

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M. Y. L
DENGAN SUPRA VENTRIKULAR TAKIKARDI (SVT) DI RUANG ICCU RSUD
PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**



Robby Yusuf

PO.530320118131

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA
KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU (RPL)
PRODI DIII KEPERAWATAN**

2019

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M. Y. L
DENGAN SUPRA VENTRIKULAR TAKIKARDI (SVT) DI RUANG ICCU RSUD
PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Disusun Dalam Rangka Menyelesaikan Ujian Akhir
Program Studi Diploma III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



Robby Yusuf

PO.530320118131

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA
KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG JURUSAN
KEPERAWATAN
PROGRAM REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU (RPL)
PRODI DIII KEPERAWATAN
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Robby Yusuf, NIM : PO.530320116332 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M. Y. L DENGAN SUPRA VENTRIKULAR TAKIKARDI (SVT) DI RUANGAN ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANES KUPANG" telah di periksa dan di setujui untuk di ujikan

Disusun Oleh :



ROBBY YUSUF
NIM. PO. 530320116332

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 21 Juli 2019

Pemhimbing




Ns. Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep., M.Kep
NIP. 19790805201122001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M. Y. L DENGAN SUPRA
VENTRIKULAR TAKIKARDI (SVT) DI RUANGAN ICCU RSUD PROF.
DR. W. Z. JOHANES KUPANG”

Disusun Oleh :


ROBBY YUSUF
NIM. PO. 530320118131

Telah Diuji Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Gadur Blasius, S.Kep.,Ns.,MSi
NIP: 196212311989031039

Penguji II



Ns. Yoani Maria Y. B. Aty, S.Kep.,M.Kep
NIP. 19790805201122001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan


Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes
NIP. 196911081993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan


Margaretha Teli, S.Kep.NS., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Robby Yusuf
NIM : PO. 530320118131
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politektik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan karya tulis ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 21 Juli 2019
Pembuat Pernyataan



ROBBY YUSUF
NIM : PO 530320118131

Mengetahui
Pembimbing



Ns. Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep., M.Kep
NIP. 19790805201122001

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Robby Yusuf

Tempat tanggal lahir : Kupang, 6 Januari 1982

Jenis kelamin : Laki-laki

Alamat : Jln. Imam Bonjol, kefamenanu, Kel. Kefa Tengah

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD Inpres Oeba 4 pada tahun 1994
2. Tamat SMP St. Theresia Kupang pada Tahun 1997
3. Tamat SPK Kupang pada Tahun 2000
4. Sejak tahun 2018 kuliah di Jurusan Keperawatan Program Studi DIII Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

MOTTO

“Selalu berusaha untuk keluar dari zona nyaman”

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn. M. Y. L Dengan Supra Ventrikular Takikardi (SVT) Di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Oleh Robby Yusuf PO.530320118131

*** Ns. Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep.,M.Kep ** Gadur Blasius, S.Kep.,Ns.,MSi**

Disaritmia ventrikel adalah perubahan kecepatan denyut ventrikel. Disaritmia ventrikel biasanya merupakan masalah yang lebih serius daripada disaritmia atrium karena dapat secara langsung memengaruhi curah jantung. Tujuan dari karya tulis ilmiah ini yaitu mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Tn. M. Y. L dengan diagnosa medis supraventrikular takikardi (SVT) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, Dapat dijadikan referensi untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Supra Ventrikular Takikardi (SVT) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, Agar dapat meningkatkan mutu pelayanan pada pasien dengan kasus supraventrikular takikardi (SVT) dan bisa memperhatikan kondisi serta kebutuhan pasien supraventrikular takikardi (SVT), Agar dapat meningkatkan pengetahuan tentang supraventrikular takikardi (SVT) sehingga dapat memberikan penanganan awal di rumah dan mengatur pola hidup.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Supraventrikular Takikardi

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Kuasa, karena kasih dan penyertaan-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktu-Nya.

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. M. Y. L Dengan Supra Ventrikular Takikardi (SVT) Di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang” di susun untuk memenuhi syarat akademik dalam rangka menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan.

Sangat disadari bahwa dalam penulisan laporan karya tulis ini dapat begitu banyak tangan yang membantu untuk mengoreksi, memberikan bahan dalam informasi yang dibutuhkan serta banyak pikiran yang disumbang. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Ibu Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang dengan sabar dan bijaksana membantu dan menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi serta melengkapi dalam penyusunan karya tulis ini.
2. Bapak Gadur Blasius,S.Kep.,Ns.,MSi selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.
3. Ibu Agustina Valen Somi,SST selaku pembimbing klinik/CI yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan karya tulis ini.
4. Ibu R.H. Kristin, SKM.,M.Kes selaku direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian karya tulis ini.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat,S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
6. Ibu Margaretha Teli,S.Kep.,Ns.,MSc-PH selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
7. Seluruh staf terkhusus di ruangan ICCU yang membantu penulis dalam proses pelaksanaan studi kasus ini.
8. Direktur RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang yang telah menerima dan memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan Studi kasus di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
9. Istri tercinta Debi K. Dima dan anak Dirga Ivander yang dengan sabar selalu memberikan dukungan doa dan motivasi untuk menyelesaikan karya tulis ini.
10. Orang-orang terdekat Yacob R. Sanam yang telah membantu dan memberikan dukungan untuk menyelesaikan karya tulis ini.
11. Teman-teman RPL tahun 2019 yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini selanjutnya.

Kupang, 21 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian.....	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Lampiran	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus.....	2
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Konsep Teori.....	4
2.2 Konsep Asuhan keperawatan.....	8
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	13
3.1 Hasil Studi Kasus.....	13
3.2 Pembahasan	18
3.3 Keterbatasan Penulis.....	21
BAB 4 PENUTUP	22
4.1 Kesimpulan	22
4.2 Saran	22
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Konsultasi
Lampiran 2	Laporan Asuhan Keperawatan
Lampiran 3	Jadwal Kegiatan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Supraventrikular takikardi (SVT) merupakan takikardia atrium yang ditandai dengan awitan mendadak dan penghentian mendadak. Gangguan irama ini dapat terjadi karena faktor pencetus seperti emosi, tembakau, kafein, kelelahan, pengobatan simpatomimetik atau alkohol. Takikardia atrium biasanya tidak berhubungan dengan penyakit jantung organik. Frekuensi yang sangat tinggi dapat menyebabkan angina sebagai akibat penurunan pengisian arteri koroner. Curah jantung akan menurun dan dapat terjadi gagal jantung.

Sebagian besar supraventrikular takikardi (SVT) menyulitkan namun tidak mengancam nyawa, meskipun kematian mendadak dapat terjadi tetapi jarang. Gejala yang umum terjadi adalah palpitasi, pusing dan napas pendek. SVT seringkali disebabkan oleh pemicu ektopik dan dapat timbul dalam salah satu atrium. Takikardi dapat mulai dan berhenti secara mendadak atau bertahap.

Pada ektopik atrium, gelombang P terbentuk abnormal dimana gelombang P tumpang tindih dengan gelombang T. Diikuti oleh kompleks QRS yang normal. Mekanisme aritmia pada supraventrikular takikardi (SVT) bisa merupakan otomatisitas abnormal, *triggered activity* dan *re-entry*.

Menurut WHO tahun 2018 kematian akibat penyakit kardiovaskuler mencapai 17,1 juta orang per tahun. Indonesia sendiri prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter sebanyak 1,5% sedangkan provinsi Nusa Tenggara Timur sendiri prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter sebanyak 0,7% (Riskesmas, 2018).

Angka kejadian supraventrikular takikardi (SVT) di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang khususnya di ruang ICCU, terhitung sejak januari 2017 sampai januari 2018 adalah sebanyak 18 kasus.

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care giver*) berperan dalam melaksanakan intervensi keperawatan yang di rencanakan pada pasien dengan supraventrikular takikardi. Peran perawat juga sebagai *care giver* untuk membantu pasien dalam melalui proses penyembuhan dan kesehatannya kembali atau sembuh dari penyakit tertentu pada kebutuhan kesehatan klien secara holistik meliputi emosi, spiritual, dan sosial (Perry, 2009).

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Tn. M. Y. L dengan diagnosa medis supraventrikular takikardi (SVT) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien Tn. M. Y. L dengan diagnosa medis supraventrikular takikardi (SVT)

1.2.2.2 Mahasiswa mampu menetapkan perumusan diagnosa pada pasien Tn. M. Y. L dengan diagnosa medis supraventrikular takikardi (SVT)

1.2.2.3 Mahasiswa mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien Tn. M. Y. L dengan diagnosa medis supraventrikular takikardi (SVT)

1.2.2.4 Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien Tn. M. Y. L dengan diagnosa medis supraventrikular takikardi (SVT)

1.2.2.5 Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. M. Y. L dengan diagnosa medis supraventrikular takikardi (SVT)

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan referensi untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Supra Ventrikular Takikardi (SVT) di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.3.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Perawat

Agar dapat meningkatkan mutu pelayanan pada pasien dengan kasus supraventrikular takikardi (SVT) dan bisa memperhatikan kondisi serta kebutuhan pasien supraventrikular takikardi (SVT)

2) Bagi pasien dan keluarga

Agar dapat meningkatkan pengetahuan tentang supraventrikular takikardi (SVT) sehingga dapat memberikan penanganan awal di rumah dan mengatur pola hidup

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Teori supraventrikular takikardi (SVT)

2.1.1 Definisi supraventrikular takikardi (SVT)

Disaritmia ventrikel adalah perubahan kecepatan denyut ventrikel. Disaritmia ventrikel biasanya merupakan masalah yang lebih serius daripada disaritmia atrium karena dapat secara langsung memengaruhi curah jantung. Walaupun peningkatan kecepatan denyut jantung dapat meningkatkan curah jantung, curah jantung juga bergantung pada volume sekuncup. Kecepatan denyut abnormal yang terlalu tinggi dapat menyebabkan berkurangnya volume sekuncup yang bermakna, karena apabila kecepatan denyut jantung terlalu tinggi, waktu pengisian ventrikel tidak adekuat (Corwin, 2009).

Takikardi ventrikel adalah disaritmia ventrikel yang terjadi ketika kecepatan denyut ventrikel mencapai 160 sampai 250 kali per menit (Corwin, 2009).

Supraventrikular takikardi (SVT) adalah salah satu jenis disaritmia yang ditandai dengan perubahan laju jantung yang mendadak cepat menjadi berkisar antara 150 kali sampai 250 kali per menit (Price dan Wilson, 2012).

2.1.2 Etiologi supraventrikular takikardi (SVT)

Menurut (Siagian, 2018) etiologi dari takikardi ventrikular terdiri dari:

1) Ventrikular takikardi dengan kelainan struktur jantung

Ventrikular takikardi dengan kelainan struktur jantung paling sering disebabkan oleh infark miokard akut. Infark miokard akut biasanya menyebabkan ventrikular takikardi polimorfik atau fibrilasi ventrikel. Selama fase akut kebocoran kalium menyebabkan peningkatan kalium ekstrasel, sehingga terjadi depolarisasi pada daerah iskemik. Depolarisasi ini menyebabkan perbedaan konduksi listrik dan masa refrakter menyebabkan ventrikular takikardi polimorfik.

Ventrikular takikardi monomorfik sering disebabkan oleh parut miokard akibat infark lama. Parut miokard juga sering disebabkan oleh kardiomiopati noniskemik, kardiomiopati hipertrofi, *infiltrative heart disease* (sarkoidosis), displasia ventrikel kanan, dan post-operasi koreksi kelainan katup jantung dan kelainan jantung bawaan.

2) Ventrikular takikardi akibat kelainan genetik

Ventrikular takikardi dengan kelainan genetik tanpa kelainan struktur jantung paling sering menyebabkan ventrikular polimorfik dan kematian mendadak. Umumnya

penyebab ventrikular takikardi dengan kelainan genetik adalah gangguan kanal ion. *Long QT Syndrome* yang paling sering terjadi; terdapat gangguan kanal kalium dan natrium, sehingga interval QT memanjang.

Brugada syndrome merupakan kelainan genetik kanal natrium yang menyebabkan blok berkas cabang kanan inkomplit dan elevasi segmen ST di anterior pada EKG.

3) Ventrikular takikardi idiopatik

Takikardi ventrikular idiopatik adalah takikardi ventrikular yang terjadi tanpa adanya kelainan struktur jantung, kelainan genetik, dan gangguan metabolik atau gangguan elektrolit. Takikardi ventrikular idiopatik biasanya berasal dari lokasi spesifik pada jantung yang dapat dilihat pada gambaran EKG. Umumnya takikardi ventrikular idiopatik berasal dari *right ventrikular outflow tract* (RVOT); terjadi otomatisasi yang diperantarai aktivitas *cyclic adenosine monophosphate-dependent* sehingga kalsium intrasel meningkat.

2.1.3 Manifestasi Klinis supraventrikular takikardi (SVT)

- 1) Denyut nadi cepat, iregular
- 2) Palpitasi secara tiba-tiba
- 3) Takikardia yang terus menerus, berkelanjutan dan berulang jika takikardia atrium disebabkan peningkatan otomatisasi
- 4) Dispnea, pusing, lemas, nyeri dada dalam episode palpitasi
- 5) Sinkop : hipotensi berat (Karo, Rohajoe, Sulistyono, dan Kosasih, 2012).

2.1.4 Patofisiologi supraventrikular takikardi (SVT)

Berdasarkan pemeriksaan elektrofisiologi intrakardiak, terdapat dua mekanisme terjadinya takikardi supraventrikular yaitu automaticity dan re-entry. Irama ektopik yang terjadi akibat otomatisasi sebagai akibat adanya sel yang mengalami percepat (akselerasi) pada fase 4 dan sel ini dapat terjadi di atrium, AV junction, bundle HIS, dan ventrikel. Struktur lain yang dapat menjadi sumber atau fokus otomatis adalah vena pulmonalis dan vena kava superior.

Contoh takikardi otomatis adalah sinus takikardia. Ciri peningkatan laju nadi secara perlahan sebelum akhirnya takiaritmia berhenti. Takiaritmia karena otomatisasi sering berkaitan dengan gangguan metabolik seperti hipoksia, hipokalemia, hipomagnesemia, dan asidosis.

Ini adalah mekanisme yang terbanyak sebagai penyebab takiaritmia dan paling mudah dibuktikan pada pemeriksaan elektrofisiologi. Syarat mutlak untuk timbulnya re-entry adanya dua jalur konduksi yang saling berhubungan baik pada bagian distal maupun proksimal hingga membentuk suatu rangkaian konduksi tertutup. Salah satu jalur tersebut harus memiliki blok searah. Aliran listrik antegrad secara lambat pada jalur konduksi yang tidak mengalami blok searah untuk kemudian menimbulkan aliran listrik secara retrograd secara cepat pada jalur konduksi tersebut.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang supraventrikular takikardi (SVT)

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien supraventrikular takikardi adalah :

- 1) EKG : menunjukkan pola cedera iskemik dan gangguan konduksi. Menyatakan tipe/sumber disaritmia dan efek ketidakseimbangan elektrolit dan obat.
- 2) Monitor holter : gambaran EKG (dalam 24 jam) mungkin diperlukan untuk menentukan dimana disaritmia disebabkan oleh gejala khusus bila pasien aktif (dirumah atau kerja). Juga dapat digunakan untuk mengevaluasi fungsi pacu jantung atau efek obat antidisaritmia.
- 3) Foto dada : dapat menunjukkan bayangan jantung sehubungan dengan disfungsi ventrikel atau katup.
- 4) Scan pencitraan miokardia : dapat menunjukkan area iskemik atau kerusakan miokard yang dapat mempengaruhi konduksi normal atau mengganggu gerakan dinding dan kemampuan pompa.
- 5) Tes Stress Latihan : dapat dilakukan untuk mendemonstrasikan latihan yang menyebabkan disaritmia.
- 6) Elektrolit : peningkatan atau penurunan kalium, kalsium dan magnesium dan menyebabkan disaritmia.
- 7) Pemeriksaan obat : dapat menyebabkan toksisitas jantung, adanya obat jalanan atau dugaan interaksi obat sebagai contoh digitalis dan quinidin.
- 8) Pemeriksaan tiroid : peningkatan atau penurunan kadar tiroid serum dapat menyebabkan peningkatan disaritmia.
- 9) Laju sedimentasi : peninggian dapat menunjukkan proses inflamasi akut contoh endokarditis sebagai pencetus disaritmia.
- 10) GDA atau Nadi Oksimetri : hipoksemia dapat menyebabkan atau mengekskresbi disaritmia.

2.1.6 Penatalaksanaan supraventrikular takikardi (SVT)

- 1) Pemberian adenosine. Adenosine merupakan nukleotida endogen yang bersifat kronotropik negatif, dromotropik, dan introtropik. Obat ini menyebabkan blok segera pada nodus AV sehingga akan memutuskan sirkuit pada mekanisme re-entry. Adenosin diberikan secara bolus intravena diikuti dengan flush saline, dimulai dengan dosis 50 µg/kg dan dinaikkan 50 µg/kg setiap 1 sampai 2 menit (maksimal 250 µg/kg).
- 2) Pada pasien AVT dan AVNRT, prokainamid mungkin juga efektif. Obat ini bekerja memblok konduksi pada jaras tambahan atau pada konduksi retrograd pada jalur cepat pada sirkuit re-entry di nodus AV.
- 3) Digoksin. Digoksin memperbaiki fungsi ventrikel, baik melalui pengaruh inotropiknya maupun melalui blockade nodus AV yang ditengahi vagus.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pasien dengan penyakit jantung meliputi mendapatkan riwayat kesehatan, melakukan pemeriksaan fisik, dan memantau hasil tes fungsi jantung (Brunner dan Suddarth, 2014).

1. Pengkajian Primer

Airway : Apakah ada peningkatan sekret? Apakah ada suara tambahan?

Breathing : Adakah distress pernafasan? Adakah hipoksemia? Adakah retraksi otot interkosta, dispnea, sesak napas? Apakah ada bunyi napas wheezing?

Circulation : Bagaimanakah perubahan tingkat kesadaran? Apakah ada takikardia? Apakah ada takipnea? Apakah haluaran urin menurun? Apakah terjadi penurunan tekanan darah? Bagaimana Capillary Refill Time (CRT)? Apakah ada sianosis?

2. Pengkajian Sekunder

1) Riwayat Penyakit : Faktor resiko keluarga contoh penyakit jantung, stroke, hipertensi; riwayat penyakit sebelumnya (disaritmia), kardiomiopati, GJK, penyakit katup jantung; penggunaan obat digitalis, quinidin dan obat anti aritmia lainnya kemungkinan untuk terjadinya intoksikasi; keadaan psikososial.

2) Pengkajian Fisik

Penting untuk mendeteksi komplikasi dan harus mencakup hal-hal berikut :

1. Aktivitas : kelemahan umum
2. Sirkulasi : perubahan tekanan darah; nadi tidak teratur; bunyi jantung irama tak teratur; denyut menurun; kulit dan kelembapan berubah misalnya pucat, sianosis, berkeringat; edema; haluaran urin menurun bila curah jantung menurun berat.
3. Integritas ego : perasaan gugup, perasaan terancam, cemas, takut, menolak, marah, gelisah, menangis.
4. Makanan atau cairan : hilang nafsu makan, anoreksia, tidak toleran terhadap makanan, mual muntah, perubahan berat badan, perubahan kelembapan kulit.
5. Neurosensori : pusing, berdenyut, sakit kepala, disorientasi, bingung, letargi, perubahan pupil.
6. Nyeri atau ketidaknyamanan : nyeri dada ringan sampai berat, dapat hilang atau tidak dengan obat antiangina, gelisah.
7. Pernafasan : bunyi napas tambahan (creakles, ronchi, mengi).
8. Keamanan : demam, kulit kemerahan, inflamasi, eritema, edema (thrombosis superfisial), kehilangan tonus otot atau kekuatan.

2.2.2 Diagnosa (Brunner dan Suddarth, 2014)

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan denyut/irama jantung, perubahan sekuncup jantung: preload, afterload, penurunan kontraktilitas miokard
- 2) Perfusi jaringan sebral tidak efektif berhubungan dengan aliran arteri terhambat
- 3) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, sekresi di bronkus, eksudat di alveoli, sekresi yang tertahan, benda asing di jalan napas
- 4) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis
- 5) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi, nyeri, cemas, kelelahan otot pernapasan, deformitas dinding dada
- 6) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

2.2.3 Intervensi

Berdasarkan diagnosa yang ditetapkan, maka intervensi yang akan dilakukan :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan denyut dan irama jantung, perubahan sekuncup jantung: preload, afterload, penurunan kontraktilitas miokard
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan, penurunan curah jantung dapat teratasi

Kriteria hasil :

- Tekanan darah 120/80 mmHg
- HR 60-100 x/menit
- Tidak terdapat disaritmia
- Tidak terdapat suara jantung abnormal
- Tidak terdapat angina

Intervensi : vital sign monitor

- 1) Monitor TD, nadi dan RR sebelum dan sesudah beraktivitas
- 2) Monitor irama jantung
- 3) Monitor bunyi jantung
- 4) Catat adanya disaritmia jantung
- 5) Monitor suhu, warna dan kelembapan kulit
- 6) Monitor adanya nyeri dada
- 7) Catat adanya fluktuasi tekanan darah
- 8) Monitor vital sign saat pasien berbaring, duduk atau berdiri
- 9) Auskultasi tekanan darah pada kedua lengan dan bandingkan
- 10) Monitor jumlah dan irama jantung

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, nyeri pasien berkurang

Kriteria Hasil :

- Pasien melaporkan nyeri dada berkurang
- Ekspresi wajah rileks atau tenang
- Tidak gelisah
- Nadi 60-100 x/menit
- TD 120/80 mmHg

Intervensi : Manajemen Nyeri

- 1) Kaji nyeri secara komprehensif, catat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas lama dan penyebarannya.

- 2) Observasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan
- 3) Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera.
- 4) Lakukan manajemen nyeri keperawatan yang meliputi, atur posisi, istirahat pasien
- 5) Berikan oksigen tambahan dengan nasal kanul atau masker sesuai dengan indikasi
- 6) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
- 7) Lakukan manajemen sesuai kebutuhan
- 8) Kolaborasi pemberian terapi farmakologis anti angina dan analgetik
- 9) Anjurkan pasien untuk melakukan tindakan pengurangan nyeri apabila merasakan nyeri

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen miokard dan kebutuhan, adanya iskemik atau nekrosis jaringan miokard

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

Kriteria Hasil :

- Bernapas spontan saat beraktivitas
- Temuan/hasil EKG normal
- Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian
- Frekuensi napas setelah beraktivitas 12-20 x/menit

Intervensi : Perawatan Jantung

- 1) Pastikan tingkat aktivitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung
- 2) Dorong peningkatan aktivitas bertahap ketika kondisi sudah distabilkan (misalnya., dorong aktivitas yang lebih ringan atau waktu yang lebih singkat dengan waktu istirahat yang sering dalam melakukan aktivitas)
- 3) Instruksikan pasien tentang pentingnya untuk segera melaporkan bila merasakan nyeri dada; evaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada)
- 4) Monitor EKG, adakah perubahan segmen ST, sebagaimana mestinya

- 5) Lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (misalnya., cek nadi perifer, edema, pengisian ulang kapiler, warna ekstremitas dan suhu ekstremitas) secara rutin sesuai kebijakan agen
- 6) Monitor tanda-tanda vital secara rutin
- 7) Monitor nilai laboratorium yang tepat (enzim jantung dan nilai elektrolit)
- 8) Kolaborasi pemberian obat antiaritmia

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pada tanggal 15-18 juli 2019 di ruangan ICCU. Pasien yang dirawat berinisial Tn. M.Y.L berusia 64 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Kristen protestan, pekerjaan pensiunan PNS, alamat Fontein, No register 304437, masuk rumah sakit pada tanggal 14 juli 2019 dengan diagnosa Supra Ventikular Takikardi (SVT), sumber informasi dari pasien, keluarga dan catatan perawatan.

Hasil pengkajian pada tanggal 15 juli 2019 pada jam 08.00 didapatkan hasil, keluhan utama saat masuk Tn. M. Y. L mengatakan jantung berdebar-debar dan merasa pusing.

Sebelum sakit Tn. M. Y. L mengatakan memiliki riwayat sakit jantung sejak tahun 2010 dan riwayat merokok sejak usia muda. Riwayat kesehatan keluarga Tn. M. Y. L mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama.

Pengkajian Primer :

Airways (jalan napas) : tidak ada sumbatan jalan napas atau jalan napas Tn. M. Y. L bebas, *Breathing* (pernapasan) : Tn. M tidak sesak napas, tidak menggunakan otot tambahan, frekuensi pernapasan 18 x/menit, irama teratur, bunyi napas vesikuler, *Circulation* : Nadi 150 x/menit, irama tidak teratur, denyut nadi lemah, TD 120/80 mmHg, ekstremitas dingin, warna kulit pucat, pasien mengatakan tidak nyeri dada, CRT > 3 detik, tidak oedema, turgor kulit baik, mukosa mulut lembab, *Disability*: tingkat kesadaran composmentis, GCS E₄M₆V₅ (total: 15), pupil isokor, reflek terhadap cahaya positif.

Pengkajian Sekunder :

Muskuloskeletal : kekuatan otot 5, ADL (*Activity of Daily Living*) dibantu oleh perawat dan keluarga, Kebutuhan nutrisi : Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan menghabiskan 1 porsi penuh dengan diit lemak jantung, Kebutuhan cairan: oral air putih ± 300 cc/7 jam, parenteral terpasang infuse NaCl 0,9% 500 cc/24 jam. Pola eliminasi buang air kecil : Pasien tidak terpasang kateter, jumlah urine output 700cc/7 jam, warna kuning jernih, tidak ada rasa sakit saat BAK. BAB : pasien mengatakan BAB normal (1-2 x/hari), tidak ada diare, bising usus 26x/menit, intoksikasi: tidak ada riwayat alergi terhadap makanan, gigitan binatang, alkohol, zat kimia dan obat-obatan. Pola istirahat dan tidur : Pasien mengatakan tidak terganggu.

Hasil pemeriksaan di dapatkan hasil pemeriksaan EKG 12 lead : supra ventrikular takikardi (SVT), hasil pemeriksaan darah lengkap : Hb 11,4 g/dL, hematokrit 33,2%,

monosit 9,6%. Kimia darah : kreatinin darah 1,32 mg/dL, ion calcium 2,6 mmol/L. Selama dalam proses perawatan Tn. M.Y.L mendapatkan terapi infus NaCl 0,9% 7 tpm/IV, miniaspi 80 mg/oral, Bisoprolol 2,5 mg/oral.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi, data yang didapatkan yaitu :

DS : Tn. M. Y. L mengatakan jantung berdebar-debar cepat

DO: keadaan umum lemah, N 150 x/menit, irama tidak teratur, nadi teraba lemah, SPO₂ 98%, kulit lembab, CRT > 3 detik, Hb 11,4 g/dL

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, data yang didapatkan yaitu:

DS : Tn. M. Y. L mengatakan merasa lemas dan pusing

DO: Aktivitas hidup harian (toileting, *personal hygiene*, makan dan minum) Tn. M. Y. L di bantu oleh perawat dan keluarga, hasil perekaman EKG didapatkan supra ventrikular takikardi, pasien tampak lemah.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Dalam tahap perencanaan ada tujuan dan kriteria hasil, dan rencana keperawatan yang akan dibuat adalah :

Pada diagnosa pertama adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi, NOC : *Vital sign status* : setelah dilakukan tindakan keperawatan, penurunan curah jantung teratasi dengan kriteria hasil : tanda-tanda vital dalam batas normal, dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan, tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites; dengan intervensi yang ditetapkan : *Cardiac Care* dengan aktivitas-aktivitas catat adanya penurunan cardiac output, monitor status pernapasan, monitor adanya perubahan tekanan darah, atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan, kolaborasi pemberian terapi dan Vital Sign Monitor dengan aktivitas monitor TD, N, S, RR sebelum, selama dan sesudah aktivitas; monitor irama dan frekuensi jantung

Pada diagnosa kedua adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen, NOC : toleransi terhadap aktivitas

setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri dengan kriteria hasil : bernapas spontan saat beraktivitas; temuan hasil EKG normal; kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian; frekuensi RR setelah beraktivitas normal; dengan rencana keperawatan : Perawatan jantung dengan aktivitas-aktivitas : pastikan tingkat aktivitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung; dorong peningkatan aktivitas bertahap ketika kondisi sudah distabilkan (misalnya., dorong aktivitas yang lebih ringan atau waktu yang lebih singkat dengan waktu istirahat yang sering dalam melakukan aktivitas); monitor EKG; lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (misalnya., cek nadi perifer, edema, pengisian ulang kapiler, warna ekstremitas dan suhu ekstremitas) secara rutin sesuai kebijakan; monitor tanda-tanda vital secara rutin; monitor nilai laboratorium yang tepat (enzim jantung dan nilai elektrolit); kolaborasi pemberian obat antiaritmia.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. Tindakan keperawatan dimulai pada 15 juli 2019 pada jam 08.00 WITA pada diagnosa pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi dilakukan tindakan keperawatan yaitu : melakukan pengkajian meliputi identitas, riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik; monitoring irama dan frekuensi jantung (HR 150 x/m); monitoring TD 120/80 mmHg, N 150 x/m; RR 18 x/m; melayani obat miniaspi 80 mg/oral; melayani obat bisoprolol 2,5 mg/oral. Pada 16 juli 2019 dimulai pada 10.00 WITA dengan tindakan keperawatan yaitu : monitoring irama dan frekuensi jantung (HR 90 x/m); monitoring TD 110/80 mmHg, N 90 x/m; RR 18 x/m; melayani obat miniaspi 80 mg/oral; melayani obat bisoprolol 2,5 mg/oral. Pada 17 juli 2019 dimulai pada 09.00 WITA dengan tindakan keperawatan yaitu : monitoring irama dan frekuensi jantung (HR 76 x/m); monitoring TD 110/80 mmHg, N 76 x/m; RR 12 x/m; melayani obat miniaspi 80 mg/oral; melayani obat bisoprolol 2,5 mg/oral.

Pada diagnosa kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada tanggal 15 juli 2019 tindakan keperawatan pada 09.00 WITA yaitu : melakukan pengkajian pada pasien penyebab kelelahan, mengkaji perasaan pasien mengenai keterbatasan yang dialami, menganjurkan pasien tirah barung dan melakukan perekaman EKG 12 Lead. Pada 16 juli 2019 dimulai pada 09.00 WITA tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu melakukan pengkajian pada pasien penyebab kelelahan, mengkaji perasaan pasien mengenai keterbatasan yang

dialami, menganjurkan pasien tirah barung dan melakukan perekaman EKG 12 Lead. Pada 17 juli 2019 dimulai pukul 09.00 dengan tindakan keperawatan yaitu melakukan pengkajian pada pasien penyebab kelelahan, mengkaji perasaan pasien mengenai keterbatasan yang dialami, menganjurkan pasien tirah barung dan melakukan perekaman EKG 12 Lead.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan. Pada jam 13:00 wita mahasiswa melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP yaitu :

Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi pada tanggal 15 juli 2019 : S : Tn. M. Y. L mengatakan jantung berdebar-debar cepat; O : keadaan umum lemah, N 150 x/menit, irama tidak teratur, nadi teraba lemah; A : Masalah belum teratasi; P : Lanjutkan intervensi. Pada 16 juli 2019 S : Tn. M. Y. L mengatakan jantung berdebar berkurang dan rasa pusing berkurang; O : keadaan umum lemah, N 90 x/menit, irama teratur, nadi teraba kuat; A : Masalah teratasi sebagian; P : Lanjutkan intervensi. Pada 17 juli 2019 : S : Tn. M. Y. L mengatakan jantung berdebar sudah tidak terasa; O : keadaan umum baik, N 76 x/menit, irama teratur, nadi teraba kuat, CRT < 3 detik, ekstremitas hangat; A : Masalah teratasi; P : intervensi dihentikan.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada tanggal 15 juli 2019 : S : pasien mengatakan masih merasa lemas dan pusing; O : pasien tampak beristirahat dengan posisi tidur terlentang; A : masalah belum teratasi; P : lanjutkan intervensi. Pada 16 juli 2019 : S : pasien mengatakan lemas dan pusing yang dirasakan sudah berkurang; O : pasien tampak rileks dengan posisi setengah duduk; A : masalah teratasi sebagian; P : lanjutkan intervensi. Pada 17 juli 2019 : S : pasien mengatakan tidak merasa lemas dan pusing; O : pasien tampak beristirahat dengan posisi miring kiri; A : masalah teratasi; P : intervensi dihentikan.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pasien mengatakan jantung berdebar cepat. Di dapatkan hasil pemeriksaan EKG 12 lead yaitu supraventrikular takikardi (SVT). Pasien memiliki riwayat penyakit jantung sejak 9 tahun lalu dan merupakan perokok aktif sejak usia muda hingga sekarang.

Menurut teori (Robbins, 2007) manifestasi klinis dari supraventrikular takikardi adalah perubahan pada elektrokardiografik (EKG) yang mencakup perubahan seperti pada irama sinus, gelombang P pada sadapan EKG adalah positif di sadapan I, II, aVF dan negatif di aVR. Selain itu pasien juga akan menunjukkan gejala lain seperti denyut nadi cepat, irregular, palpitasi secara tiba-tiba, takikardia yang terus menerus, berkelanjutan dan berulang jika takikardia atrium disebabkan peningkatan otomatisasi, dispnea, pusing, lemas, nyeri dada dalam episode palpitasi, sinkop : hipotensi berat. (Karo, Rohajoe, Sulisty, dan Kosasih, 2012)

Berdasarkan teori dan kasus diatas, hasil pemeriksaan EKG 12 lead. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Sunu B. Raharjo, 2017) bahwa hasil EKG akan berubah terutama pada irama sinus gelombang P.

3.2.2 Diagnosa

Diagnosa yang didapat berdasarkan pada kasus terdiri dari : 1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi 2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Pada teori yang dikemukakan oleh (Suddarth, 2014) diagnosa pada pasien dengan supraventrikular takikardi terdiri dari 6 diagnosa. Diagnosa yang ditegakkan pada kasus ini adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Hal ini disebabkan karena ada data yang cukup untuk diagnosa tersebut.

Diagnosa pada kasus yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi, data yang didapatkan untuk menegakkan diagnosa ini adalah jantung berdebar cepat, keadaan umum lemah, N 150 x/m, irama tidak teratur, nadi teraba lemah, kulit lembab, pucat CRT > 3 detik. Batasan karakteristik diagnosa ini menurut (Herdman dan Kamitsuru, 2017) adalah aritmia, takikardi, bradikardi, palpitasi, oedema, kelelahan, distensi vena jugularis, kulit dingin dan lembab, penurunan denyut nadi perifer, oliguria, CRT > 3detik, perubahan warna kulit, kecemasan.

Alasan diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi yaitu karena pasien sudah melewati fase kritis dan sudah mendapatkan pengobatan setelah 1x24 jam pertama. Pada diagnosa kedua pada kasus intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan data-data yang didapatkan untuk menegakkan diagnosa ini yaitu Tn. M. Y. L mengatakan merasa lemah dan pusing, ADL (*Activity of Daily Living*) seperti makan minum, personal hygiene, dan toileting dibantu perawat dan keluarga, hasil pemeriksaan EKG didapatkan supraventrikular takikardi. Batasan karakteristik menurut (Herdman dan Kamitsuru, 2017) yaitu masalah sirkulasi, masalah respirasi yang meliputi denyut jantung atau tekanan darah yang abnormal karena aktivitas, aritmia atau perubahan iskemia pada EKG, dan ketidaknyamanan pada saat latihan, dispnea, takipnea, pernyataan verbal tentang kelelahan atau kelemahan.

Alasan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditegakkan karena sudah memiliki data yang cukup untuk bisa menyelesaikan masalah yang dialami oleh Tn. M. Y. L.

3.2.3 Intervensi

Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi dengan intervensi yang direncanakan pada Tn. M. Y. L. yaitu terdapat 7 (tujuh) intervensi. Intervensi penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi menurut (Moorhead, Johnson, Maas, dan Swanson, 2016) terdapat 10 (sepuluh) intervensi. Intervensi yang tidak dilakukan adalah monitor adanya nyeri dada, catat adanya fluktuasi tekanan darah, monitor vital sign saat pasien berbaring, duduk atau berdiri dan auskultasi tekanan darah pada kedua lengan dan bandingkan.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan intervensi yang direncanakan pada Tn. M. Y. L. yaitu terdapat 6 (enam) intervensi. Intervensi intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen menurut (Moorhead, Johnson, Maas, dan Swanson, 2016) terdapat 6 (enam) intervensi. Semua intervensi yang direncanakan sesuai dengan teori.

3.2.4 Implementasi

Implementasi pada kasus dilakukan selama 3 hari. Untuk diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi, tidak semua intervensi

dilakukan kepada pasien. Yang tidak dilakukan adalah monitor adanya nyeri dada, catat adanya fluktuasi tekanan darah, monitor vital sign saat pasien berbaring, duduk atau berdiri dan auskultasi tekanan darah pada kedua lengan dan bandingkan.

Untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, semua intervensi dilakukan pada pasien.

3.2.5 Evaluasi

Diagnosa penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi teratasi dengan alasan Tn. M. Y. L mengatakan jantung berdebar sudah tidak terasa; keadaan umum baik, N 76 x/menit, irama teratur, nadi teraba kuat, CRT < 3 detik, ekstremitas hangat. Data ini sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada intervensi.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen teratasi dengan alasan pasien sudah tidak merasa lemas dan pusing, sudah bisa melakukan aktivitas secara bertahap seperti duduk ditempat tidur dan sudah bisa makan sendiri, bernapas spontan. Data ini sudah sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada intervensi.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

- 1) Perawatan yang dilakukan oleh penulis hanya berfokus pada satu pasien saja sehingga penulis tidak dapat melakukan perbandingan terkait kasus supraventrikular takikardi (SVT) lainnya yang mungkin dapat ditemukan pada pasien lainnya.
- 2) Waktu perawatan hanya 3 hari saja membuat penulis tidak mampu mengikuti perkembangan pasien sehingga tidak dapat mengikuti perkembangan selanjutnya dan melakukan evaluasi secara maksimal yang sesuai dengan harapan pasien dan penulis.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

- 1) Pada tahap pengkajian dilakukan metode wawancara, observasi : Tn. M. Y. L. mengatakan jantung berdebar-debar cepat, merasa lemah.
- 2) Setelah dilakukan pengkajian dan analisa kasus muncul dua diagnosa pada pasien yaitu : penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Semua diagnosa keperawatan teratasi.
- 3) Intervensi yang direncanakan pada kasus terdiri dari : diagnosa pertama penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi terdapat 7 rencana keperawatan, diagnosa kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen terdapat 6 rencana keperawatan.
- 4) Implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan intervensi dalam teori, selain itu ada faktor pendukung dari keluarga untuk bekerja sama sehingga implementasi dapat dilaksanakan dengan baik.
- 5) Mengacu pada intervensi dan implementasi dari hasil evaluasi semua intervensi yang dilakukan pada pasien berhasil.

4.2 Saran

- 1) Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan supraventrikular takikardi (SVT).

- 2) Bagi rumah sakit

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan bahan evaluasi yang diperlukan dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan khususnya di ruang ICCU.

- 3) Bagi perawat

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat dijadikan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu pemberian asuhan keperawatan pada kasus supraventrikular takikardi.

DAFTAR PUSTAKA

- Corwin, E. J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Cynthia M. Taylor, S. S. (2010). *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan Edisi 10*. Jakarta: EGC.

- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA INTERNATIONAL Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 Edisi 11*. Jakarta: EGC.
- Karo, Rohajoe, Sulisty, & Kosasih. (2012). *Buku Panduan Kursus Bantuan Hidup Jantung Lanjut : ACLS*. Jakarta: PERKI.
- Kementrian Kesehatan RI, R. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification and Nursing Intervention Classification Edisi 6*. Singapore: Elsevier.
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2012). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Vol. 1 Ed. 6*. Jakarta: EGC.
- Rampengan, S. H. (2015). *Kegawatdaruratan Jantung*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Riskesdas, T. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Robbins. (2007). *Buku Ajar Patologi Edisi 2 (Vol. II)*. Jakarta: EGC.
- Siagian, L. A. (2018). Tatalaksana Takikardia Ventrikel Vol. 45. *Continuing Medical Education* , 670-673.
- Suddarth, B. &. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Sunu B. Raharjo, Y. Y. (2017). *Pedoman Tatalaksana Takiaritmia Supraventrikular (TaSuV) (Vol. II)*. Jakarta: Indonesian J Cardiol.

LAMPIRAN

FORMAT PENGAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG

A. PENGAJIAN

1. Identitas Klien

Nama : Tn. M. Y. L
Umur : 64 tahun
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Pensiunan PNS
Alamat : Fontein
Nomor registrasi : 304437
Diagnosa medik : Supra Ventrikular Takikardi (SVT)
Tanggal MRS : 14 Juli 2019 Jam : 23:30
Tanggal pengkajian: 15 Juli 2019 Jam : 08:00

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. B. M
Umur : 64 tahun
Alamat : Fontein
Hubungan dengan klien: Istri

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh jantung berdebar cepat

b. Riwayat penyakit sekarang

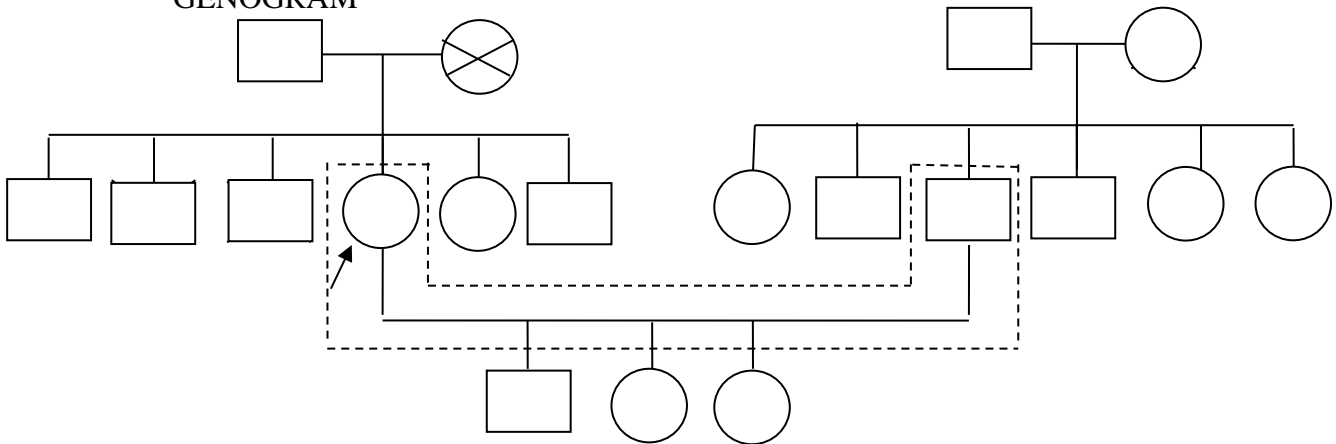
Pasien mengeluh merasakan jantung berdebar dengan cepat ± pukul 23.30 Wita sebelum MRS. Pasien langsung dibawa ke IGD RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang, saat tiba di ruang IGD pasien segera di berikan penanganan: therapy oksigen 2 lpm/nasal kanul, mengecek GDS Stick, melakukan EKG, diberikan therapy infuse Nacl 0,9% drip amiodoron 7 tpm, melakukan pengambilan darah untuk dilakukan pengecekan darah lengkap, kimia darah. Di observasi di IGD dan dipindahkan ke ruang ICCU untuk perawatan intensif.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit jantung sejak 9 tahun lalu tidak terkontrol (diit, minum obat, control). Pasien juga mengatakan ia adalah perokok sejak masih muda.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

GENOGRAM



Keterangan :

↗ : Pasien

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

⊗ : Yang Sudah meninggal

-----: Tinggal serumah

Tanda-Tanda Vital:

TD: 120/80 mmHg

Nadi: 150x/menit

Suhu: 36,7°Celsius

RR: 18x/menit

4. Pengkajian Primer

A. Airways (jalan nafas)

Sumbatan: Tidak ada sumbatan pada jalan nafas

(-) benda asing

(-) broncospasme

(-) darah

(-) sputum

(-) lendir

Capillary refill : Normal

(-) < 3 detik (✓) > 3 detik

Edema : Tidak ada edema

(-) Ya (✓) Tidak

Lokasi edema : Tidak ada edema

(-) Muka (-) Tangan (-) Tungkai (-) Anasarka

b. Fluid (cairan dan elektolit)

1. Cairan

Turgor Kulit

(✓) < 3 detik (-) > 3 detik

(✓) Baik (-) Sedang (-) Jelek

2. Mukosa Mulut

(✓) Lembab (-) Kering

3. Kebutuhan nutrisi :

Oral : Air putih ± 750 cc/7 jam

Parenteral : Terpasang infuse Nacl 0,9% 500 cc/24 jam

4. Eliminasi :

BAK : 5-7 x/ hari

Jumlah : 700 cc

(-) Banyak (-) Sedikit (✓) Sedang

Warna :

(✓) Kuning jernih (-) Kuning kental (-) Merah (-) Putih

Rasa sakit saat BAK :

(-) Ya (✓) Tidak

Keluhan sakit pinggang :

(-) Ya (✓) Tidak

BAB : 1 – 2 x/hari

Diare : (-) Ya (✓) Tidak (-) Berdarah (-) Berlendir (-) Cair

Bising Usus : 26 x/menit

5. Intoksikasi

(-) Makanan

(-) Alkohol

(-) Gigitan Binatang

(-) Zat kimia

- (-) Obat-obatan
- (-) Lain – lain : Tidak ada intoksikasi

D. Disability

Tingkat kesadaran :

(√) CM (-) Apatis (-) Somnolent (-) Sopor (-) Soporocoma (Coma)

Pupil : (√) Isokor (-) Miosis (-) Anisokor (-) Midriasis (-) Pin poin

Reaksi terhadap cahaya : Pupil berreaksi terhadap cahaya

Kanan (√) Positif (-) Negatif

Kiri (√) Positif (-) Negatif

GCS : E :4 M:6 V :5

Jumlah : 15

6. Pengkajian Sekunder

a. Musculoskeletal / Neurosensoril

- (-) Spasme otot
- (-) Fraktur
- (-) Vulnus
- (-) Dislokasi
- (-) Krepitasi
- (-) Kekuatan Otot : normal

5	5
5	5

b. Integumen

- (-) Vulnus : -
- (-) Luka Bakar: -

c. Psikologis

- Ketegangan meningkat
- Fokus pada diri sendiri
- Kurang pengetahuan

Terapi/ Pengobatan

Nama Terapi	Dosis	Rute Pemberian	Waktu Pemberian	Kontraindikasi	Efek Samping

Miniaspi	80 mg	Oral	sore	Pasien alergi aspirin, ibuprofen, NSAID, intoleransi salisilat, hemofilia, gangguan perdarahan lain, ginjal, gout, asma	Detak jantung cepat, demam, gatal-gatal, iritasi, nyeri sendi, gangguan saluran cerna, anemia hemolitik, defisiensi glukosa, syndrome reye
Bisoprolol	2,5 mg	Oral	Malam	Hipotensi, penderita asma, sindrom penyakit sinus, blok AV derajat II, syok kardiogenik	Nyeri perut, dyspepsia, gastritis, mual, muntah, diare, sakit kepala, vertigo, ansietas, dan berkurangnya konsentrasi

Analisa Data

Problem	Etiology	Sign & Symptoms
---------	----------	-----------------

Penurunan curah jantung	Peningkatan frekuensi	<p>DS :</p> <p>Tn. M mengatakan jantung berdebar-debar cepat</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Nadi 150 x/menit - Irama tidak teratur - Nadi teraba lemah - Kulit lembab - Ekstremitas dingin - CRT > 3 detik - Hb 11,4 g/dL - SPO₂ 98 %
Intoleransi aktivitas	Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	<p>DS :</p> <p>Pasien mengeluh lemas dan pusing</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Semua ADL (toileting, personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga - Perubahan EKG: supraventrikular takikardi

Intervensi Keperawatan

Diagnose Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi	<p>NOC : Vital sign status setelah dilakukan tindakan keperawatan, penurunan curah jantung teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tanda-tanda vital dalam batas normal, - dapat mentoleransi aktivitas, - tidak ada kelelahan, - tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites 	<p>Cardiac Care aktivitas-aktivitas : 1) catat adanya penurunan cardiac output, 2) monitor status pernapasan, 3) monitor adanya perubahan tekanan darah, 4) atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan, 5) kolaborasi pemberian terapi</p> <p>Vital Sign Monitor 6) monitor TD, N, S, RR sebelum, selama dan sesudah aktivitas; 7) monitor irama dan frekuensi jantung</p>
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	<p>NOC : Toleransi terhadap aktifitas Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri dengan criteria hasil:</p>	<p>Perawatan jantung Aktivitas-aktivitas : 1) Pastikan tingkat aktivitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Bernapas spontan saat beraktivitas - Temuan hasil EKG normal - Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian - Frekuensi RR berkisar antara 12-20 x/m setelah beraktivitas 	<ol style="list-style-type: none"> 2) Dorong peningkatan aktivitas bertahap ketika kondisi sudah distabilkan (misalnya., dorong aktivitas yang lebih ringan atau waktu yang lebih singkat dengan waktu istirahat yang sering dalam melakukan aktivitas) 3) Instruksikan pasien tentang pentingnya untuk segera melaporkan bila merasakan nyeri dada; evaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi dan factor yang memicu serta meringankan nyeri dada) 4) Monitor EKG, adakah perubahan segmen ST, sebagaimana mestinya 5) Lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (misalnya., cek nadi perifer, edema, pengisian ulang kapiler, warna ekstremitas dan suhu ekstremitas) secara rutin sesuai kebijakan agen 6) Monitor tanda-tanda vital secara rutin 7) Monitor nilai laboratorium yang tepat (enzim jantung dan nilai elektrolit) 8) Kolaborasi pemberian obat antiaritmia
--	--	---

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : 15 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi	08:00	1) Melakukan pengkajian meliputi identitas, riwayat penyakit, dan pemeriksaan fisik	Jam : 13.00 S : Tn. M mengatakan jantung berdebar	
	09:00	2) Monitoring irama dan frekuensi jantung (HR 120 x/menit)	O : - Keadaan umum lemah - N 150 x/m	
	10:00	3) Monitoring TD, nadi, suhu dan RR	- Irama jantung tidak teratur	
	11:00	4) Melayani terapi oral miniaspi 80 mg	- Nadi lemah - Terpasang O ₂ nasal kanul 2 lpm A : Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi	
Intoleransi aktivitas berhubungan	09:00 09:30	1) Melakukan pengkajian pada	Jam : 13.00 S :	

<p>dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>10:00 10:30</p>	<p>pasien penyebab kelelahan</p> <p>2) Mengkaji perasaan pasien mengenai keterbatasan yang di alami</p> <p>3) Mengajarkan pasien tirah baring</p> <p>4) Melakukan perekaman EKG 12 lead</p>	<p>Pasien mengatakan masih merasa lemas dan pusing</p> <p>O : Pasien tampak beristirahat dengan posisi tidur terlentang</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi</p>	
---	-----------------------------	---	---	--

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : 16 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi	08:00 09:00 10:00	1) Monitoring irama dan frekuensi jantung (HR 120 x/menit) 2) Monitoring TD, nadi, suhu dan RR 3) Melayani terapi oral miniaspi 80 mg	Jam : 13.00 S : Tn. M mengatakan jantung berdebar sudah berkurang O : - Keadaan umum baik - N 90 x/m - Irama jantung teratur - Nadi kuat - CRT < 3 detik - Ekstremitas hangat A : Masalah belum teratasi P :	

			<ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Saran dokter pasien di pindahkan ke ruang perawatan biasa (Ruangan bougenvile) 	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>09:00</p> <p>09:30</p> <p>10:00</p> <p>10:30</p>	<p>1) Melakukan pengkajian pada pasien penyebab kelelahan</p> <p>2) Mengkaji perasaan pasien mengenai keterbatasan yang di alami</p> <p>3) Mengajarkan pasien tirah baring</p> <p>4) Memonitor hasil perekaman EKG 12 lead</p>	<p>Jam : 13.00</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan rasa lemas dan pusing sudah berkurang</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak rileks dengan posisi setengah duduk</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Saran dokter pasien di 	

			pindahkan ke ruang perawatan biasa (Ruangan bougenvile)	
--	--	--	---	--

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : 17 Juli 2019

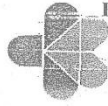
Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan frekuensi	08:00 09:00 10:00	1) Monitoring irama dan frekuensi jantung (HR 120 x/menit) 2) Monitoring TD, nadi, suhu dan RR 3) Melayani terapi oral miniaspi 80 mg	Jam : 13.00 S : Tn. M mengatakan jantung berdebar sudah tidak terasa O : - Keadaan umum baik - N 76 x/m - Irama jantung teratur - Nadi kuat - CRT < 3 detik	

			<p>- Ekstremitas hangat</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>09:00</p> <p>09:30</p> <p>10:00</p> <p>10:30</p>	<p>1) Melakukan pengkajian pada pasien penyebab kelelahan</p> <p>2) Mengkaji perasaan pasien mengenai keterbatasan yang di alami</p> <p>3) Mengajarkan pasien tirah baring</p> <p>4) Memonitor hasil perekaman EKG 12 lead</p>	<p>Jam : 13.00</p> <p>S : Pasien mengatakan tidak merasa pusing dan lemas</p> <p>O : Pasien tampak beristirahat dengan posisi miring kiri</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p>	

Lampiran 4:

**RENCANA WAKTU UJIAN AKIR PROGRAM
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES KUPANG**

BULAN	JULI												
TANGGAL	12	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Pembekalan													
Lapor diri di rumah sakit													
Pengambilan kasus													
Ujian praktek													
Perawatan kasus dan proposal													
Penyusunan laporan kasus dan konsultasi dengan pembimbing													
Ujian sidang													
Revisi													
Kumpul laporan													



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIPLOMA III
KEPERAWATAN KUPANG






Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Robby Yusuf
NIM : 530320118131
NAMA PEMBIMBING : Ns. Yeani M.v. B. STP, S.Kep. M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1	15/7-2019	Konsul Asuhan Keperawatan	
2	17/7-2019	Konsul Lap. Pendahuluan PAB I - II dan Asuhan Keperawatan	
3	18/7-2019	Konsul Perbaikan LP Bab I - III dan Asuhan Keperawatan	
4	20/7-2019	Konsul Perbaikan LP Bab I - IV dan Asuhan Keperawatan	
5	21/7-2019	Acc	

	24/7-2019		
6	24/7-2019	Konsul perbaikan laporan selama ujian sidang KTI	
7	26/7-2019	Konsul kembali bahan KTI yang sudah direvisi	
8	29/7-2019	Penanda tarjahan KTI oleh pembimbing	
9			