

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisis asuhan keperawatan pada Tn. S dengan STEMI Anterior Late Onset post PCI yang mengalami masalah keperawatan intoleransi aktivitas melalui penerapan protokol mobilisasi dini bertahap di ruang ICCU RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo, dapat ditarik simpulan sebagai berikut:

Ditemukan tanda dan gejala mayor intoleransi aktivitas berupa kelelahan ekstrem (skala 8/10), takikardia (HR 105 x/menit), takipnea (RR 24 x/menit), dan ketidakmampuan melakukan ADL secara mandiri, disertai pembatasan mobilitas akibat akses vaskular femoralis pasca-PCI dan komorbid hipertensi serta diabetes melitus. Diagnosis Intoleransi Aktivitas (SDKI D.0056) ditegakkan secara tepat berdasarkan terpenuhinya tanda dan gejala mayor PPNI (2017), dengan landasan patofisiologis berupa ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen akibat disfungsi ventrikel kiri dan miokardial stunning pasca-reperfusi. Intervensi Manajemen Energi (I.05178) dan Terapi Aktivitas (I.01026) diintegrasikan melalui protokol mobilisasi dini bertahap 5 tahap dengan kriteria inklusi hemodinamik terukur, mengacu pada evidence-based practice rehabilitasi jantung fase 1. Protokol mobilisasi dini bertahap dilaksanakan selama 3×24 jam secara aman dan terkontrol hingga Tahap IV tanpa ditemukan adverse event kardiovaskular. Pemantauan TTV ketat sebelum, selama, dan sesudah setiap sesi terbukti efektif sebagai mekanisme pengaman. Seluruh 5 kriteria hasil L.05047 tercapai pada hari ketiga: keluhan lelah turun dari 8/10 menjadi 3/10, HR meningkat hanya 6,8% saat aktivitas, SpO₂ 98–99%, dan pasien mampu duduk di tepi tempat tidur 8 menit. Target rehabilitasi jantung fase 1 di ICCU tercapai optimal dalam 3×24 jam perawatan.

5.2 Saran

Bagi Perawat disarankan menerapkan protokol mobilisasi dini bertahap secara konsisten pada pasien STEMI post PCI yang memenuhi kriteria inklusi hemodinamik, disertai dokumentasi kuantitatif menggunakan skala kelelahan terstandar dan edukasi terstruktur kepada pasien dan keluarga sejak awal perawatan.

Bagi pasien, disarankan untuk tetap melanjutkan program mobilisasi dan rehabilitasi jantung fase selanjutnya secara bertahap setelah diizinkan pulang dari rumah sakit. Pasien diharapkan tidak perlu cemas atau takut berlebih untuk bergerak, namun harus mampu mengenali batasan toleransi aktivitas tubuhnya (seperti segera beristirahat jika muncul keluhan nyeri dada, sesak napas, jantung berdebar, atau pusing ekstrem).

Bagi RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo disarankan menyusun dan mengesahkan SPO mobilisasi dini bertahap khusus pasien STEMI post PCI di ICCU, dilengkapi checklist hemodinamik dan lembar monitoring aktivitas yang dievaluasi berkala setiap 1–2 tahun.

Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan Program Studi Profesi Ners disarankan mengintegrasikan konsep rehabilitasi jantung fase 1 dan simulasi mobilisasi dini ke dalam kurikulum keperawatan kritis sebagai kompetensi praktis berbasis kasus nyata.

Bagi peneliti selanjutnya, Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini memiliki keterbatasan karena berfokus pada studi kasus dengan waktu observasi yang terbatas pada fase perawatan akut di ruang intensif dan *step-down unit*. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk mengembangkan penelitian klinis dengan desain yang lebih kuat (seperti *Quasi-Experiment* atau *Randomized Controlled Trial/RCT*) dengan ukuran sampel yang lebih besar terkait intervensi mobilisasi dini pasca-PCI. Selain itu, disarankan juga untuk menggunakan instrumen pengukuran kapasitas fungsional yang lebih objektif dan terstandarisasi, seperti *6-Minute Walk Test* (6MWT), serta memperpanjang waktu evaluasi untuk menilai dampak jangka panjang intervensi terhadap peningkatan *Quality of Life* (kualitas hidup) pasien.