

KARYA TULIS ILMIAH

**PENERAPAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASCA
INFARK MIOKARD AKUT (IMA) DENGAN GANGGUAN
PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
DI RSUD WATES YOGYAKARTA**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan



**DINA SYARAH FITRIANA
P07120115007**

**PRODI DIII KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah

"Penerapan Mobilisasi Dini Pada Pasien Infark Miokard Akut (Ima) Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Di RSUD Wates Yogyakarta"

Disusun oleh:

DINA SYARAH FITRIANA

P07120115007

telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal:

13 Juli 2018

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II


Ns. MARYANA, S.Kep., S.Psi., M.Kep
19750407200212.1.002


SURANTANA, APP., M.Kes
19620617198512.1.001

Yogyakarta, Juli 2018


Ketua Jurusan Keperawatan



Bonand Palesin, SKM., M.Kep., Sp.Kom
NIP. 197207161994031005

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

**"PENERAPAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASCA INFARK
MIOKARD AKUT (IMA) DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN
KEBUTUHAN AKTIVITAS DI RSUD WATES YOGYAKARTA"**

Disusun oleh
DINA SYARAH FITRIANA
P07120115007

Telah diperahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji
Pada tanggal: 20 Juli 2018

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,
ROSA DELIMA EKWANTINI, S.Kp., M.Kes
NIP. 19670101198812 2.001

(.....)

Anggota,
Ns. MARYANA, S.Psi., M.Kep.
NIP. 19750407200212 1.002

(.....)

Anggota,
SURANTANA, APP., M.Kes
NIP. 19620617198512 1.001

(.....)

Yogyakarta, Juli 2018

Ketua Jurusan Keperawatan

(.....)

Burhan Palastina, SKM., M.Kep., Sp.Kom
NIP. 197207161994031005

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar.

Nama : Dina Syarah Fitriana

NIM: : P07120115007

Tanda Tangan :

Tanggal :

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS
ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dina Syarah Fitriana
NIM : P07120115007
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Jurusan : Keperawatan

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty- Free Right*) atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul: “Penerapan Mobilisasi Dini Pada Pasien Pasca Infark Miokard Akut (IMA) Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Di Rsud Wates Yogyakarta”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Yogyakarta
Pada tanggal : 23 Juli 2018

Yang menyatakan

(Dina Syarah Fitriana)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah swt, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI/TA) dengan judul “Penerapan Mobilisasi Dini Pada Pasien Pasca Infark Miokard Akut (IMA) Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Di RSUD Wates Yogyakarta”. Penulisan KTI/TA ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada program Studi DIII Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes., selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Bondan Palestin, SKM., M.Kep., Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
3. Abdul Majid, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Ketua Prodi D III Keperawatan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
4. Ns. Maryana, S.Kep., S.Psi., M.Kep selaku pembimbing satu yang telah banyak meluangkan waktu memberikan bimbingan dan arahan
5. Surantana, APP., M.Kes selaku pembimbing dua yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Yogyakarta, 18 Juli 2018

Penulis

Dina Syarah Fitriana

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
INTISARI.....	x
ABSTRACT.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. LatarBelakang	1
B. RumusanMasalah	5
C. TujuanStudiKasus	5
D. ManfaatStudiKasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. AsuhanKeperawatanPasien Infark Miokard Akut (IMA).....	7
B. MobilisasiDinipadaGangguanPemenuhanKebutuhanAktivitas	27
BAB III METODOLOGI PENULISAN	33
A. RancanganStudiKasus.....	33
B. SubjekStudiKasus	33
C. FokusStudi	33
D. DefinisiOperasional.....	34
E. InstrumenStudiKasus	35
F. ProsedurPengumpulan Data.....	35
G. TempatdanWaktuStudiKasus.....	35
H. Analisis Data danPenyajian Data	35
I. EtikaStudiKasus	36
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	37
A. Hasil Studi Kasus	37
B. Pembahasan.....	58
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	63
BAB V PENUTUP.....	65
A. Kesimpulan	65
B. Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	67

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Jadwal Latihan Mobilisasi Dini	31
Tabel 2. Perumusan Masalah Keperawatan 1	43
Tabel 3. Perencanaan 1	45
Tabel 4. Perumusan Masalah Keperawatan 2	53
Tabel 5. Perencanaan 2	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Standar Operasional Prosedur Mobilisasi Dini	69
Lampiran 2. Penilaian Mobilisasi Dini Bertahap	71
Lampiran 3. Format Asuhan Keperawatan	72
Lampiran 4. Pengkajian ADL dengan <i>Barthel Index</i>	77
Lampiran 5. Rencana Anggaran Studi Kasus	78
Lampiran 6. Jadwal Pelaksanaan Studi Kasus	79
Lampiran 7. Naskah PSP	80
Lampiran 8. Informed Consent	82
Lampiran 9. Ijin Penelitian	83
Lampiran 10. Persetujuan Komisi Etik	84
Lampiran 11. Lembar Bimbingan	85

PENERAPAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASCA INFARK MIOKARD AKUT (IMA) DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS DI RSUD WATES YOGYAKARTA

Dina Syarah Fitriana¹, Maryana², Surantana³

Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Jalan Tatabumi No 3, Banyuraden, Gamping, Sleman
Email: dinasyarahfitriana@gmail.com

INTISARI

Latar Belakang: Mobilisasi dini sebagai upaya rehabilitasi jantung dilakukan sebagai tindakan perawat dalam melaksanakan peran rehabilitatif. Hal ini bertujuan untuk menghasilkan suatu perubahan fisiologis dan psikologis yang bermanfaat dengan meningkatkan kapasitas fungsional agar dapat mengembalikan pasien pada kehidupan atau pekerjaan semula.

Tujuan: Memberikan gambaran asuhan keperawatan dengan pemberian latihan mobilisasi dini pada pasien pasca infark miokard akut (IMA) dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas di RSUD Wates Yogyakarta.

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan studi kasus. Peneliti mengobservasi perubahan respon pada dua pasien terhadap tindakan mobilisasi yang sama yang dilakukan oleh peneliti.

Hasil: Hasil studi kasus menunjukkan bahwa asuhan keperawatan pada kedua pasien yang dilakukan mobilisasi dini memberikan respon yang berbeda. Pasien satu bisa mengikuti latihan dan aktivitas sesuai dengan panduan standar prosedur operasional mulai hari ketiga, sedangkan pasien dua mampu memulai latihan pada hari keempat dan tidak mampu melanjutkan latihan karena kondisi kelemahan. Hasil observasi hemodinamik tidak menghasilkan perbedaan yang signifikan antara sebelum, selama, dan setelah dilakukan mobilisasi dini.

Kesimpulan: Pelaksanaan mobilisasi dini untuk pasien IMA apabila dilaksanakan secara optimal dapat mempercepat pemulihan. Pelaksanaan dilakukan dengan tetap memperhatikan aturan dan melihat respon pasien pada saat melakukan latihan.

Kata kunci: mobilisasi dini, pasca IMA.

¹⁾ Mahasiswa Keperawatan Politeknik Kesehatan Yogyakarta

^{2), 3)} Dosen Keperawatan Politeknik Kesehatan Yogyakarta

IMPLEMENTATION OF EARLY MOBILIZATION IN *POST-ACUTE MIOKARD INFARCTION (AMI)* PATIENTS WITH DISTURBITY OF ACTIVITY REQUIREMENT AT RSUD WATES YOGYAKARTA

Dina Syarah Fitriana¹, Maryana², Surantana³

Majoring Polytechnic Nursing, Ministry of Health Yogyakarta
Tatabumi Street No 3, Banyuraden, Gamping, Sleman
Email: dinasyarahfitriana@gmail.com

ABSTRACT

Background: Early mobilization as a cardiac rehabilitation effort is performed as a nurse's actions in performing rehabilitative roles. It aims to produce a useful physiological and psychological change by increasing the functional capacity in order to restore the patient to his original life or occupation.

Objective: To provide an overview of nursing care by providing early mobilization training in patients after *acute myocardial infarction (AMI)* with disruption of activity needs fulfillment at Wates Yogyakarta Hospital.

Method: This study used case study design. Researchers observed changes in response in two patients to the same mobilization actions undertaken by the investigators.

Results: The case study results show that nursing care in both patients who performed early mobilization gave different responses. One patient can follow the exercises and activities according to the standard guidelines of operational procedures starting on the third day, while the two patients are able to start the exercise on the fourth day and are unable to continue the exercise due to the weakness condition. The results of hemodynamic observation did not produce significant differences between before, during, and after early mobilization.

Conclusions: Implementing early mobilization for AMI patients when administered optimally can speed recovery. Implementation is done with attention to the rules and see the patient's response during the exercise

Keywords: early mobilization, *post acute miokard infarction (AMI)*

¹⁾ Nursing student of the ministry of Health Polytechnic Yogyakarta

^{2), 3)} Nursing lecturer of the ministry of Health Polytechnic Yogyakarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Jantung membutuhkan suplai darah yang kaya oksigen untuk memenuhi kebutuhan. Oleh sebab itu perlu diperhatikan keseimbangan antara permintaan dan ketersediaan oksigen sehingga dapat berfungsi dengan baik. Hal ini berkaitan dengan keadekuatan arteri koroner yang merupakan faktor penentu suplai oksigen ke otot jantung. Apabila terjadi gangguan apapun dari salah satu arteri koroner dapat menurunkan aliran darah dan penghantaran oksigen ke daerah miokardium yang disuplai oleh arteri tersebut, dan mengakibatkan kelainan pada jantung. Salah satunya adalah Infark Miokard Akut (IMA). Infark Miokard Akut (IMA) adalah kematian sel-sel miokardium yang terjadi akibat kekurangan oksigen berkepanjangan (Corwin, 2009).

Penyakit Infark Miokard Akut (IMA) merupakan penyebab kematian utama di dunia, terhitung sebanyak 7,200,000 (12,2%) kematian terjadi akibat penyakit infark miokard di seluruh dunia. Menurut WHO (2008) menyatakan bahwa negara yang berpenghasilan rendah dengan kejadian penyakit infark miokard adalah penyebab kematian nomor dua dengan angka mortalitas 2.470.000 (9,4%). Selain itu pada tahun 2013, sejumlah ± 478.000 pasien di Indonesia didiagnosa penyakit jantung koroner. Saat ini, prevalensi STEMI meningkat dari 25% hingga 40% berdasarkan presentasi infark miokard (Depkes RI, 2013). Data yang diperoleh dari rekam medik RSUD Wates

Yogyakarta diperoleh data prevalensi penderita IMA, baik STEMI maupun Non-STEMI di ruang ICU/ ICCU pada rentang waktu bulan Januari 2017 hingga bulan Desember 2017 sebanyak 71 pasien (17,6%) dari 404 pasien. Menurut pengalaman perawat, penyebab dari IMA tersebut untuk masing-masing pasien berbeda bisa disebabkan berbagai macam faktor. Salah satunya yaitu terjadinya serangan akibat aktivitas yang berlebihan dari penderita IMA dan kekambuhan dari pasien IMA karena ketidakpatuhan dengan perubahan pola aktivitas yang berubah.

Peran perawat rumah sakit dalam penanganan pasien IMA terdiri dari peran promotif/ preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran promotif/ preventif dilakukan perawat pada saat sebelum terjadi serangan akut adalah mengajarkan hidup yang sehat untuk jantung. Pada saat terjadinya serangan akut, pasien IMA harus mendapatkan penanganan segera. Pasien harus segera dilakukan tirah baring/ imobilisasi untuk mengurangi beban kerja jantung dan kebutuhan oksigen. Tinggikan kepala pasien dan longgarkan baju yang ketat di sekitar leher. Pasien diberikan oksigen, jalur intravena (IV) dipasang, dan pasien disambungkan dengan monitor jantung (Black & Hawks, 2014).

Tindakan tirah baring/ imobilisasi diberikan hingga kondisi pasien mulai stabil. Kriteria stabil yaitu apabila tidak ada episode baru atau berulang nyeri dada selama 8 jam, tidak ada peningkatan kadar kreatinin kinase dan/atau troponin, tidak ada tanda-tanda baru gagal jantung dekomensata, serta tidak ada perubahan elektrokardiogram signifikan dengan ritme abnormal dalam 8 jam terakhir (Roveny, 2017).

Apabila tirah baring/imobilisasi yang dilakukan terlalu lama dapat menimbulkan berbagai masalah yaitu meningkatkan morbiditas, mortalitas, memperlama waktu perawatan, dan menambah biaya perawatan. Imobilisasi yang terlalu lama juga dihubungkan dengan perubahan kardiovaskuler. Tiga perubahan utama adalah hipotensi ortostatik, meningkatnya beban kerja jantung, dan pembentukan trombus (Mubarak & Chayatin, 2008).

Mobilisasi dini sebagai upaya rehabilitasi jantung dilakukan sebagai tindakan perawat dalam melaksanakan peran rehabilitatif. Hal ini bertujuan untuk menghasilkan suatu perubahan fisiologis dan psikologis yang bermanfaat dengan meningkatkan kapasitas fungsional agar dapat mengembalikan pasien pada kehidupan atau pekerjaan semula (Arovah, 2010).

Harapannya setelah dilakukan mobilisasi dini, dapat mengetahui respon respirasi, frekuensi jantung, dan tekanan darah pasien. Berdasarkan hasil penelitian Rifai (2015) yang telah dilakukan kepada 90 responden IMA yang stabil yang dilakukan mobilisasi dini, perubahan respirasi tetap stabil atau normal walaupun ada perbedaan antara sebelum dan sesudah tindakan. Penelitian yang sama juga dilakukan oleh Nofiyanto dan Adhinugraha (2016). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perubahan yang signifikan dari nilai awal sebelum mobilisasi pada denyut jantung dan frekuensi pernapasan segera setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini.

Tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku pasien IMA yang baik dalam melakukan latihan mobilisasi dini pada kondisi yang stabil akan mengurangi tingkat kekambuhan (Wijayanti, 2013). Pemahaman tentang pergerakan dan

mobilisasi dini membutuhkan lebih dari satu pemahaman yang meliputi pemahaman tentang pergerakan dan fisiologis, serta regulasi pergerakan oleh sistem muskuloskeletal dan sistem saraf. Peran perawat disini adalah mengaplikasikan prinsip ke tatanan klinis untuk menentukan cara paling aman menggerakkan pasien dan memahami efek imobilisasi pada aspek fisiologis, psikososial, dan perkembangan dari perawatan pasien (Potter and Perry, 2010).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RSUD Wates Yogyakarta, didapatkan data bahwa mobilisasi dini pada pasien pasca IMA belum maksimal dilakukan. Hal ini dikarenakan belum adanya standar operasional prosedur untuk mobilisasi dini, perawat hanya memiringkan pasien ke kiri ke kanan, berjalan ke kamar mandi sebagai langkah mobilisasi dini. Sedangkan pada penelitian oleh (Purwaningrung, 2013) terapi aktivitas fisik yang dilakukan di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus pada pasien jantung pasca IMA menunjukkan bahwa sebagian besar responden (87,5%) memiliki persepsi yang baik untuk dilakukan mobilisasi dini.

Peran keluarga disini juga sangat dibutuhkan guna memberikan dukungan fisiologis maupun psikologis kepada pasien. Peran keluarga sebagai motivator, edukator, dan perawat keluarga sangat diperlukan pasien untuk mengurangi tingkat kesakitan pasien. Semakin baik peran yang dimainkan oleh keluarga dalam pelaksanaan program rehabilitasi medik pasien pasca serangan IMA, maka semakin baik pula hasil yang akan dicapai. Melihat betapa pentingnya mobilisasi dini dilaksanakan untuk pemulihan pasien pasca IMA, sehingga

mendorong penulis untuk melakukan penelitian dengan judul “Penerapan Mobilisasi Dini pada Pasien Pasca Infark Miokard Akut (IMA) dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas” dengan melibatkan peran keluarga didalamnya.

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana Penerapan Mobilisasi Dini pada Pasien Pasca Infark Miokard Akut (IMA) dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas di RSUD Wates Yogyakarta?”

C. Tujuan Studi Kasus

Memberikan gambaran penerapan mobilisasi dini pada pasien pasca infark miokard akut (IMA) dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas di RSUD Wates Yogyakarta.

D. Manfaat Studi Kasus

1 Pasien Pasca IMA

Meningkatkan kualitas hidup dan kemandirian pasien pasca infark miokard akut (IMA) melalui latihan mobilisasi dini.

2 Perawat di Bangsal Edelweis RSUD Wates

Menambah keluasan ilmu keperawatan dalam menerapkan mobilisasi dini pasca IMA pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas.

3 Rumah Sakit Umum Daerah Wates

Memperoleh evaluasi mengenai pelaksanaan mobilisasi dini pasca IMA yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan pembuatan kebijakan rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Asuhan Keperawatan Pasien Infark Miokard Akut (IMA)

1. Konsep Teori

a. Pengertian Infark Miokard Akut (IMA)

Infark Miokard Akut (IMA) adalah kematian sel-sel miokardium yang terjadi akibat kekurangan oksigen berkepanjangan. Suplai oksigen dibutuhkan sel-sel miokardium untuk menghasilkan ATP yang dapat memenuhi kebutuhan energinya (Corwin, 2009). IMA dikenal sebagai serangan jantung, oklusi koroner, yang merupakan kondisi mengancam jiwa yang ditandai dengan pembentukan area nekrotik lokal di dalam miokardium. Apabila terjadi pembentukan area nekrotik pada miokardium, maka aliran darah ke jantung tidak optimal sehingga pemenuhan kebutuhan oksigen mengalami penurunan (Black & Hawks, 2014).

b. Etiologi Infark Miokard Akut (IMA)

Menurut Black dan Hawks (2014) penyebab IMA ada dua faktor, faktor internal dan eksternal. Faktor internal antara lain karakteristik plak, seperti ukuran dan konsistensi dari inti lipid serta kondisi bagaimana plak tersebut terpapar, seperti status koagulasi dan derajat vasokonstriksi arteri. Faktor eksternal berasal dari aktivitas pasien atau kondisi eksternal yang memengaruhi pasien. Aktivitas fisik berat dan

stres emosional berat, seperti kemarahan, serta peningkatan respon sistem saraf simpatis dapat menyebabkan ruptur plak. Pada waktu yang sama, respon sistem saraf simpatis akan meningkatkan kebutuhan oksigen miokardium. Peneliti telah melaporkan bahwa faktor eksternal, seperti paparan dingin dan waktu tertentu seperti pagi hari, juga dapat memengaruhi ruptur plak. Peneliti memperkirakan bahwa peningkatan respon sistem saraf simpatis yang tiba-tiba dan berhubungan dengan faktor-faktor ini dapat berperan terhadap ruptur plak.

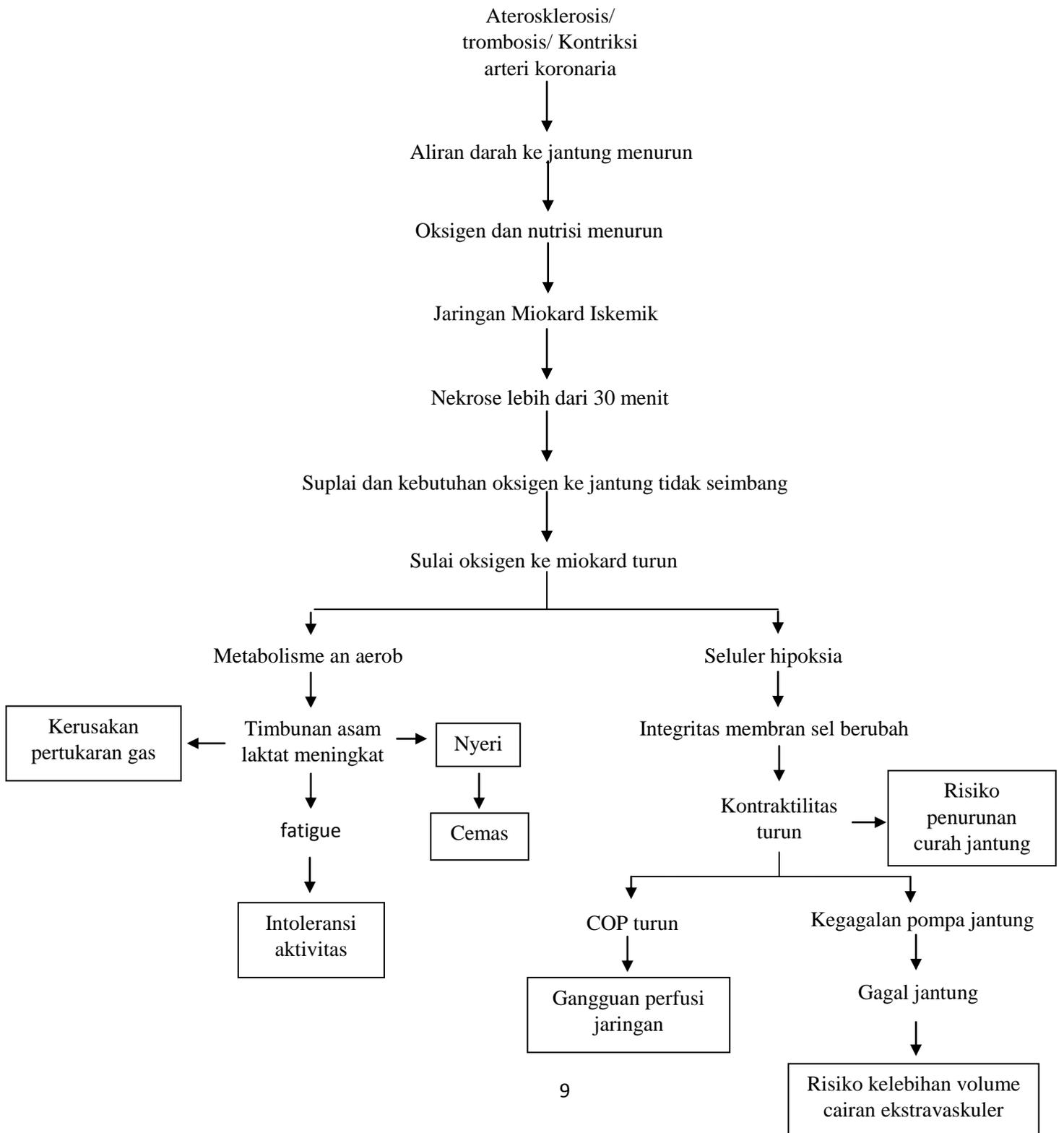
c. Manifestasi Klinis Infark Miokard Akut (IMA)

Menurut Corwin (2009) tanda infark miokard yang nyata biasanya timbul manifestasi klinis yang bermakna. (1) Nyeri dengan awitan yang biasanya mendadak, sering digambarkan memiliki sifat meremukkan dan parah. Nyeri dapat menyebar ke bagian atas tubuh mana saja, tetapi sebagian besar menyebar ke lengan kiri, leher, atau rahang. Nitrat dan istirahat dapat menghilangkan iskemia di luar zona nekrotik dengan menurunkan beban kerja jantung. (2) Terjadi mual dan muntah yang mungkin berkaitan dengan nyeri hebat. (3) Perasaan lemas yang berkaitan dengan penurunan aliran darah ke otot rangka. (4) Kulit yang dingin, pucat akibat vasokonstriksi simpatis. (5) Pengeluaran urin berkurang karena penurunan aliran darah ginjal serta peningkatan aldosteron dan ADH. (6) Takikardi akibat peningkatan stimulasi simpatis jantung. (7) Keadaan mental berupa perasaan sangat

cemas disertai perasaan mendekati kematian sering terjadi, mungkin berhubungan dengan pelepasan hormon stres dan ADH (vasopresin).

d. Patofisiologi Infark Miokard Akut (IMA)

Bagan patofisiologi IMA menurut Black dan Hawks (2014)



e. Klasifikasi Infark Miokard Akut (IMA)

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia tahun 2015, berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), dan pemeriksaan marka jantung, Sindrom Koroner Akut atau Infark Miokard Akut dibagi menjadi:

- 1) Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI: *ST segment elevation myocardial infarction*)
- 2) Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI: *non ST segment elevation myocardial infarction*)
- 3) Angina Pektoris tidak stabil (UAP: *unstable angina pectoris*)

Infark miokard dengan elevasi segmen ST akut (STEMI) merupakan indikator kejadian oklusi total pembuluh darah arteri koroner. Keadaan ini memerlukan tindakan revaskularisasi untuk mengembalikan aliran darah dan reperfusi miokard secepatnya; secara medikamentosa menggunakan agen fibrinolitik atau secara mekanis, intervensi koroner perkutan primer. Diagnosis STEMI ditegakkan jika terdapat keluhan angina pektoris akut disertai elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Inisiasi tatalaksana revaskularisasi tidak memerlukan menunggu hasil peningkatan marka jantung.

Diagnosis NSTEMI dan angina pektoris tidak stabil ditegakkan jika terdapat keluhan angina pektoris akut tanpa elevasi segmen ST yang persisten di dua sadapan yang bersebelahan. Rekaman EKG saat

presentasi dapat berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T *pseudo-normalization*, atau bahkan tanpa perubahan.

Sedangkan Angina Pektoris tidak stabil dan NSTEMI dibedakan berdasarkan kejadian infark miokard yang ditandai dengan peningkatan marka jantung. Marka jantung yang lazim digunakan adalah Troponin I/T atau CK-MB. Bila hasil pemeriksaan biokimia marka jantung terjadi peningkatan bermakna, maka diagnosis menjadi Infark Miokard Akut Segmen ST Non Elevasi (*Non ST-Elevation Myocardial Infarction*, NSTEMI). Pada Angina Pektoris tidak stabil marka jantung tidak meningkat secara bermakna. Pada sindroma koroner akut, nilai ambang untuk peningkatan CK-MB yang abnormal adalah beberapa unit melebihi nilai normal atas (*upper limits of normal*, ULN). Jika pemeriksaan EKG awal tidak menunjukkan kelainan (normal) atau menunjukkan kelainan yang nondiagnostik sementara angina masih berlangsung, maka pemeriksaan diulang 10-20 menit kemudian. Jika ulangan EKG tetap menunjukkan gambaran nondiagnostik sementara keluhan angina sangat sugestif SKA, maka pasien dipantau selama 12-24 jam. EKG diulang tiap 6 jam dan setiap terjadi angina berulang.

f. Komplikasi Infark Miokard Akut (IMA)

Menurut Black dan Hawks (2014) komplikasi IMA terdiri dari gangguan irama dan konduksi. Meliputi aritmia, sinus bradikardia,

gangguan hantaran atrieventrikuler, sinus takikardia, kontraksi prematur ventrikel. Komplikasi lain pada infark miokard akut yaitu gagal jantung, syok kardiogenik, tromboembolisme, perikarditis, aneurisma ventrikel.

g. Rehabilitasi Dan Edukasi Pasien IMA

Menurut Black dan Hawks (2014) rehabilitasi jantung setelah IMA merupakan komponen penanganan profesional dan personal yang penting. Rehabilitasi jantung harus segera dimulai setelah fase akut penyakit atau periode penanganan invasif. Tujuan umum dari rehabilitasi adalah untuk membantu pasien memiliki kehidupan yang utuh, vital, dan produktif sebisa mungkin dengan batas-batas kemampuan jantung yang masih dapat merespon peningkatan aktifitas dan stres. Rehabilitasi jantung merupakan program multifaktorial yang dimulai ketika pasien masih dirawat inap dan berlanjut selama proses pemulihan. Rehabilitasi jantung berlangsung selama empat fase, yaitu fase I (rawat inap), fase II (segera setelah rawat jalan), fase III (beberapa saat setelah rawat jalan), fase IV (rawat jalan pemeliharaan) (Black & Hawks, 2014).

Fase I (rawat inap). Pada pasien rawat inap, tujuan rehabilitasi jantung setelah infark miokard adalah memobilisasi pasien segera setelah kondisi klinis stabil. Kriteria stabil yaitu apabila tidak ada episode baru atau berulang nyeri dada selama 8 jam, tidak ada peningkatan kadar kreatinin kinase dan/atau tropinin, tidak ada tanda-

tanda baru gagal jantung dekompensata, serta tidak ada perubahan elektrokardiogram signifikan dengan ritme abnormal dalam 8 jam terakhir. Setelah dinyatakan stabil, pasien dapat diposisikan duduk di tepi tempat tidur selama hari pertama dan kemudian dimobilisasi bertahap (Roveny, 2017). Perawat atau fisioterapis dari unit jantung harus memulai latihan pasif. Saat pasien kembali mendapatkan kekuatan, mintalah pasien duduk beberapa saat pada sisi tempat tidur dan menggantungkan kakinya. Biarkan pasien berjalan ke kursi di samping tempat tidur selama 15 hingga 20 menit setelah hari pertama jika menggantungkan kaki dapat ditoleransi dengan baik tanpa munculnya nyeri dada, disritmia, atau hipotensi. Selanjutnya berikan privasi di kamar mandi dan dorong aktivitas perawatan diri sendiri. Izinkan berjalan di ruangan dengan pengawasan. Jarak dan durasi jalan ditingkatkan secara progresif, dari 5 hingga 10 menit bergantung pada kekuatan pasien. Pasien harus meningkatkan aktivitas secara perlahan untuk menghindari beban berlebih kepada jantung saat jantung memompa darah beroksigen ke otot-otot.

Setiap peningkatan aktivitas, amati denyut jantung, tekanan darah, saturasi oksigen, penapasan dan tingkat kelelahan, sesuaikan tingkat aktivitas pasien dengan kemampuan pasien. Selama aktivitas awal, denyut jantung tidak boleh meningkat lebih dari 25% di atas kadar istirahat. Tekanan darah tidak boleh meningkat lebih dari 25 mmHg di atas normal.

Selama fase I, edukasi pasien dan keluarga mengenai pentingnya proses latihan ini. Anggota keluarga mungkin takut bahwa mengizinkan pasien menjadi aktif lagi akan memicu serangan IMA dan mereka mungkin malah membuat pasien tidak mandiri, walaupun mereka ingin membantu.

Fase II (segera setelah rawat jalan). Sebuah tim pada suatu fasilitas kesehatan memulangkan pasien pasca IMA pada hari keempat tetapi hanya mengizinkan pasien pulang hanya jika di rumah tangganya memiliki bantuan yang cukup dan situasi yang kondusif untuk beristirahat. Pasien seperti itu harus dikunjungi ulang oleh dokter / perawat untuk mengawasi status fisiologi, latihan, serta diet tiap dua hari sekali. Sarankan pasien untuk berhenti merokok, sering berjalan-jalan, tetapi hindari aktivitas yang berat.

Fase III (beberapa saat setelah rawat jalan). Fase rehabilitasi jantung lanjutan berlangsung dari 4 hingga 6 bulan. Sesi latihan terus diawasi dan pasien diajarkan bagaimana mengamati intensitas latihannya dengan mengukur denyut nadinya atau jika dalam program berjalan, dengan menghitung jumlah langkah yang dilakukan dalam interval 15 detik.

Fase IV (pemeliharaan kesehatan saat rawat jalan). Pasien menjaga program latihan rutin dan modifikasi gaya hidup lainnya untuk memodifikasi faktor risiko jantung. Pasien harus menjalani pengujian latihan dan pengkajian faktor risiko tiap tahun.

2. Pengkajian

Menurut (Muttaqin, 2009) pengkajian dari proses asuhan keperawatan pada infark miokard akut (IMA) mencakup riwayat yang berhubungan dengan gambaran gejala berupa nyeri dada, sulit bernapas (dispnea), palpitasi, pingsan (sinkop), dan keringat dingin (diaforesis). Masing- masing gejala harus dievaluasi waktu dan durasinya serta faktor yang mencetuskan dan yang meringankan.

a. Anamnesis

Anamnesis penyakit ini terdiri atas keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan kondisi psikologis pasien.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama biasanya nyeri dada, perasaan sulit bernapas, dan pingsan.

c. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)

Pengkajian RPS yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang nyeri dada pasien secara PQIRST (Provoking, Quality, Region, Severity, Time).

Proviking dan Time: Tanyakan pertanyaan untuk menentukan permulaan serangan, durasi, dan rangkaian nyeri. Kapan nyeri mulai dirasakan? Berapa lama nyeri telah berlangsung? Apakah nyeri terjadi pada waktu yang sama setiap hari? Berapa sering nyeri tersebut muncul?

Quality: Pengkajian terhadap karakteristik nyeri yang lazim membantu perawat untuk memperoleh suatu pemahaman terhadap jenis nyeri, pola nyeri, serta jenis intervensi yang dapat memberikan pertolongan terhadap nyeri.

Region: untuk mengkaji lokasi nyeri, minta pasien untuk mengatakan atau menunjukkan semua area dimana pasien merasa tidak nyaman.

Severity: Variasi skala nyeri telah tersedia bagi pasien untuk mengomunikasikan intensitas nyeri mereka. Ketika menggunakan skala angka, skala 0-3 mengindikasikan nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, dan 7- 10 nyeri hebat, dianggap sebagai keadaan darurat pada nyeri (Miaskowski dalam Potter Perry, 2014).

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya pasien pernah menderita nyeri dada, darah tinggi, DM, dan hiperlipidemia. Tanyakan mengenai obat-obatan yang biasa diminum oleh pasien pada masa lalu yang masih relevan.

e. Riwayat Keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga serta bila ada anggota keluarga yang meninggal maka penyebab kematian juga ditanyakan.

f. Riwayat Pekerjaan dan Kebiasaan

Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya. Kebiasaan sosial ditanyakan dengan menanyakan kebiasaan dalam pola hidup, misalnya minum alkohol atau obat tertentu. Kebiasaan merokok juga dikaji dengan menanyakan tentang kebiasaan merokok sudah berapa lama, berapa batang per hari, dan jenis rokok.

g. Psikologis

Pasien IMA dengan nyeri akan mengalami kecemasan berat sampai ketakutan akan kematian. Berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, kecemasan merupakan stresor yang dapat menurunkan sistem imunitas tubuh.

h. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pasien terdiri atas keadaan umum dan B1- B6. Keadaan umum: Pada pemeriksaan keadaan umum pasien IMA biasanya didapatkan kesadaran baik atau compos mentis dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat.

B1 (Breathing): Terlihat sesak, frekuensi napas melebihi normal, dan keluhan napas seperti tercekik. Biasanya juga terdapat dispnea kardia. Sesak napas ini terjadi akibat pengerahan tenaga dan disebabkan oleh kenaikan tekanan akhir diastolik dari ventrikel kiri yang meningkatkan tekanan vena pulmonalis. Hal ini terjadi karena terdapat kegagalan peningkatan curah darah ventrikel kiri pada waktu melakukan kegiatan fisik.

B2 (Bleeding): Pemeriksaan B2 yang dilakukan dapat melalui teknik inspeksi, palpasi, dan auskultasi. Inspeksi adanya parut; palpasi denyut perifer melemah; auskultasi tekanan darah, bunyi jantung tambahan; perkusi adanya pergeseran batas jantung.

B3 (Brain): Kesadaran biasanya CM, tidak didapatkan sianosis perifer. Pengkajian objektif pasien berupa adanya wajah meringis, perubahan postur tubuh, menangis, merintih, meregang dan menggeliat.

B4 (Bladder): Pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memantau adanya oliguria pada pasien IMA karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik.

B5 (Bowel): Kaji pola makan pasien apakah sebelumnya terdapat peningkatan konsumsi garam dan lemak. Adanya nyeri akan memberikan respon mual dan muntah. Palpasi abdomen didapatkan nyeri tekan pada keempat kuadran. Penurunan peristaltik usus merupakan tanda kardial pada IMA.

B6 (Bone): Hasil yang biasanya terdapat pada pemeriksaan B6 adalah sebagai berikut.

Aktivitas, gejala: kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur, gerak statis, dan jadwal olahraga tidak teratur.

Tanda: takikardi, dispnea pada saat istirahat/ aktivitas, dan kesulitan melakukan tugas perawatan diri.

i. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik utama pada pasien IMA adalah EKG dan pemeriksaan enzim jantung.

1) Pemeriksaan Elektrokardiogram

EKG memberi informasi mengenai elektrofisiologi jantung. Melalui pembacaan dari waktu ke waktu, dokter mampu memantau perkembangan dan resolusi suatu infark miokard. Lokasi dan ukuran relatif infark juga dapat ditentukan dengan EKG. Adanya perubahan EKG pada infark miokardium meliputi inversi gelombang T, elevasi segmen ST, dan gelombang Q yang menonjol. Gelombang Q menunjukkan nekrosis miokardium dan bersifat ireversibel. Perubahan pada segmen ST dan gelombang T diakibatkan karena iskemia dan akan menghilang sesudah jangka waktu tertentu.

Diagnosis STEMI ditegakkan jika ditemukan angina akut disertai elevasi segmen ST. Nilai elevasi segmen ST bervariasi, tergantung kepada usia, jenis kelamin, dan lokasi infark miokard yang terkena. Bagi pria usia >40 tahun, STEMI ditegakkan jika diperoleh elevasi segmen ST di V1-3 > 2 mm dan > 2,5 mm bagi pasien berusia < 40 tahun (Tedjasukmana, 2010).

Diagnosis non-STEMI ditegakkan jika terdapat angina dan tidak disertai dengan elevasi segmen ST yang persisten. Gambaran EKG pada non-STEMI beragam, bisa berupa depresi

segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar atau pseudonormalization, atau tanpa perubahan EKG saat presentasi. Untuk menegakkan diagnosis non-STEMI, perlu dijumpai depresi segmen ST $> 0,5$ mm di V1- V3 dan > 1 mm di sadapan lainnya. Selain itu dapat juga dijumpai elevasi segmen ST tidak persisten (< 20 menit), dengan amplitudo lebih rendah dari elevasi segmen ST pada STEMI. Inversi gelombang T yang simetris > 2 mm semakin memperkuat dugaan non STEMI (Tedjasukmana, 2010).

2) Pemeriksaan Laboratorium

Analisis enzim jantung dalam plasma merupakan bagian dari profil diagnostik yang meliputi: riwayat, gejala, dan elektrokardiogram untuk mendiagnosis infark miokardium.

Enzim dilepaskan dari sel bila sel mengalami cedera dan membrannya pecah. Kebanyakan enzim tidak spesifik dalam hubungannya dengan organ tertentu yang rusak. Seperti yang telah diketahui, CKMB tidak terlalu spesifik untuk otot jantung. Sepuluh tahun terakhir ini, troponin T (cTnT) dan troponin I (cTnI) merupakan indikator yang sensitif dan spesifik untuk infark miokardium. Lebih pentingnya lagi dapat digunakan untuk stratifikasi risiko pasien dengan infark miokardium.

Kompleks troponin jantung merupakan komponen dasar dari miokardium yang terlibat dalam kontraksi otot miokardium.

Kadar troponin yang positif dianggap sebagai suatu diagnosis IMA.

Troponin jantung mirip CK-MB dalam hal sensitivitas dan kadarnya meningkat dalam 3 hingga 6 jam setelah nyeri dimulai. Kadar tetap tinggi selama 14 hingga 21 hari. Ini berguna (dan lebih akurat dari laktat dehidrogenase) dalam mengonfirmasi IMA yang sudah jauh.

Kadar troponin I jantung meningkat 7 hingga 14 jam setelah IMA. Ini merupakan indikator yang sangat spesifik dan sensitif dari IMA dan tidak terpengaruh penyakit atau cedera pada otot lain kecuali otot jantung. Peninggian ini akan tetap ada selama 5 hingga 7 hari.

3. Diagnosa

Berdasarkan patofisiologi dan data pengkajian di atas, diagnosis keperawatan utama untuk pasien tersebut menurut diagnosis keperawatan NANDA mencakup hal- hal sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemia)
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- c. Ansietas/ ketakutan berhubungan dengan ancaman kematian, ancaman pada status terkini atau perubahan besar (kesehatan dan status sosioekonomi).

- d. Risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan faktor risiko perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung
- e. Risiko tinggi terhadap perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan faktor risiko hipovolemia, hipoksia, hipoksemia
- f. Risiko tinggi kelebihan volume cairan berhubungan dengan faktor risiko peningkatan natrium/ retensi urin

4. Perencanaan

Berdasarkan diagnosa yang sering muncul pada pasien Infark Miokard, menurut (Doenges, Moorhouse dan Geissler, 2012) dilakukan intervensi keperawatan yang berhubungan dengan gangguan pemenuhan aktivitas dan istirahat adalah sebagai berikut:

- a. Diagnosa keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemia)

Intervensi:

- 1) Pantau/ catat karakteristik nyeri, catat laporan verbal, petunjuk nonverbal, dan respon hemodinamik (contoh, meringis, menangis, gelisah, berkeringat, mencengkeram dada, napas cepat, TD/ frekuensi jantung berubah).
- 2) Ambil gambaran lengkap terhadap nyeri dari pasien termasuk lokasi, intensitas (0-10), lamanya, kualitas (dangkal/ menyebar) dan penyebaran.
- 3) Kaji ulang riwayat angina sebelumnya, nyeri menyerupai angina, atau nyeri IM. Diskusikan riwayat keluarga.

- 4) Berikan lingkungan yang tenang, aktivitas perlahan, dan tindakan nyaman
 - 5) Bantu melakukan teknik relaksasi, misalnya napas dalam/ perlahan, perilaku distraksi, visualisasi, bimbingan imajinasi
 - 6) Periksa tanda- tanda vital sebelum dan sesudah obat narkotik
 - 7) Berikan oksigen tambahan dengan kanul nasal atau masker sesuai indikasi.
 - 8) Berikan obat sesuai indikasi (antiangina, penyekat beta, analgesik, penyekat saluran kalsium)
- b. Diagnosa keperawatan: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Intervensi (Mubarak & Chayatin, 2008):

- 1) Pantau respon pasien terhadap aktivitas.
 - a) Ukur nadi, tekanan darah, dan pernapasan saat istirahat.
 - b) Minta pasien untuk melakukan aktivitas.
 - c) Ukur tanda- tanda vital segera setelah aktivitas.
 - d) Minta pasien untuk istirahat selama 3 menit, ukur tanda- tanda vital kembali.
 - e) Hentikan aktivitas jika terdapat keluhan nyeri dada, vertigo, atau konfusi; penurunan frekuensi nadi; penurunan tekanan darah sistolik; peningkatan tekanan darah diastolik sebesar 15 mmHg; penurunan respon pernapasan.

- f) Turunkan intensitas atau durasi aktivitas jika frekuensi pernapasan meningkat secara berlebihan setelah aktivitas.
- 2) Tingkatkan aktivitas secara bertahap.
- a) Tingkatkan toleransi aktivitas pasien dengan memintanya melakukan aktivitas lebih lambat, atau dalam periode waktu yang lebih singkat dengan diselingi istirahat yang lebih banyak, atau dengan lebih banyak bantuan.
 - b) Mulai lakukan latihan rentang gerak sendi sekurang-kurangnya dua kali sehari.
 - c) Dorong pasien untuk mengubah posisi dan mengangkat tubuhnya secara aktif jika tidak ada kontraindikasi.
 - d) Tingkatkan keseimbangan dan toleransi duduk secara optimal dengan meningkatkan kekuatan otot.
 - e) Tingkatkan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu. Beri dukungan yang cukup untuk memastikan keselamatan dan mencegah jatuh.
- 3) Diskusikan pengaruh kondisi pasien terhadap tanggungjawab peran, pekerjaan, dan keuangannya.
- 4) Kaji keadekuatan pola tidur pasien.
- a) Rencanakan periode istirahat berdasarkan jadwal harian pasien.
 - b) Anjurkan pasien untuk istirahat selama satu jam pertama setelah makan.

c. Diagnosa keperawatan: Risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan faktor risiko perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung

Intervensi:

- 1) Auskultasi TD. Bandingkan kedua tangan dan ukur dengan tidur, duduk dan berdiri bila bisa.
- 2) Evaluasi kualitas dan kesamaan nadi sesuai indikasi.
- 3) Catat terjadinya S3, S4
- 4) Auskultasi bunyi napas adanya murmur atau gesekan.
- 5) Pantau frekuensi jantung dan irama. Catat disritmia melalui telemetri.
- 6) Catat respon terhadap aktivitas dan peningkatan istirahat dengan tepat
- 7) Berikan oksigen tambahan dengan kanul nasal atau masker sesuai indikasi.
- 8) Kaji ulang seri EKG
- 9) Pantau data laboratorium contoh enzim jantung, GDA, elektrolit

d. Diagnosa keperawatan: Risiko tinggi terhadap perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan faktor risiko hipovolemia, hipoksia, hipoksemia.

Intervensi:

- 1) Selidiki perubahan tiba-tiba atau gangguan mental kontinu. Contoh cemas, sianosis, bingung, letargi, pingsan.

- 2) Lihat pucat, sianosis, belang, kulit dingin atau lembab. Catat kekuatan nadi perifer.
- 3) Dorong latihan kaki aktif/ pasif. Hindari latihan isometrik.
- 4) Pantau pernapasan, catat kerja pernapasan
- 5) Pantau data laboratorium contoh GDA, BUN, kreatinin, elektrolit.

5. Pelaksanaan

Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat, selama kondisi pasien memungkinkan untuk dilakukan tindakan tanpa ada kontraindikasi. Tindakan dilakukan dalam jangka waktu tertentu sesuai perkiraan terpenuhinya kebutuhan pasien.

6. Evaluasi

Evaluasi yang diharapkan pada pasien infark miokard akut menurut (Doenges, Moorhouse dan Geissler, 2012) adalah (1) tidak ada nyeri dada/ terkontrol (2) kecepatan jantung/ irama mampu mempertahankan curah jantung adekuat/ perfusi jaringan (3) meningkatkan tingkat aktivitas untuk perawatan diri dasar (4) ansietas berkurang/ diatasi (5) proses penyakit, rencana pengobatan, dan prognosis dipahami.

B. Mobilisasi Dini pada Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas

1. Kebutuhan Aktivitas

Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya. Saat melakukan aktivitas tubuh akan menjadi sehat, sistem pernapasan dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh akan optimal. Disamping itu, kemampuan bergerak juga akan memengaruhi harga diri dan citra tubuh seseorang (Mubarak & Chayatin, 2008).

2. Mobilisasi dan Imobilisasi

Menurut Potter dan Perry (2010) mobilisasi ditujukan pada kemampuan pasien bergerak dengan bebas dan imobilisasi ditujukan pada ketidakmampuan bergerak bebas. Istilah tirah baring atau gangguan mobilisasi fisik sering digunakan saat mendiskusikan pasien dengan kontinuitas mobilisasi dan imobilisasi.

Tirah baring adalah intervensi untuk menahan pasien di tempat tidur untuk alasan terapeutik. Durasi tirah baring bergantung pada penyakit atau cedera dan keadaan kesehatan pasien sebelumnya. Intervensi tirah baring hanya diberikan kepada pasien sesuai kebutuhannya. Semakin besar tingkatan dan lama tirah baring, maka semakin bahaya pula akibat yang dihasilkan.

3. Dampak Imobilisasi pada Gangguan Sistem Kardiovaskuler

Imobilisasi dapat dihubungkan dengan perubahan kardiovaskuler. Tiga perubahan utama adalah hipotensi ortostatik, meningkatnya beban kerja jantung, dan pembentukan trombus.

Hipotensi ortostatik adalah peningkatan denyut jantung lebih dari 15% atau tekanan darah sistolik menurun 15 mmHg atau lebih, tekanan darah diastolik menurun 10 mmHg atau lebih saat pasien berubah posisi dari posisi telentang ke posisi berdiri. Pada pasien yang imobilisasi, menurunnya volume cairan yang bersirkulasi, berkumpulnya darah pada ekstremitas bawah dan menurunnya respon otonomik akan terjadi. Faktor ini akan menurunkan aliran balik vena, disertai meningkatnya curah jantung, yang direfleksikan dengan menurunnya tekanan darah. Perawat mengimplementasikan intervensi yang membantu mengurangi atau mengeliminasi dampak hipotensi ortostatik. Mobilisasikan pasien secepat mungkin jika keadaan fisik memungkinkan, meskipun hanya sebatas berjantai di tempat tidur atau bergerak ke kursi. Aktivitas ini akan mempertahankan tonus otot dan meningkatkan aliran balik vena (Mubarak & Chayatin, 2008).

Karena beban jantung meningkat, konsumsi oksigen juga meningkat. Oleh karena itu, jantung akan bekerja lebih keras dan kurang efisien selama periode istirahat yang lama. Karena imobilisasi meningkat, curah jantung menurun, dan efisiensi jantung selanjutnya akan menurun sehingga beban kerja jantung meningkat. Intervensi utama untuk

mengurangi beban kerja jantung adalah melarang pasien melakukan valsava manufer. Saat melakukan manufer ini, seperti saat mengedan selama defekasi atau bergerak di tempat tidur, pasien akan menahan napas, yang akan meningkatkan tekanan intratoraks (Mubarak & Chayatin, 2008). Hal ini akan menurunkan aliran darah balik dan beban kerja jantung. Saat mengedan dihentikan, aliran balik vena dan beban kerja jantung akan meningkat dengan tiba-tiba dan tekanan darah sistolik serta denyut nadi akan meningkat. Ajarkan pasien cara mengeluarkan napas saat menggerakkan pasien dari sisi ke sisi atau duduk di tempat tidur.

Trombus adalah akumulasi platelet, fibrin, faktor pembekuan, dan elemen seluler darah yang melekat pada dinding inferior vena dan arteri. Pembentukan trombus terjadi apabila (1) kerusakan dinding pembuluh darah (2) gangguan pada aliran darah dan (3) perubahan isi darah. Intervensi yang efektif untuk mencegah pembentukan trombus pada pasien imobilisasi adalah melatih tungkai bawah, kaki, dan pergelangan tangan, memberikan cairan dengan teratur, mengubah posisi dan mengajarkan pasien harus dimulai saat pasien menjadi imobilisasi. Ajarkan pasien untuk mencegah hal berikut: menyilangkan kaki, duduk lama, menggunakan pakaian yang menekan kaki dan pinggang, meletakkan bantal di bawah lutut, dan memijat kaki. Latihan rentang gerak akan mengurangi risiko kontraktur dan membantu mencegah trombus (Mubarak & Chayatin, 2008).

4. Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini yaitu kemampuan seseorang untuk bergerak bebas yang dilakukan sedini mungkin setelah pasien kembali ke bangsal perawatan (Asmadi, 2008). Mobilisasi dini adalah suatu usaha untuk menggerakkan bagian tubuh secara bebas dan normal baik secara aktif maupun pasif untuk mempertahankan sirkulasi, memelihara tonus otot dan mencegah kekakuan otot.

Mobilisasi dini dan program berjalan merupakan program yang fisibel dan aman untuk diimplementasikan pada pasien kritis. Program ini meliputi latihan progresif yang dilakukan secara bertahap dengan pemantauan respon pasien secara ketat dan terus menerus. Setiap aktivitas program latihan akan berdampak pada perubahan status pasien terutama hemodinamik, meliputi : takikardi, hipotensi, penurunan SvO₂ (Nofiyanto & Adhinugraha, 2016).

Manfaat melakukan latihan fisik atau mobilisasi pada penderita gangguan jantung menurut Lavie dalam (Arovah, 2016) yaitu (1) mengurangi efek samping fisiologis dan psikologis tirah baring di rumah sakit, (2) dapat dimanfaatkan untuk memonitor kondisi fisiologis penderita, (3) mempercepat proses pemulihan dan kemampuan untuk kembali pada level aktivitas sebelum serangan jantung.

5. Prosedur Pelaksanaan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini pada pasien gangguan kardiovaskuler dilakukan apabila pasien telah melewati masa akut. Menurut Arovah (2010) program latihan dapat dilakukan sejak 48 jam setelah gangguan jantung sepanjang tidak terdapat ada kontraindikasi. Pada hari ke 3 sampai 5 paska infark post cardial atau gangguan kardiovaskular lain, mulai dapat dilakukan latihan dengan berjalan (Oldridge dalam Arovah, 2010).

Mobilisasi dilakukan secara bertahap dengan memperhatikan kemampuan pasien dan hemodinamik pasien. Pasien melakukan latihan dengan jenis kegiatan dan frekuensi berbeda-beda setiap hari. Dimulai dari hari kedua, sampai pasien dinyatakan bisa melakukan aktivitas secara mandiri.

Tabel 1. Jadwal latihan mobilisasi dini

Hari ke	Intensitas berdasarkan	Kegiatan terapi fisik	Kegiatan di bangsal	Lama atau frekuensi	Pendidikan
2	Perubahan TTV (HR, RR, TD, SO ₂)	<ol style="list-style-type: none">1. ROM aktif pada semua ekstremitas saat berbaring di tempat tidur dengan pernafasan yang baik.2. Bahu: abduksi, adduksi, fleksi, ekstensi, rotasi internal dan rotasi eksternal.3. Kaki: fleksi dan ekstensi, putar kaki secara aktif4. minimal sekali dalam satu jam5. Miring kanan/ miring kiri6. Supinasi- duduk di tempat tidur	Bedrest: makan sendiri, duduk dengan posisi tempat tidur 45 ⁰	Ulangi 5-10 kali setiap latihan (15-30 menit)	Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pentingnya mobilisasi dini dan program

Hari ke	Intensitas berdasarkan	Kegiatan terapi fisik	Kegiatan di bangsal	Lama atau frekuensi	Pendidikan
3	Perubahan TTV (HR, RR, TD, SO ₂)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ulangi semua latihan dalam step 1. 2. Latihan berdiri dan kekuatan otot lengan dan kaki di sisi tempat tidur 3. Duduk di kursi minimal 2 kali sehari. 4. Jalan-jalan pendek dengan bantuan dalam ruangan dan koridor (gunakan walker jika perlu). Jarak 15-20 meter 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Makan sendiri. 2. Merawat sendiri (cuci tangan, muka, dan sikat gigi) di tempat tidur. 3. Menggoyang kaki di sisi tempat tidur. 	Ulangi 3-5 kali setiap latihan (15-30 menit)	Anjurkan aktivitas santai yang ringan (membaca)
4	Perubahan TTV (HR, RR, TD, SO ₂)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ulangi semua latihan dalam step sebelumnya. 2. Tingkatkan jarak berjalan, duduk di kursi (jarak berjalan disesuaikan dengan kemampuan pasien). Jarak berjalan ditingkatkan 20-50 meter 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mulai duduk di kursi sesuai kemampuan 2 kali sehari 2. Mandi sendiri 	Ulangi 3-5 kali setiap latihan (15-30 menit)	Menerangkan program lebih mendalam. Teruskan aktivitas santai.

BAB III

METODOLOGI STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus

Penelitian ini menggunakan rancangan studi kasus. Peneliti mengobservasi tindakan mobilisasi dini yang diterapkan pada dua pasien dengan kasus IMA yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas. Peneliti mengobservasi perubahan respon kedua pasien terhadap tanda vital dan tingkat kelelahan pasien terhadap aktivitas.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus adalah dua pasien yang mengalami gangguan kebutuhan aktivitas pada kasus infark miokard akut. Subyek yang diambil yaitu pasien yang sudah dinyatakan stabil dan dalam fase pemulihan pasca IMA. Kriteria subyek studi kasus ini meliputi HR<110 kali per menit, MAP:60-110 mmHg, SpO₂>88% , tidak ada tanda kelelahan, pasien tidak pusing dan tidak ada serangan jantung ulang.

C. Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus ini adalah memenuhi kebutuhan aktivitas dan mobilisasi dengan observasi terhadap penerapan mobilisasi dini pada pasien pasca infark miokard akut (fase rehabilitatif).

D. Definisi Operasional Fokus Studi

1. Mobilisasi dini adalah kemampuan pasien untuk melatih kekuatan otot dan fungsi sistem tubuh secepat mungkin setelah pasien dinyatakan mampu untuk memulai latihan. Latihan akan dilakukan selama 3 hari secara bertahap sesuai kemampuan pasien.
 - a. Melatih rentang gerak di tempat tidur (ROM aktif, miring kanan, miring kiri, duduk di tempat tidur)
 - b. Duduk di sisi tempat tidur dengan kaki berjuntai
 - c. Berdiri, latihan kekuatan lengan dan kaki di sisi tempat tidur dengan pengawasan perawat/ keluarga
 - d. Latihan berjalan secara bertahap dari jarak 15-150 meter

Semua latihan yang dilakukan pasien akan disesuaikan dengan kemampuan pasien sehingga dalam jangka waktu yang relatif berbeda, sesuai kemampuan pasien masing-masing. Setiap akan dilakukan latihan, saat dilakukan latihan dan setelah dilakukan latihan, pasien dimonitor tanda vital, gejala yang dialami pasien seperti dispnea, kelelahan, nyeri dada dan kaji juga berapa banyak waktu yang dibutuhkan pasien untuk pulih.

2. Pasien pasca infark miokard akut (IMA) dengan serangan jantung adalah pasien yang membutuhkan rehabilitasi melalui mobilisasi dini untuk mengembalikan kemampuan dan aktivitas yang biasa dilakukan sehari-hari. Setelah menjalani tirah baring, tubuh harus melakukan adaptasi secara perlahan untuk mengembalikan fungsi.

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen studi kasus yang digunakan adalah menggunakan lembar penilaian mobilisasi dini, format asuhan keperawatan, standar prosedur operasional (SPO) mobilisasi dini, sphygmomanometer, dan heart rate monitor.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dipakai dalam studi kasus adalah observasi, wawancara, dan analisis dokumentasi. Peneliti melakukan observasi pada hasil tindakan mobilisasi dini pada lembar penilaian, melakukan wawancara mengenai kondisi pasien kepada perawat dan/pasien, menganalisis data, dan menyusun laporan analisis kasus.

G. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Tempat studi kasus ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Wates, Kulon Progo, Yogyakarta. Peneliti ditempatkan di bangsal penyakit dalam yaitu ruang Edelweis.

Waktu yang dilakukan untuk studi kasus pada tanggal 9-11 Juni 2018 untuk pasien pertama dan tanggal 18-20 Juni 2018 untuk pasien kedua.

H. Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis data dan penyajian data pada studi kasus disajikan secara tekstual dengan fakta-fakta dijadikan di dalam teks dan bersifat naratif.

I. Etika Studi Kasus

Etika yang harus ditaati oleh peneliti dalam melaksanakan suatu studi kasus diantaranya:

1. Kejujuran dalam pengumpulan bahan pustaka, pengumpulan data, pelaksanaan metode dan prosedur penelitian, publikasi hasil.
2. Penghargaan terhadap kerahasiaan (responden). Jaga kerahasiaan data pribadi, kesehatan, catatan kriminal atau data lain yang oleh responden dianggap sebagai rahasia.
3. Penghargaan terhadap Hak Atas Kekayaan Intelektual (HAKI). Perhatikan paten, copyrights dan bentuk hak-hak intelektual lain. Tidak menggunakan data, metode atau hasil yang belum dipublikasi tanpa ijin peneliti. Tuliskan narasumber semua yang memberi kontribusi riset. Tidak melakukan plagiasi
4. Tanggungjawab sosial. Upayakan bermanfaat demi kemaslahatan masyarakat, meningkatkan taraf hidup, memudahkan kehidupan dan meringankan beban hidup masyarakat.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lahan Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Wates yang terletak di Jl. Tentara Pelajar km.1 No.5 Wates Kabupaten Kulon Progo. RSUD Wates dikategorikan sebagai rumah sakit kelas B Pendidikan milik pemerintah daerah Kabupaten Kulon Progo dengan didasarkan surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 720/Menkes/SK/VI/2010. RSUD Wates memiliki 13 ruang rawat inap yang memiliki tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna kepada masyarakat Kabupaten Kulon Progo dan masyarakat sekitarnya.

Rumah Sakit Umum Daerah Wates memiliki visi yaitu menjadi rumah sakit pendidikan dan pusat rujukan yang unggul dalam pelayanan. Misi rumah sakit adalah (1) menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan paripurna yang profesional berorientasi pada kepuasan pelanggan; (2) mengembangkan manajemen rumah sakit yang efektif dan efisien; (3) menciptakan lingkungan kerja yang sehat, nyaman, dan harmonis; (4) meningkatkan sumber daya manusia, sarana, dan prasarana sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan

teknologi; (5) melindungi dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat; (6) menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan.

Pemilihan tempat penulisan dilakukan di bangsal rawat inap RSUD Wates yaitu bangsal Edelweis. Bangsal edelwis adalah bangsal rawat inap khusus ruang rawat kelas III untuk merawat pasien berbagai variasi penyakit dengan jumlah ruang rawat sebanyak 24 tempat tidur.

Studi kasus menerapkan tindakan mobilisasi dini untuk pasien post serangan AMI. Mobilisasi dini dilakukan sesuai dengan kriteria pasien dan standar prosedur operasional yang telah disediakan penulis sesuai dengan kemampuan pasien masing-masing. Penulis menyediakan SPO sesuai dengan sumber yang ada, karena Rumah Sakit Umum Daerah Wates khususnya di ruang edelweis tidak menyediakan SPO untuk tindakan mobilisasi dini pada sistem kardiovaskuler. Perawat di ruang edelweis tetap menganjurkan keluarga pasien untuk melakukan mobilisasi, namun tanpa pengawasan dari perawat. Perawat menganjurkan keluarga pasien untuk melatih pasien latihan gerak, biasanya pada hari kedua atau hari ketiga sesuai dengan kondisi pasien.

2. Kasus Kelolaan

Kasus 1

Asuhan keperawatan pada Tn. B dengan diagnosa medis STEMI inferior post trombolisis dilakukan selama 3 hari, dimulai pada hari Sabtu 9 Juni 2018. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, perumusan masalah keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

a. Biodata Klien

Pasien dengan nama inisial Tn. B, jenis kelamin laki-laki, usia 59 tahun, agama Islam, tingkat pendidikan SLTP, pekerjaan sebagai buruh tani, status perkawinannya sudah kawin dengan istrinya bernama inisial Ny S. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 6 Juni 2018 dengan diagnosa awal STEMI inferior. Saat pengkajian, diagnosa medis menjadi STEMI inferior post trombolisis.

b. Pengkajian

1) Riwayat Klien

Saat bekerja di sawah, pasien merasa nyeri dada yang sangat hebat, lalu pingsan tidak sadarkan diri. Setelah dilakukan pertolongan pertama pasien sadar, namun tubuh terasa sangat lemas dan nyeri pada dada sebelah kiri.

Pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri dan mengeluh lemas, sehingga pasien dibawa ke RSUD Wates. Di RSUD Wates, pasien langsung dibawa ke ruang ICU selama 2 hari dengan diagnosa medis STEMI inferior post trombolisis pada tanggal 9 Juni 2018.

Pasien mempunyai riwayat hipertensi, namun belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Tidak ada riwayat penyakit jantung di keluarga Tn B.

Saat dilakukan perawatan di ruang Edelweis, pasien mendapat program terapi obat CPG 4 tab, aspilet 4 tab,

ranitidine 50 mg, miniaspi 80 g, dopidogrel 25 mg, otorvastatin 40 mg, laxadin, dan alprazolam.

2) Review Sistem

Kondisi kulit berwarna sawo matang, tidak ada luka, tidak terdapat odem. Kepala simetris, rambut bersih berwarna hitam keputihan, tidak terdapat luka dan nyeri di kepala. Konjungtiva mata berwarna merah muda, sklera berwarna putih, mata isokor. Hidung simetris, tidak ada sekret, pasien merasa sedikit sesak, terpasang oksigen dengan kanule nasal sebanyak 3 liter per menit. Mukosa bibir lembab, gigi belakang sudah hilang. Telinga terlihat bersih, tidak ada serumen. Leher normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Pasien sudah bisa melakukan aktivitas seperti makan dan berganti pakaian secara mandiri di tempat tidur. Pasien belum mampu pergi ke kamar mandi, karena kondisinya masih lemas. Pasien melakukan bak dengan menggunakan kateter urin.

Dada: bentuk simetris, pergerakan dada simetris, terasa nyeri pada dada sebelah kiri dengan skala nyeri 5, nyeri seperti tertekan beban berat, gerakan dada teratur, tidak ada benjolan, tidak ada luka. Abdomen: Bentuk simetris, tidak ada luka, bising usus 8 x/ menit.

Saat pengkajian sistem B1 (*Breathing*), pasien terpasang oksigen dengan kanul nasal sebanyak 3 liter per menit, pasien

mengatakan merasa sedikit sesak, RR: 26 x/menit, menggunakan otot bantu pernapasan. B2 (*Blood*) irama jantung pasien teratur, nadi 100 x/ menit, tekanan darah 102/ 69, tidak terdapat edema pada tubuh. B3 (*Brain*) pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, nyeri seperti tertimpa beban berat. Pasien masih merasakan sedikit lemas, kesadaran compos mentis, GCS E: 4 V: 5 M:6. B4 (*Bladder*), pasien terpasang kateter urin sejak tanggal 6 Juni. Pasien tidak merasakan nyeri ketika bak. Volume urin 500 ml, bau khas urin, warna kuning terang, pasien bak 2-3 kali sehari.

3) Pemeriksaan Data Fokus

Keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital pasien normal, dengan TD: 112/80 mmHg, N: 100 x/ menit, RR: 26 x/menit, Suhu: 36,5⁰C

Status Gizi pasien baik dengan TB: 160 cm, BB: 58 kg, sehingga IMT 22,6 kg/m². Pasien makan 3 kali sehari, makan makanan dari rumah sakit, tidak merasa mual muntah.

4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan pada faal lemak jantung pada tanggal 8 Juni 2018 diperoleh data hasil kolesterol kurang yaitu 100 mg/dL, HDL kurang yaitu 28 mg/dL, LDL kurang yaitu 57,3 mg/dL, trigliserida kurang yaitu 72 mg/dL, dan troponin I normal yaitu

lebih dari 10 ng/ml. Hasil pemeriksaan EKG pada tanggal 9 Juni 2018 yaitu *normal sinus rhythm* dan *normal axis*.

c. Perumusan Masalah

Tabel.2 Perumusan Masalah Keperawatan 1

No	Data	Masalah	Penyebab
1	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, nyeri seperti tertekan beban berat</p> <p>DO: Pasien tampak meringis menahan nyeri.</p>	Nyeri akut	Agen cedera biologis (iskemia)
2	<p>DS: Pasien mengatakan sesak napas.</p> <p>DO: a. Terpasang oksigen 3 liter per menit b. RR: 26x/ menit c. Menggunakan otot bantu pernapasan</p>	Pola napas tidak efektif	Hambatan upaya napas
3	<p>DS: Pasien mengatakan tubuhnya lemas.</p> <p>DO: a. Pasien hanya berbaring di tempat tidur. b. Terdapat pembatasan aktivitas.</p>	Intoleransi aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Sumber: (SDKI, 2016)

Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemia) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, nyeri seperti tertekan beban berat, pasien tampak meringis menahan nyeri.

- 2) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, terpasang oksigen 3 liter per menit, RR 26 x/ menit, menggunakan otot bantu pernapasan.
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan pasien mengatakan tubuhnya lemas, pasien hanya berbaring di tempat tidur, terdapat pembatasan aktivitas.

d. Perencanaan

Tabel 3. Perencanaan 1

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Nyeri akut	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 15 menit, diharapkan nyeri hilang dengan kriteria hasil: Pasien tidak mengeluh nyeri Skala nyeri berkurang menjadi 1 Tanda vital dalam batas normal	Pantau/ catat karakteristik nyeri Berikan lingkungan yang tenang Ajarkan melakukan teknik relaksasi Observasi tanda-tanda vital Berikan oksigen tambahan dengan kanul nasal atau masker sesuai indikasi Berikan analgetik sesuai indikasi
Pola napas tidak efektif	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 15 menit, pola napas efektif dengan kriteria hasil: Pasien mampu bernapas dengan mudah Tidak ada suara napas abnormal Tanda-tanda vital dalam batas normal: Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit Nadi 60-100 x/menit Tekanan darah 120/80 mmHg	Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi Monitor respirasi dan status oksigen Monitor suara napas Monitor tanda-tanda vital Berikan terapi oksigen sesuai dengan kebutuhan.
Intoleransi aktivitas	Setelah diberikan tindakan selama 3 x 15 menit, diharapkan toleransi aktivitas pasien meningkat dengan kriteria hasil: Pasien tidak lemas Pasien mampu beraktivitas Tidak ada perubahan tanda vital yang berarti.	Pantau respon pasien terhadap aktivitas Tingkatkan aktivitas secara bertahap Lakukan latihan rentang gerak sekurang-kurangnya dua kali sehari Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah latihan Tingkatkan keseimbangan dan toleransi duduk

Sumber: (NIC, 2016)

e. Implementasi

Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat. Pada hari Sabtu 9 Juni 2018, merupakan hari ketiga pasca serangan IMA pasien Tn. B. Pertama peneliti memantau respon pasien terhadap aktivitas. Pasien masih berbaring di tempat tidur dengan keluhan nyeri yang hilang timbul dan masih merasa lemas. Kemudian peneliti menganjurkan pasien untuk memulai melakukan latihan mobilisasi di tempat tidur yaitu ROM aktif dan miring kanan, miring kiri. Sebelum dilakukan latihan, peneliti mengukur nadi, tekanan darah, pernapasan, dan saturasi oksigen. Hasilnya nadi 78 kali per menit, tekanan darah 110/80 mmHg, pernapasan 18 kali per menit dan saturasi oksigen 92%. Selanjutnya pasien dilakukan mobilisasi dini yaitu ROM aktif pada semua ekstremitas, miring kiri dan miring kanan selama 10 menit. Peneliti langsung mengukur tanda vital kembali langsung setelah pasien selesai melakukan latihan. Hasilnya nadi 80 kali per menit, tekanan darah 115/81 mmHg, pernapasan 20 kali per menit dan saturasi oksigen 93%. Selanjutnya pasien diminta untuk istirahat selama 3 menit, dan peneliti menghitung kembali tanda vital pasien setelah pasien istirahat. Hasilnya nadi 80 kali per menit, tekanan darah 113/80 mmHg, pernapasan 20 kali per menit dan saturasi oksigen 92%. Pada hari pertama, pasien tidak merasa lelah setelah latihan, pasien

dapat mengikuti latihan hingga selesai. Tidak ada perubahan tanda vital yang berarti selama pasien melakukan latihan.

Pada hari kedua yaitu tanggal 10 Juni 2018 merupakan hari keempat setelah serangan IMA. Peneliti kembali melakukan latihan mobilisasi dini pada tahap selanjutnya. Pertama peneliti mengukur nadi, tekanan darah, pernapasan dan saturasi oksigen sebelum latihan. Hasilnya nadi 84 kali per menit, tekanan darah 107/79 mmHg, pernapasan 18 kali per menit dan saturasi oksigen 92%. Selanjutnya peneliti meningkatkan aktivitas mobilisasi secara bertahap yaitu dengan melatih pasien berdiri dan melatih kekuatan otot lengan dan kaki di sisi tempat tidur, duduk di tepi tempat tidur, duduk di kursi, jalan-jalan pendek di ruangan dengan jarak 15-20 meter. Peneliti langsung mengukur tanda vital kembali langsung setelah pasien selesai melakukan latihan. Hasilnya nadi 87 kali per menit, tekanan darah 115/80 mmHg, pernapasan 18 kali per menit dan saturasi oksigen 92%. Selanjutnya pasien diminta untuk istirahat selama 3 menit, dan peneliti menghitung kembali tanda vital pasien setelah pasien istirahat. Hasilnya nadi 86 kali per menit, tekanan darah 110/78 mmHg, pernapasan 18 kali per menit dan saturasi oksigen 93%. Pada hari kedua, pasien tidak merasa lelah setelah latihan, pasien dapat mengikuti latihan hingga selesai selama 10 menit. Pasien mulai berjalan ke kamar mandi dengan didampingi keluarga, bisa duduk di

kursi, dan makan di tempat tidur. Tidak ada perubahan tanda vital yang berarti selama pasien melakukan latihan.

Pada hari ketiga yaitu tanggal 11 Juni 2018 merupakan hari kelima setelah serangan IMA. Peneliti kembali melakukan latihan mobilisasi dini pada tahap selanjutnya. Pertama peneliti mengukur nadi, tekanan darah, pernapasan dan saturasi oksigen sebelum latihan. Hasilnya nadi 86 kali per menit, tekanan darah 110/82 mmHg, pernapasan 20 kali per menit dan saturasi oksigen 94%. Selanjutnya peneliti meningkatkan aktivitas mobilisasi secara bertahap yaitu dengan meningkatkan jarak berjalan yaitu jarak 20-50 meter. Peneliti langsung mengukur tanda vital kembali langsung setelah pasien selesai melakukan latihan. Hasilnya nadi 88 kali per menit, tekanan darah 110/80 mmHg, pernapasan 20 kali per menit dan saturasi oksigen 94%. Selanjutnya pasien diminta untuk istirahat selama 3 menit, dan peneliti menghitung kembali tanda vital pasien setelah pasien istirahat. Hasilnya nadi 86 kali per menit, tekanan darah 115/81 mmHg, pernapasan 18 kali per menit dan saturasi oksigen 93%. Pada hari ketiga, pasien tidak merasa lelah setelah latihan, pasien dapat mengikuti latihan hingga selesai selama 10 menit. Pasien berjalan ke kamar mandi tanpa didampingi keluarga, bisa duduk di kursi, dan makan di tempat tidur. Tidak ada perubahan tanda vital yang berarti selama pasien melakukan latihan.

Setelah dilakukan tindakan selama 3 kali 15 menit, diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas teratasi ditandai dengan pasien tidak lemas pada saat melakukan aktivitas, pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri yaitu makan, berpakaian, pergi ke kamar mandi. Perbandingan tanda vital pada sebelum, selama, dan setelah latihan mobilisasi dini tidak ada perubahan tanda vital yang berarti.

Kasus 2

Asuhan keperawatan pada Ny J dengan diagnosa medis STEMI inferior dilakukan selama 3 hari, dimulai pada hari Senin 18 Juni 2018. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, perumusan masalah keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

a. Biodata Klien

Pasien dengan nama inisial Ny J, jenis kelamin perempuan, usia 79 tahun, agama Islam, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, status perkawinannya sudah janda. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 14 Juni 2018 dengan diagnosa medis STEMI inferior. Penanggungjawab pasien bernama inisial Ny Y yaitu anak pasien. Pasien tinggal bersama anak pasien yang beralamat di Kedundang, Kulon Progo.

b. Pengkajian

1) Riwayat Klien

Pasien merasa lemas, nyeri dada yang sangat hebat, lalu pingsan tidak sadarkan diri. Setelah dilakukan pertolongan pertama pasien sadar, namun tubuh terasa sangat lemas dan nyeri pada dada sebelah kiri. Pasien langsung dibawa ke rumah sakit Rizqi Amalia, lalu dirujuk ke ICU RSUD Wates.

Pasien mengeluh anus terasa nyeri, nyeri seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul tidak tentu. Pasien sudah tidak merasa sesak dan tidak nyeri dada. Pasien dirawat

di ICU RSUD Wates selama 3 hari, selanjutnya pada hari ke 4, dipindah di ruang Edelweis.

Pasein mempunyai riwayat hipertensi, pernah dirawat di RS karena asam urat naik. Tidak ada riwayat penyakit jantung pada keluarga Ny J.

2) Review Sistem

Kulit berwarna sawo matang, tidak ada luka, tidak terdapat odem. Kepala simetris, rambut bersih berwarna hitam keputihan, tidak terdapat luka dan nyeri di kepala. Mata konjungtiva merah muda, sklera berwarna putih, mata isokor. Hidung simetris, tidak ada sekret, mukosa bibir lembab, gigi belakang sudah hilang. Telinga bersih, tidak ada serumen. Bentuk leher normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Bentuk dada simetris, pergerakan dada simetris, gerakan dada teratur, tidak ada benjolan, tidak ada luka. Bentuk abdomen simetris, tidak ada luka, bising usus 5 x/ menit.

Saat pengkajian sistem (*Breathing*) pasien sudah tidak merasa sesak RR: 20 x/menit. (*Blood*) irama jantung teratur, nadi 80 x/ menit, tekanan darah 140/80 mmHg, tidak terdapat edema pada tubuh. (*Brain*) pasien mengatakan nyeri pada anus dan perut. Skala nyeri 5, nyeri hilang timbul. Pasien masih merasakan lemas, kesadaran compos mentis, GCS E: 4 V: 5 M:6. (*Bladder*) pasien terpasang kateter sejak tanggal 14 Juni

2018. Pasien tidak merasakan nyeri ketika bak. Volume urine 500 ml, bau khas urin, warna kuning terang, pasien bak 2-3 kali sehari.

3) Pemeriksaan Data Fokus

Keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran Compositus. Tanda-tanda Vital pasien meliputi tekanan darah: 140/80 mmHg, nadi 80 x/ menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,5⁰C.

Status gizi pasien baik dengan TB: 150 cm, BB: 45 kg dan IMT normal yaitu 20 kg/m², namun pasien selama di rawat di rumah sakit tidak mau makan, makan hanya dua sendok makan sebanyak tiga kali sehari, makanan sering dimuntahkan.

4) Pemeriksaan Penunjang

Hasil laboratorium pada tanggal 17 Juni 2018 Hb kurang yaitu 10,9 g/dL; Ht kurang yaitu 33,2%; leukosit lebih yaitu 10,85% ; MCV kurang yaitu 74,8% ; INCH kurang yaitu 24,5%; neutrofil lebih yaitu 77,9% dan limfosit 10,9%.

Hasil EKG pada 17 Juni 2018 yaitu *sinus rhythm, abnormal left axis deviation, consider left ventrikular hyperthrophy.*

c. Perumusan Masalah

Tabel 4. Perumusan Masalah Keperawatan 2

No	Data	Masalah	Penyebab
1	DS: Pasien mengatakan nyeri pada anus, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, nyeri seperti tertusuk-tusuk. DO: Pasien tampak meringis menahan nyeri.	Nyeri akut	Agen cedera biologis
2	DS: Pasien mengatakan tubuhnya lemas DO: a. Pasien hanya berbaring di tempat tidur b. Terdapat pembatasan aktivitas	Intoleransi aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
3	DS: a. Keluarga pasien mengatakan pasien susah makan, makanan sering dimuntahkan b. Pasien mengatakan makanan terasa pahit DO: a. Pasien terlihat lemas b. Pasien makan 1 sendok makan.	Risiko defisit nutrisi	

Sumber: (SDKI, 2016)

Diagnosa Keperawatan:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada anus, nyeri hilang timbul, nyeri seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5, pasien tampak menahan nyeri.

- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan pasien mengatakan tubuhnya lemas, pasien hanya berbaring ditempat tidur, terdapat pembatasan aktivitas.
- 3) Risiko defisit nutrisi ditandai dengan pasien tidak mau makan makanan, makanan sering dimuntahkan, pasien terlihat lemas, makan hanya satu sendok makan.

d. Perencanaan Keperawatan

Tabel 5. Perencanaan 2

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Nyeri akut	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 15 menit, diharapkan nyeri hilang dengan kriteria hasil: a. Pasien tidak mengeluh nyeri b. Tidak meringis c. Skala nyeri berkurang menjadi 3	a. Pantau/ catat karakteristik nyeri b. Berikan lingkungan yang tenang c. Ajarkan melakukan teknik relaksasi d. Observasi tanda-tanda vital e. Berikan oksigen tambahan dengan kanul nasal atau masker sesuai indikasi f. Berikan obat sesuai indikasi
Intoleransi aktivitas	Setelah diberikan tindakan selama 3 x 15 menit, diharapkan toleransi aktivitas pasien meningkat dengan kriteria hasil: d. Pasien tidak lemas e. Pasien mampu beraktivitas f. Tidak ada perubahan tanda-tanda vital yang berarti	a. Pantau respon pasien terhadap aktivitas b. Tingkatkan aktivitas secara bertahap c. Lakukan latihan rentang gerak sekurang-kurangnya dua kali sehari d. Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah latihan e. Anjurkan pasien untuk istirahat sesuai jadwal harian pasien.
Risiko defisit nutrisi	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 15 menit tidak terjadi defisit nutrisi, dengan kriteria hasil: a. Pasien mau menghabiskan makan makanan dari rumah sakit b. Pasien tidak lemas c. Berat badan dalam batas normal	a. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan b. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi c. Monitor mual muntah d. Monitor turgor kulit e. Monitor adanya penurunan berat badan.

Sumber: (NIC, 2016)

e. Implementasi

Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat. Pada hari Senin 18 Juni 2018, merupakan hari keempat pasca serangan IMA pasien Ny. J. Pertama peneliti memantau respon pasien terhadap aktivitas. Pasien masih berbaring di tempat tidur dengan keluhan nyeri yang hilang timbul dan masih merasa sangat lemas. Kemudian peneliti menganjurkan pasien untuk memulai melakukan latihan mobilisasi di tempat tidur yaitu ROM aktif dan miring kanan, miring kiri. Sebelum dilakukan latihan, peneliti mengukur nadi, tekanan darah, pernapasan, dan saturasi oksigen. Hasilnya nadi 76 kali per menit, tekanan darah 140/80 mmHg, pernapasan 16 kali per menit dan saturasi oksigen 92%. Selanjutnya pasien dilakukan mobilisasi dini yaitu ROM aktif pada semua ekstremitas, miring kiri dan miring kanan selama 10 menit. Peneliti langsung mengukur tanda vital kembali langsung setelah pasien selesai melakukan latihan. Hasilnya nadi 77 kali per menit, tekanan darah 140/81 mmHg, pernapasan 17 kali per menit dan saturasi oksigen 92%. Selanjutnya pasien diminta untuk istirahat selama 3 menit, dan peneliti menghitung kembali tanda vital pasien setelah pasien istirahat. Hasilnya nadi 76 kali per menit, tekanan darah 142/80 mmHg, pernapasan 17 kali per menit dan saturasi oksigen 92%. Pada hari pertama pasien tidak merasa ada perubahan, pasien masih merasa lemas setelah latihan, namun pasien dapat mengikuti latihan hingga selesai. Tidak ada perubahan tanda vital yang berarti selama pasien melakukan latihan.

Pada hari kedua yaitu tanggal 19 Juni 2018 merupakan hari kelima setelah serangan IMA. Peneliti kembali melakukan latihan mobilisasi dini pada tahap selanjutnya. Pertama peneliti mengukur nadi, tekanan darah, pernapasan dan saturasi oksigen sebelum latihan. Hasilnya nadi 82 kali per menit, tekanan darah 130/85 mmHg, pernapasan 16 kali per menit dan saturasi oksigen 92%. Pada hari kedua pasien tidak mampu mengikuti semua latihan yang sudah direncanakan oleh peneliti. Pasien masih lemas dan belum mampu turun dari tempat tidurnya. Sehingga hari kedua latihan segera diakhiri dengan tidak ada perubahan terhadap kondisi pasien.

Pada hari ketiga yaitu tanggal 20 Juni 2018 merupakan hari keenam setelah serangan IMA. Peneliti kembali melakukan latihan mobilisasi dini pada tahap selanjutnya. Pertama peneliti mengukur nadi, tekanan darah, pernapasan dan saturasi oksigen sebelum latihan. Hasilnya nadi 86 kali per menit, tekanan darah 142/82 mmHg, pernapasan 20 kali per menit dan saturasi oksigen 94%. Pada hari ketiga, pasien juga belum mampu melakukan aktivitas pada tahap selanjutnya. Pasien masih terlihat lemas dan masih berbaring di tempat tidur.

Setelah dilakukan tindakan selama 3 kali 15 menit, diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi ditandai dengan pasien terlihat masih lemas, tidak mampu beraktivitas, namun kondisi tanda vital pasien normal dan tidak ada perubahan pada saat pasien melakukan aktivitas pada hari pertama.

f. Pembahasan

Asuhan keperawatan dengan diagnosa medis STEMI inferior pada dua pasien menghasilkan masalah keperawatan yang berbeda. Pasien pertama dengan STEMI inferior post trombolisis terdapat masalah keperawatan nyeri akut, pola napas tidak efektif, dan intoleransi aktivitas. Pasien kedua dengan STEMI inferior terdapat masalah keperawatan nyeri akut, intoleransi aktivitas, dan risiko nutrisi kurang dari kebutuhan.

Pada masalah keperawatan nyeri akut, gejala lokasi nyeri pada kedua pasien berbeda. Pasien pertama merasa nyeri pada dada sebelah kiri dengan skala 5, sedangkan pasien kedua merasa nyeri pada anus dengan skala nyeri 5. Menurut *ethical digest* tahun 2018 nyeri angina pectoris yang khas, jarang ditemui pada lansia. Sebab, pada populasi ini daerah-daerah yang menderita iskemik adalah daerah aliran pembuluh koroner kecil. Terlebih lagi, pada usia yang sudah sangat tua, saraf-saraf sensoris sudah berkurang fungsinya. Biasanya pasien merasa nyeri pada lokasi lain. Seperti halnya pasien kedua yang berusia 79 tahun tidak merasa nyeri pada dada, melainkan nyeri pada anus.

Terdapat satu masalah keperawatan yang sama pada kedua pasien yaitu intoleransi aktivitas. Pada masalah keperawatan tersebut, dilakukan tindakan keperawatan dengan penerapan mobilisasi dini. Studi kasus dengan penerapan mobilisasi dini dilakukan dengan kriteria yang sama. Kedua pasien memiliki kondisi kesehatan yang baik dengan HR < 110 kali per menit, MAP 60-110 mmHg, SpO₂ > 88%, pasien tidak merasa pusing dan tidak

lelah. Nilai hemodinamik pasien sebelum dilakukan mobilisasi menunjukkan nilai yang memenuhi batas aman untuk dilakukan mobilisasi dini, sehingga harus segera dilakukan mobilisasi dini. Hal ini sesuai dengan konsep teori dari (Arovah, 2010) bahwa mobilisasi dini pasien kritis dilakukan segera setelah fisiologis pasien stabil. Kedua pasien dilakukan mobilisasi dini pada fase pertama, sesuai dengan program latihan yang telah tersedia.

Jenis latihan yang mampu dilakukan oleh kedua pasien meliputi latihan ROM aktif, miring kiri, miring kanan, supinasi di tempat tidur dengan durasi latihan selama 10 menit. Menurut panduan, mobilisasi dini dilakukan pada hari kedua setelah serangan IMA. Seperti pendapat (Arovah, 2010) mobilisasi dini dapat dilakukan sejak 48 jam setelah gangguan jantung sepanjang tidak ada kontraindikasi.

Berbeda pada studi kasus ini, pasien pertama mulai melakukan latihan pada hari ketiga, sedangkan pasien kedua mulai mampu melakukan latihan pada hari keempat. Hal ini terjadi karena pasien pertama masih dilakukan perawatan di ruang ICCU sampai hari kedua dan baru dipindah di ruang perawatan pada hari ketiga. Pasien kedua dilakukan perawatan di ICCU hingga hari ketiga dan baru dipindah di ruang perawatan pada hari keempat.

Selain itu, respon dari kedua pasien juga berbeda. Pasien pertama mampu melakukan latihan selama 3 hari hingga pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti makan, berpakaian, toileting, dan berpindah tempat. Pasien kedua hanya mampu melakukan latihan pada tahap pertama, tidak mampu melanjutkan latihan pada tahap selanjutnya, sehingga

kebutuhan aktivitas pada pasien kedua tidak terpenuhi. Hal ini terjadi karena beberapa faktor yang mempengaruhi.

Berdasarkan pengkajian, pasien pertama berjenis kelamin laki-laki dengan usia 59 tahun. Pasien kedua yaitu perempuan berusia 79 tahun. Menurut *ethical digest* tahun 2018 dengan bertambahnya usia, paparan faktor risiko dan pengobatan menjadi lebih lama. Termasuk pelaksanaan mobilisasi dini untuk pemulihan aktivitas pasien. Pasien kedua dengan usia 79 tahun mengalami pemulihan lebih lama dibandingkan pasien pertama dengan usia 59 tahun. Selain itu menurut (Mubarak, 2015) pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan. Hal ini sesuai dengan penurunan sistem neuromuscular pada orang lansia. Mobilisasi sangat dipengaruhi oleh sistem neuromuskular, meliputi sistem otot, skeletal, sendi, ligamen, tendon, kartilago dan saraf.

Pelaksanaan mobilisasi dini pada Ny J lebih lama. Hal ini sesuai dengan pendapat (Wahyuni, 2014) bahwa jenis kelamin pasien wanita dengan penyakit arteri koroner memiliki prevalensi faktor risiko lebih tinggi dan memiliki status fungsional yang lebih rendah daripada pria. Ada bukti hormon seks berperan dalam patofisiologi penyakit vaskuler. Dimana selama hidup wanita, vaskularisasinya mengalami fluktuasi yang bermakna dalam pengaruh hormonal.

Berdasarkan data rekam medis, diperoleh data diagnosa medis yang ditegakkan pada saat pasien masuk RS untuk kedua pasien sama, yaitu STEMI inferior. Setelah dilakukan pemeriksaan EKG pada tanggal 8 Juni

2018, hasil EKG untuk pasien pertama yaitu *normal sinus rhythm* dan *normal axis*. Diagnosa medis pasien pertama berubah menjadi STEMI inferior post trombolisis. Hasil pemeriksaan EKG pasien kedua pada tanggal 17 Juni 2018 yaitu sinus rhythm, deviasi ventrikel kiri dan hipertrofi ventrikel kiri. Penambahan usia menurut ethical digest tahun 2018 akan menyebabkan jantung menjadi hipertrofi. Pada batas usia 30-90 tahun, massa jantung bertambah kurang lebih 1 gram pada pria dan 1,5 gram pada wanita pertahunnya. Berdasarkan hasil EKG pada kedua pasien terbukti bahwa kondisi pasien pertama lebih baik daripada pasien kedua, sehingga pelaksanaan mobilisasi dini menjadi lebih optimal.

Nutrisi untuk mencukupi kebutuhan energi juga dibutuhkan oleh pasien untuk pemulihan terhadap penyakit. Menurut (Mubarak, 2015) tingkat energi dibutuhkan untuk banyak hal, salah satunya mobilisasi. Dalam hal ini, cadangan energi yang dimiliki masing-masing individu bervariasi. Pasien pertama kebutuhan nutrisinya terpenuhi ditandai dengan pasien menghabiskan makanan dari rumah sakit, sedangkan pasien kedua kebutuhan nutrisinya kurang terpenuhi ditandai dengan pasien hanya makan 2 sendok makan.

Menurut hasil penulisan (Wijayanti 2013), keberhasilan mobilisasi juga tergantung kepada sikap pasien. Seperti pada pasien kedua, meskipun kondisi hemodinamik pasien sudah baik, namun pasien masih merasa tubuhnya sakit semua dan pasien masih merasa lemah. Sehingga pasien tidak

mau melakukan mobilisasi dini. Hal ini menyebabkan semakin lama pasien berbaring, semakin lama waktu perawatan.

Peran keluarga juga mempengaruhi keberhasilan dilakukan mobilisasi dini. Pasien akan merasa nyaman apabila keluarga berada disamping pasien untuk mendampingi pasien pada saat latihan. Kedua pasien didampingi oleh anggota keluarga pada saat melakukan latihan. Selain itu peran pasien di dalam keluarga juga mendukung pasien untuk motivasi kesembuhan. Pasien pertama sebagai kepala keluarga yang harus bekerja untuk mencukupi kebutuhan istri dan 3 orang anak, sedangkan pasien kedua sebagai ibu rumah tangga yang kebutuhannya ditanggung oleh keluarganya.

Terdapat perbedaan antara nilai RR, HR, TD, dan SpO₂ sebelum, selama dan setelah dilakukan latihan. Menurut (Noviyanto & Adhinugraha, 2016) setiap aktivitas latihan akan berdampak pada perubahan status pasien terutama hemodinamik meliputi takikardi, hipotensi, dan penurunan SpO₂. Kondisi tersebut terjadi karena adanya mekanisme kompensasi terhadap adanya aktivitas yang dapat meningkatkan fungsi kerja jantung. Perbedaan nilai hemodinamik kedua pasien tidak terlalu signifikan, pada saat pelaksanaan latihan karena latihan hanya dilakukan 10 menit.

Dilihat dari perbedaan respon kedua pasien, terdapat banyak manfaat dilakukan mobilisasi dini. Diantaranya yaitu mempercepat pemulihan, sehingga waktu perawatan juga berkurang. Pasien yang dilakukan mobilisasi dini dapat dinilai tingkat toleransi ketika melakukan aktivitas, sehingga dapat diketahui kondisi fisik umumnya. Pada pasien pertama waktu perawatannya

lebih singkat daripada pasien kedua. Hal ini karena pasien pertama sudah dapat diketahui toleransinya terhadap aktivitas, sedangkan pasien kedua belum bisa diketahui tingkat toleransinya meskipun kondisi hemodinamiknyanya sudah stabil. Menurut (Arovah, 2016) manfaat melakukan mobilisasi pada pasien jantung yaitu mengurangi efek samping fisiologis dan psikologis tirah baring di rumah sakit, memonitor kondisi fisiologis penderita, mempercepat proses pemulihan dan kemampuan untuk kembali pada level aktivitas sebelum serangan jantung.

B. Keterbatasan Studi Kasus

Pada saat melakukan studi kasus di ruang Edelweis RSUD Wates, penulis mengalami beberapa keterbatasan yang menghambat kelancaran pelaksanaan studi kasus. Diantara keterbatasan pelaksanaan studi kasus yaitu waktu yang tersedia kurang memenuhi kebutuhan studi kasus. Penulis harus melakukan survey untuk melakukan studi pendahuluan di lapangan, namun tidak dilakukan secara menyeluruh. Penulis hanya melakukan studi pendahuluan di ICCU RSUD Wates untuk mendapatkan data pasien IMA, sehingga datanya menjadi tidak luas.

Ketersediaan pasien sesuai dengan keadaan yang sama juga tidak ditemukan, sehingga penulis mengambil pasien dengan keadaan yang berbeda namun masih dengan diagnosa medis yang sama. Hasil yang diperoleh setelah melakukan tindakan mobilisasi dini pun juga berbeda.

Tidak tersedianya standar prosedur operasional di ruangan menyebabkan penulis kesulitan dalam mempersiapkan pedoman untuk melakukan tindakan. Penulis menggunakan berbagai sumber yang dipadukan menjadi satu, sehingga sumber standar operasional prosedur menjadi kurang jelas.

Tidak dilakukannya mobilisasi dini yang dilakukan secara langsung oleh perawat pada pasien pasca IMA. Disini perawat hanya menganjurkan kepada keluarga pasien untuk mendampingi pasien melakukan latihan gerak secara bertahap. Sehingga studi kasus yang awalnya menggunakan metode observasi terhadap pelaksanaan mobilisasi dini oleh perawat, berubah menjadi observasi mandiri oleh penulis.

Menurut panduan pelaksanaan mobilisasi dini dilakukan 2-3 kali sehari, namun karena keterbatasan waktu penulis hanya melakukan observasi satu kali sehari. Hasil bisa optimal apabila pelaksanaan dilakukan sesuai dengan jadwal dan ketetapan dalam panduan standar prosedur operasional. Disini, penulis tidak mengetahui apakah keluarga mendampingi pasien dalam pelaksanaan mobilisasi dini.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pelaksanaan asuhan keperawatan dengan penerapan mobilisasi dini pada pasien pasca IMA memberikan respon yang berbeda diantara kedua pasien. Pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien pertama bisa dicapai hingga pasien bisa melakukan aktivitas secara mandiri. Pelaksanaan mobilisasi dini untuk pasien kedua hanya dapat berlangsung dengan pelaksanaan aktivitas di tempat tidur. Pasien tidak mampu melakukan latihan pada tahap selanjutnya, sehingga kebutuhan aktivitas tidak bisa tercapai.
2. Pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pemberian latihan mobilisasi dini pada pasien pasca IMA di RSUD Wates dilaksanakan oleh perawat dengan hanya menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien. Perawat tidak mendampingi pasien pada saat latihan.
3. RSUD Wates belum menyediakan standar prosedur operasional untuk pelaksanaan mobilisasi dini.
4. Pelaksanaan mobilisasi dini untuk kedua pasien berbeda. Pasien pertama dilaksanakan mulai hari ketiga, sedangkan pasien kedua dimulai pada hari keempat. Faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan respon mobilisasi dini pasien pasca IMA yaitu mobilisasi usia, jenis kelamin, nutrisi, dan gambaran EKG.

B. Saran

1. Bagi Pasien Pasca IMA

Pelaksanaan mobilisasi dini untuk pasien pasca IMA sebaiknya dilakukan secara rutin dan berkala supaya memberikan hasil yang maksimal. Keluarga juga ikut mendampingi dan membantu pelaksanaan latihan, serta memberikan motivasi pasien supaya tidak malas dalam melakukan latihan secara berkala. Keluarga ikut memantau kondisi pasien apabila terjadi perubahan status kesehatan.

2. Bagi Perawat Ruang Edelweis RSUD Wates

Perawat selalu memantau kondisi pasien pasca IMA. Hal ini supaya pelaksanaan mobilisasi bisa dilakukan sedini mungkin sesuai kebutuhan dan kondisi pasien yang sudah memenuhi kriteria untuk segera dilakukan mobilisasi dini. Perawat juga melakukan mobilisasi dini sesuai dengan standar prosedur operasional dan dengan pengawasan dan pemantauan secara langsung.

3. Bagi RSUD Wates

Rumah sakit menyediakan standar prosedur operasional pada pelaksanaan mobilisasi dini untuk kardiovaskuler. Selain itu, rumah sakit juga bisa mengadakan pelatihan tentang mobilisasi dini kepada seluruh tenaga perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Pasien*. Jakarta: Salemba Medika
- Black, Joyce M & Hawks, Jane H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Singapura: Elsevier
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Wagner, C. M. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi kelima Bahasa Indonesia*. Yogyakarta: Mocomedia.
- Corwin, Elizabeth J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Departemen Kesehatan RI. (2002). Standar Operasional Prosedur Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit. *Artikel*. Dikutip dari <http://www.slideshare.net>
- Departemen Kesehatan RI. (2013). *Pharmaceutical Care untuk Pasien Penyakit Jantung Koroner: Fokus Sindrom Koroner Akut*. Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Dep.Kes RI. Jakarta. Direktorat.
- Doengoes, Marilyn E., Moorhouse, M. F., & Geissler, Alice C. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Ethical Digest*. (2018). Penyakit Jantung Usia Lanjut. *Semijurnal Farmasi & Kedokteran*
- Mubarak, Wahit & Chayatin, N. (2008). *Buku Ajar kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Muttaqin, Arif. (2009). *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia. 2015. Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut. Dikutip dari <http://jki.or.id> pada 14 Januari 2018.
- Potter dan Perry. (2010). *Fundamental of Nursing*. Salemba Medika: Jakarta
- Purwaningrung, M.E. (2013). Persepsi Pasien Jantung Pasca Infark Miokard Akut Tentang Terapi Aktivasi Fisik. *Jurnal Keperawatan*.
- Rifai, Akhmad. (2015). Perubahan Status Respirasi Setelah Dilakukan Mobilisasi Dini Pasien Infark Miokard. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan. Volume 4, No 2, Hlm 82- 196*.

Roveny. 2017. Rehabilitasi Jantung setelah Infark Miokard. *Jurnal CDK-256/ vol.*

44

PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

Tedjasukmana, D. (2010). Rehabilitasi Kardiovaskuler. *Artikel*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Dikutip dari [http: //ina-ecg.com](http://ina-ecg.com) pada 14 Januari 2018.

Wahyuni, Siska Hestu (2014). Usia, Jenis kelamin dan Riwayat Keluarga Penyakit Jantung Koroner sebagai Faktor Prediktor Terjadinya *Major Adverse Caediac Events* pada Pasien SKA. *Repository.uinjkt*

Wijayanti, Cahyaning. (2013). Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Pasien Terhadap Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Ami Di Ruang ICU RSUD Ungaran. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah. Volume 1, No. 1.*

World Health Organization, 2008. Mortality Country Fact Sheet.

Lampiran 1. Standar Prosedur Operasional Mobilisasi Dini

No.	Elemen	Uraian
1.	Pengertian Mobilisasi Dini	Mobilisasi dini adalah suatu usaha untuk menggerakkan bagian tubuh secara bebas dan normal baik secara aktif maupun pasif untuk mempertahankan sirkulasi, memelihara tonus otot dan mencegah kekakuan otot.
2.	Manfaat Mobilisasi Dini	Mengurangi efek samping fisiologis dan psikologis tirah baring di rumah sakit, dapat dimanfaatkan untuk memonitor kondisi fisiologis penderita, mempercepat proses pemulihan dan kemampuan untuk kembali pada level aktivitas sebelum serangan jantung.
3.	Indikasi	Pasien pasca serangan IMA setelah imobilisasi HR < 110 MAP: 60-110 mmHg SO ₂ > 88% RR < 20x per menit
4.	Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angina tidak stabil 2. Tekanan darah sistolik istirahat > 200 mm Hg atau diastolik istirahat >100 mmHg 3. Hipotensi orthostatik sebesar \geq 20 mmHg 4. Disritmia ventrikel atau atrium tidak terkontrol 5. Gangguan sistemik akut atau demam 6. Stenosis aorta sedang sampai berat 7. Sinus takikardia (>120 denyut/menit) 8. Gangguan jantung kongestif tidak terkontrol 9. Blok Atrio Ventrikular 10. Myocarditis dan pericarditis aktif 11. Embolisme 12. Problem ortopedis yang mengganggu istirahat. 13. Diabetes tidak terkontrol 14. Perubahan gelombang ST (>3mm) 15. Tromboplebitis
5.	Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar observasi dan penilaian mobilisasi dini 2. Sphygmomanometer 3. Heart rate monitor
6.	Persiapan Lingkungan	Pencapaian Ajak keluarga untuk mendampingi pasien selama latihan
7.	Persiapan pasien	Ukur tanda-tanda vital pasien sebelum melakukan mobilisasi dini: HR < 110 MAP: 60-110 mmHg SO ₂ > 88% RR < 20x per menit Tidak ada kelelahan yang berarti Pasien bersedia melakukan latihan
8.	Persiapan perawat	Salam terapeutik disampaikan pada pasien Adanya data pasien membutuhkan mobilisasi dini

9.	Cara Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum tindakan 2. Ukur tanda-tanda vital pasien sebelum melakukan mobilisasi dini HR < 110 MAP: 60-110 mmHg SO₂ > 88% RR < 20x per menit 3. Lakukan tindakan sesuai dengan jadwal latihan berangsur-angsur. 4. Ukur tanda-tanda vital pasien selama (langsung setelah latihan diakhiri) mobilisasi dini HR tidak meningkat > 25% saat istirahat TD tidak meningkat > 25 mmHg SO₂ tidak < 88%
10.	Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnesa respon dilakukan setelah latihan (setelah istirahat 3 menit) 2. Ukur tanda-tanda vital (HR, TD, RR, SO₂) 3. Kaji adanya tanda kelelahan setelah latihan 4. Catat berapa waktu toleransi pasien terhadap latihan, sesuaikan dengan waktu program di jadwal 5. Catat latihan pada hari ke berapa pasca IMA 6. Upaya tindak lanjut dirumuskan 7. Salam terapeutik diucapkan dalam mengakhiri tindakan 8. Waktu, paraf, dan nama jelas dicantumkan pada catatan pasien.

Lampiran 2. Penilaian Mobilisasi Dini Bertahap

Hari ke	Perubahan (HR, RR, SpO ₂ , kelelahan)	Kegiatan terapi fisik	Lama atau frekuensi
2		<ol style="list-style-type: none"> 7. ROM aktif pada semua ekstremitas saat berbaring di tempat tidur dengan pernafasan yang baik. 8. Bahu: abduksi, adduksi, fleksi, ekstensi, rotasi internal dan rotasi internal. 9. Kaki: fleksi dan ekstensi, putar kaki secara aktif minimal sekali dalam satu jam 10. Miring kanan/ miring kiri 11. Supinasi- duduk di tempat tidur 	
3		<ol style="list-style-type: none"> 5. Ulangi semua latihan dalam step 1. 6. Latihan berdiri dan kekuatan otot lengan dan kaki di sisi tempat tidur (jenis latihan terlampir pada lampiran 3) 7. Duduk di kursi minimal 2 kali sehari. 8. Jalan-jalan pendek dengan bantuan dalam ruangan dan koridor (gunakan walker jika perlu). Jarak 15-20 meter. 	
4		<ol style="list-style-type: none"> 3. Ulangi semua latihan dalam step 2. 4. Tingkatkan jarak berjalan, duduk di kursi seperti dalam step 2 (jarak berjalan disesuaikan dengan kemampuan pasien). Jarak berjalan meningkat 20-50 meter. 	
5		<ol style="list-style-type: none"> 1. Berjalan lebih lama di ruangan dengan bantuan minimal 2 kali sehari. Jarak berjalan ditingkatkan 50-100 meter 	
6		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ulangi latihan step 4 2. Berjalan sesuai kemampuan, jarak ditingkatkan 100-150 meter (2 kali sehari) 	

Lampiran 3 Format Asuhan Keperawatan



POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA

JURUSAN KEPERAWATAN

FORMAT PENGKAJIAN

Hari/Tanggal :

Jam :

Tempat :

Oleh :

Sumber data :

Metode :

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Pasien

- 1) Nama Pasien :
- 2) Umur :
- 3) Jenis Kelamin :
- 4) Agama :
- 5) Pendidikan :
- 6) Pekerjaan :
- 7) Status Perkawinan :
- 8) Suku/Bangsa :
- 9) Alamat :
- 10) Diagnosa Medis :
- 11) No.RM :
- 12) Tanggal Masuk RS :

b. Identitas Penanggung Jawab

- 1) Nama :
- 2) Alamat :
- 3) Hubungan dengan klien :
- 4) Tanggal masuk RS :
- 5) Tanggal pengkajian awal:
- 6) Sumber informasi :

2. RiwayatKesehatan

a. Riwayat Penyakit

- 1) Keluhan utama masuk

-

 2) Riwayat penyakit sekarang

 3) Riwayat penyakit dahulu

3. Kesehatan Fungsional

a. Aspek Fisik-Biologis Pola nutrisi/metabolic

1) Nutrisi

Intake makanan

.....

Intake cairan

.....

2) Pola Eliminasi

Buang air besar

.....

Buang air kecil

.....

3) Pola Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Mobilitas di tempat tidur					
Berpindah					

Ambulansi/ROM					
---------------	--	--	--	--	--

- Keterangan :
- 0 :Mandiri
 - 1 :Alat dibantu
 - 2 :Dibantu orang lain
 - 3 :Dibantu orang lain dan alat
 - 4 :Tergantung total

a) Alat Bantu :

4) Pola Tidur dan Istirahat

.....

.....

.....

.....

b. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

.....

.....

.....

.....

2) Pola hubungan

.....

.....

.....

.....

3) Koping atau toleransi stres

.....

.....

.....

.....

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Keadaan mental	
Berbicara	
Bahasa yang dipakai	
Kemampuan bicara	
Pengetahuan pasien terhadap penyakit	

Persepsi tentang penyakit	

5) Konsep diri

a) Gambaran diri

.....

b) Harga diri

.....

c) Peran diri

.....

d) Ideal diri

.....

e) Identitas diri

.....

6) Seksual

.....

7) Nilai

.....

8) Pola perseptual

- a) Penglihatan :
- b) Pendengaran :
- c) Pengecapan :
- d) Sensasi :

c. Aspek Lingkungan Fisik

.....

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

- 1) Kesadaran :
- 2) Keadaan Umum :
- 3) Tanda-tanda Vital
 - TD :
 - N :
 - RR :
 - S :
- 4) Status Gizi :
 - TB =

BB =
IMT =

b. Pemeriksaan Secara Sistematis (*Cephalo-Caudal*)

1) Kulit

.....
.....
.....

2) Kepala

.....
.....
.....
.....

- a) Mata :
- b) Hidung :
- c) Mulut :
- d) Telinga :
- 3) Leher :
- 4) Dada :
- 5) Abdomen :
- 6) Ekstermitas
 - a) Kaki kanan :
 - b) Kaki kiri :
 - c) Tangan kanan :
 - d) Tangan kiri :

5. Pemeriksaan penunjang

Lampiran 4

Pengkajian ADL dengan *Barthel Index*

No.	Kegiatan	Skor
1.	Makan	0 = tidak mampu berdiri 1 = perlu bantuan memotong, mengoles mentega, dan sebagainya, atau perlu mengubah diet 2 = mandiri
2.	Mandi	0 = tidak mampu mandiri 1= mandiri
3.	Merawat Diri	0 = perlu bantuan untuk perawatan diri 1= mandiri untuk wajah/rambut/gigi
4.	Berpakaian	0 = tidak mampu mandiri 1= perlu bantuan untuk bisa melakukan sendiri atau setengah dibantu 2= mandiri (termasuk kencing, resleting dan sebagainya)
5.	Buang Air Besar	0 = tidak mandiri 1 = kadang-kadang mandiri 2 = mandiri
6.	Buang Air Kecil	0 = tidak mandiri 1 = kadang-kadang mandiri 2 = kadang-kadang mandiri
7.	Menggunakan Toilet	0 = tidak mandiri 1= kadang-kadang mandiri 2= mandiri
8.	Bergerak	0 = tidak mampu, tidak seimbang 1= butuh bantuan satu atau dua orang 2 = bantuan minimal 3 = mandiri
9.	Mobilitas	0 = tidak bisa berjalan 1 = tergantung pada kursi roda 2 = berjalan dengan bantuan satu orang 3 = mandiri
10.	Tangga	0 = tidak mampu mandiri 1= butuh bantuan 2= mandiri
	Total	0-20

Sumber: (Muhith, 2016)

Interpretasi hasil: 20 : mandiri

12-19 : ketergantungan ringan

5-8 :ketergantungan berat

9-11 : ketergantungan sedang

0-4 : ketergantungan total

Lampiran 5. Rencana Anggaran Studi Kasus

RENCANA ANGGARAN STUDI KASUS

No	Kegiatan	Volume	Satuan	Unit	Jumlah
1.	Perijinan RS	1		400.00	400.000
2.	Transport peneliti	7	kl	20.00	140.000
3.	ATK dan penggandaan				
	a. Kertas	1	rim	40.00	40.000
	b. Foto kopi dan jilid	1	pkt	100.00	100.000
	c. Tinta printer	1	bh	100.00	100.000
4.	Penjilidan	3	bh	5.00	15.000
5.	Kompensasi (kue kering)	2	bh	25.00	50.000
Jumlah					845.000

Lampiran 6. Jadwal Studi Kasus

JADWAL STUDI KASUS

No	Kegiatan	Waktu																											
		Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Penyusunan proposal KTI	■	■	■	■																								
2.	Seminar Proposal KTI				■																								
3.	Revisi Proposal KTI					■																							
4.	Perizinan Penelitian						■																						
5.	Persiapan Penelitian							■																					
6.	Pelaksanaan Penelitian									■	■	■	■	■	■	■	■												
7.	Pengelolaan Data																		■	■	■								
8.	Laporan KTI																					■	■	■	■	■	■	■	■
9.	Sidang KTI																											■	
10.	Revisi Laporan KTI																												■

Lampiran 7. Naskah PSP

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI STUDI KASUS

1. Perkenalkan saya Dina Syarah Fitriana mahasiswa berasal dari program DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus saya yang berjudul “Penerapan Mobilisasi Dini pada Pasien Pasca Infark Miokard Akut (IMA) dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas di RSUD Wates Yogyakarta”.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk memberikan gambaran asuhan keperawatan dengan pemberian latihan melakukan pergerakan dan perpindahan secepat mungkin pada pasien setelah mengalami serangan infark miokard akut (IMA) dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas di RSUD Wates Yogyakarta.
3. Prosedur pengambilan data dengan cara pengamatan, wawancara, dan studi dokumen. Peneliti melakukan pengamatan pada pasien dan hasil tindakan perawat pada lembar penilaian, melakukan wawancara mengenai kondisi pasien kepada perawat dan/ pasien, menganalisis data, dan menyusun laporan analisis kasus.
4. Waktu pelaksanaan studi kasus yaitu selama 5 hari dalam waktu 30 menit. Dimulai pada hari ke dua atau saat pasien dinyatakan stabil.
5. Sampel yang diambil pada studi kasus ini yaitu pada pasien setelah serangan infark miokard akut (IMA) yang sudah dinyatakan stabil atau pada hari ke dua setelah serangan. Sampel terdiri dari dua pasien dengan diberikan tindakan yang sama.
6. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada studi kasus ini adalah dapat mempercepat proses pemulihan terhadap kemampuan aktivitas.
7. Manfaat yang anda peroleh dalam keikutsertaan studi kasus ini adalah meningkatkan kualitas hidup dan kemandirian pasien pasca infark miokard akut (IMA).
8. Selama prosedur latihan mungkin timbul ketidaknyamanan berupa waktu yang tersita atau energi yang dikeluarkan untuk latihan. Namun anda tidak perlu khawatir, karena latihan hanya berlangsung 30 menit dan akan kami hentikan apabila anda mengalami kelelahan. Selain itu latihan yang rutin dan terstruktur akan mempercepat pemulihan terhadap kemampuan aktivitas.
9. Setelah anda mengikuti studi kasus ini, akan mendapat kompensasi berupa kue kering.
10. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.

11. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan studi kasus ini silahkan menghubungi peneliti pada nomor telepon 082324814030.
12. Jika anda tidak berkenan untuk melanjutkan latihan karena suatu alasan, anda diperkenankan untuk mengundurkan diri.

Mahasiswa,

Dina Syarah Fitriana

Lampiran 8. Informed Consent

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN
UNTUK IKUT SERTA DALAM STUDI KASUS
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
Usia :
Alamat :
Pekerjaan :

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Dina Syarah Fitriana dengan judul “Penerapan Mobilisasi Dini pada Pasien Pasca Infark Miokard Akut (IMA) dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas di RSUD Wates Yogyakarta”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Saksi

Yogyakarta,
Yang memberikan persetujuan

()

()

Mahasiswa,

(Dina Syarah Fitriana)



PEMERINTAH KABUPATEN KULON PROGO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WATES

Jl. Tentara Pelajar Km. 1 No. 5 Wates Kabupaten Kulon Progo Telp. (0274) 773169

No 423 / 667 / 1.3 / RS / IV / 2018
Lamp : -
Hal : ijin Penelitian

Kepada
Yth Kepala Ruang Gendarm
D:
RSUD Wates

Dengan hormat,

Memperhatikan surat dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Yogyakarta, No : 070.2/00274/III/2018, Tanggal 16 Maret 2018, Perihal Surat Keterangan/Ijin Penelitian. Bersama ini memberikan ijin kepada :

Nama : Dina Syarah Fitriana
NIM/NIP : P07120115007
Pendidikan : D3 Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Untuk melakukan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kabupaten Kulon Progo, dengan :

Judul : PENERAPAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASCA
INFARK MIOKARD AKUT (IMA) DENGAN GANGGUAN
PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS DI RSUD WATES
YOGYAKARTA

Waktu : 01 Mei 2018 s.d 31 Juli 2018

Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon kepada Bapak/ Ibu/ Saudara mengijinkan memberikan data yang diperlukan kepada mahasiswa tersebut. Kemudian atas perhatiannya, diucapkan terima kasih.

Wates, 1 April 2018

DIREKTUR

dr. Lies Indriyati, Sp.A
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19620729 196812 2 001



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA



KEMENKES RI

Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta Telp./Fax. (0274) 617601
Website : www.komisi-etik.poltekkesjogja.ac.id Email : komisietik.poltekkesjogja@gmail.com

PERSETUJUAN KOMISI ETIK

No. LB.01.01/KE-01/X/170/2018

Judul	Penerapan Mobilisasi Dini pada Pasien <i>Pasca Infark Miokard Akut (IMA)</i> dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas di RSUD Wates Yogyakarta
Dokumen	1. Protokol 2. Formulir pengajuan dokumen 3. Penjelasan sehubungan Penelitian 4. <i>Informed Consent</i>
Nama Peneliti	Dina Syarah Fitriana
Dokter Ahli medis yang bertanggungjawab	-
Tanggal Kelainan Etik	06 Maret 2018
Institusi peneliti	Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta menyatakan bahwa protokol diatas telah memenuhi prinsip etis berdasarkan pada Deklarasi Helsinki 1975 dan oleh karena itu penelitian tersebut dapat dilaksanakan.

Surat Kelainan Etik ini berlaku 1 (satu) tahun sejak tanggal terbit.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta memiliki hak untuk memantau kegiatan penelitian setiap saat. Peneliti wajib menyampaikan laporan akhir setelah penelitian selesai atau laporan kemajuan penelitian jika dibosankan.

Demikian, surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ketua,


Margono, S.Pd, APP., M.Sc
NIP. 196502111986021002

