**BAB 4**

**ANALISIS DAN PEMBAHASAN**

**4.1 Pengkajian**

Tabel 4.1 Data hasil pengkajian anamnesa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Jumlah | Keterangan |
| 1 | Usia>50 Th<50 Th | 4- | K1 : 60 ThK2 : 70 ThK3 : 67 ThK4 : 74 Th |
| 2 | Jenis kelaminLaki-lakiPerempuan | 31 | K1 : LK2 : LK3 : PK4 : L |
| 3 | Keluhan utamaNyeri dadaSesak | 44 | K1 : skala nyeri 3K2 : skala nyeri 8K3 : skala nyeri 8K4 : skala nyeri 3K1 : mengeluh sesakK2 : mengeluh sesakK3 : mengeluh sesakK4 : mengeluh sesak |

Pada tabel 4.1 data hasil anamnesa didapatkan keempat kasus usia lebih dari 50 tahun, tiga kasus jenis kelamin laki-laki, dan satu kasus perempuan. Dari keempat kasus keluhan utama nyeri dada dan sesak.

 Dari keempat kasus didapatkan penderita berusia lebih dari 50 tahun, hal ini karena dengan bertambahnya usia kondisi dan fungsi tubuh menurun dan arteri kehilangan keelastisannya, serta meningkatnya progresifitas *aterosklerosis* yang merupakan faktor resiko jantung koroner. Halimudin (2016) menyebutkan faktor resiko terkena *acut coronary syndrome* adalah usia>45 tahun untuk laki-laki dan >55 tahun untuk perempuan.

 Pada empat kasus yang diambil terdapat tiga kasus jenis kelamin laki-laki dan satu kasus jenis kelamin perempuan, data ini sesuai dengan teori bahwa laki-laki mempunyai resiko terserang *Coronary Arteri Disease* lebih besar dari pada perempuan. Putra (2017) dalam penelitiannya menyebutkan penyebab rendahnya kejadian jantung koroner pada perempuan adalah efek proteksi estrogen pada wanita subur yang menahan proses *aterosklerosis,* tetapi setelah menopause proporsi penyakit jantung koroner akan sama karena hilangnya efek proteksi estrogen.

 Dari keempat kasus yang diambil didapatkan keluhan utama nyeri dada dan diikuti sesak nafas.Anamnesis pasien dengan keluhan nyeri perlu dilakukan secara cermat apakah nyeri dada angina atau bukan.Satoto (2014) menyebutkan sifat nyeri dada angina lokasi substernal, retrosternal dan prekordial.Sifat nyeri seperti ditekan, rasa terbakar, ditindih benda berat, seperti ditusuk-tusuk, rasa diperas dan dipelintir. Penjalarannya ke lengan kiri, leher, rahang bawah, gigi, punggung,perut dan dapat pula ke lengan kanan, Gejala yang menyertai mual-muntah, sulit bernafas, keringat dingin, lemas dan cemas.

Tabel 4.2 Data Hasil Pemeriksaan Fisik

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Pemeriksaan Fisik | Jumlah | Keterangan |
| 1 | Tanda-Tanda Vitala. Tekanan darahhipotensihipertensib. NadiTachi kardiBradi kardic. RespirasiTidak teraturDipsnoeRonchi | 2-31442 | K1 : T: 80/50 mmHgK2 : T: 100/50 mmHgK3 : T: 130/80 mmHgK4 : T: 90/50 mmHgK1 : N: 130 x/mntK2 : N: 120 x/mntK3 : N: 122 x/mntK4 : N: 60 x/mntK1 : 40 x/mntK2 : 30 x/mntK3 : 32 x/mntK4 : 40 x/mnt |
| 2 | KardiovaskulerRegularIrregularCRT > 3 detikCRT < 3 detik | -44< |  |
| 3 | PersyaratanCompos mentis | 4 |  |
| 4 | PerkemihanOliguri | 4 | K1 : 100 cc/3jK2 : 200 cc/3jK3 : 150 cc/3jK4 : 150 cc/3j |
| 5 | PencernaanMualMuntahKembung | 4-4 |  |
| 6 | AktivitasSesak setelah dudukNyeri dada setelah duduk | 42 |  |

Dari tabel 4.2 data hasil pemeriksaan fisik didapatkan hipotensi, tachicardi, CRT > 3 detik, oliguri, gangguan pencernaan, dan keluhan nyeri dada dan sesak bertambah setelah aktivitas.

 Pada kasus 1 dan kasus 4 didapatkan hipotensi dan takikardi.Putra (2018) menyebutkan kondisi hipotensi sering ditemukan pada infark miocard akut yang melibatkan dinding inferior, posterior dan ventrikel kanan. Infark ventrikel kanan sering ditandai dengan gejala hipotensi, meningkatnnya vena jugularis, dan syock, pasien kondisi ini juga cenderung aritmia..Darliana (2012) menyebutkan komplikasi STEMI anterior adalah disfungsi ventrikel kiri yang berat yang dapat mengakibatkan terjadinnya gagal jantung dan syok kardiogenik. Pada kasus 1 dan 4 juga didapatkan kardiomegali yang bisa mengakibatkan kontraktilitas jantung menurun sehingga terjadi hipotensi. Keidaksesuain pengamatan yaitu pada kasus 2 dan 3 infark inferior tetapi tidak terjadi hipotensi. Satoto (2014) menyebutkan sekitar seperempat pasien STEMI mempunyai manifestasi hiperaktifitas saraf simpatis sehingga menunjukkan adannya takikardi dan atau hipertensi.

 Dari keempat kasus didapatkan *Cardiac Refill Time* lebih dari 3 detik. Satoto (2014) menyebutkan ada tiga faktor yang menentukan kebutuhan oksigen miokard seperti stress dinding ventrikel, denyut jantung, dan kontraktilitas. Pada kondisi normal, mekanisme autoregulasi yang mengatur tonus koroner untuk menyesuaikan oksigen suplai dengan kebutuhan oksigen. Pada *atherosclerosis coroner* stadium lanjut terdapat gangguan aliran yang akan mempengaruhi suplai darah dan kebutuhan oksigen. Ada kesesuaian hasil pengamatan dan kepustakaan, dari keempat kasus didapatkan infark miokard, aritmia, dan kardiomegali, yang mengakibatkan kontraktilitas jantung terganggu sehingga cardiac out put menurun dan menurunkan suplai darah dan oksigen sehingga didapatkan CRT lebih dari 3 detik yang menandakan hipoksia.

 Pada dua kasus yaitu kasus 1dan4 didapatkan tanda oliguri, hal ini karena adannya gangguan pada jantung sehingga suplai oksigen ke ginjal berkurang mengakibatkan fungsi ginjal menurun ditandai dengan oliguri.Darliana (2012) menyebutkan berkurangnya haluaran urine (oliguri) yang disertai hipotensi merupakan tanda awal syock cardiogenik.Sebagian besar pasien cemas dan tidak bisa istirahat (gelisah).Seringkali ektrimitas pucat disertai keringat dingin, dan gangguan gastro intestinal seperti nyeri lambung, mual muntah dan kembung.

Tabel 4.3 Data Pemeriksaan Penunjang

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No |  | ECG | Thorax Foto | Lab |
| 1 | Kasus 1 | ST elevasi anterior | Cardio megali ealy lung oedema | CKMB: 8,55 mg/ml |
| 2 | Kasus 2 | Inferior infark | Normal thorax foto | CKMB: 2,25 mg/ml |
| 3 | Kasus 3 | ST elevasi antero septal | Normal thorax foto | CKMB: 3,04 mg/ml |
| 4 | Kasus 4 | Inferior infark | Cardio megali | CKMB: 11,78 mg/ml |

 Dari tabel diatas didapatkan hasil CKMB yang tinggi pada kasus 1 dan kasus 4, nilai normal CKMB laki-laki < 4,94 mg/dl dan perempuan < 2,88 mg/dl. Satoto (2014) menyebutkan peningkatan kadar enzim 2 kali lipatnilai normalmenunjukkan adannya nekrosis jantung ( infark miokard).

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada diagnose keperawatan tidak ada kesenjangan antara diagnose keperawatan pada kasus dan konsep teori, namun ada beberapa diagnose yang tidak muncul pada beberapa kasus karena disesuaikan dengan kondisi pasien.

Tabel 4.4Analisa Diagnosa Keperawatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Kep | Nomor Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas |
| K1 | K2 | K3 | K4 |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan sindroma koroner akut. | 3 | 1 | 1 | 3 |
| 2 | Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan after load. | 1 |  |  | 1 |
| 3 | Hipervolemia berhubungan dengan kegagalan jantung kongestif. | 4 |  |  | 4 |
| 4 | Resiko perfusi miokard tidak efektif. | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 5 | Intolenransi aktifitas | 5 |  |  | 5 |
| 6 | Ansietas | 6 | 3 | 3 | 6 |

Berdasarkan Prioritas Diagnosa Keperawatan Utama yang muncul adalah penurunan curah jantung dan nyeri akut.

 Nyeri akut ditemukan pada keempat kasus (100%), pada kasus 2 dan 3 merupakan prioritas utama, karena didapatkan skala nyeri 8. Nyeri menandakan adanya iskemik miokard yang akan menghasilkan metabolisme anaerob pada sel, pH akan naik sehingga bersifat asam, dan terjadi peningkatan asam laktat sebagai pencetus nyeri. Susilo (2013) dalam penelitiannya menyebutkan setiap kenaikan luas miokard infark 1% maka akan meningkatkan peluang peningkatan nyeri dada sedang ke nyeri dada berat. Sedangkan pada kasus 1dan 4 diagnosa nyeri akut menjadi prioritas ke 3, karena didapatkan keluhan nyeri 3. Hal ini dikarenakan pada kedua kasus ini pasien sudah mengalami syock kardiogenik kemungkinan telah terjadi nekrosis pada otot jantung, sehingga didapatkan respon nyeri sedang. Satoto (2014) menyebutkan nyeri dada tidak selalu ditemukan pada STEMI, STEMI tanpa nyeri dapat dijumpai pada pasien diabetes mellitus dan usia lanjut.

 Penurunan curah jantung didapatkan pada dua kasus (50%) dan merupakan diagnose prioritas utama, yaitu pada kasus 1 dan 4.

Klasifikasi berdasarkan killip digunakan pada penderita IMA:

* Derajat I : tanpa gagal jantung
* Derajat II: gagal jantung dengan ronchi basah halus, peningkatan tekanan vena pulmonalis
* Derajat III: Gagal jantung berat dengan edema paru seluruh lapang paru
* Derajat IV: Syock cardiogenik dengan hipotensi dan vasokonstriksi perifer (oliguri, sianosis, diaphoresis)

Berdasarkan klasifikasi killip pada kasus 1dan4 termasuk dalam derajat IV, pasien sudah mengalami syock cardiogenik ditandai adanya sesak,hipotensi, dan gambaran cardiomegali serta edema paru, karena itu pada kedua kasus ini penurunan curah jantung merupakan prioritas utama. Halimuddin (2016) menyebutkan curah jantung low out put dapat menurunkan suplai oksigen pada sirkulasi sistemik yang akan memperburuk perfusi miokard dan bisa berakibat fatal. Sedangkan pada kasus 2dan3 tidak didapatkan diagnose penurunan curah jantung karena berdasarkan killip kedua kasus ini termasuk derajat I, dan tidak didapatkan tanda penurununan curah jantung.

 Risiko miokard tidak efektif didapatkan pada keempat kasus (100%).Meskipun diagnosa risiko namun perlu penanganan karena pada kasus STEMI beresiko mengalami penurunan sirkulasi arteri koroner yang dapat menggaggu metabolism miokard.Mariyono (2007) menyebutkan status perfusi ditetapkan berdasarkan adanya tekanan nadi yang sempit, hipotensi simtomatik, ekstrimitas dingin dan penurunan kesadaran.

Berdasarkan hal tersebut dibagi empat kelas yaitu:

* Kelas I: kering dan hangat
* Kelas II: basah dan hangat
* Kelas III: kering dan dingin
* Kelas IV basah dan dingin

Pasien yang mengalami jantung kongestif biasanya didapatkan ekstrimitas basah, dan bila terjadi gangguan perfusi didapatkan ekstrimitas dingin.

 Hipervolemia didapatkan pada dua kasus (50%) yaitu kasus 1dan 4, karena pada kasus ini berdasarkan klasifikasi killip derajat IV dan didapatkan sesak, ronchi, cardiomegali dan edema paru.STEMI mengakibatkan suplai oksigen ke jantung berkurang sehingga dapat mengakibatkan injuri, iskemik dan nekrosis pada otot jantung sehingga jantung tidak dapat memompa darah dengan baik. Kegagalan pompa jantung ini akan mengakibatkan ketidak sesuaian preload dan afterload pada jantung, Jika ventrikel kanan tidak mampu memompa dengan maksimal maka bisa terjadi peningkatan preload, dan bila ventrikel kiri tidak mampu memompa dengan baik akan terjadi penurunan afterload. Bila terjadi keadaan seperti ini maka akan terjadi edema paru, distensi vena juguler, reflug hepatojuguler dan edema perifer. Keadaan ini dapat memperburuk kondisi dan mengakibatkan kematian pada pasien.

 Intoleransi aktifitas didapatkan pada dua kasus (50%) yaitu kasus 1dan4. Untuk menilai ada klasifikasi klinis menurut NYHA (*New York Health Assosiation*):

* Kelas I: Tidak ada pembatasan aktifitas latihan fisik sehari-hari, tidak menimbulkan sesak nafas atau berdebar-debar.
* Kelas II: Ada pembatasan ringan aktifitas. Saat istirahat tidak ada keluhan, tetapi aktifitas sehar-hari dapat menimbulkan rasa capek , berdebar atau sesak nafas.
* Kelas III: pembatasan yang jelas dari aktifitas fisik. Saat istirahat tidak ada keluhan , namun aktifitas sehari-hari yang ringan menimbulkan keluhan.
* KelasIV: Tidak sanggup melakukan sesuatu aktifitas fisik tanpa perasaan tidak nyaman, bahkan saat istirahat sekalipun dan akan meningkat dengan aktifitas ringan.

Pada kasus 1dan 4 menurut klasifikasi NYHA termasuk derajat IV, pasien sesak saat istirahat dan sesak akan bertambah dengan aktifitas ringan, sehingga pada kedua kasus ini perlu pembatasan aktifitas. Pada STEMI aliran darah ke jantung menurun jika beraktifitas maka kebutuhan oksigen semakin meningkat dan akan mengakibatkan suplai oksigen miokard semakin menurun, pasien akan semakin sesak dan lelah. Andrayani (2016) mengatakan pada fase akut post serangan pasien mengalami kerusakan pada ventrikel kiri harus bed rest selama 12-24 jam pertama, pada kasus infark tanpa komplikasi atau dengan komplikasi yang tidak bertambah maka pasien boleh belajar duduk dengan sandaran pada akhir hari pertama serangan.

 Ansietas muncul pada keempat kasus (100%), karena ansietas atau kecemasan merupakan efek kondisi kritis pada pasien dan keluarga.Sakit kritis merupakan kejadian yang tiba-tiba dan tidak diharapakan serta membahayakan hidup bagi pasien.Pada pasien STEMI sering terjadi tiba-tiba nyeri dada sedang sampai berat yang diikuti dengan sesak nafas yang mengakibatkan kecemasan pada pasien maupun keluarga.Satoto (2014) sebagian pasien STEMI mengalami cemas, gelisah dan tidak dapat tidur sebagai efek dari nyeri dada dan sesak.

**4.3 Intervensi Keperawatan**

 Pada dasarnya bahwa tidak ada kesenjangan antara praktik pada pasien dan teori.Karena intervensi yang diberikan perawat kepada pasien sudah sesuai dengan teori yang ada dan sesuai dengan kondisi pasien.Intervensi keperawatan pada kasus 1-4 pada dasarnya sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia sesuai dengan tinjauan teori.

 Manajemen nyeri adalah menghilangkan nyeri dada merupakan prioritas utama pada pasien STEMI dan terapi medis diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut, sehingga penatalaksanaan nyeri dada merupakan usaha kolaborasi dokter dan perawat.Pada diagnosa nyeri, semua intervensi mulai dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi dilaksanakan oleh perawat pada hari pertama,akan tetapi untuk hari kedua dan ketiga hanya pemberian analgetik dan mengidentifikasi skala nyeri, karena untuk intervensi menjelaskan penyebab nyeri, periode nyeri, pemicu nyeri, dan mengajarkan terknik distraksi relaksasi nafas dalam, pasien sudah paham untuk intervensi tersebut dan mampu mempraktekkan sendiri tanpa arahan dari perawat.

 Manajemen Syock kardiogenik dilakukan untuk mencapai hemodinamik yang stabil sehingga cardiac out put tercapai. Tekanan darah, nadi diukur dan dimonitor untuk menentukan respon terhadap keberhasilan pemberian inotropik dan vasopresor. Monitor enzim jantung dan rontgen biasannya dilakukan saat awal masuk sedangkan ECG 12 lead dilakukan sesuai kebutuhan biasannya tiap 12jam kemudian tiap 24 jam sekali.

 Terapi oksigen harus diberikan pada pasien STEMI terutama bila saturasi oksigen <90%, pemberian dosis oksigen disesuaikan dengan kondisi pasien. Pada kasus 1-4 pada hari pertama semuannya mendapat oksigen dengan NRBM 10L/mnt.

 Manajemen hipervolemia dilakukan pada kasus 1, memonitor intake dan out put sangat penting karena untuk mencegah overload cairan pada jantung dan paru. Pada pemberian diuretic harus diperhatikan status hemodinamik karena diuretic dapat menurunkan tekanan darah dan dapat mengakibatkan kehilangan kalium yang mempengaruhi kontraktilitas kerja jantung.

 Manajemen energy yang utama adalah bed rest atau tirah baring dengan posisi semi fowler karena dapat mengurangi nyeri dada dan dipsnea. Pada kasus 1-4 hari pertama pemberian diet adalah diet jantung I cair 6x100cc, hal ini untuk mengurangi kerja lambung.Pemberian pencahar juga untuk mengurangi aktifitas pasien saat buang air besar agar tidak mengejan, karena mengejan dapat meningkatkan aktifitas dan emosi yang sering mengakibatkan serangan jantung.

 Reduksi ansietas dilakukan dengan membina hubungan saling percaya dan edukasi pada pasien dan keluarga tentang STEMI.Kolaborasi pemberian obat ansietas bertujuan agar pasien tidak gelisah dan dapat istirahat.

 Namun ada beberapa intervensi pada teori (SIKI) yang tidak direncanakan pada kasus, karena disesuaikan dengan kondisi pasien.

Tabel 4.5 Analisa Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No |  | SIKI | KASUS |
| 1 | Manajemen nyeri | Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan | Tidak direncanakan |
| 23 | Manajemen hipovolemiaManajemen energi | Tinggikan kepala 30-40 derajatLakukan rentang gerak pasif atau aktif | Berikan posisi semi fowler 150Tidak direncanakan |

 Terapi komplementer atau terapi alternative disebut juga terapi tradisional yang digabungkan dalam pengobatan modern. Contoh terapi komplementer invasive adalah akupunktur dan bekam, sedangkan non invasive adalah terapi herbal, hidroterapi, terapi urin, akupresur, pijat, reflaksi dan terapi lainnya, (widyastuti, 2008). Pada kasus STEMI terapi komplementer tidak dilakukan karena belum ada penelitian yang menyebutkan terapi komplementer dapat mengurangi nyeri akut pada IMA.Terapi komplementer juga tidak memungkinkan dilakukan pada kasus ini dimana kondisi pasien nyeri hebat, sesak dan gelisah.

 Pada manajemen hipovolemia diberikan posisi semifowler 150 karena posisi ini dapat mengurangi nyeri dan sesak. Darliana (2012) menyebutkan posisi semi fowler bermanfaat pada pasien stemi karena: Volume tidal dapat diperbaiki karena tekanan isi abdomen terhadap diafragma berkurang sehinngga pertukaran gas dapat lebih baik, drainase lobus atas paru lebih baik serta, aliranbalik vena ke jantung (preload) berkurangsehingga mengurangi kerja jantung. Pemberian posisi meninggikan kepala 40-50 derajat tidak dilakukan karena pemberian posisi ini dapat menurunkan tekanan darah, apalagi pada pasien STEMI dengan syock cardiogenik dimana terjadi hipotensi, maka posisi ini akan dapat memperburuk hemodinamik.

 Rentang gerak pasif atau aktif tidak dilakukan karena pada pasien STEMI harus bed rest untuk mengurangi kebutuhan oksigen tubuh, bila dilakukan aktifitas maka kebutuhan oksigen akan meningkat dan akan mengakibatkan nyeri dada atau memperberat kondisi sesak pada pasien

**4.4 Implementasi**

 Pada dasarnya pelaksanaan implementasi sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan, hanya ada beberapa intervensi yang tidak dapat dilakukan karena disesuaikan dengan kondisi pasien.

Tabel 4.6Analisa Implementasi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No |  | Intervensi | Implementasi |
| 1 | Manajemen hipovolemia | Kolaborasi pemberian diuretik | Tidak dilakukan pada kasus 1 |
| 2 | Reduksi ansietas | Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis | Tidak dilakukan pada kasus 1 dan 4 |

 Pada manajemen hipovolemia kolaborasi pemberian diuretic tidak dapat diberikan pada kasus 1, karena pada kasus ini pasien tidak mengalami perbaikan hemodinamik (tensi 85/40 mmHg) meskipun sudah mendapat terapi inotropik ( dobutamin jalan dosis max, 20 mcg/kgBB/mnt), vasopresor (dopamine jalan dosis max, 20 mcg/kgBB/mnt), vasopresor kuat ( nor epineprinjalan dosis max, 2 mcg/kgBB/mnt), padahal pemberian diuretic tensi sistolik harus lebih dari 100 mmHg.

 Pada reduksi ansietas informasi secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis tidak dapat dilakukan pada kasus 1 dan 4 karena pada kedua kasus ini pasien gelisah dan tidak kondusif, pada hari kedua pasien mengalami perburukan keadaan dan penurunan kesadaran sehingga tidak memungkinkan memberikan edukasi langsung pada pasien, edukasi hanya diberikan pada keluarga.

**4.5 Evaluasi**

 Evaluasi merupakan penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri.

Tabel 4.8 Analisa Evaluasi Keperawatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No |  |  |
| 1 | Kasus 1 | Diagnosa keperawatan 1 – 6 tidak teratasi pasien meninggal |
| 2 | Kasus 2 | Diagnosa keperawatan nyeri akut masalah teratasi |
| 3 | Kasus 3 | Diagnosa keperawatan 1 – 3 masalah teratasi sebagian |
| 4 | Kasus 4 | Diagnosa keperawatan 1 – 5 tidak teratasi pasien meninggal |

 Pada kasus 1 dan kasus 4 masalah tidak teratasi pasien meninggal dunia.Pada kasus tersebut masuk pada IMA kategori Killip derajat 4 yaitu IMA yang disertai gagal jantung dan syock kardiogenik.Setelah dilakukan intervensi nyeri berkurang dan teratasi sebagian namun penurunan curah jantung tidak mengalami perbaikan dan masalah tidak teratasi.Hal ini karena telah terjadi nekrosis miokard yang bersifat *irreversible* sehingga tidak mampu mengembalikan fungsi jantung yang semestinya.Hariono (2007) menyebutkan gagal jantung merupakan tahap akhir penyakit jantung yang dapat menyebabkan meningkatnya mortalitas dan morbiditas penderita penyakit jantung.

 Pada kasus 2 didapatkan nyeri teratasi pada hari ke-2, hemodinamik stabil dan pasien diijinkan pindah ke ruang rawat inap biasa. Pada kasus 3 diagnosa 1-3 masalah teratasi sebagian pada hari ke dua, skala nyeri 2 dan hemodinamik stabil, pasien diijinkan pindah ke ruang rawat inap biasa. Pada kedua kasus ini dilihat catatan perkembangan mengami progress yang membaik, karena pada kasus ini termasuk IMA dengan kategori Killip derajat I yaitu tanpa gagal jantung. Setelah dilakukan intervensi terjadi perbaikan suplai oksigen miokard dan mampu mengembalikan fungsi jantung sehingga nyeri dan sesak berkurang serta hemodinamik stabil.