

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN TN. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS
*HIPERTENSIVE HEART DISEASE (HHD) DENGAN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG
B2 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA***



Oleh :

DEVI NARIYANTA PURBASARI, S.Kep
NIM 2130002

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN TN. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS
*HIPERTENSIVE HEART DISEASE (HHD) DENGAN
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG
B2 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA***

Karya ilmiah akhir diajukan sebagai salah satu
syarat untuk memperoleh gelar Ners



Oleh :
DEVI NARIYANTA PURBASARI, S.Kep
NIM 2130002

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini adalah ASLI hasil karya dan 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 adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 07 Juli 2021

Penulis



Devi Nariyanta Purbasari, S.Kep

NIM. 2130002

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan kami amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Devi Nariyanta Purbasari

NIM : 2130002

Program studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Tn. S Dengan Diagnosa Medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang B2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan - perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar.

NERS (Ns.)

Surabaya, 16 Agustus 2022

Pembimbing Institusi



(Dedi Irwandi, S.Kep., Ns., M.Kep.)
NIP. 03050

Pembimbing Lahan



(Muslimah, S.Kep., Ns.)
NIP. 19670221 1988032004

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 16 Agustus 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah akhir dari :

Nama : Devi Nariyanta Purbasari

NIM : 2130002

Program studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Tn. S Dengan Diagnosa Medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang B2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapkan dewan penguji Karya Ilmiah akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada prodi Pendidikan Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Astrida Budiarti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat
NIP. 03025

Penguji II : Dedi Irwandi, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03050

Penguji III : Muslimah, S.Kep., Ns.
NIP. 19670221 1988032004

Mengetahui,
**KAPRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SYRABAYA**

Dr. Hidayatus Syadiah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 16 Agustus 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M. selaku kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Hidayatus Syadiyah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat selaku Ketua Penguji terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Bapak Dedi Irwandi, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Pembimbing Institusi yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Muslimah, S.Kep., Ns. selaku pembimbing lahan yang telah bersedia membimbing dan memberi arahan sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
7. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulis Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjadi studi dan penulisnya.
8. Ibu Nadia Oktiari, Amd selaku kepala perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
9. Teman satu angkatan profesi 2022 yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
10. Kedua orang tua dan keluarga yang selalu memberikan dorongan moril baik berupa doa, motivasi, serta pengorbanan yang tak terkira selama menempuh pendidikan profesi di STIKES HANG TUAH Surabaya.
11. 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.

Selanjutnya penulisan menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih banyak kekurangan dan masih juga dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis diharapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 21 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	5
1.4.1 Secara Teoritis.....	5
1.4.2 Secara Praktis	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.5.1 Metode	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan data	7
1.5.3 Sumber data.....	7
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Anatomi Jantung.....	9
2.1.1 Anatomi Jantung	9
2.1.2 Fisiologi Jantung	12
2.2 Konsep Hipertensive Heart Disease (HHD)	15
2.2.1 Pengertian	15
2.2.2 Etiologi	15
2.2.3 Patofisiologi	17
2.2.4 Manifestasi Klinis.....	18
2.2.5 Pemeriksaan Penunjang	19
2.2.6 Penatalaksanaan	20
2.3 Konsep Congestive Heart Failure (CHF)	22
2.3.1 Pengertian	22
2.3.2 Etiologi	22
2.3.3 Patofisiologi	23
2.3.4 Pemeriksaan Penunjang	25
2.3.5 Penatalaksanaan	26
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan HHD Dengan CHF	27
2.4.1 Pengkajian Keperawatan.....	27
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	30

2.4.3	Intervensi Keperawatan	31
2.4.4	Implementasi Keperawatan.....	36
2.4.5	Evaluasi Keperawatan	37
2.5	Kerangka Masalah.....	38
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		39
3.1	Pengkajian.....	39
3.1.1	Data Dasar.....	39
3.1.2	Keadaan Umum.....	40
3.1.3	Pemeriksaan Fisik.....	40
3.1.4	Data Penunjang	42
3.1.5	Pemberian Terapi	44
3.2	Analisa Data.....	45
3.3	Diagnosa Keperawatan Prioritas	46
3.4	Intervensi Keperawatan	47
3.5	Implementasi Keperawatan dan Evaluasi	50
BAB 4 PEMBAHASAN.....		56
4.1	Pengkajian.....	56
4.2	Diagnosa Keperawatan	60
4.2.1	Pola Nafas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hambatan Upaya Nafas	60
4.2.2	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hipersekresi Jalan Nafas	61
4.2.3	Hipervolemia Berhubungan Dengan Gangguan Mekanisme Regulasi	61
BAB 5 PENUTUP		63
5.1	Simpulan	63
5.2	Saran	64
DAFTAR PUSTAKA.....		66
LAMPIRAN.....		69

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Konsep Asuhan Keperawatan	31
Table 3.1 Hasil Laboratorium Tn. S dengan <i>Hipertensive Heart Disaese</i> dengan <i>Congestive Heart Failure</i> di ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya ..	42
Table 3.2 Terapi Obat Tn. S Diagnosa Medis <i>Hipertensive Heart Disaese</i> Dengan <i>Congestive Heart Failure</i> di Ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya	44
Table 3.3 Analisa Data Tn. S Diagnosa Medis <i>Hipertensive Heart Disaese</i> Dengan <i>Congestive Heart Failure</i> di Ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya	45
Table 3.4 Diagnosa Prioritas Tn. S Diagnosa Medis <i>Hipertensive Heart Disaese</i> Dengan <i>Congestive Heart Failure</i> di Ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya	46
Table 3.5 Intervensi Keperawatan Tn. S Diagnosa Medis <i>Hipertensive Heart Disaese</i> Dengan <i>Congestive Heart Failure</i> di Ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.....	47
Table 3.6 Implementasi Keperawatan Tn. S Diagnosa Medis <i>Hipertensive Heart Disaese</i> Dengan <i>Congestive Heart Failure</i> di Ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.....	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung	9
Gambar 2.2 Kedudukan Jantung	10
Gambar 2.3 Katup Jantung	10
Gambar 2.4 Ruang Jantung	12

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	69
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	70
Lampiran 3 SOP Pemberian Oksigenasi	72
Lampiran 4 SOP Pemasangan Selang Kateter.....	74
Lampiran 5 SOP Pemasangan Infus	78
Lampiran 6 SOP Pemberian Insulin	82
Lampiran 7 Lembar Hasil Bimbingan	85
Lampiran 8 Leaflet Hipertensi.....	86

DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN

⁰ C	: Derajat Celcius
ACE	: <i>Angiotensin Converting Enzyme</i>
ACEI	: <i>Angiotensin Converting Enzym Inhibitor</i>
ADH	: Anti Diuretik Hormon
ARB	: <i>Angiotensin Receptor Blocker</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BUN	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
Cl	: <i>Calsium</i>
CO	: <i>Cardiac Output</i>
CT Scan	: <i>Chest Thorak Scan</i>
CVP	: <i>Cerebral Venous Pressure</i>
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
DO	: Data Objektif
DPP	: Dewan Perwakilan PPNI
DS	: Data subjektif
EDV	: <i>End Diastolic Volume</i>
EKG	: <i>Electrocradiogram</i>
EVM	: <i>Eye Verbal Motorik</i>
GCS	: <i>Glassgow Coma Scale</i>
GDA	: Gula Darah Acak
H	: <i>High</i>
HHD	: <i>Hipertensive Heart Disease</i>
HIV	: <i>Human ImmunodeficiencyVirus</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: <i>Intra Vena</i>
JVP	: <i>Jugular Venous Pressure</i>
K	: <i>Kalium</i>
k/p	: Kalau Perlu
KV	: <i>Kardiovaskular</i>
L	: <i>Low</i>
LAP	: <i>Left Atrial Pressure</i>
LDL	: <i>Low Density Lipoprotein</i>
LEDV	: <i>Low End Diastolic Volume</i>
Lpm	: Liter per menit
ml	: Mililiter
mmHg	: <i>Milimeter Hidrogium</i>
Mnt	: Menit
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
Na	: <i>Natrium</i>
NaCl	: <i>Natrium Clorida</i>
NRBM	: <i>Non-ReBreathing Mask</i>
O ₂	: <i>Oksigen</i>

PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PQRST	: <i>Provokatif, Quality, Region, Scale, Time</i>
RAA	: <i>Renin Angiotensin Aldosteron</i>
RR	: <i>Respiratori Rite</i>
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
RSUD BDH	: Rumah Sakit Umum Daerah Bhakti Darma Husada
S	: Suhu
S1	: Sarjana 1
SC	: <i>Sub Cutan</i>
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SDN	: Sekolah Dasar Negeri
SGOT	: <i>Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase</i>
SGPT	: <i>Serum Glutamic Pyruvic Transaminase</i>
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SpO ₂	: Saturasi Oksigen
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
T	: Tensi
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TK RA	: Taman Kanak-kanak Rodatul Assaidah
Tn.	: Tuan
TTV	: Tanda – Tanda Vital
WHO	: <i>World Health Organization</i>

TANDA BACA

.	: Titik
,	: Koma
:	: Titik Dua
/	: Garis Miring
%	: Persen
()	: Tanda Kurung
x	: Kali
↑	: Meningkatkan
↓	: Menurun
°	: Derajat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah secara terus menerus ketika tekanan darah *sistolik* melebihi 140 mmHg dan tekanan darah *diastolik* melebihi 90 mmHg. Adanya *hipertensi* pasti dapat mengganggu fungsi kontraktile, afterload, preload, atau relaksasi jantung. Gagal jantung dengan *hipertensi* merupakan tahap pertama dari *disfungsi kontraktile* atau *diastolik ventrikel* kiri dan sangat terkait dengan peningkatan insiden gagal jantung (Afifasari, 2021). Keluhan yang paling umum pada pasien *hipertensi* adalah nyeri pada bagian belakang kepala dan leher, dan menurut Maslow nyeri merupakan salah satu kebutuhan fisiologis yang harus segera diatasi. Pengobatan nyeri *hipertensi* dapat dilakukan dengan dua cara yaitu farmakologis dan nonfarmakologis. Di sini, karena tidak bergantung pada obat dan efek sampingnya, penderita *hipertensi* diharapkan menggunakan terapi nonfarmakologis untuk meredakan nyeri akibat *hipertensi*. Namun, kebanyakan penderita *hipertensi* justru memilih untuk meredakan nyerinya dengan menjalani terapi farmakologis, yaitu analgesik. Analgesik sangat efektif dalam mengobati nyeri, namun analgesik mempengaruhi kecanduan obat dan juga menimbulkan efek samping obat yang berbahaya bagi pasien (Sari, 2020). Masalah keperawatan yang dapat muncul pada kasus ini seperti penurunan curah jantung, nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, intoleransi aktivitas, ansietas, resiko jatuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), prevalensi tekanan darah tinggi tahun 2014 pada orang dewasa berusia 18 tahun keatas sekitar 22%.

Penyakit ini juga menyebabkan 40% kematian akibat penyakit jantung dan 51% kematian akibat stroke. Selain secara global, hipertensi juga menjadi salah satu penyakit tidak menular yang paling banyak di derita masyarakat Indonesia (57,6%) (Sari, 2020). Di Indonesia penyakit kardiovaskuler masih menjadi penyakit tidak menular utama penyebab kematian saat ini. Pada tahun 2018 diperkirakan 17,3 juta kematian akibat penyakit kardiovaskuler dan lebih dari 3 juta kematian tersebut berusia dibawah 60 tahun. Penyakit kardiovaskuler diantaranya adalah penyakit jantung koroner, gangguan irama jantung (aritmia), gagal jantung, hipertensi dan stroke (Kemenkes, 2018). Berdasarkan data Riskesdas 2018 memperlihatkan bahwa jumlah kasus *hipertensi* di Jawa Timur mengalami peningkatan dari 26,2 % menjadi 36,32% dengan estimasi jumlah kasus sebesar 11.952.694 orang dalam (Sumarno, 2021). Pada pengkajian di RSPAL DR Ramelan Surabaya di dapatkan data penyakit *hipertensi* sebanyak 2,386 orang pada tahun 2021 (RSPAL, 2022).

Peningkatan tekanan darah yang persisten dan berkelanjutan menyebabkan perubahan struktur konduksi jantung, termasuk otot jantung, arteri koroner, dan aritmia yang dikenal sebagai penyakit jantung *hipertensi* yang diwujudkan dalam bentuk gagal jantung, penyakit arteri koroner, dan hipertrofi ventrikel kiri, kontraktibilitas arteri sistemik dan *hipertensi* dilatasi. Proses gagal jantung kanan dan kiri terjadi sebagai kelanjutan dari gagal jantung kiri. Setelah *hipertensi* pulmonal, darah terkumpul di ventrikel kanan, diikuti oleh insufisiensi ventrikel kanan. Setiap hambatan aliran. Mekanisme kompensasi yang terjadi pada gagal jantung antara lain dilatasi ventrikel, hipertrofi ventrikel, peningkatan stimulasi simpatis, takikardia, vasokonstriksi perifer, peningkatan kadar katekolamin plasma, retensi

garam, cairan, dan peningkatan ekstraksi jaringan oksigen. Akibat gangguan aliran darah dan adanya bendungan, tanda dan gejala gagal jantung sistemik dan pulmonal terjadi ketika sisi kanan dan kiri jantung dalam keadaan tidak berfungsi secara bersamaan. Kondisi ini dikenal sebagai gagal jantung kongestif (CHF) (Roy, 2016). Kondisi tersebut dapat muncul dari kondisi ini seperti Penurunan curah jantung, Nyeri akut, Hipervolemia, Intoleransi aktivitas, Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak, Resiko jatuh, Ansietas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Berdasarkan proses penyakit yang ada maka pengobatan yang tepat terhadap penyakit jantung *hipertensi* sangat penting. Melalui proses pemberian asuhan keperawatan dan komunikasi terapeutik kepada pasien, diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dan menjaga status kesehatan yang masih baik serta dapat mengatasi masalah pasien sepenuhnya. Untuk tindakan perawat secara mandiri seperti memberi edukasi untuk modifikasi pola hidup yang sehat dapat dimulai dengan menjaga berat badan seimbang, olahraga teratur, mengurangi asupan garam, menjaga pola makan dengan mengatur asupan kalori yang seimbang, membatasi makanan yang mengandung banyak lemak dan kolesterol. Selain itu, menghindari kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol secara berlebihan juga menjadi sasaran pelaksanaan non farmakologis. Stres juga perlu diperhatikan karena stres mampu meningkatkan tekanan darah (Hamria et al., 2020). Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu melakukan penerapan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Diagnosa Medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya ilmiah akhir tentang asuhan keperawatan pasien *hipertensi* dengan CHF, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut : bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan Tn. S dengan diagnosa medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang B2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan Tn. S dengan diagnosa medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang B2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Tn. S dengan diagnosa medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang B2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnose keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosa medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang B2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya.

3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosa medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang B2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosa medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang B2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnosa medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) Dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang B2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut di bawah ini:

1.4.1 Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada pasien dengan hipertensi.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan hipertensi sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

3. Bagi Keluarga Dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit hipertensi sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pada pasien hipertensi di rumah.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan hipertensi sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode penulisan yang digunakan pada karya ilmiah akhir ini adalah metode studi kasus.

1.5.2 Teknik Pengumpulan data

Adapun langkah – langkah yang diambil penulis dalam karya ilmiah akhir ini yaitu studi kepustakaan, wawancara, observasi, pemeriksaan.

1.5.3 Sumber data

Sumber data yang digunakan yaitu data primer, data sekunder, dan studi kepustakaan.

1.6 Sistematika Penulisan

Penyusunan karya ilmiah akhir secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, halaman persetujuan, surat pernyataan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar lampiran, daftar singkatan.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

- BAB 2 : Tinjauan pustaka yang berisi tentang teori mengenai konsep anatomi jantung, konsep penyakit *Hipertensive Heart Disease*, konsep *Congestive Heart Failure*, konsep asuhan keperawatan *Hipertensive Heart Disease*, kerangka masalah.
- BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Hipertensive Heart Disease* dengan *Congestive Heart Failure*.
- BAB 4 : Pembahasan yang berisi tantangan analisis masalah yang ditinjau dari pusaka, hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dari opini penulis.
- BAB 5 : Penutup yang berisi simpulan dan saran.
3. Bagian akhir yang terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

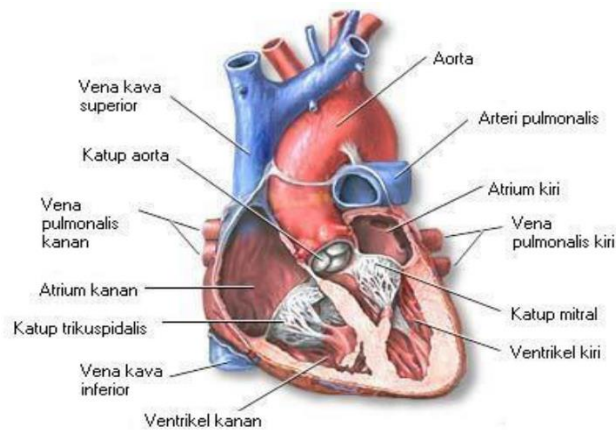
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Anatomi Jantung

2.1.1 Anatomi Jantung

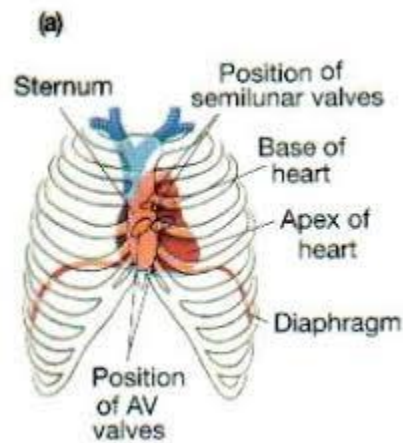
Sistem peredaran darah adalah jantung, pembuluh darah, dan pembuluh limfatik. Jantung adalah organ pemompa besar yang menjaga sirkulasi ke seluruh tubuh. Arteri membawa darah keluar dari jantung. Vena membawa darah ke jantung. Kapiler menghubungkan arteri dan vena, membentang di antara mereka, dan menyediakan transportasi antara makanan dan produk limbah. Pertukaran gas juga terjadi pada cairan ekstraseluler dan cairan interstisial (Roy, 2016).

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga, basisnya diatas, dan puncaknya dibawah. Apeksnya (puncaknya) miring kesebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram.



Gambar 2.1 Anatomi Jantung (Roy, 2016)

Kedudukan jantung : jantung berada didalam toraks, antara kedua paru-paru dan dibelakang sternum, dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan.

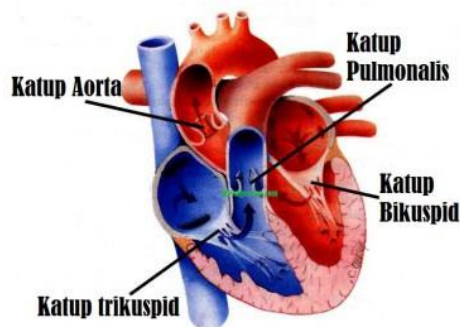


Gambar 2.2 Kedudukan Jantung (Roy, 2016)

Lapisan Jantung terdiri atas 3 lapisan yaitu :

1. Epikardium merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang sama dengan perikardium viseral.
2. Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
3. Endokardium, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katung jantung.

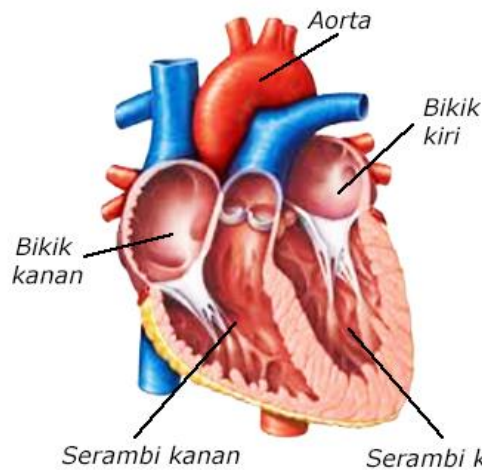
Katup jantung : berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik jantung. ada dua jenis katup, yaitu katup atrioventrikular dan katup semilunar.



Gambar 2.3 Katup Jantung (Roy, 2016)

1. Katup atrioventrikular, memisahkan antara atrium dan ventrikel. Katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing –masing atrium ke ventrikel saat diastole ventrikel dan mencegah aliran balik ke atrium saat sistole ventrikel. Katup atrioventrikuler ada dua, yaitu katup triskupidalis dan katup biskupidalis. Katup triskupidalis memiliki 3 buah daun katup yang terletak antara atrium kanan dan ventrikel kanan. Katup biskupidalis atau katup mitral memiliki 2 buah daun katup dan terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri.
2. Katup semilunar, memisahkan antara arteri pulmonalis dan aorta dari ventrikel. Katup semilunar yang membatasi ventrikel kanan dan arteri pulmonaris disebut katup semilunar pulmonal. Katup yang membatasi ventrikel kiri dan aorta disebut katup semilunar aorta. Adanya katup ini memungkinkan darah mengalir dari masing-masing ventrikel ke arteri pulmonalis atau aorta selama sistole ventrikel dan mencegah aliran balik ke ventrikel sewaktu diastole ventrikel

Ruang jantung : jantung memiliki 4 ruang, yaitu atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kiri, dan ventrikel kanan. Atrium terletak diatas ventrikel dan saling berdampingan. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh katup satu arah. Antara organ rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh septum.



Gambar 2.4 Ruang Jantung (Roy, 2016)

2.1.2 Fisiologi Jantung

Siklus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk yang paling sederhana, siklus jantung adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel (Rahmadani, 2020).

Siklus jantung merupakan periode ketika jantung berkontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole (saat ventrikel berkontraksi) dan satu periode diastole (saat ventrikel relaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel (Rahmadani, 2020).

Pada siklus jantung, sistole (kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai berkontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi,

memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali (Rahmadani, 2020).

Curah jantung merupakan volume darah yang dipompakan selama satu menit. Curah jantung ditentukan oleh jumlah denyut jantung permenit dan stroke volume. Isi sekuncup ditentukan oleh (Rahmadani, 2020):

1. Beban awal (pre-load)

- a. Pre-load adalah keadaan ketika serat otot ventrikel kiri jantung memanjang atau meregang sampai akhir diastole. Pre-load adalah jumlah darah yang berada dalam ventrikel pada akhir diastole.
- b. Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastole ini tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengembalian darah dari pembuluh vena ini juga tergantung pada jumlah darah yang beredar serta tonus otot.
- c. Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut miokardium.
- d. Dalam keadaan normal sarkomer (unit kontraksi dari sel miokardium) akan teregang $2,0 \mu\text{m}$ dan bila isi ventrikel makin banyak maka peregangan ini makin panjang.
- e. Hukum frank starling : semakin besar regangan otot jantung semakin besar pula kekuatan kontraksinya dan semakin besar pula curah jantung. pada keadaan pre- load terjadi pengisian besar pula volume darah yang masuk dalam ventrikel.
- f. Peregangan sarkomet yang paling optimal adalah $2,2 \mu\text{m}$. Dalam keadaan tertentu apabila peregangan sarkomer melebihi $2,2 \mu\text{m}$,

kekuatan kontraksi berkurang sehingga akan menurunkan isi sekuncup.

2. Daya kontraksi

- a. Kekuatan kontraksi otot jantung sangat berpengaruh terhadap curah jantung, makin kuat kontraksi otot jantung dan tekanan ventrikel.
- b. Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elektrolit terutama kalium, natrium, kalsium, dan keadaan konduksi jantung.

3. Beban akhir

- a. After load adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semilunar aorta.
- b. Hal ini terutama ditentukan oleh tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah. Meningkatnya tahanan perifer misalnya akibat hipertensi atau vasokonstriksi akan menyebabkan beban akhir.
- c. Kondisi yang menyebabkan baban akhir meningkat akan mengakibatkan penurunan isi sekuncup.
- d. Dalam keadaan normal isi sekuncup ini akan berjumlah ± 70 ml sehingga curah jantung diperkirakan ± 5 liter. Jumlah ini tidak cukup tetapi dipengaruhi oleh aktivitas tubuh.
- e. Curah jantung meningkat pada waktu melakukan kerja otot, stress, peningkatan suhu lingkungan, kehamilan, setelah makan, sedang kan saat tidur curah jantung akan menurun (Roy, 2016).

2.2 Konsep Hipertensive Heart Disease (HHD)

2.2.1 Pengertian

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian / mortalitas (Wu et al., 2021).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Siswanto et al., 2020).

Adanya hipertensi pasti dapat mempengaruhi kontraktilitas, afterload, preload atau fungsi relaksasi pada jantung. Berdasarkan data longitudinal yang didapatkan dari Framingham Heart Study gagal jantung dengan hipertensi menunjukkan tahap pertama terjadinya disfungsi sistolik atau diastolik dari ventrikel kiri yang sangat berhubungan dengan meningkatnya insiden gagal jantung (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.2 Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa factor yang memengaruhi terjadinya hipertensi (Nurarif & Kusuma, 2015) :

- a. Genetik : respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.

- b. Obesitas : terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stress karena lingkungan.
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan :

- a. Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh karena itu, penelitian dan pengobatan lebih ditunukan bagi penderita esensial. Hipertensi primer disebabkan oleh faktor berikut ini.
 - 1) Faktor keturunan
 - 2) Ciri perseorangan : umur, jenis kelamin, dan ras.
 - 3) Kebiasaan hidup konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g), kegemukan atau makan berlebih, stress, merokok, minum alcohol, minum obat-obatan (efedrin, prednisone, epinefrin).
- b. Hipertensi sekunder : hipertensi sekunder ialah hipertensi yang tidak nampak atau diketahui penyebabnya, tanpa ada pemeriksaan sebelumnya. Adapun faktor penyebab hipertensi sekunder, seperti :
 - 1) Penggunaan esterogen
 - 2) Penyakit ginjal
 - 3) Sindrom chusing
 - 4) Hipertensi dalam kehamilan
- c. Hipertensi yang terjadi pada orang lanjut usia, disebabkan oleh beberapa faktor seperti :

- 1) Elastisitas dinding aorta menurun
- 2) Kutub jantung menebal dan menjadi kaku
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1 % setiap setahun setelah berusia 20 tahun, yang dapat menyebabkan menurunnya kontraksi serta volumenya.
- 4) Hilangnya elastisitas pembuluh darah, hal ini dapat terjadi dikarenakan kurangnya keefektifan pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
- 5) Meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer

2.2.3 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis (Roy, 2016).

Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepineprin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi (Roy, 2016).

Pada saat bersamaan ketika system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epineprin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung menyebabkan hipertensi (Roy, 2016).

2.2.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi (Nurarif & Kusuma, 2015):

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan.

Beberapa keluhan pasien yang menderita hipertensi :

- a. Mengeluh sakit kepala, pusing
- b. Lemas, kelelahan
- c. Sesak nafas
- d. Gelisah
- e. Mual
- f. Muntah
- g. Epitaksis
- h. Kesadaran menurun

2.2.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

- a. Hemoglobin / hematokrit : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti hipokoagulabilitas, anemia.
- b. BUN / Kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
- c. Glucosa : hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.

- d. Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
2. CT Scan : mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati.
3. EKG : dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggalan gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
4. IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti batu ginjal, perbaikan ginjal.
5. Photo dada / Photo rongten : menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.6 Penatalaksanaan

Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan distolik dibawah 90 mmHg dan mengontrol factor risiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat antihipertensi (Roy, 2016).

Penatalaksanaan faktor risiko dilakukan dengan cara pengobatan setara non-farmakologis, antara lain:

1. Pengaturan diet
2. Penurunan berat badan
3. Terapi pijat
4. Memperbaiki gaya hidup yang kurang baik

Terapi Farmakologis yaitu obat antihipertensi yang dianjurkan yaitu:

1. Diuretik (Hidroklorotiazid)

Diuretik bekerja dengan cara mengeluarkan cairan berlebih dalam tubuh sehingga daya pompa jantung menjadi lebih ringan.

2. Penghambat simpatetik (Metildopa, Klonidin dan Reserpin)

Obat-obatan jenis penghambat simpatetik berfungsi untuk menghambat aktifitas saraf simpatis.

3. Betabloker (Metoprolol, propranolol dan atenolol)

Fungsi dari obat jenis betabloker adalah untuk menurunkan daya pompa jantung, dengan kontraindikasi pada penderita yang mengalami gangguan pernafasan seperti asma bronkhial.

4. Vasodilator (Prasosin, Hidralisin)

Vasodilator bekerja secara langsung pada pembuluh darah dengan relaksasi otot polos pembuluh darah.

5. Angiotensin Converting Enzyme (ACE) inhibitor (Captopril)

Fungsi utama adalah untuk menghambat pembentukan zat angiotensin II dengan efek samping penderita hipertensi akan mengalami batuk kering, pusing, sakit kepala dan lemas.

6. Penghambat angiotensin II (Valsartan)

Daya pompa jantung akan lebih ringan ketika jenis obat-obat penghambat reseptor angiotensin II diberikan karena akan menghalangi penempelan zat angiotensin II pada resptor.

7. Angiotensin kalsium (Diltiasem dan Verapamil)

Kontraksi jantung (kontraktilitas) akan terhambat (Adrian, 2019).

2.3 Konsep Congestive Heart Failure (CHF)

2.3.1 Pengertian

Gagal jantung adalah sindrom klinis (sekumpulan tanda dan gejala), ditandai oleh sesak nafas dan fatik (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung. Gagal jantung dapat disebabkan oleh gangguan yang mengakibatkan terjadinya pengurangan pengisian ventrikel (disfungsi diastolik) dan/atau kontraktilitas mokardial (disfungsi sistolik) (Nurarif & Kusuma, 2015).

Gagal jantung adalah suatu keadaan patofisiologi dimana jantung gagal mempertahankan sirkulasi adekuat untuk kebutuhan tubuh meskipun tekanan pengisian cukup (Ongkowijaya & Wantania, 2016).

Gagal jantung kongestif (Congestive Heart Failure / CHF) didefinisikan sebagai suatu kumpulan gejala kompleks yang diakibatkan adanya gangguan pada proses kerja jantung, baik itu secara struktural maupun fungsional (Prahasti & Fauzi, 2021).

2.3.2 Etiologi

Secara umum penyebab gagal jantung dikelompokkan sebagai berikut (Roy, 2016) :

- a. Disfungsi miokard
- b. Beban tekanan berlebihan-pembebanan sistolik (sistolic overload).
 - 1) Volume : defek septum atrial, defek septum ventrikel, duktus arteriosus paten
 - 2) Tekanan : stenosis aorta, stenosis pulmonal, koarktasi aorta

- 3) Disaritmia
- c. Beban volume berlebihan-pembebanan diastolik (diastolic overload)
- d. Peningkatan kebutuhan metabolik (demand overload)

2.3.3 Patofisiologi

1. Mekanisme dasar

Kelainan kontraktilitas pada gagal jantung akan mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi cardiac output dan meningkatkan volume ventrikel. Dengan meningkatnya volume akhir diastolik ventrikel (EDV) maka terjadi pula peningkatan tekanan akhir diastolik kiri (LEDV). Meningkatnya LEDV, akan mengakibatkan pula peningkatan tekanan 12 atrium (LAP) karena atrium dan ventrikel berhubungan langsung ke dalam anyaman vaskuler paru-paru meningkatkan tekanan kapiler dan vena paruparu. Jika tekanan hidrostatik dari anyaman kapiler paru-paru melebihi tekanan osmotik vaskuler, maka akan terjadi transudasi cairan melebihi kecepatan draenase limfatik, maka akan terjadi edema interstitial. Peningkatan tekanan lebih lanjut dapat mengakibatkan cairan merembes ke alveoli dan terjadi edema paru.

2. Respon kompensatorik

a. Meningkatnya aktivitas adrenergik simpatik

Menurunnya cardiac output akan meningkatkan aktivitas adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraktil akan meningkat untuk menambah cardiac output (CO), juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan retribusi volume darah

dengan mengurangi aliran darah ke organorgan yang rendah metabolismenya, seperti kulit dan ginjal agar perfusi ke jantung dan ke otak dapat di pertahankan. Vasokonstriksi akan meningkatkan aliran balik vena kesisi kanan jantung yang selanjutnya akan menambah kekuatan kontriksi

- b. Meningkatnya beban awal akibat aktivitas sistem renin angiotensin aldosteron (RAA).

Aktivitas RAA menyebabkan retensi Na dan air oleh ginjal, meningkatkan volume ventrikel ventrikel tegangan tersebut. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium

- c. Atropi ventrikel

Respon kompensatorik terakhir pada gagal jantung adalah hidrotropi miokardium akan bertambah tebalnya dinding

- d. Efek negatif dari respon kompensatorik

Pada awalnya respon kompensatorik menguntungkan namun pada akhirnya dapat menimbulkan berbagai gejala, meningkatkan laju jantung dan memperburuk tingkat gagal jantung. Resistensi jantung yang dimaksudkan untuk meningkatkan kekuatan kontraktilitas dini mengakibatkan bendungan paru-paru, vena sistemik dan edema, fase kontriksi arteri dan redistribusi aliran darah mengganggu perfusi jaringan pada anyaman vaskuler yang terkena menimbulkan tanda serta gejala, misalnya berkurangnya jumlah air kemih yang dikeluarkan dan kelemahan tubuh. Vasokonstriksi arteri juga menyebabkan beban akhir dengan memperbesar resistensi terhadap ejeksi ventrikel, beban akhir juga kalau dilatasi ruang jantung. Akibat kerja jantung dan kebutuhan miokard akan

oksigen juga meningkat, yang juga ditambah lagi adanya hipertensi miokard dan perangsangan simpatik lebih lanjut. Jika kebutuhan miokard akan oksigen tidak terpenuhi maka akan terjadi iskemik miokard, akhirnya dapat timbul beban miokard yang tinggi dan serangan gagal jantung yang berulang (Rahmadani, 2020).

2.3.4 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan kasus gagal jantung kongestive di antaranya sebagai berikut (Wulandari, 2017) :

- a. Elektrokardiogram : Hiperatropi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia, disaritmia, takikardia, fibrilasi atrial.
- b. Uji stress : Merupakan pemeriksaan non-invasif yang bertujuan untuk menentukan kemungkinan iskemia atau infeksi yang terjadi sebelumnya.
- c. Ekokardiografi
 - 1) Ekokardiografi model M (berguna untuk mengevaluasi volume balik dan kelainan regional, model M paling sering diapakai dan ditanyakan bersama EKG).
 - 2) Ekokardiografi dua dimensi (CT scan)
- d. Ekokardiografi dopoler (memberikan pencitraan dan pendekatan transesofageal terhadap jantung). Katerisasi jantung : Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung kanan dan kiri dan stenosis katup atau insufisiensi.

- e. Radiografi dada : Dapat menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertropi bilik, atau perubahan dalam pembuluh darah abnormal.
- f. Elektrolit : Mungkin berubah karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal terapi diuretik.
- g. Oksimetri nadi : Saturasi oksigen mungkin rendah terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.
- h. Analisa gas darah : Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratory ringan (dini) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir).
- i. Blood ureum nitrogen (BUN) dan kreatinin : Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Kenaikan baik BUN dan kreatinin merupakan indikasi.
- j. Pemeriksaan tiroid : Peningkatan aktifitas tiroid menunjukkan hiperaktifitas tiroid sebagai pencetus gagal jantung.

2.3.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gagal jantung dibagi menjadi 2 terapi yaitu sebagai berikut (Wulandari, 2017) :

- a. Terapi farmakologi yaitu terapi yang dapat di berikan antara lain golongan diuretik, angiotensin converting enzym inhibitor (ACEI), beta bloker, angiotensin receptor blocker (ARB), glikosida jantung, antagonis aldosteron, serta pemberian laksarasia pada pasien dengan keluhan konstipasi.

- b. Terapi non farmakologi yaitu antara lain tirah baring, perubahan gaya hidup, pendidikan kesehatan mengenai penyakit, prognosis, obat-obatan serta pencegahan kekambuhan, monitoring dan kontrol faktor resiko.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan HHD Dengan CHF

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan hipertensi meliputi tingkat kesadaran, hasil tanda-tanda vital, frekuensi jantung meningkat, irama nafas meningkat (Afifasari, 2021).

Anamnesa :

1. Identitas diri
 - a. Identitas klien meliputi : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.

2. Keluhan utama

Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Keluhan lain yang menyerta

biasanya : sakit kepala, pusing, penglihatan buram, mual, detak jantung tak teratur, nyeri dada.

4. Riwayat kesehatan terdahulu

Kaji adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat- obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit metabolik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain

6. Riwayat alergi

Pemeriksaan fisik

a. Airway

Look : melihat adanya gerakan pengembangan dada

Listen : dengarkan suara pernafasan, seringkali suara mengorok dan bunyi gurgling (bunyi cairan) menandakan adanya hambatan jalan nafas

Feel : merasakan adanya hembusan udara saat pasien melakukan ekspirasi yang bisa kita rasakan pada pipi maupun punggung tangan

Perhatikan patensi airway, dengar suara nafas. Pada pasien dengan HHD pada pemeriksaan akan didapatkan adanya perubahan pola nafas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi) tetapi untuk jalan nafas pada pasien HHD nafasnya normal.

b. Breathing

Periksa frekuensi nafas, gerakan respirasi, palpasi thorak, auskultasi dan dengarkan bunyi nafas. Biasanya akan didapatkan auskultasi dada terdengar normal, irama nafas teratur. Respiration rate $<22x/mnt$.

c. Circulation

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan perubahan tekanan darah atau normal (hipertensi). Perubahan frekuensi jantung (bradikardi, takikardi). Adanya peningkatan nadi, irama, denyut nadi kuat, ekstremitas teraba hangat/dingin warna kulit sianosis, pucat, kemerahan, capillary refill time <2 detik, adanya edema pada muka, tangan, tungkai. adanya

d. Disability

Status mental :

Tingkat kesadaran secara kualitatif dengan Glasgow Coma Scale (GCS) dan secara kuantitatif yaitu

- a. Compos mentis : Sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.
- b. Apatis : keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan kehidupan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh.
- c. Somnolen : keadaan kesadaran yang mau tidur saja. Dapat dibangunkan dengan rangsang nyeri, tetapi jatuh tidur lagi.
- d. Delirium : keadaan kacau motorik yang sangat, memberontak, berteriak-teriak, dan tidak sadar terhadap orang lain, tempat, dan waktu.

- e. Sopor/semi koma : keadaan kesadaran yang menyerupai koma, reaksi hanya dapat ditimbulkan dengan rangsang nyeri.
 - f. Koma : keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dan tidak dapat dibangunkan dengan rangsang apapun. Adanya lemah/lelah, pusing, mual/muntah.
- e. Exposure Keadaan kulit, seperti turgor / kelainan pada kulit dan keadaan ketidaknyamanan (nyeri) dengan pengkajian PQRST.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) dengan hipertensi :

1. Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload
2. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia
3. Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan
4. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
5. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak
6. Resiko jatuh
7. Ansietas

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pojka SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Konsep Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload (SDKI, D.0008 Hal 34)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat</p> <p>Kriteria hasil : Curah jantung (SLKI, L.02008 Hal 20)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Nadi teraba kuat 3. Pasien tidak mengeluh lelah 	<p>Perawatan jantung (SIKI, I.02075 Hal 317)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda / gejala primer penurunan curah jantung (mis: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxymal nocturnal dyspnea, peningkatan peningkatan CVP). 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat). 3. Monitor tekanan darah. 4. Monitor intake dan output cairan. 5. Monitor keluhan nyeri dada. 6. Berikan diet jantung yang sesuai. 7. Berikan terapi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rasional : Sebagai langkah awal untuk mengetahui tanda2 gagal jantung. 2. Rasional: Respirasi yang buruk bisa saja disebabkan oleh edema paru dan erat kaitannya dengan gagal jantung. 3. Rasional : untuk mengetahui perkembangan ada tidaknya peningkatan tekanan intra kranial/ 4. Rasional: untuk menilai ada atau tidaknya kelebihan cairan pada pasien. 5. Rasional: Respon tubuh yang dapat menandakan gagal jantung. 6. Rasional: Untuk menyesuaikan dosis pasien. 7. Rasional: Respon tubuh terhadap kecemasan dan kelelahan menjadi penyebab utama perubahan pada

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu. 8. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi. 9. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap. 10. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu.	vital sign. 8. Rasional: Untuk mengistirahatkan kerja jantung yang berlebihan akan menyebabkan sesak nafas 9. Rasional: pasien dengan gagal jantung dianjurkan untuk aktifitas sesuai toleransi untuk mengistirahatkan kerja jantung. 10. Rasional: Untuk mengurangi gangguan pada impuls listrik yang mengatur detak jantung yang terlalu cepat.
2.	Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia (SDKI, D.0077 Hal 172)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun Kriteria hasil : Tingkat nyeri (SLKI, L.08066 Hal 145) 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2 2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang 3. Pasien dapat	Manajemen nyeri (SIKI, I.08238 Hal 201) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupuntur, terapi musik	1. Rasional: Untuk mengetahui kualitas nyeri yang dirasakan pasien. 2. Rasional: Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien. 3. Rasional: Untuk mengetahui faktor yang memperberat / memperingan nyeri yang dirasakan pasien. 4. Rasional: Untuk mengalihkan nyeri yang dirasakan pasien 5. Rasional: Untuk memberikan rasa nyaman pada pasien 6. Rasional: Dengan mengetahui skala nyeri pasien, dapat

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		beristirahat dengan nyaman	<p>hopnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin).</p> <p>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).</p> <p>6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri.</p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>	<p>membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri pasien.</p> <p>7. Rasional: Dapat membuat pasien merasa lebih baik dan rileks.</p> <p>8. Rasional: Pemberian analgetik dapat memblokir nyeri pada susunan syaraf pusat.</p>
3.	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (SDKI, D.0009 Hal 37)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat</p> <p>Kriteria hasil : Perfusi perifer (SLKI, L.02011 Hal 84)</p> <p>1. Nadi perifer teraba kuat</p> <p>2. Akral teraba hangat</p> <p>3. Warna kulit tidak pucat</p>	<p>Pemantauan tanda vital (SIKI, I.02060 Hal 248)</p> <p>1. Memonitor tekanan darah.</p> <p>2. Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama).</p> <p>3. Memonitor pernapasan (frekuensi, kedalaman).</p> <p>4. Memonitor suhu tubuh.</p> <p>5. Memonitor oksimetri nadi.</p> <p>6. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital.</p>	<p>1. Rasional: Mengupayakan TTV pasien tetap stabil.</p> <p>2. Rasional: Mengetahui kestabilan nadi pasien.</p> <p>3. Rasional: Mengetahui kestabilan pernafasan pasien.</p> <p>4. Rasional: Mengetahui kestabilan suhu tubuh pasien.</p> <p>5. Rasional: Untuk mengetahui kadar oksigen dalam darah pasien.</p> <p>6. Rasional: Untuk mengetahui faktor yang dapat</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				mempengaruhi perfusi perifer pasien.
4.	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (SDKI, D.0022 Hal 62)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat</p> <p>Kriteria hasil : Keseimbangan cairan (SLKI, L.03020 Hal 41)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terbebas dari edema 2. Haluaran urin meningkat 3. Mampu mengontrol asupan cairan 	<p>Manajemen hipervolemia (SIKI, I.03114 Hal 184)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnes, dipsnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan). 2. Monitor intake dan output cairan. 3. Anjurkan melapor haluaran urin. 4. Kolaborasi pemberian diuretik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rasional: Edema Perifer dapat menunjukkan adanya kelebihan volume cairan. 2. Rasional: Intake yang lebih besar daripada output dapat meningkatkan volume cairan 3. Rasional: Urin merupakan output cairan yang perlu di pantau untuk menilai balace cairan. 4. Rasional: Untuk mengeluarkan kelebihan cairan yang ada dalam tubuh pasien.
5.	Intoleransi aktifitas b.d kelemahan (SDKI, D.0056 Hal 128)	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat</p> <p>Kriteria hasil : toleransi aktivitas (SLKI, L.05047 Hal 149)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari 2. Pasien mampu 	<p>Manajemen energi (SIKI, I.050178 Hal 176)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional. 2. Monitor pola dan jam tidur. 3. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 4. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan. 5. Anjurkan tirah baring. 6. Anjurkan melakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rasional: Untuk mengetahui respo fisik terhadap aktivitas. 2. Rasional: Meningkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan oksigen ke jaringan. 3. Rasional: Aktivitas disktraksi yang menyenangkan dapat memperbaiki dan menguatkan fungsi jantung di bawah stress. 4. Rasional: Untuk mengistirahatkan kerja jantung yang berlebihan akan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		berpindah tanpa bantuan 3. Pasien mengatakan keluhan lemah berkurang	aktifitas secara bertahap. 7. Kolaborasi dengan ahli gizi. 8. Meningkatkan asupan makanan.	menyebabkan sesak nafas 5. Rasional: Dapat menunjukkan peningkatan dekompensasi jantung daripada kelebihan aktivitas 6. Rasional: Pemenuhan kebutuhan makanan dapat mempengaruhi stress/ kebutuhan oksigen berlebihan. 7. Rasional: Pemenuhan kebutuhan makanan dapat mempengaruhi stress/ kebutuhan oksigen berlebihan.
6.	Ansietas b.d kurang terpapar informasi (SDKI, D.0080 Hal 180)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun Kriteria hasil : Tingkat ansietas (SLKI, L.09093 Hal 132) 1. Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2. Pasien tampak tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	Reduksi ansietas (SIKI, I.09314 Hal 387) 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor). 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman. 3. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis.	1. Rasional: Untuk mengetahui tingkat perkembangan ansietas 2. Rasional: Hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat bertujuan untuk agar klien mampu mengungkapkan masalah serta memudahkan perawat untuk melakukan intervensi 3. Rasional: Memberikan penjelasan kepada pasien agar pasien tidak merasa cemas lagi.
7.	Risiko jatuh	Tujuan :	Pencegahan jatuh	1. Rasional:

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	b.d gangguan penglihatan (SDKI, D.0143 Hal 306)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun.</p> <p>Kriteria Hasil: Tingkat jatuh (SLKI, L.14138 Hal 140)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko jatuh dari tempat tidur 2. Risiko jatuh saat berjalan menurun 3. Risiko jatuh saat berdiri menurun 	<p>(SIKI, I.14540 Hal 279)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik. Gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati). 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi. 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Morse scale, humpty dumpty). 4. Pasang handrail tempat tidur. 5. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. 	<p>Mengetahui defisit kognitif atau fisik pada pasien terhadap lingkungan yang berpotensi menyebabkan jatuh.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Rasional: Mengawasi aktivitas pasien yang beresiko jatuh 3. Rasional: Mengenal keadaan lingkungan sekitar yang berpotensi mengakibatkan jatuh. 4. Rasional: Mengawasi aktivitas pasien yang beresiko jatuh. 5. Rasional: Mengawasi aktivitas pasien yang beresiko jatuh

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Komponen tahap implementasi :

1. Tindakan keperawatan mandiri.
2. Tindakan Keperawatan edukatif.

3. Tindakan keperawatan kolaboratif.
4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan.

Ada tiga alternative dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu :

1. Masalah teratasi

Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

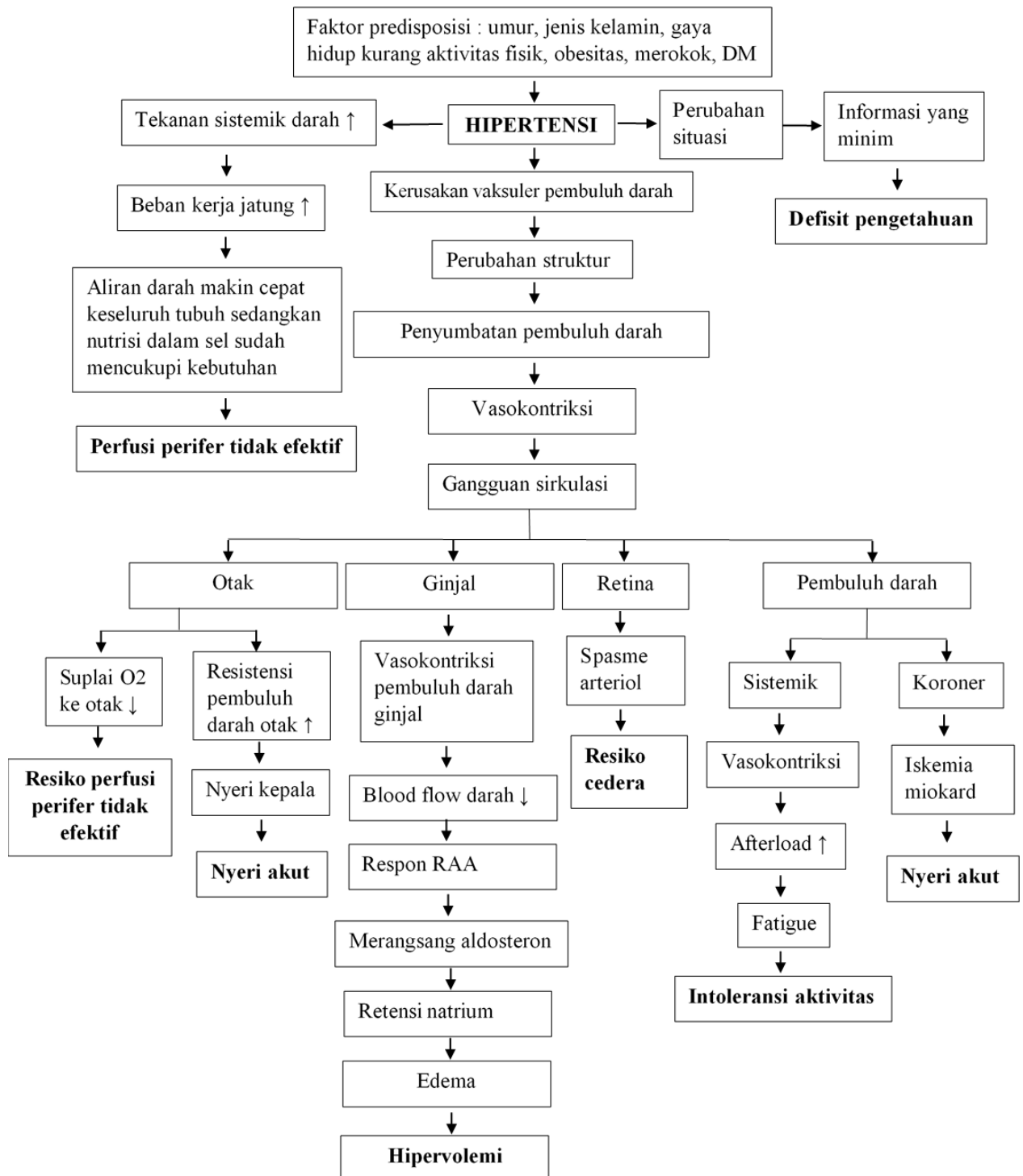
2. Masalah sebagian teratasi

Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

3. Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi, jika pasien sama sekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah yang baru (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.5 Kerangka Masalah



Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

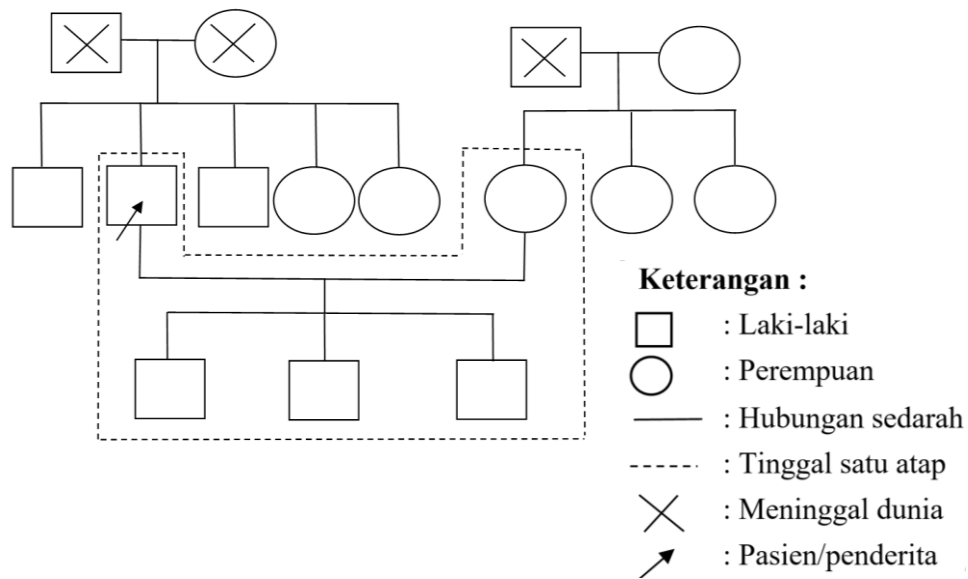
3.1.1 Data Dasar

Tn. S. adalah seorang laki-laki berusia 57 tahun, beragama islam yang tinggal di daerah sekitar Surabaya dengan nomor rekam medis 689xxx. Tn. S. MRS pada tanggal 27 November 2021 dengan diagnosa medis *Hypertensive Heart Disease With Congestive Heart Failure* di Ruang B2 Kamar 1 Bed.

Tn. S. mengatakan sesak nafas dan pada saat dilakukan pengkajian riwayat penyakit sekarang terdapat pasien di rujuk dari RS BDH ke RSPAL DR. Ramelan Surabaya pada tanggal 27 November 2021 pukul 04.35 WIB karena peralatan dari rumah sebelumnya kurang lengkap dan ada saudara yang bekerja di RSPAL dan disarankan untuk dirujuk ke IGD menggunakan mobil pribadi dan di dampingi oleh keluarganya. Pada saat di IGD pasien dilakukan tindakan pemasangan infus, pemasangan oksigen, dilakukan rekam jantung atau EKG, dilakukan swab antigen dengan hasil negatif, dilakukan pengambilan darah untuk dilakukan pemeriksaan darah lengkap dengan hasil Leukosit 22,92 (H), Hemoglobin 11.30 (L), Eritrosit 3,97 (L), Trombosit 536,00 (H), GDA 283 (H), Kreatinin 2,23 (H), dan pasien dipindahkan ke ruang B2 pada pukul 14.30 WIB. Pada saat dikaji tanggal 29 November 2021 diruang B2 pasien mengeluhkan sesak nafas dengan posisi tubuh semi fowler dan pasien terpasang infus NS 0,9% 500cc, selang kateter, O₂ NRBM 12 lpm dan hasil observasi T : 140/89 mmHg, S : 37,5 °C, N : 104 x/menit, RR : 22 x/menit, SpO₂ : 93%, GCS : 456.

Tn. S. mengatakan mempunyai riwayat Diabetes Mellitus tipe 2 sejak tahun 2005 dan pasien menggunakan insulin novorapid 6 unit. Tn. S. juga mempunyai riwayat hipertensi sejak tahun 2015 dan pasien mengkonsumsi obat darah tinggi. Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit turunan dari keluarga. Tn. S. mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat ataupun makanan.

Genogram :



3.1.2 Keadaan Umum

Keadaan umum Tn. S. lemah, tingkat kesadaran composmentis, dengan GCS E4 V5 M6. Hasil observasi Tekanan darah 140/89 mmHg, Nadi 104 x/menit, Suhu 37,5 °C, Pernafasan 22 x/menit, pasien terpasang oksigen NRBM 12 lpm.

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik bagian pernafasan pasien mengatakan sesak nafas terdapat bentuk dada normo chest dengan pergerakan dada simetris. Pasien dalam posisi semi fowler, pasien juga menggunakan otot bantu nafas

sternokleidomastoideus dengan SpO₂ : 93% dan pasien terpasang oksigen NRBM 12 lpm. Pasien batuk dengan sputum berwarna kuning kental dengan jumlah sedang dan terdapat suara ronki pada lapang paru sebelah kanan, pernafasan 22x/menit, nadi 104 x/menit, SGOT 67 U/L, SGPT 71 U/L.

Masalah keperawatan : Bersihan Jalan Nafas Tidak efektif dan Pola Nafas Tidak Efektif

Pada pemeriksaan fisik bagian sirkulasi terdapat keadaan umum lemah dan mudah mengantuk dengan tekanan darah 140/89 mmHg, nadi 104 x/menit, terdapat sedikit edema pada kedua kaki dan akral kaki teraba dingin. Pasien mendapat diit DM-KV-Ginjal 1900 kalori, pasien minum sebanyak ±1300/24 jam.

Masalah keperawatan : Hipervolemia,

Pada pemeriksaan perkemihan distensi kandung kemih tidak teraba, pasien terpasang selang kateter 16, dengan jumlah input 1300 cc/24 jam, output dari urin tampung 950 cc/24 jam, balance cairan +350 cc, dengan warna urin kuning pekat GDA 325 mg/dL.

Masalah keperawatan : Ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Pada pemeriksaan sistem muskuloskeletal dan integumen terdapat pembengkakan (*edema*) pada kedua kaki dan terdapat kemerahan pada bagian tungkai sehingga sulit untuk melakukan aktivitas dan juga pasien terpasang selang kateter, turgor kulit elastis dan warna kulit pasien sawo matang, kekuatan otot pada ekstremitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot pada ekstremitas bawah terdapat 4444/4444.

Masalah keperawatan : intoleransi aktivitas.

Pada pemeriksaan personal hygiene terdapat pasien tidak bisa melakukan mandi, mengganti pakaian dan membersihkan oral tidak bisa secara mandiri harus dengan bantuan keluarga, untuk bersih diri pasien hanya dilakukan penyekaan pada tubuh dan mengganti pakaian dengan bantuan keluarga. Pasien terdapat bau mulut ketika di ajak berbicara. Baju pasien diganti oleh keluarga selama 2 hari 1 kali.

Masalah keperawatan : defisit perawatan diri.

3.1.4 Data Penunjang

Table 3.1 Hasil Laboratorium Tn. S Diagnosa *Hipertensive Heart Disease* Dengan *Congestive Heart Failure* Di Ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya
Tanggal : 28 November 2021

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi			
Darah lengkap			
Leukosit	H 22.92	10 ³ /uL	4.00-10.00
Hitung jenis leukosit :			
• Eosinofil#	0.02	10 ³ /uL	0.02-0.50
• Eosinofil%	L 0.10	%	0.5-5.0
• Basofil#	0.05	10 ³ /uL	0.00-0.10
• Basofil%	0.2	%	0.0-1.0
• Neutrofil#	H 19.71	10 ³ /uL	2.00-7.00
• Neutrofil%	H 86.00	%	50.0-70.0
• Limfosit#	1.39	10 ³ /uL	0.80-4.00
• Limfosit%	L 6.00	%	20.0-40.0
• Monosit#	H 1.75	10 ³ /uL	0.12-1.20
• Monosit%	7.70	%	3.0-12.0
Hemoglobin	L 11.30	g/dL	13-17
Hematokrit	L 31.20	%	40.0-54.0
Eritrosit	L 3.97	10 ⁶ /uL	4.00-5.50
Indeks eritrosit :			
• MCV	78.7	fmol/cell	80-100
• MCH	28.4	pg	26-34
• MCHC	36.1	g/dl	32-36
RDW_CV	13.8	%	11.0-16.0
RDW_SD	40.7	fL	35.0-56.0
Trombosit	H 536.00	10 ³ /uL	150-450
Indeks Trombosit :			
• MPV	8.7	fL	6.5-12.0
• PDW	15.9	%	15-17

• PCT	L	0.468	10 ³ /uL	1.08-2.82
P-LCC	H	105.0	10 ³ /uL	30-90
P-LCR		19.6	%	11.0-45.0
KIMIA KLINIK				
Fungsi Hati				
SGOT	H	67	U/L	0-50
SGPT	H	71	U/L	0-50
Diabetes				
Glukosa Darah Sewaktu	H	283	mg/dL	74-106
Fungsi Ginjal				
Kreatinin	H	2.23	mg/dL	0.6-1.5
BUN	H	75	mg/dL	10-24
Elektrolit & Gas Darah				
Natrium (Na)	L	125.9	mEq/L	135-147
Kalium (K)		4.51	mEq/L	3.0-5.0
Clorida (Cl)	L	90.0	mEq/L	95-105

Hasil Pemeriksaan Radiologi

Tanggal 18 November 2021

Hasil Foto Thorak AP

Cor : Ukuran membesar

Pulmo : Infiltrate (-), perselubungan perivaskular (+)

Sinus Phericocostalis kiri tumpul, kiri tajam. Diafragma kanan kiri baik
tulang – tulang baik

Kesan :

- **Cardiomegali**
- **Suspect oedema pulmonum**
- **Suspect pleural effusion kiri**

Tanggal 28 November 2021



Foto thorak AP supine :

Cor : besar prominent

Pulmo : infiltrat/perselubungan (-). Hemithorax kiri tampak lebih radioopaque

Diaphragma dan sinus baik

Tulang-tulang baik

Kesan :

- **Cor prominent**
- **Suspect pleural effusion kiri**

3.1.5 Pemberian Terapi

Table 3.2 Terapi Obat Tn. S Diagnosa Medis *Hipertensive Heart Disaese* Dengan *Congestive Heart Failure* Di Ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

Terapi obat	Dosis	Rute	Indikasi
Infus NaCl 0,9%	500 ml	Infus	Pengganti cairan tubuh
Ringer Laktat K/P	500ml	Infus	Pengganti cairan tubuh
Injeksi Novorapid	3 x 10 unit	SC	Insulin
Injeksi Furosemid	2 x 1 ampul	IV	Mengeluarkan kelebihan cairan
Injek si Omeprazole	3 x 1 ampul	IV	Asam lambung
PO. Sucralfat syr	3ddC1	Oral	Asam lambung

3.2 Analisa Data

Table 3.3 Analisa Data Tn. S Diagnosa Medis *Hipertensive Heart Disaese Dengan Congestive Heart Failure* di Ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	Ds : Pasien mengatakan sesak nafas Do : - Pasien batuk dengan sputum berwarna kuning kental dan jumlah sedang - Terdapat suara ronki pada lapang paru kanan - Pasien terpasang oksigen NRBM 12 lpm - RR : 22 x/menit - Nadi : 104 x/menit	Hipersekreasi jalan nafas	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (SDKI, D.0001 Hal 18)
2.	Ds : pasien mengatakan sesak nafas Do : - terdapat pembengkakan pada kedua kaki - input 1300 cc/24 jam, output dari urin tampung 950 cc/24 jam, balance cairan +350 cc - Hemoglobin 11.30 L - Hematokrit 31.20 L	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia (SDKI, D.0022 Hal 62)
3.	Ds : pasien mengatakan mudah mengantuk Do : - GDA : 325 mg/dL (29/06/2021) - GDA : 283 mg/dL (27/06/2021) - Urin berwarna kuning pekat - Urin tampung 950 cc/24 jam	Gangguan toleransi glukosa darah	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (SDKI, D.0027 Hal 71)
4.	Ds : pasien mengatakan sulit bergerak karena bengkak pada kedua kakinya Do : - Pasien tampak kesulitan dalam berpindah - T: 140/89 mmHg - SpO ₂ 93 % - Nadi : 104 x/menit	Tirah baring	Intoleransi aktivitas (SDKI, D.0056 Hal 128)
5.	Ds : - Do : - Pasien tidak mampu mengganti pakaian dan mandi sendiri semua dengan bantuan keluarga - Pasien tampak kurang minat untuk dibersihkan oleh keluarga	Kelemahan	Defisit perawatan diri (SDKI, D.0109 Hal 240)
6.	Ds: Px mengatakan sesak nafas jika digunakan aktivitas	Hambatan upaya napas (kelemahan)	Pola nafas tidak efektif (SDKI, D.0005 Hal

Do : TD: 140/89 mmHg N: 104 x/menit RR: 22 x/menit SpO ₂ : 93% GCS : 456 SGOT : 67 U/L SGPT : 71 U/L	otot pernapasan)	26)
--	---------------------	-----

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

3.3 Diagnosa Keperawatan Prioritas

Table 3.4 Diagnosa Prioritas Tn. S Diagnosa Medis *Hipertensive Heart Disaese* Dengan *Congestive Heart Failure* di Ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

No.	Diagnosa keperawatan	Tanggal		Paraf
		Muncul	Teratasi	
1.	Pola nafas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) (SDKI, D.0005 Hal 26)	29-11-2022	01-12-2022	<i>Dp</i>
2.	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d Sekresi yang tetahan (SDKI, D.0001 Hal 18)	29-11-2022	01-12-2022	<i>Dp</i>
3.	Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi (SDKI, D.0022 Hal 62)	29-11-2022	01-12-2022	<i>Dp</i>

3.4 Intervensi Keperawatan

Table 3.5 Intervensi Keperawatan Tn. S Diagnosa Medis *Hipertensive Heart Disaese* Dengan *Congestive Heart Failure* di Ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

No	Masalah Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Pola nafas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) (SDKI, D.0005 Hal 26)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x6 jam diharapkan pola nafas membaik</p> <p>Pola Napas : (SLKI, L.01004 hal 95)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pernapasan cuping hidung menurun 4. Frekuensi napas membaik 	<p>Pemantauan respirasi : (SIKI, 1.01014 hal 247)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray toraks 11. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 12. Dokumentasikan hasil pemantauan 13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 14. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Mengidentifikasi terdapat pola nafas yang tidak efektif 3. Mengetahui kemampuan batuk 4. Mengetahui terbanyak produksi sputum 5. Mengetahui terdapat sumbatan pada jalan nafas 6. Mengetahui kesimetrisan pada paru paru 7. Mengetahui bunyi nafas yang berubah 8. Mengetahui kadar oksigen dalam darah 9. Menganalisa gas darah dalam tubuh 10. Mengetahui keadaan jantung melalui x-ray 11. Mengetahui keadaan pernafasan pasien 12. Memantau semua kondisi pasien
2.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d Sekresi yang tetahan (SDKI, D.0001 Hal 18)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam pasien di harapkan maimpu</p>	<p>Latihan batuk efektif (SIKI, 1.01006 Hal 142)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan batuk efektif pada pasien 2. Mengidentifikasi retensi pada sputum 3. Mengidentifikasi tanda dan gejala terdapat infeksi pada saluran nafas

		<p>membersihkan sekret atau mengeluarkan sekret untuk memperthankan jalan nafasnya paten.</p> <p>Bersihan jalan nafas (SLKI, L.01001 Hal 18)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat melakukan batuk efektif 2. Dipsnea menurun 3. Sulit berbicara menurun 4. Frekuensi nafas membaik 5. Pola nafas membaik 	<p>nafas</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor input dan output cairan 5. Atur posisi pasien semi-fowler atau fowler 6. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien 7. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 8. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mecupu (dibulatkan) selama 8 detik 9. Buang sekret pada tempat sputum 10. Anjurkan mengulang tarik nafas dalam hingga 3 kali 11. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengidentifikasi input dan output cairan pada tubuh 5. Membantu memudahkan dalam melaksanakan terapi batuk efektif 6. Untuk membuang sekret yang bisa dikeluarkan 7. Menganalisa sekret yang dikeluarkan
3.	Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi	<p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam pasien diharapkan volume cairan tubuh seimbang</p> <p>Keseimbangan cairan (SLKI, L.03020 Hal 41)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan makanan meningkat 2. Tekanan darah membaik 	<p>Pemantauan Cairan (SIKI, 1.03121 Hal 238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor frekuensi nafas 4. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine 5. Monitor intake dan output cairan 6. Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan 7. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi frekuensi dan kekuatan nadi 2. Mengidentifikasi tekanan darah, frekuensi nafas, jumlah, warna dan berat jenis urine 3. Memantau intake dan output cairan sesuai dengan kebutuhan tubuh 4. Memantau cairan yang di butuhkan oleh tubuh

		3. Turgor kulit membaik 4. Denyut nadi radial membaik	8. Dokumentasikan hasil pemantauan 9. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 10. Informasikan hasil pemantauan	
--	--	---	---	--

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

3.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

Table 3.6 Implementasi Keperawatan Tn. S Diagnosa *Medis Hipertensive Heart Disaese* Dengan *Congestive Heart Failure* Di Ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

No Dx	Hari/Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Jam	Evaluasi SOAP	Paraf
1,2,3	29-11-2021	1. Timbang terima dengan yang dinas pagi	<i>D_p</i>	29-11-2021	Dx 1 : Pola nafas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) S: pasien mengatakan masih sesak nafas tetapi sudah mulai berkurang dari sebelumnya O: TD: 140/89 mmHg N: 104 x/menit S: 37,5°C RR: 22 x/menit SpO ₂ : 93% GCS : 456 A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	<i>D_p</i>
1,2,3	13.00	2. Bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien	<i>D_p</i>	17.00		
1	13.45					
1,2	14.00					
1,2	14.10	3. Monitor pola napas	<i>D_p</i>			
		4. Monitor saturasi oksigen SpO ₂ : 93%	<i>D_p</i>			
1,2	14.20	5. Identifikasi kemampuan batuk dan jelaskan tujuan prosedur batuk efektif	<i>D_p</i>			
		6. Ajarkan teknik batuk efektif	<i>D_p</i>			
		- Atur posisi pasien semi-fowler atau fowler		17.15		
		- Pasang perlak dan bengkak di pangkuan pasien				
		- Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mecucu (dibulatkan) selama 8 detik				
3	14.55				Dx 2 : Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d Sekresi yang tetahan S: pasien mengatakan masih batuk tetapi dahak sudah bisa dikeluarkan karena sudah diajarkan teknik batuk efektif O: - Masih terdengar suara ronki - Bunyi nafas mulai meningkat - RR: 22 x/menit - SpO ₂ : 93% A: masalah teratasi sebagian P: intervensi	<i>D_p</i>
3	15.10					
3	15.15					

1,2	15.25	- Anjurkan mengulang tarik nafas dalam hingga 3 kali		17.30	dilanjutkan	
3	15.35	- Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3			Dx 3 : Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi	<i>D_p</i>
		- Buang sekret pada tempat sputum			S: pasien mengatakan sesak nafas yang berat	
		7. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan	<i>D_p</i>		O:	
		8. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	<i>D_p</i>		- terdapat pembengkakan pada kedua kaki	
		9. Monitor intake dan output cairan respon : Balance cairan 2000 cc	<i>D_p</i>		- input 1300 cc/24 jam, output dari urin tampung 950 cc/24 jam, balance cairan +350 cc	
		10. Melaksanakan nebulizer untuk pengenceran dahaknya dan bisa dikeluarkan dengan batuk efektif	<i>D_p</i>		- Hemoglobin 11.30 L	
		11. Anjurkan patuh terhadap diet dm supaya dm bisa normal kembali	<i>D_p</i>		- Hematokrit 31.20 L	
					A: masalah teratasi sebagian	
					P: intervensi dilanjutkan	
1,2,3	30-11-2021	1. Timbang terima dengan dinas yang dinas malam	<i>D_p</i>	30-11-2021	Dx 1 : Pola nafas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan)	<i>D_p</i>
1,2,3	09.00			12.00		
	09.20	2. Bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga	<i>D_p</i>		S: pasien mengatakan masih sesak nafas tetapi sudah mulai berkurang dari sebelumnya	
3	09.25				O:	
1,2	09.30	3. Membuang urin pasien	<i>D_p</i>			
2	09.45	Respon : urin				

3	11.15	pada tempat sputum Respon : sekret kuning kental sedikit			cc/24 jam, output dari urin tampung 550 cc/24 jam, balance cairan +450 cc	
1,2	11.25	7. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Respon : pasien dengan posisi semi-fowler	<i>D_p</i>		A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	
3	11.45	8. Observasi tanda tanda vital Respon : TD: 130/90 mmHg N: 108x/menit S: 37,5°C RR: 24 x/menit SpO ₂ : 90%	<i>D_p</i>			
		9. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Respon : pasien kesulitan untuk berpindah atau melakukan aktivitas	<i>D_p</i>			
		10. Monitor intake dan output cairan Respon : input 300 cc dan output 50 cc	<i>D_p</i>			
		11. Melaksanakan nebulizer untuk pengenceran dahaknya dan bisa dikeluarkan dengan batuk efektif Respon : pasien sedikit mengeluarkan dahak	<i>D_p</i>			
		12. Anjurkan patuh terhadap diet dm supaya dm bisa normal kembali	<i>D_p</i>			

1,2,3	1-12-2021 08.00	1. Timbang terima dengan yang dinas malam	<i>D_p</i>	1-12-2021 10.30	Dx 1 : Pola nafas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) S: pasien mengatakan sesak nafas sudah berkurang dari sebelumnya O: TD: 120/79 mmHg N: 85 x/menit S: 37,2°C RR: 24 x/menit SpO ₂ : 94% GCS : 456 A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dihentikan (pasien meninggal dunia)	<i>D_p</i>
1,2,3	08.45	2. Bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien	<i>D_p</i>			
1,2	09.05	3. Observasi TTV TD: 120/79 mmHg N: 85 x/menit S: 37,2°C RR: 24 x/menit SpO ₂ : 94% Gda : 233 mg/dl	<i>D_p</i>			
3	09.25	4. Mengulangi untuk teknik nafas dalam	<i>D_p</i>			
1,2,3	09.45	5. Monitor intake dan output cairan	<i>D_p</i>			
1,2,3	10.00	Balance cairan 1700 cc		10.40	Dx 2 : Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d Sekresi yang tetahan S: pasien mengatakan masih batuk tetapi dahak sudah bisa dikeluarkan karena sudah diajarkan teknik batuk efektif O: - Masih terdengar suara ronki - RR: 24 x/menit - SpO ₂ : 94% A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dihentikan (pasien meninggal dunia)	<i>D_p</i>
1,2,3	12.45	6. Jadwalkan kegiatan pasien supaya tidak kelelahan	<i>D_p</i>			
		7. Pasien di kirim ke ruang OK untuk operasi	<i>D_p</i>			
		8. Pasien dinyatakan meninggal dunia setelah dilakukan operasi pada waktu masih berada di ruang pemulihan pukul 12.00	<i>D_p</i>	10.45	Dx 3 : Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi S: -	<i>D_p</i>

					<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- terdapat pembengkakan pada kedua kaki- input 1300 cc/24 jam, output dari urin tampung 950 cc/24 jam, balance cairan +350 cc- Hemoglobin 11.30 L- Hematokrit 31.20 L <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan (pasien meninggal dunia)</p>	
--	--	--	--	--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan HHD dengan CHF diruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 29 November 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek lapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

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

1. Identitas

Data yang didapatkan, Tn. S adalah seorang laki – laki berusia 57 tahun, beragama islam yang tinggal daerah Surabaya. Hal ini sesuai dengan penelitian (Anita et al., 2020) yang menyebutkan bahwa gagal jantung merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama. Gagal jantung menjadi penyakit yang terus meningkat kejadiannya terutama pada lansia. Perempuan dengan usia >60 pada umumnya mengalami menopause yang menyebabkan kolesterol LDL meningkat sehingga perempuan lebih banyak menderita penyakit gagal jantung. Hipertensi umumnya terjadi pada usia lanjut, tetapi beberapa penelitian menunjukkan bahwa hipertensi dapat muncul sejak remaja dan prevalensinya mengalami peningkatan selama beberapa dekade terakhir, namun banyak yang belum menyadari sehingga

menjadi penyebab munculnya hipertensi pada usia dewasa dan lansia (Siswanto et al., 2020). Menurut penelitian (Prasetyo, 2015) menyebutkan bahwa umur juga dapat menjadi resiko keadaan kardiomegali yang terjadi pada jantung.

Dari data pengkajian tersebut dapat dihubungkan bahwa penyakit *Hipertensive Heart Disease* adalah salah satu penyebab komplikasi dari CHF, Dan kondisi Tn. S memiliki resiko aktual untuk menderita *Hipertensive Heart Disease* (HHD) dengan *Congestive Heart Failure* (CHF). Melihat kondisi ini apabila tidak diimbangi dengan perubahan pola hidup dan kepatuhan dalam pengobatan akan mengakibatkan komplikasi yang lebih berat pada pasien.

2. Riwayat sakit dan alergi

Pasien Tn. S. mempunyai riwayat penyakit *Diabetes Mellitus* tipe 2 sejak tahun 2005 dan hipertensi sejak tahun 2015. Hal ini sesuai dengan (Siswanto et al., 2020) Faktor diantaranya adalah berat badan lebih atau obesitas, riwayat hipertensi dalam keluarga atau faktor genetik, ras atau etnik, jenis kelamin, berat lahir rendah, konsumsi garam yang tinggi, merokok, aktivitas fisik atau olahraga dan pengetahuan rendah. Faktor risiko gaya hidup tidak sehat disebabkan oleh banyak faktor, salah satu diantaranya adalah pengetahuan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat berpengaruh terhadap tindakan atau perilaku seseorang.

3. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik bagian pernafasan di dilakukan anamnesa dengan pasien mengatakan sesak nafas terdapat bentuk dada normo chest dengan pergerakan dada simetris. Pasien dalam posisi semi fowler, pasien juga menggunakan otot bantu nafas sternokleidomastoideus dengan SpO₂ : 93% dan

pasien terpasang oksigen NRBM 12 lpm. Pasien batuk dengan sputum berwarna kuning kental dengan jumlah sedang dan terdapat suara ronki pada lapang paru sebelah kanan, pernafasan 22x/menit, nadi 104 x/menit. Hal ini sesuai dengan penelitian (Pratama, 2020), Akumulasi cairan dapat terjadi apabila tekanan osmotik koloid menurun (misalnya pada penderita hipoalbumine dan bertambahnya permeabilitas kapiler akibat ada proses peradangan atau neoplasma, bertambahnya tekanan hidrostatik akibat kegagalan jantung). Adanya timbunan cairan mengakibatkan perasaan sakit karena pergesekan, setelah cairan cukup banyak rasa sakit hilang. Bila cairan banyak, penderita akan sesak nafas.

Pada pemeriksaan fisik bagian sirkulasi terdapat keadaan umum lemah dan mudah mengantuk dengan tekanan darah 140/89 mmHg, nadi 104 x/menit, terdapat sedikit edema pada kedua kaki dan akral kaki teraba dingin. Pasien mendapat diet DM-KV-Ginjal 1900 kalori, pasien minum sebanyak \pm 1300/24 jam. Hal ini sesuai dengan penelitian (Arinda, 2018) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan menurunnya laju filtrasi glomerulus (menurunnya curah jantung) atau meningkatnya produksi ADH dan retensi natrium atau air ditandai dengan ortopnea, bunyi jantung S3, oliguria, edema, peningkatan berat badan, hipertensi, distress pernafasan, bunyi jantung abnormal, reflex hepatojugular positif.

Pada pemeriksaan perkemihan di temukan distensi kandung kemih tidak teraba, pasien terpasang selang kateter 16, dengan jumlah input 1300 cc/24 jam, output dari urin tampung 950 cc/24 jam, balance cairan +350 cc, dengan warna urin kuning pekat GDA 325 mg/dL. Hal ini sesuai dengan penelitian (Nababan et al., 2020), Kejadian penyakit Diabetes Mellitus diklasifikasikan atas DM type 1,

DM tipe 2, DM tipe lain, dan DM pada kehamilan, yang paling sering terjadi adalah DM tipe dua. Ada beberapa gejala klinis khas lainnya seperti polifagia (banyak makan), poliuria (banyak berkemih), banyak minum).

Pada pemeriksaan sistem muskuloskeletal dan integumen terdapat pembengkakan (*edema*) pada kedua kaki dan terdapat kemerahan pada bagian tungkai sehingga sulit untuk melakukan aktivitas dan juga pasien terpasang selang kateter, turgor kulit elastis dan warna kulit pasien sawo matang, kekuatan otot pada ekstremitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot pada ekstremitas bawah terdapat 4444/4444. Hal ini sesuai dengan penelitian (Bachtiar, 2018) intoleransi aktivitas ialah dimana kondisi seseorang mengalami penurunan energy fisiologis dan psikologis untuk melakukan aktivitas sehari-hari, keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah karena adanya penyakit penyerta.

Pada pemeriksaan personal hygiene terdapat pasien tidak bisa melakukan mandi, mengganti pakaian dan membersihkan oral tidak bisa secara mandiri harus dengan bantuan keluarga, untuk bersih diri pasien hanya dilakukan penyekaan pada tubuh dan mengganti pakaian dengan bantuan keluarga. Pasien terdapat bau mulut ketika di ajak berbicara. Baju pasien diganti oleh keluarga selama 2 hari 1 kali. Hal ini sesuai dengan penelitian (Bachtiar, 2018) Pasien mengatakan tidak bisa mandi, makan dan berpakaian secara sendiri. Pada pasien yang mengalami gangguan neuromuscular, kekuatan otot menurun, dimana kondisi ini pasien tidak dapat melakukan sebagian atau seluruh aktivitas sehari-hari seperti makan, berpakaian, mandi dan lain-lain. Hasil observasi didapatkan terpasang spalak,

aktivitas nampak dibantu oleh anaknya, Pemeriksaan fisik pasien didapatkan Keadaan umum lemah.

4.2 Diagnosa Keperawatan

4.2.1 Pola Nafas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hambatan Upaya Nafas

Diagnose pola nafas tidak efektif diangkat dari pengkajian berdasarkan data Subjektif : pasien mengatakan sesak nafas jika digunakan aktivitas. Data Objektif TD: 140/89 mmHg, N: 104 x/menit, RR: 22 x/menit, SpO₂ : 93%, GCS : 456 SGOT : 67 U/L, SGPT : 71 U/L. Intervensi yang dilakukan antara lain monitoring pernafasan, hal ini sesuai dengan teori (Bulecheck & Butcher, 2018), yang menyebutkan bahwa pasien dengan masalah pola nafas tidak efektif dapat dikelola dengan monitoring pernafasan. Mengatur posisi semi fowler untuk meringankan ventilasi, hal ini sesuai dengan (Bulecheck & Butcher, 2018), yang menyebutkan bahwa dengan memposisikan 30° sampai 40° agar paru-paru dapat mengembang secara maksimal. Monitoring pernafasan dengan mengauskultasi ada tidaknya suara tambahan, hal ini sesuai dengan teori (Bulecheck & Butcher, 2018), yang menyebutkan bahwa dengan memonitor pernafasan maka dapat memantau kepatenan jalan nafas dan pertukaran gas pada masalah pola nafas tidak efektif.

4.2.2 Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hipersekresi Jalan Nafas

Diagnose bersihan jalan nafas tidak efektif diangkat berdasarkan pengkajian berdasarkan data Subjektif : pasien mengatakan sesak nafas. Objektif : ada otot bantu nafas dengan otot sternokleidomastoideus, pola nafas dispnea, sesak nafas (+), ronki (+) pada lapang paru kanan, batuk (+), sputum (+), warna sputum kuning kental, tidak terdapat sianosis, menggunakan O₂ NRBM 12 lpm, RR : 22 x/menit, SpO₂ 93 %, Nadi 104 x/menit.

Hal ini sesuai dengan penelitian (Anita et al., 2020) yang menyebutkan bahwa pasien dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif dapat dikelola dengan memonitoring pernafasan. Mengatur posisi semi fowler untuk meringankan ventilasi. Berikan bantuan terapi napas (nebulizer) hal ini sesuai dengan teori menurut (Astuti et al., 2018) yaitu nebulizer merupakan alat yang digunakan untuk memberikan obat dalam bentuk cairan yang diubah menjadi uap ke dalam saluran pernafasan yang bertujuan mengencerkan dahak sehingga dahak mudah dikeluarkan dari jalan nafas. Melatih batuk efektif, hal ini sesuai dengan teori (Bulecheck & Butcher, 2018), yaitu melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif dengan tujuan membersihkan laring, trachea, dan bronkheolus dari sekret atau benda asing di jalan nafas.

4.2.3 Hipervolemia Berhubungan Dengan Gangguan Mekanisme Regulasi

Diagnose hipervolemia diangkat berdasarkan pengkajian berdasarkan data Subjektif : pasien mengatakan sesak nafas. Objektif : terdapat pembengkakan pada kedua kaki, input 1300 cc/24 jam, output dari urin tampung 950 cc/24 jam,

balance cairan +350 cc, Hemoglobin 11.30 L, Hematokrit 31.20 L. Menurut (Hidayat & Uliyah, 2018) menyebutkan bahwa kebutuhan cairan adalah bagian dari kebutuhan dasar manusia yang memiliki proporsi besar dalam tubuh. Pengaturan cairan dilakukan oleh mekanisme rasa haus sistem hormonal yakni Anti Diuretik Hormon (ADH), sistem aldosteron, prostaglandin, dan glukokortikoid. Hal ini sesuai dengan penelitian (Astuti et al., 2018) pada ginjal akan menyebabkan penimbunan air dan natrium sehingga terjadi edema. Penimbunan secara sistemik selain menimbulkan edema juga meningkatkan tekanan vena jugularis dan pelebaran vena – vena lainnya. Menurut (Narolita, 2018), pada pemeriksaannya ditemukan penurunan fungsi ginjal, hal tersebut menunjukkan bahwa CHF berpengaruh pada fungsi ginjal. Faktor yang menyebabkan terjadinya perburukan ginjal pada pasien CHF yaitu penurunan curah jantung akibat penurunan *ejection fraction*. Sindrome kardio renal ini ditandai dengan usia yang relatif tua, *ejection fraction* rendah, tekanan sistolik darah rendah.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulisan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Hipertensive Heart Disease* (HHD) dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) di ruang B2 RSPAL Dr Ramelan Surabaya, maka penulisan bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

1. Pada pengkajian pasien *Hipertensive Heart Disease* (HHD) dengan *Congestive Heart Failure* (CHF) didapatkan data pasien mengeluh sesak nafas dan mudah mengantuk, pasien batuk dengan sputum sedang berwarna kuning kental, terdapat suara ronki pada lapang paru kanan, pasien terpasang oksigen NRBM 12 lpm, Tensi : 140/89 mmHg, RR : 22 x/menit, N : 104 x/menit, GDA 325 mg/dL, akral kaki teraba dingin, urin tampung 950 cc/24 jam, urin berwarna kuning pekat, pasien terdapat oedema pada kedua kaki, pasien tampak kesulitan dalam berpindah.
2. Pada pasien ini muncul beberapa diagnosa yaitu : bersihan jalan nafas tidak efektif, hipervolemia, ketidakstabilan kadar glukosa darah, intoleransi aktivitas, defisit perawatan diri dan pola nafas tidak efektif.
3. Perencanaan di sesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan keperawatan utama pola nafas tidak efektif, bersihan jalan nafas tidak efektif, hipervolemia.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan adalah pemantauan respirasi, latihan batuk efektif dan pemantauan cairan.
5. Hasil evaluasi pada tanggal 01 Desember 2021 yaitu, pasien mengatakan sesak nafas mulai berkurang dan masih sering mengantuk, sudah bisa batuk dan mengeluarkan dahak dengan jumlah sedang dengan warna kuning kental, pasien dalam posisi semi-fowler, RR : 20 x/menit, masih terpasang oksigen nasal 4 lpm, saturasi oksigen 98%, nadi 85 x/menit, suara nafas ronci mulai berkurang, terdapat edema pada kedua kaki dengan input 1500 cc/24 jam, output dari urin tampung 1500 cc/24 jam, balance cairan 0 cc, tensi 120/80 mmHg, GDA : 157 mg/dL, Urin berwarna kuning keruh. Pukul 12.00 WIB pasien dinyatakan meninggal dunia setelah dilakukan operasi pada waktu berada pada ruang pemulihan.

5.2 Saran

Bertolak dari simpulan diatas, penulis memberikansaran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang di harapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan morbili.
3. Dengan meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.

4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berlanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrian, S. J. (2019). *Hipertensi Esensial : Diagnosa Dan Tatalaksana Terbaru Pada Dewasa*. 46(3), 172–178.
- Afifasari, N. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diagnosa Medis Hipertensive Heart Disease (HHD) Di Ruang ICCU-CPU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
- Anita, E. A., Sarwono, B., & Widigdo, D. A. M. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Jantung Kongestif: Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 16(1), 99–103.
- Arinda, N. (2018). *Asuhan Keperawatan Pasien Congestive Heart Failure Pada Ny. N Dan Ny. M Dengan Masalah Keperawatan Intoleran Aktivitas Di Ruang Melati Rsud Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018*. Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- Astuti, Y. E., Setyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Hipervolemia Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 7(2), 155–167.
- Bachtiar, S. M. (2018). Penerapan Askep Pada Pasien Ny. N Dengan Post Operasi Fraktur Femur Dextra Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas. *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 09(02), 131–137. <https://doi.org/e-issn : 2622-0148, p-issn : 2087-0035>
- Bulechek, & Butcher. (2018). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Elsevier.
- Hamria, Mien, & Saranani, M. (2020). Hubungan Pola Hidup Penderita Hipertensi Dengan Kejadian Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Batalaiworu Kabupaten Muna. *Jurnal Keperawatan*, 04(01), 17–21. <https://stikesks-kendari.e-journal.id/JK>
- Hidayat, & Uliyah. (2018). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kardiovaskular dan Hematologi. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 3(1).
- Kemenkes, R. (2018). *Hasil Utama Riskedas 2018*.
- Nababan, A. S. V., Pinem, M. M., Mini, Y., & Purba, T. H. (2020). Faktor Yang Memengaruhi Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Mellitus (Dm) Tipe II. *Jurnal Dunia Gizi*, 3(1), 23–31. <https://ejournal.helvetia.ac.id/jdg%0AJournal>

- Narolita, Y. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Jantung Kongestif (GJK) Dengan Masalah Hipervolemia*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC* (Jilid 2). Mediaction.
- Ongkowitz, J., & Wantania, F. E. (2016). *Hubungan Hiperurisemia Dengan Kardiomegali Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif*. 4, 0–5.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengururs Pusat PPNI.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Dewan Pengururs Pusat PPNI.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengururs Pusat PPNI.
- Prahasti, S. D., & Fauzi, L. (2021). Risiko Kematian Pasien Gagal Jantung Kongestif (GJK): Studi Kohort Retrospektif Berbasis Rumah Sakit. *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 1(3), 388–395. <https://doi.org/https://doi.org/10.15294/ijphn.v1i3.48101>
- Prasetyo, A. S. (2015). Keadaan Kardiomegali Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 19–22.
- Pratama, A. S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Efusi Pleura Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Marjan Bawah RSUD DR. Slamet Garut*. Universitas Bhakti Kencana Bandung.
- Rahmadani, F. N. (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif (CHF) Yang Di Rawat Di Rumah Sakit*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Samarinda.
- Roy, A. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada pasien Gangguan Kardiovaskuler : aplikasi nic&noc*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- RSPAL, T. R. M. (2022). *Data Pasien Hipertensi Pada Tahun 2021*.
- Sari, N. P. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hipertensi Yang Di Rawat Di Rumah Sakit*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Samarinda.

- Siswanto, Y., Widyawati, S. A., Wijaya, A. A., & Salfana, B. D. (2020). Hipertensi pada Remaja di Kabupaten Semarang. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 1(186), 11–17. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jppkmi>
- Sumarno, N. A. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Tn.J Dengan Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Hipertensi Di Kelurahan Kebonagung Purworejo Kota Pasuruan*. Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
- Wu, C., Kuo, C., Lin, C., Huang, Y., Chen, S., Wu, H., & Chu, P. (2021). International Journal of Cardiology Hypertension Association of family history with incidence and gestational hypertension outcomes of preeclampsia. *International Journal of Cardiology Hypertension*, 9, 100084. <https://doi.org/10.1016/j.ijchy.2021.100084>
- Wulandari, Y. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang Penyakit Dalam Pria IRNA Non-Bedah RSUP Dr.Djamil Padang*. http://pustaka.poltekkespdg.ac.id/Index.Php?P=Show_Detail&Id=4312&Keywords=Yani+Wulandari

LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae

CURRICULUM VITAE

Nama : Devi Nariyanta Purbasari, S.Kep

NIM : 2130002

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 07 November 1999

Agama : Islam

Email : devinariyanta88@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK RA Muslimat Bina Bakti Wanita Kesemen Tahun 2005
2. SDN Ngaresresjo Tahun 2011
3. SMP Negeri 2 Sukodono Tahun 2014
4. SMK Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo Tahun 2017
5. S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya Tahun 2021
6. Pelatihan Basic Trauma & Cardiac Life Support Tahun 2022

Lampiran 2 Motto dan Persembahan

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Bermimpilah Dalam Hidup Tapi Jangan Hidup Dalam Mimpi”


PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik. Karya ini ku persembahkan untuk :

1. Orang tuaku, ayah Riyanta (Alm) dan ibu Sunarsih yang selalu memberikan doa, semangat, motivasi dan kasih sayang yang tulus terhadap putrimu sampai saat ini dan jangan bosan untuk selalu menasehati putrimu ini.
2. Kakakku Ricky Andriyanto (Alm) terima kasih dulu sudah memberikan motivasi dan sekarang aku sudah memenuhi keinginanmu yang belum sempat engkau capai.
3. Senior UKM (Kak Esty, Kak Septi, Kak Anggun) yang senantiasa mau di repoti untuk mengajari pengerjaan Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Sahabat sekaligus teman seperjuangan (Alifia, Bening, Fitria, Novi, Poppy, Riris, Aysha, Salwa) terima kasih sudah menjadi pemicu semangatku sampai saat ini dan seterusnya.
5. Teman seperjuangan selama praktikum 1A (Kak Cynthia, Kak Mey Reta, Amalia, Nadiyah, Salsa, Kak Putri) yang saling membantu dan memotivasi berjuang bersama selama praktikum sampai Karya Ilmiah Akhir.
6. Teman seperjuangan KIA (Aliffah, Ariyani, Bapak Edy) yang berjuang bersama menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dari pagi sampai malam.


7. Sahabat Khalila (Liya, Kurnia, Afisa, Lina) yang mau selalu aku repotkan untuk memberi semangat mengerjakan Karya Ilmiah akhir.
8. Agung April Riyanto yang selalu memberi semangat ketika saya akan merasa ingin menyerah dan selalu sabar dalam menghadapi mood saya ketika sedang down.
9. Teman-teman Profesi Ners angkatan 12 STIKES Hang Tuah Surabaya.
10. Semua orang yang ada disekitarku yang tidak bisa aku sebutkan satu persatu yang sudah memberi doa terbaik untuk kelancaran setiap kegiatanku.

Lampiran 3 SOP Pemberian Oksigenasi

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	<p>STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SOP) PEMBERIAN OKSIGENASI</p>		
PROSEDUR TETAP	TGL. TERBIT	NO.DOC-HAL	Praktek Klinik Keperawatan Medikal bedah
PENGERTIAN	Memasukkan zat asam oksigen ke dalam paru-paru melalui saluran pernafasan menggunakan suatu alat		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kekurangan zat asam atau oksigen pada penderita 2. Pola pernafasan normal 		
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengalami sesak nafas 2. Kesadaran menurun 3. Trauma kepala 		
KONTRAINDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jalan nafas tersumbat 2. Adanya tampon hidung 3. Trauma hidung 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>TAHAP PRA INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PERSIAPAN ALAT <ol style="list-style-type: none"> a. Tabung oksigen lengkap dengan Manometer b. Botol pelembab/humidifier c. Slang nasal kanul/masker d. Buku catatan observasi e. Plester dan gunting 2. PERSIAPAN PERAWAT <ol style="list-style-type: none"> a. Manajemen penampilan b. Mencuci tangan 6 langkah c. Memakai APD 3. PERSIAPAN PASIEN <ol style="list-style-type: none"> a. Pastikan identitas dan kondisi klien b. Posisikan pasien yang nyaman : semi fowler c. Jaga privasi klien 		

	<p>4. PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menutup Tirai b. Keluarga
	<p>TAHAP ORIENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Komunikasi Terapeutik (memberi salam) b. Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien c. Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali d. Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga e. Menanyakan persetujuan Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan ...? f. Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi
	<p>TAHAP KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat mencuci tangan 2. Mengontrol Flowmeter dan humidifier 3. Mengontrol apakah alat berfungsi 4. Cara pemasangan: Nasal kanul: <ul style="list-style-type: none"> a. Memasang kanul secara tepat pada hidung b. Mengatur aliran oksigen sesuai kebutuhan c. Beri posisi yang nyaman Masker : <ul style="list-style-type: none"> a. Memasang slang masker pada perangkat oksigen b. Mengatur aliran oksigen sesuai kebutuhan c. Memakaikan masker pada wajah d. Mengontrol apakah pasien sudah merasa nyaman dan melakukan fiksasi dengan plester
	<p>TAHAP TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akhiri kegiatan dengan memberikan reward. Ex: terimakasih ibu/bapak atas kerjasamanya 2. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan. Ex: jika ibu membutuhkan kami silahkan pencet bel atau datang di ruang keperawatan 3. Mengucapkan salam terapeutik. Ex: wassalamualaikum/ selamat pagi/siang/malam 4. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan perkembangan klien 5. Catat tgl dan jam melakukan tindakan dan nama perawat yang melakukan dan tandatangan/paraf pada lembar catatan klien

Lampiran 4 SOP Pemasangan Selang Kateter


 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	<p>STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SOP) PEMASANGAN SELANG KATETER</p>		
<p>PROSEDUR TETAP</p>	<p>TGL. TERBIT</p>	<p>NO.DOC-HAL</p>	<p>Praktek Klinik Keperawatan Medikal bedah</p>
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Suatu tindakan keperawatan dengan cara memasukkan kateter kedalam kandung kemih melalui uretra</p>		
<p>TUJUAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostic 2. Eksplorasi uretra apakah terdapat seanosis atau lesi 3. Mengetahui residual urine setelah miksi 4. Memasukan kontras kedalam buli – buli 5. Mendapatkan specimen urine steril 6. Therapeutic : memenuhi kebutuhan eliminasi urine 7. Kateterisasi menetap (indwelling catherezation) 8. Kateterisasi semntara (intermitter catherization) 		
<p>INDIKASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatasi retensi atau tertahannya urine 2. Mengukur dan memantau jumlah output urine 3. Mengosongkan kandung kemih sebelum atau selama operasi 4. Untuk memperoleh urine steril 5. Mengurangi ketidaknyamanan pada distensi 		
<p>KONTRA INDIKASI</p>	<p>Kateterisasi uretra dikontraindikasikan pada pasien dengan gejala trauma pada traktus urinarius bagian bawah, misalnya terjadi robekan pada uretra. Kondisi ini dapat ditemukan pada pasien laki-laki yang mengalami trauma pelvis atau <i>straddle-type injury</i>.</p>		
<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>TAHAP PRA INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PERSIAPAN ALAT <ol style="list-style-type: none"> a. Handshoen steril b. Handschoen Bersih c. Kateter steril sesuai ukuran dan jenis d. Urobag 		

	<ul style="list-style-type: none"> e. Doek lubang steril f. Jelly g. Lidokain 1% dicampur jelly (perbandingan 1:1) masukkan dalam spuit (tanpa jarum) h. Larutan antiseptic + kassa steril i. Perlak dan pengalas j. Pinset anatomis k. Bengkok l. Spuit 10 cc berisi aquades m. Urinal bag n. Plester / hypavik o. Gunting p. Sampiran <p>2. PERSIAPAN PERAWAT</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Manajemen penampilan b. Mencuci tangan 6 langkah c. Memakai APD <p>3. PERSIAPAN PASIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pastikan identitas dan kondisi klien b. Posisikan pasien yang nyaman : supinasi c. Jaga privasi klien <p>4. PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menutup Tirai b. Keluarga
	<p>TAHAP ORIENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi Terapeutik (memberi salam) 2. Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien 3. Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali 4. Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga 5. Menanyakan persetujuan Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan ...? 6. Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi
	<p>TAHAP KERJA</p> <p>Pasien Pria</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri 2. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan 3. Siapkan alat disamping klien 4. Siapkan ruangan dan pasang sampiran 5. Cuci tangan

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Atur posisi psien dengan terlentang abduksi 7. Pasang pengalas 8. Pasang selimut, daerah genetalia terbuka 9. Pasang handscoon on steril 10. Letakkan bengkok diantara kedua paha 11. Cukur rambut pubis 12. Lepas sarung tangan dan ganti dengan sarung tangan steril 13. Pasang doek lubang steril 14. Pegang penis dengan tangan kiri lalu preputium ditarik ke pangkalnya dan bersihkan dengan kassa dan antiseptic dengan tangan kanan 15. Beri jelly pada ujung kateter (12,5 – 17,5 cm). 16. Pemasangan indwelling pada pria : jelly dan lidokain dengan perbandingan 1 : 1 masukkan kedalan uretra dengan spuit tanpa jarum 17. Ujung uretra ditekan dengan ujung jari kurang lebih 3-5 menit sambil di masase 18. Masukkan kateter pelan – pelan, batang penis diarahkan tegak lurus dengan bidang horisontal sambil anjurkan untuk menarik napas. 19. Perhatikan ekspresi klien 20. Jika tertahan jangan dipaksa 21. Setelah kateter masuk isi balon dengan cara aquades bila untuk indwelling, fiksasi ujung kateter di paha pasien. 22. Pasang urobag disamping tempat tidur 23. Lihat respon klien dan rapikan alat 24. Cuci tangan 25. Dokumentasikan tindakan <p>Pasien Wanita</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 3. Siapkan alat di samping klien 4. Siapkan ruangan dan pasang sampiran 5. Cuci tangan 6. Atur posisi pasien dengan telentang abduksi 7. Berdiri disebelah kanan tempat tidur klien 8. Pasang pengalas 9. Pasang selimut, daerah genetalia terbuka 10. Pasang handscoon on steril 11. Letakkan bengkok diantara kedua paha 12. Cukur rambut pubis 13. Lepas sarung tangan dan anti dengan sarung tangan steril 14. Pasang doek 15. Bersihkan vulva dengan kasa, buka labia mayoer, dengan ibu jari dan telunjuk tangan kiri, bersihkan bagian dalam 16. Beri jelly pada ujung kateter (2,5 – 5 cm) lalu masukkan pelan – pelan ujung kateter pada meatus uretra sambil
--	--

	<p>pasien dianjurkan menarik napas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Perhatikan respon klien 18. Setelah kateter masuk isi balon dengan cairan aquades 10 cc 19. Fiksasi 20. Sambung dengan urobag 21. Rapikan alat 22. Buka handschoon dan cuci tangan 23. Dokumentasikan tindakan
	<p>TAHAP TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akhiri kegiatan dengan memberikan reward. Ex: terimakasih ibu atas kerjasamanya 2. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan. Ex: jika ibu membutuhkan kami silahkan pencet bel atau datang di ruang keperawatan 3. Mengucapkan salam terapiutik. Ex: wassalamualaikum/selamat pagi/siang/malam 4. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan perkembangan klien 5. Catat tgl dan jam melakukan tindakan dan nama perawat yang melakukan dan tanda tangan/paraf pada lembar catatan klien

Lampiran 5 SOP Pemasangan Infus

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	<p>STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SOP) PEMASANGAN INFUS</p>		
PROSEDUR TETAP	TGL. TERBIT	NO.DOC-HAL	Praktek Klinik Keperawatan Medikal bedah
PENGERTIAN	<p>Pemasangan infus adalah memasukkan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah banyak dan waktu yang lama, dengan menggunakan alat infus set.</p>		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan, mengganti, serta menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh yang keadaan tertentu pemasukan nya tidak dapat dipertahankan secara oral 2. Memperbaiki asam basa tubuh 3. Memelihara nutrisi 4. Memberikan obat-obatan intravena ke dalam tubuh 5. Memonitor hemodinamik tubuh 6. Merupakan akses dalam keadaan darurat 7. Memonitor tekanan vena sentral 8. Menjadi terapi bagi klien yang diduga hipovolemik dan mengalami trauma berat. 		
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dengan gangguan hemodinamika 2. Klien dengan dehidrasi 3. Klien dengan rencana tindakan operasi 4. Klien yang membutuhkan terapi intravena 		
KONTRAINDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infeksi kulit sekitar 2. Flebitis vena 3. Prosedure bedah yang mempengaruhi ekstremitas 4. Sklerosis vena 5. Infiltrasi intravena sebelumnya 6. Cedera traumatis proksimal dari lokasi pemasangan 7. Luka bakar disekitar venipuncture 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>TAHAP PRA INTERAKSI</p> <p>1. PERSIAPAN ALAT</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> a. Cairan yang diberikan b. Kasa steril c. Kapas steril d. Alkohol 70% e. Plester f. Standar infus g. Infus set h. IV kateter sesuai usia (<i>abocat</i>) i. Perlak j. Bengkok k. Gunting l. Tornikuet <p>2. PERSIAPAN PERAWAT</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Manajemen penampilan b. Mencuci tangan 6 langkah c. Memakai APD <p>3. PERSIAPAN PASIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pastikan identitas dan kondisi klien b. Posisikan pasien yang nyaman : supinasi c. Jaga privasi klien <p>4. PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menutup Tirai b. Keluarga
	<p>TAHAP ORIENTASI</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi Terapeutik (memberi salam) 2. Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien 3. Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali 4. Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga 5. Menanyakan persetujuan Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan ...? 6. Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi
	<p>TAHAP KERJA</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum melakukan tindakan. 2. Tanyakan keluhan utama atau keluhan yang dirasakan klien sekarang. 3. Jaga privasi klien.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Posisikan klien semi fowler atau berikan posisi supine jika tidak memungkinkan. 5. Bebaskan lengan klien dari baju/kemeja. 6. Letakkan manset/tornikuet 5-15 cm di atas tempat tusukan. 7. Letakkan alas plastik di bawah lengan klien. 8. Hubungkan cairan infus dengan infus set lalu gantungkan pada standar infus. 9. Periksa label klien apakah telah sesuai dengan instruksi cairan yang akan diberikan. 10. Alirkan cairan infus melalui selang infus untuk menghilangkan udara di dalamnya. 11. Kencangkan klem sampai infus tidak menetes dan pertahankan kesterilan sampai pemasangan pada tangan disiapkan. 12. Kencangkan tourniket/manset. 13. Anjurkan klien untuk mengepal dan membukanya beberapa kali, lalu palpasi dan pastikan tempat yang akan ditusuk. 14. Bersihkan kulit dengan cermat menggunakan kapas alcohol, lalu ulangi dengan menggunakan kapas betadin. Arah melingkar dari dalam keluar lokasi tusukan. 15. Gunakan ibu jari untuk menekan jaringan dan vena dengan jarak sekitar 5 cm di atas atau bawah tusukan. 16. Pegang jarum pada posisi 300 pada vena yang akan ditusuk, setelah pasti masuk, lalu tusuk perlahan dengan pasti. 17. Rendahkan posisi jarum sejajar pada kulit dan tarik jarum sedikit lalu teruskan plastic IV kateter ke dalam vena. 18. Tekan dengan jari ujung plastik IV kateter. 19. Tarik jarum infus keluar. 20. Sambungkan plastic IV kateter dengan ujung selang infus. 21. Buka klem infus sampai cairan mengalir lancar. 22. Oleskan dengan salep betadine di atas tempat penusukan, kemudian ditutup dengan kasa steril. 23. Fiksasi posisi plastic IV kateter dengan plester. 24. Atur tetesan infus sesuai dengan ketentuan, selanjutnya pasang stiker yang sudah diberi tanggal 25. Evaluasi klien dan hasil kegiatan. 26. Buka sarung tangan lalu lanjutkan dengan mencuci tangan.
	<p>TAHAP TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akhiri kegiatan dengan memberikan reward.

	<p>Ex: terimakasih ibu atas kerjasamanya</p> <ol style="list-style-type: none">2. Mengingatn kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan. Ex: jika ibu membutuhkan kami silahkan pencet bel atau datang di ruang keperawatan3. Mengucapkan salam terapiutik. Ex: wassalamualaikum/selamat pagi/siang/malam4. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan perkembangan klien5. Catat tgl dan jam melakukan tindakan dan nama perawat yang melakukan dan tanda tangan/paraf pada lembar catatan klien
--	---

Lampiran 6 SOP Pemberian Insulin

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SOP) PEMBERIAN INSULIN		
PROSEDUR TETAP	TGL. TERBIT	NO.DOC-HAL	Praktek Klinik Keperawatan Medikal bedah
PENGERTIAN	Insulin adalah hormon yang digunakan untuk mengobati diabetes mellitus. <i>Atrapid Novolet</i> adalah insulin <i>short acting</i> yang dikemas dalam bentuk pulpen insulin khusus yang berisi 3 cc insulin.		
TUJUAN	Mengontrol kadar gula darah dalam pengobatan diabetes mellitus.		
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes mellitus tipe 1 2. Diabetes mellitus tipe 2 dengan : <ol style="list-style-type: none"> a. Infeksi b. Hamil c. Tidak terkontrol dengan obat anti-hiperglikemia d. Gangguan hati dan ginjal 		
KONTRAINDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipersensitivitas 2. Hipoglikemia 		
PROSEDUR PELAKSANAAN	TAHAP PRA INTERAKSI 1. PERSIAPAN ALAT <ol style="list-style-type: none"> 1. Spuit insulin / insulin pen (<i>atrapid Novolet</i>) 2. Vial insulin 3. Kapas alkohol / <i>alcohol swab</i> 4. Handscoon bersih 5. Daftar / formulir obat klien 2. PERSIAPAN PERAWAT <ol style="list-style-type: none"> a. Manajemen penampilan b. Mencuci tangan 6 langkah c. Memakai APD 3. PERSIAPAN PASIEN <ol style="list-style-type: none"> a. Pastikan identitas dan kondisi klien b. Posisikan pasien yang nyaman : supinasi 		















	<p>c. Jaga privasi klien</p> <p>4. PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <p>a. Menutup Tirai</p> <p>b. Keluarga</p>
	<p>TAHAP ORIENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi Terapeutik (memberi salam) 2. Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien 3. Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali 4. Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga 5. Menanyakan persetujuan Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan ...? 6. Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi
	<p>TAHAP KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Memakai handscoon bersih 3. Mengambil vial insulin dan aspirasi sebanyak dosis yang diperlukan untuk klien (berdasarkan daftar obat klien/instruksi medik) 4. Memilih lokasi suntikan, periksa apakah dipermukaan kulitnya terdapat kebiruan, inflamasi, atau edema 5. Melakukan rotasi tempat/lokasi penyuntikan insulin. Lihat catatan perawat sebelumnya 6. Mendesinfektan area penyuntikan dengan kapas alcohol/<i>alcohol swab</i>, dimulai dari bagian tengah secara sirkuler 5cm 7. Mencubit kulit tempat area penyuntikan pada klien yang kurus dan regangkan kulit pada klien yang gemuk dengan tangan yang tidak dominan 8. Menyuntikkan insulin secara <i>subcutan</i> dengan tangan yang dominan secara lembut dan perlahan 9. Mencabut jarum dengan cepat, tidak boleh di massage, hanya dilakukan penekanan pada area penyuntikan dengan menggunakan kapas alkohol 10. Membuang spuit ke tempat yang telah ditentukan dalam keadaan jarum yang sudah tertutup dengan tutupnya 11. Evaluasi dan dokumentasi

	<p>TAHAP TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Akhiri kegiatan dengan memberikan reward. Ex: terimakasih ibu atas kerjasamanya2. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan. Ex: jika ibu membutuhkan kami silahkan pencet bel atau datang di ruang keperawatan3. Mengucapkan salam terapiutik. Ex: wassalamualaikum/selamat pagi/siang/malam4. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan perkembangan klien5. Catat tgl dan jam melakukan tindakan dan nama perawat yang melakukan dan tandatangan/paraf pada lembar catatan klien
--	--

Lampiran 7 Lembar Hasil Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
 MAHASISWA PRODI PROFESI NERS STIKES HANG TUAH SURABAYA
 TAHUN AJARAN 2021/2022

Nama / NIM : DEVI NARIYANTHA PURBASARI / NIM. 2130002
 Nama Pembimbing : Ibu Muslimah, S.Kep, NS / Dedi Irawandi, S.Kep, NS, M.Kep.

NO	HARI / TANGGAL	KONSUL / BIMBINGAN	NAMA PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	Selasa, 28 Juni 2022.	Penentuan kasus. hasil : - ditentukan menggunakan kasus lama.	Dedi Irawandi, S.Kep, NS M.Kep. Muslimah, S.Kep, NS	 
2.	Rabu, 29 Juni 2022	Konsul kasus asuhan keperawatan. hasil : penentuan diagnosa yang digunakan.	Dedi Irawandi, S.Kep, NS M.Kep. Muslimah, S.Kep, NS	 
3.	Kamis 30 Juni 2022	Konsul BAB 1, 2, 3 hasil : penulisan Cover, kata pengantar, BAB1 (menambahi prewalensi), Bab 2 (menambah diagnosa pada konsep asuhan keperawatan), Bab 3 (menambah kan hasil laboratorium dan pemeriksaan radiologi)	Dedi Irawandi, S.Kep, NS M.Kep. Muslimah, S.Kep, NS	 
4.	Jum'at 1 Juli 2022.	Konsul BAB 1, 2, 3 hasil : Acc Bab 1, 2, 3 lanjut korgatan bab 4 & 5	Dedi Irawandi, S.Kep, NS M.Kep. Muslimah, S.Kep, NS.	 
5.	Minggu 03 Juli 2022	Konsul Bab 4 dan 5. hasil : - menambahi Jurnal pada pembatasan - merevisi tata letak platea margin.	Dedi Irawandi, S.Kep, NS M.Kep. Muslimah, S.Kep, NS,	 
6.	Senin 4 Juli 2022.	Konsul Bab 4 dan 5. hasil : - merevisi opini penulis dan ACC bab 4 dan 5	Dedi Irawandi, S.Kep, NS M.Kep. Muslimah, S.Kep, NS.	 
7.	Selasa 5 Juli 2022	ACC Bab 1-5 dari pembimbing lahan.	Muslimah, S.Kep, NS.	
8.	Rabu. 6 Juli 2022	ACC Bab 1-5 dari pembimbing Istitusi	Dedi Irawandi, S.Kep, NS, M.Kep.	

Lampiran 8 Leaflet Hipertensi

Apa yang menyebabkan tekanan darah tinggi ?

1. Gaya hidup tidak sehat (konsumsi garam berlebih, merokok, minum-minuman beralkohol, kurang olahraga)
2. Kegemukan
3. Stres / banyak pikiran

(Nurarif & Kusuma, 2015)

Apa saja Makanan yang di anjurkan ?

1. Nasi, kentang
2. Semua sayuran dan buah segar
3. Seledri/jus seledri + wortel
4. Bawang putih, belimbing, mentimun

(Roy, 2016)

Apakah itu tekanan darah tinggi ?

adalah peningkatan tekanan darah 140/90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang

(Siswanto et al., 2020)

Bagaimana Tanda dan Gejala?

1. Sakit kepala
2. Mudah marah
3. Telinga berdengung
4. Mudah lelah
5. Susah tidur
6. Terasa sakit ditengkuk
7. Tekanan darah > normal

(Roy, 2016)

Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi)

Oleh :
Devi Nariyanta Purabasari
NIM. 2130002

MAHASISWA PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA
2022

Akibat lanjutan dari tekanan darah tinggi?

1. Penyakit jantung
2. Serangan otak / stroke
3. Penglihatan kabur/menurun
4. Gangguan gerak dan keseimbangan
5. Kerusakan ginjal
6. Kematian

(Nurarif & Kusuma, 2015)

Makanan yang tidak di anjurkan

1. Batasi konsumsi daging dan keju
2. Hindari camilan yang asin-asin
3. Berhenti merokok dan kurangi minuman beralkohol
4. Ikan asin, ikan kaleng, telur asin, dan pindang
5. Makanan kaleng
6. Bumbu siap saji

(Roy, 2016)

Perawatan

1. Penurunan berat badan
2. Hindari makanan asin
3. Menghindari faktor risiko : merokok, minum alkohol, makanan berlemak, stres
4. Meningkatkan aktivitas fisik

(Roy, 2016)

Pengobatan tradisional

1. Dua buah timun dimakan pagi dan sore atau di parut, di peras, diambil airnya di minum pagi sore
2. Dua buah belimbing dimakan pagi dan sore atau di parut, di peras, diambil airnya di minum pagi sore
3. Sepuluh lembar daun salam direbus dalam 3 gelas air sampai rebusannya tinggal 1 gelas, diminum pagi dan sore
4. Sepuluh lembar daun alpukat direbus dalam 2 gelas air sampai airnya tinggal 1 gelas
5. Satu genggam daun seledri ditumbuk dengan sedikit air diperas lalu diminum pagi dan sore

(Roy, 2016)