

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS
ATRIAL FIBRILASI (AF) DI RUANG ICCU/CPU
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA
PROVINSI JAWA TIMUR**



Oleh :

WASKITTO CANDRA HARI MUKTI
NIM. 192.1017

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES HANG TUAH SURABAYA
TA 2021/2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS
ATRIAL FIBRILASI (AF) DI RUANG ICCU/CPU
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA
PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

WASKITTO CANDRA HARI MUKTI
NIM. 192.1017

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES HANG TUAH SURABAYA
TA 2021/2022**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 21 Februari 2022



WASKITTO CANDRA HARI MUKTI
NIM. 192.1017

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : WASKITTO CANDRA HARI MUKTI
NIM : 192.1017
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. R Diagnosa Medis
Atrial Fibrilasi di Ruang ICCU/CPU RSPAL Dr.
Ramelan Surabaya Provinsi Jawa Timur.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami akan menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 21 Februari 2022

Pembimbing



Sri Anik Rustini.,S.H., S.Kep.,Ns.,M.Kes

NIP. 03.033

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : WASKITTO CANDRA HARI MUKTI
NIM : 192.1017
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. R Diagnosa Medis
Atrial Fibrilasi di Ruang ICCU/CPU RSPAL Dr.
Ramelan Surabaya Provinsi Jawa Timur.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang
Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : 21 Februari 2022
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN**, pada Prodi D-III
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc
NIP. 03.006

()

Penguji II : Effiana Abidin, S.Kep.,Ns
NIK. 197701212005012003.

()

Penguji III : Sri Anik Rustini.,S.H., S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03.033

()

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Tulis Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan kali ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kolonel Laut dr. Gigih Imanta. J Sp Pd.Finasim,MM selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah member ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama (Purn) Dr. AV. Sri Suhardningsih, S.Kp.,M. Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada saya untuk menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc selaku penguji I yang selalu bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan arahan serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ibu Effiana Abidin , S.Kep., Ns., selaku penguji II yang selalu bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan arahan serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Ibu Sri Anik Rustini.,S.H., S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku pembimbing yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh dengan nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan studi kasus ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Surabaya, 21 Februari 2022



Waskitto Candra Hari Mukti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Anatomi Fisiologi Jantung.....	9
2.2 Konsep Penyakit Atrium Fibrilasi (AF)	12
2.2.1 Pengertian Atrium Fibrilasi (AF)	12
2.2.2 Klasifikasi Atrium Fibrilasi (AF).....	14
2.2.3 Etiologi Atrium Fibrilasi (AF)	17
2.2.4 Manifestasi Klinis Atrium Fibrilasi (AF)	18
2.2.5 Patofisiologi Atrium Fibrilasi (AF)	20
2.2.6 Komplikasi Atrium Fibrilasi (AF).....	22
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang Atrium Fibrilasi (AF).....	25
2.2.8 Diagnosa Banding Atrium Fibrilasi (AF)	27
2.2.9 Penatalaksanaan Atrium Fibrilasi (AF)	27
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien dengan Atrium Fibrilasi (AF)...	31
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	31
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	40
2.3.3 Intervensi Keperawatan	41
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	50
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	50
2.4 WOC (<i>Web of Caution</i>)	51
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	52
3.1 Pengkajian	52
3.1.1 Identitas Pasien.....	52
3.1.2 Riwayat Sehat Sakit.....	52
3.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	55
3.1.4 Pemeriksaan Diagnostik	65
3.1.5 Pemberian Terapi	69

3.2	Diagnosa Keperawatan	71
3.3	Intervensi Keperawatan	73
3.4	Implementasi Keperawatan	76
3.5	Evaluasi Keperawatan	92
BAB 4 PEMBAHASAN		94
4.1	Pengkajian	94
4.2	Diagnosa Keperawatan	99
4.3	Perencanaan Keperawatan	101
4.4	Pelaksanaan Keperawatan	103
4.5	Evaluasi Keperawatan	105
BAB 5 PENUTUP		107
5.1	Kesimpulan	107
5.2	Saran	109
DAFTAR PUSTAKA		110
LAMPIRAN		112

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Personal Hygine	64
Tabel 3.2 Terapi Obat Tn. R di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan	69
Tabel 3.3 Analisa Data.....	71
Tabel 3.4 Prioritas Masalah.....	72
Tabel 3.5 Intervensi keperawatan	73
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	76
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan	92

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung.....	11
Gambar 2.2 Klasifikasi FA Menurut Waktu Pemberiannya	15
Gambar 2.3 Atrial Fibrilasi dengan Respon Ventrikel Normal.....	16
Gambar 2.4 Atrial Fibrilasi Respon Ventrikel Cepat	17
Gambar 2.5 Atrial Fibrilasi dengan Ventrikel Lambat	17
Gambar 2.6 Penurunan Curah Jantung (Cardiac Output) Pada FA	17
Gambar 2.7 Tromboemboli pada Fibrilasi Atrium	21
Gambar 2.8 Gambaran EKG Aritmia	23
Gambar 2.9 Gambaran EKG Sinus Bradikardia.....	23
Gambar 2.10 Gambaran EKG Asistolik	24
Gambar 2.11 Gambaran EKG Sinus Takikardia	24
Gambar 2.12 Gambaran Kontraksi Atrium Premature	25
Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. R	55
Gambar 3.2 Hasil Foto Thorax AP	65
Gambar 3.3 Hasil EKG Tn. R	67
Gambar 3.4 Hasil EKG Tn. R	68
Gambar 3.5 Hasil EKG Tn. R	68

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standar Prosedur Operasional Injeksi Subcutan.....	112
---	-----

DAFTAR SINGKATAN

AF	= Atrial Fibrilasi
AHA	= <i>American Heart Association</i>
BAB	= Buang Air Besar
BAK	= Buang Air Kecil
BB	= Berat Badan
Cm	= Centimeter
DO	= Data Obyektif
DIII	= Diploma
Dr	= Dokter
DS	= Data Subyektif
EKG	= Elektrokardiogram
ICCU	= <i>Intensive Cardiac Care Unit</i>
IGD	= Instalasi Gawat Darurat
kg	= Kilogram
mmHg	= Milimeter Hektogram
N	= Nadi
No	= Nomor
O	= Obyektif
PERKI	= Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia
RR	= Respiratory Rate
RM	= Rekam Medis
RS	= Rumah Sakit
S	= Suhu
SOAP	= Subjektif, Objektif, Assessment, Plan
Tn	= Tuan
TGL	= Tanggal
TT	= Tanda Tangan
TD	= Tekanan Darah.
WIB	= Waktu Indonesia Barat
WHO	= <i>World Health Organizatin</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Atrium Fibrillation (AF) ialah supraventrikuler takiaritmia yang ditandai menggunakan aktivasi atrium yang tidak terarah dengan turunnya fungsi mekanik (Rampengan, 2015). Atrial fibrilasi adalah gangguan irama jantung yang sering terjadi pada keadaan umum dan peningkatannya rata-rata erat-kaitannya dengan usia pasien. Atrial fibrillation sering dipautkan dengan penyakit jantung terstruktur meskipun hampir sebagian besar klien dengan atrium fibrilasi tidak punya penyakit jantung yang terdeteksi. Gangguan pada sistem hemodinamik serta terjadinya tromboemboli pada klien atrium fibrilasi akan mengalami peningkatan morbiditas, mortalitas, dan pengeluaran yang lumayan besar (AHA, 2011).

Pada angka kejadian atrium fibrilasi di ndonesia masih banyak, ada pula komplikasi atrium fibrilasi yaitu kejadian stroke yang paling mengkhawatirkan, karena struk yang disebabkan oleh Atrium Fibrilasi (AF) mempunyai risiko kambuh yang lebih tinggi. Selain itu, stroke yang diakibatkan oleh atrial fibrilasi ini yaitu terjadi angka kematian dua kali lipat dan cost perawatan satu setengah kali lipat (Stewart, 2004). Menurut Riset Kesehatan Dasar angka kejadian pada orang yang mengalami atrium fibrilasi berdasarkan diagnosis Tenaga Kesehatan dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), dikuti oleh Jawa Timur (Risesdas, 2013). Fibrilasi atrium adalah gangguan irama jantung (aritmia) yang paling sering dijumpai.

Rata-ratanya mencapai 12% dan akan terus mengalami kenaikan selama 50 tahun yang akan datang. Selain daripada itu, data dari studi langsung pada penduduk daerah kota di Jakarta menunjukkan angka kejadian atrium fibrilasi sebesar 0,24% dengan rasio laki-laki dan perempuan 3:2, Selain itu, karena rasio lansia di Indonesia meningkat secara signifikan yaitu dari 7,74% menjadi 28,68%, maka angka kejadian Atrium Fibrilasi (AF) juga akan mengalami peningkatan secara signifikan. Dalam skala yang lebih rendah, hal ini juga tercermin pada data di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang membuktikan bahwa jumlah persentase kejadian atrium fibrilasi pada pasien rawat masih meningkat setiap tahunnya, yaitu 7,19% dibuktikan dengan tiga bulan terakhir terdapat 12 pasien atrial fibrilasi (AF). (PERKI, 2014)

Atrial fibrilasi adalah takiaritmia supraventrikular yang khas, dengan aktivasi atrium yang tidak terarah menyebabkan penurunan kondisi fungsi mekanis atrium. Pada elektrokardiogram (EKG), yang dapat ditandai dari atrial fibrilasi adalah tidak ditemukan tanda gelombang P konstan, yang digantikan oleh gelombang fibrilasi yang bermacam-macam dengan amplitudo, bentuk dan lama waktunya (Fajriah N. Ramadhani, 2020). Pada fungsi AV yang normal, FA sering diikuti oleh respon ventrikel yang juga tidak teratur, dan biasanya cepat. Kejadian angka Atrium Fibrilasi (AF) meningkat seiring bertambahnya usia, dari <0,59% pada 40-50 tahun, 5-15% pada 80 tahun (Yulita, 2016).

Dampak pada atrial fibrilasi menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas termasuk stroke, gagal jantung serta penurunan kualitas hidup. Pasien dengan AF memiliki risiko stroke 5 kali lebih tinggi dan risiko gagal jantung 3 kali lebih tinggi dibanding pasien tanpa AF (Wyse et al, 2004). Gender laki-laki

lebih sering mengalami atrial fibrilasi daripada perempuan. Resiko mempunyai riwayat atrial fibrilasi seumur hidup ialah 25% pada mereka yang telah mencapai usia 40 tahun. (Yulita, 2016).

Dari data ini membuat para penulis merumuskan solusi untuk mengatasinya. Peran perawat kepada pasien dengan atrial fibrilasi yaitu meliputi peran promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Terutama pada peran promotif melalui edukasi dapat merubah pasien mengubah gaya hidup dan mengontrol kebiasaan pribadi untuk menghindari faktor resiko, dengan edukasi semakin banyak pasien mengerti bagaimana harus mengubah perilaku sehingga mereka mampu melakukan pengobatan dan perawatan mandiri (Perry & Potter, 2009 dalam Intan, 2020). Peran preventif penyakit atrial fibrilasi dapat dicegah dengan mengatur pola hidup sehat, perawat dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan mengenai penyakit atrial fibrilasi dengan memberikan promosi kesehatan mengenai AF dan cara hidup sehat yang meliputi menghindari konsumsi alkohol, makanan berlemak dan kolestrol dan menghindari kebiasaan merokok. Peran perawat dalam segi kuratif pada pasien dengan AF yang mengeluh nyeri dada dan sesak napas dapat diberikan tindakan pemberian oksigen, pembatasan aktivitas fisik dengan pengurangan atau penghentian seluruh aktivitas pada umumnya akan mempercepat pelepasan rasa sakit. Pada segi rehabilitatif melalui pemulihan kesehatan dengan istirahat dan tirah baring yang cukup serta menghindari perilaku hidup yang tidak sehat dalam jangka waktu panjang sampai kondisi tubuh membaik, tirah baring digunakan untuk mengurangi kebutuhan oksigen (Perry & Potter, 2011 dalam Intan, 2020). Dan juga peran sebagai perawat yaitu menjadi *care-giver* dalam upaya memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan

pemecahan masalah sesuai dengan metode dan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan data latar belakang masalah, maka penulis bermaksud membuat karya tulis ilmiah tentang Asuhan Keperawatan pada klien dengan Atrial Filbrilasi (AF), untuk itu penulis menyusun data permasalahan sebagai berikut “Bagaimana penatalaksanaan asuhan keperawatan pasien dengan Atrial Filbrilasi (AF) di ruang ICCU/CPU RSAL Dr. Ramelan Surabaya Provinsi Jawa Timur?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien dengan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada pasien dengan Atrial Filbrilasi (AF) di ruang ICCU/CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada klien dengan Atrial Filbrilasi (AF) di ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Provinsi Jawa Timur.
2. Melakukan analisa masalah, masalah utama dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Atrial Filbrilasi (AF) di ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Provinsi Jawa Timur.

3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing – masing diagnosa keperawatan pada pasien dengan Atrial Filbrilasi (AF) di ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Atrial Filbrilasi (AF) di ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Provinsi Jawa Timur.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien Atrial Filbrilasi (AF) di ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Dengan tujuan umum maupun tujuan khusus maka penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat membawa manfaat bagi kemajuan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, berikut manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti dibawah ini:

1. Secara Teoritis

Dengan memberikan asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efektif perawatan harus menghasilkan laporan klinis yang baik, mengurangi angka kejadian serangan jantung pada pasien dengan Atrial Filbrilasi (AF)

2. Secara Praktis

a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hal ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk mengelola kebijakan atau patokan implementasi pasien dengan Atrial Filbrilasi (AF) sehingga tindakan sedini mungkin bisa dilakukan dan mampu

menghasilkan laporan klinis yang tepat bagi pasien yang diberikan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Hal ini diharapkan dapat digunakan dalam mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta menaikkan standar kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Atrial Filbrilasi (AF) dan dalam pengembangan meningkatkan profesi keperawatan.

c. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan promosi kesehatan untuk keluarga tentang mendeteksi dini penyakit Atrial Filbrilasi (AF) sehingga keluarga dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan semestinya. Selain itu, agar keluarga dapat melakukan perawatan secara mandiri pada pasien Atrial Filbrilasi (AF) dirumah.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai alat banding atau gambaran mengenai asuhan keperawatan pasien dengan Atrium Fibrilasi (AF) sehingga penulis selanjutnya dapat memberikan inovasi ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru mengenai Atrium Fibrilasi (AF).

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode studi kasus adalah metode yang terpusat pada perhatian pada satu obyek tertentu yang diusulkan sebagai sebuah kasus untuk diolah secara teliti sehingga dapat menguraikan kenyataan dibalik fenomena.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, ataupun tenaga kesehatan yang lain.

b. Observasi

Data yang dibahas melalui observasi secara langsung terhadap kondisi, reaksi, sikap, dan tingkah laku klien yang dapat dikaji.

c. Pemeriksaan

Pemeriksaan fisik meliputi data yang dapat menunjang penegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari pasien.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, rekam medis klien, hasil – hasil pemeriksaan dan tenaga kesehatan yang lain.

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari dan mengidentifikasi buku sumber yang berkaitan dengan judul karya tulis dan masalah yang dikaji.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal, dimulai dari halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, sambutan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar lampiran dan daftar singkatan.
2. Bagian ini terdiri dari lima bab, yang masing – masing mencakup sub-bab sebagai berikut ini :

BAB 1: Pendahuluan, berisi mengenai latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat karya tulis, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Tinjauan teori, berisi mengenai konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Atrial Filbrilasi (AF)

BAB 3: Hasil berisi mengenai data hasil anamnesa, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4: Pembahasan data yang diperoleh berisi data, teori, dan opini serta analisis.

BAB 5: Kesimpulan dan saran.

3. Bagian akhir terdiri dari rangkaian daftar pustaka dan data lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai anatomi fisiologi jantung, konsep penyakit dan asuhan keperawatan Atrial fibrilasi (AF) Konsep penyakit akan diuraikan pengertian, klasifikasi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, komplikasi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan. Asuhan keperawatan secara teori akan diuraikan pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi.

2.1 Anatomi Fisiologi Jantung

Jantung merupakan organ tubuh yang terletak di dalam rongga dada pada mediastinum anterior, berupa segi tiga dengan bentuk terbalik dimana bagian puncak atau apeks dibawah dan basis atau desar diatas dengan berat kurang dari 300 gram atau sebesar kepalan tangan orang itu dan berupa otot (Sudarta, 2013).

Jantung terdiri dari tiga lapisan terluar disebut epicardium, lapisan tengah yang berupalapisan berotot disebut myocardium dan lapisan terdalam yaitu lapisan endocardium. Secara fungsional jantung dibagi menjadi dua pompa, pompa sebelah kanan dan pompa sebelah kiri yang memompa darah dari pembuluh darah vena ke dalam sirkulasi pulmoner dan darah yang sudah teroksigenasi ke sirkulasi sitemik (Sudarta, 2013). Ruang jantung menurut Sudarta (2013) terdiri dari 4 ruangan, yaitu:

1. Atrium kanan (*right atrium*)

Berupa rongga berotot berbatasan langsung dari muara vena cava superior dan bekas dari foramen ovale. Atrium kanan dindingnya sangat tipis berfungsi untuk pembawa darah venosa yang berasal dari sirkulasi sistemik, kemudian dibawa ke ventrikel kanan menuju paru-paru. Lebih kurang 80% darah yang berasal dari vena masuk ke atrium kanan ini mengalir secara pasif kedalam ventrikel kanan melalui katup trikuspidalis. Dua puluh persen darah masuk ke ventrikel kanan ini terjadi selama kontraksi atrium. Proses pengaliran secara aktif ini disebut atriol kick atau dorongan.

2. Ventrikel kanan (*right ventrikel*)

Rongga berbentuk segitiga secara anatomis terbagi menjadi bagian atas muara truncus pulmonalis dan bagian bawah katup trikuspidalis yang mampu menghasilkan tekanan yang rendah suatu kontraksi yang cukup besar untuk mengalirkan darah kedalam arteri pulmonalis menuju paru-paru. Sirkulasi pulmoner merupakan system aliran ringan dari pada beban kerja ventrikel kiri, akibatnya tebal dinding ventrikel kanan lebih tipis dari dinding ventrikel kiri.

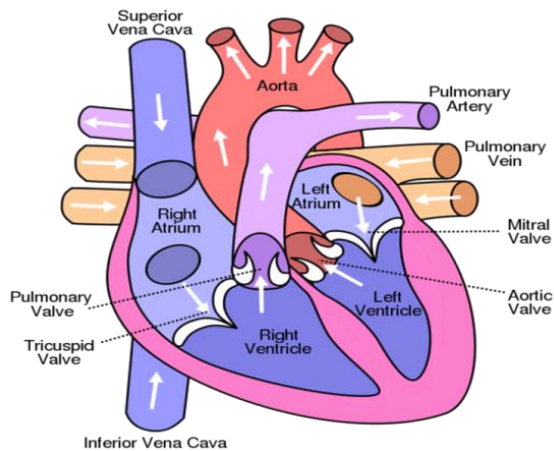
3. Atrium kiri (*left atrium*)

Berupa rongga yang lebih tebal dari rongga atrium kanan sebagai penampung darah dari vena pulmonalis, yang merupakan darah sudah dioksigenasi dari paru-paru. Antara vena pulmonalis dan atrium kiri tidak ada katup sejati, akibatnya jika terjadi peningkatan tekanan pada atrium kiri menyebabkan penyumbatan atau hambatan daerah pulmoner atrium kiri.

4. Ventrikel kiri (*left ventrikel*)

Ventrikel kiri berbentuk seperti telur, dasarnya dibentuk oleh cincin dari katup mitral, dasar ventrikel kiri lebih kurang 3-4 x lebih tebal dari ventrikel kanan dan merupakan 75% berat keseluruhan organ tersebut. Ventrikel kiri mempunyai otot yang tebal dan bentuknya menyerupai lingkaran, mempermudah timbulnya tekanan yang tinggi selama ventrikel kiri meningkat sekitar 5 x lebih tinggi dari pada tekanan ventrikel kanan. Diantara kedua ventrikel terdapat sebuah dinding pemisah yang disebut: septum interventrikuler dan kedua atrium dipisahkan oleh dinding disebut : septum inter atrial.

Fungsi utama jantung adalah untuk mempertahankan homeostatis dengan memompa darah yang kaya O₂ dalam system sirkulasi menuju sel – sel tubuh, beserta zat – zat makanan dan membuang sisa metabolisme. Fungsi pompa berasal dari impuls listrik SA node – polarisasi – atrium kontraksi – AV node – atrium mengalami repolarisasi – diastolic atrium – ventrikel terpolarisasi – otot jantung kontraksi – darah di alirkan kesistem sirkulasi (Sudarta, 2013).



Gambar 2.1 Anatomi Jantung (Rampengan, 2015)

2.2 Konsep Penyakit Atrium Fibrilasi (AF)

2.2.1 Pengertian Atrium Fibrilasi (AF)

Atrial fibrilasi (AF) adalah takiaritmia supraventricular yang khas, dengan aktivasi atrium yang tidak terkoordinasi sehingga fungsi mekanis atrium menjadi buruk. Ciri atrial fibrilasi adalah tidak adanya gambaran gelombang P yang jelas, pola interval RR yang ireguler pada elektrokardiogram. Pada atrial fibrilasi interval antara dua gelombang aktivasi atrium umumnya kecepatannya melebihi 450%/menit (PERKI, 2014).

Fibrilasi atrium adalah takiaritmia supraventrikular yang khas, dengan aktivasi atrium yang tidak terkoordinasi mengakibatkan perburukan fungsi mekanis atrium. Pada elektrokardiogram (EKG), ciri dari FA adalah tiadanya konsistensi gelombang P, yang digantikan oleh gelombang getar (fibrilasi) yang bervariasi amplitudo, bentuk dan durasinya. Pada fungsi NAV yang normal, FA biasanya disusul oleh respons ventrikel yang juga ireguler, dan seringkali cepat (PERKI, 2016). Atrial fibrilasi dapat menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas, termasuk stroke, gagal jantung serta penurunan kualitas hidup jika tidak dikenali dan dirawat dengan benar. Peningkatan risiko mortalitas pada penderita AF mencapai 2 kali pada perempuan dan 1,5 kali pada laki-laki. Pasien dengan AF memiliki risiko stroke 5 kali lebih tinggikan risiko gagal jantung 3 kali lebih tinggi dibanding pasien tanpa atrial fibrilasi (PERKI, 2021).

Fibrilasi atrium adalah depolarisasi muncul di banyak tempat di atrium, menyebabkan depolarisasi yang tidak terkoordinasi dengan frekuensi tinggi. Sentakan fokus ektopik pada struktur vena yang dekat dengan atrium (biasanya vena pulmonal)

merupakan penyebab tertinggi (Dharma, 2012). Fibrilasi atrium didefinisikan sebagai irama jantung yang abnormal. Aktivitas listrik jantung yang cepat dan tidak beraturan mengakibatkan atrium bekerja terus menerus menghantarkan impuls ke nodus AV sehingga respon ventrikel menjadi ireguler. Atrial fibrilasi dapat bersifat akut maupun kronik dan umumnya terjadi pada usia di atas 50 tahun (Berry & Padgett, 2012)

Atrial fibrilasi dapat terjadi pada 30-40% pasien dengan gagal jantung tergantung penyebab dari gagal jantung itu sendiri. Sebaliknya, gagal jantung simtomatis dengan kelas fungsional New York Heart Association (NYHA) II sampai IV dapat terjadi pada 30% pasien atrial fibrilasi (PERKI, 2018). Gagal jantung sendiri adalah sindrom klinis yang ditandai dengan gejala khas yang mungkin disertai dengan tanda-tanda yang disebabkan oleh kelainan struktural dan/ atau fungsional jantung sehingga menghasilkan penurunan curah jantung dan atau peningkatan tekanan intrakardiak. Seseorang yang menderita gagal jantung selama beberapa waktu dikatakan memiliki gagal jantung kronis. Gagal jantung yang dirawat dengan gejala dan tanda-tanda yang tetap secara umum tidak berubah selama setidaknya 1 bulan dikatakan 'stabil'. Jika gagal jantung kronis yang stabil memburuk, dapat dikatakan sebagai 'dekompensasi' dan ini dapat terjadi secara tiba-tiba atau lambat (Ponikowski et al., 2016). Banyak tipe atau klasifikasi atrial fibrilasi yang umum dibahas. Beberapa hal diantaranya berdasarkan waktu timbulnya dan keberhasilan intervensi, berdasarkan ada tidaknya penyakit lain yang mendasari, dan terakhir berdasarkan bentuk gelombang (Askoro, 2019).

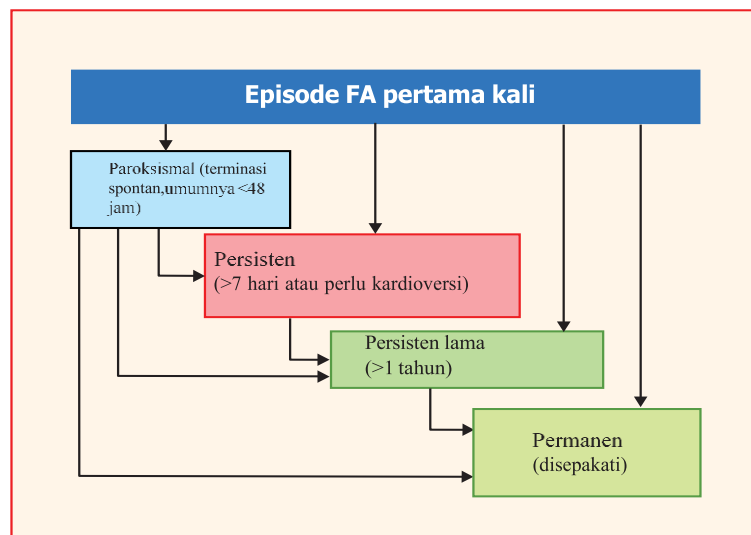
2.2.2 Klasifikasi Atrium Fibrilasi (AF)

1. Beberapa kepustakaan tertulis ada beberapa system klasifikasi atrial fibrilasi yang telah dikemukakan, seperti:
 - a. Berdasarkan laju respon ventrikel, atrial fibrilasi dibagi menjadi
 - b. Atrial fibrilasi respon cepat rapid response dimana laju ventrikel lebih dari 100 kali permenit.
 - c. Atrial fibrilasi respon lambat (*slow response*) dimana laju ventrikel lebih kurang dari 60 kali permenit.
 - d. Atrial fibrilasi respon normal (*normo response*) dimana laju ventrikel antara 60-100 kali permenit. (Irianto, 2018)
2. Berdasarkan keadaan Hemodinamik saat AF muncul, maka dapat diklasifikasikan menjadi :
 - a. Atrial fibrilasi dengan hemodinamik tidak stabil (gagal jantung angina atau infark miokard akut).
 - b. Atrial fibrilasi dengan hemodinamik stabil (Rampengan, 2015).
3. Klasifikasi menurut Rampengan (2015) atrial fibriasi (AF) dapat dibedakan menjadi lima jenis menurut waktu presentasi dan durasinya, yaitu:
 - a. Atrial fibrilasi yang pertama kali terdiagnosis. Jenis ini berlaku untuk pasien yang pertama kali datang dengan manifestasi klinis FA, tanpa memandang durasi atau berat ringannya gejala yang muncul.
 - b. Atrial fibrilasi paroksimal adalah atrial fibilasi berlangsung kurang dari 7 hari. Lebih kurang 50% atrial fibrilasi paroksimal akan kembali ke imma

simus secara spontan dalam waktu 24 jam. Atrium fibrilasi yang episode pertamanya kurang dari 48 jam juga disebut atrium fibrilasi Paroksimal.

- c. Atrial fibrilasi persisten adalah FA dengan episode menetap hingga lebih dari 7 hari atau FA yang memerlukan kardioversi dengan obat atau listrik.
- d. Atrial fibrilasi persisten lama (*long standing persistent*) adalah FA yang bertahan hingga ≥ 1 tahun, dan strategi kendali irama masih akan diterapkan.
- e. Atrial fibrilasi permanen merupakan Atrial fibrilasi yang ditetapkan sebagai permanen oleh dokter (dan pasien) sehingga strategi kendali irama sudah tidak digunakan lagi. Apabila strategi kendali irama masih digunakan maka FA masuk ke kategori FA persisten lama.

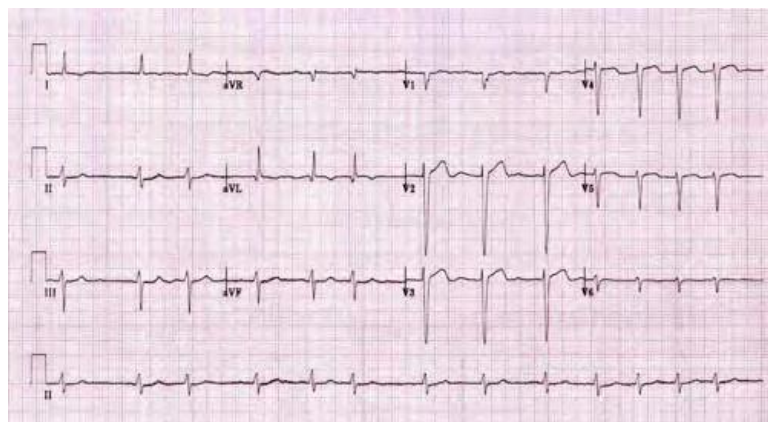
Klasifikasi FA seperti di atas tidaklah selalu eksklusif satu sama lain. Artinya, seorang pasien mungkin dapat mengalami beberapa episode FA paroksimal, dan pada waktu lain kadang-kadang FA persisten, atau sebaliknya. Untuk itu, secara praktis, pasien dapat dimasukkan ke salah satu kategori di atas berdasarkan manifestasi klinis yang paling dominan.



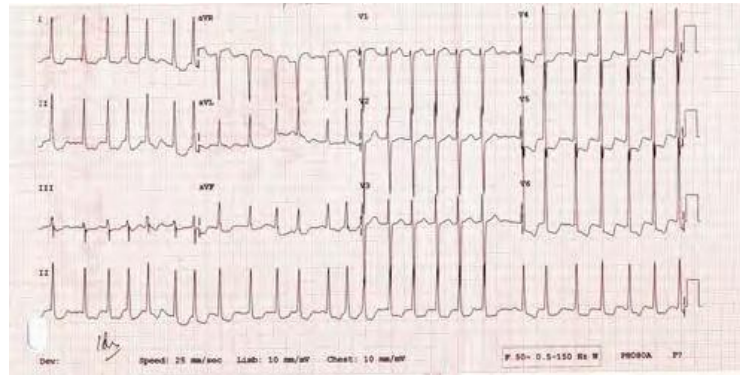
Gambar 2.2. Klasifikasi FA menurut waktu presentasinya. Fibrilasi atrium dapat mengalami progresivitas dari paroksismal menjadi persisten, persisten lama atau permanen. Seluruh tipe FA tersebut dapat merupakan presentasi awal atas dasar riwayat sebelumnya (Askoro, 2019).

Selain dari 5 kategori yang disebutkan diatas, menurut Rampengan (2015) yang terutama ditentukan oleh awitan dan durasi episodenya, terdapat beberapa kategori FA tambahan menurut ciri-ciri dari pasien:

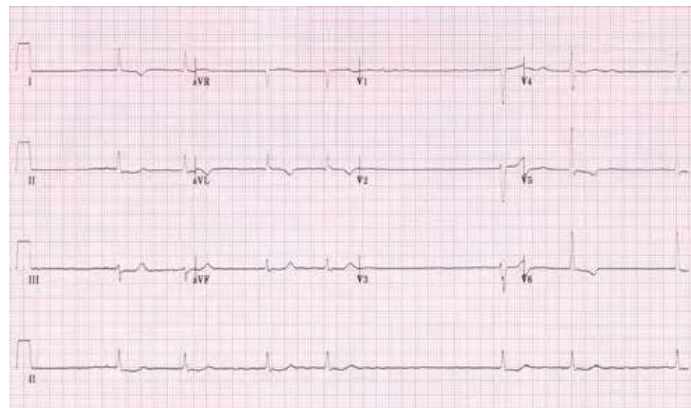
1. FA sorangan (lone): FA tanpa disertai penyakit struktur kardiovaskular lainnya, termasuk hipertensi, penyakit paru terkait atau abnormalitas anatomi jantung seperti pembesaran atrium kiri, dan usia di bawah 60 tahun.
2. FA non-valvular: FA yang tidak terkait dengan penyakit rematik mitral, katup jantung protese atau operasi perbaikan katup mitral.
3. FA sekunder: FA yang terjadi akibat kondisi primer yang menjadi pemicu FA, seperti infark miokard akut, bedah jantung, perikarditis, miokarditis, hipertiroidisme, emboli paru, pneumonia atau penyakit paru akut lainnya. Sedangkan FA sekunder yang berkaitan dengan penyakit katup disebut FA valvular.



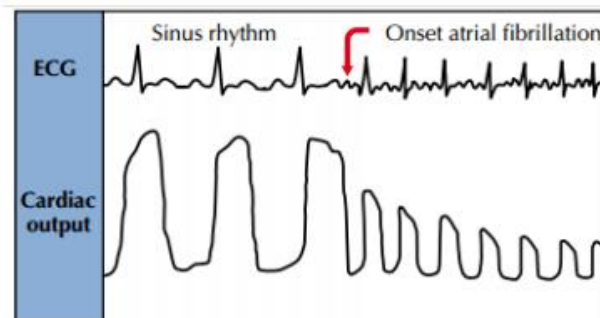
Gambar 2.3 Atrial Fibrilasi dengan respon ventrikel normal (Husniyah, 2018)



Gambar 2.4 Atrial Fibrilasi respon ventrikel cepat (Husniyah, 2018)



Gambar 2.5 Atrial Fibrilasi respon ventrikel lambat (Husniyah, 2018)



Gambar 2.6 Penurunan Curah Jantung (Cardiac Output) pada Fibrilasi Atrium (Askoro, 2019)

2.2.3 Etiologi Atrium Fibrilasi (AF)

1. Penyebab penyakit kardiovaskuler (Sudarta, 2013)
 - a. Penyakit jantung iskemik

- b. Hipertensi kronis
 - c. Kelainan katup mitral (stenosis mitral)
 - d. Perikarditis
 - e. Kardiomiopati, gagal jantung, sindrome WPW, dan LVH
 - f. Tumor intracardiac
2. Sistem irama konduksi jantung (Sudarta, 2013)
- a. Pembentukan spontan dari implus abnormal pada hampir semua lapang
 - b. Jalur hantaran implus yang abnormal melalui jantung
 - c. Irama abnormal jantung
 - d. Pergeseran pacu jantung dari nodus sinus ke bagian lain dari jantung
 - e. Blok pada tempat-tempat yang berbeda sewaktu mengantarkan implus melalui jantung.
3. Penyebab non kardiovaskuler:
- a. Kelainan metabolik: Tiroksikosis , Alkohol akutkronis
 - b. Penyakit pada paru: Emboli paru, Preumonia, PPOM, Kor pulmonal
 - c. Gangguan elektrolit : Hipokalemia, Magnesium, dan Calsium
 - d. Simpatomimetik obat-obatan dan listrik (Sudarta, 2013)

2.2.4 Manifestasi Klinis Atrium Fibrilasi (AF)

1. Palpitasi (perasaan yang kuat dari detak jantung yang cepat atau "berdebar" dalam dada).
2. Perasaan tidak nyaman di dada (nyeri dada).
3. Sesak napas/dispnea.

4. Pusing, atau sinkop (pingsan mendadak) yang dapat terjadi akibat peningkatan laju ventrikel atau tidak adanya pengisian sistolik ventrikel
5. Kelelahan, kelemahan/kesulitan berolahraga/beraktifitas (PERKI, 2014).

Namun, beberapa kasus atrial fibrilasi bersifat asimtomatik. Trombus dapat terbentuk dalam rongga atrium kiri atau bagian lainnya karena tidak adanya kontraksi atrium yang mengakibatkan stasis darah. Hal ini akan menyebabkan terjadinya emboli pada sirkulasi sistemik terutama otak dan ekstremitas sehingga atrial fibrilasi menjadi salah satu penyebab terjadinya serangan stroke. Tanda dan Gejala pada sebagian kasus penyebabnya tidak ditemukan idiopatik atau AF saja. Insidensi AF meningkat dengan bertambahnya usia. Denyut nadi biasanya cepat (90 sampai > 150 kali permenit) dengan irregular. Pasien bisa asimtomatik, mengalami palpitasi cepat, atau sesak napas, atau gagal jantung (PERKI, 2021).

Gambaran klinis menurut PERKI (2021):

1. Palpitasi (perasaan yang kuat dari detak jantung yang cepat atau “berdebar dalam dada)
2. Sesak napas
3. Kelemahan dan kesulitan berolahraga
4. Nyeri dada
5. Pusing
6. Kelelahan
7. Kebingungan

2.2.5 Patofisiologi Atrium Fibrilasi (AF)

Adanya regangan akut dinding atrium dan fokus ektopik di lapisan dinding atrium diantara vena pulmonalis atau vena cavajunctions merupakan pencetus atrial fibrilasi. Daerah ini dalam keadaan normal memiliki aktifitas listrik yang sinkron, namun pada regangan akut dan aktifitas impuls yang cepat, dapat menyebabkan timbulnya after-depolarisation lambat dan aktifitas triggered. Triggered yang dijalarkan kedalam. Miokard atrium akan menyebabkan inisiasi lingkaran-lingkaran gelombang reentry yang pendek (*wavelets of reentry*) dan *multiple* (Hall & Guyton, 2016).

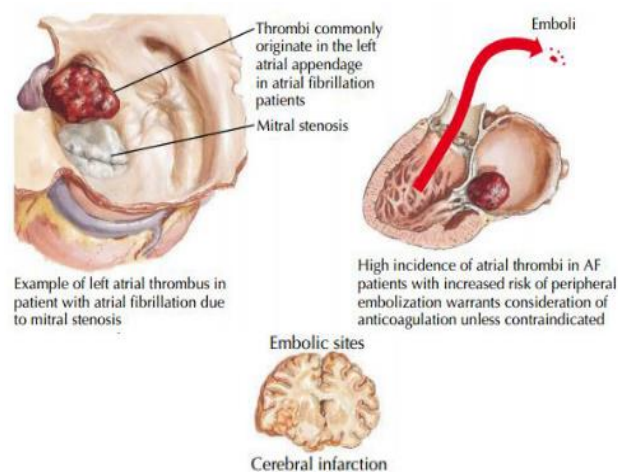
Lingkaran reentry yang terjadi pada AF terdapat pada banyak tempat (*multiple*) dan benukuran mikro, sehingga menghasillkan gelombang P yang banyak dalam berbagai ukuran dengan amplitudo yang rendah (*microreentrant tachycardias*). Berbeda halnya dengan flutter atrium yang merupakan suatu lingkaran reentry yang makro dan tunggal di dalam atrium (*macroreentrant tachycardias*). (PERKI, 2016).

Atrial fibrilasi dimulai dengan adanya aktifitas listrik cepat yang berasal dari lapisan muskular dari vena pulmonalis. Arnitmia ini akan berlangsung terus dengan adanya lingkaran sirkuit reentry yang multipel. Penurunan masa refrakter dan terhambatnya konduksi akan memfasilitasi terjadinya reentry (Setiati et al., 2016).

Setelah AF timbul secara kontinu, maka akan terjadi remodeling listrik (*electrical remodeling*) yang selanjutnya akan membuat AF permanen. Perubahan ini pada awalnya reversibel, namun akan menjadi permanen seiring terjadinya perubahan struktur, bila AF berlangsung lama (Setiati et al., 2016).

Atrium tidak adekuat memompa darah selama AF berlangsung. Walaupun demikian, darah akan mengalir secara pasif melalui atrium ke dalam ventrikel, dan efisiensi pompa ventrikel akan menurun hanya sebanyak 20-30%. Oleh karena itu, dibanding dengan sifat yang mematikan dari fibrilasi ventrikel, orang dapat hidup selama beberapa bulan bahkan bertahun-tahun dengan fibrilasi atrium, walaupun timbul penurunan efisiensi dari seluruh daya pompa jantung (Setiati et al., 2016).

Atrial fibrilasi (AF) biasanya menyebabkan ventrikel berkontraksi lebih cepat dari biasanya. Ketika ini terjadi, ventrikel tidak memiliki cukup waktu untuk mengisi sepenuhnya dengan darah untuk memompa ke paru-paru dan tubuh. Terjadi penurunan atrial *low-velocities* yang menyebabkan statis pada atrium kiri dan memudahkan terbentuknya trombus. Trombus ini meningkatkan resiko terjadinya stroke emboli dan gangguan hemostasis, Kelainan tersebut mungkin akibat dari statis atrial tetapi mungkin juga sebagai faktor terjadinya tromboemboli pada AF (Setiati et al., 2016).



Gambar 2.7 Tromboemboli pada Fibrilasi Atrium (Askoro, 2019)

Kelainan-kelainan tersebut adalah peningkatan faktor *von willebrand* (faktor VI), fibrinogen, D- dimer, dan fragmen protrombin 1,2. AF akan meningkatkan

agregasi trombosit, koagulasi dan hal ini dipengaruhi oleh lamanya atrial fibrilasi.

(PERKI, 2016)

2.2.6 Komplikasi Atrium Fibrilasi (AF)

Menurut Askoro (2019) komplikasi penyakit arteri koroner sangat bergantung pada ukuran dan lokasi iskemia serta infark yang mengenai miokardium. Komplikasi tersebut meliputi hal-hal berikut:

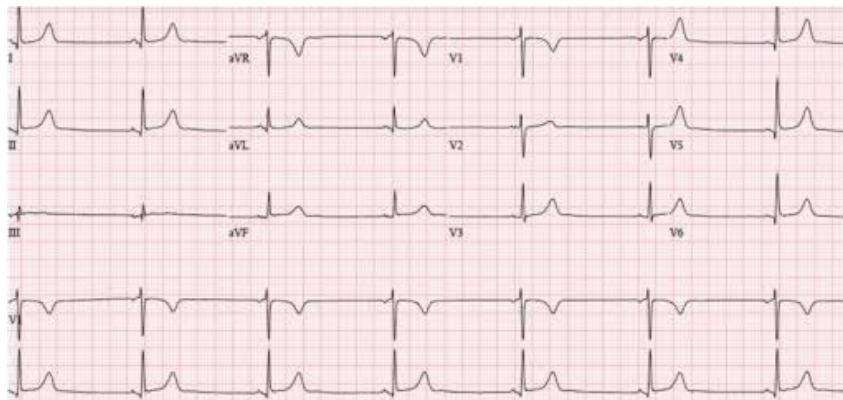
1. Gagal jantung kongestif
2. Syok kardiogenik
3. Edema paru akut
4. Disfungsi otot papilaris
5. Defek septum ventrikel
6. Ruptur jantung
7. Aneurisma ventrikel
8. Tromboembolisme
9. Perikarditis
10. Aritmia

Komplikasi menurut Hall & Guyton (2016) adalah:

1. Aritmia

Karena aritmia lazim ditemukan pada fase akut IMA, hal ini dapat pula dipandang sebagai bagian perjalanan penyakit IMA. Aritmia perlu diobati bila menyebabkan gangguan hemodinamik, meningkatkan kebutuhan oksigen miokard dengan akibat mudahnya perluasan infark atau bila merupakan predisposisi untuk terjadinya aritmia yang lebih gawat seperti takikardia ventrikel, fibrilasi ventrikel

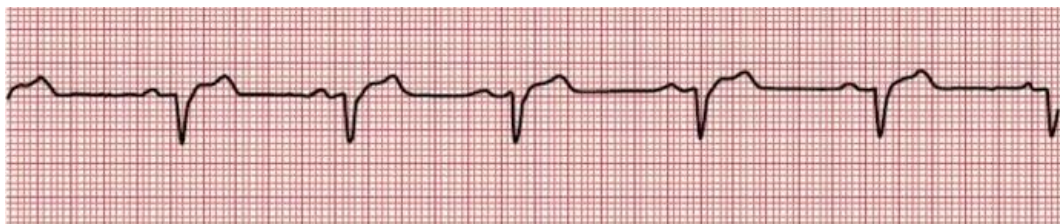
atau asistole, di lain pihak pertimbangan kemungkinan efek samping pengobatan juga harus dipertimbangkan. Karena prevalensi aritmia terutama tersering pada 24 jam pertama sesudah serangan dan banyak berkurang pada hari – hari berikutnya, jelaskan pada hari pertama IMA merupakan masa – masa terpenting dalam kenyataannya penurunan angka – angka kematian IMA pada era permulaan CCU terutama disebabkan karena pengobatan dan pencegahan yang efektif di unit perawatan intensif penyakit jantung coroner.



Gambar 2.8 Gambaran EKG Aritmia (Husniyah, 2018)

2. Bradikardia sinus

Umumnya disebabkan oleh vagotonia dan sering menyertai IMA inferior atau posterior. Bila hal ini menyebabkan keluhan hipotensi, gagal jantung atau bila disertai peningkatan instabilitas ventrikel diberi pengobatan dengan sulfat atropine intravena.



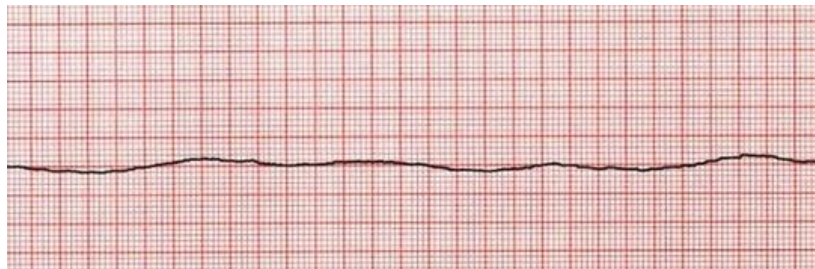
Gambar 2.9 Gambaran EKG Sinus Bradikardia (Askoro, 2019)

3. Irama nodal

Irama nodal umumnya timbul karena *protective escape mechanism* dan tak perlu diobati, kecuali bila amat lambat serta menyebabkan gangguan hemodinamik. Dalam hal terakhir ini dapat diberi atropi atau dipasang pacu jantung temporer.

4. Asistolik

Pada keadaan asistolik harus segera dilakukan resusitasi kardiopulmonal serebral dan dipasang pacu jantung transtorakal. Harus dibedakan dengan fibrilasi ventrikel halus karena pada belakangan ini defibrilasi dapat menolong. Pemberian adrenalin dan kalsium klorida atau kalsium glukonas dicoba.



Gambar 2.10 Gambaran EKG Asistolik (Husniyah, 2018)

5. Takikardia sinus

Takikardia sinus ditemukan pada sepertiga kasus IMA dan umumnya sekunder akibat peningkatan tonus saraf simpatis, gagal jantung, nyeri dada, pericarditis dan lain – lain. Pengobatan ditunjukkan kepada kelainan dasar. Sering berhasil hanya dengan memberi obat analgesic. Takikardia sinus yang menetap akan meningkatkan kebutuhan oksigen miokard dan menyebabkan perluasan infark.



Gambar 2.11 Gambaran EKG Sinus Takikardia (wikipedia)

6. Kontraksi atrium premature

Bila kontraksi atrium premature jarang, pengobatan tidak perlu. Kontraksi atrium premature dapat sekunder akibat gagal jantung atau dalam hal ini pengobatan gagal jantung akan ikut menghilangkan kontraksi tersebut.



Gambar 2.12 Gambaran Kontraksi Atrium Premature (Husniyah, 2018)

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang Atrial Fibrilasi (AF)

1. Pemeriksaan Fisik (Rampengan, 2015)
 - a. Hemodinamik dapat stabil atau tidak stabil
 - b. Denyut nadi tidak teratur
 - c. Denyut nadi dapat lambat, jika disertai dengan kelainan irama block
 - d. Jika hemodinamik tidak stabil dengan denyut yang cepat sebagai kompensasi, maka terdapat tanda2 hipoperfusi (akral dingin, pucat)
 - e. Tanda vital : Denyut nadi berupa kecepatan dengan regularitasnya, tekanan darah, dan permapasan meningkat.
 - f. Tekanan pada vena jugularis.
 - g. Ronkhi pada paru menunjukkan kemungkinan terdapat gagal jantung kongestif.

- h. Irama gallop S3 pada auskultasi jantung menunjukkan kemungkinan terdapat gagal jantung kongestif, terdapat bising pada auskultasi kemungkinan adanya penyakit katup jantung
 - i. Hepatomegali kemungkinan terdapat gagal jantung kanan
 - j. Edema perifer: kemungkinan terdapat gagal jantung kongestif.
2. Laboratorium :
- a. Darah rutin : Hb, Ht, Trombosit.
 - b. TSH (Penyakit gondok)
 - c. Enzimjantung bila dicurigai terdapat iskemia jantung.
 - d. Elektrolit: K, Na, Ca, Mg.
 - e. PT/APTT.
3. Pemeriksaan EKG merupakan standar baku cara diagnostik atrial fibrilasi
- a. Irama EKG umumnya tidak teratur dengan frekuensi bervariasi (bisa normal lambat/cepat). Jika kurang dari 60x/menit disebut atrial fibrilasi slow ventricular respons (SVR), 60-100x/menit disebut atrial fibrilasi normal ventricular respons (NVR) sedangkan jika >100x/menit disebut atrial fibrilasi rapid ventricular respons (RVR).
 - b. Gelombang P tidak ada atau jika pun acak menunjukkan depolarisasi cepat dan kecil sehingga bentuknya tidak dapat didefinisikan.
 - c. Gel P digantikan oleh gelombang F yang ireguler dan acak, diikuti oleh kompleks QRS yang ireguler pula
 - d. Secara umum: Laju jantung umumnya berkisar 110-140x/menit, tetapi jarang melebihi 160-170x/menit

- e. Dapat ditemukan denyut dengan konduksi aberan (QRS lebar) setelah siklus interval RR panjang-pendek (fenomena Ashman)
 - 1) Preeksitasi
 - 2) Hipertrofi ventrikel kiri
 - 3) Tanda infark akut/lama
4. Foto Rontgen Toraks: Gambaran emboli paru, pneumonia, PPOM, kor pulmonal.
5. Ekokardiografi untuk melihat antara lain kelainan katup, ukuran dari atrium dan ventrikel, hipertrofi ventrikel kiri, fungsi ventrikel kiri, obstruksi outflow.
6. TEE (Trans Esophago Echocardiography) untuk melihat trombus di atrium kiri (Setiati et al., 2016)

2.2.8 Diagnosa bandingan Atrium Fibrilasi (AF)

1. Multifocal atrial tachycardia (MAT)
2. Frequent premature atrial contractions (PAC)
3. Atrial Flutter (Ponikowski et al., 2016)

2.2.9 Penatalaksanaan Atrium Fibrilasi (AF)

Atrial fibrilasi paroksimal yang singkat, tujuan strategi pengobatan adalah dipusatkan pada kontrol aritmianya (*rhythm control*). Namun pada pasien dengan AF yang persisten, terkadang kita dihadapkan pada dilema apakah mencoba mengembalikan ke irama sinus (*rhythm control*) atau hanya mengendalikan laju denyut ventrikular (*rate control*) saja. Kardioversi merupakan salah satu penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk atrial fibrilasi yang berfungsi untuk mengontrol ketidakaturan irama dan menurunkan denyut jantung. Pada dasarnya menurut Muttaqin (2009) kardioversi dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Pengobatan farmakologis (*pharmacological cardioversion*)

a. Mencegah pembekuan darah (tromboembolisme)

Pencegahan pembekuan darah merupakan pengobatan untuk mencegah adanya komplikasi dari atrial fibrilasi. Pengobatan yang digunakan adalah jenis antikoagulan atau antitrombosis, hal ini dikarenakan obat ini berfungsi mengurangi resiko dari terbentuknya trombus dalam pembuluh darah serta cabang-cabang vaskularisasi. Pengobatan yang sering dipakai untuk mencegah pembekuan darah terdiri dari berbagai macam, diantaranya adalah :

b. Warfarin

Warfarin termasuk obat golongan antikoagulan yang berfungsi dalam proses pembentukan sumbatan fibrin untuk mengurangi atau mencegah koagulasi. Warfarin diberikan secara oral dan sangat cepat diserap hingga mencapai puncak konsentrasi plasma dalam waktu ± 1 jam dengan bioavailabilitas 100%. Warfarin di metabolisme dengan cara oksidasi (bentuk L) dan reduksi (bentuk D), yang kemudian diikuti oleh konjugasi glukoronidasi dengan lama kerja ± 40 jam.

c. Aspirin

Aspirin secara irreversible menonaktifkan siklo-oksigenase dari trombosit (COX2) dengan cara asetilasi dari asam amino serin terminal. Efek dari COX2 ini adalah menghambat produksi endoperoksida dan tromboksan (TXA2) di dalam trombosit. Hal inilah yang menyebabkan tidak terbentuknya agregasi dari trombosit. Tetapi, penggunaan aspirin dalam

waktu lama dapat menyebabkan pengurangan tingkat sirkulasi dari faktor-faktor pembekuan darah, terutama faktor II, VII, IX dan X.

d. Pengendalian denyut jantung

Menurunkan kecepatan ventrikel dengan mengurangi konduksi melalui nodus AV. Terdapat 3 jenis obat yang dapat digunakan untuk menurunkan peningkatan denyut jantung, yaitu obat digitalis, β -blocker dan antagonis kalsium. Obat-obat tersebut bisa digunakan secara individual ataupun kombinasi.

e. Digitalis

Obat ini digunakan untuk meningkatkan kontraktilitas jantung dan menurunkan denyut jantung. Hal ini membuat kinerja jantung menjadi lebih efisien. Disamping itu, digitalis juga memperlambat sinyal elektrik yang abnormal dari atrium ke ventrikel. Hal ini mengakibatkan peningkatan pengisian ventrikel dari kontraksi atrium yang abnormal.

f. β -blocker

Obat β -blocker merupakan obat yang menghambat efek sistem saraf simpatis. Saraf simpatis pada jantung bekerja untuk meningkatkan denyut jantung dan kontraktilitas jantung. Efek ini akan berakibat dalam efisiensi kinerja jantung.

g. Antagonis Kalsium

Obat antagonis kalsium menyebabkan penurunan kontraktilitas jantung akibat dihambatnya ion Ca^{2+} dari ekstraseluler ke dalam intraseluler melewati Ca^{2+} channel yang terdapat pada membran sel.

2. Pengobatan elektrik (electrical cardioversion).

a. Electrical Cardioversion

Suatu teknik memberikan arus listrik ke jantung melalui dua pelat logam (bantalan) ditempatkan pada dada. Fungsi dari terapi listrik ini adalah mengembalikan irama jantung kembali normal atau sesuai dengan NSR (*nodus sinus rhythm*).

Menurut Muttaqin (2009) pada pasien dengan atrium fibriasi dapat dilakukan tindakan operatif yang meliputi:

1. *Catheter ablation*

Prosedur ini menggunakan teknik pembedahan dengan membuat sayatan pada daerah paha. Kemudian dimasukkan kateter kedalam pembuluh darah utama hingga masuk kedalam jantung. Pada bagian ujung kateter terdapat elektroda yang berfungsi menghancurkan fokus ektopik yang bertanggung jawab terhadap terjadinya atrial fibrilasi.

2. *Maze operation*

Prosedur *maze operation* hampir sama dengan *catheter ablation*, tetapi pada *maze operation*, akan menghasilkan suatu “labirin” yang berfungsi untuk membantu menormalisasikan sistem konduksi sinus SA.

3. *Artificial pacemaker*

Artificial pacemaker merupakan alat pacu jantung yang ditempatkan di jantung, yang berfungsi mengontrol irama dan denyut jantung.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam survival pasien dan dalam aspek – aspek pemeliharaan, rehabilitasi, dan preventif perawatan pasien. Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahap yaitu pengkajian, membuat diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian

Perawat mengumpulkan data dasar tentang informasi status terkini dari klien melalui pengkajian system kardiovaskular sebagai prioritas pengkajian. Pengkajian harus dilakukan dengan sistematis, mencakup riwayat sebelumnya dan saat ini khususnya yang berhubungan dengan gambaran gejala seperti adanya nyeri di dada, kesulitan bernapas (dispnea, palpitasi, pingsan atau sinkop), atau keringat dingin (*diaphoresis*) (Muttaqin, 2009).

1. Keluhan Utama

Keluhan utama biasanya nyeri di area dada, perasaan sulit bernapas, dan kelemahan

2. Riwayat Penyakit Saat Ini

Pengkajian RPS yang mendukung keluhan utama dilakukan dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai nyeri yang ada pada kajian klien secara PQRST yang meliputi:

- a. Provoking incident : nyeri setelah beraktivitas dan tidak berkurang dengan istirahat dan setelah diberikan nitrogliserin.

- b. Quality of pain : seperti apa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Sifat nyeri dapat seperti tertekan, diperas, atau diremas.
- c. Region : lokasi nyeri didaerah substernal atau nyeri diatas pericardium. Penyebaran nyeri dapat meluas hingga area dada. Dapat terjadi nyeri dan ketidakmampuan menggerakkan bahu dan tangan.
- d. Scale of pain : klien ditanya dengan menggunakan rentang 0-4 atau 0-10 (*Visual Analogue Scale (VAS)*) dan klien akan menilai seberapa berat nyeri yang dirasakan. Biasanya pada saat angina terjadi, skala nyeri berkisar antara 3-4 (skala 0-4) atau 7-9 (skala 0-10).
- e. Time : sifat mula timbulnya (onset). Biasanya gejala nyeri timbul mendadak. Lama timbulnya (durasi) nyeri dada umumnya dikeluhkan lebih dari 15 menit. Nyeri oleh infark miokardium dapat timbul pada waktu istirahat, nyeri biasanya dirasakan lebih berat dan berlangsung lebih lama. Gejala-gejala yang menyertai infark miokardium meliputi dispnea, berkeringat, ansietas, dan pingsan (Setiati et al., 2016).

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu akan sangat mendukung kelengkapan data kondisi saat ini. Data ini diperoleh dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita nyeri dada, hipertensi, diabetes melitus, atau hyperlipidemia. Cara mengkaji sebaiknya konsekuensi dan terinci. Tanyakan mengenai obat-obatan yang biasa diminum oleh klien pada masa yang lalu yang masih relevan. Catat bila terjadi adanya efek samping yang terjadi pada masa lalu, alergi obat,

dan reaksi alergi yang timbul. Sering kali klien menafsirkan suatu alergi sebagai efek samping obat (Setiati et al., 2016).

4. Riwayat keluarga

Perawat senantiasa harus menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, anggota keluarga yang meninggal, dan penyebab kematian. Penyakit jantung iskemik pada orang tua yang timbulnya pada usia muda merupakan faktor risiko utama terjadinya penyakit jantung iskemik pada keturunannya

5. Riwayat Pekerjaan dan Pola Hidup

Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya. Demikian pula dengan kebiasaan sosial dengan menanyakan kebiasaan dan pola hidup misalnya minum alkohol atau obat tertentu. Kebiasaan merokok dikaji dengan menanyakan kebiasaan merokok sudah berapa lama, berapa batang per hari, dan jenis rokok. Disamping pertanyaan-pertanyaan diatas, data biografi juga merupakan data yang perlu diketahui seperti nama, umur, jenis kelamin, tempat tinggal, suku dan agama yang dianut oleh klien.

Dalam mengajukan pertanyaan kepada klien, hendaknya perhatikan kondisi klien. Bila klien dalam keadaan kritis, maka pertanyaan yang diajukan bukan pertanyaan terbuka tetapi pertanyaan tertutup, yaitu pertanyaan yang jawabannya adalah “Ya” dan “Tidak “. Atau pertanyaan yang dapat dijawab dengan gerakan tubuh seperti mengangguk atau menggelengkan kepala sehingga tidak memerlukan energi yang besar (Setiati et al., 2016).

6. Pengkajian Psikososial

Perubahan integritas ego terjadi bila klien menyangkal, ketakutan akan datangnya kematian, perasaan ajal sudah dekat, marah pada kondisi penyakitnya maka dari itu di harapkan perawatan yang tak perlu, kuatir tentang keluarga, pekerjaan, dan keuangan diharapkan klien dapat melupakan sementara dulu . Gejala perubahan integritas ego yang dapat dikaji dikalah klien menolak, menyangkal, cemas, kurang kontak mata, gelisah, marah, perilaku menyerang, dan fokus pada diri sendiri.

Perubahan integritas sosial yang dialami klien terjadi Karena adanya stres yang dialami oleh klien dari berbagai aspek seperti berita-berita dari keluarga, pekerjaan, kesulitan biaya ekonomi, atau kesulitan coping dengan stresor yang ada pada klien.

7. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum klien:

Pada pemeriksaan keadaan umum, mengobservasi keadaan fisik tiap bagian tubuh kesadaran klien AF baik atau compos mentis dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi system sarat pusat.

1) Pemeriksaan nadi

2) Palpasi: frekuensi, irama, ciri denyutan, isi nadi, dan keadaan pembuluh darah. Untuk pemeriksaan jantung awal atau bila irama nadi tidak teratur, maka frekuensi jantung harus dihitung dengan melakukan auskultasi denyut apikal selama satu menit penuh sambil

meraba denyut nadi. Pada fibrilasi atrium defisit nadi biasanya terjadi.

- 3) Frekuensi nadi: bradikardia, takikardia. Pada fibrilasi atrium biasanya denyut nadi ireguler
- 4) Tekanan darah
- 5) Pengukuran suhu tubuh

b. Pengkajian ekstremitas atas

- 1) Sianosis perifer kulit tampak kebiruan, menunjukkan penurunan kecepatan aliran darah ke perifer sehingga perlu waktu yang lebih lama bagi hemoglobin mengalami desaturasi
- 2) Pucat, dapat menandakan anemia atau peningkatan tahanan vascular sistemik.
- 3) Waktu pengisian kapiler (*capillary refill time*) merupakan dasar untuk memperkirakan kecepatan aliran darah perifer.
- 4) Suhu tubuh dan kelembaban tangan dikontrol oleh sistem saraf otonom. Pada keadaan normal, tangan terasa hangat dan kering. Pada keadaan stres, tangan akan terasa dingin dan lembab. Pada keadaan syok kardiogenik, tangan terasa sangat dingin dan basah akibat stimulasi sistem saraf simpatis dan mengakibatkan vasokonstriksi.
- 5) Edema
- 6) Jari gada (*clubbing finger*)

c. Breathing/pengkajian sistem pernapasan

- 1) Inspeksi: bentuk dada, kesimetrisan gerakan pernapasan

- 2) Palpasi: gerakan dinding toraks saat inspirasi dan ekspirasi, taktil fremitus
 - 3) Perkust resonan, hiperresonan
 - 4) Auskultasi, suara napas nomal: hakeobronkhial bronkovesikuler, vesikuler.
- d. Jantung
- 1) Inspeksi: menentukan bentuk prekordium dan denyut pada apeks jantung. Denyut nadi pada dada dianggap sebagai denyut vena.
 - 2) Palpasi: mendeteksi kelainan yang tampak saat inspeksi.
 - 3) Palpasi denyut apeks:
 - a) Normal pada interkosta ke 5 (2-3 cm medial garis midklavikula). Dapat tidak teraba bila klien gemuk, dinding toraks tebal, emfisema, dan lain- lain.
 - b) Meningkatkan bila curah jantung besar, misalnya pada insufisiensi aorta/mitral.
 - c) Thrill: aliran darah yang turbulen menimbulkan murmur jantung saat auskultasi, terkadang dapat teraba. Murmur yang teraba disebut thrill
 - d) Palpasi arteri karotis: memberikan informasi mengenai bentuk gelombang denyut aorta yang dipengaruhi oleh berbagai kelainan jantung.

e) Tekanan vena jugularis: pengkajian tekanan vena jugularis memberikan informasi mengenai fungsi atrium kanan dan ventrikel kanan.

4) Perkusi

Perkusi dilakukan untuk menentukan adanya kardiomegali, efusi perikardium, dan aneurisma aorta.

5) Auskultasi

Auskultasi bunyi jantung yang normal menunjukkan adanya dua bunyi yang disebut bunyi jantung pertama (S1) dan bunyi jantung kedua (S2) Bunyi abnormal jantung: gallop, snap dan kdik, murmur

e. Brain

1) Pemeriksaan kepala dan leher: difokuskan untuk mengkaji bibir dan cuping telinga untuk mengetahui adanya sianosis perifer atau kebiruan

2) Pemeriksaan raut muka

a) Bentuk muka: bulat, lonjong, dan sebagainya

b) Ekspresi wajah tampak sesak, gelisah, kesakitan

c) Tes saraf dengan menyeringai, mengerutkan dahi untuk memeriksa fungsi saraf VII

3) Pemeriksaan bibir biru (sianosis), pucat (anemia)

4) Pemeriksaan mata

a) Konjungtiva: pucat (anemia), petekie (perdarahan di bawah kulit atau selaput lendir) pada endokarditis bakterial

- b) Sklera: kuning (ikterus) pada gagal jantung kanan, penyakit hati
- c) Komea: arkus senilis (garis melingkar putih atau abu-abu di tepi komea) berhubungan dengan peningkatan kolesterol atau penyakit jantung koroner
- d) Funduskopi yaitu pemeriksaan fundus mata menggunakan ophthalmoskop untuk menilai kondisi pembuluh darah retina khususnya pada klien hipertensi.

5) Pemeriksaan neurosensory

Pengkajian neurosensori ditujukan terhadap adanya keluhan pusing, berdenyut selama tidur, bangun, duduk, atau istirahat. Pengkajian objektif klien meliputi wajah meringis, perubahan postur tubuh, menangis, merintih, meregang, menggeliat, menarik diri, dan kehilangan kontak mata. Demikian pula dengan adanya respons otomatis perubahan frekuensi atau irama jantung, tekanan darah, pernapasan, warna kulit, kelembapannya dan tingkat kesadaran.

f. Bladder

Penurunan haluaran urin merupakan temuan signifikan yang harus dikaji lebih lanjut untuk menentukan apakah penurunan tersebut merupakan penurunan produksi urin yang terjadi bila perfungsi ginjal menurun) atau karena ketidakmampuan klien buang air kecil. Daerah suprapubik harus diperiksa terhadap adanya massa oval dan diperkusi terhadap adanya pekak yang menunjukkan kandung kemih yang penuh (distensi kandung kemih).

g. Bowel

Pengkajian harus meliputi perubahan nutrisi sebelum atau pada saat masuk rumah sakit, dan yang terpenting adalah perubahan pola makan setelah sakit. Kaji penurunan turgor kulit, kulit kering atau berkeriput, muntah, dan perubahan berat badan.

Refluks hepatojugular

Pembengkakan hepar terjadi akibat penurunan aliran darah balik vena yang disebabkan karena gagal ventrikel kanan. Hepar menjadi besar, keras, tidak nyeri tekan, dan halus. Refluks hepatojugular dapat diperiksa dengan menekan hepar secara kuat selama 30 sampai 60 detik dan akan terlihat peninggian tekanan vena jugularis sebesar 1 cm. Peninggian ini menunjukkan ketidakmampuan sisi kanan jantung merespons kenaikan volume

h. Bone

Kebanyakan klien yang menderita gangguan pada sistem kardiovaskuler juga mengalami penyakit vaskuler perifer atau edema perifer akibat gagal ventrikel kanan oleh karena itu, pengkajian sirkulasi arteri perifer dan aliran darah balik vena dilakukan pada semua klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler. Selain itu, tromboflebitis juga dapat terjadi akibat berbaring lama sehinggamenemukan pemantauan yang seksama.

1) Keluhan lemah, cepat lelah, pusing, dada rasa berdenyut da berdebar.

- 2) Keluhan sulit tidur (karena adanya ortopnea, dispnea, dispnea nokturnal paroksimal, nokturia, keririt malam hari).
- 3) Istirahat tidur kaji kebiasaan tidur siang dan malam, berapa jam klien tidur dalam 24 jam dan apakah klien mengalami sulit tidur dan bagaimana perubahannya setelah klien mengalami gangguan pada sistem kardiovaskuler.
- 4) Aktivitas: kaji aktivitas klien di rumah atau di rumah sakit Apakah ada kesenjangan yang berarti misalnya pembatasan aktivitas. Aktivitas klien biasanya berubah karena klien merasa sesak napas saat beraktivitas
- 5) kebersihan badan, gigi dan mulut, rambut, kuku, dan pakaian; dan kemampuan serta kemandirian dalam melakukan kebersihan diri (Setiati et al., 2016).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung **(SDKI: HAL.34 Kode D.0008).**
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan **(SDKI: HAL.128 Kode D.0056).**
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah **(SDKI: HAL.37 Kode D.0009).**
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis **(SDKI: HAL.172 Kode D.0077).**
5. Resiko syok berhubungan dengan hipoksia **(SDKI: HAL.92 Kode D.0039).**

6. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (**SDKI: HAL.26 Kode D.0005**).
7. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (**SDKI: HAL.130 Kode D. 0057**).

2.3.3 Intervensi Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (**SDKI: HAL.34 Kode D.0008**).

Definisi : Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pemurunan curah jantung dapat meningkat

Kriteria Hasil : (**SLKI: HAL.20 Kode L.02008**)

- a. Kekuatan nadi perifer menjadi meningkat
- b. Gambaran ekg aritmia menjadi menurun
- c. Kelelahan menjadi menurun

Intervensi :

- a. Kaji dan laporkan frekuensi, irama jantung

Rasional: Biasanya terjadi takikardi (meskipun pada saat istirahat) untuk mengkompensasi penurunan kontraktilitas ventrikel.

- b. Catat bunyi jantung

Rasional: S1 dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa. Irama Gallop umum (S3 dan S4) dihasilkan sebagai aliran darah keserambi yang disteni. Murmur dapat menunjukkan Inkompetensi/stenosis katup.

c. Palpasi nadi perifer

Rasional: Penurunan curah jantung dapat menunjukkan menurunnya nadi radial, popliteal, dorsalis, pedis dan posttibial. Nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk dipalpasi dan pulse alternan.

d. Pantau tensi darah pada klien

Rasional: Pada gagal jantung koroner dini, sedng atau kronis tekanan darah dapat meningkat. Pada *high common factor* lanjut tubuh tidak mampu lagi mengkompensasi dan hipotensi tidak dapat normal lagi.

e. Kaji kulit terhadap pucat dan sianosis

Rasional: Pucat menunjukkan menurunnya perfusi perifer ekunder terhadap tidak dekutnya curh jantung; vasokonstriksi dan anemia. Sianosis dapt terjadi sebagai refrakstori gagal jantung koroner dini. Area yang sakit sering berwarna biru atu belang karena peningkatan kongesti vena.

f. Berikan oksigen tambahan dengan kanula nasal/masker dan obat sesuai indikasi dan advice dokter.

Rasional: Meningkatkan sediaan oksigen untuk kebutuhan miokard untuk melawan efek hipoksia/iskemia. Banyak obat dapat digunakan untuk meningkatkan volume sekuncup, memperbaiki kontraktilitas dan menurunkan kongesti.

(SIKI: HAL.317 Kode 1.02075)

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan **(SDKI: HAL.128 Kode D.0056).**

Definisi : Tidak terpenuhinya kecukupan energy untuk melakukan aktifitas sehari-hari.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktifitas menjadi meningkat.

Kriteria Hasil : **(SLKI: HAL.149 Kode L.05047)**

- a. Saturasi oksigen menjadi meningkat
- b. Keluhan lemah menjadi menurun
- c. Tekanan darah membaik

Intervensi :

- a. Periksa onset dan pemicu terjadinya aritma.

Rasional: Respons klien terhadap aktifitas dapat mengindikasikan penurunan kadar oksigen selama aktifitas

- b. Anjurkan menghindari peningkatan tekanan abdomen misalnya mengejan saat defekasi.

Rasional: Mengejan dapat mengakibatkan kontraksi otot dan vasokonstriksi yang dapat meningkatkan preload, tahanan vascular sistemik serta beban jantung

- c. Evaluasi tanda tanda vital saat kemajuan aktivitas.

Rasional: Dapat menunjukkan peningkatan dekompensasi jantung pada saat kelebihan aktivitas.

d. Implementasi program rehabilitasi jantung/aktivitas

Rasional: Peningkatan bertahap pada aktivitas klien supaya dapat menghindari kerja jantung/konsumsi oksigen berlebihan.

(SIKI: HAL.152 Kode 1.02035)

3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

(SDKI: HAL.37 Kode D.0009).

Definisi : suatu penurunan sirkulasi darah pada setase level kapilerserta dapat mengganggu metabolisme pada mekanisme tubuh

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi periver menjadi meningkat

Kriteria Hasil : **(SLKI: HAL.84 Kode L.02011)**

- a. Denyut nadi periver dapat meningkat
- b. Warna kulit pucat menjadi menurun
- c. Tekanan darah sistolik/distolik menjadi membaik

Intervensi :

- a. Periksa sirkulasi perifer (misalnya nadi, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)

Rasional: Dikhawatirkan bila terjadi hipotensi dapat terjadi dengan disfungsi ventrikel, serta bila terjadi hipertensi juga merupakan hal yang umum dimana berhubungan dengan rasa nyeri dan cemas pada klien menghimbau supaya berhenti merokok.

Rasional: Dikarenakan merokok dapat menyebabkan meningkatnya adesi

trombosit sehingga merangsang terbentuknya thrombus pada arteri

- b. Anjurkan kepada klien supaya menggunakan obat2an yang disediakan

Rasional: Agar klien paham akan penggunaan obat yang digunakan serta untuk meringankan diagnose penyakit yang dialami.

- c. Berikan dukungan secara psikologis

Rasional: Agar dapat memberikan maupun meningkatkan motivasi klien dalam berolahraga maupun bergerak untuk memenuhi kualitas hidup dasar.

(SIKI: HAL.345 Kode 1.02079)

4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis **(SDKI: HAL.172 Kode D.0077).**

Definisi : pengalaman sensorik /emosinal yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan kejadian mendadak atau lambat dan berintegritas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pada pasien dapat berkurang.

Kriteria Hasil : (SLKI: HAL.145 Kode L.08066)

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun

Sikap protektif menurun

Intervensi :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional: Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pada saat nyeri terjadi

- b. Identifikasi skala pada nyeri klien

Rasional: Untuk mengetahui skala nyeri yang terjadi pada klien

- c. Identifikasi nyeri non-verbal

Rasional: Untuk mengetahui respon nyeri non-verbal pada klien agar bisa diambil penanganan terbaik

- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- e. Kontrol lingkungan yang memperberat kualitas nyeri

Rasional: Untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitas nyeri

- f. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional: Untuk mengetahui apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri

- g. Kolaborasi pemberian analgesic

Rasional: Pemberian obat-obatan anti nyeri supaya nyeri berkurang pada klien.

(SIKI: HAL.201 Kode 1.08238)

5. Resiko syok berhubungan dengan hipoksia **(SDKI: HAL.92 Kode D.0039).**

Definisi : suatu hal yang terjadi pada klien dimana mengalami ketidak cukupan aliran darah ke jaringan tubuh yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa klien.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat syok pada klien menjadi menurun

Kriteria Hasil : **(SLKI: HAL.148 Kode L.03032)**

- a. Kekuatan nadi menjadi meningkat
- b. Saturasi oksigen menjadi meningkat
- c. Sekanan darah sistol/diastole menjadi membaik

Intervensi :

- a. Monitor status oksigenasi pada klien

Rasional: Diharapkan kebutuhan oksigen bisa dipertahankan >94% dalam proses pertukaran gas

- b. Pemasangan kateter urine untuk menilai produksi urine

Rasional: Bisa menilai balance cairan, warna, masa, bau agar dapat di gunakan sebagai data dalam pengkajian.

- c. Lakukan skintex pada klien

Rasional: Diharapkan klien tidak terdapat alergi pada jenis obat-obatan yang akan diberikan.

- d. Monitor status kardiopulmonal pada klien

Rasional: Diharapkan pemantauan pada EKG klien serta perubahan pada frekuensi dan kekuatan nadi, nafas serta tensi darah

(SIKI: HAL.186 Kode 1.02068)

6. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas **(SDKI: HAL.26 Kode D.0005).**

Definisi : suatu pola nafas dimana inspirasi serta ekspirasi kasar O₂ yang tidak memberikan ventilisasi yang adekuat

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas menjadi membaik

Kriteria Hasil : **(SLKI: HAL.95 Kode L.01004)**

- a. Ventilisasi semenit menjadi meningkat
- b. Frekuensi nafas menjadi membaik
- c. Kedalaman nafas membaik

Intervensi :

- a. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)

Rasional: Agar mengetahui tanda dan gejala awal serta perubahan pola nafas pada klien
- b. Monitor bunyi nafas tambahan (ronchi, wheezing, mengi)

Rasional: Agar mengetahui bunyi nafas pada klien jika mengalami gangguan pada klien
- c. Monitor sputum (jumlah, warna)

Rasional: Agar mengetahui jumlah dan warna sputum pada klien
- d. Posisikan semi fowler–fowler serta senyaman mungkin

Rasional: Agar klien tidak merasakan lagi keadaan sesak nafasnya
- e. Ajarkan batuk efektif pada klien

Rasional: Membantu klien mengeluarkan dahak secara mandiri
- f. Pemberian terapi Oksigen pada klien

Rasional: Membantu serta menunjang klien dalam bernafas

- g. Kolaborasi pemberian obat ekspektoran

Rasional: Obat inhalasi dapat membantu untuk mengencerkan dahak

(SIKI: HAL.186 Kode 1.01011)

- 7. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis **(SDKI: HAL.130 Kode D.0057).**

Definisi : suatu gejala dimana penurunan kapasitas kerja fisikserta mental pada klien yang tidak pulih dengan istirahat

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat keletihan terlihat menurun

Kriteria Hasil : **(SLKI: HAL.1 Kode L.05046)**

- a. Kemampuan melakukan aktifitas rutin meningkat
- b. Gelisah menjadi menurun
- c. Selera makan menjadi membaik

Intervensi :

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuhyang mengakibatkan kelelahan

Rasional: Variasi penanpilan serta perilaku klien karena adanya kelemahan terjadi sebagai temuan dalam pengkajian

- b. Monitor pola dan jam tidur

Rasional: Pada pola istirahat akan dapat menurunkan kebutuhan oksigen jaringan perifer serta meningkatkan suplai darah dan oksigen ke seluruh tubuh

- c. Anjurkan klien untuk melakukan tirah baring

Rasional: Agar klien dapat mengurangi beban pada kerja jantung serta meningkatkan tenaga cadangan jantung dan mengnurunkan tekanan darah

- d. Berikan istirahat yang cukup serta lingkungan dengan keadaan yang tenang

Rasional: Supaya klien dapat menurunkan stress emosi yang adapat menghasilkan respon vasokontriksi, yang mengakibatkan terkait langsung dengan peningkatan tekanan darah, frekuensi dan kerja jantung.

(SIKI: HAL.176 Kode 1.05178)

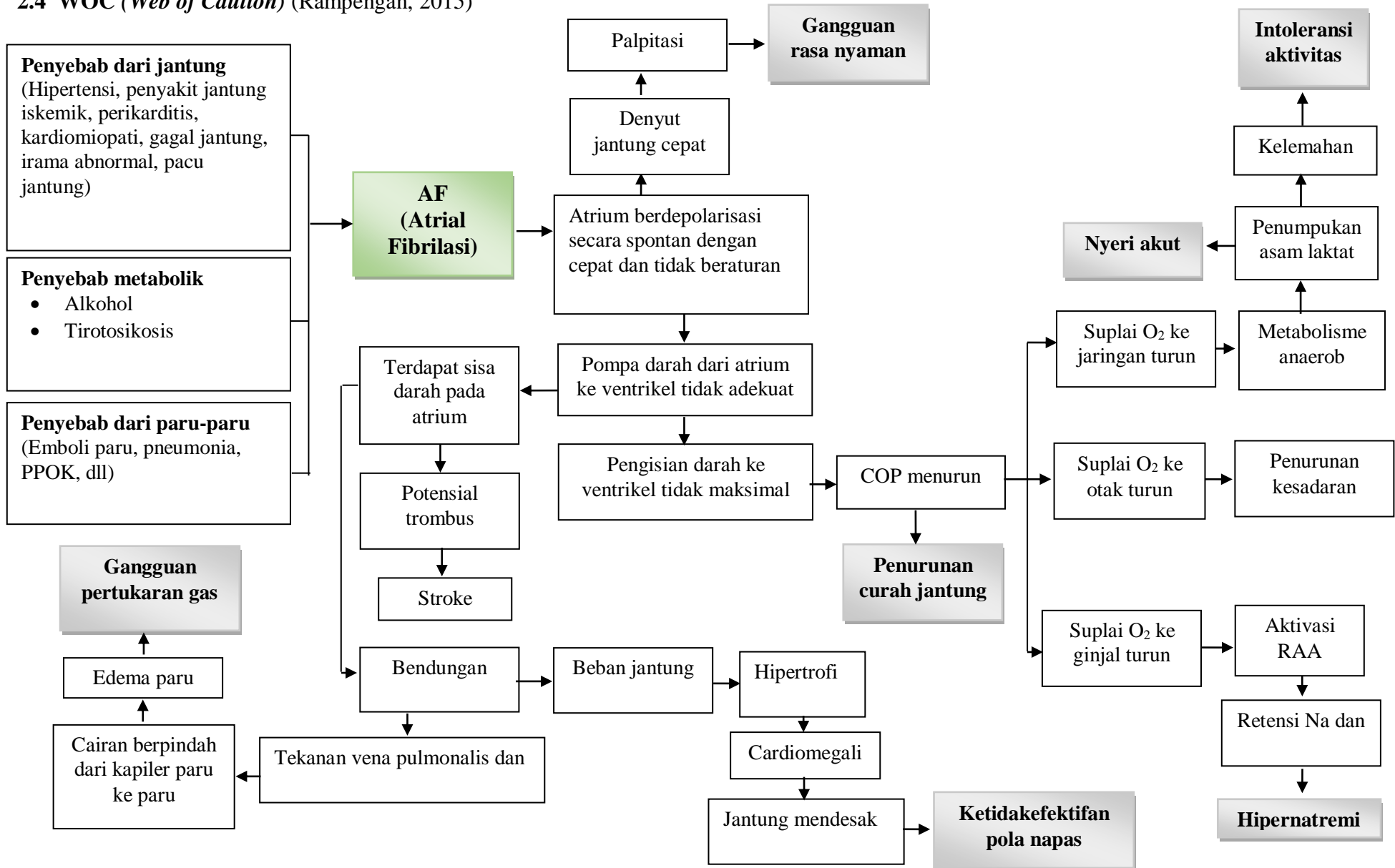
2.3.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan, tetapi tidak menutup kemungkinan akan menyimpang dari rencana yang ditetapkan pada situasi dan kondisi pasien (Muttaqin, 2009).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai juga sebagai atau timbul masalah baru (Muttaqin, 2009).

2.4 WOC (*Web of Caution*) (Rampengan, 2015)



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada diagnosa atrial fibrilasi (AF), maka penulis menyajikan suatu kasus yang diamati tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 19 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 jam 07.00 WIB sehingga diperoleh data dari klien, keluarga klien serta nomor file rekam medik 685xxxx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Klien merupakan seorang laki-laki bernama Tn R berumur 54 tahun, bertempat tinggal dikawasan Surabaya, beragama Islam, bersuku Jawa,berbahas Indonesia, pekerjaan terakhir sebagai Purnawirawan TNI, pendidikan terakhir SMA, sudah menikah serta mempunyai 2 orang anak Perempuan dan Laki – laki, No Rekam medik 685xxxx .) serta MRS di IGD tanggal 16 januari 2022, pukul 07.00 WIB. kliens dirawat dengan diagnosis medis Atrium fibrilasi.(AF). Pada tanggal 16 januari 2022, pukul 10.30 WIB klien dipindahkan diruang ICCU untuk mendapatkan penanganan intensif lanjutan

3.1.2 Riwayat Sehat dan Sakit

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri di daerah dada

P : Pasien mengatakan nyeri di dada

Q : Perih

R : Didada menjalar ke dada

S : Skala nyeri 3 (0-10)

T : Nyeri hilang dan timbul

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan nyeri Dada serta menjalar ke dada pada tanggal 15 Januari 2022 sekitar pukul 20.00 WIB. Saat itu pasien kerumah saudara tiba-tiba pasien merasanya nyeri dada, nyeri yang dirasakan pasien terasa perih, skala nyeri 7 (1-10) dan tidak hilang ketika pasien istirahat kemudian pasien meminta ijin untuk pulang mendahului. Pada saat dirumah pasien mencoba untuk istirahat tidur tetapi nyeri semakin bertambah, nyeri yang diraskan perih serta menjalar ke dada bagian kiri atas dan tidak menjalar ke punggung. badan meriang, dan tidak nafsu makan serta mual sebelumnya. tanggal 16 Januari 2022 sekitar pukul 07.00 WIB keluarga membawa TN. R ke IGD RSPAL dan dilakukan tindakan pemeriksaan KU serta sudah diberikan tindakan pemasangan infus dan pemeriksaan laboratorium, serta pemeriksaan EKG, kesadaran klien pada waktu itu compos menis, TTV didapatkan TD: 140/106 mmHg, N: 154 x/menit, RR: 21 x/menit, T: 36,4 C, SPO2 98%, LAB, EKG, foto thotax dan diberikan terapi: pemasangan nasal kanul 3 lpm, infus Ns 21 tpm, injeksi Omeprazol 40 mg serta injksi Diphenhidamin 1amp melalui IV,.

Pada pukul 10.30 WIB pasien dipindah keruang ICCU-CPU untuk untuk mendapatkan perawatan lanjutan . kesadaran klien pada waktu itu compos

menis, TTV didapatkan TD: 140/106 mmHg, N: 154 x/menit, RR: 21 x/menit, T: 36,4 C, SPO2 98%, LAB, EKG, foto thotax dan diberikan terapi: pemasangan nasal kanul 3 lpm, infus Ns 21 tpm,serta timbang terima obat2an dari IGD. Di ruang ICCU-CPU pasien mendapatkan terapi Digoksin 0,25 mg 1X1ampul bolus pelanserta setiap 6 jam kemusiaan dosis diturunkan menjasi ½ ampul, Simarc 2 Imm, Aspilet 1x1, Nitrokaf retard 2,5 mg 2x1, Concor 2,5 mg 1x1tab, Spironolakton 25mg 1x1tab, Condersartan cilexetil 16 mg 1x1tab, Digoxin disuntukkan Iv, Inj

Pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 07.00 WIB dilakukan pengkajian, pasien mengatakan nyeri dada berkurang tetapi kadang nyeri itu muncul dan tidak sesakit yang pertama masuk IGD dengan TTV TD: 130/98 mmHg, N: 90 x/menit, S: 36,4 C dan RR 20 x/menit.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan bahwa mempunyai riwayat penyakit maag sejak kecil sekitar umur 15 tahun tetapi pada saat dewasa penyakit maag tersebut tidak pernah kambuh kembali dan apabila kambuh pasien hanya beristirahat tidak pernah berobat ke puskesmas maupun RS. Pasien merokok sejak pasien umur 21 tahun. Serta berhenti sejak 1 tahun yang lalu

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan bahwa keluarga pasien yaitu tidak mempunyai piwayat penyakit Hipertensi maupun Diabetik

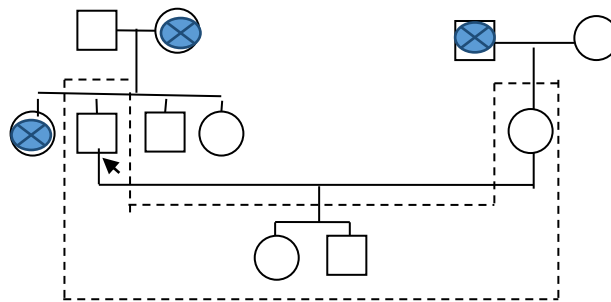
5. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan bahwa tidak pernah memiliki alergi terhadap makanan maupun obat-obatan

6. Keadaan Umum

Keadaan umum pasien baik dengan kesadaran compos mentis. Hasil tanda – tanda vital tekanan darah 140/106 mmHg, Nadi radialis teraba kuat dengan kualitas 90-100 x/ menit, suhu axila 36,4 C dan respiratori rate 21 x/menit dengan irama regular.

7. Genogram



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. R

Keterangan:

□ Laki-laki
○ Perempuan

✦ Pasien

---- Tinggal serumah

✕ Meninggal

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 : Breath/Pernapasan

Anamnesa : Pasien mengatakan tidak sesak nafas

Inspeksi : Irama nafas regular dengan kualitas 20x/menit, otot

bantu nafas (sterno kleido mastoideus) tidak ada, selang WSD tidak terpasang, pergerakan nafas cuping hidung tidak ada, septum hidung tepat di tengah, bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris. tanda vital tekanan darah 140/106 mmHg, Nadi radialis teraba kuat dengan kualitas *atrial fibrillation normo response* 90-100 x/ menit, suhu axila 36,4 C dan respiratori rate 21 x/menit dengan irama regular.

Dari foto forax di dapatkan

Aorta dan mediastinum tidak melebar, trachea di tengah

Cor membesar

Pulmo : tak tampak infiltrat, corakan bronchovascular baik

Sinus costophrenicus dan diafragma baik

Tulang dan soft tissue baik

Kesan:

Cardiomegali, CTR = 60 %

Pulmo tak tampak kelainan

Palpasi : Vocal femitus teraba seimbang kanan dan kiri, pergerakan dada teraba simetris, tidak ada krepitasi

Perkusi : Perkusi dada sonor

Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ditemukan suara nafas tambahan

MK: Penurunan Curah Jantung

2. B2: Blood / Sirkulasi

- Anamnesa :Pasien mengatakan nyeri dada tetapi nyeri tidak sehebat seperti pertama kali masuk IGD
- P : Pasien mengatakan nyeri di dada
- Q : Perih
- R : Pada region dada
- S : Skala nyeri 3 (0-10)
- T : Nyeri hilang dan timbul
- Inspeksi : Pasien tampak menyeringai saat nyeri, konjungtiva tidak anemis, wajah terlihat tidak pucat, mata tidak cowong, tidak ada pembesaran vena jugularis, pergerakan ictus cordis terlihat, akral tangan dan kaki terlihat merah, tidak terpasang JVP maupun CVP.
- Palpasi :CRT <2 detik, akral teraba hangat kering, ictus cordis teraba bergeser (SIC V linea midklafikula 1 jari sinistra), nadi teraba regular dan kuat 154x/menit, sklera konjungtiva normal, kekuatan ictus cordis kuat, tidak ada nyeri tekan di dada
- Perkusi :Perkusi pekak pada SIC II linea parasternalis sinistra (batas atas kiri), pada ICS II linea parasternalis dextra, (batas atas kanan), pada ICS IV Parasternalis dextra (batas bawah kanan) dan pada SIC IV linea medio klafikularis sinistra.
- Auskultasi : Irama jantung ireguler, bunyi jantung S3-S4 irama gallop umum.

MK: Nyeri akut

3. B3: Brain / Persarafan

- Anamnesa : - N1 Olfaktorius: Pasien dapat mengidentifikasi bau dengan baik
- N2 Optikus: Pasien dapat membedakan warna dengan baik dan memiliki ketajaman penglihatan yang baik
 - N3 Oculomotorius: Tidak ada edema palpebral konjungtiva tidak anemis dan reflek pupil isokor
 - N4 Trochlearis: Pergerakan bola mata pasien memiliki luas pandang baik
 - N5 Trigemini: Pasien bisa merasakan perubahan kualitas benda saat kontak dengan kulit dan otot wajah berfungsi dengan baik
 - N6 Abducen: Bola mata pasien bisa memfokuskan pandangan dan bisa mengikuti perubahan arah dengan baik
 - N7 Fasialis: Pasien dapat membedakan rasa dengan baik
 - N8 Vestibulotrochlearis: Pasien bisa membedakan dan mendengarkan sumber suara dengan baik
 - N9 Glosfaringeus: Reflek menelan pasien baik
 - N10 Vagus: Getaran pita suara baik saat pasien berbicara
 - N11 Assesorius: Kekuatan otot dan kesimetrisan bahu

baik serta memiliki daya dorong baik

- N12 Hipoglossus: Pasien memiliki pergerakan dan kekuatan lidah yang baik

Inspeksi : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, \reflek mata 4 (membuka secara spontan), refleks verbal 5 (orientasi baik), refleks motorik 6 (melakukan perintah dengan benar), pupil isokor diameter kanan/kiri 2mm/2mm. refleks cahaya +/+

Palpasi dan perkusi : refleks fisiologis (patella +/+, kremaster +/+, trisep +/+, bisep +/+), refleks patologis (babinsky -/-, brudzinsky-/-, kernig -/-)

Auskultasi : -----

MK: Tidak ada masalah keperawatan

4. B4/ Bladder/ Perkemihan

Anamnesa : Pasien mengatakan frekuensi berkemih kurang lebih 4x dalam sehari, pola minum dalam sehari pasien sebelum masuk rumah sakit dapat menghabiskan kurang lebih 1,5 liter, pasien tidak memiliki gangguan berkemih

Inspeksi : Pasien terpasang kateter ukuran 18. Jumlah urine pasien yang dikeluarkan kurang lebih 1500cc/24 jam, warna kuning, urine tidak berbau menyengat

Balance cairan:

Input cairan:

Air (makan dan minum)	: 800cc
Cairan infus	: $500 \times 2 = 1000$ cc/24 jam
Terapi injeksi	: 100cc
Air metabolisme	: 400cc
Total input cairan	: 2300cc/24jam

Output cairan:

Urine tamping kateter	: ± 1500 cc/24jam
Feses	: ± 100 cc
IWL	: $15 \text{cc} \times 55 \text{kg} = 750$ cc
Total output cairan	: 2350cc/24jam

Hasil balance $2300 \text{cc} - 2350 \text{cc} = -50 \text{cc}/24$ jam

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih

Perkusi : suara kandung kemih timpani

Auskultasi : -----

MK: Tidak ada masalah keperawatan

5. B5: Bowel/ Pencernaan

Anamnesa : Pasien mengatakan tidak mual muntah, pasien menyukai jenis makanan yang berkuah seperti sayur-sayuran dan menyukai ikan laut, nafsu makan baik, kebiasaan defekasi 1x/hari secara konsisten dan feses lembek

Inspeksi : Pasien menghabiskan 1/2 porsi makanan, pasien tidak terpasang NGT, ada reflek menelan, mukosa bibir lembab, tidak di dapatkan hematemesis dan

melena pada feses pasien

Palpasi dan perkusi : Ada nyeri tekan pada abdomen di daerah dada dan titik mac burney, tidak teraba pembesaran hati dan limpah

Auskultasi : Tedengar peristaltic usus 11 x/menit

MK: Nyeri akut

B6: Bone/Muskuloskeletal

Anemnesa : Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas saat nyeri datang, terutama saat berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi. Apabila nyeri datang pasien tidak bisa beraktivitas

Inspeksi : Tidak terdapat edema, kemampuan pergerakan sendi bebas, skala kekuatan otot

5555	5555
5555	5555

tidak ditemukan atrofi dan hiperatrofi, tidak ada paralisis, tidak terdapat hemiparase dan tidak ada deformitas, nyeri sendi dan nyeri tulang tidak ditemukan, tidak terdapat fraktur, tidak ditemukan adanya dislokasi dan alat bantu seperti traksi atau gips.

Palpasi : Turgor kulit baik dan elastis dan tidak terdapat krepitasi, tidak terjadi kelemahan otot.

Perkusi : -----

Auskultasi : -----

MK: Nyeri akut ,Intoleransi Aktivitas

6. Sistem Integumen

Inspeksi : Warna kulit normal, tidak ada kelainan pigmentasi,
tidak ditemukan keputihan dan sianosis

Palpasi : Turgor kulit elastis, suhu kulit hangat, tidak terdapat
bau busuk,

Perkusi : -----

Auskultasi : -----

MK: Tidak ada masalah keperawatan

7. Pola Istirahat dan Tidur

Istirahat tidur : Jumlah tidur siang

SMRS : ± 2 jam (14.00-15.00 WIB)

MRS : ± 2 jam (14.00-15.00 WIB)

Jumlah tidur malam SMRS : ± 7 jam (22.00-04.00 WIB)

MRS : ± 9 jam (21.00-04.00 WIB)

Pola tidur baik, tidak terdapat kehitaman pada lingkaran mata, ritual
sebelum tidur berdoa terlebih dahulu

Gangguan tidur : Tidak ada insomnia

MK: Tidak ada masalah keperawatan

8. Sistem Penginderaan

Sistem penglihatan : Lapang pandang normal, pasien tidak buta
warna, pasien dapat membaca dengan jarak 30
cm

Sistem pendengaran : Tidak ada serumen, keadaan telinga bersih,

system pendengaran baik

Sistem penciuman : Tidak ada polip, mukosa hidung lembab

Sistem perabaan : Pasien bisa membedakan perabaan kasar dan halus dengan sesuai

Sistem perasa : Pasien bisa membedakan rasa makanan yang di coba oleh pasien

MK: Tidak ada masalah keperawatan

9. Endokrin

Keadaan tiroid: Tidak ada pemebesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan pada tiroid

Terkait Diabetes Melitus: kadar gula darah dalam batas normal GDA 119 g

Rasional: dl, tidak ada luka ganggren, nafas tidak ada bau aseton

MK: Tidak ada masalah keperawatan

10. Sistem Reprodksi atau Genetalia

Penis : Penis terlihat berbetuk normal, lokasi lubang ditengah dan tidak ada lesi

Skrotum : Skrotum terlihat terdapat 2 testis

Anamnesa : Pasien mengatakan melakukan biasanya hubungan dengan istri 1 minggu 2 kali, pasien mempunyai 2 anak, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada system genetalia

MK: Tidak ada maslah keperawatan

11. Personal Hygiene

Tabel 3.1 Pengkajian Personal Hygiene Tn. R

Aktivitas	SMRS	MRS
Mandi	2x sehari	2x sehari
Keramas	1x sehari	1x sehari
Menggosok gigi	3x sehari	3x sehari
Toileting/ eliminasi	±4x sehari	±4x sehari
Menyisir rambut	2 x sehari	2x sehari
Memotong kuku	1x seminggu	1x seminggu

12. Psikososiocultural

Ideal diri : Pasien dapat menerima kondisi yang dialami saat ini

Gambaran diri : Pasien mengatakan tidak ada kekurangan yang ada didirinya karena pemberian Tuhan wajib disyukuri, penampilan pasien terlihat rapi

Peran diri : Pasien sebagai ayah dari 2 anak dan sebagai suami dari istrinya, pekerjaan pasien sebagai pensiunan TNI, pasien merasa terganggu pekerjaannya oleh sakitnya

Harga diri : Harga diri pasien saat sakit tidak terganggu

Orang paling dekat: Pasien paling dekat dengan istri dan 2 orang anak pasien

Hubungan dengan sekitar: Pasien memiliki hubungan baik dengan keluarga dan tetangga rumah

Keyakinan dan nilai : Pasien bersuku bangsa jawa, pasien menganut agama islam, pasien mengatakan melakukan sholat 5 waktu sebelum masuk rumah sakit dan saat dirumah sakit pasien juga menjalankan sholat

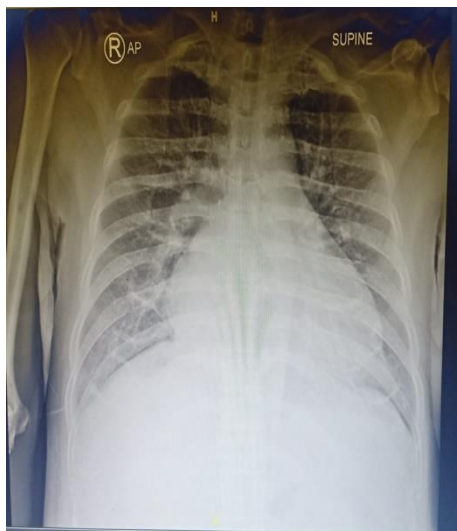
dengan tidur, pasien mengatakan status ekonomi pasien cukup terpenuhi untuk kebutuhan sehari-hari dengan keluarga

Pengetahuan tentang penyakit: Pasien mengatakan tahu bahwa ia sakit jantung, Pasien kontrol serta minum obat secara rutin

MK: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.4 Pemeriksaan Diagnostik

1. Pemeriksaan Radiologi pada tanggal 16 Januari 2022



Gambar 3.2 Hasil Foto Torax Tn. R

Hasil Foto Thorax AP

Aorta dan mediastinum tidak melebar, trachea di tengah

Cor membesar

Pulmo : tak tampak infiltrat, corakan bronchovascular baik

Sinus costophrenicus dan diafragma baik

Tulang dan soft tissue baik

Kesan:

Cardiomegali CTR = 60 %

Pulmo tak tampak kelainan

Foto torax dengan CTR hasil normal

$$A=7$$

$$B=15$$

$$C=30$$

$$\frac{A+B}{C} = \frac{2+5}{30} = 0,60 \quad \text{Cardiomegali} \leq 0,50$$

2. Hasil Laboratorium terbaru pada tanggal 16 Januari 2022

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
DARAH LENGKAP			
Leukosit	9.44	$10^3/\text{ul}$	4.0-10.0
Hitung jenis Leukosit			
• . Eosinofil #	0.04	$10^3/\text{ul}$	0.02-0.50
• . Eosinofil % L	0.40	%	0.5-5.0
• . Basofil #	0.01	$10^3/\text{ul}$	0.00-0.10
• . Basofil %	0.10	%	0.00-1.00
• Neutrofil #	6.74	$10^3/\text{ul}$	2.00-7.00
• Neutrofil% H	71.40	%	50.0-70.0
• Limfosit #	2.10	$10^3/\text{ul}$	0.80-4.00
• Limfosit %	22.20	%	20.00-40.00
• Monosit #	0.55	$10^3/\text{ul}$	0.12-1.20
• Monosit %	5.90	%	3.00-12.00
HEMOGLOBIN	16.20	g/dl	13-17
Hematrokrit	44.50	%	40.0- 54.0
Eritrosit	4.99	$10^3/\text{ul}$	4.00-5.50
Indeks Eritrosit :			
• MCV	89.1	fmol/cell	80-100
• MCH	32.5	pg	26-38
• MCHC H	36.5	g/dl	32-36
.RDW CV	12.8	%	11.0- 16.0
RDW _SD	42.6	fL	35.0-56.0
Trombosit	159.0	$10^3/\text{Pl}$	150- 450
Indeks Trombosit :			
.MPV	11.8	fL	6.5-12.0
.PDW	16.4	%	15-17

PCT	L	0.187	10 ³ /pL	1.08- 2.82
P-LCC		62.0	10 ³ /uL	30-90
P-LCR		39.1	%	11.0-45.0

KIMIA KLINIK**DIABETIK**

Glukosa Stik (Glukometer) **H** 144 mg/dl 74-106

Fungsi Ginjal

Kreatinin 1.03 mg/dl 0.6-1.5

BUN 17 mg/dl 10-24

ELEKTROLIT& GAS DARAH

Natrium (Na) 138.7 mEq/L 135-147

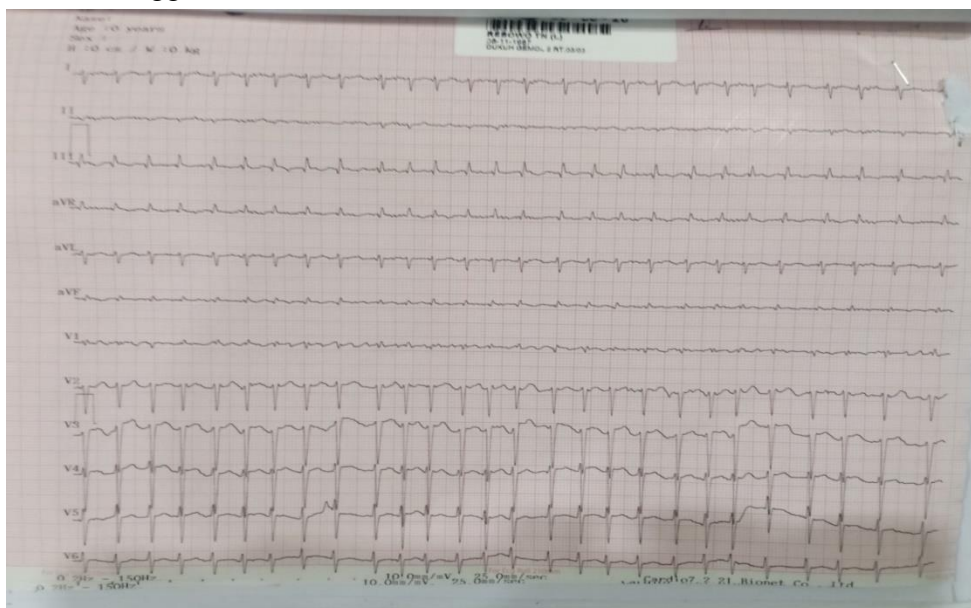
Kalium (K) 3.40 mmol/L 3.0- 5.0

Clorida (C) 102.0 mEa/L 95-105

Keterangan:

L Rendah LL Rendah Kritis H Tinggi HH Tinggi Kritis

3. EKG tanggal 16 Januari 2022

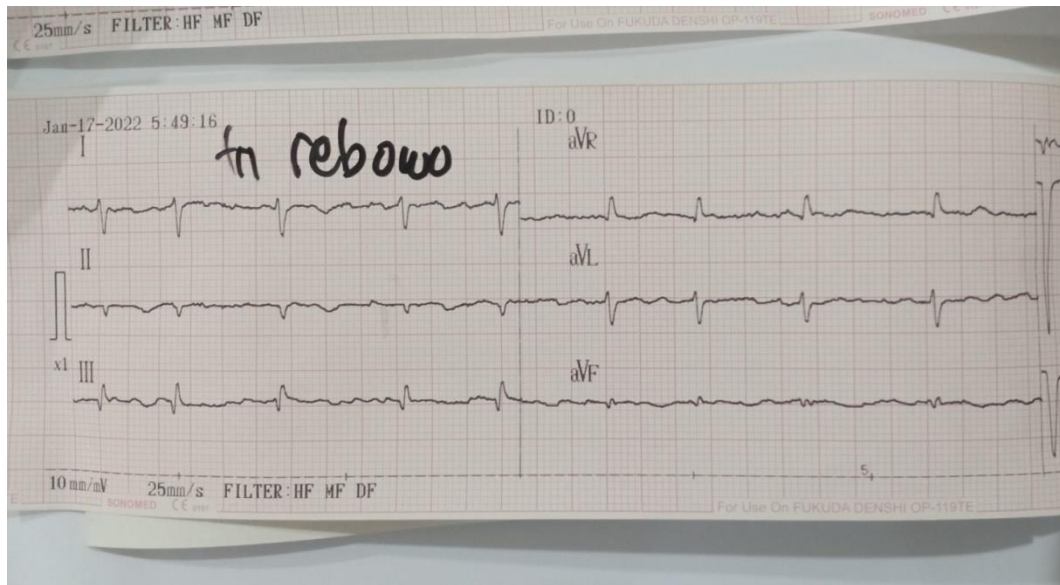


Gambar 3.3 Hasil EKG Tn. R

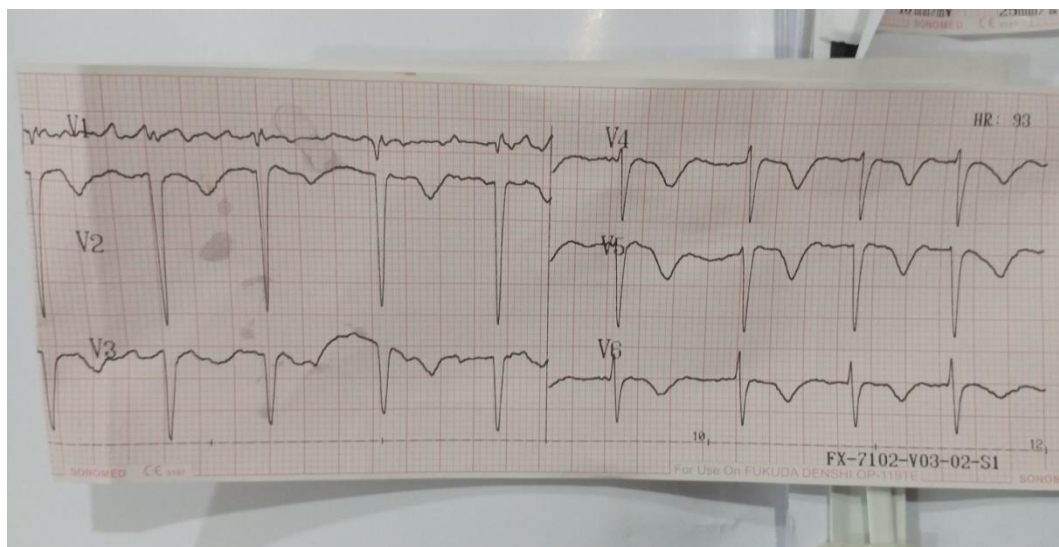
Dari ruang IGD Menunjukkan adanya hasil

1. Irama jantung ireguler 100-170 x/menit. (*atrial fibrilasi rapid ventricular respon (RVR)*).
2. QS: V1-V3

4. EKG tanggal 17 Januari 2022



Gambar 3.4 Hasil EKG Tn. R



Gambar 3.5 Hasil EKG Tn. R

Menunjukkan adanya hasil

1. Irama ireguler 90-100 x/menit (*normo ventricular respon (NVR)*)
2. T- inversi V1-V6
3. QS: V1-V3

3.1.5 Pemberian Terapi

Tabel 3.2 Terapi Obat Tn. R di Ruang Jantung RUMKITAL Surabaya

Hari/Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
07/01/22	NaCl Infus	500 ml	Mengembalikan keseimbangan cairan tubuh yang hilang dan NaCl, terapi untuk alkalosis metabolic, pengganti cairan ekstraseluler, pelarut untuk obat yang diberikan secara infuse intravena drip (PERKI, 2014).
	Digoksin 0,25 mg	1x1	Mengatasi beberapa jenis aritmia (gangguan irama jantung), salah satunya atrial fibrasi (AF) dan gagal jantung (PERKI, 2014).
	Simarc 2	Imm	Obat dengan kandungan warfarin 2 mg. Warfarin merupakan obat antikoagulan yang bekerja menghambat dan mencegah terjadinya pembekuan darah pada pembuluh darah vena atau arteri sehingga dapat membantu mengurangi resiko stroke, penyakit jantung, dan kondisi lainnya (PERKI, 2014).
	Aspilet	1x1	Obat pereda nyeri yang efektif untuk penderita infark miokard atau serangan jantung, angina pektoris, dan nyeri lainnya (Rampengan, 2015)..
	Nitrokaf retard 2,5 mg	2x1	Obat yang mengandung Glyceril Trinitrate (Nitroglycerin) 2.5 mg. Obat nitrokaf 2.5mg ini digunakan sebagai terapi jangka panjang pada penderita angina pektoris (nyeri dada) (PERKI, 2014).
	Concor 2,5 mg	1x1	Obat untuk mengobati tekanan darah tinggi (hipertensi) dengan kandungan utama bisoprolol. Obat ini bekerja dengan cara melemaskan kerja pembuluh darah sekaligus memperlambat detak jantung, sehingga berangsur-angsur membantu menurunkan tekanan darah serta meringankan gejala-gejala hipertensi (Rampengan, 2015)..

	Spironolakton 25mg	1x1	Steroid dengan struktur yg mirip Aldosterone, bekerja pada bagian distal dari tubulus ginjal dimana akan terjadi peningkatan ekskresi natrium dan air serta pengurangan ekskresi Kalium sehingga berefek sebagai diuretik dan antihipertensi. Obat ini digunakan untuk hipertensi esensial, edema akibat payah jantung kongestif, edema akibat sirosis hati dengan atau tanpa asites, edema akibat sindroma nefrotik, diagnosa dan pengobatan hiperaldosteronisme primer, pencegahan hipokalemia pada penderita yg mendapat digitalis (PERKI, 2014)
	Condesartan cilexetil 16 mg	1x1	Obat untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi. Obat ini juga digunakan dalam pengobatan gagal jantung (PERKI, 2014).
	Digoxin	Imm	Obat glikosida jantung yang bekerja dengan cara memengaruhi beberapa jenis mineral yang penting dalam kerja jantung, yaitu natrium dan kalium. Cara kerja ini akan membantu mengembalikan irama jantung yang tidak normal dan memperkuat detak jantung (PERKI, 2014).
	Injeksi Diphenhidramin	1amp	Obat untuk meredakan gejala akibat reaksi alergi, rhinitis alergi, dan <i>common cold</i> . Obat ini juga dapat digunakan untuk mengatasi mabuk perjalanan, serta kondisi tremor dan kaku otot pada penderita Parkinson (Rampengan, 2015)..
	Injeksi Omeprazole	1amp	Obat yang sering digunakan untuk memungkinkan saluran cerna sembuh serta mencegah kerusakan lebih lanjut pada saluran cerna akibat penyakit GERD (Rampengan, 2015)..

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

DATA / FAKTOR RESIKO	ETIOLOGI	MASALAH
<p>DS : Pasien mengatakan nyeri di daerah dada sampai belakang P : pasien mengatakan nyeri di dada Q : perih R : region dada S : 3- 4 T : hilang timbul</p> <p>DO : 1. Pasien tampak meringis Ketika nyeri timbul. 2. Pola tidur berubah. 3. Nyeri tekan pada dada menjalar kekiri atas - Tekanan darah: 140/106 - Nadi: 154x/menit - Respiration Rate: 21x/menit - Saturasi Oksigen : 98%</p>	<p>Agen pencedera fisiologis</p>	<p>Nyeri akut (SDKI: HAL. 172 Kode D.0077)</p>
<p>DS: Pasien mengatakan nyeri di daerah dada menjalar kekiri atas</p> <p>DO: 1. Tekanan darah 140/106mmHg 2. Cardiomegali ,CTR = 60 % 3. Irama ireguler 90-100 x/menit (<i>AF normo ventricular respon (NVR)</i>) 4. T- inversi V1-V6 5. QS V1-V3</p>	<p>Perubahan frekuensi jantung</p>	<p>Penurunan Curah Jantung (SDKI: HAL. 34 Kode D.0008)</p>
<p>DS : Pasien mengatakan lemas -</p> <p>DO : 1. Pasien bed rest 2. Mobilisasi dibantu, 3. Pasien tampak lemas, 4. Terpasang infus Ns 14tpm</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas (SDKI: HAL.128 Kode D.0056)</p>

2. Prioritas Masalah

Tabel 3.4 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf (Nama)
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis	17-01-2022	19-01-2022	WS
2.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan frekuensi jantung	17-01-2022	19-01-2022	WS
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	17-01-2022	19-01-2022	WS

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

NO.	MASALAH	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI (OBSERVASI, MANDIRI, EDUKASI, KOLABORASI)	RASIONAL
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis	Diharapkan setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x24 jam nyeri berkurang atau hilang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mencoba metode nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. 2. Frekuensi nadi membaik (60-100x/menit) 3. Pola napas membaik (16-24x/menit) 4. Keluhan nyeri berkurang. 	<p>Intervensi Utama : Manajemen Nyeri (SIKI: HAL 201. Kode 1.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji jenis dan tingkat nyeri pasien, kaji faktor yang memeperberat: lokasi, durasi, intensitas, dan karakteristik nyeri 2. Observasi tanda vital pasien dan melakukan pemeriksaan EKG. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman, dan gunakan bantal untuk menyokong daerah yang sakit bila diperlukan 4. Bantu pasien mengidentifikasi tindakan kenyamanan yang efektif seperti distraksi, relaksasi, kompres dingin/hangat. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sertakan keluarga dalam instruksi pemulangan pasien obat khusus yang harus diminum, frekuensi pemberian, kemungkinan efek samping, 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian berkelanjutan membantu meyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam mengurangi nyeri. 2. Mengetahui keadaan umum pasien dan menentukan tindakan selanjutnya terhadap pasien. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk menurunkan ketegangan atau spasme otot dan untuk mendistribusikan kembali tekanan pada bagian tubuh. 4. Untuk membantu memfokuskan pada masalah yang tidak berhubungan dengan nyeri dan meminimalkan rasa nyeri. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Hal ini membantu pasien dalam perencanaan pulang agar dapat melakukan pengobatan secara

				<p>kemungkinan interaksi obat, kewaspadaan khusus saat mengonsumsi obat tersebut (mis. Pembatasan aktivitas fisik, pembatasan diet).</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antianalgetik dan obat untuk penyakit jantung (Aspilet).</p>	<p>baik dan tepat selama dirumah.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6. Untuk mengurangi atau meminimalkan rasa nyeri yang dirasakan pasien.</p>
2.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan frekuensi jantung	Diharapkan setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan curah jantung membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Lelah menurun 3. CRT membaik 4. Tekanan darah membaik 	<p>Intervensi Utama : Perawatan Jantung (SIKI: HAL 317. Kode 1.02075)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor EKG 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor nilai laboratorium 6. Monitor pemeriksaan jantung <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Posisikan pasien semi-fowler 8. Berikan dukungan emosional dan spiritual <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Berikan obat sesuai advice dokter (digoksin, simarc, concor, CPG). 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui batas-batas curah jantung membaik pasien 2. Dapat merencanakan tindakan apa yang tepat untuk membantu pasien 3. Mengetahui keadaan umum pasien dan menentukan tindakan selanjutnya terhadap pasien. 4. Untuk membantu pasien dalam membantu proses tidur 5. Agar pasien dapat mengatur emosional dan spiritual 6. Membantu meminimalkan rasa nyeri yang dialami oleh pasien. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Untuk mengurangi sesak 8. Sebagai penyemangat atau motivasi untuk pasien <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Sebagai pengobatan penunjang

					bagi pasien dengan AF
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan	Diharapkan setelah Diharapkan setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x24 jam maka Toleransi Aktivitas meningkat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saturasi oksigen normal 2. Aktivitas sehari-hari meningkat 3. Frekuensi nadi normal 4. Keluhan lelah menurun 5. Perasaan lemah menurun 	<p>Intervensi Utama : Manajemen energi (SIKI, I. 05178, hal 176)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Cahaya, Suara, kunjungan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berkolaborasi meningkatkan asupan makanan 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui batas-batas kemampuan pasien dan dapat merencanakan tindakan apa yang tepat untuk membantu pasien dalam beraktivitas. 2. Mengetahui keadaan umum pasien waktu tidur. <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mambantu pasien mendapatkan kualitas tidur yang maksimal <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Agar pasien dapat memposisikan pada keadaan yang Nyman waktu tidur <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Membantu pasien untuk pemenuhan nutrisi yang dibutuhkan

3.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

Hari Tanggal	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi Formatif SOAP/ Catatan Perkembangan
Senin 17/01/22	1,2,3	17/01/22 07.30	<ul style="list-style-type: none"> > Melakukan timbang terima dengan dinas malam <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan compos mentis • GCS: 456 • Tekanan darah: 139/80mmHg • Suhu: 36.7C • Respiration rate: 22x/menit • Nadi: 110x/menit 	WS	Senin, 17/01/22, pukul 14.00 DX 1 S : Pasien mengatakan nyeri dada sudah berkurang <ul style="list-style-type: none"> • P: Pasien mengatakan nyeri di daerah dada berkurang • Q: perih • R: Dada • S: Skala nyeri 3 (0-10) • T: Nyeri hilang dan timbul O : <ul style="list-style-type: none"> - TD : 132/93 mmHg, - N : 94 x/menit, SpO2 98%, terpasang O2 nasal 3 lpm, akril hangat kering, infus ns 20 tpm, - Suhu 36,4C A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi No. 1,2 dan 6 dilanjutkan
	1	07.35	<ul style="list-style-type: none"> > Mengkolaborasi pemberian analgesic (aspilet 80mg) 	WS	
	1,2,3	07.40	<ul style="list-style-type: none"> > Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan memperkenalkan diri 	WS	
	2,3	07.45	<ul style="list-style-type: none"> > Memposisikan pasien semi-fowler dan dengan diberikan oksigen nasal 3 lpm 	WS	
	2	07.50	<ul style="list-style-type: none"> > Memberikan dukungan emosional dan spiritual 	WS	
	3	07.55	<ul style="list-style-type: none"> > Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (lampu diredupkan, AC dengan suhu 28C) 	WS	
	1,2	08.00	<ul style="list-style-type: none"> > Mengkaji jenis dan tingkat nyeri pasien, mengkaji faktor yang memeperberat: 	WS	

			lokasi, durasi, intensitas, dan karakteristik nyeri. Didapatkan hasil:	WS	Senin, 17/01/2022, Pukul 14.10 DX 2 S : Pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang O : <ul style="list-style-type: none"> • SPO2: 98% • CRT <2detik • Gambaran EKG masih AF normo response dengan 90-100xmenit A : Masalah terasi sebagian P : Intervensi No. 1,3 dan 9 dilanjutkan
	1,2	08.00	<ul style="list-style-type: none"> • P: Pasien mengatakan nyeri di daerah dada • Q: Terasa perih • R: Dada • S: Skala nyeri 4 (0-10) • T: Nyeri hilang dan timbul • Pasien napas spontan, • Respiration rate 20 x/mnt, • SPO2 99 % • Terpasang Infus NS 14 lpm • Tensi: 132/93 • Nadi: 94 • Suhu:36,5 • Kesadaran CM, GCS 4-5-6, EWS 3 • Terpasang kateter ukuran 18 (DK) 		
		08.15	> Melakukan pemeriksaan EKG Dengan hasil:	WS	Senin, 17/01/2022 Pukul 14.20 DX 3 S : Pasien mengatakan badan lemah O : Makan pasien masih di bantu oleh perawat Pasien masih lemas A : Masalah belum teratasi P : Intervensi No. 1 dan 5 dilanjutkan
	1,2,3	09.00	> Menentukan pengaruh pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup (nafsu makan, tidur, aktivitas, hubungan sosial)	WS	
	1	09.05	> Menentukan faktor yang dapat	WS	

	1	09.10	memperburuk nyeri > Mengajarkan cara penggunaan terapi non farmakologi (terapi tarik napas dalam dan musik sholawat)	WS	
	1,2,3	09.15	> Mengkoolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi <ul style="list-style-type: none"> • Cek troponin 1 • Lanoxin 1 amp i.v bolus pelan, lanjut 1/2 amp (sudah) • Digoxin tab 1x1 • Candesartan 1x16mg • Spironolactone 1x25mg • Concor 1x 2,5mg • Nitrokaf 2 x 2,5mg • Simarc 1 x2 mg 	WS	
	2	09.30	> Mendampingi dokter visite dan edukasi pasien dan keluarga advis : Lasix 1x1 amp ganti oral 1-0-0	WS	
	1,2,3	09.40	> Memenuhi kebutuhan nutrisi pada Pasien dengan memberikan diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP) habis 1 porsi dan minum 200 cc	WS	
	1,2,3	09.50	> Setelah visite dokter, perawat melakukan edukasi tentang jenis obat,cara minum serta penggunaan obat yang akan di berikan	WS	
	1,2,3	10.00	> Memberikan pemenuhan nutrisi pada pasien berupa (snack)	WS	

	2	10.05	> Mengambil darah vena untuk cek laboratorium	WS	
	2,3	10.10	> Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan respiraton rate <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah: 142/87mmHg • Nadi: 118x/menit • Raepiration rate: 22x/menit 	WS	
	2	10.20	> Mencatat adanya fluktuasi tekanan darah	WS	
	1,2	10.25	> Menganjurkan untuk menurunkan stress	WS	
	2	10.30	> Mencatat adanya disritmia jantung	WS	
	1,2,3	10.40	> Memonitor balance cairan Input cairan: Air (makan dan minum) : 800cc Cairan infus : 500*2=1000 cc/24 jam Terapi injeksi : 100cc Air metabolisme : 400cc Total input cairan : 2300cc/24jam Output cairan: Urine tampung kateter: ±1500cc/24jam Feses : ±100cc IWL : 15cc*55kg= 750cc Total output cairan : 2350cc/24jam Hasil balance 2300cc – 2350cc= - 50cc/24 jam Membuang urine kateter 1500cc	WS	
	1,2	12.00	> Memberikan pemenuhan nutrisi pada pasien berupa makan siang dan obat oral	WS	
	2	12.30	> Aspilet 80 mg. Concor 2,5 mg Membuang urine kateter up 1500cc/jam	WS	

	1,2,3	14.30	serta melakukan perawatan serta pengecekan kateter > Melakukan timbang terima dg dinas sore <ul style="list-style-type: none"> • Pasien nampak tenang, • Terpasang infus NS 14 lpm • Terpasang O2 nasal 4 lpm serta kateter ukuran 18 • Tensi: 127/91 mmHg • Nadi: 102x/menit • Suhu: 36.5C • Spo2:100 %. • GCS: 456. • Respiration rate: 20x/menit 	WS	
	1,2,3	15.00	> Melakukan komunikasi teraupetik dalam pemberian asuhan keperawatan		
	3	15.10	> Melakukan kebutuhan kebersihan diri pada pasien dengan menyeka, mengganti baju dan merapikan tempat tidur.		
	1,2	15.30	> Memberikan posisi yang nyaman pada pasien (posisi semi fowler)		
	3	15.40	> Memfasilitasi penggunaan alat pengaman atau pelindung fisik pada pada pasien		
	3	15.50	> Mencegah resiko cedera pada individu dalam rangka upaya preventif		
	3	16.00	> Memastikan roda tempat tidur terkunci dengan baik		
	1,2	16.10	> Memastikan pagar pengaman tempat tidur terpasang dengan baik		

	1,2,3	16.30	<ul style="list-style-type: none"> > Mengkaji keluhan pasien dada berdebar-debar kadang masih hilang timbul. dada terasa sebah berkurang. nyeri pada dada sudah berkurang > Melakukan intervensi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia yaitu memenuhi kebutuhan cairan elektrolit serta memenuhi kebutuhan nutrisi parenteral (infus NS 14tpm) 		
	2	16.40			
	2	16.50	<ul style="list-style-type: none"> > Mencatat adanya disritmia jantung > Memonitor frekuensi dan irama pernapasan-> irama jantung masih AF,HR 104 x/mnt 		
	1,2	17.00	<ul style="list-style-type: none"> > Melaporkan kondisi pasien dan monitor EKG Pasien ke dokter supaya dilanjutkan Inj Digoxin 1/2 amp 		
	1,2,3	17.10	<ul style="list-style-type: none"> Inj Lasix stop mulai besok > Melakukan edukasi tentang jenis obat, cara minum serta penggunaan obat yang akan di berikan 		
	2	17.30			
	3	18.00	<ul style="list-style-type: none"> > Memberikan Inj Digoxin 1/2 amp per Infus/iv > Memotivasi Pasien untuk istirahat > Memenuhi kebutuhan nutrisi pada Pasien dengan memberikan diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP) habis 1 porsi dan minum 200 cc 		
	2	18.30			
	1,2	19.00	<ul style="list-style-type: none"> > Memberikan obat oral: Nitrokaf 2,5 mg, Simarc 2 mg 		

			› Memonitoring TTV dan gambaran EKG <ul style="list-style-type: none"> • P: Pasien mengatakan nyeri di daerah dada • Q: Terasa perih • R: Dada • S: Skala nyeri 3 (0-10) • T: Nyeri hilang dan timbul • Pasien napas spontan, • Respiration rate : 20 x/mnt, • SPO2 99 % • Terpasang Infus NS 14 lpm • Tensi: 132/93 • Nadi: 94 • Suhu:36,5 • Kesadaran CM, GCS 4-5-6, EWS 3 • Terpasang kateter ukuran 18 (DK) • Gambaran EKG AF normo response (90-100x/menit) 		
	3	19.30			
	3	20.00	› Menganjurkan pasien untuk istirahat malam		
	3	20.10	› Mengajarkan untuk menurunkan stress		
	3	20.30	› Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi ketidak nyamanan (suhu ruangan, cahaya, dan suara)		
	1,2,3	21.00	› Mematikan lampu sebagian yang tidak diperlukan		
	1,2,3	21.30	› Melakukan dokumentasi tindakan keperawatan dengan SIMRS		

Selasa 18/01/2022	3 1,2,3	22.00 23.00 24.00	> Melaksanakan doa dan timbang terima Pasien dengan Perawat dinas malam timbang terima pasien dgn data subjektif mengobservasi keluhan umum(k/u) pasien terpasang inf. NS lifeline GCS 456 kesadaran compos mentis, Gambaran monitor masih AF > Memonitor pola jam tidur > Memberikan lingkungan yang nyaman			
		18/01/2022			Selasa, 18/01/22 , Pukul 14.00	
	3	01.00			WS	S : Pasien mengatakan nyeri dada sudah berkurang
	3	04.20	> Memantau k/u pasien => pasien tampak tidur		WS	<ul style="list-style-type: none"> • P: pasien mengatakan nyeri di daerah dada • Q: Terasa perih berkurang • R: dada • S: Skala nyeri 2 (0-10) • T: Nyeri hilang dan timbul
	3	04.30	> Memberikan posisi yang aman dan nyaman		WS	
	1,2	05.00	> Membantu ADL pasien (menyeka pasien, pasien menganjurkan untuk seka sendiri)		WS	O :
	1,2,3	05.30	> Memonitor frekuensi dan irama pernapasan > Monitoring TTV dan EKG <ul style="list-style-type: none"> • P: Pasien mengatakan nyeri dada berkurang • Q: Terasa perih • R: Dada • S: Skala nyeri 2 (0-10) 		WS	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien napas spontan • RR 20 x/mnt, 02 nasal 3 Ipm.SPO2 99 % • Terpasang Infus NS 14 tpm • Tensi: 132/93 • Nadi: 94 • Suhu: 36,5 • Kesadaran CM,GCS 4-5-6, EWS

	2	06.00	<ul style="list-style-type: none"> • T: Nyeri hilang dan timbul • Pasien napas spontan • Respiration rate : 21 x/mnt, • SPO2 98 % • Terpasang Infus NS 14 lpm • Tensi: 139/82mmHg • Nadi: 94x/menit • Suhu:36,3 • Kesadaran CM, GCS 4-5-6, EWS 3 • Terpasang kateter ukuran 18 (DK) • Gambaran EKG AF normo response (90-100x/menit) <p>› Memonitor balance cairan Input cairan: Air (makan dan minum) : 600cc Cairan infus : 500*2=1000 cc/24 jam Terapi injeksi : 100cc Air metabolisme : 300cc Total input cairan : 19000cc/24jam Output cairan: Urine tamping kateter: ±1000cc/24jam Feses : ±200cc IWL : 15cc*55kg= 750cc Total output cairan : 1950cc/24jam Hasil balance 1900cc – 1950cc= - 50cc/24 jam</p>	WS	<p>3 A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi No. 5 dan 6 dilanjutkan</p> <p style="text-align: center;">Selasa, 18/01/22 , Pukul 14.20</p> <p>DX 2 S : Pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang O : <ul style="list-style-type: none"> • SPO2: 98% • CRT <2detik • Gambaran EKG masih AF normo response dengan 90-100xmenit A : Masalah terasi sebagian P : Intervensi No.3 dan 9 dilanjutkan</p> <p style="text-align: center;">Selasa, 18/01/22 , Pukul 14.30</p> <p>DX 3 S : Pasien mengatakan lemah berkurang O : pasien melakukan ADL mandiri A : Masalah terasi sebagian P : Intervensi No. 5 dilanjutkan</p>
	1,2	06.45	<p>› Memberikan terapi oral Lasix tab candesartan 16mg</p>	WS	

	1,2,3	07.15	spironolactone 25mg nitrocaf 2.5 Digoxin > Memenuhi kebutuhan nutrisi pada pasien dengan memberikan diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP) habis satu porsi dan minum 200cc	WS	
	1,2,3	07.30	> Melakukan timbang terima dengan dinas pagi	WS	
	1,2,3	07.45	> Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan memperkenalkan diri	WS	
	1,2,3	08.00	> Mengkaji jenis dan tingkat nyeri pasien, mengkaji faktor yang memperberat: lokasi, durasi, intensitas, dan karakteristik nyeri. <ul style="list-style-type: none"> • P: pasien mengatakan nyeri di daerah dada berkurang • Q: Terasa perih berkurang • R: dada • S: Skala nyeri 8 (0-10) • T: Nyeri hilang dan timbul • pasien napas spontan, • RR 20 x/mnt, • Terpasang nasal O2 3 lpm. • SPO2 99 % • Terpasang Infus NS 14 tpm • Tensi: 142/93 	WS	

	1,2,3	09.00	<ul style="list-style-type: none"> • Nadi: 94 • Suhu:36,5 • Kesadaran CM,GCS 4-5-6,EWS 3 		
			> Visite dokter, A/p: Digoxin tab 1x1 Candesartan 1x 16 Spironolactone 1x 25 Concor 1 x 2,5 Nitrokaf 2x2,5 Aspilet 1x1 Simarc 1 x2 mg Lasix oral 1-0-0 Aff kateter	WS	
	3	10.00	> Melakukan tindakan mengganti cairan infus dengan tutup plug (+)	WS	
	3	10.10	> Memberikan posisi yang nyaman dan aman kepada pasien	WS	
	3	10.20	> Memberikan nutrisi makanan kecil berupa snack kepada pasien	WS	
	1,2,3	12.00	> Melakukan observasi TTV <ul style="list-style-type: none"> • Tensi: 153/115 • Nadi: 73 • Suhu:36,2 • RR 20 • Spo2 96 • Kesadaran CM,GCS 4-5-6, EWS 3 	WS	
	2	12.10	> Melakukan tindakan aff DK (+) -> Buang UP: 1000cc	WS	

	1,2,3	12.30	› Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dengan memberikan diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP) habs 1 porsi dan munum 200cc	WS WS WS	
	3	12.45	› Memberikan terapi obat oral kepada pasien berupa concor 2,5mg, apilet 1 tab		
	2,3	13.00	› Menganjurkan pasien untuk istirahat		
	1,2,3	14.30	› Melakukan timbang terima dg dinas sore <ul style="list-style-type: none"> • Pasien Nampak tenang, • Terpasang infus NS 14 lpm • Terpasang nasal O2 3 lpm • Tensi: 153/115 • Nadi: 73 • Suhu:36,2 • RR 20 • Spo2 96 • Kesadaran CM, GCS 4-5-6, EWS 3 		
	1,2,3	15.00	› Melakukan komunikasi teraupetik dalam pemberian asuhan keperawatan		
	1,2,3	15.15	› Memberikan posisi yang nyaman pada pasien		
	3	15.30	› Memfasilitasi penggunaan alat pengaman atau pelindung fisik pada pada pasien		
	1,2	16.00	› Mengkaji keluhan Pasien dada tidak sudah tidak nyeri pada dada sudah berkurang		
	1,2,3	16.30	› Melakukan intervensi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia		

			yaitu memenuhi kebutuhan makan sudah mandiri		
	3	16.40	> Melakukan kebutuhan kebersihan diri pada pasien, pasien dapat mandi mandiri		
	2,3	17.00	> Memberikan posisi yang nyaman pada pasien.		
	1,2,3	18.00	> Memberikan nutrisi berupa makanan ke pasien serta pasien dapat menghabiskan 1 porsi yang di sediakan rs		
	1,2,3	18.20	> Memonitoring TTV <ul style="list-style-type: none"> • K/U Cukup • Tensi: 148/ 96 • Nadi: 89 • Suhu:36,4 • RR 20 • Spo2 98% • Kesadaran CM,GCS 4-5-6,EWS 3 		
	1,2	18.30	> Memberikan terapi oral Nitrokat, simarc 2mg	WS	
	3	19.00	> Mengajarkan Pasien untuk istirahat malam		
	3	19.10	> Mengajarkan untuk menurunkan stress		
	3	19.20	> Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi ketidak nyamanan (suhu ruangan,cahaya, dan suara) ---> mematikan lampu sebagian yang tidak diperlukan		
	1,2,3	20.00	> Melakukan dokumentasi tindakan		

Rabu 19/01/2022	1,2,3	20.30	keperawatan dengan SIMRS. > Melaksanakan doa dan timbang terima Pasien dengan Perawat dinas malam timbang terima pasien dgn data subjektif mengobservasi keluhan umum(k/u) gcs 456, kesadaran compos mentis		
	1,2,3	21.00	> Memantau keadaan umum pasien => Pasien mengatakan tidak ada keluhan		
	3	22.00	> Memberikan posisi yang aman dan nyaman		
	3	23.00	> Memantau keadaan umum pasien => pasien tampak tidur		
	1,2,3	19/01/2022 05.00	> Membantu ADL pasien (pasien sudah dapat melakukan ADL secara mandiri)	WS	Rabu, 19/01/22 , Pukul 14.00 DX 1 S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri dada
	1,2,3	05.35	> Melakukan observasi TTV <ul style="list-style-type: none"> • K/U Cukup • Tensi: 133/ 92 • Nadi: 85 • Suhu:36 • RR 20 • Spo2 99 • Kesadaran CM, GCS 4-5-6, EWS 3 	WS	O : <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum cukup • Tensi: 133/ 92 • Nadi: 85 • Suhu:36 • RR 20 • Spo2 99% • Kesadaran CM, GCS 4-5-6, • EWS 3
1,2	05.00	> Memberikan terapi oral candesartan 16mg, spironolactone 25 mg, nitrocaf 2.5,digoksin	WS	A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	

	1,2,3	06.00	> Menyarankan pasien u/ makan pagi serta menghabiskan 1 porsi yang di berikan RS	WS	Rabu, 19/01/22 , Pukul 14.20 DX 2 S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak O : Pasien sudah bisa melakukan posisi semi fowler dengan sendirinya A : Masalah terasi P : Intervensi dihentikan Rabu, 19/01/22 , Pukul 14.30 DX 3 S : Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas O : ADL pasien bisa di lakukan mandiri A : Masalah terasi P : Intervensi dihentikan
	1,2,3	07.30	> Melakukan timbang terima dengan dinas malam	WS	
	1,2,3	08.00	> Visite dokter , A/p: KRS Echo dr poli Digoxin tab 1 x 1 Candesartan 1 x 16 Spironolactone 1 x 25 Concor 1 x 2,5 Nitrokaf 2 x 2,5 Aspilet 1x1 Simarc 1x2 mg Lasix oral 1-0-0 Sertelah visite dokter, perawat melakukan edukasi tentang jenis obat,cara minum serta penggunaan obat yang akan di berikan	WS	
	1,2,3	10.00	> Melakukan observasi keadaan umum pasien -> pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan	WS	
	3	10.10	> Memberikan posisi yang nyaman kepada pasien	WS	
	1,2,3	10.30	> Memberikan nutrisi kepada pasien berupa snack, pasien menghabiskan makanan tersebut	WS	

	1,2,3 1,2,3	11.00 12.00	> AFF infus > Melakukan observasi TTV <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bahwa nyeri sudah berkurang • Pasien napas spontan, • Respiration rate 20 x/mnt, • SPO2 99 % • Tensi: 128/80mmHg • Nadi: 94x/menit • Suhu: 36,5C • Kesadaran CM, GCS 4-5-6, EWS 3 	WS WS	
	1,2,3	12.30	> Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dengan memberikan diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP) habis 1 porsi dan minum 200cc	WS	
	1,2	12.40	> Memberikan terapi obat oral concor 2,5mg, apilet 1 tab	WS WS	
	1,2,3	13.00	> Menyiapkan surat dan obat pulang > Discharge planning => perawat melakukan edukasi tentang jenis obat,cara minum, penggunaan, kegunaannya obat yang akan di berikan ke pasien		
		13.45 14.00	> Pasien menunggu jemputan keluarga > Pasien KRS	WS WS	

3.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan

Hari Tanggal	Diagnosa	Evaluasi
Rabu 19 Januari 2022	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri di daerah dada menjalar kekiri atas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak nyeri lagi - Wajah pasien tersenyum - Observasi TTV: <ul style="list-style-type: none"> • K/U Cukup • Tensi: 133/ 92 • Nadi: 85 • Suhu:36 • RR 20 • Spo2 99 • Kesadaran CM, GCS 4-5-6, EWS 3 <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Pasien KRS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Digoxin tab 1 x 1 - Candesartan 1 x 16 - -Spironolactone 1 x 25 - Concor 1 x 2,5 - Nitrokaf 2 x 2,5 - Aspilet 1x1 - Simarc 1x2 mg - Lasix oral 1-0-0
Rabu 19 Januari 2022	Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan frekuensi jantung	<p>S : Pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang saat berjalan ke kamar mandi pasien tidak mengeluh nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak tampak sesak setelah jalan ke kamar mandi - Pasien mampu beraktivitas tanpa mengeluh nyeri - Pasien tidak tampak ngos - ngosan saat melakukan aktivitas jalan - Kemampuan pergerakan sendi bebas <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Dischare planning:</p>

		Mengedukasi kepada pasien teknik relaksasi agar menghindari sesak
Rabu 19 Januari 2022	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan	<p>S : Pasien mengatakan saat berjalan ke kamar mandi pasien tidak mengeluh nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak tampak nyeri setelah jalan ke kamar mandi - Pasien mampu beraktivitas tanpa mengeluh nyeri dada - Pasien tidak tampak ngos - ngosan saat melakukan aktivitas jalan - Kemampuan pergerakan sendi bebas, skala kekuatan otot $\begin{array}{r} 5555 \quad \quad 5555 \\ \hline 5555 \quad 5555 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> - Observasi TTV: <ul style="list-style-type: none"> • K/U Cukup • Tensi: 133/ 92 • Nadi: 85 • Suhu:36 • RR 20 • Spo2 99 • Kesadaran CM, GCS 4-5-6, EWS 3 <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Discharge planning: Mengedukasi dan mengajarkan kepada pasien teknik berpindah secara bertahap untuk menghindari nyeri</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien di ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai 19 Januari 2022. Melalui pendekatan studi kasus, penulis akan menguraikan tentang kesenjangan teori dan praktek lapangan dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Atrial Fibrilasi (AF) di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, perumusan masalah, intervensi asuhan keperawatan, implementasi asuhan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak memiliki perbedaan yang jauh dikarenakan, pada tinjauan pustaka didapatkan keluhan utama yang sering juga dirasakan oleh pasien seperti: nyeri di area dada, perasaan sulit bernapas, dan kelemahan. nyeri dapat seperti tertekan, diperas, atau diremas, penyebaran nyeri dapat meluas hingga area dada. Dapat terjadi nyeri dan ketidakmampuan menggerakkan bahu dan tangan. waktu istirahat, nyeri biasanya dirasakan lebih berat dan berlangsung lebih lama.

Pada tahap pengkajian di tinjauan kasus ditemukan pasien berusia 54 tahun mengeluh nyeri dada sebelah kiri tembus kebelakang seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul saat tidur - tiduran, skala nyeri 3 (1-10), nyeri hilang timbul terus menerus

tidak berkurang. Pasien dalam keadaan lemah dengan kesadaran *compos mentis*, GCS 456 (15), tekanan darah 140/106 mmHg, pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, Pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, irama nafas pasien regular, pola nafas normal, RR : 21x/menit, SPO2: 98%, suara nafas vesikuler, tidak ada sumbatan, tidak ada batuk, tidak ada suara nafas tambahan. Pergerakan dada simetris. Tidak terdapat penggunaan otot bantu nafas, tidak ada pernapasan cuping hidung, nadi : 90- 100 x/menit takikardi sehingga nadi perifer teraba lemah. Pasien tidak ada nyeri tekan pada kandung

Manifestasi klinis dari diagnosa Atrial Fibrilasi antara lain yaitu, Pasien bisa asimtomatik, mengalami palpitasi cepat, atau sesak napas, atau gagal jantung. (PERKI, 2014). Sedangkan data yang diperoleh penulis dalam tinjauan kasus pasien Tn. R adalah mengeluh nyeri dada di daerah dada menjalar kekiri atas seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul saat aktifitas, skala nyeri 3 (1-10), nyeri disebabkan karena pasien mengalami OMI yang lama sehingga menyebabkan adanya kejadian koroner yg menyebabkan adanya AF di QS V1-V3, hilang timbul terus menerus tidak berkurang. Pasien dalam keadaan lemah dengan kesadaran *compos mentis*, GCS 456 (15), tekanan darah 140/106 mmHg, tidak memiliki penyakit hipertensi dan diabetik, pasien nampak lemah, tidak mengalami sesak nafas, pasien tidak mengalami mual pada saat setelah makan dan tidak adanya edema pada kedua kaki pasien dan Pada pemeriksaan tanda-tanda vital pada Tn. R, tanda vital tekanan darah 140/106 mmHg, ditemukan gelombang AF normo response 90-100x/menit, suhu axila 36,4 C dan respiratori rate 21 x/menit dengan irama regular, keratin 1.03 mg/dL.

Menurut dugaan penulis, hal ini yang menyebabkan pasien Tn. R memiliki gejala medis Atrial fibrilasi (AF) yaitu kelemahan, dikarenakan pasien belum mengkonsumsi obat dan kualitas nadi pasien cenderung mengarah ke takikardia.

Tanda dan gejala yang biasanya terdapat pada pasien Atrial Fibrilasi (AF) adalah sesak napas, adanya palpitasi, kelemahan, dan pusing tiba-tiba. (PERKI, 2014). Sedangkan tanda dan gejala Penyakit Atrial Fibrilasi (AF) pada Tn. R didapatkan adanya keluhan lemah, pusing hilang timbul, nyeri akibat pembesaran jantung, nadi cenderung takikardia 98x/menit. Dalam hal ini jika nyeri akut pada Tn. R tidak segera teratasi maka pasien dapat menimbulkan komplikasi, antara lain gagal jantung dan edema paru. aritmia yang menyebabkan pasien sesak nafas. Sehingga tindakan yang perlu dilakukan yaitu mengobservasi skala nyeri, memposisikan tubuh pasien nyaman mungkin, kolaborasi pemberian analgesic kepada pasien. Pada pemeriksaan penunjang ditemukan bahwa Kreatin 1.03 mg/dL mengalami penurunan, pada hasil EKG didapatkan nadi cenderung takikardia 98x/menit, penulis menyimpulkan bahwa pasien memang mengalami Atrial Fibrilasi namun sekarang sudah dalam tahap perbaikan.

Pada pemeriksaan utama yaitu B1-Breathing biasanya pasien mengeluh sesak nafas, nyeri dada, frekuensi berubah selain itu juga dapat dilihat adanya otot bantu nafas (PERKI, 2014). Sedangkan data pada pasien Tn. R bahwa pasien mengalami sesak napas, nyeri dada hilang timbul, frekuensi jarang, masa waktunya 5 menit.

Pada pengkajian Riwayat penyakit dahulu, biasanya penyebab atrial fibrilasi

yaitu adanya penggunaan obat jangka Panjang. Lalu adanya nyeri dada hebat. Selain itu, ada beberapa penyakit yang langsung mempengaruhi atau menyebabkan atrial fibrilasi yaitu diabetes mellitus, hipertensi dan stroke (PERKI, 2014). Berdasarkan data dilapangan didapatkan bahwa pasien Tn. R tidak memiliki Riwayat penyakit hipertensi pasien. Pasien mengatakan memiliki riwayat maag sejak kecil.

Pada pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu meliputi tekanan darah didapatkan adanya hipertensi atau hipotensi, biasanya RR meningkat (PERKI, 2014). Pada pengkajian pasien Tn. R di dapatkan tekanan darah hipertensi dengan tekanan darah 140/106 mmhg sebelum terapi pengobatan berlangsung, N: 99%, S: 36.3°C, RR:22x/menit. Dalam hal ini didapatkan diagnosis keperawatan penurunan curah jantung dimana pompa darah oleh jantung yang tidak adekuat untuk mencapai kebutuhan metabolisme dalam tubuh. Sehingga tindakan ini dilakukan dengan cara pemantauan tekanan darah setiap sebelum dan sesudah terapi diberikan (EKG).

Pada pemeriksaan B2-Circulation pasien Tn. R didapatkan cenderung takikardia 98x/menit, nadi teraba lemah. Tekanan darah 140/106mmH, CRT < 3 detik, terdapat, tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan circulation didapatkan takikardi, hipertensi, adanya sianosis, serta CRT > 3 detik (PERKI, 2014). Hal ini ada yang tidak sama dengan pemeriksaan Circulation karena pasien Tn. R tidak mengalami sianosis namun pasien tersebut mengalami hipertensi, dugaan penulis adalah akibat dari agen pencedera fisiologis, dan juga faktor Tn. R belum mengkonsumsi obat-obatan hipertensi.

Pada pemeriksaan B3-Brain pada pasien dengan AF tidak ditemukan

permasalahan, pada tinjauan teori (Muttaqin, 2009) dan tinjauan kasus tidak ditemukan adanya kesenjangan. Didapatkan data bahwa pada kasus selalu ditemukan data yang sama dengan data tinjauan teori.

Pada pemeriksaan B4-Bladder pada pasien dengan AF tidak ditemukan permasalahan, pada tinjauan teori (Muttaqin, 2009) dan tinjauan kasus tidak ditemukan adanya kesenjangan. Didapatkan data kasus pasien terpasang kateter ukuran 18 tetapi tidak ada permasalahan signifikan.

Pada pemeriksaan B5-Bowel pada pasien dengan AF tidak ditemukan permasalahan, pada tinjauan teori (Muttaqin, 2009) dan tinjauan kasus tidak ditemukan adanya kesenjangan. Didapatkan data kasus bahwa pasien mengalami nyeri akut pada area sekitar dada sampai ke belakang dan terkadang muncul nyeri sampai ulu hati. Menurut asumsi penulis itu disebabkan adanya pembesaran skala nyeri pada area dada.

Pada pemeriksaan fisik B6 pada pasien Penyakit Atrial Fibrilasi (AF) biasanya warna kulit pucat dan kelemahan pada ekstremitas tertentu (PERKI, 2014). Sedangkan pada pasien Tn. R didapatkan adanya kelemahan berhubungan dengan sesak napas pasien dan mengalami ketidaknyamanan pada saat berjalan. Sehingga Tindakan yang perlu dilakukan adalah pemberian obat anti nyeri (aspilet).

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak memiliki perbedaan yang jauh dikarenakan, pada tinjauan pustaka didapatkan keluhan utama yang sering juga dirasakan oleh pasien seperti: nyeri di area dada, perasaan sulit bernapas, dan kelemahan. nyeri dapat seperti tertekan, diperas, atau

diremas, penyebaran nyeri dapat meluas hingga area dada. Dapat terjadi nyeri dan ketidakmampuan menggerakkan bahu dan tangan. Waktu istirahat, nyeri biasanya dirasakan lebih berat dan berlangsung lebih lama.

4.2 Diagnosa keperawatan

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya berisi teori, namun pada kenyataannya dilapangan, analisa data disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang dialami pasien. Kesenjangan yang didapatkan penulis yaitu tentang diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka yang tidak semuanya masuk ke dalam tinjauan kasus.

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada tujuh yaitu:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung **(SDKI: HAL.34 Kode D.0008).**
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan **(SDKI: HAL.128 Kode D.0056).**
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah **(SDKI: HAL.37 Kode D.0009).**
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis **(SDKI: HAL.172 Kode D.0077).**
5. Resiko syok berhubungan dengan hipoksia **(SDKI: HAL.92 Kode D.0039).**
6. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas **(SDKI: HAL.26 Kode D.0005).**

7. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (**SDKI: HAL.130 Kode D. 0057**)

Pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan didapatkan empat diagnosis keperawatan prioritas yang sesuai dengan kondisi klinis/ keluhan yang di alami pasien di tinjauan kasus.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, kondisinya saat ini diperparah dengan adanya kardiomegali (pembesaran masa jantung) sehingga dapat mendesak paru-paru yang menyebabkan nyeri dada serta menjalar ke dada. Berdasarkan data Subyektif P: pasien mengatakan nyeri di dada, Q : perih, R : di dada, S : 3- 4 (0-10) T : hilang timbul. Data obyektif: pola tidur berubah, nyeri tekan pada dada menjalar kekiri atas, TD : 140/106 mmHg, N : 154, RR : 21, SPO2 : 98%.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan frekuensi jantung dikarenakan terdapat sumbatan sehingga jantung berusaha untuk memompa darah lebih kuat dengan cara meningkatkan kontraktilitas. Ditandai dengan kekuatan nadi perifer menjadi meningkat, gambaran ekg aritmia menjadi menurun, kelelahan menjadi menurun. Berdasarkan data subyektif Tekanan darah 140/106mmHg, Cardiomegali CTR = 60 %, Irama ireguler 90-100 x/menit (normo ventricular respon (NVR)), T- inversi V1-V6, QS: V1-V3.
3. Intoleransi aktivitas b. d Kelemahan, Diagnosa tersebut diangkat karena klien mengeluh nyeri dada serta menjalar ke dada. Selain itu, klien tampak lemas, gelisah, kelelahan saai pengkajian. Ditandai dengan saturasi oksigen menjadi

meningkat, keluhan lemah menjadi menurun, tekanan darah membaik. Berdasarkan data subjektif pasien bed rest, mobilisasi dibantu, pasien tampak lemas bila beraktivitas dikarenakan adanya OMI yang mengakibatkan pasien mudah lelah dan nyeri pada area dada.

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada Intervensi keperawatan didapatkan adanya perwujudan serta realisasi dari suatu perencanaan yang disusun, intervensi pada tinjauan pustaka belum dapat di realisasikan dikarenakan hanya membahas tentang teori asuhan keperawatan sedangkan pada kasus klien pelaksanaannya telah disusun dan di realisasikan kepada klien serta dikaitkan dengan dokumentasi dan intervensi keperawatan

Intervensi pada perencanaan keperawatan dilakukan secara terkoordinir, terkoordinasi serta terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosis pada kasus tidak semuanya sama pada tinjauan pustaka, hal itu dikarenakan harus disesuaikan dengan keadaan klien yang sebenarnya dalam intervensi terdapat factor penunjang serta factor penghambat yang penulis alami hal ini yang menunjang dalam melakukan asuhan keperawatan antara lain: adanya kerjasama tim yang baik dari perawat maupun dokter serta tim kesehatan lainnya yang menunjang kesehatan klien, tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang dapat menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan serta penerimaan adanya dokumentasi oleh penulis yang didapatkan:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, tujuan intervensi selama 3x24 jam maka Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil Keluhan

- nyeri menurun, Meringis menurun, Frekuensi nadi membaik dengan rencana keperawatan Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri, Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri yang dialami oleh pasien, Menyarankan pasien untuk beristirahat dan tidur, Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien, Menjelaskan pemahaman penyebab nyeri agar pasien tidak gelisah saat nyeri timbul, Berkolaborasi pemberian analgesic (aspilet 80mg).
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung, selama 3 x 24 jam maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil Kekuatan nadi perifer menjadi meningkat, Gambaran ekg aritmia menjadi menurun , Kelelahan menjadi menurun, Tekanan darah membaik dengan rencana keperawatan Kaji dan laporkan frekuensi, irama jantung, memonitor tanda/gejala penurunan curah jantung, Monitor tekanan darah, Monitor intake dan output cairan, Memberikan pasien semi-fowler/fowler, Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi, Berkolaborasi pemberian antiaritmia (Digoxin tab, Candesartan 16mg, Spironolactone 25mg, Concor 2,5mg, Nitrokaf 2,5mg, Simarc 2 mg, Lasix oral 1-0-0)
 3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan tujuan intervensi selama 3x24 jam maka Tingkat Toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil Frekuensi nadi meningkat, Keluhan lelah menjadi menurun, Tekanan darah membaik dengan rencana keperawatan Periksa onset dan pemicu terjadinya aritmia, Anjurkan menghindari peningkatan tekanan abdomen misalnya mengejan saat defekasi. Evaluasi tanda tanda vital saat kemajuan

aktivitas., Monitor pola jam tidur, Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Cahaya, Suara), Anjurkan tirah baring, Berkolaborasi meningkatkan asupan makanan

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah perwujudan atau realisi dari perencanaan yang telah disusun. Implementasi pada tinjauan pustaka didapatkan bahwa tidak semuanya dapat disrealisasikan dikarenakan hanya membahas sebuah teori serta susunan asuhan keperawatan tanpa adanya khusus nyata. Pada khusus yang nyata didapatkan bahwa implementasi keperawatan telah disusun dan direalisasikan langsung kepada pasien, disertakan juga pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Pada tindakan keperawatan ini dilakukan dengan kerjasama yang solit, baik dengan perawat juga kepada dokter maupun tim kesehatan lainnya sehingga penulis dapat melakukan tindakan keperawatan pada pasien sesuai tinjauan kasus.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan tindakan mengobservasi nyeri sesuai lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri sesuai dengan P: Pasien mengatakan nyeri di daerah dada, Q: Perih, R: Didada menjalar ke dada, S: 3 (1-10), T: Nyeri hilang dan timbul. Menganjurkan pasien untuk beristirahat dan tidur, memberikan penjelasan penyebab nyeri muncul, periode nyeri dan pemicu munculnya nyeri, memberikan teknik non farmakologis menggunakan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi pemberian analgetik dengan

tim kesehatan lainnya seperti ISDN Pump untuk mengurangi nyeri dada dengan cara pemberian aspilet, berikan posisi semi fowler, berikan oksigen nasal kanul 3 lpm.

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan frekuensi jantung, dengan tindakan keperawatan mengidentifikasi tanda gejala penurunan curah jantung Untuk mengetahui batas-batas curah jantung pada pasien membaik Monitor tekanan darah, memonitor tekanan darah secara intensif, mengukur intake dan output cairan pada pasien pada data ditemukan input cairan 2300cc/24jam dan output cairan ditemukan 2350cc/24jam didapatkan jumlah balance cairan -50cc/24jam, monitor EKG 12 sadapan hasil intrepretasinya didapatkan gelombang AF normo response 90-100x/menit, memposisikan pasien semi fowler untuk mengurangi nyeri, Berikan dukungan emosional dan spiritual agar kondisipasien sabar menerima keadaan, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >95%. Meberikan obat oral sesuai advice dokter (Digoxin tab, Candesartan 16mg, Spironolactone 25mg, Concor 2,5mg, Nitrokaf 2,5mg, Simarc 2 mg, Lasix oral 1-0-0).
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan tujuan intervensi selama 3x24 jam maka Tingkat Toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil Frekuensi nadi meningkat, Keluhan lelah menurun, Perasaan lemah menurun dengan rencana keperawatan Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor pola jam tidur, Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Cahaya, Suara), Anjurkan tirah

baring, Berkolaborasi meningkatkan asupan makanan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilakukan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena berhubungan dengan pasien secara langsung dengan masalah keperawatannya

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri masalah teratasi, pasien mengatakan sudah tidak dada serta menjalar ke dada ditandai dengan pasien tampak tidak nyeri lagi, wajah pasien tersenyum dan tidak merintih lagi.

Hasil evaluasi pada diagnosa penurunan curah jantung masalah teratasi dengan kriteria hasil gelombang AF sudah tidak ditemukan, CRT <2detik, tekanan darah membaik, pasien mengatakan saat berjalan ke kamar mandi pasien tidak mengeluh nyeri, wajah pasien tersenyum serta frekuensi jantung pasien sudah membaik ditandai dengan gambaran hasil EKG yang sudah tidak menunjukkan adanya irama atrial fibrilasi (AF), pasien tetap melanjutkan kontrol serta terapi obat yang diberikan oleh dokter dirumah.

Hasil evaluasi pada diagnosa intoleransi aktivitas masalah teratasi, pasien dapat melakukan ADL secara mandiri, pasien mengatakan saat berjalan ke kamar mandi pasien tidak mengeluh nyeri yang ditandai dengan pasien tidak tampak nyeri setelah jalan ke kamar mandi, pasien mampu beraktivitas tanpa mengeluh nyeri dada lagi, pasien tidak tampak ngos-ngosan saat melakukan aktivitas jalan, dan kemampuan pergerakan sendi bebas.

Hasil evaluasi pada Tn. R didapatkan sesuai dengan harapan serta pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai dan pasien KRS 19 Januari 2022 pukul 14.00 WIB.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan analisis, pengamatan serta melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien Tn. R dengan diagnosa medis atrial fibrilasi (AF) di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Atrium fibrilasi (AF)

5.1 Kesimpulan

Hasil dari uraian mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Atrium Fibrilasi (AF), maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada saat pengkajian keperawatan didapatkan sebelum MRS pasien Tn. R didapatkan masalah nyeri di daerah dada yang diakibatkan riwayat merokok pasien sejak umur 21 tahun. Salah satu penyebab penyakit AF adalah gaya hidup merokok yang menjadikan penyempitan pembuluh darah pada jantung. serta adanya penurunan curah jantung hingga terjadi kelemahan.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. R adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung, serta intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan Tindakan yang harus dilakukan adalah

perawatan secara intensif dan kecepatan dalam penanganan pasien Atrium fibrilasi (AF), dengan memberikan tindakan keperawatan yaitu memonitor tingkat, lokasi, skala nyeri, memberikan teknik non farmakologi seperti observasi tanda vital pasien dan memposisikan pasien dengan posisi semi fowler. Rasional: fowler untuk meredakan nyeri pada pasien, perhitungan intake dan output cairan harus diperhatikan, untuk pemeriksaan hasil EKG pada diagnosa medis Atrium fibrilasi ini ditemukan adanya. Irama ireguler 90-100 x/menit, T- inversi V1-V6, QS V1-V3

3. Intervensi keperawatan pada Tn. R yaitu melakukan salam terapeutik, memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarga Intervensi dilakukan selama 3x24 jam agar diharapkan masalah dapat teratasi. Pada diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologi dilakukan tindakan keperawatan mengkaji skala nyeri, kolaborasi pemberian obat (aspilet). Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan proses perubahan frekuensi jantung, dilakukan tindakan keperawatan monitor irama jantung, mengkaji tanda-tanda vital, kolaborasi pemberian medikasi (digoksin, Cocor, condesartan, spiroinolaktone). Pada diagnosa yang terakhir Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan diberikan tindakan keperawatan kaji pola tidur, ajarkan miring-kanan miring-kiri, anjurkan tirah baring posisikan pasien dengan nyaman.
4. Pada akhir evaluasi semua tinjauan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien dan keluarga serta seluruh tim kesehatan. Hasil evaluasi Tn. R sudah sesuai dengan harapan dan pasien KRS pada tanggal 19

Januari 2022 pukul 14.00 didapatkan pasien sudah tidak mengeluh nyeri di dada , pasien mampu melakukan aktivitas secara bertahap tanpa keluhan nyeri, dan hasil observasi TTV pasien TD: 132/93 mmHg, S: 36,4 C, N: 94x/menit, RR: 20x/menit. Serta wajib untuk di himbau utuk tetap control serta minum obat secara teratur.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan atrial fibrilasi, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pelayanan yang ada dirumah sakit terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan gawat dan darurat pada pasien atrial fibrilasi.

3. Bagi Mahasiswa


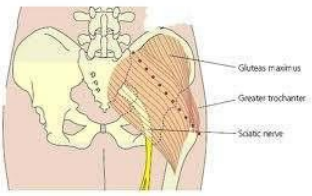
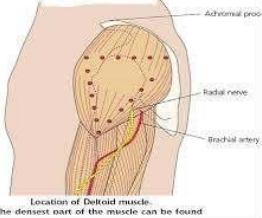
Untuk meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan mahasiswa tentang ilmu keperawatan atrial fibrilasi sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan gawat darurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Askoro, R. (2019). *Gambaran Fibrilasi Atrium*. 7–30.
- Berry, & Padgett. (2012). *Management of Patients with Atrial Fibrillation: Diagnosis and Treatment* (2nd ed.). Nursing Standard/ RCN Publishing.
- Fajriah N. Ramadhani. (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif yang dirawat di Rumah Sakit*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
- Hall, J. E., & Guyton. (2016). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran* (13th ed.). Elsevier.
- Hidayat, A. A. A., & Aliyah, M. (2016). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Husniyah, B. (2018). Gambaran Fibrilasi Atrium pada Pasien Rawat Jalan di SMF Penyakit Jantung RSUD Dr. Soetomo Selama Bulan Februari 2018. *Atrial Fibrillation*.
- Irianto, K. (2018). *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular*. ALFABETA.
- Muttaqin, Arif. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi*. Salemba Medika: Jakarta
- PERKI. (2014). *PEDOMAN TATA LAKSANA FIBRILASI ATRIUM* (Vol. 1).
- PERKI. (2016a). *Panduan Praktik Klinis (PPK) dan Clinical Pathway (CP) Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah*.
- PERKI. (2018). *Standar Nasional Pendidikan Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah*.
- PERKI. (2021). *UNIT PERAWATAN INTENSIF KARDIOVASKULAR*.
- PERKI, E. pertama. (2016b). *Panduan praktik klinis (ppk) dan clinical pathway (cp) penyakit jantung dan pembuluh darah*.
- Ponikowski, Voors, Linde, Rosano, & Ruilope. (2016). *Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*. Cardiovascular. <http://eurheartj.oxfordjournals.org/>
- Porter, J. (2004). *Science in Jones R. and Wyse, D. Creativity in the primary curriculum*. London
- PPNI. (2016). *SDKI Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan*

- Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- PPNI. (2016). *SIKI Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- PPNI. (2016). *SLKI Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil* (1st ed.). Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Rampengan, S. H. (2015). *Kardioversi pada Fibrilasi Atrium* (1st ed.). Badan Penerbit FKUI. www.bpfkui.com
- Setiati, Alwi, Sudoyo, & Simabrata. (2016). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. In Penyakit Dalam* (6th ed.). Interna Publishing.
- Sudarta, I. W. (2013). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Cardiovascular*. Gosyen Publishing.
- Syaifuddin. (2014). *Anatomi Tubuh Manusia Untuk Mahasiswa Keperawatan dan Kebidanan* (S. Medika (ed.)).
- Yulita. (2016). *Karakteristik Pasien Fibrilasi Atrium yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik*.

Lampiran

	<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p> <p>INJEKSI SUBCUTAN</p> <p>(Hidayat & Aliyah, 2016); (Syaifuddin, 2014).</p> <p>STIKES Hang Tuah Surabaya</p>
<p>DEFINISI</p>	<p>Injeksi subcutan adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat melalui suntikan di bawah kulit lapisan dermis (Syaifuddin, 2014).</p>
<p>TUJUAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemberian terapi pada pasien 2. Meningkatkan status kesehatan pasien 3. Menghindari kerusakan jaringan lebih besar dan umumnya memasukkan obat dalam jumlah yang lebih besar (Hidayat & Aliyah, 2016).
<p>INDIKASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada seseorang dengan penyakit kronis 2. Pasien tidak dapat minum karena muntah atau memang tidak dapat menelan obat 3. Pasien dengan kesadaran menurun 4. Pasien yang tidak diperkenankan memasukkan apapun melalui oral (Hidayat & Aliyah, 2016).
<p>KONTRAINDIKASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inflamasi (bengkak, nyeri, demam) 2. Adanya alergi (Hidayat & Aliyah, 2016).
<p>LOKASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengan atas sebelah luar b.Pahabagian depan 2. Dada 3. Area scapula 4. Area entrogluteal 5. Area dorsogluteal (Syaifuddin, 2014) <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>
<p>MEKANISME KERJA</p>	<p>Pra Intraksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan Keperawatan

	<ol style="list-style-type: none">2. Siapkan Alat3. Cuci Tangan <p>Tahap Orientasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Berikan salam, panggil pasien dengan namanya2. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan kepada klien dan keluarga <p>Tahap Kerja:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Siapkan obat2. Pasang handscoon3. Pilih area penyuntikan, inspeksi akan adanya inflamasi atau edema, palpasi akan adanya masa.4. Pastikan ukuran jarum sesuai dengan mencubit kulit pada area penyuntikan. Panjang jarum idealnya berukuran setengah dari panjang cubitan kulit pada area penyuntikan.5. Posisikan klien senyaman mungkin, instruksikan klien untuk merelaksasi lengan, kaki, atau dada sesuai dengan area penyuntikan.6. Tentukan kembali area penyuntikan sesuai dengan letak anatomis.7. Bersihkan area penyuntikan dengan kapas alcohol, pembersihan dimulai dari tengah area penyuntikan dengan pola sirkuler (melingkar) keluar area penyuntikan sekitar 5cm (2inchi)8. Tahan kapas alcohol menggunakan jari tengah dan manis dengan tangan non dominan.9. Buka tutup jarum.10. Tahan spuit di antara jari jempoldan telunjuk dengan tangan dominan11. Pemberian injeksi: Untuk klien dengan ukuran tubuh normal, bentangkan kulit pada area injeksi, atau cubit kulit dengan tangan non dominan.12. Suntikan jarum dengan cepat pada sudut 45-90 derajat. (Kemudian lepaskan cubitan).13. Pada klien dengan obesitas, cubit kulit pada area penyuntikan dan masukan jarum pada sudut 45-90 derajat dibawah lipatan jaringan.
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 14. Setelah jarum masuk kedalam kulit, tahan ujung spuit dengan tangan non dominan sementara tangan dominan menginjeksikan obat hindari mengerakan spuit. 15. Setelah obat dimasukan, cabut jarum dengan cepat dan usap area penyuntikan dengan kapas alcohol. 16. Usap area penyuntikan dengan lembut, jangan menekan area penyuntikan 17. Bereskan alat 18. Lepas handscoon 19. Cuci tangan <p>Tahap Terminasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tindakan 2. Catat tindakan 3. Kontrak yang akan datang 4. Berpamitan
PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daftar buku obat/catatan, jadwal pemberian obat 2. Obat dalam tempatnya 3. Bak injeksi 4. Spuit sesuai dengan jenis ukuran (2-5 ml) 5. Cairan pelarut 6. Bengkok 7. Plester 8. Kapas alcohol/alcohol swab 9. Handscoon disposable
PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi fowleRasional: fowler 2. Anjurkan pasien untuk tetap tenang dan relaks agar tidak susah mencari pembuluh darah
PERSIAPAN LINGKUNGAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menutup Tirai ruangan pasien 2. Apabila didalam ruangan ada anak kecil diharapkan menunggu diluar
LANGKAH LANGKAH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci Tangan 2. Jelaskan Prosedur yang akan dilakukan

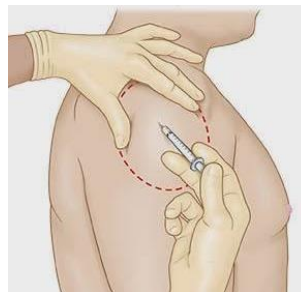
3. Bebaskan daerah yang akan dilakukan suntikan apabila pakaian tertutup buka atau keataskan
4. Ambil obat dengan spuit sesuai dengan dosis yang diberikan, apabila obat dalam sediaan bubuk maka larutkan dengan pelarut (Aquadess Steril)



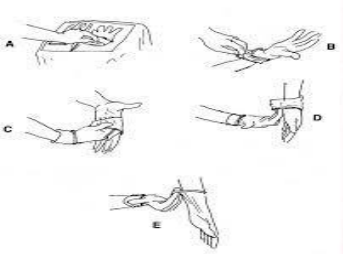
5. Kemudian tempatkan obat yang telah diambil pada bak injeksi
6. Pasang handscoon



7. Desinfeksi dengan kapas alcohol/alcohol swab dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar
8. Ambil spuit yang sudah terisi obat dan pegang kapas alcohol/alcohol swab dengan tangan yang tidak dominan.
9. Cubit kulit pada area penyuntikan dan masukan jarum pada sudut 45-90 derajat dibawah lipatan jaringan



10. Setelah jarum masuk ke dalam kulit, tahan ujung spuit dengan tangan non dominan sementara tangan dominan menginjeksikan obat. Hindari menggerakkan spuit.
11. Setelah obat dimasukkan, cabut jarum dengan cepat dan usap area penyuntikan dengan kapas alcohol.
12. Usap area penyuntikan dengan lembut, jangan menekan area

	<p>penyuntikan</p> <p>13. Setelah selesai tarik spuit dan lakukan penekanan pada daerah penyusukan dengan kapas alcohol/alcohol swab, dan spuit yang telah digunakan dimasukkan ke dalam bak injeksi</p> <p>14. Buka Handscoond</p>  <p>15. Cuci Tangan</p>
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan respon pasien 2. Catat Tanggal 3. Waktu 4. Dosis Pemberian Obat
Edukasi	Perawat harus memperhatikan teknik aseptik yaitu dengan mengusap tempat yang akan di tusuk dengan kapas antiseptik
Komplikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infeksi pada lokasi penyuntikan 2. Kondisi vena yang kurang dapat mendukung laju cairan.
Kendala	Jika prosedur yang dilakukan salah akan menimbulkan infeksi.
Referensi	<p>Hidayat, A. A. A., & Aliyah, M. (2016). <i>Buku Ajar Ilmu Keperawatan</i>. Salemba Medika.</p> <p>Syaifuddin. (2014). <i>Anatomi Tubuh Manusia Untuk Mahasiswa Keperawatan dan Kebidanan</i> (S. Medika (ed.)).</p>