aktivitas mendekati puncaknya.

(3) Monitor tanda dan gejala adanya reflek dari intoleransi pada waktu istirahat 2 jam setelah makan.

(4) Jelaskan pada klien tentang tingkat aktivitas yang dilakukan seperti berdiri di kursi ketika tidak nyeri dan istirahat 2 jam setelah makan.

(5) Anjurkan pada klien untuk menghindari mengejan pada waktu buang air besar.

4) Rasional

(1) Dengan mengetahui tingkat kemampuan aktivitas klien dapat dipakai sebagai dasar terapi.

(2) Dengan menurunkan kerja jantung atau konsumsi oksigen maka dapat menurunkan komplikasi.

(3) Palpitasi atau pulse irreguler dapat terjadi karena nyeri atau sesak sehingga memerlukan perubahan latihan dan pengobatan.

(4) Dengan mengetahui tingkat kegiatan yang boleh dilakukan maka pasien dapat mengontrol aktivitas sehingga tidak melebihi kemampuan jantung.

(5) Aktivitas yang berlebihan dapat mempengaruhi pernafasan dan dapat menyebabkan vasava manuver sehingga menyebabkan bradikardi yang akhirnya terjadi takikardi.

3. Diagnosa keperawatan ketiga (11 Juli 2000)

1) Tujuan

Pengetahuan klien bertambah dalam waktu 1 hari.

2) Kreteria hasil

Klien mengungkapkan secara verbal mengerti tentang penyakit jantung., gejala dan tindakannya, aktif dalam program latihan dan diit, mengerti

tentang maksud pengobatan dan efek samping serta mampu mengidentifikasi atau merencanakan perubahan cara hidup yang salah.

3) Rencana tindakan :

(1) Kaji tingkat pengetahuan klien dan kemampuan belajarnya, teruskan oroentasi terhadap tindakan yang dilakukan.

(2) Berikan informasi dengan berbagai variasi seperti melalui buku-buku, radio dan sesi tanya jawab.

(3) Kuatkan tentang faktor resiko, perubahan diit dann aktivitas terapi dan gejala yang tampak.

(4) Anjurkan pada klien untuk menghindari faktor resoki seperti merokok, alkohol dan obesitas.

(5) Laporkan segera jika timbul nyeri dada, perubahan pola angina dan gejala lain yang terjadi.

(6) Laporkan juga jika terjadi demam bersamaan saat nyeri dada.

(7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian regulasi cepat RL: 3 x 4 unit/jam.

(8) Kolaborasi dengan tim medis yang lain.

4) Rasional

(1) Tingkat pengetahuan perlu dikaji, untuk menentukan rencana pendidikan dan kemampuan belajarnya yang dapat mendukung pendidikan.

(2) Penggunaan metode belajar yang bervariasi memperlancar penerimaan materi.

(3) Pasien dapat memahami perannya lebih jauh dalam penanggulangan dari program rehabilitasi.

(4) Bahan-bahan kimia dan tingkah laku langsung mempengaruhi fungsi jantung serta menghambat penyembuhan.

(5) Laporan yang tepat dan segera dapat mencegah komplikasi.

(6) Post infark miokard komplikasi yang sering terjadi yaitu inflamasi perikard yang mengevaluasi pengobatan atau intervensi.

(7) Dengan pemberian regulasi RI cepat membantu mengoreksi kadar gula darah.

(8) Dengan diit Diabetes Melitus membantu dalam mengontrol kadar gula darahnya.

## 3.3 PELAKSANAAN

Tanggal 12 Juli 2000

*1. Diagnosa keperawatan pertama*

1) Memonitor karakteristik nyeri, mencatat keluhan verbal non verbal serta respon homodinamik (tekanan darah, suhu, respirasi, dan suara jantung).

2) Mendapatkan gambaran nyeri klien secara menyeluruh yaitu tentang lokasi, lamanya kualitas dan kapan terjadinya.

3) Anjurkan pada klien untuk melaporkan adanya nyeri dada.

4) Memberikan lingkungan yang tenang serta aktivitas fisik yang ringan (sesuai dengan program rehabilitasi) dan melakukan pendekatan pada klien secara pelan tetapi menyakinkan.

5) Mengajarkan dan menganjurkan pada klien untuk melakukan tehnik relaksasi, misalnya : dengan menarik nafas dan dikeluarkan secara pelan.

6) Melakukan observasi tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian obat-obatan dengan program dokter :

(1) oksigen: 3 liter/menit (nasal konule)

(2) isosorbit denetrat : 3 x 5 mg (sub ingual)

(3) asetil calixilat: 1 x 100 mg (oral)

2. *Diagnosa keperawatan kedua*

Tanggal 12 Juli 2000.

1) Memonitor heart rate, irama dan perubahan tekanan darah sebelum dan sesudah melakukan aktivitas dengan syarat 15 menit sebelumnya tidak merokok dan tidak makan 5 menit setelah istirahat.

2) Menganjurkan pada klien untuk istirahat lebih awal jika aktivitas mendekati puncaknya.

3) Memonitor tanda dan gejala adanya reflek dari intoleransi pada waktu istirahat 2 jam setelah makan.

4) Menganjurkan pada klien untuk menghindari mengejan pada waktu buang air besar.

5) Menjelaskan pada klien tentang aktivitas yang dilakukan seperti : berdiri dikursi ketika tidak nyeri dan istirahat 2 jam setelah makan.

6) Melakukan kolaborasi dengan rehabilitasi jantung.

3. *Diagnosa keperawatan ketiga*

Tanggal 12 Juli 2000

1) Mengkaji tingkat pengetahuan klien dan kemampuan belajarnya, meneruskan orientasi terhadap tindakan yang dilakukan.

2) Memberikan informasi dengan berbagai variasi seperti melalui buku-buku, radio dan sesi tanya jawab.

3) Menguatkan tentang faktor resiko, perubahan diit dan aktivitas, terapi dan gejala yang tampak.

4) Menganjurkan pada klien untuk menghindari faktor resiko seperti merokok, alkohol dan kegemukan.

5) Melaporkan segera jika timbul nyeri dada, perubahan pada angina dan gejala lain yang terjadi.

6) Melaporkan juga jika terjadi demam bersamaan saat nyeri dada.

7) Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam memberikan regulasi cepat RL 3 x 4 unit/jam

8) Melakukan kolaborasi dengan tim medis.

## 3.4 EVALUASI

3.4.1 Catatan perkembangan Pertama

*1) Diagnosa keperawatan pertama*

Tanggal 13 Juli 2000 jam 7.00 WIB

Nyeri (akut) sehubungan dengan iskemia jaringan miokard.

1) Data subyektif

Klien mengatakan nyeri dada agak berkurang tapi seluruh tubuhnya masih terasa lemah, lelah dan capek.

2) Data obyektif

(1) ekspresi wajah sedikit menyeringai menahan sakit.

(2) Klien gelisah

(3) Tekanan darah 130/90 mmhg, nadi: 96x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu: 37 $^{o}$ C.

3) Assement

Masalah belum teratasi

4) Planning

Rencana tindakan no: a, b, c, d, e, f dan g diteruskan

2) *Diagnosa keperawatan kedua*

Tanggal 13 Juli 2000 jam 11.00)

Intoleransi aktivitas sehubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

1) Data subyektif

(1) klien mengatakan masih nyeri dada

(2) Klien mengatakan selama melakukan aktivitas misalnya menggerakkan kedua tangan dan kaki capek.

2) Data obyektif

(1) klien masih lemah dan lelah

(2) Klien makan, minum, mandi, BAK dan BAB masih dibantu ditempat tidur

(3) Terpasang oksigen 4 lt/menit

3) Assement

Masalah belum teratasi

4) Planning

Rencana tindakan a, b, c, d, e, dipertahankan

*3) Diagnosa keperawatan ketiga*

Tanggal 13 Juni Jam 13.00

Kurangnya pengetahuan sehubungan dengan kurang pengenalan dengan sumber-sumber informasi.

1) Data subyektif

(1) lien mengatakan belum mengerti banyak tentang penyakitnya

(2) Klien mengatakan ingin sekali dijelaskan tentang penyakitnya

2) Data obyektif

(1) Klien selalu bertanya kepada dokter dan perawat.

(2) Klien selalu memperhatikan jika diterangkan oleh dokter atau perawat.

3) Assement

Masalah belum teratasi

4) Planning

Rencana tindakan a, b, c, d, e, f, g, h dilanjutkan

*1) Diagnosa keperawatan pertama*

Tanggal 14 Juli 2000 jam 08.00 BBWI

1) Data subyektif

(1) klien mengatakan sudah tidak nyeri lagi meskipun dengan merubah posisi (miring kanan atau kiri)

(2) klien mengatakan tubuhnya sudah terasa segar.

2) Data obyektif

(1) Ekspresi wajah sudah tudak menyeringai menahan sakit

(2) Klien tidak gelisah

(3) Tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu: 36 $^{o}$ C.

3) Assement

Masalah teratasi.

4) Planning

Rencana tindakan dihentikan.

*2). Diagnosa keperawatan kedua*

Tanggal 14 Juli 2000 jam 08.00 BBWI

1) Data subyektif

a) Klien mengatakan nyeri dadanya tidak timbul meskipun dengan merubah posisi

b) Bisa melakukan aktivitas misalnya menggerakkan kedua tangan dan kaki klien tidak merasa capek.

2) Data obyektif

a) klien belajar duduk di kursi

b) klien segar

c) Klien sudah dapat beraktivitas secara mandiri makan dan minum dilakukan sendiri dengan duduk di tempat tidur, buang air besar dan buang air kecil masih dibantu ditempat tidur.

d) Klien terpasang oksigen: 2 lt/menit.

e) Hasil observasi : tekanan darah : 110/70 mmhg, nadi: 80x/menit, suhu: 36 $^{O}$ C dan respirasi: 20x/menit

3) Assement

Masalah teratasi sebagian

4) Planning

Rencana tindakan dipertahankan nomor a, b, c, d, e dan f.

*3) Diagnosa keperawatan ketiga*

Tanggal 14 Juli 2000 jam 08.00 BBWI

1) Data subyektif

Klien mengerti banyak tentang penyakitnya setelah mendapat penjelasan dari dokter atau perawat.

2) Data Obyektif

(1) Klien tidak sering bertanya lagi

(2) Klien mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya

3) Assement

Masalah teratasi

4) Planning

Rencana tindakan dipertahankan a, b, c, d, e, f, g dan h.

### 3.4.3. EVALUASI AKHIR

*1) Diagnosa keperawatan pertama*

Nyeri (akut) berhubungan dengan iskemia jaringan miokard.

Tujuan tercapai tanggal 15 Juli 2000, klien mengatakan sedah tidak nyeri lagi ditandai dengan ekspresi wajah tidak menyeringai menahan sakit, klien sudah tidak memegangi bagian yang sakit nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit.

*2) Diagnosa keperawatan kedua*

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuha oksigen.

Tujuan teratasi sebagian tanggal 15 Juli 2000, klien mengatakan dirinya sudah mampu untuk beraktivitas ditandai dengan klien mampu menggerakkan kedua tangan dan kakinya, klien sudah mampu makan, minum sendiri dan klien sudah belajar duduk sendiri.

3) *Diagnosa keperawatan ketiga*

Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi.

Tujuan tercapai tanggal 15 Juli 2000, klien mengatakan sudah mengerti tentang penyakitnya setelah mendapat penjelasan dari dokter atau perawat, klien sudah tidak bertanya tentang penyakitnya lagi, klien bisa menjelaskan kembali tentang penyakitnya.