

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN *TOTAL ATRIOVENTRICULAR BLOK, HOSPITAL-ACQUIRED PNEUMONIA* DI *INTENSIVE CARDIAC CARE UNIT*: STUDI KASUS

*Nursing Care Of Total Atrioventricular Blok, Hospital-Acquired Pneumonia
In Intensive Cardiac Care Unit: A Case Study*

Yunda Ulfa¹, Halimuddin², Fikriyanti²

¹Mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh

²Bagian Keilmuan Keperawatan Gawat Darurat, Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh

Email: yundaulfa99@gmail.com; halimuddin.ners@unsyiah.ac.id

ABSTRAK

Total Atrioventricular Block (TAVB) adalah keadaan dimana terjadi kegagalan konduksi impuls listrik dari nodus sino-atrial ke ventrikel. Kelainan terjadi pada sistem konduksi jantung dimana depolarisasi atrium gagal untuk mencapai ventrikel. Ancaman pada TAVB salah satunya adalah terjadi komplikasi arrest (henti jantung). Pasien dengan diagnosa TAVB perlu ditempatkan di ruang intensive yang sudah dilengkapi fasilitas yang lengkap sehingga apabila terjadi arrest maka dapat dilakukan resusitasi secara cepat. Studi kasus ini bertujuan untuk menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami TAVB. Diagnosa keperawatan yang muncul adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan TAVB. Intervensi yang telah diberikan adalah regulasi hemodinamik dan perawatan jantung akut dan terapi oksigen. Berdasarkan hasil pemantauan 1x24 jam setelah terpasang TPM pasien masih lemas dan gambaran EKG on TPM didapat *ritme* TAVB dengan HR 59x/menit, iskemia adanya ST depresi II, III aVF. sehingga direncanakan pasien akan melakukan pemasangan PPM (*permanent pacemaker*). Diharapkan pasien dengan TAVB dapat meningkatkan pola hidup sehat sejak dini dan perawat dapat memajemen aktivitas fisik sesuai dengan kapasitas jantung supaya tidak membebani kerja jantung.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, ICCU, *Total Atrio Ventricular Block*

ABSTRACT

Total Atrio Ventricular Block (TAVB) is a condition where there is failure of the conduction of electrical impulses from the sino-atrial node to the ventricles. Abnormalities occur in the conduction system of the heart where atrial depolarization fails to reach the ventricles. One of the threats to TAVB is arrest complications (cardiac arrest). Therefore, patients with a diagnosis of TAVB need to be placed in an intensive care unit that is equipped with complete facilities so that if an arrest occurs, resuscitation can be carried out quickly. This case study aims to explain nursing care to patients experiencing TAVB. The emerging nursing diagnosis is decreased cardiac output related to changes in heart rhythm. The interventions that have been given are hemodynamic regulation and cardiac care. Based on the results of monitoring 1x24 hours after the TPM was installed the patient was still weak and the ECG on TPM showed a TAVB rhythm with HR 59x/minute, ischemia with ST depression II, III aVF. so it is planned that the patient will have a PPM (*permanent pacemaker*) installed. It is hoped that patients with TAVB can improve their healthy lifestyle from an early age and nurses can manage physical activity according to heart capacity so as not to burden the heart's work.

Keywords : ICCU, Nursing care, *Total Atrio Ventricular Block*

PENDAHULUAN

TAVB (Total Atrio Ventricular Block) merupakan kelainan pada sistem konduksi jantung dimana depolarisasi atrium gagal untuk mencapai ventrikel atau depolarisasi atrial yang terkonduksikan dengan terlambat. Hambatan Atrioventrikuler (Blok AV) kerap menjadi penyebab bradikardia meskipun lebih jarang dibandingkan dengan kelainan fungsi nodus SA yang juga menyebabkan gejala bradikardia (PERKI, 2020). TAVB telah menjadi salah satu penyebab kematian yang paling banyak terjadi. Ancaman pada TAVB salah satunya adalah terjadi komplikasi arrest (henti jantung).

Pasien dengan diagnosa TAVB perlu ditempatkan di ruang intensive yang sudah dilengkapi fasilitas yang lengkap sehingga apabila terjadi arrest maka dapat dilakukan resusitasi secara cepat. Salah satu target perawatan pada pasien yang mengalami TAVB adalah harus mendapatkan perawatan *intensive* menyangkut dengan perbaikan hemodinamik dan oksigenasi yang merupakan target awal dari perawatan di *ruang intensive* (Davey, 2015).

Pasien sakit kritis dengan TAVB harus dirawat di unit gawat darurat, unit perawatan intensif, atau laboratorium kateterisasi jantung. Selama dan setelah stabilisasi pasien awal, koordinasi dan komunikasi antara dokter, perawat, dan staf pendukung sangat penting karena pasien akan memerlukan pemantauan ketat dan kemungkinan intervensi cepat jika skenario klinis berubah. Tim perawatan primer perlu berkoordinasi dengan dokter konsultan; biasanya intensivis dan ahli jantung atau ahli elektrofisiologi, untuk menempatkan pasien dalam pengaturan yang dipantau atau

menempatkan alat pacu jantung intravena sementara sampai evaluasi etiologi yang mendasari dilakukan dan keputusan dapat dibuat untuk memasang alat pacu jantung permanen (Harikrishnan, 2015).

GAMBARAN KASUS

Pengkajian *pre arrival assessment* dalam kasus ini yaitu pasien Tn. I usia 39 tahun, masuk melalui IGD pada tanggal 2 Januari 2023 dengan diagnosa medis *total atrioventricular block, Hospital-Acquired Pneumonia*, dengan keluhan lemas yang dirasa beberapa hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien sebelumnya mempunyai riwayat singkop/pingsan berulang. Pasien sebelumnya juga mempunyai riwayat kejang dan didiagnosa epilepsi, pasien sebelumnya di rawat di RS Aceh Tamiang dan terdiagnosa pneumonia.

Pengkajian awal pada tanggal 3 Januari 2023 saat di ruang ICCU didapatkan *Airway: Clear. Breathing:* Pasien bernapas secara spontan dengan respiratory rate: 20x/menit, Spo2 96%, nasal kanul 4 liter per menit, adanya otot bantu pernapasan. *Circulation:* Tekanan darah (TD): 87/56 mmHg, MAP : 68 mmHg, Heart rate (HR): 37x/menit, suhu 36,1^o Glasgow Coma Scale: eye 4, motorik 6, verbal 5 = 15 (compos mentis), *Drugs/Diagnostic test*, pasien mendapat terapi berupa: NaCl 21cc/jam, drip dopamin 7 mcg/kg/mnt, IV ceftriaxone 1gr/12jam, sc arixra 2,5gr/24jam, drip paracetamol 1 gr, As. Valproat 2x250gr, Hasil pemeriksaan EKG didapatkan *ritme* TAVB dengan HR 37x/menit, iskemia adanya ST depresi II, III aVF. Hasil Foto Thorax kongestif pulmonum disertai bronchopneumonia, hasil laboratorium didapatkan: hemoglobin: 13,5

g/dL, hematokrit 39%, eritrosit $4,9 \times 10^6/\text{mm}^3$, leukosit $11,73 \times 10^3/\text{mm}^3$, MCV 78 fL, Netrofil Batang 0%, Netrifil Segmen 96%, Limfosit 3%, Monosit 1%, D-dimer 1780,00 ng/mL. Equipment: Pasien menggunakan Nasal Kanul 4L/menit, iv line, kateter urine ukuran 16.

Pengkajian komprehensif yang diperoleh saat dikaji didapatkan pada bagian kepala dan wajah: rambut tipis berwarna hitam dan bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, telinga simetris, bibir tampak kering, mukosa lembab dan gigi tidak lengkap. Pada bagian leher: tidak terdapat distensi vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe. Pada bagian thorax: dada simetris, tidak ada jejas, tidak terdapat otot bantu pernapasan. Pada bagian abdomen: tidak ada jejas, turgor kulit bagus. Pada bagian ekstremitas: tidak terdapat edema perifer, CRT <2 detik.

Status respirasi pasien dapat dilihat pola pernapasan reguler dengan tampilan dispnea, pasien terlihat lemas. Status sirkulasi nadi bradikardi, tekanan darah 87/56 mmHg, saturasi oksigen 96%, irama jantung: TAVB HR: 37x/menit namun tidak terdapat nyeri, ekstremitas teraba hangat. Status neurosensori yang didapatkan glasgow coma scale 15 pasien sadar penuh, suhu tubuh pasien $36,1^\circ\text{C}$, tidak memiliki masalah pada pendengaran, penglihatan, dan berbicara.

Status gastrointestinal tidak terdapat permasalahan dengan ditandai tidak adanya pembatasan cairan, rongga mulut terlihat lembab, dan total skore pengkajian nutrisi adalah 4 yang artinya tidak perlu rujukan ke bagian ahli gizi. Status eliminasi tampilan urin berwarna jernih, dengan produksi urin 60 cc/jam, dan pasien

terpasang kateter ukuran 16. Integument dan Brader scale kulit utuh, warna kulit normal, tidak ada ruam atau kemerahan dan tidak ikterik, nilai braden scale 16 (resiko rendah).

HASIL

Penurunan Curah Jantung

Hasil akhir dari masalah penurunan curah jantung ialah keefektifan pompa jantung dan status sirkulasi, dengan kriteria hasil yang diharapkan: distritmia menurun, dispnea menurun, saturasi oksigen dalam batas normal, tekanan darah membaik, heart rate membaik dan respirasi rate membaik, kesadaran compos mentis, dan pace maker efektif bagi pasien.

Intervensi perawatan jantung akut adalah membatasi komplikasi untuk pasien yang sedang mengalami episode ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard yang mengakibatkan kerusakan fungsi jantung. Aktivitas yang dilakukan untuk intervensi tersebut meliputi mengkaji sesak napas dan kelelahan dan kajidistritmia jantung, kemudian juga kolaborasi memberikan obat arixra (2,5 mg/24jam).

Intervensi regulasi hemodinamik yaitu mengoptimalkan frekuensi jantung, preload, afterload dan kontaktilitas, Aktivitas yang dilakukan untuk intervensi tersebut meliputi mengkaji tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, heart rate, respirasi rate dan suhu, kaj distritmia jantung, rencana kolaboratif pemasangan pacemaker dan kolaboratif memberikan obat dopamine (7mcg/kg/mnt).

Terapi oksigen, terapi oksigen yaitu pemberian terapi oksigen dan pemantauan terhadap efektivitasnya. Aktivitas yang dilakukan

untuk intervensi tersebut meliputi berikan oksigen melalui nasal kanul, kaji efektifitas terapi oksigen (SPO₂).

Evaluasi pada 5 Januari 2023, setelah dilakukan implementasi maka penulis melakukan evaluasi terhadap setiap tindakan yang telah dilakukan. Evaluasi terakhir pada masalah penurunan curah jantung distritmia menurun, dispnea menurun, saturasi oksigen dalam batas normal, tekanan darah membaik, heart rate membaik dan respirasi rate membaik, kesadaran compos mentis, dan pace maker efektif bagi pasien sehingga dengan keadaan seperti itu dapat efektif untuk pasien dan pasien bisa dilanjutkan perawatan di ruangan dan dipindahkan ke ruang raudhah 1 untuk direncanakan pemasangan alat listrik jantung permanen (PPM).

PEMBAHASAN

Penurunan Curah Jantung

Pada pasien dengan TAVB implementasi yang telah dilakukan oleh penulis terhadap masalah keperawatan penurunan curah jantung adalah memberikan terapi oksigen nasal kanul 4 liter permenit untuk pasien. Hal ini sesuai dengan penatalaksanaan gagal jantung akut menurut PERKI (2020), yang menganjurkan pemberian terapi oksigen untuk meningkatkan ventilasi pasien. Implementasi selanjutnya penulis mengatur posisi pasien menjadi fowler untuk meningkatkan kenyamanan, sirkulasi dan saturasi oksigen, selaras dengan penelitian Isrofah, Indriono dan (Isrofah & Mushafiyah, 2020) yang menyatakan pemberian posisi tidur fowler efektif terhadap kualitas tidur dan saturasi oksigen pada pasien gagal jantung.

Posisi fowler atau posisi duduk adalah posisi tempat tidur yang meninggikan tubuh dan kepala dinaikan 90 derajat. Apabila klien dalam posisi ini, gravitasi menarik diafragma kebawah, memungkinkan ekspansi dada dan ventilasi paru yang lebih besar (Kozier & Berman, 2011). Monitor tanda/gejala primer penurunan curah jantung yaitu dipsnea dan kelelahan dan monitor distritmia jantung, kemudian juga kolaborasi memberikan obat (arixra 2,5 mcg/24jam).

Selain itu penulis juga melakukan pemantauan tanda-tanda penurunan curah jantung meliputi meliputi dipsnea dan kelelahan dan monitor distritmia jantung, kemudian juga pemeriksaan capillary refill time (CRT). Pemeriksaan CRT sangat penting dilakukan dimana pengisian kapiler bertujuan untuk memastikan sirkulasi. Waktu pengisian kapiler adalah waktu yang diperlukan untuk warna dasar kapiler distal untuk kembali ke garis dasar setelah memberikan tekanan yang cukup untuk menyebabkan pucat. CRT tertunda didefinisikan sebagai >2 detik dan menunjukkan status peredaran darah abnormal. CRT digunakan secara klinis untuk menilai sirkulasi perifer untuk tanda-tanda syok dan dehidrasi (Falotico, et al, 2020). Penulis juga melakukan tindakan kolaborasi yaitu kolaborasi memberikan obat arixra 2,5 mg/24jam.

Penulis melakukan pemantauan tanda-tanda vital yaitu TD, HR, RR dan suhu, monitor distritmia jantung untuk melihat adanya kelainan atau perubahan pada irama jantung melalui EKG dan pemberian terapi oksigen 4 Lpm, penulis juga melakukan persiapan pasien untuk pemasangan pacemaker yaitu dengan pemeriksaan ulang denyut jantung pasien untuk

menilai kembali gangguan irama jantung, serta penilaian status hemodinamik. Hal ini merupakan hal yang krusial sehingga memerlukan perhatian dalam meningkatkan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien yang diindikasikan terpasang alat pacu jantung (Kupahang, OH., 2022).

Penulis juga melakukan edukasi pengetahuan terkait alat yang terpasang pada pasien dan prosedur pemasangannya. Pasien yang terpasang pacemaker membutuhkan pengetahuan sehingga pasien tau dan paham bagaimana kondisi dirinya (Herawati, T., 2022). Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 hari rawatan sehingga dapat disimpulkan penurunan curah jantung perlu dilanjutkan.

KESIMPULAN

Hasil studi kasus pada Tn. I dengan *Total Atrioventricular Blok* (TAVB), *Hospital-Acquired Pneumonia* dimulai dari pengkajian keperawatan didapat data bahwa pasien dengan mengalami dipsnea, bradikardi, distritmia dan elektrokardiogram menunjukkan TAVB. Diagnosis keperawatan yang muncul pada Tn. I dengan Total Atrioventricular Blok (TAVB) yaitu Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Implementasi utama yang perlu diintervensikan pada pasien dengan Total Atrioventrikular Blok (TAVB) diantaranya perawatan jantung akut, regulasi hemodinamik dan terapi oksigen. Evaluasi terakhir pasien akan dipasang alat pacu jantung permanen.

Diharapkan pasien dengan TAVB dapat meningkatkan pola hidup sehat sejak dini dan perawat dapat memanejemen aktivitas fisik sesuai

dengan kapasitas jantung supaya tidak membebani kerja jantung.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis tunjukan kepada pembimbing dan pihak Rumah sakit khususnya pada ruang *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) yang telah membantu selama studi kasus serta kepada pasien dan keluarga.

REFERENSI

- Andrianto. (2019). *Buku Ajar Kegawat daruratan Kardiovaskular Berbasis Standar Nasional Pendidikan Profesi Dokter*. Surabaya: Airlangga University Press
- Budiono & Mulyanti, S. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskuler*. Edisi ke 1. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Davey. (2015). *AT a Glance Medicine*. Jakarta : Erlangga
- Endris,A, dkk.(2017). *Ensiklopedia Kesehatan Macam-Macam Penyakit*. Jakarta: Hikam Pustaka.
- Gledis, M., & Gobel, S. (2016). *Hubungan Peran Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Rs Gmibm Monompia Kota Mabagu Kabupaten Bolaang Mongondow*. *Elektronik Keperawatan*, 4(2), 1–6.
- Harikrishnan,. DKK (2015). *Blok Jantung Lengkap Komplikasi Elevasi Segmen ST Infark Miokard: Tren Temporal dan Asosiasi Dengan Hasil Di Rumah Sakit*. *National Library Of Madcine* : Elsevier Inc: 1(6):529-538
- Herawati, T., (2022). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Total AV Blok Terpasang Pacu Jantung Sementara di Ruang Perawatan Intermediate*. *Jurnal Penelitian Kesehatan*. 11(2), 280-283.
- Isrofah, I., Indriono, A., & Mushafiyah, I. (2020). *Effectiveness of Giving Sleep Position of Semifowler on Sleep Quality and*

- Oxygen Saturation in Congestive Heart Failure Patients*. Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal. 10(4), 557-568
- Kapahang, OH., (2022). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Total AV Blok Terpasang Pacu Jantung Sementara melalui Pendekatan Teori Virginia Henderson di Ruang Perawatan Intermediate*. Jjurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes. 13(2), 2502-7778.
- Kemendes RI. (2018). Laporan Provinsi Aceh Riskesdas 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2019 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia. (2020). *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung*. PERKI.
- Kozier, E., & Berman, S. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktik, Volume : 1, Edisi : 7*. EGC : Jakarta
- NANDA.(2015).*buku diagnosa keperawatan definisi dan klasifikasi 2018-2020*. Jakarta: EGC
- Pertiwiwati, E., & Rizany, I. (2017). *Peran Educator Perawat Dengan Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien Di Ruang Tulip 1c Rsud Ulin Banjarmasin*. Dunia Keperawatan, 4(2), 82
- Plasay, M., & Ramadhani, Ishma (2020). *Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Gagal Jantung Akut Pada Pasien*. Jurnal Elektronik, 2(2), 1–6
- Price, SA & Wilson, LM. (2017). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 6. Vol 2. Jakarta: EGC
- Rahmah, Nukmatur. (2013). *Proses Keperawatan: Teori dan Aplikasi (Edisi Baru)*. Jakarta: Arruz Media.
- Rajni, Malik. (2017). *Fisioterapi Kardiopulmonal*. Jakarta: EGC
- Resmisari, dr. Titiek. (2010). *Rujukan Cepat Di Ruang ICU/CCU*. Jakarta: EGC
- Samsuhidayat & Jong. (2016). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Sudoyo, A. W., Setiati, S., Alwi, I., Stiyohadi, B., & Syam, A. F. (2014). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta: Interna Publishing.
- Wahid Iqbal Mubarak dan Nurul chayatin. (2008). *Buku Ajar Kebutuhan dasar Manusia “Teori dan Aplikasi dalam Praktek.”* Jakarta: EGC.
- Wijaya, SP. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas Di Ruangcvcu Rsud Bangil Pasuruan*. Stikes Cendekis Medika: Pasuruan.
- Wilkinson, JM & Nancy, RA. (2016). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan: Diagnosa NANDA, Intrevensi NIC, Kriteria Hasil NOC*. Jakarta: EGC
- WHO. (2016). *Cardiovascular Diseases*. Genewa:WHO