

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN
PADA PASIEN TN. P DENGAN DIAGNOSA MEDIS *HIPERTENSIVE
HEART DISEASE (HHD)+INTRACEREBRAL HEMORRHAGE (ICH)* DI
RUANGAN ICCU RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



OLEH :

AINUR RAHMAH LAILIYAH, S.Kep
NIM. 2030009

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN
PADA PASIEN TN. P DENGAN DIAGNOSA MEDIS *HIPERTENSIVE
HEART DISEASE (HHD)+ INTRACEREBRAL HEMORRHAGE (ICH)* DI
RUANGAN ICCU RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat Untuk
Memperoleh Gelar Ners**



Oleh :

AINUR RAHMAH LAILIYAH, S.Kep
NIM. 2030009

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ainur Rahmah Lailiyah, S.Kep

NIM : 2030009

Tempat, tanggal, lahir : Sidoarjo, 25 Juli 1997

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Pasien TN.P Dengan Diagnosa Medis *Hipersensitive Heart Disease* (HHD) Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 13 Juli 2021

Yang Menyatakan,



Handwritten signature of Ainur Rahmah Lailiyah, S.Kep.

Ainur Rahmah Lailiyah, S.Kep
NIM. 2030009

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Ainur Rahmah Lailiyah
Nim : 2030009
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Kegawat daruratan Pada Pasien TN.
P Dengan Diagnosa Medis *Hipertensive Heart Disease (HHD)+* Di Ruang
ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

NERS (Ns.)

Surabaya, 13 Juli 2021
Pembimbing



Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP. 03006

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 13 Juli 2020

HALAMAN PENGESAHAN

Nama : Ainur Rahmah Lailiyah

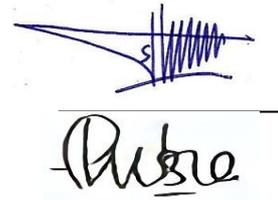
Nim : 2030009

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Kegawat daruratan Pada Pasien Ny. P Dengan Diagnosa Medis *Hipertensve Heart Disease (HHD)+Intracerebral Hemorrhage (ICH)* ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

Penguji I : **Ninik Ambar S, S.Kep., Ns., M.Kep**
NIP. 03039



Penguji II : **Nisha D.R, S.Kep., Ns., M.Si**
NIP. 03045



Penguji III : **Dwi Privantini, S.Kep., Ns., M.Sc**
NIP. 03006

Mengetahui,

STIKES HANG TUAH SURABAYA

KAPRODI PROFESI NERS

Ns. Nuh Huda, S. Kep., M.Kep., Sp.KMB
NIP. 03020

LEMBAR PERSEMBAHAN

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

**Diam Jauh Lebih Elegan Daripada Sibuk Menghakimi dan Mengumbar
Kesalahan Orang Lain Tanpa Bercermin**

Persembahan

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Allah SWT, saya persembahkan karya kecilku ini untuk :

1. Terimakasih kepada Allah SWT yang telah memberikan saya nikmat kesehatan, kemudahan, dan kelancaran selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Terimakasih kepada Ibu dan Papa saya yang telah memberikan restu dan doa kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan Pendidikan saya.
3. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep., MSc selaku pembimbing I yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
4. Ibu Ninik Ambar S, S.Kep., Ns., M.Kep, sebagai penguji I yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
5. Ibu Nisha D.R, S.Kep., Ns., M.Si, sebagai penguji II yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.

6. Terimakasih kepada teman-teman angkatan 22 yang telah memberikan support dan dukungan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Last but not least, I wanna thank me, I wanna thank me for believing in me, I wanna thank me for doing all this hard work.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kahadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Pasen Ny. P Dengan Diagnosa Medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature serta mendapatkan banyak pengaruh dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Ahmad Samsul Hadi selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Laksamana pertama (Purn.) Dr.A.V. Sri Suhardiningih., S.Kp., M.Kes. Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas

yang diberikan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Profesi Ners.
4. Bapak Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep. Sp. KMB selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners serta selalu memberikan dorongan penuh serta wawasan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep., MSc selaku pembimbing I yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Ninik Ambar S, S.Kep., Ns., M.Kep, sebagai penguji I yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
7. Ibu Nisha D.R, S.Kep., Ns., M.Si, sebagai penguji II yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
8. Bapak/ Ibu dosen, staf, dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi dan telah membimbing selama

menuntut Ilmu di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang
Tuah Surabaya.

9. Ayah dan ibu tecinta yang senantiasa mendoakan dan memeberikan support padaku setiap hari.
9. Pihak – pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu

Penulis berusaha untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan sebaik–baiknya. Namun penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan. Akhirya penulis berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Robbal Alamiin.

Surabaya, 13 Juli 2021



Ainur Rahmah Lailiyah, S.Kep
NIM. 2030009

DAFTAR ISI

COVER	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
LEMBAR PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xvi
BAB 1	
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
1.4.1 Akademis	5
1.4.2 Secara Praktis.....	6
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.5.1 Teknik Pengumpulan Data.....	7
1.5.2 Sumber Data	8
1.5.3 Studi Kepustakaan	8
1.5.4 Sistematika Penulisan	8
BAB 2	
TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Teori Hipersensitive Heart Disease (HHD).....	10
2.1.1 Pengertian Hipertensive Heart Disease (HHD)	10
2.1.2 Etiologi Hipertensive Heart Disease (HHD)	10
2.1.3 Klasifikasi Hipertensive Heart Disease (HHD).....	11
2.1.4 Patofisiologi Hipertensive Heart Disease (HHD).....	12
2.1.5 Manifestasi Klinis Hipertensive Heart Disease (HHD).....	13

2.1.6	Penatalaksanaan Klinis Hipertensive Heart Disease (HHD).....	14
2.1.7	Komplikasi Klinis Hipertensive Heart Disease (HHD)	15
2.1.8	Pemeriksaan Penunjang Klinis Hipertensive Heart Disease (HHD)....	16
2.2	Konsep Teori Intracerebral Hemorrhage (ICH).....	16
2.2.1	Pengertian Intracerebral Hemorrhage (ICH)	16
2.2.2	Etiologi Intracerebral Hemorrhage (ICH).....	17
2.2.3	Klasifikasi Intracerebral Hemorrhage (ICH)	17
2.2.4	Patofisiologi Intracerebral Hemorrhage (ICH)	18
2.2.5	Manifestasi klinis Intracerebral Hemorrhage (ICH).....	21
2.2.6	Penatalaksanaan Klinis Intracerebral Hemorrhage (ICH)	23
2.2.7	Komplikasi Klinis Intracerebral Hemorrhage (ICH).....	26
2.2.8	Pemeriksaan Penunjang Intracerebral Hemorrhage (ICH)	26
2.3	W.O.C	27
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan.....	28
2.4.1	Pengkajian Keperawatan.....	28
2.4.2	Diagnosa Keperawatan	34
2.2.3	Intervensi Keperawatan	36
BAB 3		
TINJAUAN KASUS.....		41
3.1	Pengkajian.....	41
3.1.1	Identitas.....	41
3.1.2	Keluhan Utama	41
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang	41
3.1.4	Riwayat Penyakit Dahulu	42
3.1.5	Riwayat penyakit Keluarga.....	42
3.1.6	Riwayat Alergi.....	42
3.1.7	Keadaan Umum	42
3.1.8	Pemeriksaan Fisik	43
3.1.9	Pemberian Terapi.....	44
3.1.10	Pemeriksaan Penunjang	46
3.2	Analisa Data.....	48
3.3	Diagnosa Keperawatan	49
3.4	Intervensi Keperawatan	50
3.5	Implementasi Keperawatan.....	53

BAB 4

PEMBAHASAN	60
4.1 Pengkajian.....	60
4.1.1 Identitas.....	60
4.1.2 Keluhan Utama	61
4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang	61
4.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu	61
4.1.5 Riwayat penyakit Keluarga.....	62
4.1.6 Riwayat Alergi	62
4.1.7 Pemeriksaan Fisik	62
4.1.8 Pemeriksaan Penunjang	63
4.2 Diagnosa Keperawatan	64
4.3 Intervensi Keperawatan	67
4.4 Implementasi Keperawatan.....	70
4.5 Evaluasi.....	72

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN	73
5.1 Kesimpulan	73
5.2 Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	76

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan berdasarkan SDKI (2016)	26
Tabel 3.1 Pemberian medikasi TN. P	33
Tabel 3.2 Pemeriksaan Lab hematologi TN. P	35
Tabel 3.3 Pemeriksaan GDA, Elektrolit dan gas darah TN. P	35
Tabel 3.4 Analisa Data	37
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	40
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan	43

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 WOC <i>Hipertensive Heart Disease (HHD)</i>	12
Gambar 3.1 Gambaran EKG TN. P	25

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Syring pump	77
----------------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

HHD : *Hipertensive Heart Disease*

ICH : *Intracerebral Hemorrhage*

CRT : *Capillary Refil Time*

DM : Diabetes Melitus

SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia

SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

WHO : *World Health Organization*

% : Persentase

\geq : Lebih dari

\leq : Kurang dari

.

: Titik

,

: Koma

(

: Kurung buka

)

: Kurung tutup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah salah satu kebutuhan manusia yang paling utama, karena setiap manusia berhak untuk memiliki kesehatan. Tetapi kenyataannya tidak semua orang dapat memiliki derajat kesehatan yang optimal karena berbagai masalah, diantaranya lingkungan yang buruk, social ekonomi yang rendah, gaya hidup yang tidak sehat mulai dari makanan, kebiasaan, maupun lingkungan sekitarnya (Misbach,2013). Penyakit yang sering muncul akibat gaya hidup yang tidak sehat salah satunya yaitu hipertensi (Sufa, Christantya wati, & Jusnita, 2017). Hipertensi atau yang biasa disebut darah tinggi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal (Herlambang, 2013). Setiap peningkatan 20 mmHg tekanan darah sistolik atau 10 mmHg tekanan darah diastolic dapat meningkatkan risiko kematian akibat penyakit jantung iskemik dan stroke. Terkontrolnya tekanan darah dapat menurunkan risiko kematian, penyakit kardiovaskular, dan stroke (Sudarsono et al). Menurut penelitian Aprisal (2028) menjelaskan bahwa diagnosa keperawatan yang bisa terjadi pada pasien hipertensi yaitu penurunan curah jantung, nyeri akut, kelebihan volume cairan, intoleransi aktivitas, ketidak efektifan koping, resiko ketidak efektifan perfusi jaringan, resiko cedera, ansietas dan defisit pengetahuan. Sementara untuk penatalaksanaan penyakit hipertensi adalah dengan menggunakan obat-obatan ataupun dengan cara modifikasi gaya hidup (Aprisal, 2018)

Menurut World Health Organization (WHO, 2013) mengatakan bahwa prevalensi tekanan darah tinggi pada tahun 2014 sekitar 22% orang dewasa berusia 18 tahun keatas sudah mengidap penyakit darah tinggi. 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%), di dalam (Jumriani et al, 2019). Sedangkan data hasil dari Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi penduduk dengan tekanan darah tinggi sebesar 34,11%. Prevalensi tekanan darah tinggi pada perempuan (36,85%) lebih tinggi dibanding dengan laki-laki (31,34%). Prevalensi di perkotaan sedikit lebih tinggi (34,43%) dibandingkan dengan perdesaan (33,72%). Prevalensi semakin meningkat seiring dengan penambahan umur (Kemenkes RI, 2019).

Pengaruh hipertensi terhadap faal jantung melibatkan fungsi RAAS (*Renin Angiotensin Aldosteron System*). Komponen utama RAAS adalah renin, yang bekerja secara enzimatik pada angiotensinogen untuk melepaskan angiotensin I. Angiotensin I kemudian diubah menjadi angiotensin II, oleh ACE dalam endotel paru. Angiotensin II lalu berikatan pada reseptor angiotensin tipe I (AT-1). Ikatan antaraangio tensin II dan AT-1 menyebabkan terjadinya vasokonstriksi yang membuat tekanan darah meningkat (Putri, 2013). Saat aktivitas RAAS tinggi tidak hanya membuat tekanan darah meningkat tetapi juga dapat menimbulkan terjadinya *Hypertension Heart Disease* (HHD). Akibat dari vasokonstriksi pembuluh darah menyebabkan pecahnya pembuluh darah akibat peningkatan tekanan yang tinggi setelahnya darah yang keluar dari pembuluh darah mengiritasi otak, sehingga mengakibatkan vasospasme pada arteri sekitar perdarahan, spasme

ini dapat menyebar keseluruh hemisfer otak dan lingkaran wilisi, perdarahan aneurisma, aneurisma ini merupakan lekukan-lekukan berdinding tipis yang menonjol pada arteri pada tempat yang lemah. Makin lama aneurisme makin besar dan kadang-kadang pecah saat melakukan aktivitas. Perdarahan dapat meninggikan tekanan intrakranial dan menyebabkan ischemi didaerah lain yang tidak perdarahan, sehingga dapat berakibat menguranginya aliran darah ke otak baik secara umum maupun lokal. Oksigen sangat dibutuhkan oleh otak sedangkan O₂ diperoleh dari darah, otak sendiri hampir tidak ada cadangan O₂ dengan demikian otak sangat tergantung pada keadaan aliran darah setiap saat. Bila suplay O₂ terputus 8-10 detik akan terjadi gangguan fungsi otak, bila lebih lama 6-8 menit akan terjadi lesi yang tidak putih lagi (irreversibel) dan kemudian kematian.

Berdasarkan uraian diatas, dengan melihat komplikasi yang bisa terjadi maka peran perawat sebagai promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative sangat penting dalam melakukan pencegahan komplikasi yang akan terjadi. Dari aspek promotif perawat dapat berperan dalam meningkatkan status kesehatan klien dengan cara memberikan informasi bagaimana melakukan perawatan pada anggota keluarga yang terkena hipertensi, sedangkan dari aspek preventif perawat berperan dalam upaya mencegah pasien dari keadaan yang lebih buruk, dari kedua aspek tersebut dapat dilihat tindakan keperawatan seperti memberikan pendidikan kesehatan mengenai pengertian tentang hipertensi, penyebab hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, serta menginformasikan komplikasi hipertensi. Dari aspek kuratif melakukan kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian obat – obatan seperti deuretik, dopamine, dan lain sebagainya. Sedangkan aspek rehabilitative

perawat menganjurkan untuk melakukan rehabilitasi guna memberikan dan memastikan apakah klien benar – benar menjalankan pola hidup sehat dengan baik.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit, maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. P Dengan Diagnosa Medis *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1 Mengkaji pasien Tn. P Dengan Diagnosa Medis *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* Di Ruang ICCU Rspal Dr. Ramelan Surabaya
- 2 Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien Tn. P Dengan Diagnosa Medis *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* Di Ruang ICCU Rspal Dr. Ramelan Surabaya

- 3 Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien Tn. P Dengan Diagnosa Medis *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* Di Ruang ICCU Rspal Dr. Ramelan Surabaya
- 4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Tn. P Dengan Diagnosa Medis *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* Di Ruang ICCU Rspal Dr. Ramelan Surabaya
- 5 Mengevaluasi pasien Tn. P Dengan Diagnosa Medis *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* Ruang ICCU Rspal Dr. Ramelan Surabaya
- 6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien Tn. P Dengan Diagnosa Medis *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* Di Ruang ICCU Rspal Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat Penulisan

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

1.4.1 Akademis

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien Tn. P Dengan Diagnosa Medis *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* sehingga penatalaksanaan bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di rumah sakit yang bersangkutan.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)*

2. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kualitas asuhan keperawatan pada pasien *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru..

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode penulisan yang digunakan pada karya tulis ilmiah ini adalah metode *case study* yaitu metode yang sifatnya mengungkap peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2. Teknik pengumpulan data

Langkah-langkah yang diambil dalam karya tulis ilmiah ini yaitu:

- a. Studi kepustakaan, yaitu mengumpulkan bahan-bahan yang berkaitan dengan *Hypertensive Heart Disease* (HHD) dan asuhan keperawatan, dengan membaca sumber-sumber lain yang berkaitan dengan *Hypertensive Heart Disease* (HHD).
- b. Wawancara, yaitu wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga, perawat ruangan, dokter serta petugas tim kesehatan lainnya.
- c. Observasi, yaitu melakukan pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap, dan perilaku pasien yang dapat diamati pada saat melakukan asuhan keperawatan.
- d. Pemeriksaan, yaitu meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

- a. Data Primer, yaitu data yang diperoleh dari pasien.
- b. Data sekunder, yaitu data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan yang lain.

1.5.1 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien dan rekam medis.

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku yang dapat diamati. Serta melakukan percakapan dengan pasien dan keluarga.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium, dan radiologi, yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.2 Sumber Data

1. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien langsung.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.3 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.5.4 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini , secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

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

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, mengenai konsep *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* , dan konsep asuhan *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)*.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)*.

BAB 4 : Berisi tentang pembahasan analisis masalah yang mencakup fakta, teori dan analisis atau opini.

BAB 5 : Penutup, berisi simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan klien dengan *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul, dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengmantauan, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Teori *Hipersensitive Heart Disease (HHD)*

2.1.1 Pengertian *Hiptensive Heart Disease (HHD)*

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus-menerus lebih dari suatu periode. Hal ini terjadi bila arteriole-arteriole berkonstriksi. Konstriksi arteriole membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawandinding arteri (Udjianti, 2011).

Hypertensive heart disease adalah suatu istilah yang digunakan secara umum untuk penyakit jantung seperti hipertropi ventrikel kiri, penyakit arteri koroner, aritmia jantung, dan gagal jantung kongestif yang disebabkan oleh efek peninggian tekanan darah kronis (Abbas *et al.*, 2012).

2.1.2 Etiologi *Hiptensive Heart Disease (HHD)*

Menurut Kowalak (2011) sebagai faktor predisposisi dari hipertensi esensial dan hipertensi sekunder antara lain :

1. Hipertensi Esensial (Primer)

- a. Usia
- b. Jenis kelamin
- c. Riwayat keluarga
- d. Derajat hipertensi
- e. Merokok
- f. Dislipidemia
- g. Obesitas
- h. Diabetes
- i. Kurang aktifitas fisik

2. Hipertensi Sekunder

- a. Penyempitan *aorta congenital*
- b. Penyakit vaskular ginjal
- c. Satu atau lebih arteri besar yang secara langsung membawa darah ke ginjal
- d. Penggunaan kontrasepsi hormonal
- e. Gangguan endokrin
- f. Stress
- g. Obesitas
- h. Kehamilan
- i. Luka bakar
- j. Peningkatan tekanan vaskuler

2.1.3 Klasifikasi *Hipertensive Heart Disease (HHD)*

Klasifikasi hipertensi menurut Nurarif (2015) adalah sebagai berikut :

- a. Optimal (<120/<80 mmHg)

- b. Normal (120-129/80-84 mmHg)
- c. High normal (130-139/85-89 mmHg)
- d. Hipertensi
 - 1. Grade 1 (140-159/90-99 mmHg)
 - 2. Grade 2 (160-179/100-109 mmHg)
 - 3. Grade 3 (180-209/100-119 mmHg)
 - 4. Grade 4 (>210/>120 mmHg)

2.1.4 Patofisiologi *Hipertensive Heart Disease* (HDD)

Patofisiologi dari *Hypertensive Heart Disease* (HDD) merupakan hal yang kompleks yang melibatkan banyak faktor yang saling mempengaruhi yaitu hemodinamik, struktural, neuroendokrin, seluler, dan faktor molekuler. Di satu sisi faktor-faktor ini memegang peranan dalam perkembangan hipertensi dan komplikasinya, disisi lain peningkatan tekanan darah itu sendiri dapat memodulasi faktor-faktor tersebut. peningkatan tekanan darah menyebabkan perubahan yang merugikan pada struktur dan fungsi jantung melalui dua cara yaitu secara langsung melalui peningkatan afterload dan secara tidak langsung melalui neurohormonal terkait perubahan vaskular. Efek hipertensi terhadap jantung berbeda-beda, pada jantung dapat terjadi hipertropi ventrikel kiri, abnormalitas atrium kiri, penyakit katup, gagal jantung, iskemik miokard, dan aritmia kardia (Abbas *et al.*, 2012).

2.1.5 Manifestasi Klinis *Hipertensive Heart Disease (HHD)*

Menurut (Nurarif, 2015), tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

1. Tidak ada gejala spesifik

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 darah tidak teratur.

2. 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 medis. Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

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

2.1.6 Penatalaksanaan Klinis *Hipertensive Heart Disease (HHD)*

Pengobatan pasien dengan penyakit jantung hipertensi terbagi dalam dua kategori pengobatan dan pencegahan tekanan darah yang tinggi dan pengobatan penyakit jantung hipertensi. Tekanan darah ideal adalah kurang dari 140/90 pada pasien tanpa penyakit diabetes dan penyakit ginjal kronik dan kurang dari 130/90 pada pasien dengan penyakit diatas. Berbagai macam strategi pengobatan penyakit jantung hipertensi menurut Oman *et al.*, (2012) yaitu :

a. Pengaturan Diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat dan atau dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan bisa memperbaiki keadaan LVH. Beberapa diet yang dianjurkan, yaitu :

- 1) Diet rendah garam
- 2) Diet tinggi potasium
- 3) Diet kaya buah dan sayur.
- 4) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.
- 5) Tidak mengkonsumsi Alkohol.

b. Olahraga Teratur

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan dapat memperbaiki keadaan jantung. Olahraga isotonik dapat juga bisa meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga teratur selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah.

c. Penurunan Berat Badan

Pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan LVH. Jadi penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah. Penurunan berat badan (1kg/minggu) sangat dianjurkan. Penurunan berat badan dengan menggunakan obat-obatan perlu menjadi perhatian khusus karena umumnya obat penurun berat badan yang terjual bebas mengandung simpatomimetik, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah, memperburuk angina atau gejala gagal jantung dan terjadinya eksaserbasi aritmia. Menghindari obat-obatan seperti NSAIDs, simpatomimetik, dan MAO yang dapat meningkatkan tekanan darah atau menggunakannya dengan obat antihipertensi.

d. Farmakoterapi

Pengobatan hipertensi atau penyakit jantung hipertensi dapat menggunakan berbagai kelompok obat antihipertensi seperti thiazide, beta-blocker dan kombinasi alpha dan beta blocker, calcium channel blockers, ACE inhibitor, angiotensin receptor blocker dan vasodilator seperti hydralazine. Hampir pada semua pasien memerlukan dua atau lebih obat antihipertensi untuk mencapai tekanan darah yang diinginkan.

2.1.7 Komplikasi Klinis *Hipertensive Heart Disease (HHD)*

Menurut Ardiansyah (2012) bahwa, komplikasi dari hipertensi adalah sebagai berikut :

- a. Stroke
- b. Infark Miokardium

- c. Gagal ginjal
- d. Ensefalopati
- e. Aritmia

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Klinis *Hipertensive Heart Disease (HHD)*

Menurut Soemantri (2013) pemeriksaan penunjang untuk pasien Hipertensi Heart Disease (HHD), yaitu :

- a. Riwayat dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh.
- b. Pemeriksaan retina.
- c. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan jantung.
- d. EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri.
- e. Urinalisa untuk mengetahui protein dalam urin, darah, glukosa.
- f. Pemeriksaan; renogram, pielogram intravena arteriogram renal, pemeriksaan fungsi.
- g. Ginjal terpisah dan penentuan kadar urin.
- h. Foto dada dan CT scan.

2.2 Konsep Teori *Intracerebral Hemorrhage (ICH)*

2.2.1 Pengertian *Intracerebral Hemorrhage (ICH)*

Intracerebral hemorrhage (ICH) adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak. Istilah lain yaitu stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum (Nurarif & Hardhi, 2015).

2.2.2 Etiologi *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan (stroke hemoragik) disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau oleh stress psikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya, seperti mendedan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik (Junaidi, 2011).

2.2.3 Klasifikasi *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

- a. Perdarahan intra serebral (PIS) Perdarahan Intra Serebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak (Junaidi, 2011). Penyebab PIS biasanya karena hipertensi yang berlangsung lama lalu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Faktor pencetus lain adalah stress fisik, emosi, peningkatan tekanan darah mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lainnya adalah deformitas pembuluh darah bawaan, kelainan koagulasi. Bahkan, 70% kasus berakibat fatal, terutama apabila perdarahannya luas (masif) (Junaidi, 2011).
- b. Perdarahan ekstra serebral / perdarahan sub arachnoid (PSA) Perdarahan sub arachnoid adalah masuknya darah ke ruang subarachnoid baik dari

tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer) (Junaidi, 2011) Penyebab yang paling sering dari PSA primer adalah robeknya aneurisma (51-75%) dan sekitar 90% aneurisma penyebab PSA berupa aneurisma sakuler congenital, angioma (6-20%), gangguan koagulasi (iatronik/obat anti koagulan), kelainan hematologic (misalnya trombositopenia, leukemia, anemia aplastik), tumor, infeksi (misal vaskulitis, sifilis, ensefalitis, herpes simpleks, mikosis, TBC), idiopatik atau tidak diketahui (25%), serta trauma kepala (Junaidi, 2011) Sebagian kasus PSA terjadi tanpa sebab dari luar tetapi sepertiga kasus terkait dengan stress mental dan fisik. Kegiatan fisik yang menonjol seperti : mengangkat beban, menekuk, batuk atau bersin yang terlalu keras, mengejan dan hubungan intim (koitus) kadang bisa jadi penyebab (Junaidi, 2011).

2.2.4 Patofisiologi *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Otak merupakan bagian tubuh yang sangat sensitif oksigen dan glukosa karena jaringan otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan glukosa seperti halnya pada otot. Meskipun berat otak sekitar 2% dari seluruh badan, namun menggunakan sekitar 25% suplay oksigen dan 70% glukosa. Jika aliran darah ke otak terhambat maka akan terjadi iskemia dan terjadi gangguan metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral. Area otak disekitar yang mengalami hipoperfusi disebut penumbra. Jika aliran darah ke otak terganggu, lebih dari 30 detik pasien dapat mengalami tidak sadar dan dapat

terjadi kerusakan jaringan otak yang permanen jika aliran darah ke otak terganggu lebih dari 4 menit. (Tarwoto, 2013)

Untuk mempertahankan aliran darah ke otak maka tubuh akan melakukan dua mekanisme tubuh yaitu mekanisme anastomis dan mekanisme autoregulasi. Mekanisme anastomis berhubungan dengan suplai darah ke otak untuk pemenuhan kebutuhan oksigen dan glukosa. Sedangkan mekanisme autoregulasi adalah bagaimana otak melakukan mekanisme/usaha sendiri dalam menjaga keseimbangan. Misalnya jika terjadi hipoksemia otak maka pembuluh darah otak akan mengalami vasodilatasi (Tarwoto, 2013)

- a. Mekanisme anastomis Otak diperdarahi melalui 2 arteri karotis dan 2 arteri vertebralis. Arteri karotis terbagi menjadi karotis interna dan karotis eksterna. Karotis interna memperdarahi langsung ke dalam otak dan bercabang kira-kira setinggi kiasma optikum menjadi arteri serebri anterior dan media. Karotis eksterna memperdarahi wajah, lidah dan faring, meninges. Arteri vertebralis berasal dari arteri subclavia. Arteri vertebralis mencapai dasar tengkorak melalui jalan tembus dari tulang yang dibentuk oleh prosesus tranverse dari vertebra servikal mulai dari c6 sampai dengan c1. Masuk ke ruang cranial melalui foramen magnum, dimana arteri-arteri vertebra bergabung menjadi arteri basilar. Arteri basilar bercabang menjadi 2 arteri serebral posterior yang memenuhi kebutuhan permukaan medial dan inferior arteri baik bagian lateral lobus temporal dan occipital. Meskipun arteri karotis interna dan vertebralis merupakan 2 sistem arteri yang terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tapi ke duanya disatukan oleh pembuluh dan anastomosis yang membentuk sirkulasi wilisi. Arteri serebri

posterior dihubungkan dengan arteri serebri media dan arteri serebri anterior dihubungkan oleh arteri komunikan anterior sehingga terbentuk lingkaran yang lengkap. Normalnya aliran darah dalam arteri komunikans hanyalah sedikit. Arteri ini merupakan penyelamat bilamana terjadi perubahan tekanan darah arteri yang dramatis.

- b. Mekanisme autoregulasi Oksigen dan glukosa adalah dua elemen yang penting untuk metabolisme serebral yang dipenuhi oleh aliran darah secara terus-menerus. Aliran darah serebral dipertahankan dengan kecepatan konstan 750ml/menit. Kecepatan serebral konstan ini dipertahankan oleh suatu mekanisme homeostasis sistemik dan local dalam rangka mempertahankan kebutuhan nutrisi dan darah secara adekuat. Terjadinya stroke sangat erat hubungannya dengan perubahan aliran darah otak, baik karena sumbatan/oklusi pembuluh darah otak maupun perdarahan pada otak menimbulkan tidak adekuatnya suplai oksigen dan glukosa. Berkurangnya oksigen atau meningkatnya karbondioksida merangsang pembuluh darah untuk berdilatasi sebagai kompensasi tubuh untuk meningkatkan aliran darah lebih banyak. Sebaliknya keadaan vasodilatasi memberi efek pada tekanan intracranial. Kekurangan oksigen dalam otak (hipoksia) akan menimbulkan iskemia. Keadaan iskemia yang relative pendek/cepat dan dapat pulih kembali disebut transient ischemic attacks (TIAs). Selama periode anoxia (tidak ada oksigen) metabolisme otak cepat terganggu. Sel otak akan mati dan terjadi perubahan permanen antara 3-10 menit anoksia.

2.2.5 Manifestasi klinis *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke hemoragik, gejala klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot vulerter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
- c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia
- d. Afasia (kesulitan dalam bicara) Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada

afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensori pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

- e. Disatria (bicara cedel atau pelo) Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian, pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
- f. Gangguan penglihatan, diplopia Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf cranial III, IV dan VI.
- g. Disfagia Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.

- h. Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.
- i. Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri

2.2.6 Penatalaksanaan Klinis *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Menurut Tarwoto (2013), penatalaksanaan stroke terbagi atas :

- a. Penatalaksanaan umum
 - 1) Pada fase akut
 - a) Terapi cairan, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. The American Heart Association sudah menganjurkan normal saline 50 ml/jam selama jam-jam pertama dari stroke iskemik akut. Segera setelah stroke hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan hemoestasis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara hemoestasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium.
 - b) Terapi oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen,

penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri

- c) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) Peningkatan intra cranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah.
 - d) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah
 - e) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
 - f) Evaluasi status cairan dan elektrolit
 - g) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
 - h) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi labung dan pemberian makanan
 - i) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan
 - j) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan reflex
- 2) Fase rehabilitasi
- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
 - b) Program manajemen bladder dan bowel
 - c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
 - d) Pertahankan integritas kulit
 - e) Pertahankan komunikasi yang efektif
 - f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
 - g) Persiapan pasien pulang

- 3) Pembedahan Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikuloperitoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.
- 4) Terapi obat-obatan
 - a) Antihipertensi : Katropil, antagonis kalsium
 - b) Diuretic : manitol 20%, furosemid
 - c) Antikolvasan : fenitoin Sedangkan menurut Batticaca (2008), terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah pada pasien stroke perdarahan adalah :
 - a) Antifibrinolitik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dosis kecil
 - (1) Aminocaproic acid 100-150 ml% dalam cairan isotonic 2 kali selama 3-5 hari, kemudian 1 kali selama 1-3 hari
 - (2) Antagonis untuk pencegahan permanen : Gordox dosis pertama 300.000 IU kemudian 100.000 IU 4 kali perhari IV ; Contrical dosis pertama 30.000 ATU, kemudian 10.000 ATU 2 kali per hari selama 5-10 hari
 - b) Natrii Etamsylate (Dynone) 250 mg x 4 hari IV sampai 10 hari
 - c) Kalsium mengandung obat ; Rutinium, Vicasolum, Ascorbicu
 - d) Profilaksis Vasospasme
 - (1) Calcium-channel antagonis (Nimotop 50 ml [10 mg per hari IV diberikan 2 mg per jam selama 10-14 hari])
 - (2) Berikan dexason 8 4 4 4 mg IV (pada kasus tanpa DM, perdarahan internal, hipertensi maligna) atau osmotik diuretic (dua hari sekali

Rheogloman (Manitol) 15% 200 ml IV diikuti oleh 20 mg Lasix minimal 10-15 hari kemudian

2.2.7 Komplikasi Klinis *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Komplikasi dari Intra Cerebral Hematom menurut Tarwoto (2013), adalah sebagai berikut :

- 1) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urine dan bowl.
- 2) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktifitas listrik otak.
- 3) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala clauster.
- 4) Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

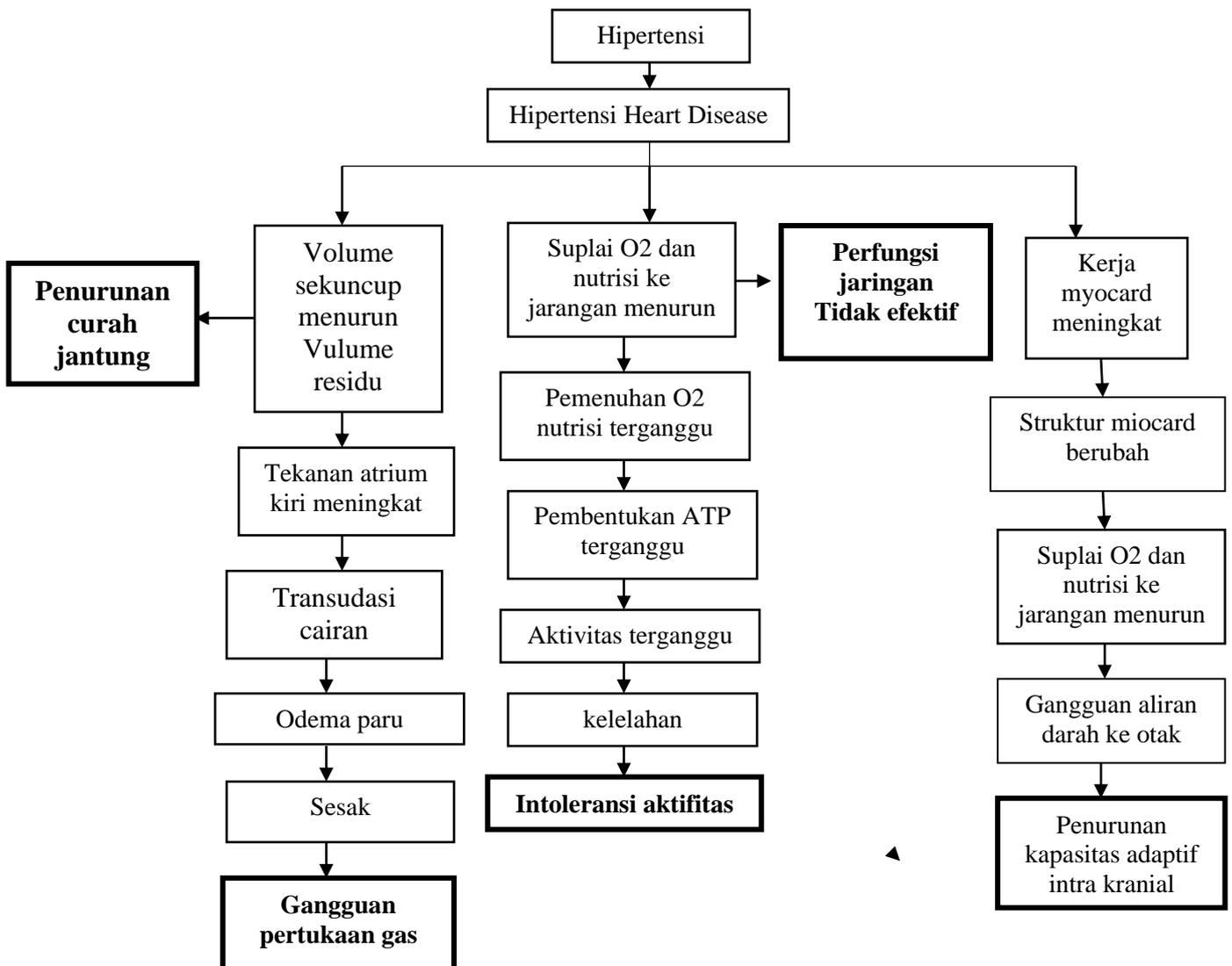
2.2.8 Pemeriksaan Penunjang *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Pemeriksaan penunjang dari Intra Cerebral Hematom menurut Tarwoto (2013), adalah sebagai berikut :

1. Angiografi
2. CT scanning
3. Lumbal pungsi
4. MRJe. Thorax photo
5. Laboratorium
6. EKG

2.3 W.O.C

Gambar 2.1 W.O.C *Hipertensive Heart Disease (HHD)+Intracerebral Hemorrhage (ICH)*



2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

1 Identitas Klien:

Nama, umur, pendidikan, jenis kelamin, agama, pekerjaan, status marital, suku bangsa, diagnosa medis, tanggal masuk, tanggal pengkajian. No rekam medis, ruang dan alamat. identitas penanggung jawab

2 Keluhan Utama:

Sesak napas dan sakit kepala

3 Riwayat Penyakit Sekarang :

Pada pasien penyakit jantung koroner biasanya didapatkan adanya keluhan seperti nyeri pada dada. Keluhan sesak dikaji menggunakan OLDCART sebagai berikut:

O: Sesak napas sudah terjadi berapalama? Jam/hari

L: Terasa sesak di daerah mana? di dada

D: Sesak terjadi terus menerus apa pada saat beraktifitas?

C: Sesak terasa seperti apa? Seperti dihimpit gajah

A: Bila aktifitas terasa semakin sesak

R: Sesak berkurang pada saat istirahat dan terasa sesak pada saat beraktifitas

T: Pemberian oksigen dan istirahat

4 Riwayat Kesehatan Dahulu:

Riwayat penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, penyakit ginjal, kolesterol tinggi, dan tanyakan obat-obatan yang biasanya di minum pasien dan tanyakan alergi

5. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Apakah ada keluarga pasien yang menderita penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, penyakit ginjal.

1. Primary Survey

1) Airway

Look berarti melihat adanya gerakan pengembangan dada Listen adalah mendengarkan suara pernafasan. Pada kasus HHD seringkali suara rochi basah menandakan adanya hambatan jalan nafas Feel adalah merasakan adanya hembusan udara saat pasien melakukan ekspirasi

2) Breathing

Inspeksi frekuensi nafas apakah ada penggunaan otot bantu nafas, adanya sesak nafas Palpasi pengembangan paru Auskultasi adanya suara nafas tambahan seperti ronki

3) Circulation

Tentukan status sirkulasi dengan mengkaji nadi, mencatat irama dan ritmenyadan mengkaji warnakulitserta produksi urin. Jika nadi karotis tidak teraba, lakukan kompensasi dada tertutup

Kaji tekanan darah. Jika pasien hipotensi, segera pasang jalur intravena dengan jarumbesar(16-18). Mulai pergantian volume perprotokol. Cairan kristaloid seimbang (0.9% normal salin atau RL) biasanya yang digunakan

Jika pasien tidak bernafas periksa denyut nadi di leher (karotis), jika pasien bernafas periksa denyut nadi pada karotis atau pada pergelangan tangan (radial).

4) Disability

Menilai kesadaran dengan GCS. Biasanya pada pasien HHD mengalami penurunan kesadaran. Adapun cara yang cukup jelas dan cepat untuk menilai kesadaran adalah AVPU :

- a. A(Alert): Pasien terjaga, responsif, berorientasi, dan berbicara dengan petugas.
- b. V(Verbal): Petugas memberikan rangsangan berupa suara (memanggil pasien).
- c. Pasien akan memberikan respon berupa mengerang, mendengus, berbicara atau hanya melihat petugas.
- d. P(Painful): Jika pasien tidak memberikan respon dengan suara, maka anda perlu melakukan pemberian rangsangan nyeri dengan cara menggosok sternum atau sedikit cubitan pada bahu.
- e. U(Unresponsive): Tidak ada respon apapun dengan suara atau dengan nyeri.

2. Secondary Survey

- a. Keadaan Umum: Penderita dalam kelemahan, compos mentis, apatis, stupor, somnolen, sopor ocoma dan coma. Penilaian GCS sangat penting untuk diperhatikan

- b. Tanda tanda vital: Pasien HHD mengalami peningkatan padatekanan darah, nadi, dan respirasinya. Terjadi perubahan sesuai dengan aktivitas yang timbul seperti takikardi, dyspnea, tekanan darah meningkat
- c. Kepala dan Muka
 - a. Inspeksi : Bentuk kepala bulat/lonjong, wajah simetris/tidak, rambut bersih/tidak, muka edema/tidak, lesi pada muka ada/tidak, ekspresi wajah meringis /menangis/ tersenyum
 - b. Palpasi: Rambut, rontok/tidak, benjolan pada kepalaada/tidak
 - c. Mata: Biasanya pada pasien dengan HHD mengeluh penglihatanya kabur
 - d. Inspeksi:Matakanan dan kirisimetris/tidak ,pupil kanan dan kiriisokor (normal), reflek pupil terhadap cahaya miosis (mengecil) / midriasis (melebar)
 - e. Palpasi : Nyeri/tidak, peningkatan tekanan intraokuler pada kedua bolamata/tidak
- d. Telinga
 - a. Inspeksi: Telinga kanan dan kiri simetris /tidak, menggunakan alat pendengaran /tidak, warna telinga dengan daerah merata/tidak, lesi ada/tidak, perdarahan /tidak, serumenada/tidak
- e. Hidung
 - a. Inspeksi: Pernapasan cuping hidung ada/tidak, keberadaan septum tepat ditengah/ tidak, secret ada/tidak
 - b. Palpasi:Fraktur ada/tidak dan nyeri ada/tidak
- f. Mulut

- a. Inspeksi: Mukosa bibir lembab/kering, sianosis/tidak, stomatitis ada/tidak, gigi berlubang/tidak, warna gigi putih/kuning, lidah bersih/kotor
 - b. Palpasi: Nyeri tekan/tidak pada bibir
- g. Leher
- a. Inspeksi: Luka/tidak,
 - b. Palpasi : Ada pembesaran vena jugularis/tidak, ada pembesaran kelenjar tiroid/tidak
- h. Payudara & Aksilla
- a. Inspeksi : Payudara kanan kiri simetris/tidak, ketiak bersih/tidak, adaluka/tidak
 - b. Palpasi:Adanyeri saat ditekan pada ketiak/tidak
 - c. Thorak :Paru-Paru
 - d. Inspeksi: Dada simetris/tidak, gerakan nafas (frekuensinaik/turun, irama normal/abnormal, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot bantu pernafasan/tidak), lesi/tidak, edema, RR mengalami peningkatan/tidak.
 - e. Palpasi: Getaran vocal fremitus kanan dan kirisama/atau tidak,ada fraktur pada costae/tidak
 - f. Perkusi: Normalnya berbunyi sonor.
 - g. Auskultasi: Normalnya terdengar vasikuler pada keduapar udan ada suara tambahan/tidak (misal: ronchi)
- i. Jantung

- a. Inspeksi : Secara simultan inspeksi dan palpasi area aortik, pulmonal, trikuspid, apeks dari prekordium. Catat adanya pulsasi, gerakan abnormal.
- b. Palpasi: Tentukan posisi PMI (Point of maximum impulse) dengan melakukan palpasi dengan ujung jari sepanjang ICS 5 MCL. Catat adanya pulsasi di daerah 1–2 cm dari diameter apex. Pada pasien yang mengalami gangguan jantung, PMI akan terletak di sebelah kiri MCL, berhubungan dengan pembesaran ventrikel. Pada pasien dengan penyakit paru kronis PMI terletak di sebelah kanan MCL yang terjadi karena pembesaran ventrikel kanan
- c. Perkusi: Menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui adanya pembesaran atau tidak
- d. Auskultasi : S1 terdengar seperti bunyi lub dan terdengar jelas di daerah apex dan simultan dengan nadi karotis, S2 terdengar bunyi seperti dub menunjukkan fase diastolik. Gunakan bell stetoskop dengarkan adanya bunyi jantung tambahan dengan nada yang rendah seperti S3 dan S4 gallop

j. Abdomen

- a. Inspeksi: Bentuk abdomen, benjolan/massa ada/tidak, bayangan pembuluh darah ada/tidak, warna kulit abdomen, lesi pada abdomen ada/tidak.
- b. Auskultasi: Bising usus normal atau tidak (5-20x/menit)
- c. Palpasi: Nyeri tekan pada abdomen ada/tidak, benjolan/massa ada/tidak, pembesaran hepar ada/tidak.

- d. Perkusi: Suara timpani atau hipertimpani serta pemeriksaan anasites.
- k. Intergumen
 - a. Inspeksi: Warna kulit pucat/tidak, sianosis ada/tidak dan turgor kulit baik/menurun, lesi ada/tidak.
 - b. Palpasi: Akral hangat/dingin, CRT (Capillary Refil Time) pada jari normalnya <2 detik
- l. Ekstermitas
 - a. Inspeksi: Kelemahan dan kekuatan ekstremitas dan kesimetrisan cara berjalan.
 - b. Palpasi: Oedema/tidak
- m. Genetalia
 - a. Inspeksi: Terpasang kateter atau tidak, bersih atau tidak

5) Eksposure

Lepaskan baju dan penutup tubuh pasien agar dapat dicari semua cedera yang mungkin ada, jika ada kecurigan cedera leher atau tulang belakang, maka imobilisasi harus dikerjakan

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (SDKI, 2016)

1. Gangguan pertukaran gas
 - D.0003 Kategori (fisiologis) subkategori (sirkulasi)
2. Penurunan Curah Jantung
 - D.0008 Kategori (fisiologis) subkategori (sirkulasi)
3. Perfusi perifer tidak efektif

D.0009 Kategori (fisiologis) subkategori (sirkulasi)

4. Nyeri akut

D.0077 Kategori (psikologis) Subkategori (nyeri dan kenyamanan)

5. Intoleransi aktivitas

D.0056 Kategori (fisiologis) subkategori (aktivitas dan istirahat)

6. Penurunan Kapasitas Adaptif Intra Kranial

D.0066 Kategori (Fisiologis) Subkategori (Neurosensori)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan (SDKI, 2016)

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Menurut SDKI, 2016

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN	RASIONAL
Gangguan pertukaran gas	<p>Tujuan Pertukaran gas meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. Pola napas membaik 	<p>Pemantauan Respirasi I.01014</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor saturasi oksigen 5. Auskultasi bunyi napas 6. Dokumentasikan hasil pemantauan 7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 8. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 9. Kolaaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adakah hambatan upaya napas 2. Pola napas perlu diketahui untuk mengetahui adakah gangguan pada pola napas 3. Untuk mengetahui kekuatan pasien saat batuk efektif agar batuk efektif dapat dilakukan dengan maksimal 4. Untuk mengetahui kecukupan oksigen maka perlu dilakukan pengukuran saturasi oksigen 5. Untuk mengetahui adakah suara napas tambahan 6. Dokumentasi diperlukan untuk rencana tindakan selanjutnya 7. Untuk menciptakan bina

			<p>hubungan saling percaya antara perawat dan pasien</p> <p>8. Agar pasien mengerti bagaimana keadaannya setelah dilakukan intervensi</p> <p>9. Agar mengetahui cakupan oksigen</p>
Penurunan Curah Jantung	<p>Tujuan Curah jantung meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Kekuatan nadi perifer meningkat 3. Tidak ada edema 	<p>Perawatan jantung 1.02075</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor keluhan nyeri dada 5. Berikan terapi terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 6. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi 7. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap 8. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menangani gangguan sirkulasi 2. Untuk mengetahui adakah gejala penurunan curah jantung? 3. Untuk mencegah terjadinya dehidrasi 4. Untuk membantu meningkatkan rasa aman nyaman pasien 5. Untuk mencegah pasien dari kecemasan akibat hospitalisasi 6. Agar melatih kekuatan dan mengetahui batas toleran tubuh 7. Untuk menghindari kelelahan 8. Agar mencegah terjadinya komplikasi
Perfusi perifer tidak efektif	Tujuan	Perawatan Sirkulasi 1.02079	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mencegah

	<p>Perfusi perifer meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Warna kulit pucat menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5. Lakukan hidrasi 6. Anjurkan berolahraga rutin 7. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi 8. Informasikan tanda dan gejala yang harus dilaporkan 	<p>terjadinya komplikasi yang ditimbulkan akibat masalah perfusi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk mengetahui resiko yang dapat dihindari 3. Untuk mengetahui tanda tanda peradangan 4. Agar mencegah terjadinya kekurangan oksigen didaerah perfusi minimal 5. Hidrasi agar mempertahankan keseimbangan cairan 6. Untuk melatih kekuatan otot 7. untuk memperbaiki sirkulasi 8. agar penanganan dapat segera diberikan
Nyeri akut	<p>Tujuan</p> <p>Nyeri menurun</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	<p>Manajemen nyeri 1.08238</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Untuk mengidentifikasi skala nyeri 3. Untuk mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Untuk meningkatkan rasa aman nyaman pasien 5. mengontrol lingkungan

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>yang memperberat rasa nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. untuk memonitor nyeri secara mandiri 7. untuk meningkatkan rasa nyaman 8. untuk meringankan rasa nyeri
Intoleransi aktivitas	<p>Tujuan Toleransi aktivitas meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Keluhan lelah menurun 	<p>Manajemen Energi 1.05178</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Lakukan oral hygiene sebelum makan 5. Berikan makanan tinggi kalori dan protein 6. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 7. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status nutrisi 2. Untuk menghindari reaksi alergi 3. Agar meningkatkan nafsu makan 4. Agar menambah nafsu makan 5. Tinggi protein dan tinggi kalori untuk menambah energi 6. Untuk memberikan rasa nyaman 7. Untuk menambah nafsu makan
Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial	<p>Tujuan Kapasitas Adaptif Intrakranial meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen peningkatan intracranial 1.06194</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab TIK 2. Monitor MAP 3. Monitor status pernafasan 4. Monitor intake Output 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab TIK 2. Untuk mengetahui status MAP 3. Untuk menjaga kecukupan oksigen

	<p>3. Pola nafas membaik</p>	<p>cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semifowler 7. Cegah terjadinya kejang 8. Pertahankan suhu tubuh normal 9. Kolaborasi sedasi dan konvulsan bila perlu 10. Kolaborasi pemberian diuretic bila perlu 11. Kolaborasi pelunak tinja bila perlu 	<p>mencegah terjadinya kerusakan jaringan semakin parah</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Untuk menjaga intake Output cairan 5. Agar pasien dapat beristirahat 6. Untuk menjaga kenyamanan pasien 7. Kejang dapat meningkatkan tekanan intra kranial 8. Suhu tubuh yang tinggi meningkatkan tekaan intrakranial 9. Menimbulkan rasa mengantuk dan menghilangkan rasa cemas tanpa kehilangan komunikasi lisan 10. Untuk mengurangi penumpukan cairan tubuh melalui urin 11. Kolaborasi pelunak tinja bila perlu
--	------------------------------	--	--

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Maternitas dengan diagnosa medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD), maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati pada tanggal 19 Mei 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 19 Mei 2021 jam 08.00 WIB di Di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file register sebagai berikut

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah bernama TN. P usia 64 tahun. Pasien MRS pada tanggal 06 Juni 2021 pada pukul 23.00 WIB di ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan dilakukan pengkajian pada tanggal 07 Juni 2021 pukul 06.30. Pasien beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Jawa, pendidikan terakhir adalah Sekolah Menengah Atas, pekerjaan TN.P sebagai karyawan swasta. Pasien tinggal di Surabaya. Pasien merupakan suami dari Ny. S.

3.1.2 Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan pasien tertidur saat dibangunkan pasien tidak bangun-bangun

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa dibangunkan lalu dibawa ke igd rsal tanggal 06-06-2021 jam 23.00 setelah itu pasien dipindahkan di iccu

pada jam 01.27 keadaan umum lemah Tekanan darah=170/108mmHg, Nadi=78 kali per menit, Respirasi=20 kali per menit, Suhu=36,4 derajat selsius, GCS 3x5 (afasia global) dilakukan head up 30 derajat, mendapatkan terapi infuse predipine pump start 0,5 mcq maks 6mcq, infuse PZ 14 tpm injeksi santagesik 3x1 amp IV, injeksi ranitidine 2x1 amp IV terpasang O2 nasal 3 Lpm Pada pengkajian tanggal 07-06-2021 jam 12.00 Keadaan umum lemah, demam Tekanan darah=159/86mmHg, Nadi=91kali per menit, Respirasi=22 kali permenit, Suhu=37,6 derajat selsius terpasang infuse NS drip KcL 50 meq/24 jam, terpasang syringe pump predipine 0,5 mcg/kgbb/mnt, kesadaran somnolen, GCS=3x5, O2 Nasal 3 lpm, afasia global

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga TN.P Mengatakan bahwa Tn. P Mempunyai riwayat penyakit DM, Hipertensi, dan Jantung.

3.1.5 Riwayat penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan ibu dari TN. P Menderita Hipertensi dan Diabetes.

3.1.6 Riwayat Alergi

Keluarga pasien mengatakan TN. P tidak memiliki riwayat alergi

3.1.7 Keadaan Umum

Keadaan umum lemah kesadaran somnolen, GCS=3x5

3.1.8 Pemeriksaan Fisik

1. *Airway dan Breathing*

Pergerakan dada simetris, Irama pernapasan regular, Suara napas tambahan tidak ada, Pola nafas eupnea, Respirasi 20x/mnt, tidak ada batuk, Taktil vocal fremitus tidak teraba, TN. P Mendapat pemberian terapi oksigen Nasal 3lpm.

2. *Circulation*

Irama jantung aritmi, Jvp tidak ada distensi, Akral dingin, Kulit Pucat, CRT <2 Dtk, Tugor Kulit elastic, tidak terdapat edema, tidak terdapat perdarahan, Produksi urin tamping 1050cc

3. *Neurologi*

Saat dilakukan pemeriksaan didapatkan GCS 3x5 , kepala simetris, tidak ada benjolan, terdapat paralisis di nervus cranialis : N.VII SDE , N.XII SDE, Afisia global, Bentuk hidung simetris, septum normal, tidak ada polip, mata simetris, pupil isokor, reflek cahaya normal, konjungtiva anemis, saat dilakukan pemeriksaan MSCT Kepala irisan axial reformatted coronal dan sagital tanpa kontras 04-06-2021: didapatkan hasil ICH di basal ganglia kiri Volume +/- 7,6 cc dan deviasi septum nasi kiri.

4. *Urinary*

Tidak ada distensi kandung kemih, Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, urin pembuangan 1050 cc warna kuning jernih, Terpasang foley kateter.

5. *Gastrointestinal*

Mukosa bibir kering, nafsu makan kurang makan 3 kali sehari habis ½ porsi, minum 200ml/hari, Buang air besar lancar 1 hari sekali, konsistensi

lembek.

6. Bone dan Integumen

TN. P dibantu dalam kebutuhan ADL, Hemiparase pada tangan dan kaki kanan, Kekuatan Otot 3,3/5,5, Tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, akral dingin, CRT <2 dtk.

3.1.9 Pemberian Terapi

Tabel 3.1 Medikasi TN. P

Hari/Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
Senin, 7 Juni 2021	Injeksi santagesik	3x1 amp IV 2ml	Santagesik digunakan untuk mengatasi nyeri akut atau kronik berat.
	Injeksi ranitidine	2x1 amp IV 25 mg	Indikasi ranitidin untuk dewasa adalah untuk eradikasi infeksi H. pylori, tukak lambung dan duodenal, dispepsia, GERD, esofagitis erosif, kondisi hipersekresi, stress ulcer, serta profilaksis aspirasi asam lambung sebelum anestesi umum.
	Amlodipin	10 mg	adalah untuk terapi hipertensi dan profilaksis angina dengan dosis awal 5 mg sekali sehari dan dapat ditingkatkan sampai 10 mg per hari.
	Candesartan	8 mg	hipertensi pada orang

			dewasa dan anak berusia ≥ 1 tahun, serta untuk menangani gagal jantung pada orang dewasa.
	Simvastatin	20 mg	adalah obat untuk menurunkan kadar kolesterol dalam darah. Obat ini tersedia dalam bentuk tablet dengan kandungan simvastatin 10 mg dan 20 mg.
	Peridipin pump	0,5-6 mcg/kg/mnt	Perdipine adalah obat yang diproduksi oleh Meprofarm. Obat ini mengandung Nicardipine HCl yang diindikasikan untuk perawatan darurat krisis hipertensi akut selama operasi, keadaan darurat hipertensi.
	Manitol 20%	6x 100 cc	mannitol adalah cairan infus yang digunakan untuk mengurangi tekanan dalam otak (tekanan intrakranial), tekanan dalam bola mata (tekanan intraokular), dan pembengkakan otak (cerebral edema).

3.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan lab hematologi 04-06-2021

Tabel 3.2 Pemeriksaan Lab Hematologi

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Leukosit	11,73	$10^3/\mu\text{L}$	4,00-10,00
Neutrofil #	8,88	$10^3/\mu\text{L}$	2,00-7,00
Neutrofil%	75,70	%	50,0-70,0
Limfosit	15,70	$10^3/\mu\text{L}$	20,0-40,0
PCT	0,292	$10^3/\mu\text{L}$	1,08-2,82

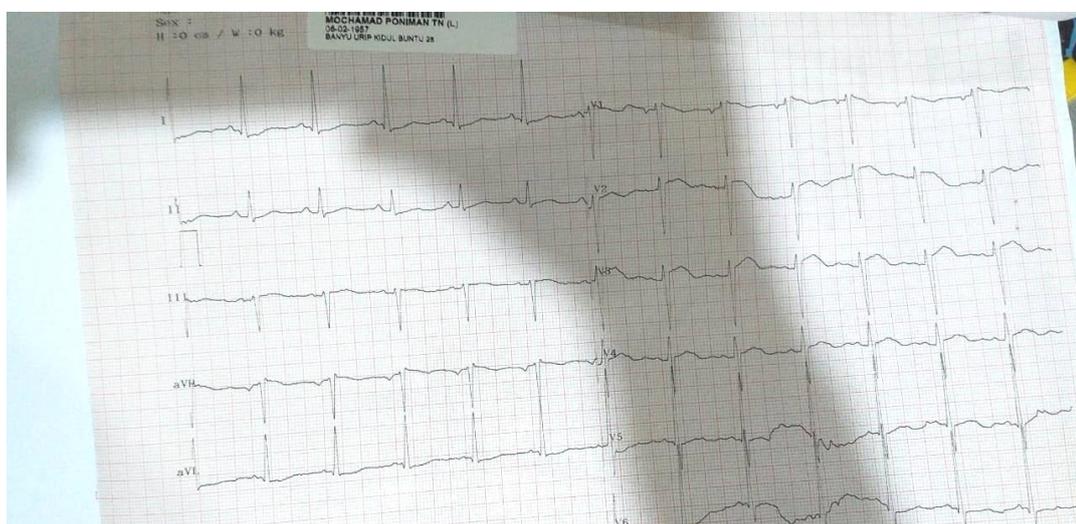
Pemeriksaan lab GDA, Elektrolit dan gas darah 04-06-2021

Tabel 3.3 Pemeriksaan Lab GDA dan Elektrolit Tn. P

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Gula darah sewaktu	118	mg/dl	74-106
Kalium	2,76	mmol/L	3,0-5,0
Clorida (CL)	108,1	mEq/L	95-105

Pemeriksaan EKG 07-06-2021

Gambar 3.1 Gambaran EKG TN.P



Pemeriksaan Foto Thorax AP 04-06-2021 didapatkan :

Cor : ukuran kesan membesar

Pulmo: tak tampak infiltrate

Kedua sinus phrenicocostalis tajam

Kedua hemidiaphragma normal

Trachea di tengah

Tulang-tulang baik

Kesimpulan:

Cardiomegaly

Pulmo tak tampak kelainan

Pemeriksaan MSCT Kepala irisan axial reformatted coronal dan sagital tanpa kontras 04-06-2021:

Tampak lesi hiperdense berdensitas darah basal ganglia kiri ukuran +/- 4,4x1,4x2,4 cm dengan perifok edema disekitarnya

Sulcy dan gyri normal

Sistem ventrikel dan cisterna normal

Pons dan cerebellum normal

Tak tampak klasifikasi abnormal

Tak tampak deviasi midline

Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan

Tak tampak penebalan concha nasi inferior kanan kiri

Tampak deviasi septum nasi kiri

Calvaria normal

Kesimpulan:

ICH di basal ganglia kiri Volume +/- 7,6 cc

deviasi septum nasi kiri

3.2 Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

Data / faktor resiko	Etiologi	Masalah
<p>DS: Keluarga pasien mengatakan Tn. P sebentar-sebentar tidur harus dibangunkan dulu baru melek</p> <p>DO: Keadaan umum somnolen, terlihat gelisah, GCS=3X5 MSCT Kepala 07/06/2021 ICH di basal ganglia kiri Volume +/- 7,6 cc deviasi septum nasi kiri</p>	Edema serebral	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial</p> <p>(0066) Kategori :Fisiologi Subkategori:Neurosensori</p>
<p>DS: -</p> <p>DO: Keadaan umum lemah TD=159/86 mmHg N=91 RR=22 S=37,6°C hasil laboratorium 04/06/2021 Leukosit =11,73 (4,00-10,00) PCT=0,292(1,08-2,82) Kalium=2,76 (3,0-5,0) Clorida= 108(95-105)</p>	Proses penyakit	<p>Hipertermi</p> <p>(D.0130) Kategori :lingkungan Subkategori:keamanan dan proteksi</p>
<p>DS: -</p> <p>DO: TN. P dibantu dalam kebutuhan ADL, Hemiparase pada tangan dan kaki kanan, Kekuatan Otot 3,3/5,5, akral dingin, CRT <2 dtk.</p> <p>Foto Thorax 07/06/2021 Cardiomegaly MSCT Kepala 07/06/2021 ICH di basal ganglia kiri Volume +/- 7,6</p>	Kelemahan	<p>Intoleransi aktivitas</p> <p>(D.0066) Kategori :fisiologis Subkategori:Aktivitas istirahat</p>

cc deviasi septum nasi kiri		
DS: - DO: TN. P dibantu dalam kebutuhan ADL, Hemiparase pada tangan dan kaki kanan, Kekuatan Otot 3,3/5,5, akral dingin, CRT <2 dtk., terdapat paralisis di nervus cranialis : N.VII SDE , N.XII SDE, Afisia global, GCS:3x5 Foto Thorax 07/06/2021 Cardiomegaly MSCT Kepala 07/06/2021 ICH di basal ganglia kiri Volume +/- 7,6 cc deviasi septum nasi kiri	Penurunan sirkulasi serebral	Gangguan komunikasi verbal (D.0119) Kategori:Relasional Subkategori:Interaksi sosial

3.3 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosa keperawatan prioritas sesuai

SDKI (2016), yaitu :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d Edema Serebral
2. Hipertermi b/d proses penyakit
3. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan
4. Gangguan komunikasi verbal b/d Penurunan sirkulasi serebral

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d Edema Serebral	<p>Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial meningkat</p> <p>Kapasitas Adaptif Intrakranial L.06049 SLKI Hal:35</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan darah membaik 3. Pola nafas membaik 	<p>Manajemen peningkatan intracranial 1.06194</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab TIK 2. Monitor MAP 3. Monitor status pernafasan 4. Monitor intake Output cairan <p>Trapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semifowler (posisi setengah duduk 30 derajat) 3. Pertahankan suhu tubuh normal (kompres air di aksila dan dahi) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi (melalui IV peridipin pump 6mcg/kg/mnt, manitol 6x 100cc, obat oral amlodipin 10mg dan candesartan 8mg)

2.	Hipertermi b/d proses penyakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan termoregulasi membaik</p> <p>Termoregulasi (L.14134) SLKI Hal: 129</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Takikardi menurun 2. Konsumsi oksigen meningkat 3. Pucat menurun <p>Suhu tubuh membaik</p>	<p>Manajemen hipertermi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermi 2. Monitor suhu tubuh setiap 1 jam 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluran urin <p>Trapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Longgarkan pakaian 2. Berikan cairan oral 1200 ml perhari 3. Lakukan pendinginan eksternal (kompres air dingin aksila, abdomen, dahi, leher) 4. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 5. Berikan o₂ jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan intra vena (infuse predipine pump start 0,5 mcq maks 6mcq, infuse PZ 14 tpm injeksi santagesik 3x1 amp IV, injeksi ranitidine 2x1 amp IV)
3.	Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat.</p> <p>Toleransi Aktivitas (L.05047) SLKI Hal :149</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun. 	<p>Intervensi Utama: Manajemen Energi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Monitor pola dan jam tidur 2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. 3. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan).

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Dipsnea saat aktivitas menurun 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari. 4. Peasaan lemah menurun. 5. Tekanan darah membaik. 6. EKG Iskemi membaik. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. 5. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. 6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. <p>Intervensi Pendukung: Rehabilitasi Jantung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat toleransi aktivitas. 2. Periksa kontraindikasi latihan (gambaran EKG Iskemi, angina, takikardi ventrikel). 3. Fasilitasi pasien menjalani latihan fase 1 (inpatient). 4. Fasilitasi pasien menjalani latihan fase 2 (outpatient). 5. Fasilitasi pasien menjalani latihan fase 3 (maintenance). 6. Fasilitasi menjalani latihan fase 4 (longterm). 7. Anjurkan pasien dan keluarga mematuhi jadwal kontrol kesehatan
4.	Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat</p> <p>Komunikasi Verbal L.13118</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan ekspresi wajah tubuh meningkat 2. Afasia menurun 3. Pemahaman komunikasi membaik 	<p>Promosi komunikasi: Deficit bicara</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Trapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan metode komunikasi alternative 2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berbicara perlahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

Hari/Tgl	MK	Waktu	Implementasi	Paraf	Catatan Perkembangan
Senin, 7 juni 2021	1,2,3,4	11.30	Membina hubungan saling percaya dengan pasien: mengucapkan salam.		Diagnosa 1 : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d Edema Serebral S: - O: pasien somnolen, terlihat gelisah, GCS=3X5 Td :166/97 N:97 Suhu:38 RR:20 A:
	1,2,3,4	11.40	Mengkaji dan menanyai pasien ingin apa? (respon : saat di tanya pasien seperti ingin menjawab tapi susah)		
	2				
	2,3	11.45	Mengatur posisi head up 30 derajat dengan meninggikan head rail		
	1,2,3	12.30	Mengajarkan pasien untuk mobilisasi secara sederhana dengan menggerakkan tangan dan kaki (respon : pasien hanya bisa menggerakkan tangan sebelah kiri dengan gerakan adduksi		

	1,2,3,4	12.35	dan abduksi selama 10 menit) Kolaborasi Pemberian cairan infuse PZ 14 tpm		Masalah keperawatan belum teratasi.
	1,2,3 4.	12.40	Injeksi santagesik 3x1 amp Injeksi ranitidine 2x1 amp (respon :tidak ada reaksi alergi)		P: Intervensi 1,2,3,4 dilanjutkan
	1,2,3 1,2,3		Amlodipin 5 mg Candesartan 8 mg Simvastatin 20 mg Manitol 20% 5x100cc off lanjut besok		Diagnosa 2: Hipertermi b/d proses penyakit
	4				S: - O: Td :166/97 N:97 Suhu:38 RR:20
	1,2,3	12.45	Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan aktivitas.		A:
	1,2,3	13.00	Memonitor intake dan output cairan. (membuang urin 1050cc), dan menanyai keiginan pasien		Masalah keperawatan belum

	1,2,3	13.00	Memberikan isyarat dengan makanan menawari makan		teratasi.
		14.00	Memberiann snack pudding habis ½ porsi		P:
		15.00	Memantau aliran oksigen (Hasil: Pasien terpasang o2 nasal 3lpm)		Intervensi 1,2,3,4 dilanjutkan
					Diagnosa 3: Intoleransi Aktivitas
					b.d kelemahan
	1,2,3	16.00	Mengidentifikasi respon emosi nonverbal (Hasil: Pasien tampak ingin berbicara)		S: -
	1,2,3	16.30	Memonitor saturasi oksigen (Hasil: 98%) Melakukan ttv Td :166/97 N:97 Suhu:38 RR:20		O: 1. Fisik terlihat lemah Td :166/97 N:97 Suhu:38 RR:20
		16.35	Memberikan kompres air dingin di dahi dan aksila		A: Masalah keperawatan belum

		<p>17.00</p>	<p>Memeriksa keluaran urine pasien (Hasil: 500cc warna kuning jernih)</p> <p>Memberikan infuse manitol 100cc</p> <p>Injeksi Ranitidin 1 amp perinfus</p>		<p>teratasi.</p> <p>P: intervensi 4,5 dilanjutkan</p> <p>Diagnosa 4: Gangguan Komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi cerebral</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak ingin berbicara saat perawat datang</p> <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi 1,2,3 dilanjutkan</p>
		<p>18.00</p>	<p>Membantu memberikan makanan pasien dengan cara menyuapi.(habis ¼ porsi)</p>		
		<p>18.30</p>	<p>Memberikan kolaborasi</p>		
		<p>18.35</p>	<p>Amlodipin 5 mg</p> <p>Santagesik 1 amp perinfus</p>		
		<p>20.30</p>	<p>Memberikan paracetamol 1 vial</p>		

--	--	--	--	--	--

LEMBAR OBSERVASI PERAWATAN INTENSIF

Nama Pasien : Tn. P
2021

Hari/Tanggal : 07 Juni

Jam	Tensi	RR	HR	SUHU	MAP	SPO₂	CVP	Resp Mode	FIO₂	Input (cc)	Output (cc)
12.23	173/92mmHg	20x/mnt	97x/mnt	37,8°C	119,00	97%	-	O2 Nasal 3 Lpm	-	-	1050cc
13.50	186/101mmHg	20x/mnt	106x/mnt	37°C	129,00	97%	-	O2 Nasal 3 Lpm	-	-	-
14.43	166/97mmHg	20x/mnt	90x/mnt	38,5°C	120,00	97%	-	O2 Nasal 3 Lpm	-	-	-
15.44	177/94mmHg	20x/mnt	113x/mnt	38,4°C	121,00	97%	-	O2 Nasal 3 Lpm	-	-	-
16.46	185/101mmHg	20x/mnt	104x/mnt	38,5 °C	129,00	97%	-	O2 Nasal 3 Lpm	-	-	-

18.04	190/89mmHg	20x/mnt	115x/mnt	38 °C	122,67	97%	-	O2 Nasal 3 Lpm	-	-	-
19.00	182/100mmHg	22x/mnt	107x/mnt	38,7°C	122,67	97%	-	O2 Nasal 3 Lpm	-	-	-
19.36	182/103mmHg	20x/mnt	102x/mnt	38,6°C	102	97%	-	O2 Nasal 3 Lpm	-	-	-
20.31	178/88mmHg	20x/mnt	112x/mnt	38,3 °C	118,00	97%	-	O2 Nasal 3 Lpm	-	-	-

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini ditunjukkan untuk menganalisa kesesuaian fakta yang terjadi pada pasien yang berkaitan dengan tinjauan kasus asuhan keperawatan pada TN. P. dengan diagnosa medis *Hipertensive Heart Disease* (HHD) di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Kegiatan yang dilakukan melalui pengkajian, diagnose keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

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

4.1.1 Identitas

Pada tahap identitas pasien di tinjauan kasus yang didapatkan dari pasien yaitu berjenis kelamin laki-laki. Pasien merupakan seorang suami dan ayah. Pasien berusia usia 64 tahun. Menurut Muhammad, (2010) Prevalensi kejadian penyakit hipertensi sangat tinggi pada lansia yaitu 60% - 80% dengan usia diatas 60 tahun. Sebagian orang menganggap penyakit hipertensi pada lansia adalah hal biasa, sehingga mayoritas masyarakat menganggap remeh penyakit ini.

4.1.2 Keluhan Utama

Pada tinjauan kasus dijelaskan bahwa Keluarga pasien menjelaskan pasien tertidur saat dibangunkan pasien tidak bangun-bangun

4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sebelumnya dibawah ke rumahsakit akibat stroke 3 hari yang lalu, kemudian pasien saat dibangunkan oleh keluarga tetapi tidak bangun-bangun. Menurut studi epidemiologi yang dilakukan oleh Rahimi menyimpulkan bahwa peningkatan tekanan darah, pada semua usia dan jenis kelamin berkaitan dengan peningkatan risiko kematian karena penyakit jantung iskemik, stroke, dan penyakit vaskular (Djafri,2017)

4.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga TN.P Mengatakan bahwa Tn. P Mempunyai riwayat penyakit, Hipertensi, DM dan Jantung. Menurut Gibney, (2012) Hipertensi menyebabkan sel tidak sensitive terhadap insulin sehingga terjadi resiten insulin. insulin berperan meningkatkan ambilan glukosa di banyak sel dan dengan cara ini juga mengatur metabolisme karbohidrat, sehingga jika terjadi resistensi insulin oleh sel, maka kadar gula di dalam darah juga dapat mengalami gangguan.

Komplikasi hipertensi yang utama adalah penyakit kardiovaskular, yang dapat berupa penyakit jantung koroner, gagal jantung, stroke, penyakit ginjal kronik, kerusakan retina mata, maupun penyakit vaskuar perifer (Longo,et al 2011)

4.1.5 Riwayat penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan ibu dari TN. P Menderita Hipertensi dan Diabetes. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi hipertensi dibagi menjadi dua kelompok yaitu faktor yang tidak dapat dikendalikan seperti usia, jenis kelamin, genetik, ras, dan faktor yang dapat dikendalikan seperti pola makan, kebiasaan merokok, asupan garam yang berlebihan, aktivitas fisik yang kurang, gaya hidup, pola tidur, dan stres emosional. Hasil penelitian Mannan dkk (2012)

4.1.6 Riwayat Alergi

TN. P tidak memiliki riwayat alergi makanan maupun obat

4.1.7 Pemeriksaan Fisik

1. Airway dan Breathing

Pergerakan dada simetris, Irama pernapasan regular, Suara napas tambahan tidak ada, Pola nafas eupnea, Respirasi 20x/mnt, tidak ada batuk, Taktil vocal fremitus tidak teraba, TN. P Mendapat pemberian terapi oksigen Nasal 3lpm. Keseimbangan oksigen otak dipengaruhi oleh aliran darah otak yang besarnya berkisar 15-20 % dari curah jantung Proteksi otak merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan untuk mencegah atau mengurangi kerusakan sel-sel otak yang diakibatkan oleh keadaan iskemia. Iskemia otak adalah suatu gangguan hemodinamik yang akan menyebabkan penurunan aliran darah otak sampai ke suatu tingkat yang akan menyebabkan kerusakan otak yang ireversibel. (Suwandewi, dkk 2015)

2. Circulation

Irama jantung iskemi, Jvp tidak ada distensi, Akral dingin, Kulit Pucat,

CRT <2 Dtk, Tugor Kulit elastic, tidak terdapat edema, tidak terdapat perdarahan, Produksi urin tamping 1050cc.

3. Disability

TN P. mengalami paralisis di nervus cranialis : N.VII SDE , N.XII SDE, Afisia global sehingga Tn. P tidak dapat berkomunikasi dengan baik. Sehingga untuk kebutuhan ADLnya dibantu. Secara sederhana, stroke didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan atau pendarahan, dengan gejala lemas/lumpuh sesaat, atau gejala berat sampai kehilangan kesadaran, dan kematian (Sacco et al., 2013).

4.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Berdasarkan pemeriksaan Pemeriksaan MSCT Kepala irisan axial reformatted coronal dan sagital tanpa kontras pada tanggal 04 Juni 2021 terdapat ICH di basal ganglia kiri Volume +/- 7,6 cc. Menurut studi epidemiologi yang dilakukan oleh Rahimi menyimpulkan bahwa peningkatan tekanan darah, pada semua usia dan jenis kelamin berkaitan dengan peningkatan risiko kematian karena penyakit jantung iskemik, stroke, dan penyakit vaskular (Djafri,2017). Stroke adalah tanda klasik defisit neurologis yang berkaitan dengan cedera lokal akut Sistem Saraf Pusat (SSP) yang disebabkan oleh penyakit vaskular, termasuk cerebral infarction, perdarahan intraserebral (ICH), dan perdarahan subaraknoid atau biasa disebut SAH, dan merupakan penyebab utama kelumpuhan dan kematian (Sacco et al., 2013).

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus ada 3 diagnosa keperawatan yang muncul, hal ini disesuaikan dengan keadaan pasien yaitu :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d Edema Serebral

Menurut SDKI (2016) diagnosa Penurunan Adaptif intrakranial memiliki batasan karakteristik : Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi melebar, pola nafas ireguler, tingkat kesadaran menurun, refleks neurologi terganggu. Data yang memperkuat penulis mengangkat Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial antara lain : Dengan didapatkan data objektif dari TN P yaitu Penurunan kesadaran somnolen, GCS 3X5, Pasien tampak gelisah, Tekanan darah 159/86 mmHg, Nadi 91 kali per menit, Respirasi 22 kali permenit, Suhu 37,6 derajat selsius, hasil laboratorium tanggal 4 Juni 2021 Leukosit diperoleh hasil yaitu 11,73 dari nilai normal 4,00-10,00, PCT diperoleh hasil yaitu 0,292 dari nilai normal 1,08-2,82, Kalium diperoleh hasil yaitu 2,76 dari nilai normal 3,0-5,0, Clorida diperoleh hasil yaitu 108 dari nilai normal 95-105 , MSCT Kepala 07 Juni 2021 ICH di basal ganglia kiri Volume kurang lebih 7,6 cc

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena adanya penurunan kesadaran yang terjadi karena perdarahan cerebral. Penulis menegakkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan perdarahan intraserebral dikaitkan dengan ekspansi hematoma, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial, dan kerusakan neurologis awal (Haryuni, 2017).

2. Hipertermi b/d proses penyakit

Menurut SDKI (2016) diagnosa Hipertermi memiliki batasan karakteristik : suhu tubuh diatas normal, kulit merah, takikardi, takipnea. Data yang

memperkuat penulis mengangkat Hipertermi antara lain : Dengan didapatkan data objektif dari TN P yaitu Tekanan darah 159/86 mmHg, Nadi 91 kali per menit, Respirasi 22 kali permenit, Suhu 37,6 derajat selsius, hasil laboratorium tanggal 4 Juni 2021 Leukosit diperoleh hasil yaitu 11,73 dari nilai normal 4,00-10,00, PCT diperoleh hasil yaitu 0,292 dari nilai normal 1,08-2,82, Kalium diperoleh hasil yaitu 2,76 dari nilai normal 3,0-5,0, Clorida diperoleh hasil yaitu 108 dari nilai normal 95-105 , MSCT Kepala 07 Juni 2021 ICH di basal ganglia kiri Volume kurang lebih 7,6 cc

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena adanya peningkatan suhu tubuh yang terjadi karena proses penyakit stroke (SDKI, 2017). Penulis menegakkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan hipertermi terjadi setelah perdarahan intraserebral dikaitkan dengan ekspansi hematoma, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial, dan kerusakan neurologis awal (Haryuni, 2017).

3. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan

Menurut SDKI (2016) diagnosa intoleransi aktivitas memiliki batasan karakteristik: frekuensi jantung meningkat dari kondisi istirahat, tekanan darah berubah dari kondisi istirahat, gambaran ekg yang menunjukkan gambaran aritmia, gambaran ekg yang menunjukkan iskemia. Data yang memperkuat penulis mengangkat intoleransi aktivitas antara lain : Dengan didapatkan data objektif dari TN P yaitu Tekanan darah 159/86mmHg, Nadi 91 kali per menit, Respirasi 22 kali permenit, Suhu 37,6 derajat selsius , Pasien terlihat pucat, akrall dingin, CRT kurang dari 2 detik, MSCT Kepala 07 Juni 2021 ICH di basal ganglia kiri Volume kurang lebih 7,6 cc, Hasil EKG tanggal 07 Juni 2021 Q patologi :1/4 R di lead :av1, v1,v2, v3, v5,ST elevasi di lead: v2, v3, v5, T inversi

di lead : avr, v4, Qs pattern di lead : III, avr, v1. Kesimpulan : Iskemi : T inverse + ST depresi, Infark :ST elevasi+Q patologi, Nekrosis : Qs patern (SDKI, 2016).

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena adanya kelemahan pada pasien (SDKI, 2017). Penulis menegakkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan intoleransi aktivitas sebagai respon tubuh adanya gangguan sirkulasi pada pasien *Hipertensive Heart Disease (HHD)*, yang disertai dengan pasien terlihat lemah dan pucat, tekanan darah yang tinggi, serta gambaran EKG iskemi. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa *Hipertensive Heart Disease (HHD)* (Hadiwardjo dkk, 2020). untuk pasien dengan intoleransi aktivitas saat beraktivitas mudah sekali lelah, pada pasien dengan *Hipertensive Heart Disease (HHD)* aliran oksigen dan nutrisi sedikit dikarenakan adanya gangguan pada sirkulasi jantung (Hadiwardjo dkk, 2020).

4. Gangguan komunikasi verbal b/d Penurunan sirkulasi serebral

Menurut SDKI (2016) diagnosa Gangguan komunikasi verbal memiliki batasan karakteristik : Tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, Afasia, Disfasia, Apraksia, Disleksia, dll. Data yang memperkuat penulis mengangkat Gangguan komunikasi verbal antara lain : TN. P dibantu dalam kebutuhan ADL, Hemiparase pada tangan dan kaki kanan, Kekuatan Otot 3,3/5,5, akral dingin, CRT <2 dtk., terdapat paralisis di nervus cranialis : N.VII SDE , N.XII SDE, Afisia global, GCS:3x5, Foto Thorax 07 Juni 2021 Cardiomegaly, MSCT Kepala 07 Juni 2021 didapatkan hasil ICH di basal ganglia kiri Volume +/- 7,6 cc, deviasi septum nasi kiri (SDKI, 2016).

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena adanya peningkatan suhu tubuh yang terjadi karena proses penyakit stroke (SDKI, 2017).

Penulis menegakkan diagnosa Gangguan komunikasi verbal ini terjadi sebagai respon adanya gangguan neurologi pada pasien *Hipertensive Heart Disease (HHD)*, yang disertai dengan tanda adanya afasia global dan hemiparase sebelah kanan. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa Secara sederhana dari *Hypertensive Heart Disease (HHD)* Mengakibatkan komplikasi yang serius seperti penyakit stroke yang didefinisikan sebagai gangguan pada otak yang terjadi akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan atau pendarahan, dengan gejala lemas/lumpuh sesaat, atau gejala berat sampai kehilangan kesadaran, dan kematian (Junaidi, 2018)

4.3 Intervensi Keperawatan

Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d Edema Serebral penulis mengangkat diagnose Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial meningkat dengan kriteria hasil Tingkat kesadaran meningkat, Tekanan darah membaik, Pola nafas membaik (SLKI, 2018) Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai dengan diagnosa keperawatan yaitu : Identifikasi penyebab TIK, Monitor MAP, Monitor status pernafasan, Monitor intake Output cairan, Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semifowler (posisi setengah duduk 30 derajat), Pertahankan suhu tubuh normal (kompres air di aksila dan dahi), Kolaborasi (melalui IV peridipin pump 6mcg/kg/mnt, manitol 6x 100cc, obat oral amlodipin 10mg dan candesartan 8mg).

Hipertermi b/d proses penyakit dengan tujuan dan kriteria hasil Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan termoregulasi

membaik yang ditandai dengan Takikardi menurun, Konsumsi oksigen meningkat, Pucat menurun, Suhu tubuh membaik (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu Observasi : Monitor suhu tubuh, Monitor kadar elektrolit, Monitor haluran urin, Trapeutik: Longgarkan pakaian, Berikan cairan oral, Lakukan pendinginan eksternal (kompres air dingin aksila, abdomen, dahi, leher), Hindari pemberian antipiretik atau aspirin, Berikan oksigen jika perlu, Anjurkan tirah baring, Kolaborasi: pemberian cairan intra vena bila perlu (SIKI, 2018). Seperti penelitian Handy, 2016 kompres dingin pada daerah tubuh akan memberikan sinyal ke hipotalamus melalui sumsum tulang belakang yang diharapkan akan terjadi penurunan suhu tubuh, sehingga mencapai keadaan normal kembali. Pada penelitian M Rohmah dkk, (2017) jika suhu tubuh diatas normal maka tubuh akan mengalami peningkatan metabolisme selular dan konsumsi oksigen. Detak jantung dan pernafasan meningkat untuk memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh. Metabolisme ini menggunakan energi yang menghasilkan panas tambahan. Jika klien tersebut menderita masalah jantung atau pernafasan, maka demam menjadi berat. Demam dalam jangka panjang akan menghabiskan simpanan energi klien dan membuatnya lemah. Metabolisme yang meningkat membutuhkan oksigen tambahan. Jika tubuh tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen tambahan, maka terjadi hipoksia selular maka dari itu dibutuhkan intervensi pemberian cairan oral dan terapi oksigen jika perlu.

Penulis mengangkat diagnose Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan dengan tujuan dan kriteria hasil Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat.yang ditandai dengan Keluhan lelah

menurun. Dipsnea saat aktivitas menurun Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari. Peasaan lemah menurun. Tekanan darah membaik. EKG Iskemi membaik. (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor pola dan jam tidur Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan. Kolaborasi dengan ahli gizi (SIKI, 2018). Kebutuhan jantung terhadap oksigen dapat ditentukan dari beratnya kerja jantung yaitu kecepatan dan kekuatan denyut jantung. Kegiatan fisik serta emosi menyebabkan jantung bekerja lebih berat sehingga menyebabkan kebutuhan jantung akan oksigen meningkat. Jika arteri menyempit atau tersumbat sehingga aliran darah ke otot tidak dapat memenuhi kebutuhan jantung akan oksigen, maka bisa terjadi kekurangan oksigen maka dari itu pasien harus dibatasi aktivitasnya (Kasron, 2012).

Penulis mengangkat diagnose Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral dengan tujuan dan kriteria hasil Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat, Kemampuan ekspresi wajah tubuh meningkat, Afasia menurun (SLKI, 2018). Intervensi dibuat berdasarkan hasil analisa data serta sesuai diagnose keperawatan yaitu Identifikasi prilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Trapeutik : Gunakan metode komunikasi alternative, Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, Edukasi: Anjurkan berbicara perlahan, Kolaborasi Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis (SIKI, 2018). Apabila hemisfer kanan terganggu

tentunya berdampak pada pemahaman kalimat. Hemisfer kanan tugasnya untuk mengendalikan makna-makna yang terisirat (Sanjaya 2015:54)

Penggunaan eksperesi berbahasa dalam konsep Society 5.0 berpengaruh penting dalam menjalankan kehidupan. Ekspresi digunakan untuk mengkomunikasikan dan mengungkapkan isi pikiran penutur. Adanya hambatan pada penggunaan ekspresi berbahasa pada penderita afasia menjadikan adanya persoalan sosial dalam masyarakat. Pada tanggal 21 Januari telah diresmikan konsep Society 5.0 yang digagas oleh negara Jepang. Society 5.0 adalah konsep teknologi masyarakat yang dipusatkan pada manusia dan dikolaborasikan dengan teknologi yang modern untuk menyelesaikan masalah sosial di dunia maya maupun di dunia nyata. Adiningsih (2019:160)

4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan rencana keperawatan mengacu pada rencana yang telah ditetapkan dalam teori. Namun, penulis tidak dapat melaksanakan semua rencana yang ada pada teori tetapi penulis melaksanakan semua rencana sesuai dengan diagnosa keperawatan pada TN. P dengan kasus Hipertensive Heart Disease (HHD) di Ruang ICCU RSPAL dalam rencana tindakan semua dilaksanakan oleh penulis. Untuk membantu melengkapi tindakan keperawatan maka penulis melihat tindakan yang dilakukan perawat ruangan, penulis melihat dan membaca dibuku laporan tindakan yang ditulis oleh perawat. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai waktu yang telah ditetapkan. Diagnosa keperawatan Hipertermi b/d proses penyakit, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, dan Gangguan Komunikasi verbal.

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah; 1). Jam 11.30 Membina hubungan saling percaya dengan pasien: mengucapkan salam 2) jam 11.40 Mengkaji dan menanyai pasien ingin apa?, 3) jam 11.45 Mengatur posisi head up 30 derajat, 4) jam 12.30 Mengajarkan pasien untuk mobilisasi secara sederhana dengan menggerakkan tangan dan kaki, 5) jam 12.35 Kolaborasi Pemberian cairan infuse PZ 14 tpm Injeksi santagesik 3x1 amp, Injeksi ranitidine 2x1 amp, Amlodipin 5 mg, Candesartan 8 mg, Simvastatin 20 mg, Manitol 20% 5x100cc off lanjut besok, 6) 12.40 Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan aktivitas, 7) 12.45 Memonitor intake dan output cairan. (membuang urin 1050cc), dan menanyai keinginan pasien, 8) 13.00 Memberikan isyarat dengan makanan menawari makan, Memberiann snack pudding habis ½ porsi, 9) 14.00 Memantau aliran oksigen (Hasil: Pasien terpasang oksigen nasal 3lpm), 10) 15.00 Mengidentifikasi respon emosi nonverbal (Hasil: Pasien tampak ingin berbicara), 11) 16.00 Memonitor saturasi oksigen (Hasil: 98%) , 11) 16.30 Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 166/97mmHg, Nadi 97 kali permenit, Suhu 38 derajat selsius, Respirasi 20 kali permenit, 12) 16.35 Memberikan kompres air dingin di dahi dan aksila, 13) 17.00 Memeriksa keluaran urine pasien (Hasil: 500cc warna kuning jernih) 14) 18.00 Memberikan infuse manitol 100cc, 15) 18.30 Injeksi Ranitidin 1 amp perinfus, 16) 18.35 Membantu memberikan makanan pasien dengan cara menyuapi.(habis ¼ porsi), 17) 20.30 Memberikan kolaborasi Amlodipin 5 mg Santagesik 1 amp perinfus Memberikan paracetamol 1 vial.

4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses kontinyu yang terjadi saat melakukan kontak dengan pasien dan penulis menggunakan teori SOAP yaitu S (Subjektif) berisi data pasien melalui anamnesis yang mengungkapkan perasaan langsung, O (Objektif) berisi data yang ditemukan setelah melakukan tindakan, dapat dilihat secara nyata dan dapat diukur, A (assasment) merupakan kesimpulan tentang kondisi pasien setelah dilakukan tindakan dan P (Planning) adalah rancana lanjutan terhadap masalah yang dialami pasien. Pada diagnosa Hipertermi b/d proses penyakit hasil subjektif tidak terkaji dikarenakan adanya kesulitan beerbicara pada pasien, hasil objektif pada pasien hipertermi yaitu tekanan darah 166/97mmHg, Nadi 97x/menit, Suhu 38°C, Respirasi 20x/menit, sehingga dari data objektif tersebut disimpulkan bahwa masalah belum teratasi karena suhu tubuh masih meninggi.

Pada diagnosa intoleransi aktivitas hasil subjektif tidak terkaji dikarenakan adanya kesulitan beerbicara pada pasien, hasil objektif pada pasien yaitu pasien masih tampak lemah tekanan darah 166/97mmHg, Nadi 97x/menit, Suhu 38°C, Respirasi 20x/menit, sehingga dari data objektif tersebut disimpulkan bahwa masalah belum teratasi karena pasien masih tampak lemah.

Pada diagnosa Gangguan komunikasi verbal b/d hasil subjektif tidak terkaji dikarenakan adanya kesulitan beerbicara pada pasien, hasil objektif pada pasien yaitu . Pasien tampak ingin berbicara saat perawat datang, sehingga dari data objektif tersebut disimpulkan bahwa masalah belum teratasi karena pasien masih perlu untuk banyak melatih kemampuan berbicaranya.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan tindakan keperawatan secara langsung pada Tn.P dengan diagnose medis *Hipertensive Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di Ruang ICCU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu tindakan keperawatan pasien dengan diagnosis medis *Heart Disease (HHD)+ Intracerebral Hemorrhage (ICH)*

5.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian pada TN. P didapatkan prioritas utama masalah keperawatan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d Edema Serebral Diperoleh data objektif dari TN P yaitu Tekanan darah 159/86 mmHg Nadi 91x/menit, Respirasi 22x/menit, Suhu 37,6°C, hasil laboratorium 4 Juni 2021 Leukosit =11,73 (4,00-10,00), PCT=0,292 (1,08-2,82), Kalium=2,76 (3,0-5,0), Clorida= 108(95-105), MSCT Kepala 07 Juni 2021 ICH di basal ganglia kiri Volume +/- 7,6 cc
2. Tinjauan Kasus pada *Hipertensive Heart Disease (ICH)+Intracerebral Hemorrhage (ICH)* mengangkat masalah prioritas Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d Edema Serebral yang dimana harus segera diatasi untuk mempertahankan perfusi cerebral agar tidak terjadi komplikasi yang

semakin parah seperti kematian sel otak yang lebih serius akibat peningkatan TIK.

3. Dalam implementasi penulis melakukan Identifikasi penyebab TIK, Monitor MAP, Monitor status pernafasan, Monitor intake Output cairan, Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semifowler (posisi setengah duduk 30 derajat), Pertahankan suhu tubuh normal (kompres air di aksila dan dahi), Kolaborasi (melalui IV peridipin pump 6mcg/kg/mnt, manitol 6x 100cc, obat oral amlodipin 10mg dan candesartan 8mg).
4. Dalam perencanaan penulis melibatkan keluarga dalam menentukan prioritas masalah memilih tindakan yang tepat dalam proses keperawatan HHD. Pada tahap ini intervensi yang dilaksanakan disesuaikan dengan intervensi yang terdapat dalam teori.
5. Tahap pelaksanaan asuhan keperawatan TN. P didasarkan pada perencanaan yang telah disusun penulis bersama klien dan keluarga.
6. Dalam mengevaluasi proses keperawatan pada klien dengan HHD selalu mengacu pada tujuan pemenuhan kebutuhan klien. Hasil evaluasi yang dilakukan selama satu hari menunjukkan semua masalah belum teratasi.

5.2 Saran

1. Disarankan kepada keluarga yang memiliki riwayat penyakit hipertensi untuk mendukung pengobatan hipertensi agar terhindar dari komplikasi yang serius. Seperti ICH dan stroke

2. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien secara komprehensif perlu adanya hubungan kerjasama antara perawat dengan klien, keluarga atau masyarakat serta tenaga kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Abbas, G. *et al.* (2012) "Relationship between transformational leadership style and innovative work behavior in educational institution," *Journal of Behavioural Sciences*, 22, hal. 18–32.
- Ardiansyah, M. (2012) *Medikal Bedah*. Yogyakarta: Diva Press.
- Kowalak (2011) "Penatalaksanaan TB Paru," *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), hal. 1689–1699. Tersedia pada: [http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1362/4/BAB II.pdf](http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1362/4/BAB%20II.pdf).
- Nurarif, a. h. (2015) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis Dan Nanda Nic Noc*. Yogyakarta: medication publishing yogyakarta.
- Oman *et al.* (2008) *Panduan Belajar Keperawatan Emergensi*. EGC.
- SDKI (2016) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1 ed. Jakarta Selatan: PPNI.
- SIKI (2016) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. 1 ed. Jakarta Selatan: PPNI.
- Soemantri, I. (2008) *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Merdeka.
- Udjianti, W. J. (2011) *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.

Lampiran 1

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	CARA PENGOPERASIAN SYRINGE PUMP		
	No. Dokumen :	No Revisi :	Tanggal Ditetapkan :
PENGERTIAN	Syringe Pump adalah suatu alat untuk mengatur kecepatan tetesan obat dengan tepat dan akurat, sehingga obat yang masuk dengan tepat waktu dan dapat di monitor		
TUJUAN	Sebagai pedoman penerapan langkah-langkah pemakaian dan pemeliharaan alat syringe pump		
KEBIJAKAN	Setiap alat digunakan harus di check kelengkapannya, kondisinya baik atau rusak, serta dirawat dengan baik		
PERSIAPAN PERAWAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Memakai masker 3. Mempelajari SOP 		
PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi pasien 2. Jelaskan prosedur tindakan kepada pasien 		
PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Syringe pump 2. Standar infuse 3. Spuit 10cc/20cc/30cc/50cc sesuai medikasi pasien 4. Selang penghubung spuit 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungkan kabel dengan sumber listrik 2. Tekan power ON untuk menghidupkan mesin 3. Pasangan spuit 50cc/20cc/10cc. Yang berisi obat pada alat dan sambungkan pada selang infus pasien 4. Putar tombol sesuai dengan kebutuhan 5. Tekan START 6. Setelah selesai tekan tombol OFF 7. Rapikan kembali alat tempat semula 		