

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas klien

Inisial pasien Tn. R, usia 57 tahun, jenis kelamin laki-laki, no RM: 01.14.43.93, tanggal masuk Rumah Sakit 23 November 2021, berat badan 65 kg, agama islam, status pernikahan: menikah, pendidikan SMP, pekerjaan: karyawan swasta, alamat: Jl. Kapal layar 5, RT 20 Kelurahan Lok Tuan, Kecamatan Bontang Utara, diagnosa medis: *ACS Stemi Inferior + Right Ventrikel Infark.*

2. Keluhan utama

a. Saat masuk rumah sakit (Selasa, 23 November 2021)

Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri, Tn. R rujukan dari RS. PKT Bontang

b. Saat pengkajian (Rabu, 24 November 2021)

Data Subjektif:

- Pasien mengatakan dirujuk dari RS PKT Bontang tanggal 23 November 2021
- Pasien mengatakan 3 hari dirawat di ruang *ICU* RS PKT Bontang
- Pasien mengatakan badan terasa lemas dan nyeri dada kiri

P: pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien beraktivitas yang berat dan sekarang nyeri timbul bila pasien sedang

berdebar . Pasien mengatakan nyeri menurun bila diberi obat oleh perawat

Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertindih sesuatu dan terkadang seperti ditusuk-tusuk

R: pasien mengatakan nyeri dibagian dada kiri sampai ke ulu hati

S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan nyeri sedang sampai nyeri berat, skala nyeri pasien 6-7

T: pasien mengatakan nyeri timbul secara tiba-tiba dan nyeri berlangsung >10 menit dan nyeri yang dirasakan bisa >8 kali dalam sehari

- Pasien mengatakan sesak saat bernafas, sesak semakin berat bila pasien terlalu banyak beraktivitas (bergerak)
- Pasien mengatakan kepala pusing

Data objektif:

- Pasien tampak gelisah
- Pasien tampak sesak dan memperbaiki posisinya ke posisi *fowler*
- Pasien tampak mengangkat kepingnya saat nyeri datang
- Pasien tampak meringis
- Tanda-tanda vita:

Tekanan darah: 101/67 mmHg

MAP: 78 mmHg

Nadi: 47 x/mnt

Respirasi: 22 x/mnt

Suhu: 36,7°C

c. Alasan dirawat di *ICCU*

Pasien merupakan pasien rujukan dari RS PKT Bontang dengan diagnosa medis *ACS Stemi Inferior + Right Ventrikel Infark*, pasien diobservasi di IGD RS AWS Samarinda ±5 jam dan dipindahkan ke Ruang *ICCU* untuk mendapatkan perawatan intensive.

3. *Primary Survey*

a. *Airway*

Ds: pasien mengatakan tidak batuk ataupun dahak

Do: Jalan nafas pasien bebas dari sumbatan, jalan nafas paten, pasien tampak sesak nafas

b. *Breathing:*

Ds: pasien mengatakan merasa sesak napas, sesak semakin berat bila pasien terlalu banyak beraktivitas (bergerak)

Do: gerakan dinding dada simetris, irama nafas cepat, pola nafas tidak teratur, tidak terdapat retraksi dinding dada, pasien terpasang O_2 4 lpm menggunakan *nasal canul* , RR: 22x/menit, SpO_2 100%, perkusi sonor pada kedua lapang paru, suara nafas vesikuler, pasien duduk dengan posisi *fowler*. Tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu napas.

c. *Circulation*

Tekanan darah 101/67 mmHg, MAP: 78, nadi 47x/menit, tidak terdapat sianosis, tidak ada perdarahan, pasien tampak pucat, nadi teraba lambat di radialis, CRT < 2 detik, akral teraba hangat.

d. *Fluid*

Mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, porsi makan tidak habis (5 sendok), minum 1,5 liter untuk 24 jam, terapi cairan NaCl 0,9% 10 tpm terpasang *Syringe Pump (SP)* Dobutamin 2 mcg/kgBB/menit.

4. *Secondary Survey*

a. *Brain*

Tingkat kesadaran E4, M6, V5 (15), kesadaran *compos mentis*, isokor pupil sama besar, pupil bereaksi terhadap cahaya, diameter pupil 3 mm, pasien tampak gelisah.

b. *Breathing*

Ds: pasien mengatakan merasa sesak napas, sesak semakin berat bila pasien terlalu banyak beraktivitas (bergerak)

Do: gerakan dinding dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, tidak terdapat retraksi dinding dada, pasien terpasang O₂ 4 lpm menggunakan *nasal canul*, RR: 22x/menit, SpO₂ 100%, perkusi sonor pada kedua lapang paru, suara napas vesikuler, pasien duduk dengan posisi *fowler*. Tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu napas.

c. *Blood*

pasien mengalami nyeri dada kiri sampai ke ulu hati, skala nyeri pasien 6, nyeri seperti tertindih, tidak ada perdarahan, tidak ada edema, tekanan darah 101/67 mmHg, nadi 47 x/menit, pasien tidak mengalami pingsan

d. *Bladder*

Pasien dapat BAK secara spontan, jumlah urine 1.490 cc/24 jam (urine normal 1cc/KgBB/jam = 65cc x 24 jam = **1.560 cc/24 jam**), warna urine kuning jernih, dirumah BAK >8 x/hari, di RS juga pasien BAK >8x/hari, pasien tidak terpasang *dower cateter*, pasien tidak menggunakan pampers, pasien BAK menggunakan pispot urine, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terdapat nyeri pinggang.

e. *Bowel*

Selama dirawat di RS pasien mengatakan belum ada BAB, di rumah pasien BAB 2 x/hari. Dirumah pasien makan 3x sehari dengan lauk ikan, sayur, daging, dan buah, selama di RS pasien Diet jantung BJRG, porsi makan selama di RS kurang lebih 5 sendok.

f. *Bone*

Ds: pasien mengatakan badan terasa lemah

Do: tidak ada edema , saat ini pasien *bed rest*, *ADL* pasien dibantu oleh perawat dan keluarga, skala otot ekstremitas

5	5
5	5

Artinya ekstremitas bebas bergerak, mampu menggerakkan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh.

5. Pola pengkajian Gordon

a. Pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan

Data Subjektif:

Pasien mengatakan waktu muda kurang menjaga kesehatan secara baik, namun sekarang pasien mengatakan menjaga kesehatan itu penting di usia yang sudah masuk di atas 40 tahun. Pasien mengatakan bila sakit pengobatan dan akses untuk ke pelayanan kesehatan sudah sangat cukup baik. Pasien mengatakan ini kali pertamanya mengalami nyeri dada yang sangat hebat dan sampai harus dirawat di Rumah Sakit, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung, stroke, hipertensi dan jantung, pasien mengatakan tidak pernah minum minuman keras, pasien tidak merokok

Data Objektif:

Pasien dapat berorientasi terhadap waktu, orang dan tempat dengan baik. Kesadaran *compos mentis*.

b. Pola metabolik-nutrisi

Data subjektif:

Pasien mengatakan di rumah pasien makan sesuai dengan keinginannya, pasien mengatakan di rumah makan 3x sehari dengan lauk yang beragam seperti ikan, daging, sayur, dan buah. Pasien mengatakan jarang menimbang berat badannya, pasien mengatakan tidak ada penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir. BB pasien saat ini 65 Kg, TB: 165 cm ($IMT = \frac{BB}{TB^2} = \frac{65}{1,65^2} = 24,0$ / **Normal** menurut Kemenkes RI 2019. Pasien tidak mengalami mual dan muntah.

Data Objektif:

Turgor kulit lembab, tidak ada lesi, mukosa bibir lembab, BB 65 Kg, TB: 165 cm, pasien tidak menghabiskan makanan yang disediakan RS, diit jantung BJRG.

c. Pola eliminasi

Data subjektif:

Pasien mengatakan selama di di rumah BAK >8x dan di RS juga sama >8 x sehari, pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK, pasien mengatakan warna urine kuning jernih, tidak berbau dan tidak ada darah yang bercampur. Pasien mengatakan selama di rawat di RS pasien belum ada BAB.

Data objektif:

Pasien dirawat dirumah sakit dengan kebutuhan *personal hygiene* dan eliminasi (BAK, BAB, mandi dan berpakaian), asiem

memerlukan bantuan untuk mengurangi gerak, *ADL* pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

d. Pola aktivitas dan latihan (olahraga)

Data subjektif:

Pasien mengatakan selama ini pasien beraktivitas di lingkungan rumah saja, saat beraktivitas terkadang pasien mudah lelah. Pasien mengatakan aktivitas sehari-hari dirumah dapat dikerjakan secara mandiri tanpa bantuan orang lain. Pasien mengatakan sebelum sakit pasien gemak berolahraga tenis meja 2x seminggu. Pasien mengatakan selama di RS seluruh aktivitas dibatasi dan dibantu oleh keluarga dan perawat.

Data objektif:

Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien *bedrest*, seluruh kekuatan otot ekstremitas pasien = 5.

e. Pola istirahat dan tidur

Data subjektif:

Pasien mengatakan selama di rumah pasien jarang tidur siang, dan pasien tidur malam diatas jam 10 malam dan bangun pagi di jam 05:30 pagi, selama di RS pasien terkadang terbangun ditengah malam tanpa tau sebabnya apa, pasien di RS sering tidur siang dan tidur malam tetap diatas jam 10 malam.

Data objektif:

KU pasien lemah, konjungtiva anemis

f. Pola persepsi kognitif

Data subjektif:

Pasien mengatakan masih terasa nyeri dada kiri sampai ke ulu hati

Data objektif:

Pasien tampak meringis bila nyeri itu timbul

g. Pola konsep diri-persepsi diri

Data subjektif:

Pasien mengatakan dulu waktu muda pasien tidak terlalu mementingkan kesehatan, namun sekarang pasien sadar bahwa kesehatan itu sangat penting dan sekarang pasien rajin berolahraga 2x dalam seminggu.

Data objektif:

Pasien tampak bersemangat bercerita mengenai olahraganya.

h. Pola hubungan peran

Data subjektif:

Pasien mengatakan bahwa pasien adalah suami dan ayah bagi ke 4 anaknya, pasien mengatakan tidak ada masalah peran yang dijalani selama ini, semua orang melakukan perannya masing-masing.

Data objektif:

Pasien ditemani oleh istrinya selama di RS dikarenakan anaknya sedang bekerja dan sekolah.

i. Pola reproduksi-seksual

Data subjektif:

Pasien mengatakan tidak pernah merasakan ada gangguan pada seksualnya, pasien mengatakan tidak ada penurunan gairah seksualnya.

j. Pola toleransi terhadap *stress*-koping

Data subjektif:

Pasien mengatakan tidak merasa *stress* namun hanya merasa sedikit khawatir mengenai penyakitnya ini, pasien mengatakan bila sedang mengalami *stress* pasien biasanya berkumpul dengan keluarga dan berbincang-bincang dan tertawa bersama.

Data objektif:

Tidak terdapat tanda-tanda cemas pada pasien.

k. Pola keyakinan-nilai

Data subjektif:

Pasien mengatakan beragama islam, pasien mengatakan yakin bahwa setiap penyakit selalu ada obatnya dan setiap kesulitan selalu ada jalan keluarnya, pasien mengatakan selalu berdoa agar kondisinya cepat membaik

Data objektif:

Pasien tampak mendengarkan tausiyah dari HP dan surah-surah Al-Quran dari HP nya.

6. Pengkajian *Head to Toe*

a. Kepala

Bentuk kepala *masocefal*, rambut sedikit beruban, distribusi rambut tidak merata (botak dibagian tengah sampai depan kepala), rambut dan kulit kepala bersih, tidak ada lesi di kepala.

b. Mata

Ukuran pupil (isokor) 3 mm/ 3mm. Simetris kiri dan kanan, pupil bereaksi terhadap cahaya, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, kelopak mata tidak cekung, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

c. Hidung

Tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak ada secret, septum nasal paten, tidak ada gangguan dalam penghidu, pasien menggunakan O^2 *nasal canul* 4 lpm.

d. Mulut

Membran mukosa bibir lembab, tidak ada sianosis, tidak ada stomatitis, gigi pasien sudah ada yang patah, pasien tidak menggunakan gigi palsu, pasien makan dan minum per oral.

e. Telinga

Daun telinga (*auricularis*) elastis, tinggi telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen pada liang telinga, tidak ada gangguan fungsi pendengaran pada pasien.

f. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid, kemampuan menelan baik, tidak ada distensi vena jugularis.

g. Thoraks

Inspeksi : bentuk dada normal, irama pernapasan hiperventilasi
(*dyspnea, ortopnea*)

Palasi : ekspansi thoraks simetris kiri dan kanan, taktif
fremitus simetris

Perkusi : bagian paru sonor

Auskultasi: suara nafas vesikuler, tidak ditemukan suara napas tambahan di semua lobus paru.

h. Jantung

Inspeksi : denyutan apeks terlihat di ICS 6 *midklavikula* kiri

Palpasi : denyut apeks teraba.

Perkusi : didapatkan suara pekak dengan batas atas jantung terletak di ICS 3, batas kanan garis sternum dan batas kiri pada garis *midklavikula*.

Auskultasi : bunyi jantung didapatkan S1-S2 reguler.

i. Abdomen

Inspeksi : bentuk abdomen simetris, tidak ada lesi, tidak ada distensi abdomen, tidak ada asites

Auskultasi : terdengar bising usus 16x/menit

Palpasi : kandung teraba tidak penuh, tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien, tidak ada nyeri tekan pada abdomen

Perkusi : bunyi timpani

j. Kulit

Kulit berwarna sawo matang, tidak ada sianosis, kulit lembab, suhu tubuh 36,7°C, turgor kulit elastis, akral teraba hangat.

k. Ekstremitas

Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah bernilai 5. ROM bebas, akral teraba hangat, pergerakan ekstremitas normal, tidak ada oedema tidak ada sianosis di jari-jari dan kuku, CRT <2 detik, pulsasi nadi perifer teraba lambat.

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 21 November 2021 di RS PKT Bontang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Troponin T	222.20	<14.00 pg/ml
HbA1C	7.0	4.8 – 5.9 %

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Tanggal 23 November 2021 di RSUD AWS Samarinda

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Leukosit	11.63	4.80-10.80 $10^3/uL$
Eritrosit	5.12	4.70-6.10 $10^6/uL$
Hemoglobin	14.7	14.0-18.0 g/dL
Hematokrit	42.4	37.0-54.0 %
Glukosa Sewaktu	132	<200 mg/dL

Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Tanggal 24 November 2021 di RSUD AWS Samarinda.

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Cholesterol	219	<200 mg/dL
Trigliserida	76	<150 mg/dL
HDL Cholesterol	39	>45 mg/dL
LDL Cholesterol	165	<130 mg/dL
Asam Urat	7.9	3.4-7.0 mg/dL
Ureum	25.6	17.0-43.0 mg/dL
Creatinin	0.9	0.9-1.3 mg/dL
SGOT	31	<40 U/L
SGPT	20	<41 U/L
Natrium	138	135-155 mmol/L
Kalium	3.3	3.6-5.5 mmol/L
Chloride	102	98-108 mmol/L
Ab HIV	Non Reaktif	Non Reaktif
HBsAg	Reaktif	<0.90 COI

b. Hasil Photo Thorax

Pemeriksaan tanggal 23 November 2021

Hasil: - corakan bronkovaskuler normal

-tidak ada penebalan pleura

- kedua diafragma licin, tidak mendatar

- COR, CRT <0,56

- sistema tulang yang tervisualisasik intak

Kesimpulan: - pulmo dalam batas normal

- Besar COR normal

c. Hasil pemeriksaan EKG

Pemeriksaan tanggal 24 November 2021

Irama jantung : irama sinus aritmia

Heart Rate : 50x/menit

Aksis jantung : -15° (*axis normal*)

Transitional zone : *Lead V3* (normal)
Durasi gelombang P : 0,04 detik
Amplitudo gelombang P : 0,1 mV
Interval P-R : 0,88 detik (AV Blok^o2)
Durasi Kompleks QRS : 0,08 detik
Morfologi QRS : Normal
Gelombang Q : terdapat Q patologis di *Lead V2-V4*, dan
Lead II
Segmen ST : *ST Elevasi* di *Lead V2, V3, dan V4*
Gelombang T : *T Inverted* di *Lead II, III, dan aVF*
Gelombang U : Tidak ada
Interval QT : 0,40 detik
Kesimpulan : Sinus aritmia + *STEMI Inferior (Inferior AnteroSeptal)* + AV Blok^o2 tipe I

d. Hasil Angiografi Koroner

Pemeriksaan tanggal 25 November 2021

RAD : Total oklusi di pangkal

LAD : Stenosis 50-60 % di proximal-mid

Lead mean : Baik

LCX : Stenosis 80% di pangkal

8. Terapi

Tabel 3.4 Daftar Terapi dan Obat Tn.R

Rabu, 24 November 2021	Kamis, 25 November 2021	Jumat, 26 November 2021	Sabtu, 27 November 2021
Intravena IVFD NaCl 21cc/jam Sp. Vascon 4,5 cc/jam Sp. Dobutamin 1,6 cc/jam Injeksi Inj. Ranitidine 2x 50 mg Inj. Lovenox 2 x 0,6 cc Oral Sucralfat syrnp 3 x 1 ml ISDN 3 x 5 mg Aspilet 1 x 80 mg CPG 1 x 75 mg Simvastatin 1 x 20 mg Diazepam 1 x 5 mg Amlodipin 1 x 5 mg (ditunda)	Intravena IVFD NaCl 21cc/jam Sp. Dobutamin 1,6 cc/jam Injeksi Inj. Ranitidine 2x 50 mg Inj. Lovenox 2 x 0,6 cc Oral Sucralfat syrnp 3 x 1 ml ISDN 3 x 5 mg Aspilet 1 x 80 mg CPG 1 x 75 mg Simvastatin 1 x 20 mg Diazepam 1 x 5 mg Amlodipin 1 x 5 mg (ditunda)	Intravena IVFD NaCl 21cc/jam Injeksi Inj. Ranitidine 2x 50 mg Inj. Lovenox 2 x 0,6 cc Oral Sucralfat syrnp 3 x 1 ml ISDN 3 x 5 mg Aspilet 1 x 80 mg CPG 1 x 75 mg Simvastatin 1 x 20 mg Diazepam 1 x 5 mg	Injeksi Inj. Ranitidine 2x 50 mg Inj. Lovenox 2 x 0,6 cc Oral Sucralfat syrnp 3 x 1 ml ISDN 3 x 5 mg Aspilet 1 x 80 mg CPG 1 x 75 mg Simvastatin 1 x 20 mg Diazepam 1 x 5 mg

Skala Norton

Tabel 3.5 Skala Norton

PENILAIAN	SKOR
Kondisi Fisik <ul style="list-style-type: none"> • Baik • Sedang • Buruk • Sangat Buruk 	<u>4</u> 3 2 1
Status Mental <ul style="list-style-type: none"> • Sadar • Apatitis • Bingung • Stupor 	<u>4</u> 3 2 1
Aktivitas <ul style="list-style-type: none"> • Jalan Sendiri • Jalan Dengan Bantuan • Kursi Roda • Di Tempat Tidur 	4 3 2 <u>1</u>

Mobilitas	
• Bebas Bergerak	4
• Agak Terbatas	<u>3</u>
• Sangat Terbatas	2
• Tidak Mampu Bergerak	1
Inkontinensia	
• Kontinensia	<u>4</u>
• Kadang Inkontinensia Urin	3
• Selalu Inkontinensia Urin	2
• Inkontinensia urin	1
TOTAL SKOR	16

Keterangan

<12: Resiko tinggi terjadi dekubitus

12-15: Resiko sedang terjadi dekubitus

16-20: Resiko rendah terjadi dekubitus

Skala Indeks Barthel

Tabel 3.6 Skala Indeks Barthel

No	Fungsi	Skor	Urain	Nilai Skor
1	Mengendalikan Rangsang Defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/ tak teratur (perlu pencahar)	2
		1	Kadang-kadang tak terkendali	
		2	Mandiri	
2	Mengendalikan Rangsang Berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/ akai kateter	2
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1x24 jam)	
		2	Mandiri	
3	Membersihkan Diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh Pertolongan orang lain	0
		1	Mandiri	
4	Penggunaan Jamban, Masuk dan Keluar (melepas, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	1
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5	Makan	0	Tidak mampu	1
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6	Berubah Sikap Dari Berbaring ke Duduk	0	Tidak mampu	2
		1	Perlu banyak bantuan untuk duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	
7	Berpindah/Berjalan	0	Tidak mampu	1
		1	Bisa pindah dengan kursi roda	

		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8	Memakai Baju	0	Tergantung orang lain	1
		1	Sebagian dibantu (misal mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9	Naik Turun Tangga	0	Tidak mampu	1
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10	Mandi	0	Tergantung orang lain	1
		1	Butuh bantuan	
TOTAL SKOR				12

Keterangan:

20: Mandiri

12-19: Ketergantungan Ringan

9-11: Ketergantungan Sedang

5-8: Ketergantungan Berat

0-4: Ketergantungan Total

Skala Morse

Tabel 3.7 Skala Morse

Faktor Resiko	Skala	Skor	
		Standar	Hasil
Jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Ya	25	0
	Tidak	0	
Diagnosa sekunder lebih dari 1	Ya	15	0
	Tidak	0	
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada Benda-benda sekitar	30	0
	Kruk, Tongkat, Walker	15	
	<i>Bedrest</i> / dibantu perawat	0	
Menggunakan IV dan Cateter	Ya	20	0
	Tidak	0	
Kemampuan berjalan	Gangguan (pincang/diseret)	20	0
	Lemah	10	
	Normal/ bed rest /immobile	0	
Status mental	Tidak sadar akan kemampuannya / post op 24 jam	15	0
	Orientasi sesuai kemampuan	0	
TOTAL SKOR			0

Keterangan:

≥45: Resiko Tinggi

25-44: Resiko Sedang

0-24: Resiko Rendah

B. Analisa Data

Tabel 3.8 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS: pasien mengatakan nyeri dada kiri.</p> <p>P: pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien beraktivitas yang berat dan sekarang nyeri timbul bila pasien sedang berdebar . Pasien mengatakan nyeri menurun bila diberi obat oleh perawat</p> <p>Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertindih sesuatu dan terkadang seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: pasien mengatakan nyeri dibagian dada kiri sampai ke ulu hati</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan nyeri sedang sampai nyeri berat, skala nyeri pasien 6-7</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri timbul secara tiba-tiba dan nyeri berlangsung >10 menit dan nyeri yang dirasakan bisa >8 kali dalam sehari</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tekanan darah: 101/67 mmHg• Nadi: 47 x/menit• Respirasi: 22 x/menit• Suhu: 36,7°C• O₂ 4 lpm dengan <i>nasal canul</i>• SpO₂ : 100%• Pasien tampak gelisah	Agen pencedera fisiologis (iskemia)	Nyeri Akut
2	<p>DS: Pasien mengatakan sesak saat bernafas, sesak semakin berat bila pasien terlalu banyak beraktivitas (bergerak). Pasien mengatakan ada nyeri dada. Pasien mengatakan badan terasa lemas</p> <p>DO:</p>	Hambatan upaya napas	Pola Napas Tidak Efektif

	<ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah: 101/67 mmHg • Nadi: 47 x/menit • Respirasi: 22 x/menit • Suhu: 36,7°C • O₂ 4 lpm dengan <i>nasal canul</i> • SpO₂ : 100% • Pasien tampak gelisah • Pasien tampak sesak dan memperbaiki posisinya ke posisi <i>fowler</i> 		
3	<p>DS: pasien mengatakan nyeri dada kiri sampai ke ulu hati. Pasien mengatakan kepalanya pusing. Pasien mengatakan badan terasa lemas.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah: 101/67 mmHg • Nadi: 47 x/menit • Respirasi: 22 x/menit • Suhu: 36,7°C • O₂ 4 lpm dengan <i>nasal canul</i> • SpO₂ : 100% • Troponin T 222.20 pg/ml • Kalium 3.3 mmol/L • Perubahan EKG <p>Irama jantung : irama sinus aritmia <i>Heart Rate</i> : 50x/menit Aksis jantung : -15° (<i>axis normal</i>) <i>Transitional zone</i> : <i>Lead V3</i> (normal) Durasi gelombang P: 0,04 detik Amplitudo gelombang P : 0,1 mV Interval P-R : 0,88 detik (AV Blok^o2) Durasi Kompleks QRS : 0,08 detik Morfologi QRS : Normal Gelombang Q: terdapat Q patologis di <i>Lead V2-V4</i>, dan <i>Lead II</i> Segmen ST: <i>ST Elevasi</i> di <i>Lead V2, V3</i>, dan <i>V4</i> Gelombang T: <i>T Inverted</i> di <i>Lead II, III</i>, dan <i>aVF</i> Gelombang U: Tidak ada Interval QT: 0,40 detik Kesimpulan: Sinus aritmia + <i>STEMI Inferior (Inferior AnteroSeptal)</i> + AV Blok^o2 tipe I</p>	Perubahan irama jantung (perubahan elektrokardiogram (EKG))	Penurunan Curah Jantung

4	<p>DS: Pagsien mengatakan badan terasa lemas. Pasien mengatakan kepala pusing. Pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas. Pasien mengatakan sesak napas</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah: 101/67 mmHg • Nadi: 47 x/menit • Respirasi: 22 x/menit • Suhu: 36,7°C • O² 4 lpm dengan <i>nasal canul</i> • SpO₂ : 100% • Troponin T 222.20 pg/ml • Pasien <i>bed rest</i> • <i>ADL</i> pasien dibantu oleh keluarga dan perawat • Pasien dengan diagnosa <i>ACS STEMI Inferior + Right Ventrikel Infark</i> • Perubahan EKG • Skor Skala Morse 0 (Resiko rendah) • Skor Skala Indeks Barthel 12 (resiko Ringan) 	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleran Aktivitas
---	---	---	---------------------

C. Masalah Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung
4. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.9 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan masalah Nyeri akut dapat teratasi dengan indikator:</p> <p>Tingkat nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 5 (menurun) • Meringis dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 5 • Gelisah dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 5 (menurun) • Frekuensi nadi dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 4 (cukup membaik) • Pola napas dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 5 (membaik) 	<p>Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Kompres hangat) 1.5 Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.6 Ajarkan teknik nonfarmakologi nyeri (relaksasi nafas dalam) 1.7 Kolaborasi pemberian analgetik
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan masalah Pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan indikator:</p> <p>Pola napas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispnea dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 5 (menurun) • Pemanjangan fase ekspirasi dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 5 (menurun) • Frekuensi napas dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 5 (membaik) • Kedalaman napas dipertahankan 3 	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 1.1.2 Monitor bunyi nafas tambahan 1.1.3 Posisikan semi <i>fowler</i> atau <i>fowler</i> 1.1.4 Berikan oksigen <p>Pemantauan Respirasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.2.1 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 2.2.2 Monitor saturasi oksigen

		(sedang) ditingkatkan ke 5 (membaik)	
3	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan masalah Penurunan curah jantung dapat teratasi dengan indikator:</p> <p>Curah Jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kekuatan nadi dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 5 (meningkat) • Bradikardi dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan 4 (cukup menurun) • Lelah dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 5 (menurun) • Tekanan darah dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 5 (membaik) 	<p>Perawatan Jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 monitor EKG 12 sadapan untuk mengetahui perubahan ST dan T 1.2 monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 1.3 monitor elektrolit yang dapat meningkatkan resiko aritmia (mis. Kalium, magnesium serum) 1.4 siapkan menjalani intervensi koroner perkuatan 1.5 anjurkan segera melaporkan nyeri dada 1.6 anjurkan menghindari manuver valsava (mis. Batuk atau mengejan saat BAB) 1.7 kolaborasi pemberian antiplatelet 1.8 kolaborasi pemberian antiangina (mis. Nitrogliserin, beta blocker, calcium channel blocker) 1.9 kolaborasi pemberian inotropik 1.10 kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan
4	Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 8 jam diharapkan masalah Intoleran aktivitas dapat teratasi dengan indikator:</p> <p>Toleransi Aktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan lelah dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan ke 5 (menurun) • Dispnea saat beraktivitas dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan 5 (menurun) • Perasaan lemah dipertahankan 3 (sedang) ditingkatkan 5 (menurun) 	<p>Manajemen Energi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan 4.1.2 Anjurkan tirah baring 4.1.3 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Dukungan Perawatan Diri : Mandi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.2.1 Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 1.2.2 Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut kulit, kuku) 1.2.3 Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun) 1.2.4 Fasilitasi mandi

			<p>Dukungan Ambulasi</p> <p>4.3.1 Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum melakukan ambulasi</p> <p>4.3.2 Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Kursi roda)</p> <p>4.3.3 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>4.3.4 Anjurkan ambulasi sederhana</p>
--	--	--	---

E. Intervensi Inovasi

Intervensi inovasi yang dilakukan adalah teknik kompres hangat terhadap penurunan nyeri dada. Dilakukan pengompresan sebanyak satu kali dalam sehari selama 20 menit pada daerah dada kiri menggunakan buli-buli panas yang diisi dengan air yang sudah dipanaskan 50°C. Pengukuran tingkat nyeri dilakukan dengan menggunakan *numeric rating scale (NRS)*. Pengukuran dilakukan sebelum dan sesudah intervensi selama tiga hari berturut-turut pada tanggal 25, 26 dan 28 November 2021 untuk melihat keefektifan terapi yang telah dilakukan.

F. Implementasi

Tabel 3.10 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep	Implementasi	Ttd
1	24/11/2021 10:10	I	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>1.1 mengidentifikasi nyeri pasien dengan menggunakan pengkajian <i>PQRST</i></p> <p>Ep: menanyakan keadaan nyeri yang pasien rasakan dipengkajian awal</p> <p>S: <i>P</i>: pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien beraktivitas yang berat dan sekarang nyeri timbul bila pasien sedang berdebar . Pasien mengatakan nyeri menurun bila diberi obat oleh perawat/ <i>Q</i>: pasien mengatakan nyeri seperti tertindih sesuatu</p>	

			<p>dan terkadang seperti ditusuk-tusuk. <i>R</i>: pasien mengatakan nyeri dibagian dada kiri sampai ke ulu hati. <i>S</i>: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan nyeri sedang sampai nyeri berat, skala nyeri pasien 6. <i>T</i>: pasien mengatakan nyeri timbul secara tiba-tiba dan nyeri berlangsung >10 menit dan nyeri yang dirasakan bisa >8 kali dalam sehari.</p> <p>O: TD: 101/67 mmHg, Nadi: 47 x/menit, Respirasi: 22 x/menit, Suhu: 36,7°C, O₂ 4 lpm dengan <i>nasal canul</i>, SpO₂ : 100%</p>	
	10:14		<p>1.2 mengidentifikasi skala nyeri pasien <i>Ep</i>: mengetahui tingkat nyeri pasien, dan untuk menentukan teknik nonfarmakologi apa yang akan digunakan dalam menangani nyeri. <i>S</i>: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan adalah nyeri sedang dengan skala nyeri 6. <i>O</i>: pasien tampak meringis dan mengerutkan dahinya bila nyeri timbul.</p>	
	10:14		<p>1.3 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <i>Ep</i>: mengetahui upaya apa yang pernah dilakukan pasien dalam mengurangi nyeri yang dirasakan dan kondisi apa yang dapat menyebabkan keparahan nyeri pasien. <i>S</i>: pasien mengatakan nyeri bertambah parah bila pasien sedang beraktivitas yang berat dan saat pasien mengalami jantung berdebar, dan pasien mengatakan nyeri berkurang bila diberi obat oleh perawat dan pasien tidak pernah melakukan tindakan mandiri dalam melakukan pengurangan nyeri <i>O</i>:-</p>	
	10:25	III	<p>Perawatan Jantung 3.10 berkolaborasi dalam pemberian obat antikoagulan, Lovenox 0,6 cc inj. Yang ke 3 <i>Ep</i>: Pencegahan penggumpalan darah di koroner <i>S</i>:- <i>O</i>:-</p>	
	10:27	II	<p>Manajemen Jalan Napas 2.1.3 membantu pasien untuk memposisikan tubuhnya ke posisi <i>fowler</i> <i>Ep</i>: posisi yang dapat memberi kenyamanan pada pasien <i>S</i>: pasien mengatakan dengan posisi duduk sesak pasien bisa lebih berkurang <i>O</i>: pasien tampak sesak</p>	
	10:28		<p>2.1.1 memonitor frekuensi napas pasien <i>Ep</i>: memantau keparahan sesak yang pasien alami <i>S</i>: - <i>O</i>: tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, RR: 22 x/menit</p>	

			<p>Pemantauan Respirasi</p> <p>2.2.1 memalpasi bagian dada pasien Ep: mengetahui apakah ada gangguan pada ekspansi paru pasien yang dapat menyebabkan gangguan pernapasan pada pasien</p> <p>2.1.2 mendengarkan bunyi napas pasien Ep: untuk mengidentifikasi suara napas tambahan seperti <i>ronchi, gurgling</i>. S:- O: tidak ada bunyi napas tambahan yang terdengar,</p> <p>2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan masih terasa sesak O: TD 100/69 mmHg, N: 50x/menit, RR: 21x/menit, saturasi 99%</p> <p>Manajemen Nyeri</p> <p>1.6 mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri yang pasien rasakan Ep: cara alternatif yang dapat pasien gunakan dalam meredakan nyeri secara mandiri S: pasien mengatakan terbantu dengan cara relaksasi naas dalam dalam mengurangi sedikit rasa nyeri yang asien rasakan namun rasa nyeri tersebut masih terasa oleh pasien O: pasien mampu mempraktekan secara mandiri teknik relaksasi napas dalam yang diajarkan</p> <p>Manajemen Energi</p> <p>4.1.2 menganjurkan pasien tirah baring Ep: pembatasan aktivitas harus dilakukan mengingat pasien adalah pasien dengan penyakit jantung yang memerlukan pembatasan aktivitas. S: - O: pasien tampak beristirahat ditempat tidur dan pasien <i>bedrest</i></p> <p>Perawatan Jantung</p> <p>1.7 berkolaborasi pemberian antiangina, ISDN 5 mg pe roral Ep: memberikan obat rutin yang diminum oleh pasien S: - O: pasien meminum obat setelah makan</p> <p>1.8 berkolaborasi pemberian antiplatelet, Aspilet 80 mg per oral Ep: memberikan obat rutin yang diminum oleh pasien S: - O: pasien meminum obat setelah makan</p> <p>1.9 berkolaborasi pemberian inotropik, <i>Sp</i> Dobutamin 2 mcg/KgBB/menit Ep: pemberian obat melalui intravena menggunakan alat yang diatur dalam 24 jam</p>	
10:29				
10:30				
11:00				
11:03	I			
12:00	IV			
13:00	III			
13:00				
13:00				

			<p>S: - O: obat menggunakan <i>sirim pump</i> yang diatur kecepataannya 1,6 cc/jam</p> <p>Pemantauan Respirasi 2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan masih terasa sesak O: TD 98/68 mmHg, N: 49x/menit, RR: 23x/menit, saturasi 100%</p>	
	13:02	II		
	14:00	II	<p>2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan masih terasa sesak O: TD 98/68 mmHg, N: 50x/menit, RR: 22x/menit, saturasi 100%</p>	
2	25/11/2021			
	07:40	III	<p>Perawatan Jantung 1.9 berkolaborasi pemberian inotropik, <i>Sp</i> Dobutamin 2 mcg/KgBB/menit Ep: pemberian obat melalui intravena menggunakan alat yang diatur dalam 24 jam S: - O: obat menggunakan <i>sirim pump</i> yang diatur kecepataannya 1,6 cc/jam</p>	
	07:40	II	<p>Manajemen Pola Napas 2.1.3 memosisikan pasien keposisi <i>fowler</i> Ep: posisi yang dapat membuat pasien merasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri S: pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi duduk bila merasa sesak O: -</p>	
	07:40	IV	<p>Dukungan Perawatan Diri: Mandi 4.2.1 mengidentifikasi jenis kebutuhan yang diperlukan pasien Ep: menanyakan kebutuhan apa yang diperlukan pasien S: pasien mengatakn ingin mandi namun masih belum diperbolehkan untuk turun dari tempat tidur O: pasien tampak ingin mandi</p>	
	07:41		<p>Manajemen Energi 4.1.1 mengidentifikasi fungsi tubuh pasien yang mengalami gangguan yang mengakibatkan pasien kelelahan Ep: melihat kemampuan tubuh pasien yang dapat menyebabkan pasien mengalami kelelahan S: pasien mengatakan masih bisa duduk namun masih tidak diperbolehkan untuk berdiri O: pasien <i>bedrest</i></p> <p>Dukungan Perawatan Diri: Mandi</p>	

	07:44		<p>4.2.3 membantu menyediakan peralatan mandi pasien seperti sabun dan air panas untuk pasien berseka Ep: memberikan kebutuhan pasien dalam hal perawatan diri mandi S: pasien mengatakan semua peralatan mandi ada di dalam laci O: pasien bersiap untuk mandi</p>	
	07:47		<p>4.2.4 memfasilitasi pasien untuk mandi Ep: memberikan kebutuhan pasien dalam hal perawatan diri mandi S: pasien mengatakan ingin osisi duduk saja saat diseka O: membantu menyeka pasien</p>	
	08:00		<p>4.2.2 memonitor kebersihan tubuh pasien setelah diseka Ep: memastikan kembali kebersihan dari rambut dan kulit pasien S: - O: keadaan kulit dan rambut pasien sudah bersih terbebas dari sabut dan kondisi kering</p>	
	08:00		<p>Manajemen Energi 4.1.2 menganjurkan pasien tirah baring Ep: pembatasan aktivitas harus dilakukan mengingat pasien adalah pasien dengan penyakit jantung yang memerlukan pembatasan aktivitas. S: - O: pasien tampak beristirahat di tempat tidur dan pasien <i>bedrest</i></p>	
	08:02	II	<p>Manajemen Jalan Napas 2.1.4 memberikan oksigen kepada pasien 3 lpm dengan <i>nasal canul</i> Ep: memenuhi kebutuhan oksigenasi pasien S: pasien mengatakn sesak sudah berkurang O: oksigen 3 lpm dengan <i>nasal canul</i>, pasien masih terlihat menarik napas panjang saat bernapas</p>	
	08:04		<p>Pemantauan Respirasi 2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan masih terasa sesak O: TD 105/71 mmHg, N: 51x/menit, RR: 21x/menit, saturasi 100%</p>	
	09:00		<p>2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan masih terasa sesak O: TD 104/71 mmHg, N: 50x/menit, RR: 22x/menit, saturasi 100%</p>	
			Perawatan Jantung	

	09:50	III	3.10 berkolaborasi dalam pemberian obat antikoagulan, Lovenox 0,6 cc inj. Yang ke 5 Ep: Pencegahan penggumpalan darah di koroner S:- O:-	
	09:52		3.4 membantu menyiapkan pasien menjalani Angiografi dan rencana <i>PCI</i> Ep:salah satu penatalaksanaan pasien dengan penyakit jantung S: pasien mengatakan ini kali pertamanya menjalani pemeriksaan jantung ini, pasien mengatakan merasa gugup O: pasien dipuaskan dari jam 8 pagi	
	13:00	II	Pemantauan Respirasi 2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan masih terasa sesak O: TD 110/73 mmHg, N: 53x/menit, RR: 19x/menit, saturasi 100%	
	13:11	III	Perawatan Jantung 3.8 berkolaborasi pemberian antiangina, ISDN 5 mg pe roral Ep: memberikan obat rutin yang diminum oleh pasien S: -	
	13:11		O: pasien meminum obat setelah makan 3.9 berkolaborasi pemberian antiplatelet, Aspilet 80 mg per oral Ep: memberikan obat rutin yang diminum oleh pasien S: -	
	13:12		3.5 menganjurkan pasien melapor bila nyeri timbul Ep: memonitor nyeri yang pasien rasakan S: pasien mengatakan akan segera melapor apabila pasien merasakan nyeri yang sangat hebat O: -	
	14:00	II	Pemantauan Respirasi 2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan masih terasa sesak O: TD 108/71 mmHg, N: 51x/menit, RR: 19x/menit, saturasi 100%	
3	26/11/2021 07:30	IV	Dukungan Ambulasi 4.3.4 mengajarkan kepada pasien untuk melakukan ambulasi sederhana seperti berpindah dari <i>bed</i> pasien ke kursi yang ada di samping <i>bed</i> pasien Ep: pasien dapat melakukan gerakan yang sederhana sebelum pasien melakukan aktivitas	

			<p>lainnya agar fungsi kerja jantung tidak syok dengan aktivitas yang baru</p> <p>S: pasien mengatakan pasien tidak merasakan ada hal yang membuat pasien berdebar atau kelelahan setelah berpindah ke kursi yang ada di samping pasien</p> <p>O: pasien tampak berpindah dari <i>bed</i> ke kursi yang ada di samping tempat tidur pasien dengan mudah</p>	
	07:33		<p>Manajemen Energi</p> <p>4.1.3 menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>Ep: agar tidak memperberat kinerja jantung</p> <p>S: pasien mengatakan hanya ingin berdiri disamping tempat tidur saja</p> <p>O: pasien masih tampak duduk di kursi disamping tempat tidur pasien</p>	
	07:33		<p>Dukungan Perawatan Diri: Mandi</p> <p>4.2.1 mengidentifikasi bantuan yang dibutuhkan pasien</p> <p>Ep: menanyakan bantuan apa yang dibutuhkan pasien untuk melakukan perawatan diri</p> <p>S: pasien mengatakan ingin mandi dikamar mandi sendiri</p> <p>O: melaporkan kepada perawat penanggung jawab pasien atas keinginan pasien untuk mandi sendiri di kamar mandi</p>	
	07:35		<p>4.2.3 menyediakan peralatan mandi pasien seperti sabun dan air hangat yang akan digunakan pasien untuk mandi</p> <p>Ep: memperingan aktivitas pasien dalam melakukan perawatan diri mandi</p> <p>S: -</p> <p>O: menyiapkan air hangat yang akan digunakan pasien</p>	
	07:36		<p>Dukungan Ambulasi</p> <p>4.3.4 melibatkan keluarga pasien dalam melakukan ambulasi</p> <p>Ep: pasien masih belum sepenuhnya dapat melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>S: pasien meminta dipanggilkan istrinya untuk menemaninya mandi di kamar mandi</p> <p>O: istri pasien menemani pasien ke kamar mandi</p>	
	07:36		<p>4.3.3 memfasilitasi pasien dengan kursi roda dalam melakukan ambulasi ke kamar mandi</p> <p>Ep: pasien dapat terbantu melakukan ambulasi</p> <p>S:-</p> <p>O: pasien tamak menggunakan kursi roda dan dibantu oleh istrinya</p>	
	07:55	II	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <p>2.1.4 memberikan oksigen 3 lpm dengan <i>nasal canul</i></p> <p>Ep: memenuhi kebutuhan oksigenasi pasien</p> <p>S:-</p>	

			O: memberikan oksigen 3 lpm dengan <i>nasal canul</i>	
08:00			Pemantauan Respirasi 2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan masih terasa sesak	
09:00			O: TD 115/71 mmHg, N: 55x/menit, RR: 19x/menit, saturasi 100%	
10:00			2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak lagi O: TD 100/69 mmHg, N: 48x/menit, RR: 19x/menit, saturasi 100%, pasien tanpa oksigen	
10:02	III		2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak lagi O: TD 100/67 mmHg, N: 47x/menit, RR: 20x/menit, saturasi 100%, pasien tanpa oksigen	
10:05			Perawatan Jantung 3.10 berkolaborasi dalam pemberian obat antikoagulan, Lovenox 0,6 cc inj. Yang ke 7 Ep: Pencegahan penggumpalan darah di koroner S:- O:-	
11:00	II		3.3. memonitor elektrolit dalam tubuh pasien Ep: tidak ada pengurangan atau kenaikan elektrolit dalam tubuh pasien S: - O: hasil lab menunjukkan Natrium 137 mmol/L, Kalium 3,4 mmol/L, Chloride 102 mmol/L, terapi cairan RL drip KCL 10 tpm hari ke 2	
12:00			Pemantauan Respirasi 2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak lagi O: TD 99/70 mmHg, N: 48x/menit, RR: 21x/menit, saturasi 100%, terpasang oksigen 3lpm dengan <i>nasal canul</i>	
			2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan	

			<p>ditulis dalam kardek</p> <p>S: pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak lagi</p> <p>O: TD 98/70 mmHg, N: 47x/menit, RR: 21x/menit, saturasi 100%, terpasang oksigen 3 lpm dengan <i>nasal canul</i></p> <p>2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien</p> <p>Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek</p> <p>S: pasien mengatakan sesak sudah jauh sangat berkurang</p> <p>O: TD 100/75 mmHg, N: 51x/menit, RR: 18x/menit, saturasi 100%, tanpa oksigen</p>	
	13:00			
	13:02	III	<p>Perawatan Jantung</p> <p>3.5 menganjurkan pasien melapor bila nyeri timbul</p> <p>Ep: memonitor nyeri yang pasien rasakan</p> <p>S: pasien mengatakan akan segera melapor apabila pasien merasakan nyeri yang sangat hebat</p> <p>O: -</p>	
	13:05			
	13:05		<p>3.8 berkolaborasi pemberian antiangina, ISDN 5 mg pe roral</p> <p>Ep: memberikan obat rutin yang diminum oleh pasien</p> <p>S: -</p> <p>O: pasien meminum obat setelah makan</p>	
	14:00	II	<p>3.9 berkolaborasi pemberian antiplatelet, Aspilet 80 mg per oral</p> <p>Ep: memberikan obat rutin yang diminum oleh pasien</p> <p>S: -</p> <p>Pemantauan Respirasi</p> <p>2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien</p> <p>Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek</p> <p>S: pasien mengatakan sesak sudah jauh sangat berkurang</p> <p>O: TD 99/74 mmHg, N: 51x/menit, RR: 19x/menit, saturasi 100%, tanpa oksigen</p>	
4	27/11/2021			
	22:00	III	<p>Perawatan Jantung</p> <p>3.10 berkolaborasi dalam pemberian obat antikoagulan, Lovenox 0,6 cc inj. Yang ke 10</p> <p>Ep: Pencegahan penggumpalan darah di oroner</p> <p>S:-</p> <p>O:-</p>	
	22:03	II	<p>Pemantauan Respirasi</p> <p>2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien</p> <p>Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek</p> <p>S: pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi</p> <p>O: TD 97/68 mmHg, N: 49x/menit, RR: 20x/menit, saturasi 100%, tanpa oksigen</p>	

	23:00		2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi O: TD 98/70 mmHg, N: 49x/menit, RR: 20x/menit, saturasi 100%, tanpa oksigen	
	00:00		2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi O: N: 48x/menit, RR: 18x/menit, saturasi 100%, tanpa oksigen	
28/11/2021	01:00		2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi O: N: 44x/menit, RR: 17x/menit, saturasi 100%, tanpa oksigen	
	04:00		2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi O: N: 45x/menit, RR: 18x/menit, saturasi 100%, tanpa oksigen	
	05:00		2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi O: N: 44x/menit, RR: 19x/menit, saturasi 100%, tanpa oksigen	
	05:20	III	Perawatan Jantung 1.1 memonitor EKG pasien Ep: melihat gangguan pada irama jantung S: - O: Irama: sinus aritmia, <i>Heart Rate</i> : 50 x/menit, interval PR: 0,16 detik, Gelombang P: 0,04 detik, kompleks QRS: 0,08 detik, T Inverted di <i>Lead</i> II, III dan aVF	
	06:00	II	Pemantauan Respirasi 2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi O: TD: 97/71 N: 47x/menit, RR: 20 x/menit, saturasi 100%, tanpa oksigen	
	07:00		2.2.2 memonitor saturasi oksigen dan <i>vital sign</i> pasien Ep: setiap jam keadaan pasien dipantau dan ditulis dalam kardek S: pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi	

	07:05	III	<p>O: TD: 110/79 N: 52x/menit, RR: 20 x/menit, saturasi 100%, tanpa oksigen</p> <p>Perawatan Jantung</p> <p>3.8 berkolaborasi pemberian antiangina, ISDN 5 mg per oral Ep: memberikan obat rutin yang diminum oleh pasien S: - O: pasien minum obat setelah makan</p> <p>3.9 berkolaborasi pemberian antiplatelet, Aspilet 80 mg per oral Ep: memberikan obat rutin yang diminum oleh pasien S: -</p>	
--	-------	-----	--	--

G. Implementasi Terapi Inovasi

Tabel 3.11 Implementasi Keperawatan Terapi Inovasi

No	Tanggal/ jam	Implementasi	TTD
1	25/11/2021 12: 20	<p>Manajemen nyeri (Kompres Hangat)</p> <p>1.1. Mengidentifikasi nyeri pasien dengan menggunakan pengkajian <i>PQRST</i> Ep: mengetahui keadaan nyeri yang dirasakan pasien S: <i>P</i>: pasien mengatakan nyeri timbul bila sedang berdebar-debar dan saat pasien terkejut. <i>Q</i>: pasien mengatakan nyeri seperti dada terasa sesak. <i>R</i>: pasien mengatakan nyeri hanya dibagian dada namun sesekali menjalar ke ulu hati. <i>S</i>: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan nyeri sedang dengan skala skala 6. <i>T</i>: pasien mengatakan lama nyeri >5 menit dalam 1 hari nyeri timbul >5x, nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: pasien tampak meringis bila nyeri timbul.</p>	
	12:24	<p>1.2 mengidentifikasi skala nyeri yang pasien rasakan dengan menggunakan <i>NRS</i> Ep: mengetahui tingkat keparahan nyeri yang pasien rasakan S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan nyeri sedang dengan skala 6 O: pasien tampak tampak mengelus dada saat nyeri timbul</p>	
	12:25	<p>1.5 menjelaskan kepada pasien strategi yang akan dilakukan untuk menurunkan nyeri yang pasien rasakan Ep: pasien diharapkan dapat mengerti dan memahami tindakan yang akan dilakukan S: pasien mengatakan mengerti apa yang akan dilakukan dan psien menyetujui untuk dilakukan tindakan O: pasien tampak antusias saat perawat menjelaskan tindakan</p>	
	12:30	<p>1.4 memberikan pasien kompres hangat untuk mengurangi nyeri yang pasien rasakan Ep: nyeri yang pasien rasakan dapat berkurang dan pasien merasa nyaman S: pasien mengatakan lebih merasa nyaman dan nyeri dada yang dirasakan berkurang O: tidak ada tanda-tanda kemerahan di daerah kompres,</p>	

	12:50	<p>kompres dilakukan selama 20 menit</p> <p>1.2 mengidentifikasi skala nyeri pasien setelah dilakukan tindakan kompres hangat</p> <p>Ep: nyeri yang dirasakan dapat berkurang dari sebelum dilakukan tindakan kompres</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dari sebelum dilakukan tindakan, nyeri yang dirasakan sekarang hanya nyeri ringan dengan skala nyeri 4</p> <p>O: pasien tampak lebih tenang</p>	
2	26/11/2021	<p>Manajemen Nyeri (Kompres Hangat)</p> <p>1.1 Mengidentifikasi nyeri pasien dengan menggunakan pengkajian <i>PQRST</i></p> <p>Ep: mengetahui keadaan nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>S: <i>P</i>: pasien mengatakan nyeri timbul bila sedang berdebar-debar dan saat pasien terkejut. <i>Q</i>: pasien mengatakan nyeri seperti dada terasa sesak. <i>R</i>: pasien mengatakan nyeri hanya dibagian dada namun sesekali menjalar ke ulu hati. <i>S</i>: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang tapi terkadang masih merasakan nyeri sedang, skala nyeri 5. <i>T</i>: pasien mengatakan lama nyeri >5 menit dalam 1 hari nyeri timbul >5x, nyeri yang dirasakan hilang timbul.</p> <p>O: pasien tampak meringis bila nyeri timbul.</p> <p>1.2 mengidentifikasi skala nyeri yang pasien rasakan dengan menggunakan <i>NRS</i></p> <p>Ep: mengetahui tingkat keparahan nyeri yang pasien rasakan</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan nyeri sedang dengan skala 5</p> <p>O: pasien tampak tampak mengelus dada saat nyeri timbul</p> <p>1.3 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Ep: mengetahui tindakan mandiri aa yang telah dilakukan pasien dan aktivitas apa saja yang dapat menyebabkan pasien mengalami nyeri hebat</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri berkurang setelah meminum obat yang diberi oleh perawat dan nyeri juga berkurang setelah dilakukan kompres hangat serta relaksasi napas dalam.</p> <p>O: pasien masih dapat mempraktekkan relaksasi napas dalam yang telah diajarkan</p> <p>1.4 memberikan pasien kompres hangat untuk mengurangi nyeri yang pasien rasakan</p> <p>Ep: nyeri yang pasien rasakan dapat berkurang dan pasien merasa nyaman</p> <p>S: pasien mengatakan lebih merasa nyaman dan nyeri dada yang dirasakan berkurang</p> <p>O: tidak ada tanda-tanda kemerahan di daerah kompres, kompres dilakukan selama 20 menit</p> <p>1.2 mengidentifikasi skala nyeri pasien setelah dilakukan tindakan kompres hangat</p> <p>Ep: nyeri yang dirasakan dapat berkurang dari sebelum dilakukan tindakan kompres</p> <p>S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dari sebelum dilakukan tindakan, nyeri yang dirasakan sekarang hanya nyeri ringan dengan skala nyeri 4</p> <p>O: pasien tampak lebih tenang</p>	
3	28/11/2021	<p>Manajemen Nyeri (Kompres Hangat)</p>	

	06:10	1.1 Mengidentifikasi nyeri pasien dengan menggunakan pengkajian <i>PQRST</i> Ep: mengetahui keadaan nyeri yang dirasakan pasien S: <i>P</i> : pasien mengatakan nyeri muncul saat pasien merasa tegang dan berdebar. <i>Q</i> : pasien mengatakan nyeri seperti tertindih sesuatu namun sesuatu yang ringan. <i>R</i> : pasien mengatakan nyeri hanya di bagian dada kiri. <i>S</i> : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, nyeri yang dirasakan sekarang nyeri sedang skala 5. <i>T</i> : pasien mengatakan nyeri datang tiba-tiba, lama nyeri kurang lebih 4-5 menit, dalam sehari kurang lebih 5-6 kali. O: pasien tampak meringis sesekali bila nyeri timbul.	
	06:13	1.2 mengidentifikasi skala nyeri yang pasien rasakan dengan menggunakan <i>NRS</i> Ep: mengetahui tingkat keparahan nyeri yang pasien rasakan S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan nyeri sedang dengan skala nyeri 3 O: pasien tampak mengelus dada saat nyeri timbul	
	06:15	1.4 memberikan pasien kompres hangat untuk mengurangi nyeri yang pasien rasakan Ep: nyeri yang pasien rasakan dapat berkurang dan pasien merasa nyaman S: pasien mengatakan lebih merasa nyaman dan nyeri dada yang dirasakan berkurang O: tidak ada tanda-tanda kemerahan di daerah kompres, kompres dilakukan selama 20 menit	
	06:36	1.2 mengidentifikasi skala nyeri pasien setelah dilakukan tindakan kompres hangat Ep: nyeri yang dirasakan dapat berkurang dari sebelum dilakukan tindakan kompres S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dari sebelum dilakukan tindakan, nyeri yang dirasakan sekarang hanya nyeri ringan dengan skala nyeri 1 O: pasien tampak rileks	

H. Evaluasi

Tabel 3.12 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	Dx	Evaluasi	TTD
1	Rabu, 24 November 2021 14:30	I	S: <i>P</i> : pasien mengatakan nyeri timbul saat pasien beraktivitas yang berat, dan sekarang nyeri timbul saat pasien sedang berdebar-debar, pasien mengatakan nyeri menurun bila diberi obat dari perawat. <i>Q</i> : pasien mengatakan nyeri seperti tertindih sesuatu dan terkadang seperti ditusuk-tusuk. <i>R</i> : pasien mengatakan nyeri dibagian dada kiri sampai ke ulu hati. <i>S</i> : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan nyeri sedang sampai berat, skala nyeri 6. <i>T</i> : pasien mengatakan nyeri timbul secara tiba-tiba dan nyeri berlangsung >10 menit dan nyeri yang dirasakan >8x/hari O: pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah TD: 98/68 mmHg, N: 50x/menit, RR: 22x/menit, saturasi 100%, oksigen 4 lpm dengan <i>nasal canul</i>	

			<p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Pola napas</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Keluhan nyeri	2	2	2	Meringis	3	3	3	Gelisah	3	3	4	Frekuensi nadi	2	3	5	Pola napas	2	2	
No	Indikator	SBLM	SSDH																									
1	Keluhan nyeri	2	2																									
2	Meringis	3	3																									
3	Gelisah	3	3																									
4	Frekuensi nadi	2	3																									
5	Pola napas	2	2																									
		II	<p>S: pasien mengatakan masih merasa sesak napas, pasien mengatakan badan terasa lemas O: pasien masih tampak sesak napas, pasien lebih sering terlihat di posisi <i>fowler</i>, pasien tampak menggunakan oksigen <i>nasal canul</i>, ekspirasi lebih panjang dari inhalasi, saturasi 100%, oksigen 4 lpm dengan <i>nasal canul</i>, RR: 22x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Dispnea</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pemanjangan fase ekspirasi</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kedalaman napas</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3 Pertahankan intervensi 2.1.4 dan 2.2.2</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Dispnea	2	2	2	Pemanjangan fase ekspirasi	2	2	3	Frekuensi napas	3	3	4	Kedalaman napas	3	3					
No	Indikator	SBLM	SSDH																									
1	Dispnea	2	2																									
2	Pemanjangan fase ekspirasi	2	2																									
3	Frekuensi napas	3	3																									
4	Kedalaman napas	3	3																									
		III	<p>S: pasien mengatakan nyeri dada kiri sampai ke ulu hati, pasien mengatakan masih merasa pusing O: Nadi teraba lambat, TD: 98/68 mmHg, N: 50x/menit, RR: 22x/menit, saturasi 100%, oksigen 4 lpm dengan <i>nasal canul</i></p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Bradikardi</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Lelah</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Tekanan darah</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan 3.2, 3.3, 3.4 dan 3.6 Pertahankan intervensi 3.1, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9 dan 3.10</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Kekuatan nadi perifer	2	3	2	Bradikardi	2	2	3	Lelah	2	2	4	Tekanan darah	3	3					
No	Indikator	SBLM	SSDH																									
1	Kekuatan nadi perifer	2	3																									
2	Bradikardi	2	2																									
3	Lelah	2	2																									
4	Tekanan darah	3	3																									
		IV	<p>S: pasien mengatakan badan masih terasa lemas, pasien mengatakan kepala pusing, pasien mengatakan masih terasa nyeri O: pasien <i>bed rest</i>, <i>ADL</i> pasien dibantu keluarga dan perawat, TD: 98/68 mmHg, N: 50x/menit, RR: 22x/menit, saturasi 100%, oksigen 4 lpm dengan <i>nasal canul</i></p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan lelah</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Dispnea ssat beraktivitas</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Perasaan lemah</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan 4.1.1, 4.1.3, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.3.1, 4.3.3, dan 4.3.4 Pertahankan intervensi 4.1.2, dan 4.3.2</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Keluhan lelah	2	2	2	Dispnea ssat beraktivitas	3	3	3	Perasaan lemah	2	2									
No	Indikator	SBLM	SSDH																									
1	Keluhan lelah	2	2																									
2	Dispnea ssat beraktivitas	3	3																									
3	Perasaan lemah	2	2																									
2	Kamis, 25 November 2021	I	<p>S: pasien mengatakan nyeri masih hilang timbul, pasien mengatakan setelah diberi kompres hangat nyeri pasien menurun.</p>																									

14:30		<p>O: pasien tampak lebih tenang, skala nyeri sebelum tindakan 6, sesudah dilakukan tindakan 4. Pasien masih tampak meringis bila nyeri timbul TD: 110/73 mmHg, N: 53x/menit, RR: 19x/menit, saturasi 100%, oksigen 3 lpm dengan <i>nasal canul</i></p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Pola napas</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.5, dan 1.7 Pertahankan 1.4 dan 1.6</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Keluhan nyeri	2	3	2	Meringis	3	4	3	Gelisah	3	4	4	Frekuensi nadi	3	3	5	Pola napas	2	3	
	No	Indikator	SBLM	SSDH																							
	1	Keluhan nyeri	2	3																							
	2	Meringis	3	4																							
3	Gelisah	3	4																								
4	Frekuensi nadi	3	3																								
5	Pola napas	2	3																								
II	<p>S: pasien mengatakan sesak sudah berkurang. Pasien mengatakan badan masih terasa lemas namun tidak selemas kemarin</p> <p>O: pasien masih menggunakan oksigen melalui <i>nasal canul</i>. Oksigen pasien turun menjadi 3 lpm. Pasien masih sering tamak posisi duduk. Saturasi 100%, oksigen 3 lpm dengan <i>nasal canul</i>, RR: 19x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Dispnea</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pemanjangan fase ekspirasi</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kedalaman napas</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3 Pertahankan intervensi 2.1.4 dan 2.2.2</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Dispnea	2	3	2	Pemanjangan fase ekspirasi	2	3	3	Frekuensi napas	3	3	4	Kedalaman napas	3	3						
No	Indikator	SBLM	SSDH																								
1	Dispnea	2	3																								
2	Pemanjangan fase ekspirasi	2	3																								
3	Frekuensi napas	3	3																								
4	Kedalaman napas	3	3																								
III	<p>S: pasien mengatakan masih nyeri dada bagian kiri namun tidak separah kemarin. Pasien mengatakan pusing masih ada namun hanya sesekali</p> <p>O: Nadi masih teraba lambat, TD: 108/71 mmHg, N: 51x/menit, RR: 19x/menit, saturasi 100%, oksigen 3 lpm dengan <i>nasal canul</i></p> <p>Hasil Angiografi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>RAD</i>: total oklusi • <i>LAD</i>: stenosis 50% - 60% di proximal – mid • <i>Lead mean</i>: baik • <i>LCX</i>: stenosis 80% di pangkal <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Bradikardi</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Lelah</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Tekanan darah</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan 3.2, 3.3 dan 3.4 Pertahankan intervensi 3.1, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 dan 3.10 Hentikan intervensi 3.9</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Kekuatan nadi perifer	3	3	2	Bradikardi	2	2	3	Lelah	2	2	4	Tekanan darah	3	4						
No	Indikator	SBLM	SSDH																								
1	Kekuatan nadi perifer	3	3																								
2	Bradikardi	2	2																								
3	Lelah	2	2																								
4	Tekanan darah	3	4																								
IV	<p>S: pasien mengatakan badan masih terasa lemas, pasien mengatakan kepala pusing hanya sesekali</p> <p>O: pasien <i>bed rest</i>, <i>ADL</i> pasien dibantu keluarga dan perawat, TD: 108/71 mmHg, N: 51x/menit, RR: 19x/menit, saturasi 100%, oksigen 3 lpm dengan</p>																										

			<p><i>nasal canul</i></p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan lelah</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Dispnea saat beraktivitas</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Perasaan lemah</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan 4.1.1, 4.1.3, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.3.1, 4.3.3, dan 4.3.4 Pertahankan intervensi 4.1.2, dan 4.3.2</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Keluhan lelah	2	2	2	Dispnea saat beraktivitas	3	3	3	Perasaan lemah	2	3									
No	Indikator	SBLM	SSDH																									
1	Keluhan lelah	2	2																									
2	Dispnea saat beraktivitas	3	3																									
3	Perasaan lemah	2	3																									
3	Jumat, 26 November 2021 14:30	I	<p>S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan membuat dadanya terasa sesak. Pasien mengatakan nyeri hanya di bagian dada. Pasien mengatakan nyeri sudah menurun tapi terkadang muncul lagi dengan skala nyeri sedang. Pasien mengatakan lama nyeri yang dirasakan >5 menit. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman bila diberi kompres hangat</p> <p>O: pasien tampak lebih tenang, pasien sudah tidak tampak meringis, skala nyeri sebelum dilakukan tindakan 5, skala nyeri setelah dilakukan tindakan 4 TD: 100/75 mmHg, N: 51x/menit, RR: 18x/menit, saturasi 100%, oksigen 3 lpm dengan <i>nasal canul</i> namun sering dilepas</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Gelisah</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Pola napas</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.5, dan 1.7 Pertahankan 1.4 dan 1.6</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Keluhan nyeri	3	4	2	Meringis	4	4	3	Gelisah	4	4	4	Frekuensi nadi	3	3	5	Pola napas	3	4	
		No	Indikator	SBLM	SSDH																							
		1	Keluhan nyeri	3	4																							
2	Meringis	4	4																									
3	Gelisah	4	4																									
4	Frekuensi nadi	3	3																									
5	Pola napas	3	4																									
II	<p>S: pasien mengatakan sesak sudah berkurang. Pasien mengatakan badan sudah tidak lemas lagi</p> <p>O: pasien sudah mulai melepas oksigen. Pola napas pasien teratur. Saturasi 100%, oksigen 3 lpm dengan <i>nasal canul</i>, RR: 18x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pemanjangan fase ekspirasi</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kedalaman napas</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3 Pertahankan intervensi 2.1.4 dan 2.2.2</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Dispnea	3	4	2	Pemanjangan fase ekspirasi	3	4	3	Frekuensi napas	3	4	4	Kedalaman napas	3	4							
No	Indikator	SBLM	SSDH																									
1	Dispnea	3	4																									
2	Pemanjangan fase ekspirasi	3	4																									
3	Frekuensi napas	3	4																									
4	Kedalaman napas	3	4																									
III	<p>S: pasien mengatakan nyeri dada suda berkurang. Pasien mengatakan sudah lebih nyaman dari kemarin</p> <p>O: Nadi teraba kuat. Hari ke 2 terapi cairan RL drip KCL 10 tpm. TD: 108/71 mmHg, N: 51x/menit, RR: 19x/menit, saturasi 100%, oksigen 3 lpm dengan <i>nasal canul</i> namun sering dilepas.</p> <p>Hasil Laboratorium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Natrium</i> 137 mmol/L • <i>Kalium</i> 3,4 mmol/L • <i>Chloride</i> 102 mmol/L 																											

			<p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Bradikardi</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Lelah</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Tekanan darah</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan 3.2, 3.3 dan 3.4 Pertahankan intervensi 3.1, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 dan 3.10 Hentikan intervensi 3.9</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Kekuatan nadi perifer	3	4	2	Bradikardi	2	3	3	Lelah	2	3	4	Tekanan darah	4	4					
No	Indikator	SBLM	SSDH																									
1	Kekuatan nadi perifer	3	4																									
2	Bradikardi	2	3																									
3	Lelah	2	3																									
4	Tekanan darah	4	4																									
		IV	<p>S: pasien mengatakan badan sudah jauh terasa lebih kuat. Pasien mengatakan hanya sedikit lemas karena lama tidak jalan kaki.</p> <p>O: pasien sudah bisa mobilisasi ke kamar tidur. Pasien mandi ke kamar mandi ditemani oleh istrinya menggunakan kursi roda. <i>ADL</i> masih dibantu oleh keluarga dan perawat. TD: 108/71 mmHg, N: 51x/menit, RR: 19x/menit, saturasi 100%, oksigen 3 lpm dengan <i>nasal canul</i> namun sering dilepas</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan lelah</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Dispnea ssat beraktivitas</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Perasaan lemah</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan 4.1.1, 4.1.3, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.3.1, 4.3.3, dan 4.3.4 Pertahankan intervensi 4.1.2, dan 4.3.2</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Keluhan lelah	2	3	2	Dispnea ssat beraktivitas	3	3	3	Perasaan lemah	2	3									
No	Indikator	SBLM	SSDH																									
1	Keluhan lelah	2	3																									
2	Dispnea ssat beraktivitas	3	3																									
3	Perasaan lemah	2	3																									
4	Minggu, 28 November 2021 08:30	I	<p>S: pasien mengatakan nyeri sudah tidak sering muncul lagi. Pasien mengatakan nyeri timbul dengan skala ringan. Pasien mengatakan bila nyeri hanya di bagian dada. Pasien mengatakan lama nyeri yang muncul kurang lebih 4-5 menit</p> <p>O: pasien tampak tenang, pasien sudah tidak meringis, namun skala nyeri sebelum dilakukan tindakan 5, skala nyeri setelah dilakukan tindakan 3 TD: 110/79 mmHg, N: 52x/menit, RR: 21x/menit, saturasi 100%, pasien sudah tidak menggunakan oksigen lagi</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Gelisah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Pola napas</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.5, dan 1.7 Pertahankan 1.4 dan 1.6</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Keluhan nyeri	4	4	2	Meringis	4	4	3	Gelisah	4	5	4	Frekuensi nadi	3	3	5	Pola napas	4	4	
No	Indikator	SBLM	SSDH																									
1	Keluhan nyeri	4	4																									
2	Meringis	4	4																									
3	Gelisah	4	5																									
4	Frekuensi nadi	3	3																									
5	Pola napas	4	4																									
		II	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi. Pasien mengatakan badan sudah tidak lemas lagi</p> <p>O: pasien sudah melepas oksigen. Pola napas pasien teratur. Saturasi 100%, RR: 21x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Dispnea</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pemanjangan fase</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Dispnea	4	5	2	Pemanjangan fase	4	5													
No	Indikator	SBLM	SSDH																									
1	Dispnea	4	5																									
2	Pemanjangan fase	4	5																									

			<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>ekspirasi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kedalaman napas</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>P: Lanjutkan 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3 Pertahankan intervensi 2.1.4 dan 2.2.2</p>	3	ekspirasi	4	5	4	Frekuensi napas	4	4		Kedalaman napas	4	4								
3	ekspirasi	4	5																				
4	Frekuensi napas	4	4																				
	Kedalaman napas	4	4																				
	III	<p>S: pasien mengatakan nyeri dada sudah sangat jarang muncul. Pasien mengatakan sudah lebih segar</p> <p>O: Nadi teraba kuat. TD: 110/79 mmHg, N: 52x/menit, RR: 21x/menit, saturasi 100%, pasien sudah tidak menggunakan oksigen lagi.</p> <p>Hasil EKG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irama: sinus aritmia • <i>Heart Rate</i>: 50 x/menit • interval PR: 0,16 detik • Gelombang P: 0,04 detik • kompleks QRS: 0,08 detik • T Inverted di <i>Lead</i> II, III dan aVF <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Bradikardi</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Lelah</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Tekanan darah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan 3.2, 3.3 dan 3.4 Pertahankan intervensi 3.1, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 dan 3.10 Hentikan intervensi 3.9 dan 3.10</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Kekuatan nadi perifer	4	4	2	Bradikardi	3	3	3	Lelah	3	4	4	Tekanan darah	4	5	
No	Indikator	SBLM	SSDH																				
1	Kekuatan nadi perifer	4	4																				
2	Bradikardi	3	3																				
3	Lelah	3	4																				
4	Tekanan darah	4	5																				
	IV	<p>S: pasien mengatakan badan sudah tidak lemas lagi. Pasien mengatakan badan sudah terasa segar. Pasien mengatakan sudah tidak lelah lagi.</p> <p>O: pasien sudah bisa mobilisasi ke kamar tidur. Pasien mandi ke kamar mandi ditemani oleh istrinya menggunakan kursi roda. <i>ADL</i> masih dibantu oleh keluarga dan perawat. TD: 110/79 mmHg, N: 52x/menit, RR: 21x/menit, saturasi 100%, pasien sudah tidak memakai oksigen lagi</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>SBLM</th> <th>SSDH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan lelah</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Dispnea ssat beraktivitas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Perasaan lemah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan 4.1.1, 4.1.3, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.3.1, 4.3.3, dan 4.3.4 Pertahankan intervensi 4.1.2, dan 4.3.2</p>	No	Indikator	SBLM	SSDH	1	Keluhan lelah	3	4	2	Dispnea ssat beraktivitas	3	5	3	Perasaan lemah	3	5					
No	Indikator	SBLM	SSDH																				
1	Keluhan lelah	3	4																				
2	Dispnea ssat beraktivitas	3	5																				
3	Perasaan lemah	3	5																				