

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn.M DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS PENYAKIT JANTUNG KORONER
DENGAN HIPERTENSI DI RUANG
MIRAH RUMAH SAKIT PHC
SURABAYA**



Oleh :

MAHALIA OCHA DANNA, S.Kep.

NIM.193.0048

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn.M DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS PENYAKIT JANTUNG KORONER
DENGAN HIPERTENSI DI RUANG
MIRAH RUMAH SAKIT PHC
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh :

MAHALIA OCHA DANNA, S.Kep.

NIM.193.0048

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Juli 2020
Penulis



Mahalia Ocha Danna, S.Kep.
NIM. 193.0048

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Mahalia Ocha Danna, S.Kep

NIM : 193.0048

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Tn.M Dengan Diagnosis Medis Penyakit
Jantung Koroner Dengan Hipertensi Di Ruang Mirah Rumah Sakit
PHC Surabaya

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

NERS (Ns)

Surabaya, 24 Juli 2020

Pembimbing



Christina Yulastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03017

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : 24 Juli 2020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Mahalia Ocha Danna, S.Kep

NIM : 193.0048

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

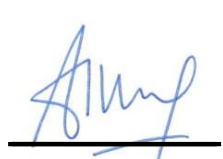
Judul : Asuhan Keperawatan Tn.M Dengan Diagnosis Medis
Penyakit Jantung Koroner Dengan Hipertensi Di Ruang
Mirah Rumah Sakit PHC Surabaya

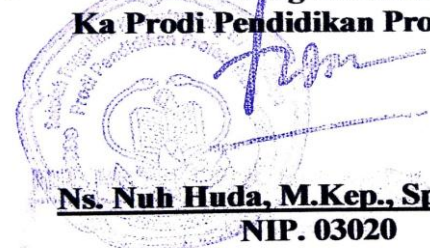
Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya tulis akhir di STIKES Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “Ners (Ns)” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah
Surabaya.

Penguji I : Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03.017



Penguji II : Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03.033



Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 24 Juli 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr.Pudji Djanuartono, M.Kes, selaku kepala RS PHC Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Ibu Wiwiek Liestyningrum, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Penguji II terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.

6. Ibu Christina Yuliasuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku selaku Pembimbing dan Penguji I yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Nikmatul Choiriyah, S.Kep.,Ns, selaku Pembimbing Ruangan Mirah yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Teman-teman sealmamater profesi ners A10 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 24 Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xiii
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.....	5
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.2 Sumber Data.....	6
1.5.3 Studi Kepustakaan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep PJK	8
2.1.1 Anatomi Fisiologi Jantung	8
2.1.2 Definisi PJK	14
2.1.3 Etiologi PJK	14
2.1.4 Klasifikasi PJK.....	17
2.1.5 Manifestasi Klinis PJK.....	18
2.1.6 Patofisiologi PJK.....	18
2.1.7 Penatalaksanaan PJK.....	19
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang PJK.....	21
2.1.9 Komplikasi PJK	21
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Penyakit Jantung Koroner	22
2.2.1 Data umum.....	22
2.2.2 Riwayat Keperawatan	22
2.2.3 Pemeriksaan Fisik	23
2.2.4 Diagnosis Keperawatan.....	23
2.2.5 Intervensi Keperawatan.....	24
2.3 Konsep Hipertensi	32
2.3.1 Definisi Hipertensi	32
2.3.2 Etiologi Hipertensi	32
2.3.3 Faktor-faktor Terjadinya Hipertensi	34
2.3.4 Kasifikasi Hipertensi.....	35
2.3.5 Patofisiologi Hipertensi.....	35
2.3.6 Manifestasi Klinis Hipertensi.....	36
2.3.7 Pemeriksaan Penunjang Hipertensi.....	36

2.3.8	Penatalaksanaan Hipertensi.....	37
2.3.9	Komplikasi Hipertensi	38
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan pada Hipertensi	39
2.4.1	Data Umum	39
2.4.2	Riwayat Keperawatan	40
2.4.3	Pemeriksaan Fisik	40
2.4.4	Diagnosis Keperawatan.....	41
2.4.5	Intervensi Keperawatan.....	42
2.5	Implementasi Keperawatan	45
2.6	Evaluasi Keperawatan	45
2.7	Kerangka Masalah PJK	47
2.8	Kerangka Masalah Hipertensi.....	49
BAB 3	TINJAUAN KASUS.....	51
3.1	Pengkajian	51
3.1.1	Data Dasar	51
3.1.2	Pemeriksaan Fisik	53
3.2	Diagnosis Keperawatan	60
3.2.1	Analisis Data	60
3.2.2	Prioritas Masalah.....	61
3.3	Rencana Keperawatan	62
3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	67
BAB 4	PEMBAHASAN	73
4.1	Pengkajian Keperawatan	73
4.2	Diagnosis Keperawatan	84
4.3	Perencanaan	86
4.4	Implementasi	90
4.5	Evaluasi	94
4.6	Keterbatasan	99
BAB 5	PENUTUP.....	100
5.1	Simpulan.....	100
5.2	Saran	101
	DAFTAR PUSTAKA	103

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Derajat Hipertensi.....	15
Tabel 2.2	Klasifikasi Derajat Hipetensi Menurut WHO.....	32
Tabel 3.1	Hasil Laboratorium Pada Tn.M Dengan Diagnosis Medis PJK+HT Pada Tanggal 10 Oktober 2019	58
Tabel 3.2	Pemberian Terapi Medis pada Tn.M Dengan Diagnosis Medis PJK+HT pada tanggal 12 Oktober 2019.....	59
Tabel 3.3	Intervensi keperawatan Pada Tn.M Dengan Diagnosis Medis PJK+HT Pada Tanggal 12 Oktober 2019	62
Tabel 3.4	Implementasi dan Evaluasi Pada Tn.M Dengan Diagnosis Medis PJK+HT Pada Tanggal 12-17 Oktober 2019.....	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung (Sumber: The Visual Dictionary of Human Anatomy, 2010 dalam (Krismayanti, 2015).....	8
Gambar 2.2 Lapisan Pembungkus Jantung (Sumber: The Visual Dictionary of Human Anatomy, 2010 dalam (Krismayanti, 2015).....	10
Gambar 2.3 Elektrofisiologi Jantung (Sumber: Jones, 2018 (Thaler, 2013).....	13
Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn.M.....	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Pemeriksaan EKG	108
--------------------------------------	-----

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

SINGKATAN

ACS	: <i>Acute Coronary Syndrome</i>
APS	: Angina Pektoris Stabil
AV	: Atrioventrikular
CT-Scan	: <i>Computed Tomography Scan</i>
DM	: Diabetes Mellitus
EKG	: Elektrokardiogram
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HDL	: <i>High Density Lipoprotein</i>
HT	: Hipertensi
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IMT	: Indeks Massa Tubuh
LDL	: <i>Low Density Lipoprotein</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
NSTEMI	: <i>Non ST Elevated Myocardial Infraction</i>
PJK	: Penyakit Jantung Koroner
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
ROM	: <i>Range of Motion</i>
RSU	: Rumah Sakit Umum
RT	: Rukun Tetangga
SA	: Sinoatrial
SKA	: Sindrom Koroner Akut
STEMI	: <i>ST Elevated Myocardial Infraction</i>
UAP	: <i>Unstable Angina Pectoris</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

SIMBOL

%	: Persen
?	: Tanda Tanya
/	: Atau dan Per
()	: Kurung Buka dan Kurung Tutup
> atau \geq	: Lebih dari
< atau \leq	: Kurang dari

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit jantung koroner adalah suatu kondisi yang terjadi akibat penumpukan plak di arteri jantung (Ardiansyah, Jon, & Irnamera, 2018). Penumpukan plak pada arteri koroner salah satunya dapat disebabkan oleh hipertensi. Hipertensi dapat membuat dinding pembuluh darah menjadi kaku dan memunculkan atheroma hingga menutupi lumen arteri koroner secara progresif dan menghalangi aliran darah ke miokardium (Satoto, 2014). Aliran darah ke miokardium yang mengalami penurunan dapat mempengaruhi jumlah aliran darah dari jantung yang akan di pompakan ke seluruh tubuh melalui aorta dan menyebabkan terjadinya penurunan curah jantung.

Jumlah orang yang meninggal akibat jantung di dunia setiap tahun diperkirakan sekitar 15 juta orang, atau sama dengan 30% total kematian di dunia. Data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2016 melaporkan bahwa kematian karena penyakit kardiovaskular 7.4 juta disebabkan oleh penyakit jantung koroner (PJK). Penderita hipertensi di dunia menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 melaporkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyandang hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Prevalensi penyakit jantung di Indonesia berdasarkan Riskesdas tahun 2018 yaitu 1.5 % penderita. Prevalensi PJK di Indonesia sebesar 0.5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Penderita hipertensi di Indonesia menurut Riskesdas tahun 2018 sebanyak 34.1%. Penderita terbanyak

penyakit jantung koroner terdapat di Provinsi Jawa Timur yaitu 1.3% atau sebanyak 337.127 orang. Menurut Dinkes Provinsi Jawa Timur tahun 2017 prosentase prevalensi penderita tekanan darah tinggi sebesar 13.47%. Jumlah penderita PJK tahun 2016 di Kota Surabaya pada usia produktif (15-64 tahun) sebesar 88.21% dan Kota Surabaya termasuk ke dalam lima besar kota atau kabupaten di Jawa Timur dengan penderita hipertensi terbanyak yaitu 10.43 % atau sama dengan 45.014 orang. Data instalasi Rekam Medis penderita penyakit jantung rawat inap di RSU Haji Surabaya pada tahun 2017 adalah sebanyak 395 pasien. Data pada tahun 2018 penderita penyakit jantung rawat inap adalah 767 pasien. Data dari tahun 2017-2018 tersebut mengalami peningkatan 372 pasien dalam satu tahun (Saesarwati & Satyabakti, 2017).

Penyakit jantung koroner (PJK) disebabkan adanya plak yang menumpuk di dalam arteri koroner yang mensuplai oksigen ke otot jantung. Faktor risiko dominan dari penyakit jantung koroner adalah hipertensi (Ghani, Dewi, & Novriani, 2016). Perkembangan PJK akibat hipertensi menyebabkan jantung akan bekerja lebih keras untuk memompa guna memenuhi kebutuhan suplai darah dan oksigen keseluruhan tubuh. Akibat kerja pompa jantung yang terbiasa meningkat menyebabkan pembuluh darah pada jantung menjadi kaku atau stenosis, sehingga lama kelamaan dinding pembuluh darah yang kaku tersebut dapat memicu timbulnya atheroma yang membuat pembuluh darah menjadi sempit (Amisi, Nelwan, & Kolibu, 2018).

Pembuluh darah yang mengalami penyempitan akan mempengaruhi suplai darah ke jantung dan perfusi oksigen di jantung juga menurun. Kondisi penurunan perfusi di jantung dapat mengakibatkan iskemia pada pembuluh darah yang

tersumbat. Kondisi kekurangan oksigen tersebut dapat mempengaruhi kontraktilitas jantung, tidak menutup kemungkinan jika jantung mengalami penurunan aktivitas *afterload* maka curah jantung yang akan di pompakan keseluruh tubuh juga akan mengalami penurunan. Penderita PJK dapat menunjukkan gejala seperti nyeri dada yang menjalar, tembus ke punggung, atau bisa saja menjalar ke ulu hati, sesak nafas, irama jantung irregular, pusing, sakit perut, mual, dan muntah. Gejala PJK yang muncul biasanya hanya nampak seperti orang masuk angin, sehingga penderita PJK tidak menganggap gejala tersebut merupakan gejala penyakit jantung koroner (Yanuar, Wibowo, & Setyaningsih, 2019). PJK yang dibiarkan tanpa perawatan yang tepat, dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya.

Penderita yang terdiagnosis PJK dengan hipertensi selama bertahun-tahun dapat menyebabkan terjadinya komplikasi seperti stroke, serangan jantung, kegagalan ginjal, hingga terjadi *cardiac arrest* (Marleni & Alhabib, 2015). Tindakan perawat dalam penanganan pasien penyakit jantung koroner untuk mencegah terjadinya komplikasi yang berat diprioritaskan pada pengelolaan nyeri, pemeliharaan miokardium, koping yang efektif terhadap penyakit, berpartisipasi dalam program rehabilitas dan pengurangan faktor risiko terjadinya penyakit jantung koroner (Rochmayanti, 2011).

Pemberian tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis penyakit jantung koroner diharapkan agar pasien dapat kembali memenuhi kebutuhan dasarnya secara mandiri dan pasien serta keluarga dapat merubah perilaku menjadi perilaku yang preventif untuk mengurangi faktor risiko penyakit jantung koroner agar tidak terjadi terulangnya penyakit PJK dikemudian hari.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka diperlukan asuhan keperawatan pada Tn.M dengan diagnosis medis PJK dengan HT di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana asuhan keperawatan pada Tn.M dengan diagnosis medis PJK dengan HT di Ruang Mirah RS PHC Surabaya?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn.M dengan diagnosis medis PJK dengan HT di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan diagnosis medis PJK dengan HT di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis PJK dengan HT di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis PJK dengan HT di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis PJK dengan HT di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.
5. Mengevaluasi hasil implementasi pada pasien dengan diagnosis medis PJK dengan HT di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang di lakukan pada pasien dengan diagnosis medis PJK dengan HT di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat:

1. Akademisi

Sebagai tambahan ilmu pengetahuan dalam hal asuhan keperawatan pada pasien Penyakit Jantung Koroner, khususnya bagi mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya.

2. Secara praktis, karya ilmiah akhir ini akan bermanfaat

a. Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat menjadi masukan bagi rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien Penyakit Jantung Koroner dengan baik.

b. Bagi Penulis

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat menjadi salah satu referensi rujukan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus pada kasus Penyakit Jantung Koroner.

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu dan referensi bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Penyakit Jantung Koroner

1.5 Metode Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini, penulis menggunakan metode deskriptif dimana penulis menggunakan metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau

gejala yang terjadi pada waktu sekarang dengan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1.5.1 Metode Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diperoleh melalui tanya jawab kepada pasien dan keluarga Tn.M pada saat dilakukan pengkajian tanggal 12 Oktober 2019.

2. Observasi

Data diperoleh melalui mengamati reaksi dan respon pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan lain dilakukan pada saat pengkajian tanggal 12 Oktober 2019.

3. Pemeriksaan

Data diperoleh dengan melakukan pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya guna menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

1.5.2 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien Tn.M

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga Tn.M, rekam medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

1.5.3 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari sumber buku, jurnal ataupun literature yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Agar lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari karya tulis ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar tabel, dan daftar singkatan.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing- masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit PJK dan hipertensi dari sudut medis, asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis PJK, asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis hipertensi.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

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

BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.
3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

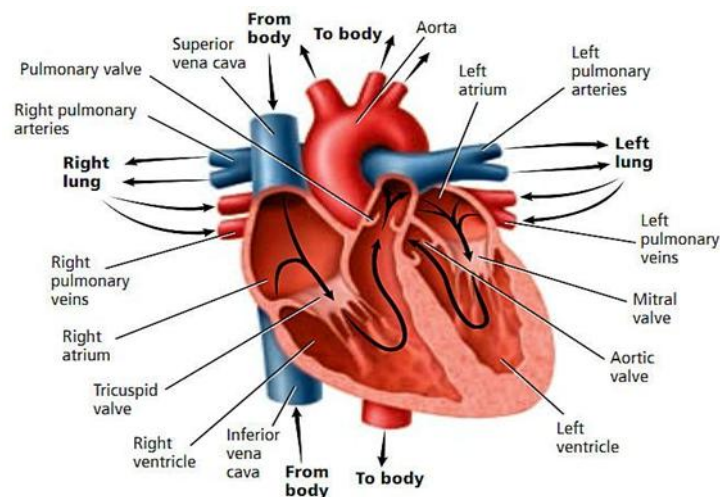
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan secara teoritis, mengenai: 1) Konsep PJK, 2) Konsep Asuhan Keperawatan PJK, 3) Konsep Hipertensi, 4) Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi.

2.1 Konsep PJK

2.1.1 Anatomi Fisiologi Jantung



Gambar 2.1 Anatomi Jantung (Sumber: The Visual Dictionary of Human Anatomy, 2010 dalam (Krismayanti, 2015)

Jantung terletak di dalam rongga mediastinum dari rongga dada (thoraks), diantara kedua paru, diantara paru-paru kanan dan paru-paru kiri. Berat jantung kurang lebih 300 gram, besarnya sebesar kepalan tangan. Jantung memiliki fungsi untuk memompa darah keseluruh tubuh melalui pembuluh darah (Krismayanti, 2015).

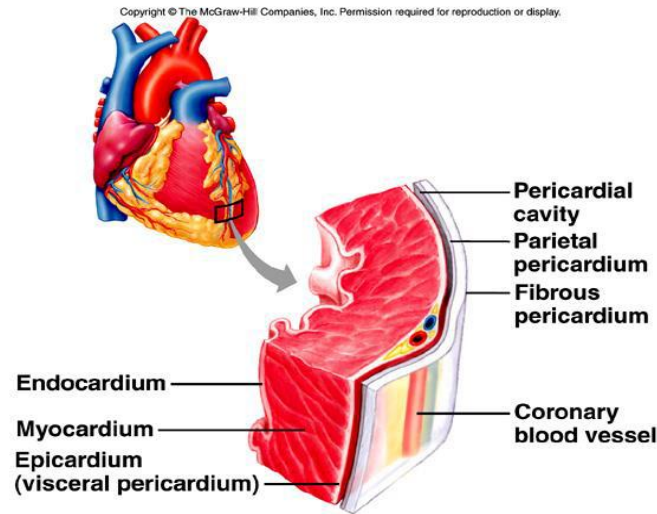
Organ jantung terdiri atas 4 ruang, yaitu 2 ruang yang ber dinding tipis, disebut atrium, dan 2 ruang yang ber dinding tebal disebut ventrikel yang memiliki fungsi sebagai berikut (Syaifuddin, 2010)

1. Atrium
 - a. Atrium kanan, berfungsi sebagai tempat penampungan darah yang rendah oksigen dari seluruh tubuh. Darah tersebut mengalir melalui vena cava superior, vena cava inferior, serta sinus koronarius yang berasal dari jantung sendiri. Kemudian darah dipompakan ke ventrikel kanan dan selanjutnya ke paru.
 - b. Atrium kiri, berfungsi sebagai penerima darah yang kaya oksigen dari kedua paru melalui vena pulmonalis. Kemudian darah mengalir ke ventrikel kiri, dan selanjutnya ke seluruh tubuh melalui aorta.
2. Ventrikel
 - a. Ventrikel kanan, menerima darah dari atrium kanan dan dipompakan ke paru-paru melalui arteri pulmonalis.
 - b. Ventrikel kiri, menerima darah dari atrium kiri dan dipompakan ke seluruh tubuh melalui aorta.

Sedangkan dinding jantung memiliki tiga lapisan, yaitu (Pearce, 2010):

1. Pericardium/ epicardium merupakan selaput paling luar sebagai pembungkus jantung.
2. Miokardium merupakan lapisan tengah/lapisan yang paling tebal dibentuk oleh sel-sel otot jantung.

3. Endokardium merupakan selaput pembatas ruang jantung yang mengandung pembuluh darah, saraf, dan percangan dari sistem peredaran darah ke jantung



Gambar 2.2 Lapisan Pembungkus Jantung (Sumber: The Visual Dictionary of Human Anatomy, 2010 dalam (Krismayanti, 2015))

Sirkulasi pada jantung saling terhubung, guna menghubungkan antara ruang satu dengan yang lain, jantung dilengkapi dengan katup-katup, diantaranya yaitu (Syarifuddin, 2010):

1. Katup trikuspidalis.

Merupakan katup yang terletak di antara atrium kanan dan ventrikel kanan, serta mempunyai 3 buah daun katup.

2. Katup mitral/ atau bikuspidalis

Merupakan katup yang terletak di antara atrium kiri dan ventrikel kiri, serta mempunyai 2 buah katup

Katup trikuspidalis dan bikuspidalis tersebut berfungsi untuk memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel pada fase diastole ventrikel, dan mencegah aliran balik pada saat systole ventrikel (kontraksi).

3. Katup pulmonal dan katup aorta

Katup pulmonal terletak pada arteri pulmonalis, memisahkan pembuluh ini dari ventrikel kanan. Katup aorta terletak antara ventrikel kiri dan aorta. Kedua katup ini disebut dengan katup semilunar yang mempunyai bentuk terdiri dari 3 daun katup yang simetris disertai penonjolan menyerupai corong yang dikaitkan dengan sebuah cincin serabut.

Siklus jantung adalah periode dimulainya satu denyutan jantung dan awal dari denyutan selanjutnya. Siklus jantung terdiri dari periode sistole, dan diastole. Sistole adalah periode kontraksi dari ventrikel, dimana darah dikeluarkan dari jantung. Diastole adalah periode relaksasi dari ventrikel dan kontraksi atrium, dimana terjadi pengisian darah dari atrium ke ventrikel (Griadhi, 2016).

1. Periode sistole (periode kontriksi)

Periode sistole adalah suatu keadaan jantung dimana bagian ventrikel dalam keadaan menguncup. Katup bikuspidalis dan trikuspidalis dalam keadaan tertutup, dan valvula semilunaris aorta dan valvula semilunaris arteri pulmonalis terbuka, sehingga darah dari ventrikel kanan mengalir ke arteri pulmonalis, dan masuk kedalam paru-paru kiri dan kanan. Darah dari ventrikel kiri mengalir ke aorta dan selanjutnya beredar keseluruh tubuh.

2. Periode diastole (periode dilatasi)

Periode diastole adalah suatu keadaan dimana jantung mengembang. Katup bikuspidalis dan trikuspidalis dalam keadaan terbuka sehingga darah dari atrium kiri masuk ke ventrikel kiri, dan darah dari atrium kanan masuk ke ventrikel kanan. Selanjutnya darah yang datang dari paru-paru kiri kanan melalua vena pulmonal

kemudian masuk ke atrium kiri. Darah dari seluruh tubuh melalui vena cava superior dan inferior masuk ke atrium kanan.

3. Periode istirahat

Waktu antara periode diastole dengan periode systole dimana jantung berhenti kira-kira sepersepuluh detik.

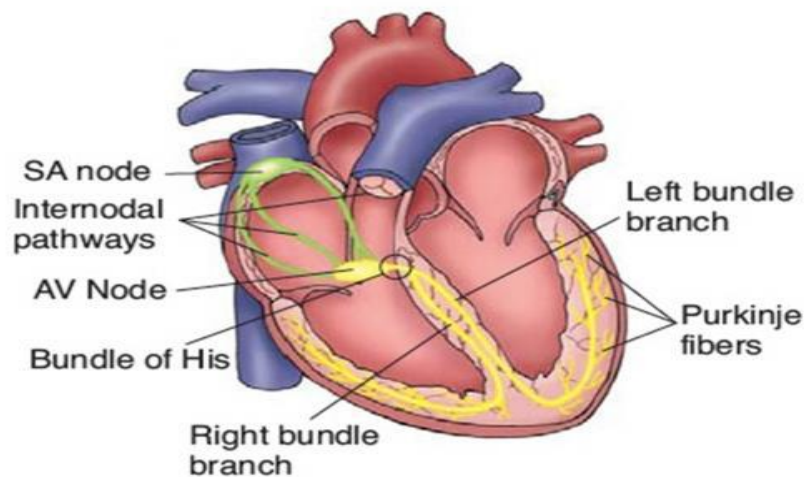
Di dalam otot jantung, terdapat jaringan khusus yang menghantarkan aliran listrik yang berfungsi sebagai elektrofisiologi jantung. Jaringan tersebut mempunyai sifat-sifat yang khusus, yaitu (Krismayanti, 2015):

1. Otomatisasi: kemampuan untuk menimbulkan impuls secara spontan.
2. Irama: pembentukan impuls yang teratur.
3. Daya konduksi: kemampuan untuk menyalurkan impuls.
4. Daya rangsang: kemampuan untuk bereaksi terhadap rangsang.

Berdasarkan sifat-sifat tersebut, maka secara spontan dan teratur jantung akan menghasilkan impuls-impuls yang disalurkan melalui sistem hantar untuk merangsang otot jantung dan dapat menimbulkan kontraksi otot. Perjalanan impuls dimulai dari nodus SA, nodus AV, sampai ke serabut purkinje. Struktur dari sistem konduksi tersebut adalah sebagai berikut (Thaler, 2013):

- a. Nodus sinoatrial (nodus SA), terletak di posterior atrium kanan dengan ukuran panjang 5-10mm. Nodus SA berperan dalam pencetus listrik pada jantung (*pacemaker cell*). Kecepatan frekuensi ritmis intrinsik nodus SA sebesar 60-100 kali/menit.
- b. Jalur internodus, adalah sel jantung yang mengimpulskan listrik langsung antara nodus SA dan nodus atrioventrikular (nodus AV) yang kemudian disebarkan melalui otot atrium.

- c. Nodus atrioventrikular (nodus AV), terletak pada septum atrium, di bawah dinding posterior atrium kanan dekat muara sinus koronarius. Jaringan pada nodus AV terhubung dengan berkas His. Konduksi nodus AV lebih rendah sehingga memungkinkan adanya perlambatan impuls sebelum impuls masuk ke ventrikel. Kecepatan frekuensi ritmis intrinsik nodus AV sebesar 40-60 kali/menit.
- d. Berkas his, terletak pada bagian atas dari septum interventrikular, dimana berkas ini akan menyebarkan impuls ke cabang berkas kanan dan cabang berkas kiri. Cabang berkas kanan akan membawa arus listrik menuju sisi kanan septum intraventrikular menuju apeks ventrikel kanan, sedangkan cabang berkas kiri akan membawa arus listrik menuju fasikulus septum (dinding otot yang memisahkan ventrikel kiri dan kanan) fasikulus anterior (dinding anterior ventrikel kiri), dan fasikulus posterior (dinding posterior ventrikel kanan) (Krismayanti, 2015).



Gambar 2.3 Elektrofisiologi Jantung (Sumber: Jones, 2018 (Thaler, 2013))

- e. Serabut Purkinje akan menyebarkan impuls listrik dari ujung cabang berkas ke ventrikel, dari endokardium ke epikardium, untuk mencetuskan depolarisasi. Kecepatan frekuensi ritmis intrinsik sistem purkinje adalah 20-40 kali/menit.

2.1.2 Definisi PJK

Penyakit jantung koroner adalah sebuah istilah umum pada suatu kondisi adanya penumpukkan plak di arteri jantung yang dapat menyebabkan serangan jantung, penumpukkan plak pada arteri ini disebut dengan aterosklerosis (American Heart Association, 2015).

Penyakit jantung coroner merupakan keadaan terjadinya penimbunan plak pada pembuluh darah coroner, hal ini menyebabkan arteri coroner menyempit atau tersumbat. Arteri coroner merupakan arteri yang menyuplai darah ke otot jantung dengan membawa oksigen (Susanti & Lastriyanti, 2012)

Penyakit jantung coroner merupakan gangguan pada pembuluh darah coroner sehingga mengganggu proses transportasi bahan-bahan energy tubuh, sehingga mengakibatkan terjadi ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuh oksigen. Ketidakseimbangan ini dapat menimbulkan gangguan pompa jantung dan berakhir pada kelemahan dan kematian sel-sel jantung (Wahyuni, Nurrachmah, & Gayatri, 2012).

2.1.3 Etiologi PJK

Penyakit jantung coroner dapat disebabkan oleh beberapa faktor risiko sehingga menyebabkan penyempitan, penyumbatan aliran arteri coroner. Faktor risiko PJK terdiri dari faktor yang tidak bisa dikendalikan dan faktor yang dapat

dikendalikan. Faktor risiko yang tidak bisa dikendalikan antara lain (Marleni & Alhabib, 2015):

1. Usia
2. Riwayat keluarga
3. Jenis kelamin, laki-laki memiliki risiko PJK lebih tinggi daripada wanita yang belum menopause. Hal ini disebabkan karena wanita mempunyai hormon estrogen yang bersifat protektif, namun setelah wanita mengalami menopause insidensi PJK meningkat dan memiliki resiko yang sama dengan laki-laki (Amisi et al., 2018).

Faktor risiko yang bisa dikendalikan antara lain (Marleni & Alhabib, 2015):

1. Hipertensi

Tekanan darah yang tinggi secara terus menerus dapat menyebabkan kerusakan sistem pembuluh darah arteri dengan perlahan-lahan. Hipertensi akan meningkatkan resistensi terhadap pemompaan darah dari vertikel kiri, sehingga beban kerja jantung bertambah (Marliani, 2013). Berikut ini klasifikasi hipertensi menurut (Mancia et al., 2018)

Tabel 2.1 Klasifikasi Derajat Hipertensi

Kategori	Sistol	Diastol
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Meninggi	130-139	85-89
Derajat I hipertensi	140-159	90-99
Derajat II hipertensi	160-179	100-109
Derajat III hipertensi	≥ 180	≥ 110
<i>Isolates systolic hypertension</i>	≥ 140	< 90

2. Merokok

Lama merokok >10 tahun merupakan salah satu faktor risiko terjadinya PJK. Semakin lama seseorang merokok, maka semakin besar kemungkinan untuk menderita PJK karena semakin lama pula orang tersebut terpapar asap rokok (Umar, F., & Citrakesumasari, 2011).

3. Diabetes Mellitus

Penderita DM tipe 2 berisiko mendapatkan komplikasi kronis (5-10 tahun dari onset), salah satunya adalah PJK. Namun, penderita yang paling berisiko ialah penderita yang telah lama mengidap DM, dengan kadar gula tidak terkontrol (Yuliani, Oenzil, & Iryani, 2014).

4. Obesitas

Obesitas dapat menjadi risiko penyakit kardiovaskuler, terkait dengan sindrom metabolik yang terdiri dari resistensi insulin, dislipidemia, DM, gangguan fibrinolisis, hipertensi, hiperurisemia, dan hiperfibrogenemia. Cara mengukur adanya berat badan berlebih dan obesitas adalah dengan indeks massa tubuh (IMT) dimana seseorang dikatakan obesitas jika nilai IMT ≥ 25 kg/m (Yuliani et al., 2014).

5. Dislipidemia

Peningkatan LDL dan penurunan HDL merupakan faktor risiko yang dapat terjadi pada penyakit jantung koroner. HDL yang rendah akan menggambarkan banyaknya cabang pembuluh darah koroner yang tersumbat dan terjadinya penyempitan ulang setelah operasi jantung lebih sering terjadi (Notoadmojo, 2012).

2.1.4 Klasifikasi PJK

Penyakit jantung koroner dapat diklasifikasikan berdasarkan derajat terjadinya kondisi iskemia pada jantung (Hermawati, 2014):

1. Angina pectoris stabil (APS)

Kondisi angina pectoris stabil ini adalah kondisi yang paling ringan, disebut stabil karena penyempitan arteri koroner yang masih sangat minimal. Nyeri yang ditimbulkan berdurasi singkat namun berulang dalam periode yang lama dengan intensitas durasi yang sama (Purba, 2012).

2. *Acute coronary syndrome* (ACS)

Acute coronary syndrome atau yang sering dikenal sindrom koroner akut (SKA) merupakan suatu kumpulan gejala yang berhubungan dengan derajat beratnya penyempitan arteri koroner. Penyempitan berat dapat terjadi akibat thrombosis hingga obstruksi karena pada ACS atheroma atau plak-plak yang berada di dinding arteri mulai ruptur, terbawa aliran darah hingga menyumbat pada pembuluh darah yang lain (Patriyani & Purwanto, 2016). *Acute coronary syndrome* diklasifikasikan lagi menjadi tiga, yaitu:

a. *Unstable angina pectoris* (UAP)

Obstruksi terjadi sebagian dan belum terjadi kerusakan miokardium sehingga biomarker jantung belum bisa terdeteksi. Angina pectoris tidak stabil dapat terjadi saat istirahat dan berdurasi lebih panjang, biasanya lebih dari 20 menit. Nyeri tidak dapat mereda hanya dengan istirahat (Dohude, 2019).

b. Non STEMI akut (*Acute Non ST Elevated Myocardial Infarction*)

Proses trombosis akut diawali dengan rupturnya plak yang tidak stabil. Rupurnya plak yang tidak stabil memiliki ciri yaitu inti lipid banyak, otot polos

densitas rendah dan fibrous cup tipis. Non STEMI menyebabkan enzim jantung mengalami peningkatan (Yanuar et al., 2019).

c. STEMI akut (*Acute ST Elevated Myocardial Infarction*)

Oklusi yang terjadi pada arteri koroner diikuti dengan terjadinya penurunan oksigen atau berkurangnya oksigen pada arteri koroner secara mendadak. Oklusi pada arteri sudah mencapai 100% (Hermawan, 2018).

2.1.5 Manifestasi Klinis PJK

Manifestasi klinik PJK klasik adalah adanya angina pektoris. Angina pektoris ialah suatu sindroma klinis di mana didapatkan nyeri dada yang timbul pada waktu melakukan aktivitas karena adanya iskemik miokard. Nyeri dada tersebut dapat disertai dengan gejala seperti mual, keringat dingin, pusing, dan bahkan muntah (Hermawati, 2014). Keluhan gejala lain yang dapat timbul adalah adanya palpitasi, Debaran jantung lebih keras dari biasa atau irama jantung yang tidak teratur (aritmia), kadang rasa debar-debar juga diikuti keluhan lain seperti keringat dingin, sakit dada, sesak nafas. Gejala sesak nafas seringkali juga dapat muncul akibat kompensasi jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigennya yang berkurang (Seke, P. A., Bidjuni, H., & Lolong, 2016).

2.1.6 Patofisiologi PJK

Penyakit jantung koroner (PJK) terjadi akibat adanya ketidakseimbangan antara pasokan aliran darah arteri koroner dengan kebutuhan otot jantung (miokardium). Ketidakseimbangan pasokan aliran darah tersebut disebabkan karena aterosklerosis atau pengerasan arteri. Aterosklerosis adalah kondisi pengerasan pada arteri besar maupun kecil yang ditandai penimbunan endapan lemak, trombosit, neutrofil, monosit dan makrofag di seluruh kedalaman tunika

intima (lapisan sel endotel), dan akhirnya ke tunika media (lapisan otot polos). Pembentukan aterosklerosis dimulai dengan disfungsi lapisan endotel lumen arteri, kondisi ini dapat terjadi setelah cedera pada sel endotel atau dari stimulus lain, cedera pada sel endotel meningkatkan permeabilitas terhadap berbagai komponen plasma, termasuk asam lemak dan triglesirida, sehingga zat ini dapat masuk ke dalam arteri, oksidasi asam lemak menghasilkan oksigen radikal bebas yang selanjutnya dapat merusak pembuluh darah (Wijaya, 2018).

Cedera pada sel endotel dapat mencetuskan reaksi inflamasi, termasuk menarik sel darah putih, terutama neutrofil dan monosit, serta trombosit ke area cedera, sel darah putih melepaskan sitokin proinflamasi poten yang kemudian memperburuk situasi, menarik lebih banyak sel darah putih dan trombosit ke area lesi, menstimulasi proses pembekuan, mengaktifkan sel T dan B, dan melepaskan senyawa kimia yang berperan sebagai *chemoattractant* (penarik kimia) (Hermawan, 2018).

Cedera dan inflamasi yang terus berlanjut, menyebabkan trombosit meningkat dan mulai terbentuk bekuan darah (trombus), sebagian dinding pembuluh diganti dengan jaringan parut sehingga mengubah struktur dinding pembuluh darah, lalu pembuluh mengalami kekakuan dan menyempit. Apabila kekakuan ini dialami oleh arteri-arteri koroner akibat aterosklerosis dan tidak dapat berdilatasi sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen, dan kemudian terjadi iskemia (kekurangan suplai darah) (Hermawan, 2018).

2.1.7 Penatalaksanaan PJK

Penatalaksanaan medis untuk penyakit jantung koroner menurut (Yanuar et al., 2019) adalah sebagai berikut:

1. Diet jantung, yang terdiri dari (Wijaya, 2018):
 - a. Diet jantung I : diberikan kepada pasien penyakit jantung akut seperti *Myocard Infarct* atau decompesasio kordis berat. Diet diberikan berupa 1-1,5liter cairan/hari selama 1-2 hari pertama bila pasien dapat menerimanya. Diet ini sangat rendah energi dan semua zat gizi, sehingga sebaiknya hanya diberikan selama 1-3 hari.
 - b. Diet jantung II : diberikan dalam bentuk makanan saring atau lunak. Diet diberikan sebagai perpindahan dari diet jantung I, atau setelah fase akut dapat diatasi. Jika di sertai hipertensi dan/atau edema, diberikan sebgai diet jantung II garam Rendah. Diet ini rendah energi, protein, kalsium, dan tiamin.
 - c. Diet jantung III : diberikan dalam bentuk makanan lunak atau biasa. Diet diberikan sebagai perpindahan dari Diet Jantung II atau kepada pasien jantung dengan kondisi yang tidak terlalu berat. Jika di sertai hipertensi dan/atau edema, diberikan sebgai diet jantung III garam Rendah. Diet ini rendah energi, protein, kalsium, dan tiamin
 - d. Diet jantung IV : diberikan dalam bentuk makanan biasa. Diet ini diberikan sebagai perpindahan dari diet jantung III atau kepada pasien dengan keadaan ringan. Jika di sertai hipertensi dan/atau edema, diberikan sebgai diet jantung IV garam Rendah. Diet ini rendah energi, protein, kalsium, dan tiamin.
2. Pemberian obat golongan nitrat: sebagai vasodilatasi pembuluh darah
3. Pemberian obat antiplatelet: mencegah terjadinya thrombosis koroner

4. Pemberian obat anti kolesterol: menurunkan risiko komplikasi aterosklerosis
5. Pemberian obat penghambat enzim konversi angiotensin: sebagai antihipertensi
6. Pemberian obat golongan beta blocker seperti bisoprolol, propranolol: sebagai terapi angina

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang PJK

Pemeriksaan penunjang untuk penyakit jantung koroner adalah sebagai berikut (Patriyani & Purwanto, 2016):

1. EKG: dapat ditemukan adanya segmen ST yang abnormal.
2. X-ray dada: dapat ditemukan adanya kardiomegali
3. Echocardiogram: untuk mengetahui kontribusi kerja dari dinding jantung.
4. Latihan test jantung (treadmill): untuk memantau detak, irama dan tekanan darah pada jantung.
5. CT-Scan: mendeteksi penyebab penyempitan arteri koroner
6. MRI: pemeriksaan MRI dengan kontras akan berguna untuk mendiagnosa adanya penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah.

2.1.9 Komplikasi PJK

Komplikasi penyakit jantung koroner menurut (Hermawati, 2014) adalah sebagai berikut:

1. Disfungsi ventricular
2. Aritmia pasca STEMI
3. Atrium dan ventrikel fibrilasi atau takikardi
4. Gagal jantung

5. Pericarditis

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Penyakit Jantung Koroner

2.2.1 Data umum

1. Usia

Usia lebih dari 40 tahun memiliki risiko lebih besar mengalami PJK. Semakin bertambahnya usia maka akan semakin rentan mengalami aterosklerosis koroner (Patriyani & Purwanto, 2016)

2. Jenis kelamin

Menurut (American Heart Association, 2015) laki-laki memiliki risiko lebih besar terkena serangan jantung daripada wanita. Morbiditas penyakit PJK pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan dengan karena wanita relatif kebal terhadap penyakit ini sampai mengalami fase menopause, setelah itu menjadi sama rentannya seperti pria jika wanita telah memasuki fase menopause.

2.2.2 Riwayat Keperawatan

1. Keluhan utama: pasien dengan PJK biasanya akan mengeluh nyeri dada, dada terasa panas disertai rasa mual, muntah
2. Riwayat penyakit sekarang: keluhan biasanya diawali dengan nyeri dada, mual, muntah seperti masuk angin, hingga terjadi sesak nafas, dada berdebar, berkeringat dingin (Dohude, 2019)
3. Riwayat penyakit dahulu: pasien dengan PJK biasanya diawali dengan adanya riwayat hipertensi ataupun diabetes
4. Riwayat penyakit keluarga: PJK akan mewarisi faktor risiko lainnya seperti hipertensi, diabetes, dan kadar kolesterol yang abnormal (Hermawati, 2014)

2.2.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breath*): pada pasien PJK dapat terjadi sesak naas, respirasi meningkat, hal ini sebagai tanda adanya masalah gangguan pemenuhan oksigen.
2. B2 (*Blood*): pasien PJK akan mengeluh nyeri dada yang menjalar ke epigastrium, menjalar ke tangan kiri, hingga tembus ke punggung, terjadi kardiomegali, CRT bisa >2 detik.
3. B3 (*Brain*): dapat terjadi penurunan oksigen pada jaringan serebral hingga terjadi sinkope.
4. B4 (*Bladder*): dapat terjadi penurunan produksi urin karena aliran darah ke renal juga dapat mengalami penurunan.
5. B5 (*Bowel*): pasien PJK bisa mengeluh mual, muntah atau tidak nafsu makan.
6. B6 (*Bone*): pasien PJK dapat mengeluh mudah lelah, merasa lemah

2.2.4 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses untuk menganalisa data, berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan (Yanuar et al., 2019). Diagnosis keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung koroner menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah sebagai berikut:

1. Risiko penurunan curah jantung d.d faktor risiko perubahan afterload jantung (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori sirkulasi; hal. 41 (D.0011)).

2. Risiko perfusi miokard tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi, merokok, pembedahan jantung (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori sirkulasi; hal.46 (D.0014)).
3. Risiko perfusi renal tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi, merokok (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori sirkulasi; hal 49 (D.0016)).
4. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia) (SDKI: Kategori psikologis/subkategori nyeri dan kenyamanan; hal. 172 (D.0077)).
5. Risiko perfusi perifer tidak efektif (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori sirkulasi; hal.48 (D.0015)).
6. Konstipasi b.d penurunan motilitas usus (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori eliminasi; hal.113 (D.0049)).
7. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (misal. Nyeri saat bernapas) (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori respirasi; hal.26 (D.0005)).
8. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko aterosklerosis aorta, hipertensi, infark miokard akut (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori sirkulasi; hal 51 (D.0017)).
9. Intoleran aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori aktivitas/istirahat; hal.128 (D.0056)).

2.2.5 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi

kebutuhan pasien (Setiadi, 2012). Berikut intervensi menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017) berdasarkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung koroner:

1. Risiko penurunan curah jantung d.d faktor risiko perubahan afterload jantung

Tujuan: *SLKI: Curah jantung hal.20*

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam maka curah jantung meningkat.

Kriteria Hasil:

1. Tekanan darah membaik (110/80 mmHg-130/80 mmHg)
2. Saturasi oksigen membaik (95-98%)

Intervensi keperawatan

SIKI: Perawatan jantung hal.317

1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung meliputi dyspnea, kelelahan, edem
 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung meliputi peningkatan berat badan, palpitasi, ronchi basah
 3. Monitor tekanan darah
 4. Monitor EKG 12 sadapan
 5. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
 6. Anjurkan berhenti merokok
 7. Kolaborasi pemberian antiplatelet, antiangina
2. Risiko perfusi miokard tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi, merokok

Tujuan: *SLKI: Perfusi miokard hal.83*

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam maka perfusi miokard meningkat.

Kriteria Hasil:

1. Nyeri dada menurun (skala 3)
2. Tekanan darah membaik (110/80 mmHg-130/80 mmHg)
3. Kadar leukosit normal (4.0-11.0 10³/ml)

Intervensi keperawatan

SIKI: Pencegahan emboli hal.276

1. Monitor sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, CRT, edema
 2. Monitor tekanan darah
 3. Anjurkan minum obat antikoagulan sesuai waktu dan dosis
 4. Kolaborasi pemberian antiplatelet
 5. Monitor hasil laboratorium leukosit
3. Risiko perfusi renal tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi, merokok

Tujuan: *SLKI: Perfusi renal hal.85*

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam maka perfusi renal meningkat.

Kriteria Hasil:

1. Kadar kreatinin plasma membaik (0.67-1,17 mg/dL)
2. Kadar urea nitrogen darah membaik (6-20 mg/dL)

Intervensi keperawatan

SIKI: Perawatan sirkulasi hal. 346

1. Periksa sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, CRT, akral

2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi meliputi perokok, hipertensi
 3. Anjurkan berolahraga
 4. Anjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
 5. Monitor hasil laboratorium BUN dan Kreatinin
4. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)

Tujuan: *SLKI: Tingkat nyeri hal.145*

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24jam maka tingkat nyeri menurun.

Kriteria Hasil:

1. Keluhan nyeri menurun. Skala 3 (1-10)
2. Ekspresi wajah meringis menurun
3. Tekanan darah membaik (110/80 mmHg-130/80 mmHg)

Intervensi keperawatan

SIKI: Manajemen nyeri hal.201

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, skala nyeri
2. Identifikasi respon nyeri nonverbal meliputi ekspresi wajah atau tindakan proteksi terhadap area nyeri
3. Berikan teknik nonfarmakologis terapi murrotal Al-Quran
4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

SIKI: Pemberian analgetik hal.251

6. Kolaborasikan pemberian dosis dan jenis analgesic, sesuai indikasi

5. Risiko perfusi perifer tidak efektif

Tujuan: *SLKI: Perfusi perifer hal.84*

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24jam maka perfusi perifer meningkat.

Kriteria Hasil:

1. Denyut nadi perifer meningkat (60-100x/menit)
2. Pengisian kapiler membaik (<2 detik)
3. Akral membaik (hangat, kering, merah)

Intervensi keperawatan

SIKI: Perawatan sirkulasi hal. 346

1. Periksa sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, CRT, akral
2. Hindari pengkuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
3. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah pada area keterbatasan perfusi
4. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
5. Lakukan hindrasi, *jika perlu*

6. Konstipasi b.d penurunan motilitas usus

Tujuan: *SLKI: Eliminasi fekal hal.23*

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24jam maka eliminasi fekal membaik.

Kriteria Hasil:

1. Kontrol pengeluaran feses meningkat
2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
3. Mengejan saat defekasi menurun

4. Peristaltik usus membaik

Intervensi keperawatan

SIKI: Manajemen konstipasi hal.193

1. Periksa pergerakan usus
 2. Identifikasi faktor risiko konstipasi, misal. tirah baring
 3. Anjurkan diet tinggi serat
 4. Anjurkan peningkatan asupan cairan
 5. Kolaborasi penggunaan obat pencahar, *jika perlu*
7. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas

Tujuan: *SLKI: Pola napas hal.95*

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24jam maka pola napas membaik.

Kriteria Hasil:

1. Dispnea menurun
2. Frekuensi napas membaik
3. Kedalaman napas membaik

Intervensi Keperawatan

SIKI: Pemantuan respirasi hal.247

1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
2. Monitor pola napas
3. Monitor saturasi oksigen
4. Auskultasi suara nafas tambahan

SIKI: Dukungan ventilasi hal.49

5. Monitor status respirasi dan oksigenasi

6. Pertahankan kepatenan jalan napas
 7. Berikan posisi semi fowler atau fowler
 8. Berikan oksigen sesuai kebutuhan (misal. Nasal kanul, masker wajah, masker *rebreathing* atau *non reabreathing*)
 9. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri
 10. Kolaborasi pemberian bronkodilator, *jika perlu*
8. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko aterosklerosis aorta, hipertensi, infark miokard akut

Tujuan: SLKI: Perfusi serebral hal.86

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24jam maka perfusi serebral meningkat.

Kriteria Hasil:

1. Tingkat kesadaran meningkat (GCS: E4V5M6)
2. Tekanan darah sistolik membaik (120 mmHg)
3. Tekanan darah diastolik membaik (80-90 mmHg)

Intervensi Keperawatan

SIKI: Pemantauan tanda vital hal.248

1. Monitor tekanan darah
2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)
3. Monitor oksimetri nadi

SIKI: Pemantauan neurologis hal.245

4. Monitor tingkat kesadaran (misal. Menggunakan skala koma glaasgow)
5. Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil

6. Monitor keluhan sakit kepala
 7. Monitor kekuatan pegangan
 8. Monitor parestesi (mati rasa dan kesemutan)
 9. Monitor respons Cushing (hipertensi, bradikardi, respirasi irregular)
9. Intoleran aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tujuan: *SLKI: Toleransi aktivitas hal.149*

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam maka toleransi aktivitas meningkat.

Kriteria Hasil:

1. Keluhan lelah menurun
2. Dyspnea saat aktivitas menurun
3. Dyspnea setelah aktivitas menurun
4. Tekanan darah membaik (120/80 mmHg)
5. Frekuensi napas membaik (16-20x/menit)
6. EKG iskemia membaik

SLKI: Tingkat keletihan hal.141

7. Verbalisasi lelah menurun
8. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat

Intervensi Keperawatan

SIKI: Manajemen energi hal.176

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Monitor kelelahan fisik dan emosional

3. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif
4. Anjurkan tirah baring
5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
6. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

SIKI: Edukasi latihan fisik hal.68

7. Ajarkan teknik pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik

2.3 Konsep Hipertensi

2.3.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal atau peningkatan yang abnormal terus menerus, dengan tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (U.S Department Of Health and Human Services, 2015).

Hipertensi adalah kondisi saat tekanan darah berada pada nilai 140/90 mmHg atau lebih. Kondisi ini dapat menjadi berbahaya, karena jantung dipaksa memompa darah lebih keras ke seluruh tubuh, hingga bisa mengakibatkan timbulnya berbagai penyakit, seperti gagal ginjal, stroke, dan gagal jantung (Aspiani, 2014).

2.3.2 Etiologi Hipertensi

Penyebab hipertensi menurut (Ardiansyah et al., 2018) adalah sebagai berikut:

1. Hipertensi Primer

Hipertensi primer biasa disebut juga dengan hipertensi esensial merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Sebanyak 90-95% populasi dewasa mengalami hipertensi jenis ini karena keturunan.

2. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang penyebabnya 5-10% belum diketahui atau belum teridentifikasi. Penyebab umum yang dapat mengakibatkan terjadinya hipertensi adalah sebagai berikut:

a. Penyakit ginjal

Aliran darah yang tersumbat oleh plak lemak pada dinding pembuluh darah akan mengakibatkan pembuluh darah menjadi sempit dan sulit untuk mengalir dan menyebabkan peningkatan darah (Widyani, 2018).

b. Penyempitan aorta

Terjadi sumbatan pembuluh darah aorta yang mensuplai darah keseluruhan tubuh bahkan ginjal akan menyebabkan penurunan aliran darah menuju ginjal dan perifer sehingga menstimulus hormone renin-angiotensin-aldosteron dan memicu terjadinya tekanan darah tinggi.

c. Gangguan endokrin

Gangguan pada kelenjar adrenal memicu produksi hormone aldosterone secara berlebih tetapi produksi potassium menurun sehingga terjadi peningkatan tekanan darah (Widyani, 2018).

d. Pemakaian obat

Pemakaian obat-obatan kontrasepsi dengan rute oral dapat meningkatkan retensi natrium dan air dan mempengaruhi hormone renin-angiotensin-aldosteron untuk terjadinya peningkatan tekanan darah.

e. Kehamilan

Hipertensi akibat kehamilan merupakan penyebab kematian pada ibu maupun janin, hipertensi kehamilan dapat terjadi pada saat sebelum kehamilan atau saat terjadi kehamilan.

2.3.3 Faktor-faktor Terjadinya Hipertensi

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan tekanan darah menurut (Sumaryati, 2015) adalah sebagai berikut:

1. Genetik

Seseorang yang memiliki riwayat keluarga dengan penderita hipertensi memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami hipertensi dibandingkan dengan seseorang yang tidak memiliki riwayat keluarga hipertensi.

2. Jenis kelamin dan usia

Jenis kelamin pria dengan usia 35-50 tahun dan wanita berisiko lebih tinggi mengalami hipertensi ketika pasca menopause.

3. Diet

Diet dengan tinggi garam dan lemak merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi karena garam mengandung natrium yang apabila dikonsumsi berlebihan akan memperberat kerja ginjal untuk membuang kelebihan natrium pada tubuh. Menurut (Muhammad, 2012) anjuran mengkonsumsi garam sebanyak 6 gram/hari atau setara dengan 2400 mg/hari dan tidak lebih. Kelebihan natrium dalam tubuh dapat meningkatkan resistensi cairan dalam tubuh yang diikuti peningkatan volume darah.

4. Obesitas

Seseorang yang memiliki berat badan lebih dari 25% dari berat ideal dapat menyebabkan perubahan fungsi vaskula sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi.

5. Merokok

Rokok yang mengandung nikotin dapat merangsang untuk pelepasan katekolamin sehingga menyebabkan iritabilitas miokardial, denyut jantung menjadi meningkat dan vasokonstriksi yang kemudian terjadi peningkatan tekanan darah.

2.3.4 Kasifikasi Hipertensi

Berikut ini klasifikasi hipertensi menurut (Mancia et al., 2018) dengan beberapa kategori:

Tabel 2.2 Klasifikasi Derajat Hipertensi Menurut WHO

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normotensi	<140	<90
Hipertensi ringan	140-180	90-105
Hipertensi perbatasan	140-160	90-95
Hipertensi sedang dan berat	>180	>105
Hipertensi terisolasi	>140	<90
Hipertensi sistolik perbatasan	140-100	<90

2.3.5 Patofisiologi Hipertensi

Peningkatan tekanan darah dalam pembuluh darah arteri terjadi karena kerja jantung meningkat sehingga darah mengalir lebih banyak setiap detiknya dan arteri besar mengalami aterosklerosis menjadikan pembuluh darah menyempit akibat dari penebalan dinding pembuluh darah oleh penumpukan lemak dan kolesterol. Pembuluh darah yang sempit, darah dipaksa untuk mengalir dan menimbulkan peningkatan tekanan darah. Tekanan darah tinggi juga dapat merusak fungsi otak akibat dari adanya penyumbatan pada pembuluh darah pada otak dan berisiko

terjadi robekan serta perdarahan pada pembuluh darah otak sehingga mengalami stroke. Ginjal juga merupakan organ yang rentan mengalami gangguan fungsi akibat dari peningkatan tekanan darah. Jika aliran darah pada pembuluh darah yang menuju ginjal mengalami kerusakan, maka ginjal tidak mendapatkan suplai darah yang cukup, sehingga ginjal tidak mampu berfungsi secara normal. Retina mata juga dapat mengalami gangguan visual yaitu penglihatan kabur akibat dampak dari hipertensi (Dewi, 2019).

2.3.6 Manifestasi Klinis Hipertensi

Tanda dan gejala yang tampak pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut (Muhammad, 2012):

1. Nyeri kepala ketika terjaga, terkadang disertai rasa mual dan muntah.
2. Pandangan buram diakibatkan hipertensi dapat merusak retina.
3. Ketidaksesuaian langkah kaki akibat kerusakan susunan saraf pusat penderita hipertensi.
4. Nokturia akibat adanya peningkatan aliran darah pada ginjal dan peningkatan filtrasi glomerulus.
5. Bengkak pada kaki akibat peningkatan kapiler.

2.3.7 Pemeriksaan Penunjang Hipertensi

Pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis hipertensi adalah sebagai berikut (Panggabean, 2015):

1. Hematokrit dan hemoglobin: untuk mengkaji hubungan sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan mengindikasikan faktor hipokoagulabilitas dan anemia.
2. Ureum darah dan kreatinin: untuk mengetahui perfusi ginjal

3. Glukosa: untuk mengetahui pencetus hipertensi seperti diabetes mellitus.
4. Kalium dan kalsium serum: untuk mengetahui adanya hypokalemia sebagai efek samping dari terapi diuretic dan kalsium yang meningkat mengindikasikan penyebab hipertensi.
5. Pemeriksaan kadar kolesterol trigliserid: peningkatan kadar trigliserida dapat mengindikasikan adanya pembentukan plak pada pembuluh darah.
6. EKG 12 lead: untuk melihat adanya tanda iskemi pada miokard jantung.
7. Foto dada: untuk mengetahui *cardio thorax ratio*, apakah jantung mengalami pembesaran dan adanya oedema paru.

2.3.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Hipertensi dapat ditangani dengan beberapa terapi pengobatan sebagai berikut (Cahyaningrum & Diannike, 2017):

1. Secara farmakologi

- a. Diuretik

Berfungsi mengeluarkan cairan yang berlebih dalam tubuh sehingga mengurangi volume cairan tubuh dan meringankan kerja jantung.

- b. Betablocker

Berfungsi untuk menurunkan daya pompa jantung. Obat golongan betablocker dapat digunakan bagi penderita diabetes mellitus karena dapat mengurangi gejala hipoglikemia.

- c. Vasodilator

Berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah dengan merelaksasikan otot polos pembuluh darah

- d. ACE (*angiotensin-converting enzyme*) inhibitor

Berfungsi untuk menghambat pembekuan zat Angiotensin II.

e. Penghambat reseptor Angiotensin II

Berfungsi untuk mencegah menempelnya zat Angiotensin II tidak menempel pada reseptor sehingga meringankan kerja jantung.

f. Antagonis Kalsium

Berfungsi menghambat kontraktilitas jantung

2. Secara non-farmakologis

Terapi non farmakologis yang dapat diberikan pada penderita hipertensi adalah dengan memodifikasi gaya hidup, berupa (Dinata, 2015):

a. Mempertahankan berat badan ideal dan menurunkan berat badan jika berlebih.

Penurunan berat badan pada penderita obesitas dapat dilakukan dengan cara diit tinggi serat dan protein, tetapi rendah kolesterol. Berat badan yang menurun sebanyak 2,5 kg sampai 5 kg dapat menurunkan tekanan darah diastolic sebanyak 5 mmHg.

b. Membatasi jumlah konsumsi natrium

Penderita hipertensi dapat mengurangi asupan natrium atau garam dengan mengkonsumsi garam sebanyak 2300 mg atau satu sendok teh setiap harinya.

c. Melakukan relaksasi dan olah raga ringan

Penderita hipertensi dianjurkan untuk mengikuti senam *aerobic* yang tidak terlalu berat selama 30 menit setiap harinya (5 hingga 6 hari)

2.3.9 Komplikasi Hipertensi

Komplikasi yang disebabkan oleh hipertensi adalah sebagai berikut (Dewi, 2019):

1. Stroke

Tekanan darah yang tinggi dapat mengakibatkan perdarahan pada otak. Penderita hipertensi kronis akan mengalami jumlah aliran darah yang menuju arteri otak akibat pembuluh darah otak mengalami penebalan atau hipertrofi.

2. Infark miokardium

Arteri koroner yang mengalami aterosklerosis akan mengurangi pasokan oksigen menuju miokardium, bisa juga disebabkan karena adanya thrombus yang menyumbat arteri sehingga jantung akan mengalami iskemia dan menyebabkan infark.

3. Gagal ginjal

Kerusakan kapiler glomerulus dapat mengganggu aliran darah pada ginjal dan berlanjut menjadi hipoksik hingga kematian. Hipertensi kronik juga dapat menyebabkan edema akibat kerusakan pada glomerulus, sehingga protein ikut keluar bersama urine dan terjadi penurunan tekanan osmotik koloid plasma.

4. Kerusakan otak

Kerusakan otak terjadi ketika hipertensi menjadi meningkat secara cepat yang mengakibatkan tekanan pada kapiler dan mendorong cairan masuk ke dalam ruang interstitium sehingga neuron otak menjadi kolaps dan berlanjut penderita menjadi koma hingga kematian

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada Hipertensi

2.4.1 Data Umum

1. Usia

Kasus hipertensi dapat terjadi pada usia dewasa muda (usia produktif) yaitu 20-40 tahun dan >40 tahun (Sarumaha & Diana, 2018)

2. Jenis kelamin

Peningkatan tekanan darah pada wanita usia menopause menunjukkan bahwa defisiensi estrogen kemungkinan menjadi kontributor untuk tekanan darah tinggi pada wanita lanjut usia sebesar 65% sedangkan 35% dapat dipengaruhi oleh faktor gaya hidup dan faktor lainnya (Yulistina, Deliana, & Rustiana, 2017). Sedangkan menurut (Patriyani & Purwanto, 2016) terjadinya hipertensi pada jenis kelamin laki-laki akan sama rentannya dengan wanita apabila memiliki riwayat merokok dan gaya hidup yang tidak sehat.

2.4.2 Riwayat Keperawatan

1. Keluhan utama: pasien dengan hipertensi biasanya akan mengeluh kepala terasa pusing, tidak bisa tidur dan lemah.
2. Riwayat penyakit sekarang: keluhan biasanya diawali dengan sakit kepala, pusing, cepat merasa lelah ketika beraktivitas.
3. Riwayat penyakit dahulu: pada pasien hipertensi biasanya diawali dengan adanya riwayat peningkatan trigliserida atau akibat gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, jarang aktivitas fisik, makan makanan berlemak.
4. Riwayat penyakit keluarga: penyakit hipertensi biasanya adalah penyakit keturunan dari keluarga pasien.

2.4.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breath*): pada pasien hipertensi dapat ditemukan adanya dyspnea yang berkaitan dengan aktivitas. Distress respirasi dengan ditunjukkan adanya penggunaan otot bantu nafas dan adanya suara nafas tambahan (Sumaryati, 2015).

2. B2 (*Blood*): pasien hipertensi akan menunjukkan hasil tekanan darah sistolik 140->140 mmHg dan diastolic >90 mmHg, CRT bisa >2 detik, keluhan adanya angina (nyeri dada).
3. B3 (*Brain*): pasien hipertensi akan mengeluh sakit kepala pada area oksipital dan terasa berat. Terjadi gangguan pengelihatan seperti diplopia atau pandangan kabur, hingga perubahan satus kesadaran.
4. B4 (*Bladder*): hipertens dapat mengakibatkan adanya gangguan pada ginjal sehingga gejala yang muncul jika hipertensi sudah kronis adalah oliguria.
5. B5 (*Bowel*): pasien dengan hipertensi biasanya memiliki kebiasaan mengkonsumsi makanan tinggi garam, tinggi lemak dan tinggi kolesterol, sehingga berat badan pasien dengan hipertensi biasanya mengalami peningkatan hingga obesitas.
6. B6 (*Bone*): pada pasien dengan hipertensi dapat terrjadi oedema pada extremitas bagian bawah akibat komplikasi hipertensi pada fungsi ginjal.

2.4.4 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien dengan hipertensi menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah sebagai berikut:

1. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (misal. Nyeri saat bernapas) (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori respirasi; hal.26 (D.0005)).
2. Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori sirkulasi; hal.34 (D.0008)).

3. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (misal. Stroke hemoragik, stroke iskemik) (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori neurosensori; hal.149 (D.0066)).
4. Gangguan persepsi sensori b.d gangguan pengelihatn (SDKI: Kategori psikologis/subkategori integritas ego; hal.190 (D.0085)).
5. Risiko perfusi renak tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi, merokok (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori sirkulasi; hal 49 (D.0016)).
6. Hipervolemia b.d gangguan aliran balik vena (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori nutrisi dan cairan; hal.62 (D.0022)).
7. Risiko perdarahan d.d faktor risiko gangguan gastrointestinal, gangguan koagulasi (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori sirkulasi; hal.42 (D.0012)).
8. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori aktivitas/istirahat; hal.128 (D.0056)).

2.4.5 Intervensi Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas

Tujuan: SLKI: Pola napas hal.95

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24jam maka pola napas membaik.

Kriteria Hasil:

1. Dispnea menurun
2. Frekuensi napas membaik
3. Kedalaman napas membaik

Intervensi keperawatan

SIKI: Pemantuan respirasi hal.247

1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
2. Monitor pola napas
3. Monitor saturasi oksigen
4. Auskultasi suara napas tambahan

SIKI: Dukungan ventilasi hal.49

5. Monitor status respirasi dan oksigenasi
 6. Pertahankan kepatenan jalan napas
 7. Berikan posisi semi fowler atau fowler
 8. Berikan oksigen sesuai kebutuhan (misal. Nasal kanul, masker wajah, masker rebreathing atau non reabreathing)
 9. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri
 10. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu
2. Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload

Tujuan: *SLKI: Curah jantung hal.20*

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam maka curah jantung meningkat.

Kriteria Hasil:

1. Tekanan darah membaik (110-80 mmHg-130/80 mmHg)
2. Saturasi oksigen membaik (95-98%)

Intervensi keperawatan

SIKI: Perawatan jantung hal.317

1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung meliputi dyspnea, kelelahan, edem
 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung meliputi peningkatan berat badan, palpitasi, ronchi basah
 3. Monitor tekanan darah
 4. Monitor EKG 12 sadapan
 5. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
 6. Anjurkan berhenti merokok
 7. Kolaborasi pemberian antiplatelet, antiangina
3. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral

Tujuan: SLKI: Kapasitas adaptif intrakranial hal.35

1. Tingkat kesadaran meningkat (GCS E4V5M6)
2. Sakit kepala menurun
3. Tekanan darah membaik (110-80 mmHg-130/80 mmHg)

Intervensi keperawatan

SIKI: Manajemen peningkatan tekanan intrakranial hal.205

1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal. Edema serebral)
2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misal. Tekanan darah meningkat)
3. Monitor penurunan tingkat kesadaran
4. Berikan posisi semi fowler 45°
5. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, *jika perlu*
6. Kolaborasi pemberian pelunak tinjak, *jika perlu*

2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Terdapat tiga prinsip pedoman implementasi keperawatan (Haryanto, 2010):

1. Mempertahankan keamanan klien

Keamanan adalah fokus utama seorang perawat dalam melakukan tindakan, karena tindakan yang membahayakan tidak hanya dianggap sebagai pelanggaran etika standar keperawatan professional, tetapi juga merupakan suatu tindakan pelanggaran hukum yang dapat dituntut dan dihukum pidana.

2. Memberikan asuhan yang efektif

Asuhan yang efektif adalah ketika perawat memberikan asuhan sesuai dengan yang harus dilakukan. Semakin baik pengetahuan dan pengalaman seorang perawat, maka semakin efektif pula asuhan yang diberikan.

3. Memberikan asuhan yang efisien

Asuhan yang efisien berarti perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dapat menggunakan waktu sebaik mungkin sehingga dapat menyelesaikan masalah kesehatan pasien.

2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan disusun dengan menggunakan SOAP, secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir (Haryanto, 2010). Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis, yaitu:

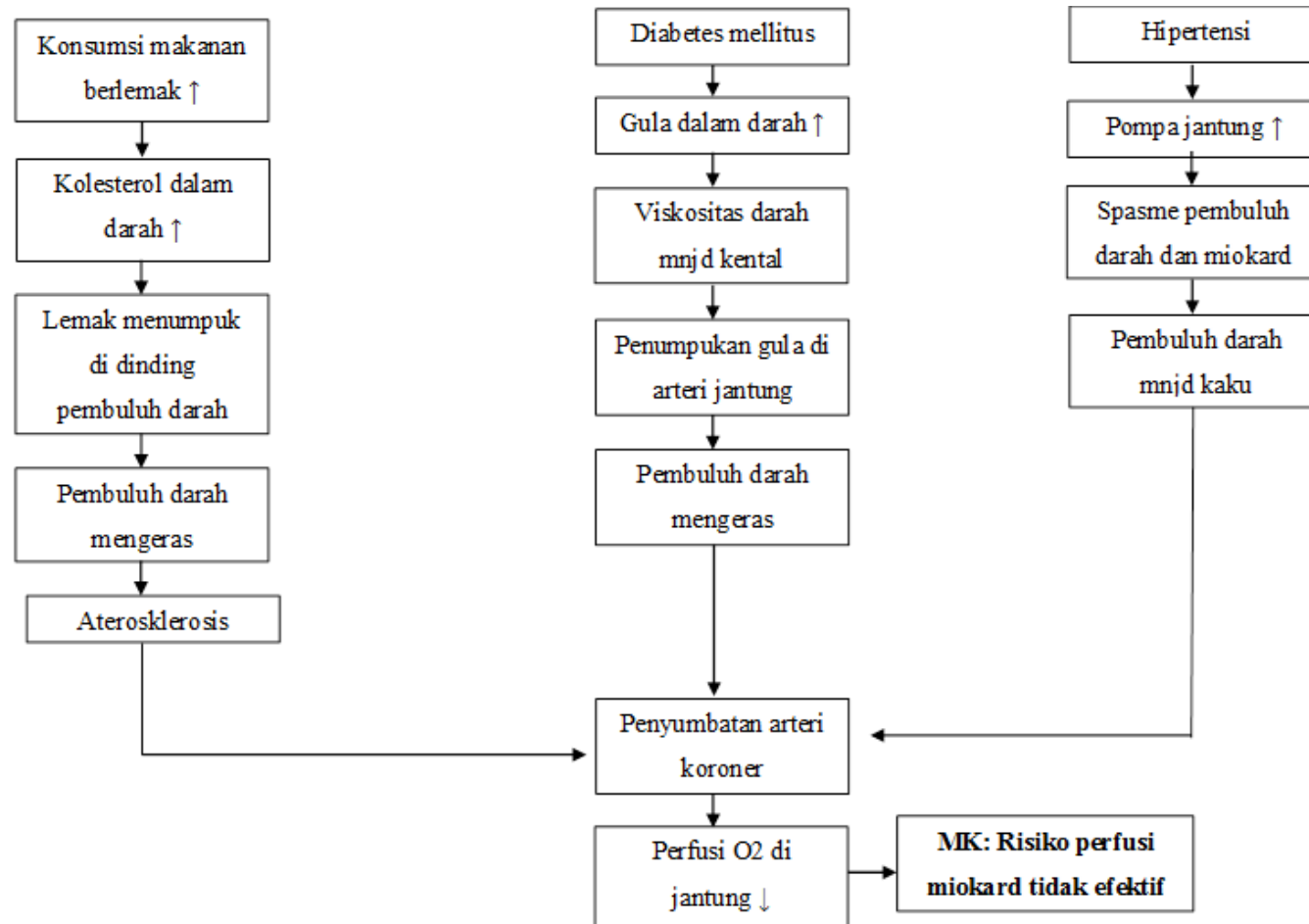
1. Evaluasi Sumatif

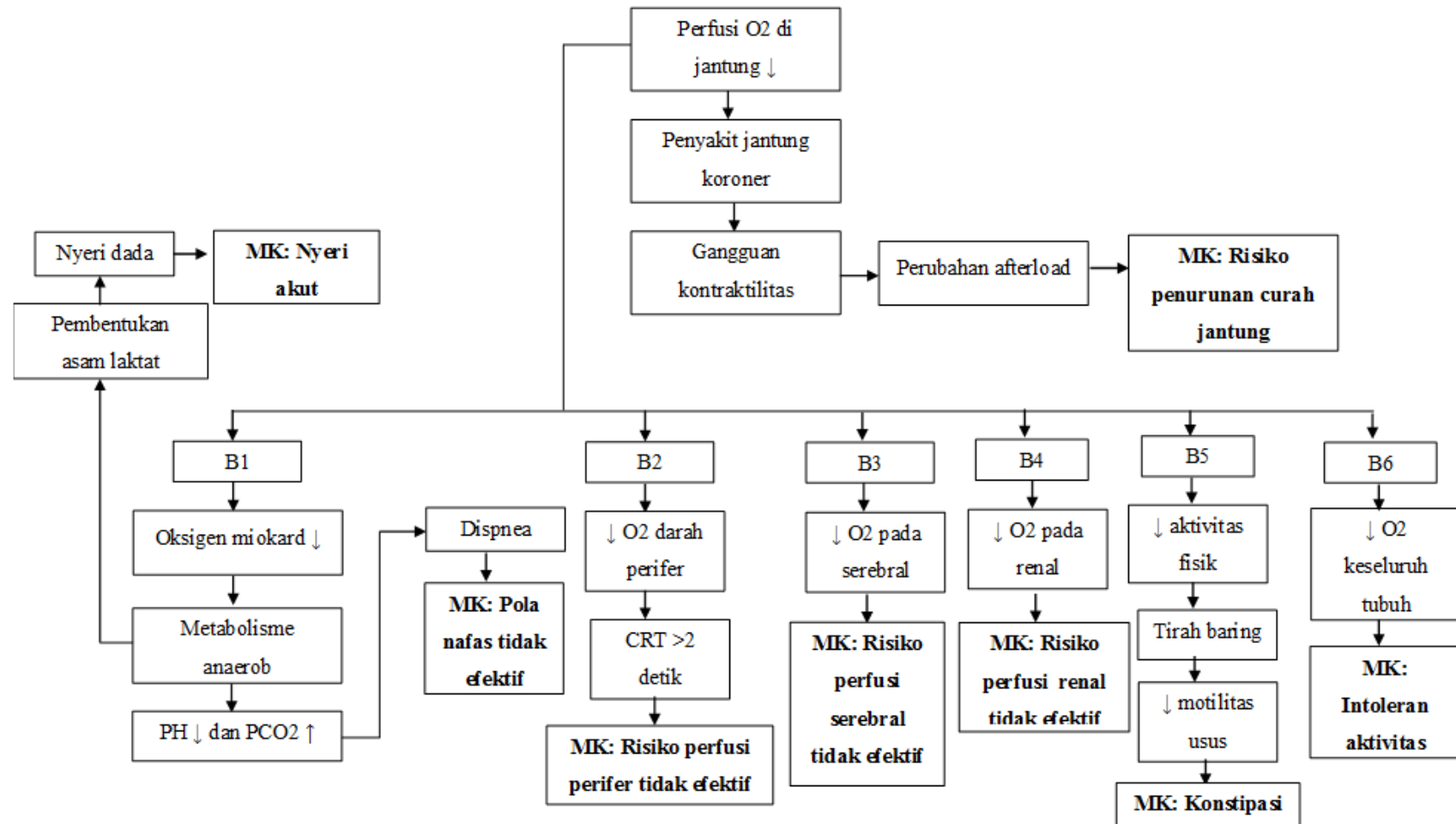
Evaluasi sumatif dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh klien. Format yang dipakai adalah format SOAP (Setiadi, 2012).

2. Evaluasi Akhir (Formatif)

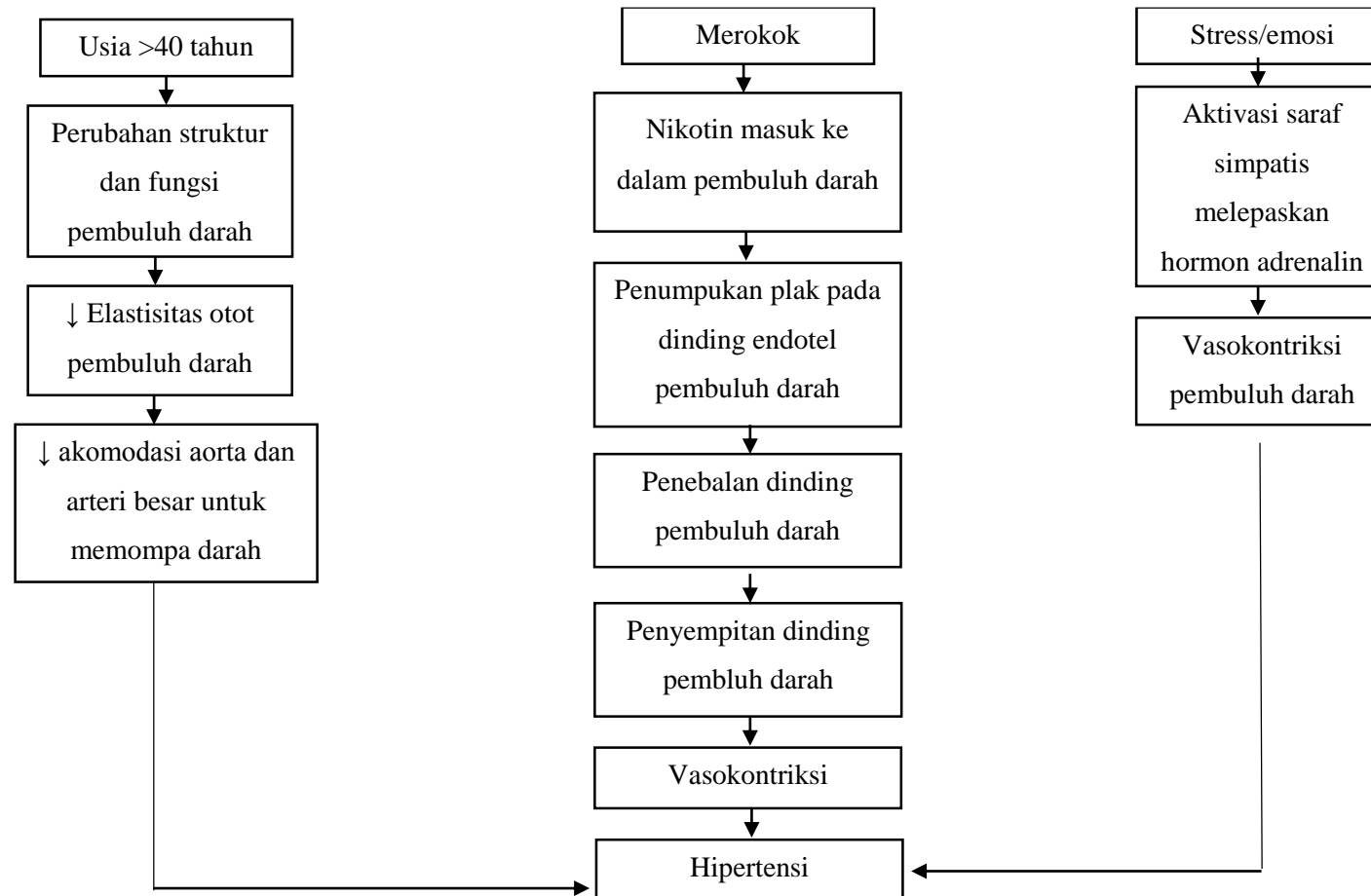
Evaluasi formatif dikerjakan dengan membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Jika terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar data-data yang didapat, masalah atau rencana yang perlu dilakukan modifikasi (Setiadi, 2012).

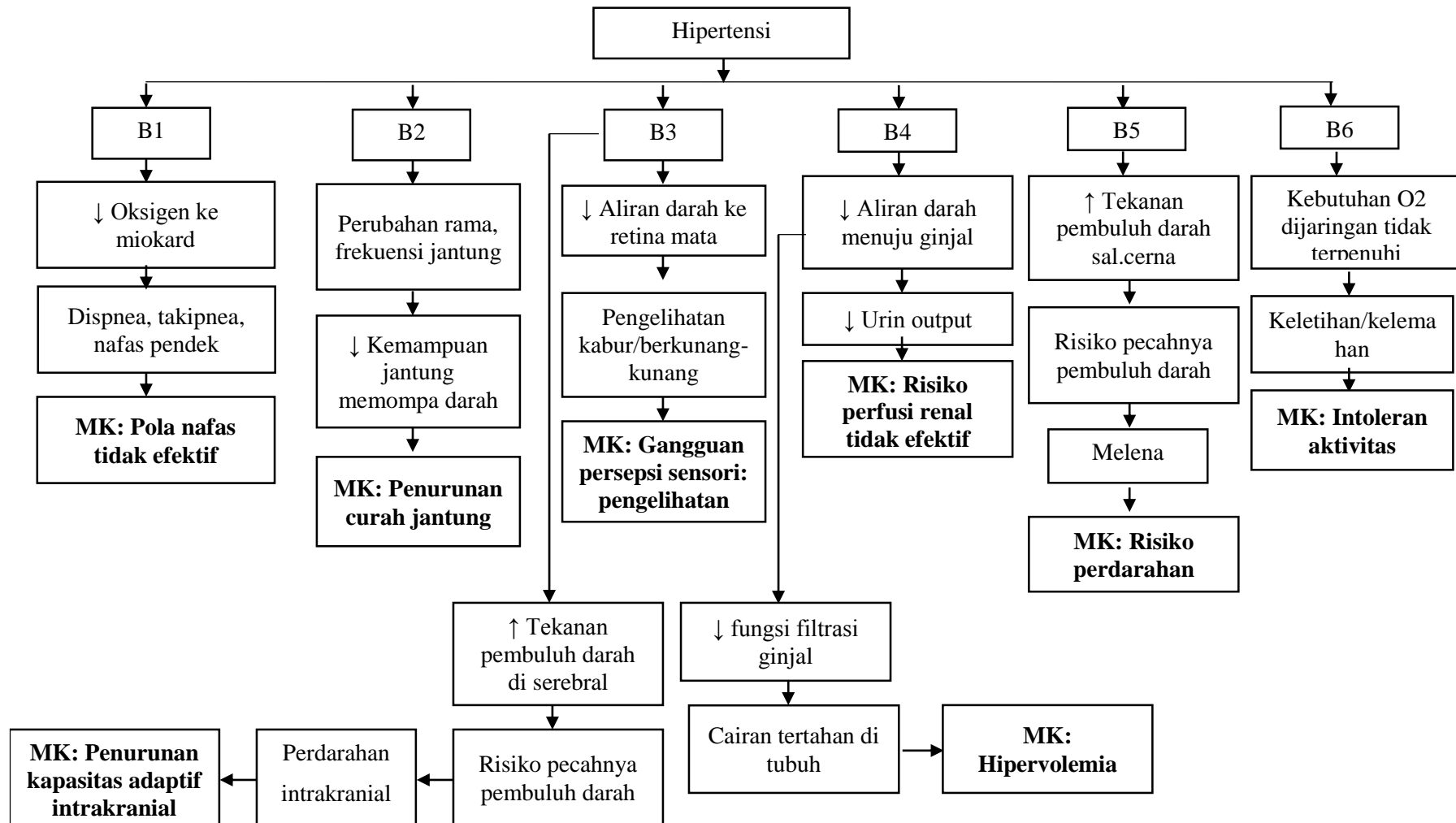
2.7 Kerangka Masalah PJK





2.8 Kerangka Masalah Hipertensi





BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn.M dengan diagnosa medis PJK+HT meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

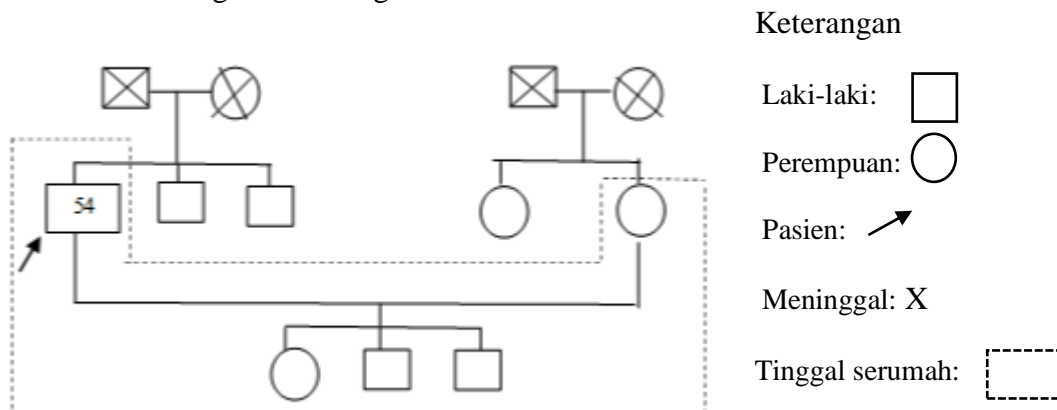
Tn.M (54 tahun), beragama Islam. Berasal dari suku Madura/Indonesia, bekerja sebagai pegawai swasta, sudah menikah dan mempunyai 3 orang anak. No. register 24-51-71. Tn.M dirawat dengan diagnosis medis PJK + HT. Tn.M datang ke RS PHC melalui IGD tanggal 9 Oktober 2019 pukul 08.00 WIB karena mengeluh adanya nyeri terasa berat, disertai keringat dingin, kemudian pada pukul 12.00 WIB Tn.M dipindahkan ke ruang ICU RS PHC dan dirawat di ICU hingga tanggal 12 Oktober 2019, Tn.M kemudian dijemput dari ruang ICU dan dipindahkan ke ruang rawat Mirah pada tanggal 12 Oktober 2019 pukul 16.00. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Oktober 2019 pukul 22.00 WIB di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

Keluhan utama masuk ruangan mirah adalah Tn.M mengeluh nyeri dada menjalar hingga ke ulu hati, nyeri dada kiri dirasakan panas hingga ke ulu hati, skala 4 (1-10), hilang timbul dan jika nyeri dada timbul kurang lebih terjadi selama 5 menit. Tn.M merasakan adanya terasa nyeri dan berat ketika pulang dari kerja pada tanggal 8 Oktober 2019 pukul 21.00, lalu Tn.M meminum obat dari dokter yaitu atorvastatin 20mg dan bisoprolol 5mg.

Pada keesokan harinya tanggal 9 Oktober 2019 pukul 07.00 Tn.M akan berangkat kerja tetapi merasa dadanya masih berat dan disertai keringat dingin, kemudian Tn.M diantarkan oleh keluarga ke IGD RS PHC Surabaya. Pengkajian di IGD pada pukul 08.00 didapatkan hasil tekanan darah 189/70 mmHg, nadi 88x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,3°C, ketika di IGD Tn.M melakukan pemeriksaan EKG dengan hasil bacaan *normal sinus rhythm ST and T wave abnormality consider anterolateral ischemia* dan foto thorax dengan hasil bacaan kesan kardiomegali dan pulmo normal. Pukul 12.00 WIB Tn.M dipindahkan ke ruang ICU RS PHC dan dirawat hingga tanggal 12 Oktober 2019. Pengkajian di ruang Mirah RS PHC Surabaya tanggal 12 Oktober 2019 pukul 22.00 didapatkan hasil tekanan darah 175/80 mmHg, nadi 87x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,2°C. Tingkat kesadaran composmentis, GCS E4V5M6. Tn.M terpasang iv line di tangan sebelah kanan. Tn.M memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2002, dan masih memiliki riwayat kebiasaan merokok. Tn.M pernah melakukan pemasangan ring jantung pada tahun 2016 dan tahun 2017 di RS PHC. Keluarga Tn.M ada yang memiliki riwayat hipertensi yaitu ibu Tn.M. Tn.M tidak memiliki riwayat alergi obat tetapi Tn.M tidak mau makanan ayam dan ikan laut.

Genogram

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn.M



3.1.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik B1 (*Breath*) didapatkan hasil pemeriksaan bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu napas, tidak ada sesak, tidak tampak menggunakan oksigen, pergerakan dada simetris kanan dan kiri, tidak ada sianosis, tidak terdengar suara napas tambahan, tidak ada batuk, respirasi 20x/menit, SPO₂ 98%. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Pemeriksaan fisik B2 (*Blood*) didapatkan hasil pemeriksaan dada terasa nyeri dan panas seperti terbakar, nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri dan menjalar ke ulu hati, skala 4 (1-10), nyeri hilang timbul jika nyeri timbul kurang lebih terjadi selama 5 menit, irama jantung reguler, bunyi jantung S1 S2 tunggal, CRT <2 detik, akral hangat, kering, merah, tekanan darah 175/80 mmHg, nadi 87x/menit. Hasil pemeriksaan foto thorax kesan kardiomegali dan pulmo normal dan pemeriksaan EKG *normal sinus rhythm ST and T wave abnormality consider anterolateral ischemia*. Masalah keperawatan: Penurunan curah jantung dan Nyeri akut.

Pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) didapatkan hasil pemeriksaan GCS pasien E4V5M6, bentuk kepala simetris, tidak ada lesi dikepala, tidak ada nyeri kepala, tidak terdapat hemiparesis, dan tidak mengalami kelemahan pada anggota tubuh. Pada nervus I (olfaktorius) pasien tidak kesulitan mencium bau, nervus II (optikus) pasien tidak ada gangguan penglihatan hanya saja ketika pasien membaca harus menggunakan kacamata, nervus III (okulomotorius) pasien tidak ada kesulitan dalam pergerakan bola mata, nervus IV (troklearis) pasien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah, nervus V (trigeminus) pasien dapat mengunyah makanan, nervus VI (abduzens) pasien dapat menggerakkan bola mata ke arah lateral, nervus VII (facialis) pasien tidak mengalami kelumpuhan, wajah pasien simetris, pasien dapat menjulurkan lidah, VIII (vestibulokoklearis) pasien tidak ada gangguan pendengaran, IX (glossofaringeus) pasien tidak ada gangguan dalam menelan dan menjulurkan lidah, X (vagus) pasien dapat membuka mulut dan tidak ada nyeri telan, XI (aksesoris) pasien dapat menggerakkan kepala, mengangkat bahu dengan baik, XII (hipoglossus) pasien dapat menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

Pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*) didapatkan hasil pemeriksaan tidak tampak adanya penggunaan kateter, eliminasi urin pasien dibantu dengan pispot atau BAK di kamar mandi dengan dibantu keluarga. Sebelum masuk rumah sakit frekuensi BAK 5x sehari dengan jumlah ± 1000 ml. Sedangkan ketika masuk rumah sakit frekuensi BAK 5x sehari dengan jumlah 1000 ml, warna urin kuning, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

Pemeriksaan fisik B5 (*Bowel*) didapatkan hasil pemeriksaan mulut bersih, membrane mukosa lembab, tidak ada stomatitis, tidak terdapat gigi palsu, bentuk abdomen soepel, tidak ada nyeri abdomen, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien, bising usus 8x/menit, nafsu makan pasien baik, tidak terdapat mual dan muntah. Sebelum masuk rumah sakit pasien makan 3x sehari jenis nasi biasa, sayur dan lauk, pasien tidak mau makan ayam dan ikat laut, minum pasien jumlah minum ± 1500 ml dengan jenis air putih dan sesekali the hangat. Sedangkan ketika masuk rumah sakit pasien makan 3x sehari jenis nasi biasa, sayur dan lauk, minum ± 1500 ml dengan jenis air putih. Pola eliminasi BAB sebelum masuk rumah sakit pasien 1x sehari, sedangkan eliminasi BAB pasien ketika masuk rumah sakit 1x sehari warna dan bau khas feces, tidak ada hemoroid. Masalah keperawatan: tidak masalah keperawatan

Pemeriksaan fisik B6 (*Bone*) dan sistem integument didapatkan hasil pemeriksaan tidak tampak adanya luka decubitus, warna kulit sawo matang, tidak ada oedema, turgor kulit elastis tidak terdapat kelainan jaringan ataupun nyeri, kuku tidak sianosis, tidak ada *clubbing finger*, tidak ada kelemahan pada ekstremitas kanan dan kiri, ROM tidak terbatas, tidak terdapat fraktur, kekuatan otot ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Pemeriksaan fisik sistem penginderaan didapatkan hasil pemeriksaan pada mata tidak ada pembengkakan palpebra, mata simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pergerakan bola mata normal, pupil bulat isokor. Pada pemeriksaan hidung didapatkan tidak ada deviasi septum, tidak ada polip, tidak ada sekret. Pada pemeriksaan pengecap tidak ada stomatitis, tidak ada bau mulut, membrane mukosa bibir lembab,

kebersihan mulut bersih. Pada pemeriksaan pendengaran didapatkan bentuk telinga normal, telinga bersih tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Pemeriksaan endokrin didapatkan hasil pasien tidak memiliki riwayat diabetes mellitus, hasil pemeriksaan gula darah 110 mg/dl. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Pola istirahat tidur jam tidur pasien sebelum masuk rumah sakit tidur malam pukul 22.00-05.00 WIB, pasien tidak pernah tidur siang karena bekerja. Sedangkan ketika masuk rumah sakit tidur malam pukul 22.00-05.00 WIB dan tidur siang pukul 13.00-14.00 WIB, jumlah waktu tidur pasien kurang lebih 8jam sehari. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Pemeriksaan pada sistem reproduksi/genitalia didapatkan, pasien mengatakan tidak ada masalah pada area genitalia dan tidak ada masalah pada sistem reproduksi. Pasien mengatakan tidak ada luka, bengkak pada area genitalianya. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Pemeriksaan personal *hygiene* didapatkan, pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mandi 2x sehari, keramas 2-3x/minggu, sikat gigi 2x sehari, berganti pakaian 2-3x sehari, memotong kuku 1x/minggu. Sedangkan ketika masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi seka 2x sehari dibantu keluarga atau perawat, menyikat gigi 2x sehari dibantu keluarga, pasien belum keramas, berganti pakaian 2x sehari dan pasien belum potong kuku ketika masuk rumah sakit. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Pola psikososiocultural didapatkan, pasien mengatakan ketika masuk rumah sakit yang menunggu pasien kadang istrinya dan kadang anaknya. Pasien mengatakan bahasa yang digunakan sehari-hari untuk berkomunikasi dengan keluarga dan orang lain adalah bahasa Indonesia atau bahasa Madura. Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang kerumah. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Pola aktivitas dan latihan pasien didapatkan, pasien mengatakan ketika sebelum masuk rumah sakit aktivitas pasien seperti berjalan, menaiki tangga dilakukan pasien secara mandiri, sedangkan ketika masuk rumah sakit pasien mengatakan untuk berjalan ke kamar mandi pasien bisa mandiri tetapi tetap dengan bantuan keluarga, mobilisasi di tempat tidur dilakukan pasien secara mandiri. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Pola kognitif dan perceptual didapatkan pasien mengatakan ini bukan pertama kalinya pasien dirawat di rumah sakit. Pada tahun 2016 dan 2017 pasien pernah dirawat dirumah sakit juga karena penyakit jantung koroner. Kemampuan berbicara pasien baik dan berorientasi dengan baik. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Pola konsep diri didapatkan pasien mengatakan dirinya menyukai apa yang ada ditubuhnya dalam keadaan sehat maupun sakit, pasien juga ingin segera pulang ke rumah dan bisa melakukan hobi memancingnya dengan anak-anaknya. Pasien adalah seorang kepala keluarga, seorang ayah dari tiga orang anak. Pasien mengatakan sangat giat bekerja demi memberikan masa depan yang baik untuk semua anaknya. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Pola peran dan hubungan didapatkan, pasien tidak mengalami masalah untuk berhubungan dengan keluarganya maupun tetangga sekitarnya. Pasien mengatakan

pernah menjadi wakil ketua RT di lingkungan rumahnya pada tahun 2018. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

Pola nilai dan kepercayaan didapatkan, pasien menganut agama Islam, pasien mengatakan jika sakit ini adalah berkah dari Allah agar pasien beristirahat sejenak dari kegiatannya, untuk sholat 5 waktu pasien menjalankan dengan duduk diatas tempat tidur dan wudhu di kamar mandi pasien dengan bantu oleh keluarga. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan.

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Pada Tn.M Dengan Diagnosis Medis PJK+HT Pada Tanggal 10 Oktober 2019

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hematologi		
Hemoglobin	14.2 g/dl	13.2-17.3 g/dl
Leukosit	11.9 10 ³ /ml	4.0-11.0 10 ³ /ml
Eritrosit	54.2 10 ⁶ /ml	4.4-52.0 10 ⁶ /ml
Trombosit	412 10 ³ /ml	150-450 10 ³ /ml
Hematokrit	44.7 %	40-52%
Faal Ginjal		
BUN	13.1 mg/dL	6-20 mg/dL
Kreatinin	1.46 mg/dL	0.67-1,17 mg/dL
Elektrolit		
Natrium	133.6 mmol/L	136.0-144.0 mmol/L
Kalium	4.27 mmol/L	3.6-5 mmol/L
Chlorida	101 mmol/L	95-105 mmol/L
Immunologi		
HbsAg	Non Reactive	Non Reactive
HCV	Non Reactive	Non Reactive
HIV	Non Reactive	Non Reactive

Hasil EKG tanggal 12 Oktober 2019: *Normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality, consider anterolateral ischemia*

Hasil foto thorax tanggal 9 Oktober 2019: Kesan kardiomegali, pulmo normal

Tabel 3.2 Pemberian Terapi Medis pada Tn.M Dengan Diagnosis Medis PJK+HT pada tanggal 12 Oktober 2019

Tanggal	Terapi Obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi	Efek samping
12/10/19	Micardis	80mg-0-0 Oral	Obat hipertensi	Memiliki riwayat hipotensi	Sakit pinggang, diare
	Bisoprolol	0-0-5mg Oral	Obat hipertensi	Memiliki riwayat hipotensi	Sulit tidur, pusing
	Clopidogrel	75mg-0-0 Oral	Anti platelet	Usia pasien <16 tahun	Mimisan, nyeri perut
12/10/19	Atorvastatin	0-0-20mg Oral	Hiperkolesterol	Hipersensitivitas atorvastatin	Sakit tenggorokan, nyeri sendi
	Thromboaspilet	1x 1 (80mg) Oral	Anti thrombotik	DIC/gangguan pembekuan darah	Mual, muntah
	Nitrocaf	2x 1 (2,5mg) Oral	Terapi angina	Peningkatan TIK, anemia berat	Sakit kepala, mengantuk
	Sucralfat (syrup)	1x1 sdm	Mengobati tukak lambung	Riwayat hipersensitivitas sucralfat	Konstipasi, sakit perut
	Pantoprazole	2x1 (40mg) Oral	Meredakan asam lambung	Hipersensitivitas pantoprazole	Mual, muntah, diare

Mahasiswa

Ocha

Mahalia Ocha Danna
NIM.193.0048

3.2 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn.M didapatkan beberapa diagnosis keperawatan yang ditunjang dengan data keluhan pasien sebagai dasar penyusunan proses keperawatan selanjutnya.

3.2.1 Analisis Data

Tabel 3.3 Tabel Analisa Data

NO	Data/faktor risiko	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS: Pasien mengatakan dadanya terasa panas</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien riwayat merokok, riwayat pemasangan ring jantung pada tahun 2016 dan 2017 - Bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara jantung tambahan - Akral hangat, kering, merah - Hasil pemeriksaan EKG tanggal 12 Oktober 2019: <i>normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality, consider anterolateral ischemia</i> - Hasil foto thorax tanggal 9 Oktober 2019: kesan kardiomegali, pulmo normal 	Perubahan afterload	<p>Penurunan curah jantung</p> <p>SDKI: Kategori fisiologis/sub kategori sirkulasi hal.34 (D.0008)</p>
2.	<p>DS: Pasien mengeluh nyeri,</p> <p>P: penyakit jantung,</p> <p>Q: nyeri terasa panas,</p> <p>R: nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri yang menjalar ke ulu hati, S: 4 (1-10),</p> <p>T: hilang timbul dan jika nyeri dada timbul kurang lebih terjadi selama 5 menit</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memegangi dadanya dan mengrenyitkan dahi ketika nyeri timbul, 	Agens pencedera fisiologis (iskemia)	<p>Nyeri akut</p> <p>SDKI: Kategori psikologis/sub kategori nyeri dan kenyamanan hal.172 (D.0008)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Nadi 87x/menit, TD: 175/80 mmHg - Hasil pemeriksaan EKG tanggal 12 Oktober 2019: <i>normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality, consider anterolateral ischemia</i> - Hasil laboratorium tanggal 10 Oktober leukosit 11.9 10³/ml. 		
3.	<p>Faktor risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 175/80 mmHg (hipertensi) - Pasien riwayat masih merokok dan pemasangan ring jantung pada tahun 2016 dan 2017 - Hasil laboratorium tanggal 10 Oktober 2019 kreatinin 1.46 mg/dL, urea nitrogen darah 13.1 mg/dL. 		<p>Risiko perfusi renal tidak efektif</p> <p>SDKI: Kategori fisiologis/sub kategori sirkulasi hal.49 (D.0016)</p>

3.2.2 Prioritas Masalah

Berdasarkan analisis data diagnosis keperawatan, berikut ini daftar prioritas masalah yang disesuaikan dengan hasil pengkajian Tn.M.

Tabel 3.4 Daftar Prioritas Masalah

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Nama Perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	12 Oktober 2019	16 Oktober 2019	Ocha
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)	12 Oktober 2019	15 Oktober 2019	Ocha
3.	Risiko perfusi renal tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi dan aterosklerosis	12 Oktober 2019	17 Oktober 2019	Ocha

3.3 Rencana Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi keperawatan Pada Tn.M Dengan Diagnosis Medis PJK+HT Pada Tanggal 12 Oktober 2019

NO	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload jantung	<i>SLKI: Curah jantung hal.20</i> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam maka curah jantung meningkat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah membaik (110/80 mmHg-130/80 mmHg) 2. Saturasi oksigen membaik (95-98%) 3. EKG: normal sinus rythm <i>SLKI: Perfusi perifer hal.84</i> <ol style="list-style-type: none"> 4. Denyut nadi perifer meningkat (60-100x/menit) 5. Akral membaik (hangat, kering, merah) 	<i>SIKI: Perawatan jantung hal.317</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung meliputi dyspnea, kelelahan, edema 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung meliputi peningkatan berat badan, palpitasi, ronchi basah <i>SIKI: Perawatan sirkulasi hal.346</i> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi meliputi perokok, hipertensi 4. Periksa sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, CRT, akral 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya perubahan kondisi klinis pasien 2. Mengetahui adanya perubahan kondisi klinis pasien 3. Mengetahui faktor-faktor yang dapat memperberat kondisi pasien 4. Mengetahui ada/tidak masalah srikulasi darah hingga ke perifer

				<p><i>SIKI: Perawatan jantung hal.317</i></p> <p>5. Monitor tekanan darah</p> <p>6. Monitor EKG 12 sadapan</p> <p>7. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>8. Anjurkan berhenti merokok</p> <p><i>SIKI: Perawatan sirkulasi hal. 346</i></p> <p>9. Anjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p>	<p>5. Mengetahui tekanan darah telah mengalami perbaikan atau tidak</p> <p>6. Mengetahui ada atau tidak perubahan gelombang ST dan T</p> <p>7. Membantu melancarkan sirkulasi</p> <p>8. Mengurangi faktor risiko yang dapat menyebabkan perburukan kondisi pasien</p> <p>9. Membantu mengontrol kerja jantung</p>
--	--	--	--	---	---

				10. Berikan terapi antiplatelet clopidogrel 1x1 (75mg), obat hipertensi micardis 1x1 (80mg) rute oral sesuai advice dokter	10. Membantu mengurangi nyeri dada dan menurunkan tekanan darah
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)	<i>SLKI: Tingkat nyeri hal.145</i> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24jam maka tingkat nyeri menurun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun. Skala 3 (1-10) 2. Ekspresi wajah meringis menurun 3. Tekanan darah membaik (110/80 mmHg-130/80 mmHg) <p><i>SLKI: Perfusi miokard hal.83</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kadar leukosit normal (4.0-11.0 10³/ml) <p><i>SLKI: Status kenyamanan hal.110</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Keluhan tidak nyaman menurun 	<p><i>SIKI: Manajemen nyeri hal.201</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri nonverbal meliputi ekspresi wajah atau tindakan proteksi terhadap area nyeri <p><i>SIKI: Terapi Murattal hal.429</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi jenis terapi yang digunakan berdasarkan keadaan dan kemampuan pasien (mendengarkan atau membaca Al-Quran) <p><i>SIKI: Edukasi manajemen nyeri hal.70</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penyebab, kualitas, lokasi, skala dan durasi munculnya nyeri 2. Mengetahui kondisi psikologis pasien ketika nyeri datang 3. Mengetahui jenis terapi yang dikehendaki pasien 4. Membantu pasien untuk mengontrol nyeri secara mandiri

				<p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>6. Ajurkan memusatkan perhatian dan pikiran pada lantunan ayat Al-Quran</p> <p><i>SIKI: Pemberian analgetik hal.251</i></p> <p>7. Berikan terapi angina nitrocaf 2x1 (2,5mg) rute oral sesuai dengan advice dokter</p>	<p>5. Membantu pasien untuk mengontrol nyeri secara mandiri</p> <p>6. Membantu mengurangi nyeri secara mandiri</p> <p>7. Membantu mengurangi nyeri dada secara adekuat</p>
3.	Risiko perfusi renal tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi, merokok	<i>SLKI: Perfusi renal hal.85</i> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka perfusi renal meningkat	<p>1. Kadar kreatinin plasma membaik (0.67-1,17 mg/dL)</p> <p>2. Kadar urea nitrogen darah membaik (6-20 mg/dL)</p>	<i>SIKI: Edukasi diet hal.54</i> 1. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, seperti makan makanan tinggi garam	1. Mengetahui faktor kebiasaan makan pasien yang dapat memperberat kondisi pasien

			<p><i>SLKI: Status sirkulasi hal.127</i></p> <p>3. Pengisian kapiler membaik (<2 detik)</p>	<p><i>SIKI: Perawatan sirkulasi hal. 346</i></p> <p>2. Monitor hasil laboratorium BUN dan Kreatinin</p> <p>3. Periksa sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, CRT, akral</p> <p><i>SIKI: Edukasi diet hal.54</i></p> <p>4. Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program diet yaitu rendah garam</p> <p><i>SIKI: Pencegahan emboli hal. 276</i></p> <p>5. Ajarkan melakukan pencegahan emboli pada peredaran darah, seperti berjalan</p>	<p>2. Mengetahui ada atau tidaknya peningkatan BUN dan kreatinin</p> <p>3. Mengetahui ada/tidak masalah sirkulasi darah hingga ke perifer</p> <p>4. Membantu pasien melakukan program diet rendah garam</p> <p>5. Membantu melancarkan sirkulasi peredaran darah</p>
--	--	--	--	---	--

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Pada Tn.M Dengan Diagnosis Medis PJK+HT Pada Tanggal 12-17 Oktober 2019

Tanggal	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
12/9/19	1,2,3	22.00	Melakukan pengkajian dan validasi data rekam medis	Ocha	Diagnosis keperawatan 1 S: Pasien mengatakan tidak sesak nafas dan tidak kelelahan O: - Hasil pemeriksaan darah didapatkan, TD: 174/80 mmHg, nadi 87x/menit, suhu 36,1°C, respirasi 20x/menit, SPO ₂ 98% - Hasil pemeriksaan EKG: <i>normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality consider anterolateral ischemia</i> A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no. 2,3,4,5,6,8,9,10	Ocha
	2	22.05	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, skala nyeri dan mengidentifikasi respon nyeri nonverbal P: Penyakit jantung Q: terasa panas R: dada sebelah kiri menjalar ke ulu hati S: 4 (1-10) T: hilang timbul, ketika nyeri timbul durasinya 5 menit Pasien tampak memegang dadanya dan mengrenyitkan dahi ketika nyeri timbul	Ocha		
	2	22.10	Memberikan terapi angina nitrocaf 2,5mg 1 tablet rute oral sesuai dengan advice dokter	Ocha		
	1	22.15	Melakukan identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung meliputi dyspnea, kelelahan, edema. Didapatkan hasil pasien tidak mengeluh sesak nafas dan kelelahan, tidak tampak adanya edema	Ocha		Ocha
	1,2,3	23.00	Memberikan posisi tidur semi fowler 45° yang nyaman bagi pasien untuk istirahat tidur	Ocha	T: hilang timbul O: - Pasien tampak sudah dapat beradaptasi dengan nyerinya	

	1,2,3	05.00	Melakukan pemeriksaan tekanan darah, didapatkan hasil TD: 174/80 mmHg, nadi 87x/menit, suhu 36,1°C, respirasi 20x/menit SPO ₂ 98%	Ocha	- Hasil pemeriksaan darah didapatkan, TD: 174/80 mmHg A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 3,4,5,6	
	1	05.10	Melakukan pemeriksaan EKG, didapatkan hasil <i>normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality consider anterolateral ischemia</i>	Ocha		
13/10/19	1,3	22.00	Melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, CRT, akral. Didapatkan hasil nadi perifer 85x/menit, CRT <2 detik, akral hangat, kering, merah Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, seperti makan makanan tinggi garam. Didapatkan pasien mengatakan sudah mengurangi makanan asin.	Ocha	Diagnosis Keperawatan 1: S: Pasien mengatakan BBnya tidak menagalami kenaikan, BB pasien 70kg. O: - Pasien tidak ada palpitasi - Tidak terdengar ronchi - Nadi perifer 85x/menit, CRT <2 detik, akral hangat, kering, merah - TD: 170/80 mmHg, , nadi 85x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36°C, SPO ₂ 98%	Ocha
	1	22.10	Melakukan identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung meliputi peningkatan berat badan, palpitasi, ronchi basah. Didapatkan hasil pasien mengatakan BB nya tidak mengalami kenaikan, BB pasien 70kg, tidak ada palpitasi, tidak ada ronchi	Ocha	A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 3,5,6,8,9,10	
	2	22.15	Mengidentifikasi jenis terapi yang digunakan berdasarkan keadaan dan kemampuan pasien (mendengarkan atau	Ocha	Diagnosis Keperawatan 2: S: Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang sejak kemarin malam. Pasien memilih terapi nyeri dengan mendengarkan Al Quran O:	Ocha

	2	22.20	membaca Al-Quran). Didapatkan hasil pasien memilih mendengarkan Al Quran Menganjurkan pasien untuk memusatkan perhatian dan pikiran pada lantunan ayat Al-Quran. Didapatkan hasil pasien tampak dapat fokus dan memejamkan mata mendengarkan murratal Al Quran	Ocha	- Pasien tampak fokus dan memejamkan mata ketika mendengarkan murratal Al Quran - TD: 170/80 mmHg, nadi 85x/menit A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no.4, 5	
	1,2	23.00	Memberikan terapi anti hipertensi bisoprolol 5mg 1 tabel rute oral sesuai dengan advice dokter	Ocha	Diagnosis Keperawatan 3: S: - O:	
	1,2,3	00.00	Mengobservasi pasien istirahat tidur	Ocha	- Hasil pemeriksaan nadi perifer 85x/menit, CRT <2 detik, akral hangat, kering, merah - Pasien sudah mengurangi makanan asin	Ocha
	1,2,3	05.00	Melakukan pemeriksaan tekanan darah 170/80 mmHg, nadi 85x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36 °C, SPO ₂ 98%	Ocha	A: Masalah keperawatan risiko perfusi renal tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 2,4,5	
15/10/19	1	06.30	Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi meliputi perokok, hipertensi. Didapatkan faktor risiko pasien yaitu hipertensi dan riwayat merokok	Ocha	Diagnosis Keperawatan 1 S: Pasien mengatakan jika kondisi sakitnya saat ini merupakan akibat dari hipertensi dan riwayat merokok O:	Ocha
	1,3	07.00	Memberikan terapi antiplatelet clopidogrel 75mg 1 tablet rute oral, obat hipertensi micardis 80mg 1 tablet rute oral sesuai advice dokter	Ocha	- Hasil pemeriksaan tekanan darah, didapatkan TD: 170/80 mmHg, nadi 86x/menit	

	3	07.10	Melakukan monitor hasil laboratorium BUN dan Kreatinin. Didapatkan hasil BUN 13,1 mg/dl, kreatinin 1,43 mg/dl	Ocha	- Pemeriksaan EKG, didapatkan hasil <i>normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality consider ischemia</i>	
	1	08.00	Melakukan pemeriksaan EKG. Didapatkan hasil <i>normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality consider ischemia</i>	Ocha	A: Masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no.5,6,8,9,10	
	2	09.00	Mengajarkan kembali teknik nonfarmakologis mendengarkan murratal Al Quran untuk mengurangi nyeri. Didapatkan pasien bisa mempraktikkan kembali teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan murratal Al Quran Menganjurkan pasien untuk mengontrol nyeri secara mandiri	Ocha	Diagnosa Keperawatan 2 S: Pasien mengatakan sudah mempraktikkan teknik mengurangi nyeri dengan mendengar murratal Al Quran O: - Pasien tampak bisa mempraktikkan kembali teknik nonfarmakologis mengurangi nyeri - Pasien tampak dapat mengontrol nyerinya secara mandiri	Ocha
	1,2,3	10.00	Melakukan pemeriksaan tekanan darah, TD: 170/80 mmHg, nadi 86x/menit, respirasi 20xmenit, suhu 36,2°C, SPO ₂ 98%	Ocha	A: Maslaah nyeri akut teratasi P: Intervensi di hentikan Diagnosis Keperawatan 3 S:- O: - Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 15/10/19 BUN 13,1 mg/dl, kreatinin 1,43 mg/dl A: Masalah keperawatan risiko perfusi renal tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 2, 4, 5	Ocha

16/10/19	1	07.00	Menganjurkan pasien untuk berhenti merokok. Didapatkan hasil, pasien mengatakan akan berusaha mengurangi merokoknya	Ocha	Diagnosa Keperawatan 1 S: Pasien mengatakan akan berusaha mengurangi merokoknya dan pasien mengatakan dadanya sudah tidak terasa panas jika rutin meminum obat tensi dan obat jantung dari dokter. O: - Hasil pemeriksaan tekanan darah, TD: 168/80 mmHg, nadi 84x/menit - Hasil pemeriksaan EKG, didapatkan hasil <i>normal sinus rhythm</i> A: Masalah penurunan curah jantung teratasi P: Intervensi dihentikan Diagnosa Keperawatan 3 S: - O: - Pemeriksaan tekanan darah, TD: 168/80 mmHg, nadi 84x/menit, respirasi 20x/menit, SPO2 98%, CRT <2 detik A: Masalah risiko perfusi renal tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 2, 5	Ocha
		08.00	Memberikan terapi obat hipertensi micardis 80mg 1 tablet rute oral, dan memberikan terapi thrombo aspilet 80mg 1 tablet sesuai advice dokter	Ocha		
	3	09.00	Mengajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program diet yaitu rendah garam. Didapatkan hasil, pasien mengatakan akan memberitahu istrinya untuk tidak memasak masakan yang terlalu asin	Ocha		
	1,3	10.00	Melakukan pemeriksaan tekanan darah, TD: 168/80 mmHg, nadi 84x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,2°C, SPO2 98%, CRT <2 detik	Ocha		
	1	11.00	Melakukan pemeriksaan EKG, didapatkan hasil <i>normal sinus rhythm</i> Menganjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur ketika sudah keluar rumah sakit	Ocha		
	1	11.20	Melakukan aff infus, didapatkan tidak ada phlebitis	Ocha	Ocha	

		12.00	Mendapatkan advice dari dpjp pasien diperbolehkan KRS besok	Ocha		
17/10/19	3	07.00	Mengajarkan pasien untuk melakukan pencegahan emboli pada peredaran darah, seperti berjalan-jalan sebentar 10-15 menit. Didapatkan hasil pasien mau mencoba berjalan di sekitar kamar perawatan pasien	Ocha	Diagnosa Keperawatan 3 S: - O: - Pasien tampak mencoba berjalan-jalan disekitar kamar perawatan pasien - Hasil pemeriksaan BUN dan kreatinin terakhir BUN 12mg/dl dan kreatinin 1,30mg/dl	Ocha
		08.00	Melakukan monitor hasil pemeriksaan laboratorium BUN dan kreatinin terakhir pasien, didapatkan hasil hasil BUN 12 mg/dl, kreatinin 1,30 mg/dl	Ocha	A: Masalah risiko perfusi renal teratasi P: Intervensi dihentikan	
		10.00	Pasien KRS dan akan kontrol ke poli jantung RS PHC tanggal 21/10/19	Ocha		

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Tn.M dengan diagnosis PJK dengan HT di Ruang Mirah RS PHC Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 12 Oktober 2019 sampai dengan 17 Oktober 2019. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Tn.M dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan dimulai dari:

Data didapatkan, pasien bernama Tn.M berjenis kelamin laki-laki berusia 54 tahun. Seiring dengan bertambahnya usia seseorang maka semakin terjadi kerentanan terhadap aterosklerosis koroner. Puncak terjadinya penyakit jantung pada laki-laki adalah usia 50-60 tahun, sedangkan perempuan adalah usia 60-70 tahun (Susilo, 2015). Selain usia, faktor jenis kelamin laki-laki memiliki risiko lebih besar terjadinya PJK. Morbiditas penyakit PJK pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan dengan wanita. Wanita akan relatif lebih kebal terhadap penyakit sampai mengalami fase menopause (Patriyani & Purwanto, 2016). Hal ini menggambarkan adanya pengaruh hormone esterogen pada perempuan yang belum mengalami fase menopause dapat dianggap sebagai pelindung imunitas dari terjadinya penyakit jantung koroner. Penyakit jantung koroner dapat berisiko sama

meningkatnya baik pada laki-laki maupun perempuan yang telah mengalami fase menopause.

Keluhan utama masuk ruangan mirah adalah Tn.M mengeluh nyeri dada menjalar hingga ke ulu hati, nyeri dada kiri dirasakan panas hingga ke ulu hati, skala 4 (1-10), hilang timbul dan jika nyeri dada timbul kurang lebih terjadi selama 5 menit. Tn.M mengatakan pernah melakukan pemasangan ring jantung pada tahun 2016 sebanyak satu kali dan ditahun 2017 satu kali di RS PHC Surabaya. Tn.M mengatakan adanya tiba-tiba terasa nyeri dan berat ketika pulang dari kerja lemburnya pada tanggal 8 Oktober 2019. Stress dapat merangsang sistem kardiovaskuler dengan dilepasnya catecholamine yang meningkatkan kecepatan denyut jantung dan menimbulkan vasokonstriksi. Stress menghasilkan suatu percepatan dari proses atherosklerosis pada arteri koroner (Andria, 2013). Hal ini menggambarkan jika stress yang dipicu oleh berbagai penyebab, salah satunya yaitu pekerjaan yang dapat memberikan pengaruh besar terhadap kesehatan Tn.M, sehingga akibat bekerja lembur membuat Tn.M mengalami penurunan kondisi kesehatannya.

Riwayat penyakit dahulu didapatkan data pasien memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2002. Hipertensi dapat memberi gejala lebih lanjut untuk suatu organ seperti stroke dan juga PJK, peningkatan tekanan darah akibat hipertensi dapat meningkatkan resistensi terhadap pemompaan darah dari vertikel kiri, sehingga beban kerja jantung bertambah (Amisi et al., 2018). Hal ini menggambarkan kondisi Tn.M yang telah memiliki riwayat hipertensi yang lama dapat semakin meningkatkan risiko terjadinya penyakit jantung koroner akibat kerja jantung yang bertambah berat karena hipertensi.

Tn.M mengatakan bahwa ibunya memiliki riwayat penyakit hipertensi. Riwayat penyakit jantung koroner dan hipertensi pada keluarga atau saudara laki-laki sebelum berusia 55 tahun atau pada ibu atau saudara perempuan sebelum usia 65 tahun merupakan faktor risiko independent untuk terjadinya PJK dikemudian hari (Patriyani & Purwanto, 2016). Hal tersebut menggambarkan adanya kemungkinan faktor keturunan yang dapat memperberat kondisi kesehatan pasien, ditambah lagi riwayat keluarga juga dapat mencerminkan gaya hidup yang menimbulkan stress.

Pemeriksaan fisik sistem pernapasan penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu napas, tidak ada sesak, tidak tampak menggunakan oksigen, pergerakan dada simetris kanan dan kiri, tidak ada sianosis, tidak terdengar suara napas tambahan, tidak ada batuk, respirasi 20x/menit, SPO2 98%. Gejala sesak napas seringkali juga dapat muncul pada penderita penyakit jantung koroner akibat kompensasi jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigennya (Seke, P. A., Bidjuni, H., & Lolong, 2016). Penulis berasumsi jika kondisi pasien yang tidak mengalami gejala sesak napas ini karena pasien sudah dalam kondisi stabil dan telah dilakukan penanganan intensif sebelumnya di ruang ICU RS PHC Surabaya, sehingga kondisi pasien ketika dikaji sudah mengalami perbaikan.

Pemeriksaan fisik sistem kardiovaskuler penulis menemukan adanya tekanan darah yang tinggi pada pasien yaitu 175/80 mmHg, nadi 87x/menit dan ditemukannya masalah nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri dan menjalar ke ulu hati, skala 4 (1-10), nyeri hilang timbul jika nyeri timbul kurang lebih terjadi selama 5 menit, irama jantung reguler, bunyi jantung S1 S2 tunggal, CRT <2 detik, akral

hangat, kering, merah. Penyakit iskemik disebabkan karena adanya ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen miokard. Di tandai oleh rasa nyeri yang terjadi jika kebutuhan oksigen miokardium melebihi suplainya (Syukri, Panda, & L.W Rotty, 2013). Pasien yang terdiagnosis PJK gambaran EKG akan menunjukkan adanya iskemik miokard dengan adanya ST elevasi atau depresi yang khas dan PR depresi (Putra, Pradnyana, & Gunawijaya, 2016). Hal ini menggambarkan jika kondisi nyeri dada pada pasien merupakan gejala khas dari adanya gangguan sirkulasi oksigen kedalam miokardium akibat penyakit jantung koroner. Sesuai hasil pemeriksaan EKG dengan bacaan *normal sinus rhythm ST and T wave abnormality consider anterolateral ischemia*.

Pemeriksaan fisik sistem persarafan, penulis tidak menemukan adanya masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. GCS pasien E4V5M6, bentuk kepala simetris, tidak ada lesi dikepala, tidak ada nyeri kepala, tidak terdapat hemiparesis, dan tidak mengalami kelemahan pada anggota tubuh. Kontrol persarafan akibat adanya resistensi vaskuler yang disebabkan kondisi hipertensi, akan tergantung dari sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Saat kondisi normal saraf simpatis memegang peran penting untuk pengaturan fungsi organ di dalam tubuh (Satoto, 2014). Hal ini menggambarkan jika kondisi persarafan pasien tidak menunjukkan adanya gangguan kemungkinan karena aliran oksigen ke jaringan serebral dan seluruh tubuh masih dapat dipenuhi.

Pemeriksaan fisik sistem perkemihan, penulis menemukan adanya hasil laboratorium dari serum kreatinin yang lebih dari normal yaitu 1.46 mg/dL. Namun BAK pasien ketika masuk rumah sakit tidak mengalami masalah dengan frekuensi BAK 5x sehari dengan jumlah 1000 ml, warna urin kuning, tidak ada nyeri tekan

pada kandung kemih.. Konstriksi pembuluh darah ginjal akan menyebabkan terjadinya penurunan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus, untuk melihat terjadinya konstriksi ginjal pada penderita jantung koroner, kreatinin darah dapat berperan sebagai penanda penyakit vaskular umum (Ardiansyah et al., 2018). Dari hasil pemeriksaan fisik *baldder* dan hasil eliminasi urin pada pasien tidak mengalami masalah, tetapi hasil laboratorium kreatinin pasien didapatkan lebih dari normal yaitu 1.46 mg/dL, hal ini kemungkinan terjadi karena penurunan aliran darah ke ginjal.

Pemeriksaan fisik sistem pencernaan, penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Mulut pasien bersih, membrane mukosa lembab, tidak ada stomatitis, tidak terdapat gigi palsu, bentuk abdomen soepel, tidak ada nyeri abdomen, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien, bising usus 8x/menit, nafsu makan pasien baik, tidak terdapat mual dan muntah. Sebelum masuk rumah sakit pasien makan 3x sehari jenis nasi biasa, sayur dan lauk, pasien tidak mau makan ayam dan ikat laut, minum pasien jumlah minum ± 1500 ml dengan jenis air putih dan sesekali the hangat. Sedangkan ketika masuk rumah sakit pasien makan 3x sehari jenis nasi biasa, sayur dan lauk, minum ± 1500 ml dengan jenis air putih. Pola eliminasi BAB sebelum masuk rumah sakit pasien 1x sehari, sedangkan eliminasi BAB pasien ketika masuk rumah sakit 1x sehari warna dan bau khas feces, tidak ada hemoroid. Memberikan makanan secukupnya tanpa memberatkan kerja jantung dengan pemberian diet jantung sesuai kondisi klinis pasien (Wijaya, 2018). Dari data pengkajian yang didapatkan pasien makan 3x sehari jenis nasi biasa, sayur dan lauk, kondisi tersebut kemungkinan karena pasien

sudah dalam kondisi keadaan ringan atau keadaan yang menuju perbaikan kondisi kesehatan.

Pemeriksaan fisik sistem muskuloskeletal dan integument, penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Tidak ada luka decubitus, warna kulit sawo matang, tidak ada oedema, turgor kulit elastis tidak terdapat kelainan jaringan ataupun nyeri tidak ada kelemahan pada ekstremitas kanan dan kiri, ROM tidak terbatas, tidak terdapat fraktur, kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan kiri penuh, kekuatan otot ekstremitas bawah kanan dan kiri juga penuh. Jika jantung kekurangan untuk suplai oksigen maka jantung akan berusaha memenuhi kebutuhannya, apabila pasokan oksigen dari jantung tidak dapat memenuhi suplai oksigen ke sel akibatnya tubuh tidak dapat memproduksi energi yang banyak dan mengakibatkan respon tubuh berupa lemah dan mudah lelah (Yanuar et al., 2019). Manifestasi klinis adanya kegagalan pada ventrikel kanan yang tampak adalah edema ekstremitas bawah, yang biasanya merupakan pitting edema (Lingga, 2014). Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik tidak ditemukan adanya keluhan badan lemah ataupun mudah lelah pada pasien, kondisi tersebut kemungkinan karena pasokan oksigen pasien ke seluruh tubuh masih dapat memenuhi untuk memproduksi energi. Tidak ditemukan adanya edema pada ekstremitas bawah pasien kemungkinan karena kerja ventrikel kanan pasien masih baik, sehingga tidak ada penumpukan cairan yang mengakibatkan edema.

Pemeriksaan sistem penginderaan penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Tidak ada pembengkakan palpebra, mata simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pergerakan bola mata normal, pupil bulat isokor. Pada pemeriksaan hidung didapatkan tidak ada deviasi

septum, tidak ada polip, tidak ada sekret. Pada pemeriksaan pengecapan tidak ada stomatitis, tidak ada bau mulut, membrane mukosa bibir lembab, kebersihan mulut bersih. Pada pemeriksaan pendengaran didapatkan bentuk telinga normal, telinga bersih tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran. Peredaran darah yang lancar karena adanya rasa rileks pada tubuh dapat membuat sirkulasi darah dalam tubuh dalam panca indera juga tersirkulasi dengan baik (Dinata, 2015). Data dari pengkajian sistem penginderaan pada pasien tidak ditemukan masalah, kemungkinan karena sirkulasi darah dalam tubuh pasien berjalan dengan baik.

Pemeriksaan sistem endokrin penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Pasien tidak memiliki riwayat diabetes mellitus, hasil pemeriksaan gula darah 110 mg/dl. Jika terjadi peningkatan kadar glukosa pada pasien iskemi miokard dapat berhubungan dengan peningkatan konsentrasi asam lemak, resistensi insulin dan gangguan penggunaan glukosa oleh miokard sehingga terjadi peningkatan konsumsi oksigen dan berpotensi untuk terjadinya iskemia (Sari & Widyatmoko, 2011). Dari data pengkajian didapatkan gula darah pasien tidak mengalami peningkatan maupun penurunan, kemungkinan tidak terjadi iskemi yang luas pada miokard pasien.

Pengkajian pola tidur penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Pola istirahat tidur jam tidur pasien sebelum masuk rumah sakit tidur malam pukul 22.00-05.00 WIB, pasien tidak pernah tidur siang karena bekerja. Sedangkan ketika masuk rumah sakit tidur malam pukul 22.00-05.00 WIB dan tidur siang pukul 13.00-14.00 WIB, jumlah waktu tidur pasien kurang lebih 8jam sehari. Untuk mencegah terjadinya penyakit jantung koroner berulang, salah satunya adalah dengan tidur miring ke kanan agar tidak memberatkan kerja jantung

dan meningkatkan kualitas hidup dengan pola tidur yang sehat (Sutrisno, 2012). Pada hasil pengkajian pasien sudah menjaga pola tidurnya kurang lebih 8 jam/hari, pola tidur pasien yang baik dapat membantu proses pemulihan kondisi pasien.

Pengkajian sistem reproduksi penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Tidak ada masalah pada area genitalia dan sistem reproduksi. Tidak ada luka, bengkak pada area genitalianya dan tidak ada masalah seksual yang berhubungan dengan sakit pasien. Gangguan aktivitas seksual pada penderita penyakit jantung koroner meliputi gangguan fisik seperti fungsi jantung dan pembuluh darah, gangguan metabolisme, perubahan hormonal, penurunan sistem persyarafan, vaginitis, kekurangan gizi serta penggunaan obat-obatan tertentu sering kali berhubungan dengan potensi seksualitas. Disfungsi seksual yang dapat muncul pada penderita jantung koroner adalah gangguan dorongan seksual, dorongan seksual hipoaktif, disfungsi ereksi, gangguan ejakulasi, disfungsi orgasme, dan dyspareunia (Amin, Fredrika, & Kartika, 2019). Hal ini menggambarkan jika pasien tidak mengontrol pola hidupnya menjadi lebih baik maka kemungkinan pasien juga akan mengalami gangguan reproduksi dan seksualitas.

Pengkajian personal *hygiene*, penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Pasien sebelum masuk rumah saki pasien mandi 2x sehari, keramas 2-3x/minggu, sikat gigi 2x sehari, berganti pakaian 2-3x sehari, memotong kuku 1x/minggu. Sedangkan ketika masuk rumah sakit pasien mandi seka 2x sehari dibantu keluarga atau perawat, menyikat gigi 2x sehari dibantu keluarga, pasien belum keramas, berganti pakaian 2x sehari dan pasien belum potong kuku ketika masuk rumah sakit. Pemeliharaan personal hygiene

berarti indakan memelihara kebersihan dan kesehatan diri seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikisnya. Banyak manfaat yang dapat didapat dengan merawat personal hygiene, memperbaiki personal hygiene, mencegah penyakit, meningkatkan kepercayaan diri dan menciptakan keindahan. Personal hygiene seseorang menentukan status kesehatan secara sadar dalam menjaga kesehatan dan mencegah terjadinya penyakit, terutama penyakit kulit (Prayogi & Kurniawan, 2016). Personal hygiene pasien menggambarkan jika pasien masih menjaga kebersihan dirinya ketika dirawat dirumah sakit dengan seka, sehingga pasien tidak tampak kotor dan tidak ada bau badan.

Pengkajian psikososiocultural penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Ketika pasien masuk rumah sakit yang menunggu pasien kadang istrinya dan kadang anaknya. Bahasa yang digunakan sehari-hari untuk berkomunikasi dengan keluarga dan orang lain adalah bahasa Indonesia atau bahasa Madura. Pasien ingin segera sembuh dan pulang kerumah. (Sarafino, E. P., & Smith, 2014) mengungkapkan bahwa masalah psikososial yang dialami oleh pasien dengan penyakit kronis adalah cemas, depresi, kemarahan, dan keputusasaan. Cemas dan depresi yang dialami oleh pasien PJK dapat terjadi karena diagnosis dokter tentang penyakit serius, status kesehatan yang memburuk, intervensi pengobatan, dan kekambuhan gejala yang berulang. Pada data pengkajian pasien tampak mendapatkan *support* dari anak dan istrinya, pasien tampak selalu ditemani anak atau istrinya selama dirawat di rumah sakit. Hal ini menunjukkan jika dukungan dari keluarga dapat mencegah timbulnya perasaan cemas atau depresi terhadap penyakit jantung koroner yang dialami pasien.

Pengkajian pola aktivitas penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Sebelum masuk rumah sakit aktivitas pasien seperti berjalan, menaiki tangga dilakukan pasien secara mandiri, sedangkan ketika masuk rumah sakit pasien mengatakan untuk berjalan ke kamar mandi pasien bisa mandiri tetapi tetap dengan bantuan keluarga, mobilisasi di tempat tidur dilakukan pasien secara mandiri. Aktivitas fisik dianjurkan terhadap setiap orang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesegaran tubuh. Aktivitas fisik berguna untuk melancarkan peredaran darah dan membakar kalori dalam tubuh (Hermansyah & Citrakesumasari, 2012). Aktivitas pasien masih dapat dilakukan secara mandiri dan aktivitas fisik yang dilakukan pasien juga masih sesuai dengan kemampuan pasien dalam melakukannya.

Pengkajian pola kognitif penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Pasien bukan pertama kalinya dirawat di rumah sakit, pada tahun 2016 dan 2017 pasien pernah dirawat di rumah sakit juga karena penyakit jantung koroner. Kemampuan berbicara pasien baik dan berorientasi dengan baik. Pola kognitif juga digunakan untuk menilai respons emosi pasien tentang penyakit yang dideritanya seperti adanya rasa ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas secara optimal, persepsi rasa sakit dan bagaimana rasa sakit dikelola (Rochmayanti, 2011). Penulis berasumsi jika pasien sudah menerima penyakitnya tetapi belum dapat melakukan perawatan secara mandiri untuk mencegah terulangnya kembali penyakit yang sama. Pasien sudah masuk rumah sakit dengan diagnosis yang sama yaitu PJK pada tahun 2016, 2017 dan 2019

Pengkajian pola konsep diri penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Pasien menyukai apa yang ada ditubuhnya dalam keadaan

sehat maupun sakit, pasien juga ingin segera pulang ke rumah dan bisa melakukan hobi memancingnya dengan anak-anaknya. Pasien adalah seorang kepala keluarga, seorang ayah dari tiga orang anak. Konsep diri adalah gambaran atau pandangan seseorang tentang dirinya sendiri yang meliputi pemikiran, persepsi, dan perbuatan. Konsep diri juga berpengaruh terhadap kesehatan fisik dan mental individu (Sarafino, E. P., & Smith, 2014). Konsep diri pasien didapatkan pasien dapat menerima sakitnya dan mau untuk menjalankan pengobatan di rumah sakit, penerimaan diri pasien yang sedang sakit juga berperan dalam membantu proses pemulihan kondisi pasien.

Pengkajian pola peran dan hubungan penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Pasien tidak mengalami masalah dalam berhubungan dengan keluarganya maupun tetangga sekitarnya. Pola hubungan peran meliputi pola komunikasi, interasi dengan teman dan keluarga, serta bagaimana hubungan sosial baik dukungan secara structural maupun fungsional (Rochmayanti, 2011). Penulis berasumsi pasien masih dapat menerima sakitnya karena hubungan pasien dengan keluarga sangat baik karena keluarga pasien juga membantu dalam perawatan pasien selama di rumah sakit.

Pengkajian pola nilai dan kepercayaan penulis tidak menemukan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Pasien menganut agama Islam, pasien meyakini jika sakitnya adalah berkah dari Allah agar pasien beristirahat sejenak dari kegiatannya, untuk sholat 5 waktu pasien menjalankan dengan duduk diatas tempat tidur dan wudhu di kamar mandi pasien dengan bantu oleh keluarga. Pola nilai menggambarkan tujuan atau kepercayaan (termasuk kepercayaan spiritual) yang mengarahkan pilihan dan keputusan sesuai dengan nilai dan kepercayaan yang

dianut seseorang (Rochmayanti, 2011). Penulis berasumsi jika dalam keadaan sehat maupun sakit pasien dapat bersyukur dan menerima kondisinya, maka kondisi fisik pasien juga akan mengalami perbaikan sejalan dengan keyakinan pasien terhadap nilai dan kepercayaan yang dianutnya.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada Tn.M menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Dibuktikan dengan pasien riwayat merokok, riwayat pemasangan ring jantung pada tahun 2016 dan 2017, tekanan darah 175/80mmHg, nadi 87x/menit, , SPO2 98%, CRT <2 detik, S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara jantung tambahan, akral hangat, kering, merah. Hasil pemeriksaan EKG *normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality, consider anterolateral ischemia* dan hasil foto thorax kesan kardiomegali, pulmo normal. Curah jantung adalah jumlah darah yang dipompakan oleh jantung per menit, apabila terjadi penurunan curah jantung akibat penyakit jantung koroner maka akan mempengaruhi distribusi aliran darah ke organ-organ lain (Griadhi, 2016). Pasien dengan masalah keperawatan penurunan curah jantung apabila tidak segera mendapatkan perawatan hospitalisasi dan kemungkinan terburuknya pasien akan meninggal dunia jika masalah curah jantung tidak segera diberikan penatalaksanaan.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)

Dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, nyerti terasa panas, nyeri dirasakan pada dada sebelah kiri yang menjalar ke ulu hati, skala 4 (1-10), hilang timbul dan jika nyeri dada timbul kurang lebih terjadi selama 5 menit. Pasien

tampak memegangi dadanya dan mengrenyitkan dahi ketika nyeri timbul, nadi 87x/menit, tekanan darah 175/80 mmHg, hasil pemeriksaan EKG *normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality, consider anterolateral ischemia*, hasil laboratorium leukosit $11.9 \times 10^3/\text{ml}$. Oklusi arteri koroner menyebabkan penurunan perfusi vaskuler, sel-sel miokard dapat mengalami hipoksia dan jika terus berlangsung dalam waktu beberapa menit, sel miokard akan kehilangan oksigen dan glukosa yang akan memicu terjadinya metabolisme anaerob. Metabolisme anaerob berlangsung dan terjadi asam akumulasi laktat. Asam laktat mengiritasi serat saraf miokard dan mentransmisikan pesan nyeri ke saraf-saraf miokard (Mutarobin, Nurachmah, & Adam, 2019). Peningkatan jumlah leukosit dapat berakitan dengan berkurangnya aliran darah epikardium dan perfusi miokard, pembentukan trombus yang lebih besar pada area plak, membuat peningkatan jumlah leukosit menjadi penanda adanya hiperkoagulasi atau tromboresistensi (Gonie, Wantania, & Umboh, 2017). Nyeri akut yang dialami pasien merupakan tanda gejala dari adanya penurunan siklus oksigen ke dalam miokard. Pasien mengalami peningkatan jumlah leukosit sebanyak 0.9, hasil tersebut dapat menjadi tanda adanya reaksi peradangan antara jaringan iskemia dengan jaringan hidup.

3. Risiko perfusi renal tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko merokok dan hipertensi

Dibuktikan dengan tekanan darah 175/80 mmHg, pasien riwayat merokok, hasil laboratorium kreatinin 1.46 mg/dL, urea nitrogen darah 13.1 mg/dL. Kadar kreatinin serum sudah banyak digunakan untuk pemeriksaan penunjang penyakit jantung koroner. Peningkatan kadar kreatinin serum antara 1,2–2,5 mg/ dL berkorelasi positif terhadap tingkat keparahan penyakit jantung koroner

(Ardiansyah et al., 2018). Peningkatan kadar kreatinin serum pada pasien sebanyak 0.29 perlu menjadi perhatian sehingga masalah risiko perfusi renal tidak efektif ditegakkan.

4. Risiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, riwayat pembedahan jantung, penyakit kardiovaskuler pada keluarga (hipertensi), kurang terpapar informasi tentang faktor risiko yang dapat diubah (merokok).

Dibuktikan dengan tekanan darah pada saat pengkajian 175/80 mmHg, pasien pernah melakukan pemasangan ring pada tahun 2016 dan 2017, ibu pasien memiliki penyakit hipertensi dan pasien masih merokok. Cidera dan inflamasi yang disebabkan oleh berbagai faktor penyebab PJK akan mengubah struktur dinding pembuluh darah arteri koroner. Pembuluh darah akan mengalami kekakuan dan penyempitan, sehingga pembuluh darah tidak dapat berdilatasi hingga kemudian terjadi iskemia pada miokard (Hermawan, 2018). Penulis berasumsi kondisi pasien yang memiliki berbagai faktor risiko terjadinya PJK berulang kemungkinan terjadi karena adanya penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah pada lokasi yang sama dengan lokasi pemasangan ring jantung sebelumnya.

4.3 Perencanaan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload jantung.

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil tekanan darah membaik (110/80 mmHg-130/80 mmHg), saturasi oksigen membaik (95-98%), denyut nadi perifer meningkat (60-100x/menit), akral membaik (hangat, kering, merah).

Rencana keperawatan yang akan dilakukan pada pasien Tn.M adalah identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung meliputi dyspnea, kelelahan, edema. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung meliputi peningkatan berat badan, palpitasi, ronchi basah, monitor tekanan darah. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi meliputi perokok, hipertensi. Periksa sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, CRT, akral. Monitor tekanan darah. Monitor EKG 12 sadapan. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman. Intervensi keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung koroner difokuskan pada monitoring kondisi fisiologis, pemenuhan kebutuhan istirahat dan kenyamanan, dan pengurangan stress (Rochmayanti, 2011). Pemberian intervensi keperawatan pada pasien dengan jantung koroner tidak hanya memperhatikan kondisi fisiologisnya saja tetapi juga kondisi psikologis dengan memberikan intervensi kebutuhan kenyamanan dan pengurangan stress. Intervensi selanjutnya yaitu anjurkan berhenti merokok. Anjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. Berikan terapi antiplatelet clopidogrel 1x1 (75mg), obat hipertensi micardis 1x1 (80mg) rute oral sesuai advice dokter. Perawatan jantung dapat dipakai untuk memprediksi tingkat beratnya PJK atau risiko yang berhubungan dengan tingkat beratnya PJK (PERKI, 2016). Pemberian obat antiplatelet dan obat hipertensi merupakan salah satu penatalaksanaan medis untuk mencegah kondisi penyakit jantung koroner menjadi lebih buruk. Pemberian obat antiplatelet bertujuan untuk mencegah terjadinya thrombus atau sumbatan pada arteri koroner, karena kemungkinan sumbatan berulang dapat terjadi pada lokasi arteri yang sama. Micardis 80 mg mengandung telmisartan yaitu suatu zat yang berfungsi untuk mengendurkan dan melebarkan pembuluh darah (Yanuar et

al., 2019). Pemberian obat hipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah dan juga membantu untuk melebarkan pembuluh darah arteri jantung yang mengalami penyempitan.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun. Skala 3 (1-10), ekspresi wajah meringis menurun, tekanan darah membaik (110/80 mmHg-130/80 mmHg). Kadar leukosit normal (4.0-11.0 10³/ml), keluhan tidak nyaman menurun.

Rencana keperawatan yang akan dilakukan pada pasien Tn.M adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, skala nyeri. Identifikasi respon nyeri nonverbal meliputi ekspresi wajah atau tindakan proteksi terhadap area nyeri. Identifikasi jenis terapi yang digunakan berdasarkan keadaan dan kemampuan pasien (mendengarkan atau membaca Al-Quran). Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Ajarkan memusatkan perhatian dan pikiran pada lantunan ayat Al-Quran. Berikan terapi angina nitrocaf 2x1 (2,5mg) rute oral sesuai dengan advice dokter. Fase akut intervensi keperawatan pada pasien jantung koroner adalah penanganan nyeri. Manajemen nyeri merupakan usaha untuk mengurangi nyeri ke tingkat yang dapat diterima pasien, sehingga pasien dapat beradaptasi dan mengontrol rasa nyeri (Gumilang, 2019). Rasa nyeri dada pada pasien merupakan gejala khas pada penderita jantung koroner, cara mengurangi nyeri bisa dilakukan secara farmakologis dan nonfarmakologis. Pemberian intervensi untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi nonfarmakologis pada Tn.M dengan terapi murratal Al Quran selain membantu memberikan kenyamanan juga membantu pasien lebih dekat

dengan Allah. Selain manajemen nyeri dengan teknik nonfarmakologis Tn.M yang mengeluh nyeri dada juga diberikan terapi farmakologis yaitu pemberian obat terapi angina yang bertujuan untuk meredakan episode angina akut, sehingga nyeri pasien dapat mereda atau pasien dapat beradaptasi dengan nyeri dada yang muncul.

3. Risiko perfusi renal tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, merokok

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka perfusi renal meningkat, dengan kriteria hasil kadar kreatinin plasma membaik (0.67-1.17 mg/dL), kadar urea nitrogen darah membaik (6-20 mg/dL). Pengisian kapiler membaik (<2 detik).

Rencana keperawatan yang akan dilakukan pada pasien Tn.M adalah identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, seperti makan makanan tinggi garam. Monitor hasil laboratorium BUN dan Kreatinin. Nilai kreatinin yang meningkat menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Penurunan fungsi ginjal akan meningkatkan faktor risiko penyakit kardiovaskular seperti peningkatan kadar homosistein, stress oksidatif dan remodeling ventrikel (Ardiansyah et al., 2018). Intervensi memonitor hasil laboratorium faal ginjal dapat membantu perawat untuk mengetahui adanya penurunan fungsi ginjal dari hasil nilai kreatinin serum yang meningkat. Intervensi selanjutnya yaitu periksa sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, CRT, akral. Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program diet yaitu rendah garam. Pelaksanaan diet adalah bagian dari dietetika yang khusus memperhitungkan konsumsi makanan yang bertujuan untuk penyembuhan atau tujuan terapi dengan menggunakan diet jantung I, II, III, dan IV (Wijaya, 2018). Menu makanan yang dikonsumsi Tn.M selama diberikan perawatan di Ruang

Mirah adalah nasi biasa, sayur dan lauk. Hal ini mengindikasikan jika kondisi Tn.M sudah memasuki keadaan ringan. Intervensi selanjutnya yaitu ajarkan melakukan pencegahan emboli pada peredaran darah, seperti berjalan. Terbentuknya aterosklerosis akan menyebabkan sirkulasi darah keseluruhan tubuh termasuk organ ginjal menjadi tidak lancar (Rondhianto, Widayati Nur, 2016). Emboli koroner adalah suatu keadaan dimana terjadi oklusi pada pembuluh darah koroner akibat bekuan darah yang bermigrasi melalui aliran darah dan terperangkap pada arteri koroner (Putra, Pradnyana, & Gunawijaya, 2016), sehingga intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah dengan pencegahan emboli. Aktivitas fisik sesuai dengan kemampuan pasien seperti berjalan dapat membantu sirkulasi peredaran darah menjadi lancar, sehingga aliran darah menuju ginjal dan seluruh tubuh juga lancar.

4.4 Implementasi

Implementasi merupakan salah satu tahap proses keperawatan dimana seorang perawat melaksanakan dan memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan merupakan perwujudan dari realisasi perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan dari rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi.

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Data pengkajian yang diperoleh dari diagnosis tersebut adalah pasien riwayat merokok riwayat pemasangan ring jantung pada tahun 2016 dan 2017, tekanan darah 175/80mmHg, nadi 87x/menit, , SPO2 98%, CRT <2 detik, S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara jantung tambahan, akral hangat, kering, merah. Hasil

pemeriksaan EKG *normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality, consider anterolateral ischemia* dan hasil foto thorax kesan kardiomegali, pulmo normal.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu: mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung meliputi dyspnea, kelelahan, edema. Mengidentifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung meliputi peningkatan berat badan, palpitasi, ronchi basah, monitor tekanan darah. Setelah dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi adanya tanda dan gejala penurunan curah jantung ditemukan masalah yaitu pasien mengalami peningkatan tekanan darah namun tidak disertai adanya sesak nafas ataupun kelelahan seperti pada pasien penyakit jantung koroner yang biasanya dijumpai terjadi sesak nafas akibat kompensasi jantung guna memenuhi kebutuhan oksigennya. Tindakan selanjutnya yaitu mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi meliputi perokok, hipertensi. Pasien masih memiliki kebiasaan merokok dan riwayat hipertensi sejak tahun 2002. Semakin lama seseorang merokok, maka semakin besar kemungkinan untuk menderita PJK karena semakin lama pula seseorang tersebut terpapar asap rokok (Umar, F., & Citrakesumasari, 2011). Melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, CRT, akral. Memonitor tekanan darah yang dilakukan setiap 8 jam sekali. Memonitor EKG 12 sadapan. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman. Menganjurkan berhenti merokok. Menganjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. Memberikan terapi antiplatelet clopidogrel 1x1 (75mg), obat hipertensi micardis 1x1 (80mg) rute oral sesuai advice dokter. Memberikan obat antiplatelet dan obat hipertensi pada diagnosis keperawatan penurunan curah jantung dapat membantu pembuluh darah

yang mengalami penyempitan akibat sumbatan atau thrombus menjadi lebih lebar dan kendur sehingga diharapkan aliran darah menjadi lancar dan tidak terjadi sumbatan dilokasi yang sama.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)

Data pengkajian yang diperoleh dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluh nyeri, P: Penyakit jantung, Q: nyeri terasa panas, R: nyeri dirasakan dirasakan pada dada sebelah kiri yang menjalar ke ulu hati, S: 4 (1-10), T: hilang timbul dan jika nyeri dada timbul kurang lebih terjadi selama 5 menit. Pasien tampak memegang dadanya dan mengrenyitkan dahi ketika nyeri timbul, nadi 87x/menit, TD: 175/80 mmHg, Hasil pemeriksaan EKG *normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality, consider anterolateral ischemia*, Hasil laboratorium leukosit $11.9 \times 10^3/\text{ml}$.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, skala nyeri. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal meliputi ekspresi wajah atau tindakan proteksi terhadap area nyeri. Tindakan mengidentifikasi respon nyeri pasien dilakukan ketika awal pengkajian dan satu hari setelah pasien telah diberikan tindakan keperawatan untuk mengetahui nyeri pasien sudah berkurang atau belum. Mengidentifikasi jenis terapi yang digunakan berdasarkan keadaan dan kemampuan pasien (mendengarkan atau membaca Al-Quran). Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Menganjurkan memusatkan perhatian dan pikiran pada lantunan ayat Al-Quran. Memberikan terapi angina nitrocaf 2x1 (2,5mg) rute oral sesuai dengan advice dokter. Pemberian terapi angina ketika ditemukannya keluhan nyeri pada hari

pertama pengkajian sudah dapat membantu pasien untuk mengurangi skala nyeri dari 4 (1-10) menjadi skala 3 (1-10), namun untuk membantu pasien agar dapat beradaptasi dengan nyerinya dan memastikan nyeri dada tersebut hilang maka perawat tetap melanjutkan melaksanakan intervensi mandiri sesuai rencana keperawatan.

3. Risiko perfusi renal tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, merokok

Data pengkajian yang diperoleh dari diagnosis tersebut adalah tekanan darah 175/80 mmHg, pasien riwayat merokok, hasil laboratorium kreatinin 1.46 mg/dL, urea nitrogen darah 13.1 mg/dL.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu: Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu, seperti makan makanan tinggi garam. Memonitor hasil laboratorium BUN dan Kreatinin. Melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, CRT, akral. Mengajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program diet yaitu rendah garam. Konsumsi garam yang disarankan pada penderita hipertensi adalah ± 3 mg/hari atau setara dengan 1-1/2 sendok teh (Yulistina et al., 2017). Perawat juga menganjurkan keluarga pasien memasak masakan yang rendah garam diwadah yang berbeda dengan menu masakan anggota keluarga lainnya. Tidak hanya mengajarkan cara diet rendah garam tetapi perawat juga memberikan edukasi diet jantung menurut penelitian dari (Wijaya, 2018). Pasien yang sudah dalam kondisi ringan dan konsumsi makanan pasien sudah memasuki diet jantung IV. Menu makanan diet jantung IV berupa makanan biasa yaitu nasi, lauk dan sayur, diet jantung IV diberikan sebagai perpindahan dari diet jantung III dengan menu

makanan lunak. Komposisi diet jantung ini rendah energi, protein, kalsium dan tiamin yang bertujuan untuk meringankan kerja jantung. Tindakan selanjutnya yang dilakukan yaitu mengajarkan melakukan pencegahan emboli pada peredaran darah, seperti berjalan.

4.5 Evaluasi

Hasil evaluasi kasus berdasarkan masalah yang dihadapi pasien, tiga diagnosis keperawatan yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) dan risiko perfusi renal tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, merokok. Adapun hasil evaluasi penulis terhadap pasien saat dirawat di ruangan Mirah RS PHC Surabaya adalah sebagai berikut:

Evaluasi hari pertama pada diagnosis penurunan curah jantung didapatkan pasien tidak mengalami sesak nafas dengan hasil pemeriksaan respirasi 20x/menit, SPO2 98% spontan tanpa alat bantu pernafasan, pasien tidak merasakan kelelahan seperti pasien penyakit jantung koroner pada umumnya. Hal ini kemungkinan karena pasien sudah terbiasa dengan sakitnya ini, karena ini bukan kali pertama pasien masuk rumah sakit dengan penyakit yang sama tetapi sudah kali ketiga. Hasil pemeriksaan tekanan darah didapatkan cukup tinggi yaitu TD: 174/80 mmHg karena pasien memiliki riwayat hipertensi, nadi 87x/menit dan suhu 36.1°C. Hasil pemeriksaan EKG *normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality consider anterolateral ischemia*. Hasil pemeriksaan EKG yang menunjukkan adanya gelombang ST dan T yang abnormal mengindikasikan kemungkinan adanya masalah pada area ventrikel jantung sehingga mempengaruhi jumlah *cardiac output* yang dipompakan oleh jantung. Masalah penurunan curah jantung belum teratasi

dan intervensi dilanjutkan untuk melakukan identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung meliputi peningkatan berat badan, palpitasi, ronchi basah, identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi meliputi perokok, hipertensi, periksa sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, CRT, akral, monitor tekanan darah, monitor EKG 12 sadapan, anjurkan berhenti merokok, anjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, dan berikan terapi antiplatelet clopidogrel 1x1 (75mg), obat hipertensi micardis 1x1 (80mg) rute oral sesuai advice dokter.

Evaluasi pada hari kedua pada diagnosis penurunan curah jantung didapatkan pasien tidak ada tanda gejala penurunan curah jantung sekunder. Berdasarkan keterangan dari pasien yang tidak mengalami kenaikan berat badan, BB pasien yaitu 70kg, pasien tidak ada merasakan dadanya berdebar-debar lagi, tidak terdengar suara nafas tambahan ronchi pada pasien, nadi perifer masih dalam kategori normal yaitu 85x/menit, CRT <2 detik, akral hangat, kering, merah, tekanan darah masih tinggi dengan hasil 170/80 mmHg, respirasi masih dalam batas normal yaitu 20x/menit dengan SPO2 98% spontan tanpa alat bantu nafas. Hal ini menunjukkan jika pasien tidak mengalami sesak nafas, kemungkinan disebabkan karena tidak ada gangguan sirkulasi pada pulmo dan pasien juga sudah mendapatkan perawatan intensive sebelumnya di ruang ICU, pasien tidak mengalami hipotermi dengan suhu 36°C, maka masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan untuk melakukan identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi meliputi perokok, hipertensi, monitor tekanan darah, monitor EKG 12 sadapan, anjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, dan berikan terapi

antiplatelet clopidogrel 1x1 (75mg), obat hipertensi micardis 1x1 (80mg) rute oral sesuai advice dokter.

Evaluasi hari ke tiga diagnosis penurunan curah jantung didapatkan pasien mengetahui jika kondisi sakitnya saat ini merupakan akibat dari riwayat hipertensi dan kebiasaan merokok yang belum bisa dihilangkan oleh pasien. Hasil pemeriksaan tekanan darah didapatkan TD: 170/80 mmHg, nadi 86x/menit, pemeriksaan EKG *normal sinus rhythm, ST and T wave abnormality consider ischemia*. Hasil pemeriksaan EKG pada hari ketiga masih menunjukkan adanya iskemia, hal ini kemungkinan disebabkan sumbatan pada arteri koroner jantung masih ada yang menetap. Masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan untuk melakukan monitor tekanan darah, monitor EKG 12 sadapan, anjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, dan berikan terapi antiplatelet clopidogrel 1x1 (75mg), obat hipertensi micardis 1x1 (80mg) rute oral sesuai advice dokter.

Evaluasi hari ke empat diagnosis penurunan curah jantung didapatkan pasien membuat komitmen dengan dirinya sendiri bahwa pasien akan berusaha mengurangi merokoknya, selain merokok dapat memperberat kondisi kesehatan pasien dan merokok juga memungkinkan dapat menyebabkan pasien akan mengalami kondisi sakit yang sama dikemudian hari. Dada pasien sudah tidak terasa panas jika rutin meminum obat tensi dan obat jantung dari dokter. Hasil pemeriksaan tekanan darah masih relative tinggi yaitu 168/80 mmHg tetapi tidak lebih tinggi dari hari-hari sebelumnya ketika pasien dirawat, nadi 84x/menit, hasil pemeriksaan EKG normal sinus rhythm hal ini menunjukkan jika sirkulasi peredaran darah ke jantung pasien khususnya ke miokard pasien sudah mengalami perbaikan dan kemungkinan

sumbatan juga tidak ada lagi. Masalah penurunan curah jantung teratasi, sehingga intervensi dihentikan

Evaluasi hari pertama diagnosis nyeri akut didapatkan pasien mengeluh nyeri P: Penyakit jantung, Q: terasa panas, R: dada sebelah kiri menjalar ke ulu hati, S: 3 (1-10), T: hilang timbul. Skala nyeri pasien sudah menurun dari skala 4 (1-10) menjadi skala 3 (1-10) dan pasien sudah dapat beradaptasi dengan nyerinya. Hasil pemeriksaan darah didapatkan tekanan darah yang masih tinggi yaitu 174/80 mmHg, selain karena nyeri hal ini kemungkinan juga disebabkan karena faktor riwayat pasien yang memiliki hipertensi. Masalah nyeri akut teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan untuk identifikasi jenis terapi yang digunakan berdasarkan keadaan dan kemampuan pasien (mendengarkan atau membaca Al-Quran), anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, anjurkan memusatkan perhatian dan pikiran pada lantunan ayat Al Quran.

Evaluasi hari ke dua diagnosis nyeri akut didapatkan keluhan nyeri pasien sudah berkurang sejak kemarin malam, tetapi pasien masih ingin diberikan terapi tambahan yaitu terapi nonfarmakologis dengan mendengarkan murratal Al Quran untuk membantu mengontrol nyerinya secara mandiri. Pasien dapat fokus dan memejamkan mata ketika mendengarkan murratal Al Quran dan tekanan darah pasien didapatkan masih tinggi yaitu 170/80 mmHg, hal tersebut kemungkinan dipengaruhi karena adanya rasa nyeri yang dialami pasien dan nadi 85x/menit, pemeriksaan nadi didapatkan masih dalam batas normal. Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian. Intervensi anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

Evaluasi hari ketiga diagnosis nyeri akut didapatkan pasien sudah bisa mempraktikkan teknik mengurangi nyeri dengan mendengarkan Al Quran dan pasien sudah dapat mengontrol nyerinya secara mandiri dengan bantuan teknik nonfarmakologis murratal Al Quran. Masalah nyeri akut teratasi dan intervensi dihentikan.

Evaluasi hari pertama diagnosis risiko penurunan perfusi renal didapatkan pasien tidak ada masalah dengan sirkulasi ke perifer, hasil pemeriksaan nadi perifer 85x/menit, CRT <2setik, akral hangat, kering, merah, pasien sudah mengurangi makanan asin. Pengurangan konsumsi makanan asin ketika pasien dirawat dirumah sakit juga dipengaruhi oleh pemberian diet oleh tim ahli gizi. Masalah keperawatan risiko perfusi renal tidak efektif teratasi sebagian. Intervensi monitor hasil laboratorium BUN dan kreatinin, ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program diet yaitu rendah garam, ajarkan melakukan pencegahan emboli pada peredaran darah, seperti berjalan.

Evaluasi hari ke dua diagnosis risiko penurunan perfusi renal penulis mendapatkan hasil pemeriksaan laboratorium faal ginjal pada tanggal 15/10/19 BUN 13,1 mg/dl, kreatinin 1,43 mg/dl, hasil laboratorium tersebut menunjukkan jika kreatinin serum sudah menurun dari pemeriksaan pertama. Masalah keperawatan risiko perfusi renal tidak efektif teratasi sebagian. Intervensi monitor hasil laboratorium BUN dan kreatinin, ajarkan melakukan pencegahan emboli pada peredaran darah, seperti berjalan.

Evaluasi hari ke tiga diagnosis risiko penurunan perfusi renal didapatkan pasien sudah mencoba berjalan-jalan disekitar kamar perawatan pasien untuk membantu pemulihan kondisi sirkulasi pasien. Hasil pemeriksaan BUN dan

kreatinin terakhir didapatkan untuk BUN 12 mg/dl normal dan kreatinin 1,30mg/dl sudah mengalami penurunan dibandingkan pada evaluasi hari pertama dan ke dua. Hal ini menandakan sirkulasi darah ke renal sudah mulai mengalami perbaikan Masalah risiko perfusi renal teratasi. Intervensi dihentikan.

4.6 Keterbatasan

1. Tidak didapatkannya data penyakit jantung koroner dengan hipertensi di RS PHC Surabaya sehingga penulis tidak mengetahui jumlah prevalensi kejadian PJK di RS PHC Surabaya pada periode tertentu.
2. Tidak adanya penjelasan ST elevasi atau depresi pada pemeriksaan EKG, sehingga mempengaruhi adanya perbedaan teori dengan data yang ditemukan

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis PJK dengan HT di Ruang Mirah RS PHC Surabaya, kemudian penulis dapat menarik kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis PJK dengan HT.

5.1 Simpulan

Mengacu pada hasil uraian tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis PJK dengan HT, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada Tn.M dengan diagnosis PJK dengan HT dilakukan secara persistem mulai dari B1-B6 dan pola fungsi Gordon. Pada pengkajian B2 (*Blood*) penulis menemukan data nyeri dada yang disebabkan karena penyakit jantung koroner. Hasil pemeriksaan tambahan yang dapat menunjang terjadinya masalah keperawatan penurunan curah jantung pada pasien adalah foto thorax kesan kardiomegali, pulmo normal.
2. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan sesuai dengan kondisi pada Tn.M adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) dan risiko perfusi renal tidak efektif.

3. Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka, tidak semuanya tercantum di tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis yang penulis temukan pada pasien.
4. Implementasi keperawatan pada Tn.M dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang mengacu secara langsung pada diagnosis keperawatan dengan bekerjasama dengan perawat ruangan dalam melakukan tindakan keperawatan.
5. Evaluasi keperawatan pada semua diagnosis keperawatan untuk pelaksanaan dari perencanaan keperawatan dihentikan dan masalah keperawatan teratasi, pasien keluar rumah sakit pada tanggal 17 Oktober 2019.

5.2 Saran

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga sebaiknya memperhatikan perawatan pasien PJK dengan HT dan mendukung pasien untuk menghindari berbagai faktor risiko mengenai gaya hidup yang dapat memperburuk kondisi pasien dikemudian hari.

2. Bagi Pelayanan Rumah Sakit

Penanganan yang cepat dan tepat pada kasus PJK sangat diperlukan guna mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut dari iskemia miokardium, karena jantung merupakan pusat pengatur peredaran darah, oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh. Kerjasama yang baik antara perawat, tim kesehatan lain, pasien dan keluarga sangat diperlukan dalam penanganan kasus PJK. Penanganan yang cepat dan tepat dapat meminimalkan terjadinya *cardiac arrest* pada pasien PJK.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan dapat menjadi referensi untuk studi kasus selanjutnya dan dilakukan studi lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada pasien dengan diagnosis PJK dengan hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association. (2015). Fokus Utama Pembaruan Pedoman AHA 2015 untuk CPR dan ECC. *Circulation*, *132*(5), 293. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(06\)74511-9](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(06)74511-9)
- Amin, M., Fredrika, L., & Kartika, D. D. (2019). Pengalaman Dan Gangguan Aktivitas Seksualitas Klien Penyakit Jantung Koroner. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Amisi, W. G., Nelwan, J. E., & Kolibu, F. K. (2018). Hubungan Antara Hipertensi Dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Pasien Yang Berobat Di Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Kesmas*, *7*(4), 1–7. Retrieved from <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/kesmas/article/download/23124/22819>
- Andria, K. M. (2013). Hubungan Antara Perilaku Olahraga, Stress Dan Pola Makan Dengan Tingkat Hipertensi Pada Lanjut Usia Di Posyandu Lansia Kelurahan Gebang Putih Kecamatan Sukolilo Kota Surabaya. *Jurnal Promkes*, *Vol.1 No.*, 111–117. <https://doi.org/10.1109/ISSSTA.2008.47>
- Ardiansyah, D., Jon, F., & Irnamera, D. (2018). Gambaran Kadar Kreatinin Darah Pada Paisean Penyakit Jantung Koroner Di Ruang ICCU RSUD DR.M. Yunus Provinsi Bengkulu. *Journal Od Nursing and Pyblic Health*, *6*(2), 14–18.
- Aspiani, R. Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Cahyaningrum, E. D., & Diannike, P. (2017). *Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, *XV*(3).
- Dewi, W. K. (2019). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Kasus Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Samarinda. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Dinata, W. (2015). Menurunkan Tekanan Darah Pada Lansia melalui Senam Yoga. *Jurnal Olahraga Prestasi*, *11*(2), 115083. <https://doi.org/10.21831/jorpres.v11i2.5730>
- Dohude, S. W. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn.J Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler: Unstable Angina Pectoris di Paviliun Antonius Kamar 6-1 Rumas Sakit Myria Palembang*. Universitas Katolik Musi Charitas. Universitas Katolik Musi Charitas. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Ghani, L., Dewi, M., & Novriani, H. (2016). Faktor Risiko Dominan Penyakit Jantung Koroner di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan, Vol.44, No, 153–164*.
- Gonie, B. M. T., Wantania, F. E. N., & Umboh, O. R. H. (2017). Gambaran Kadar Asam Urat pada Pasien Infark Miokard Akut di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode September 2016 – Agustus 2017. *E-CliniC, 5(2)*. <https://doi.org/10.35790/ecl.5.2.2017.18573>
- Griadhi, I. P. A. (2016). *Sistem Kardiovaskuler*. -. Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Haryanto. (2010). *Konsep Dasar keperawatan Dengan Pemetaan Konsep*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hermansyah, & Citrakesumasari, A. (2012). Penyakit Jantung Koroner Pada Pasien Rawat Jalan RSUD Labuang Baji Makassar. *Media Gizi Masyarakat Indonesia, Vol. 1, No.* Retrieved from <http://journal.unhas.ac.id>
- Hermawan, M. D. (2018). *Perbedaan Kadar Leukosit Pada Penderita ST Elevasi Miokard Infark (STEMI) dan Non-ST Elevasi Miokard Infark (NSTEMI)*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Hermawati, R. (2014). *Penyakit Jantung Koroner*. Jakarta: FMedia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Riskesdas 2018*. Jakarta.
- Krismayanti, L. (2015). *Anatomi Fisiologi Manusia*. Mataram: Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Mataram.
- Lingga, Y. D. (2014). Karakteristik Penderita Gagal Jantung yang Dirawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Hadrianus Sinaga Pangururan Kabupaten Samsir. *Jurnal Keperawatan, Vol.1*.
- Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., ... Zanchetti, A. (2018). ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension, 25(6)*, 1105–1187. <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e3281fc975a>
- Marleni, L., & Alhabib, A. (2015). Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner di RSI SITI Khadijah Palembang. *Buletin Penelitian Kesehatan, Vol.1*.
- Marliani. (2013). *Hipertensi*. Jakarta: Gramedia Pustaka.
- Muhammad, A. (2012). *Medikal Bedah untuk Mahasiswa*. Yogyakarta: DIVA Press.

- Mutarobin, Nurachmah, E., & Adam, M. (2019). Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Coronary Artery Disease Pre Coronary Artery Bypass Grafting. *Quality : Jurnal Kesehatan*, 13(1), 9–21. <https://doi.org/10.36082/qjk.v13i1.58>
- Notoadmojo, S. (2012). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Panggabean, N. S. (2015). Perencanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1.
- Patriyani, R. E. H., & Purwanto, D. F. (2016). Faktor Dominan Risiko Terjadinya Penyakit Jantung Koroner (PJK). (*Jkg*) *Jurnal Keperawatan Global*, 1(1), 23–30. <https://doi.org/10.37341/jkg.v1i1.12>
- Pearce, E. . (2010). *Anatomi dan Fisiologi Untuk Paramedis*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- PERKI. (2016). Pedoman Uji Latih Jantung: Prosedur dan Interpretasi. In *Jakarta: PERKI* (1st ed.). Jakarta Pusat: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia.
- Prayogi, S., & Kurniawan, B. (2016). Pengaruh Personal Hygiene Dalam Pencegahan Penyakit Skabies. *Jurnal Majority*, 5(5), 140–143. Retrieved from <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/939>
- Purba, J. B. R. D. (2012). *Hubungan Kadar High Sensitivity - C Reactive Protein Dengan Derajat Stenosis Arteri Koroner Pada Pasien Angina Pectoris Stabil*. Universitas Sumatera Utara.
- Putra, A. S. M. M., Pradnyana, B. A., & Gunawijaya, E. (2016). Emboli koroner sebagai komplikasi penutupan defek septum ventrikel transkateter dengan amplatzer duct occluder –II pada pasien berusia 2 tahun. *Medicina*, 47(2). <https://doi.org/10.15562/medicina.v47i2.74>
- Rochmayanti. (2011). *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Universitas Indonesia. Retrieved from <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Analisis+faktor-faktor+yang+mempengaruhi+kualitas+hidup+pasien+penyakit+jantung+koro+ner+di+Rumah+Sakit+Pelni+Jakarta>
- Rondhianto, Widayati Nur, Y. A. (2016). Pengaruh Therapeutic Exercise Walking terhadap Sirkulasi Darah Perifer pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Kelurahan Gebang Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 4(3), 1–8.

- Saesarwati, D., & Satyabakti, P. (2017). Analisis Faktor Risiko Yang Dapat Dikendalikan Pada Kejadian PJK Usia Produktif. *Jurnal Promkes*, 4(1), 22. <https://doi.org/10.20473/jpk.v4.i1.2016.22-33>
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions (8th ed.)*. New Jersey: Wiley.
- Sarumaha, E. K., & Diana, V. E. (2018). The Risk Factors The Event Of Hypertension In Young Adults In UPTD Perawatan Plus Health Centre Teluk Dalam Subdistrict South Nias. *Journal of The Global Health*, 1(2), 70–77.
- Satoto, H. H. (2014). Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner Coronary Heart Disease Pathophysiology. *Jurnal Anestesiologi Indonesia*, VI(3), 209–223. Retrieved from <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjyhZDyrcHoAhWTSH0KHcPaADEQFjABegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fjournal.undip.ac.id%2Findex.php%2Fjanesti%2Farticle%2Fdownload%2F9127%2F7385&usq=AOvVaw0-I3Ion3rmdspFViD-O4Vx>
- Seke, P. A., Bidjuni, H., & Lolong, J. (2016). Hubungan kejadian stres dengan penyakit hipertensi pada lansia di balai penyantunan lanjut usia senjah cerah kecamatan mapanget kota manado. *Jurnal Keperawatan*, Vol. 4 (2).
- Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan; Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sumaryati, M. (2015). Studi Kasus Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Keluarga Ny.M Dengan Hipertensi Di Kelurahan Barombong Kecamatan Tamalate Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, Vol.6(Issue 2), 1379–1383.
- Susanti, D., & Latriyanti. (2012). Gambaran Faktor Risiko Penderita Penyakit Jantung Koroner Di Poli Jantung RSAL dr.Mintoharjo. *Jurnal Mitra Kesehatan*, 2(2), 7–18.
- Susilo, C. (2015). Identifikasi Faktor Usia, Jenis Kelamin Dengan Luas Infark Miokard Pada Penyakit Jantung Koroner (Pjk) Di Ruang Iccu Rsd Dr. Soebandi Jember. *The Indonesian Journal of Health Science*, 6(1), 1–7.
- Sutrisno, J. (2012). Hubungan Kebiasaan Posisi Tidur dengan Resiko Terjadinya Serangan Ulang pada Pasien Penyakit Jantung Koroner di Poli Jantung RSUD Gambiran Kota Kediri. *Stikes Surya Mitra Husada Kediri*, vol.1.
- Syaifuddin. (2010). *Atlas Berwarna Tiga Bahasa Anatomi Tubuh Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.

- Syukri, A. E. D. P., Panda, L., & L.W Rotty. (2013). Profil Penyakit Jantung Koroner Di Irna F Jantung RSUP Prof.Dr.R.D Kandou Manado. *E-CliniC*, 1(1), 1–8. <https://doi.org/10.35790/ecl.1.1.2013.6036>
- Thaler, M. S. (2013). *The Only EKG Book You'll Ever Need*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia - Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- U.S Department Of Health and Human Services. (2015). *Prevention , Detection , Evaluation , and Treatment of High Blood Pressure*. United State.
- Umar, F., & Citrakesumasari, J. N. (2011). Perilaku Merokok dan Lingkungan Pemukiman Pasien Rawat Jalan Penyakit Jantung Koroner di Makassar. *Media Gizi Masyarakat Indonesia*, 1.(1), 8–21.
- Wahyuni, A., Nurrachmah, E., & Gayatri, D. (2012). Kesiapan pulang Pasien Penyakit Jantung Koroner Melalui Penerapan Discharge Planning. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15(3), 151–158. <https://doi.org/10.7454/jki.v15i3.3>
- Widyani, A. A. (2018). *Terapi Musik Murottal Al-Qur'an dan Langgam Jawa untuk Penurunan Hipertensi Lansia di Kelurahan Kedung Cowek Kecamatan Kenjeran Kota Surabaya*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hangtuh Surabaya.
- Wijaya, R. E. (2018). *Studi Kasus Penatalaksanaan Diet Pada Penyakit Jantung Koroner Di Ruang Rawat Inap RSU Bathermas Provinsi Sulawesi Tenggara*. Politeknik Kesehatan Kendari. <https://doi.org/10.29333/aje.2019.423a>
- Yanuar, T., Wibowo, & Setyaningsih, M. M. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas. *Jurnal Keperawatan, Voll*.
- Yuliani, F., Oenzil, F., & Iryani, D. (2014). Hubungan Berbagai Faktor Risiko Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(1), 37–40. <https://doi.org/10.25077/jka.v3i1.22>
- Yulistina, F., Deliana, S. M., & Rustiana, E. R. (2017). Korelasi Asupan Makanan, Stres, Dan Aktivitas Fisik Dengan Hipertensi Pada Usia Menopause. *Unnes Journal of Public Health*, 6(1), 35. <https://doi.org/10.15294/ujph.v6i1.13695>

LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Pemeriksaan EKG

SOP PEMERIKSAAN EKG	
Pengertian	EKG 12 lead adalah suatu tes diagnostik yang dapat membantu mengidentifikasi suatu kondisi patofisiologis jantung. Tes ini dapat memberikan suatu gambaran yang lebih lengkap tentang aktivitas listrik jantung.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kondisi patologis jantung klien, terutama angina dan IMA. 2. Menentukan abnormalitas transisi impuls melalui konduksi otot jantung. 3. Mengetahui reaksi pemberian obat-obatan antiaritmia.
Persiapan klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penjelasan kepada klien 2. Anjurkan klien untuk rileks, berbaring, dan bernafas normal. 3. Anjurkan klien untuk tidak berbicara atau bergerak selama pemeriksaan EKG 4. Lepaskan alat-alat yang dapat mengganggu dalam perekaman EKG, seperti benda-benda yang mengandung logam (gigi palsu, ikat pinggang, perhiasan, cincin dan kalung) 5. Anjurkan klien untuk berbaring di tengah tempat tidur dengan kedua tangan di sisi tubuh 6. Jika klien tidak dapat berbaring dengan posisi datar, bantu dengan posisi semiflower 7. Jaga privasi klien, buka lengan, kaki, dan dada klien
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mesin atau alat EKG yang di lengkapi dengan 3 label : <ol style="list-style-type: none"> a. 1 kabel listrik (power) b. 1 kabel untuk bumi (ground) c. 1 kabel untuk klien. 2. Alat elektroda <ol style="list-style-type: none"> a. Elektroda ekstremitas b. Elektroda dada (6 buah) 3. Jeli elektroda 4. Kertas EKG (siapkan pada alat) 5. Kasa atau kapas pembersih. 6. Sarung tangan 7. Kabel elektroda 8. Alkohol

Prosedur kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. 2. Gunakan sarung tangan. 3. Anjurkan kepada klien untuk membuka pakaian pada daerah yang akan di lakukan tindakan. 4. Atur posisi klien. 5. Hubungkan mesin EKG dengan stop kontak, jika mesin menggunakan baterai, maka <i>charger</i> mungkin tidak perlu. 6. Pilih daerah yang akan dipasang elektroda. 7. Bersihkan daerah yang akan dipasang elektroda dengan alkohol dan berikan jeli secara merata pada setiap daerah pemasangan elektroda. 8. Pasang elektroda ekstremitas. <ol style="list-style-type: none"> a. Ekstremitas kanan atas (merah) b. Ektremitas kiri atas (kuning) c. Ektremitas kanan bawah (hitam) d. Ektremitas kiri bawah (hijau) 9. Pasang elektroda dada <ol style="list-style-type: none"> a. V1 (merah) pada sela iga/ruang interkostal ke-4 kanan dari sternum.(ICS 4 parasternal dextra). b. V2 (kuning) pada sela iga/ruang interkostal ke-4 kiri dari sternum. (ICS 4 parasternal sinistra). c. V3 (hijau) pada pertengahan antara V2 dan V4 atau pertengahan antara ruang interkostal ke-5 dan ke-6 d. V4 (cokelat) pada sela iga/interkostal ke-5 garis midklavikula(klavikula tengah) e. V5 (hitam) sejajar V4 anterior aksilaris/pada bidang horisontal yang sama dengan V4, tetapi pada garis aksila depan. f. V6 (ungu) sejajar V4 midaksilaris/pada bidang horisontal yang sama dengan V4, tetapi pada garis aksila depan. 10. Siapkan mesin EKG, pilih menu untuk memilih tipe perekaman (manual/otomatis). Atur kecepatan perekaman EKG 25 mm/detik atau sesuai dengan intruksi. 11. Dengan memindahkan lead selektor, buat pencatatan EKG, berturut-turut mulai lead I, II, III, aVR, aVL, aVF, serta VI-V6. 12. Lakukan perekaman dengan menentukan tombol <i>power</i> dan tombol <i>start</i>. 13. Lakukan perekaman dengan menekan tombol <i>power</i> dan tombol <i>start</i>. 14. Amati hasil dari perekaman, setelah itu perekaman mesin dimatikan dengan menekan tombol stop dan tekan tombol power untuk mematikan mesin EKG. 15. Lepaskan elektroda dan bersihkan kulit klien. 16. Rapikan klien dan alat-alat.
----------------	--

	<p>17. Cuci tangan .</p> <p>18. Dokumentasikan tindakan pada samping kertas EKG yang meliputi nama klien, umur, tanggal, dan jam perekaman, serta pembuat rekaman.</p> <p>Sumber: Elly, Achmad. 2011. <i>Penuntun Praktikum Keterampilan Kritis II</i>. Jakarta: Salema Medika.</p>
--	---

