# ASUHAN KEPERAWATAN HYPERTENSION HEART DISEASE (HHD) DI RUANG JANTUNG RSPAL Dr. RAMELAN

**SURABAYA**



**Oleh:**

**Anggraeni Prameswari Putri NIM.182.0004**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA 2021**

# ASUHAN KEPERAWATAN HYPERTENSION HEART DISEASE (HHD) DI RUANG JANTUNG RSPAL Dr. RAMELAN

**SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini di ajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**Anggraeni Prameswari Putri NIM.182.0004**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA 2021**

ii

# SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 14 Juni 2021



# Anggraeni Prameswari Putri

**NIM.182.0004**

iii

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa: Nama : Anggraeni Prameswari Putri

NIM : 182.0004

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan keperawatan *Hypertension Heart Disease* (HHD) di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggapi dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini di ajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

# AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 14 Juni 2021

Pembimbing



Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 03.001

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal : 14 Juni 2021

iv

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Anggraeni Prameswari Putri

NIM : 182.0004

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul : Asuhan Keperawatan Hypertension Heart Disease (HHD) Di Ruang Jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

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

Hari, tanggal : 17 Juni 2021

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

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

Penguji I :Nuh Huda, S.Kep., Ns., M. Kep, Sp.Kep.MB (. )

NIP. 03.020

Penguji II :Christina Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep (. )

NIP. 03.017

Pembimbing : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep ( )

serta Moderator NIP. 03.001

# Mengetahui,

**Stikes Hang Tuah Surabaya Ka Prodi D-III Keperawatan**

**Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes.**

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya Tanggal : 17 Juni 2021

v

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program Ahli Madya Keperawatan. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana pertama TNI dr.Achmad Samsul Hadi, selaku Kepala RSPAL Dr.

Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

1. Laksamana pertama (Purna) Dr.A.V.Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah.
2. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

vi

1. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
2. Nuh Huda, S.Kep., Ns., M. Kep, Sp.Kep.MB selaku penguji I dan Christina Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji II, yang dengan tulus ikhlas juga meluangkan waktu untuk menguji serta memberikan masukan dan kritik yang sangat bermanfaat guna menyempurnakan karya tulis ilmiah ini.
3. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
4. Orang tua saya yang senantiasa memberikan dukungan dan memanjatkan doa untuk saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Serta pihak yang tidak disebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya.

Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baikyang telah membatu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih perlu penyempurnaan, maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah memberikan manfaat terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 14 Juni 2021

Penulis

vii

# DAFTAR ISI

[**COVER**](#_bookmark0)

[SURAT PERNYATAAN](#_bookmark1) [iv](#_bookmark1)i

HALAMAN PERSETUJUAN [iv](#_bookmark2)v

HALAMAN PENGESAHAN [v](#_bookmark3)

[KATA PENGANTAR v](#_bookmark4)i

[DAFTAR ISI ix](#_TOC_250004)

[DAFTAR TABEL x](#_bookmark5)i

[DAFTAR GAMBAR](#_bookmark5) xii

[BAB 1 Pendahuluan](#_bookmark6) [1](#_bookmark6)

* 1. [Latar Belakang](#_bookmark7) [1](#_bookmark7)
	2. [Rumusan Masalah 4](#_bookmark8)
	3. [Tujuan 5](#_bookmark9)
		1. [Tujuan Umum 5](#_bookmark10)
		2. [Tujuan Khusus 5](#_bookmark11)
	4. [Manfaat 6](#_bookmark12)
	5. [Metode Penulisan 6](#_bookmark13)
		1. [Metode 6](#_bookmark14)
		2. [Teknik Pengumpulan Data 7](#_bookmark15)

[BAB 2 Tinjauan Pustaka 10](#_bookmark16)

* 1. [Konsep HHD 10](#_bookmark17)
		1. [Pengertian HHD 13](#_bookmark18)
		2. [Etiologi HHD 13](#_bookmark19)
		3. Tanda dan gejala HHD 14
		4. [Patofisiologi 16](#_bookmark20)
		5. [Komplikasi 18](#_bookmark21)
		6. [Pemeriksaan diagnostic 19](#_bookmark22)
		7. Penatalaksanaan 21
	2. [Asuhan Keperawatan HHD 23](#_bookmark23)
		1. [Pengkajian 23](#_TOC_250003)
		2. [Diagnosa keperawatan](#_bookmark23) [23](#_bookmark23)

ix

* + 1. Rencana Keperawatan SDKI Error! Bookmark not defined.
		2. [Implementasi keperawatan 32](#_TOC_250002)
		3. [Evaluasi keperawatan 29](#_bookmark24)
	1. [Kerangka Masalah HHD 34](#_TOC_250001)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 35](#_bookmark25)

* 1. [Pengkajian 35](#_bookmark26)
		1. [Identitas 35](#_bookmark27)
		2. [Terapi Obat 49](#_bookmark28)
	2. [Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Masalah 52](#_bookmark29)
	3. [Intervensi Keperawatan 54](#_bookmark29)
	4. [Implementasi dan Eavaluasi 57](#_bookmark29)

BAB 4 PEMBAHASAN 65

* 1. [Pengkajian 56](#_bookmark30)
	2. [Diagnosa Keperawatan 67](#_bookmark31)
	3. [Perencanaan 68](#_bookmark32)
	4. [Pelaksanaan 71](#_bookmark33)
	5. [Evaluasi 74](#_bookmark34)

[BAB 5 PENUTUP 76](#_TOC_250000)

* 1. [Simpulan 76](#_bookmark35)
	2. [Saran 77](#_bookmark36)

[DAFTAR PUSTAKA 82](#_bookmark37)

[LAMPIRAN SOP EKG 84](#_bookmark37)

x

# DAFTAR TABEL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabel 2.1 | Klasifikasi Hipertensi ................……….................................... | 8 |
| Tabel 3.1 | Terapi Obat………………………………………...………..….. | 41 |
| Tabel 3.1 | Hasil Laboraturium .......................................…………………... | 42 |
| Tabel 3.2 | Analisa Data……………………………………………………. | 44 |
| Tabel 3.3 | Diagnosa Keperawatan……...………………………………….. | 45 |
| Tabel 3.4 | Intervensi Keperawatan………………………………………… | 46 |
| Tabel 3.5 | Implementai…………………………………………………….. | 49 |

xi

DAFTAR GAMBAR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gambar 2.1 | Anatomi Jantung Manusia…….………..................................... | 9 |
| Gambar 2.3 | Kerangka Masalah HHD............................................................ | 23 |
| Gambar 3.1 | Genogram..................................................…………….....….... | 33 |
| Gambar 3.4 | Hasil pemeriksaan EKG dan Foto Thorax…………….....….... | 43 |
| Gambar | Lampiran SOP EKG …………….....….................................... | 74 |

xii

# BAB 1 PENDAHULUAN

# Latar Belakang

Hipertensi Heart Disease (HHD) adalah istilah yang diterapkan untuk menyebutkan penyakit jantung secara keseluruhan, mulai dari *left ventricle hyperthrophy* (LVH), aritmia jantung, penyakit jantung koroner, dan penyakit jantung kronis, yang disebabkan karena peningkatan tekanan darah, baik secara langsung maupun tidak langsung. *Hypertensive Heart Disease* (HHD) atau sering dikenal penyakit jantung hipertensi adalah suatu penyakit yang berkaitan dengan dampak sekunder pada jantung karena hipertensi sistemik yang lama dan berkepanjangan (Rauf, 2016). HHD adalah istilah yang digunakan secara umum untuk penyakit jantung, seperti LVH (*Left Ventricle Hypertrophy*)(Nurmayanti & Kaswari, 2020). LVH adalah penyakit yang terjadi saat tekanan darah tinggi yang membuat jantung menjadi sulit untuk memompa darah. Sehingga membuat otot jantung yang bekerja secara keras akan tumbuh dan menebal, hal ini akan mengubah fungsi jantung pada ventrikel kiri. LVH ditandai oleh peningkatan massa otot ventrikel kiri dan penyempitan ruang ventrikel kiri (Hasnul et al., 2015).

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyandang hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar orang yang terkena

hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 9,4 juta orang meninggal akibat 1

hipertensi dan komplikasinya (Kemenkes, 2019). Riskesdas 2018 menyatakan Estimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia sebesar 63.309.620 orang, sedangkan angka kematian di Indonesia akibat hipertensi sebesar 427.218 kematian(Purnama & Saleh, 2019). Selama menjalani praktek komprehensif pada bulan april didapatkan pasien dengan prevalensi hipertensi kurang lebih mencapai angka 15-20 pasien yang dirawatinap di R.Jantung RSPAL dr.Ramelan Surabaya.

Jantung menjadi bagian yang sering terkena pengaruh oleh adanya penyakit hipertensi. Pengaruh hipertensi terhadap faal jantung melibatkan fungsi RAAS (*Renin Angiotensin Aldosteron System*). Komponenutama RAAS adalah renin, yang bekerja secara enzimatik pada angiotensinogen untuk melepaskan angiotensin I. Angiotensin I kemudian diubah menjadi angiotensin II, oleh ACE dalamendotelparu. Angiotensin II lalu berikatan pada reseptor angiotensin tipe I (AT-1). Ikatan antara angitensin 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).

Peningkatan tekanan darah secara sistemik meningkatkan resistensi terhadap pemompaan darah dari ventrikel kiri, sehingga beban jantung bertambah. Sebagai akibatnya terjadi hipertrofi ventrikel kiri untuk meningkatkan kontraksi. Hipertrofi ini ditandai dengan ketebalan dinding yang bertambah, fungsi ruang yang memburuk, dan dilatasi ruang jantung. Akan tetapi kemampuan ventrikel untuk mempertahankan curah jantung dengan hipertrofi kompensasi akhirnya terlampaui dan terjadi dilatasi dan payah jantung. Jantung semakin terancam

seiring parahnya aterosklerosis koroner. Angina pectoris juga dapat terjadi karena gabungan penyakit arterial koroner yang cepat dan kebutuhan oksigen miokard yang bertambah akibat penambahan massa miokard. Hipertropi ventrikel kiri merupakan kompensasi jantung menghadapi tekanan darah tinggi ditambah dgn faktor neurohormonal yg ditandai oleh penebalan otot jantung (*hipertropi konsentrik*). Fungsi diastolik mulai terganggu akibat dari gangguan relaksasi ventrikel kiri, kmd disusul oleh dilatasi ventrikel kiri (*hipertropi eksentrik*). Iskemia miokard (*asimptomatik, angina pektoris, infark* jantung dll) dapat terjadi karena kombinasi akselerasi proses *aterosklerosis* dgn peningkatan kebutuhan oksigen miokard akibat dari hipertrofi ventrikel kiri ( hvk ). *Hvk, iskemi miokard*, dan gangguan fungsi endotel merupakan faktor utama kerusakan miosit pada hipertensi. Dampak yang ditimbulkan kemudian akan timbul beberapa masalah keperawatan diantaranya penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan *afterload*, gangguan pertukaran gas bd perubahan membran *alveolus* kapiler (Transudasi cairan interstitial paru cairan masuk ke alveoli), nyeri akut bd agen pencidera fisiologis ( kerja *myoakard* meningkat), intolerin aktifitas bd ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, defisit pengerahuan bd kurang terpaparnya informasi. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Pencegahan terhadap terjadinya komplikasi tersebut membutuhkan tatalaksana yang tepat secara farmakologi maupun non- farmakologi. Seringkali penderita gagal dalam pengobatan karena ketidak-mampuannya dalam memodifikasi gaya hidup. Hal tersebut menunjukkan bahwa perawat harus menatalaksana pasien secara holistic dari berbagai aspek. Tidak hanya

memastikan pasien meminum obat dengan benar, tetapi juga memastikan pasien memiliki situasi yang kondusif untuk membentuk gaya hidup sehat.

Peran Perawat dalam mengatasi penyakit HHD sangatlah penting. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan pada pasien. Salah satu hal yang sering diabaikan adalah memberikan edukasi atau pendidikan kesehatan secara menyeluruh. Pendidikan kesehatan kepada penderita dan keluarganya akan sangat berarti bagi pasien, terutama bagaimana sikap dan tindakan, serta cara untuk membentuk dan mempertahankan gaya hidup sehat. Oleh karena itu, penulis mengangkat kasus “Asuhan keperawatan *Hypertension Heart Disease* (HHD) diruang jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya”.

# Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan *Hypertension Heart Disease* (HHD) dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan *Hypertension Heart Disease* (HHD)?”.

# Tujuan

# Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan *hypertension heart disease* (HHD) di ruang jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

# Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan *hypertension heart disease* (HHD) di ruang jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnose keperawatan pasien dengan *hypertension heart disease*

(HHD) di ruang jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

1. Merencanakan asuhan keperawatan hypertension heart disease (HHD) di ruang jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
2. Melaksanakan asuhan keperawatan pasien *hypertension heart disease* (HHD) di ruang jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
3. Mengevaluasi pasien dengan *hypertension heart disease* (HHD) di ruang jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
4. Mendokumentasikan asuhan keperawatan *hypertension heart disease* (HHD) di ruangjantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

# Manfaat

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

# Akademis

Hasil karya ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pasien dengan HHD.

# Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:

1. Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan *hypertension heart disease* (HHD).

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat mejadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan *hypertension heart disease* (HHD).

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman lebih baik tentang asuhan keperawatan *hypertension heart disease* (HHD).

# Metode Penulisan

# Metode

Metode penulisan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dimana penulis mendeskriptifkan atau menggambarkan tentang asuhan keperawatan *hypertension heart disease* (HHD) di ruangjantung RSPAL

Dr.Ramelan Surabaya dengan pendekatan proses keperawatan wawancara, observasi dan hasil pemeriksaan penunjang.

# Teknik Pengumpulan Data

1. **Wawancara**

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien Ny.W, keluarga yang bertanggung jawab dari pasien Ny.W, maupun senior perawat yang ada di ruangan serta mendengarkan ketika dokter penanggung jawab sedang *visite* pada ruangan.

# Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan yang telah saya amati tentang tanda tanda gejala serta keluhan keluhan pasien Ny.W.

# Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang telah di lakukan oleh Ny. W yaitu analisa lab darah lengkap, analisa gas darah, CXR, dan juga EKG .

# Sumber Data

**1. Data Primer dan Sekunder**

Saya mendapatkan beberapa data langsung dari pasien Ny.W yang berdampak maupun merupakan tanda gejala yang dapat di rumuskan untuk memenuhi atau memutuskan diagnosa, intervensi dan implementasi yang akan di lakukan pada pasien Ny.W.

# Studi Kepustakaan

Saya mendapatkan beberapa pustaka dari jurnal ilmiah, baik buku serta pedoman 3S yang dapat menjadi pedoman untuk melakukan asuhan keperawatan *hypertension heart disease* (HHD) di ruangjantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

# 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, berisi tentang latar belakang maalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan *hypertension heart disease* (HHD) di ruang jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya , serta kerangka masalah.

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

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang hubungan teori dengan kasus. BAB 5 : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran SOP pemeriksaan atau rekam EKG yang telah saya lakukan di ruangan.

# BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini menguraikan secara teoritis mengenai penyakit *Hypertension heart disease* (HHD) dan asuhan keperawatan *Hypertension heart disease* (HHD)

. Dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

* 1. **Konsep *Hypertension Heart Disease* (HHD****)**
		1. **Pengertian *Hypertension Heart Disease* (HHD)**

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya diatas 90 mmHg. Hipertensi dikategorikan ringan apabila tekanan diastoliknya antara 95 – 104 mmHg, hipertensi sedang jika tekanan diastoliknya antara 105 dan 114 mmHg, dan hipertensi berat bila tekanan diastoliknya 115 mmHg atau lebih. Pembagian ini berdasarkan peningkatan tekanan *diastolic* karena dianggap lebih serius dari peningkatan sistolik. Hipertensi adalah tekanan darah tinggi atau istilah kedokteran menjelaskan hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi gangguan pada mekanisme pengaturan tekanan darah (Mapagerang & Alimin, 2018).

*Hipertensi Heart Disease* (HHD) adalah istilah yang diterapkan untuk menyebutkan penyakit jantung secara keseluruhan, mulai dari *left ventricle hyperthrophy* (LVH), aritmia jantung, penyakit jantung koroner, dan penyakit jantung kronis, yang disebabkan karena peningkatan tekanan darah, baik secara langsung maupun tidak langsung. *Hypertensive Heart Disease* (HHD) atau sering

10

dikenal penyakit jantung hipertensi adalah suatu penyakit yang berkaitan dengan dampak sekunder pada jantung karena hipertensi sistemik yang lama dan berkepanjangan (Rauf, 2016).

# Anatomi Fisiologis

Gambar 2.1 Anatomi Jantung Manusia



(Khairuzzaman, 2016)

Sistem peredaran darah manusia terdiri atas jantung, pembuluh darah, dan saluran limfe. Jantung merupakan organ penting yang memompa darah dan memelihara peredaran melalui saluran tubuh. Arteri membawa darah dari jantung,Vena membawa darah ke jantung. Kapiler menggabungkan arteri dan vena, terentang diantaranya dan merupakan jalan lalu lintas antara makanan dan bahan buangan. Disini juga terjadi pertukaran gas dalam cairan ekstra seluler atau intershil. Saluran limfe mengumpulkan, menggiring dan menyalurkan kembali kedalam limfenya yang dikeluarkan melalui kapiler halus

untuk membersihkan jaringan. Saluran limfe ini juga dapat dianggap menjadi bagian sistem peredaran(Monica et al., 2019).

Denyut arteri adalah suatu gelombang yang teraba pada arteri bila darah dipompa keluar jantung. Denyut ini mudah diraba ditempat arteri temporalis di atas tulang temporal atau arteri dorsalis pedis di belokan mata kaki. Kecepatan denyut jantung dalam keadaan sehat berbeda-beda, dipengaruhi penghidupan, pekerjaan, makanan, umur dan emosi. Irama dan denyut sesuai dengan siklus jantung jumlah denyut jantung 70 berarti siklus jantung 70 kali per menit.

Tekanan darah sangat penting dalam sirkulasi darah dan selalu diperlukan untuk daya dorong yang mengalirkan darah didalam arteri, arteriola, kapiler dan sistem vena sehingga darah didalam arteri, *arteriola*, kapiler dan sistem vena sehingga terbentuk aliran darah yang menetap. Jantung bekerja sebagai pemompa darah dapat memindahkan darah dari pembuluh vena ke pembuluh arteri. Pada sirkulasi tertutup aktivitas pompa jantung berlangsung dengan cara mengadakan kontraksi dan relaksasi sehingga menimbulkan perubahan tekanan darah dan sirkulasi darah. Pada tekanan darah didalam arteri kenaikan arteri pada puncaknya sekitar 120 mmHg tekanan ini disebut tekanan stroke. Kenaikan ini menyebabkan aorta mengalami distensi sehingga tekanan didalamnya turun sedikit. Pada saat *diastole* ventrikel, tekanan aorta cenderung menurun sampai dengan 80mmHg. Tekanan ini dalam pemeriksaan disebut dengan tekanan diastole (Zakaria et al., 2019).

Kecepatan aliran darah bergantung pada ukuran palung dari pembuluh darah. Darah dalam aorta bergerak cepat, dalam arteri kecepatan berkurang dan

sangat lambat pada kapiler, dalam arteri kecepatan berkurang dan sangat lambat pada kapiler. Faktor lain yang membantu aliran darah ke jantung maupun gerakan otot kerangka mengeluarkan tekanan diatas vena, gerakkan yang dihasilkan pernafasan dengan naik turunnya diafragma yang bekerja sebagai pemopa, isapan yang dikeluarkan oleh atrium yang kosong sewaktu diastole menarik darah dari vena dan tekanan darah arterial mendorong darah maju. Perubahan tekanan nadi pengaruhi oleh faktor yang mempengaruhi tekanan darah, misalnya pengaruh usia dan penyakit *arteriosklerosis*. Pada keadaan *arterio sklorosis*, olasitias pembuluh darah kurang bahkan menghilang sama sekali, sehingga tekanan nadi meningkat (Irawati, 2015).

Kecepatan aliran darah dibagian tengah dan pada bagian tepi (ferifer) yang dekat dengan permukaan bagian dalam dinding arteri adalah sama, aliran bersifat sejajar yang konsentris dengan arah yang sama jika dijumpai suatu aliran darah dalam arteri yang mengarah kesegala jurusan sehingga memberikan gambaran aliran yang tidak lancar. Keadaan dapat terjadi pada darah yang mengatur melalui bagian pembuluh darah yang mengalami sumbatan atau *vasokonstriksi*.

# Etiologi HHD

*Hypertensive Heart Disease* (HHD) adalah suatu penyakit yang berkaitan dengan dampak sekunder pada jantung karena hipertensi sistemik yang lama dan berkepanjangan. HHD merujuk pada suatu keadaan yang disebabkan oleh peningkatan tekanan darah (hipertensi). Hipertensi yang berkepanjangan dan tidak terkendali dapat mengubah struktur miokard, pembuluh darah dan system

konduksi jantung. Perubahan-perubahan ini dapat mengakibatkan komplikasi berupa Left *Ventricle Hypertrophy* (LVH), penyakit arteri koroner, gangguan system konduksi jantung, disfungsi sistolik dan diastolic miokard yang akan bermanifestasi klinis sebagai angina (nyeri dada), infark miokard, aritmia jantung (terutama fibrilasi atrium) dan gagal jantung kongestif(Rauf, 2016)

# Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi menurut(Santoni et al., 2020), secara klinis derajat hipertensi dapat dikelompokkan sesuai dengan rekomendasi dari “*The Sixth Report of The Join National Committee, Prevention, Detection and Treatment of High Blood Pressure* “ sebagai berikut :

Tabel 2.1.4 Klasifikasi Hipertensi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Kategori | Sistolik (mmHg) | Diastolik (mmHg) |
| 1. | Optimal | <120 | <80 |
| 2. | Normal | 120-129 | 80-84 |
| 3. | High Normal | 130-139 | 85-89 |
| 4. | Hipertensi |  |  |
|  | Grade 1 (ringan) | 140-159 | 90-99 |
|  | Grade 2 (sedang) | 159-179 | 100-109 |
|  | Grade 3 (berat) | 180-209 | 100-119 |
|  | Grade 4 (sangat berat) | >210 | >120 |

(P2PTM Kemenkes RI, 2018)

# Tanda Gejala

Tanda gejala hipertensi menurut (Santoni et al., 2020), hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu :

1. Hipertensi essensial (hipertensi primer)

Hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Faktor tersebut adalah sebagai berikut(Dubu, 2019) :

* 1. Faktor keturunan

Dari data statistic terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

* 1. Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah:

* + 1. Umur ( jika umur bertambah maka TD meningkat.
		2. Jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan).
		3. Ras (raskulit hitam lebih banyak dari kulit putih)

b. Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah:

1. Konsumsi garam yang tinggi (melebihidari 30 gr).
2. Kegemukan atau makan berlebihan.
3. Stress.
4. Merokok.
5. Minum alcohol.
6. Minum obat-obatan (*ephedrine, prednison, epineprin*)
7. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang di sebabkan oleh penyakit lain.
	1. Ginjal : *Glomerulonefritis, Pielonefritis, Nekrosis tubular* akut, Tumor.
	2. Vascular : *Aterosklerosis, Hiperplasia, Trombosis, Aneurisma*, Emboli kolestrol, *Vaskulitis*.
	3. Kelainanendokrin : DM, Hipertiroidisme, Hipotiroidisme.
	4. Saraf : Stroke, *Ensepalitis*, SGB.
	5. Obat – obatan : Kontrasepsi oral, Kortikosteroid.
8. Hipertensi orang dewasa dan lansia

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :

* 1. Elastisitas dinding aorta menurun.
	2. Katub jantung menebal dan menjadi kaku.
	3. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
	4. Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
	5. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.
	6. Sebab utama dari *hipertensi heart disease* adalah hipertensi yang berlangsung kronis.

# Patofisiologi

Penyulit utama pada penyakit jantung hipertensif adalah hipertrofi ventrikel kiri yang terjadi sebagai akibat langsung dari peningkatan bertahap

tahanan pembuluh darah perifer dan beban akhir ventrikel kiri. Faktor yang menentukan *hipertrofi ventrikel* kiri adalah derajat dan lamanya peningkatan *diastole*. Pengaruh beberapa faktor humoral seperti rangsangan simpato-adrenal yang meningkat dan peningkatan aktivasi *system renin-angiotensin-aldosteron* (RAA) belum diketahui, mungkin sebagai penunjang saja. Fungsi pompa ventrikel kiri selama hipertensi berhubungan erat dengan penyebab hipertrofi dan terjadinya aterosklerosis primer.

Pada stadium permulaan hipertensi, *hipertrofi* yang terjadi adalah difus (konsentrik). Rasio massa dan volume akhir *diastolic* ventrikel kiri meningkat tanpa perubahan yang berarti pada fungsi pompa efektif ventrikel kiri. Pada stadium selanjutnya, karena penyakir berlanjut terus, hipertrofi menjadi tak teratur, dan akhirnya *eksentrik*, akibat terbatasnya aliran darah koroner. Khas pada jantung dengan *hipertrofi eksentrik* menggambarkan berkurangnya rasio atara massa dan volume, oleh karena meningkatnya volume *diastolic* akhir. Hal ini di perlihatkan sebagai penurunan secara menyeluruh fungsi pompa (penurunan fraksi ejeksi), peningkatan tegangan dinding ventrikel pada saat sistol dan konsumsi oksigen otot jantung. Hal-hal yang memperburuk fungsi mekanik ventrikel kiri berhubungan erat bila disertai dengan penyakit jantung koroner (Rauf, 2016).

Walaupun tekanan perfusi koroner meningkat, tahanan pembuluh koroner juga meningkat. Jadi cadangan aliran darah koroner berkurang. Perubahan- perubahan hemodinamik sirkulasi koroner pada hipertensi berhubungan erat

dengan derajat hipertrofi otot jantung. Ada 2 faktor utama penyebab penurunan cadang analiran darah koroner, yaitu :

1. Penebalan arteri koroner, yaitu bagian dari hipertrofi umum otot polos pembuluh darah *resistensi arteriol* (*arteriolar resistance vessels*) seluruh badan. Kemudian terjadi retensi garam dan air yang mengakibatkan berkurangnya compliance pembuluh-pembuluh ini dan mengakibatkan tahanan perifer
2. Hipertrofi yang meningkat mengakibatkan kurangnya kepadatan kepiler per unit otot jantung bila timbul *hipertrofieksentrik*. Peningkatan jarak difusi antara kapiler dan serat otot yang hipertrofik menjadi factor utama pada stadium lanjut dari gambaran hemodinami kini.

Jadi, factor koroner pada hipertensi berkembang menjadi akibat penyakit, meskipun tampak sebagai penyebab patologis yang utama dari gangguan aktifitas mekanik ventrikel kiri

# Komplikasi

Meningkatnya tekanan darah seringkali merupakan satu-satunya gejala pada hipertensiessensial. kadang-kadang hipertensiessensial berjalan tanpa gejala dan baru timbul gejala setelah komplikasi pada organ sasaran seperti pada ginjal, mata,otak, dan jantung. Gejala-gejala seperti sakit kepala, mimisan, pusing, migraine sering ditemukan sebagai gejala klinis hipertensiessensial.

Pada *survey* hipertensi di Indonesia tercatat gejala-gejala sebagai berikut : pusing, mudah marah, telinga berdengung, mimisan(jarangan), sukar tidur, sesak nafas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, dan mata berkunang-kunang.

Gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai adalah Gangguan penglihatan, gangguan saraf, gagal jantung, gangguan fungsi ginjal, gangguan serebral (otak), yang mengakibatkan kejang dan pendarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan, gangguan kesadaran hingga koma, sebelum bertambah parah dan terjadi komplikasi serius seperti gagal ginjal, serangan jantung, stroke, lakukan pencegahan dan pengendalian hipertensi dengan merubah gaya hidup dan pola makan. Beberapa kasus hipertensi erat kaitannya dengan gaya hidup tidak sehat. Seperti kurang olah raga, stress, minum-minuman, beralkohol, merokok, dan kurang istirahat. Kebiasaan makan juga perlu di waspadai. Pembatasan asupan natrium (komponen utama garam), sangat disarankan karena terbukti baik untuk kesehatan penderita hipertensi. (Rauf, 2016)

Dalam perjalannya penyakit ini termasuk penyakit kronis yang dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi antara lain:

1. Stroke.
2. Gagal jantung.
3. Gagal ginjal.
4. Gangguan pada mata.

# Pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan penunjang untuk pasien Hipertensi Heart Disease (HHD),

yaitu:

1. Riwayat dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh.
2. Pemeriksaan retina.
3. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan jantung.
4. EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri.
5. Urinalisa untuk mengetahui protein dalamurin, darah, glukosa.
6. Pemeriksaan; *renogram, pielogramintravena arteriogram renal*, pemeriksaanfungsi.
7. Ginjal terpisah dan penentuan kadar urin.
8. Foto dada dan CT scan.

Pada foto thorak posisi posterior anterior pasien *hiperthrophy konsentrik*, besar jantung dalam batas normal. Pembesaran jantung kiri terjadi bila sudah ada dilatasi ventrikel kiri. Terdapat stenosis aorta padahipertensi yang kronik dan tanda-tanda bendungan pembuluh paru pada stadium payah jantung hipertensi.

Pemeriksaan laboratorium darah rutin yang diperlukan adalah pemeriksaan ureum dan kreatinin untuk menilai fungsi ginjal, dan pemeriksaan elektrolit.

Pada pemeriksaan EKG akan ditemukan tanda-tanda *hypertrophy* ventrikel kiri. Pemeriksaan *Ekokardiografi* dapat mendeteksi *hypertrophy* ventrikel kiri secara dini yang mencakup kelainan anatomic danfungsional jantung. Perubahan yang dapat dilihat adalah: Tanda-tanda hiper sirkulasi pada stadium dini, *Hipertrophy* yang konsentrik maupun yang eksentrik, Dilatasi venterikel yang dapat merupakan tanda-tanda payah jantung, serta tekanan akhir *diastolic* ventrikel kiri yang meningkat, Tanda-tanda iskemik pada stadium lanjut.

# Penatalaksanaan

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, yaitu:

1. 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. Rendah garam, beberapa studi menunjukan bahwa diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Dengan pengurangan komsumsi garam dapat mengurangi stimulasi system renin- angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi.Jumlah intake sodium yang dianjurkan 50–100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
	2. Diet tinggi potassium, dapat menurunkan tekanan darah tapi mekanisme nya belum jelas. Pemberian Potassium secara intra vena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh nitric oxide padadinding vascular.
	3. Diet kaya buah dan sayur.
	4. Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.
	5. Tidak mengkomsumsi Alkohol.
1. Olahraga teratur

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan dapat memperbaiki keadaan jantung. Olaharaga 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 dinjurkan untuk menurunkan tekanan darah.

1. 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) sangatdianjurkan. Penurunan berat badan dengan menggunakan obat-obatan perlu menjadi perhatian khusus karena umumnya obat penurun berat badan yang terjual bebas mengandung simpatomimetik, sehingga dapat meningkatan tekanan darah, memperburuk angina atau gejala gagal jantung dan terjainya eksaserbasi aritmia. Menghindari obat-obatanseperti NSAIDs, simpatomimetik, dan MAO yang dapat meningkatkan tekanan darah atau menggunakannya dengan obat anti hipertensi.

1. Farmako terapi

Pengobatan hipertensi atau penyakit jantung hipertensi dapat menggunakan berbagai kelompok obat anti hipertensi 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 anti hipertensi untuk mencapai tekanan darah yang diinginkan.

# Asuhan Keperawatan HHD

# Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan, merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentivikasi status kesehatan pasien. Pasien dikaji saat memasuki sistem pemberian layanan kesehatan, tujuan dari tahap pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasarpasien. Tahap pengkajian adalah tahap utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu dalam merumuskan diagnosis keperawatan diperlukan pengkajian yang akurat, lengkap dan sesuai dengan kenyataan agar dapat memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu sesuai dengan standar praktik keperawatan ANA(Runiari, 2010).

* + - 1. Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan factor utama yang mendorong pasien mencari pertolongan atau berobat ke rumah sakit. Biasanya pada pasien dengan hipertensi didapatkan keluhan berupa sakit kepala/pusing.

* + - 1. Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya pada pasien dengan hipertensi didapatkan keluhan pusing, tengkuk bagian belakang terasa berat, mata berkunang-kunang. Adanya riwayat merokok dan alkohol.

* + - 1. Riwayat Penyakit Dahulu

Perlu ditanyakan apakah pasien pernah menderita penyakit seperti hipertensi, jantung, dan penyakit ginjal. Hal ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya faktor predisposisi.

* + - 1. Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu ditanyakan apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit- hipertensi,

* + - 1. Pemeriksaan Fisik B1-B6
				1. B1: Breathing

Dipnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, takipnea, penggunaan otot pernafasan, bunyi nafas tambahan (krakels/mengi).

* + - * 1. B2: Blood

Kulitpucat, sianosis, diforesis (kongesti, hipoksemia). Kenaikan tekanan darah, hipertensi postural (mungkin berhubungan dengan regimen obat),takikardi, bunyijantungterdengar S2 pada dasar, S3

(CHF dini), S4 (pengerasan ventrikel kiri/hipertropi ventrikel kiri. Murmur stenosis valvurar. Desiran vascular terdengar diatas diatas karotis, femoralisatau epigastrium (stenosis arteri). DVJ (distensi vena jugularis).

* + - * 1. B3: Brain

Keluhan pening atau pusing, GCS 4-5-6.

* + - * 1. B4: Blader

Adanya infeksi pada gangguan gijal, ada nyari wayat gangguan (susah bak, sering berkemih pada malam hari).

* + - * 1. B5: Bowel

Biasanya terjadinya penurunan nafsu makan.

* + - * 1. B6: Bone

Kelemahan, letih, ketidakmampuan mempertahankan kebiasaan rutin.

* + - 1. Riwayat psikososial dan spiritual
				1. Riwayat Psikososial

Gejala Riwayat kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, marah kronik, *factor stress multiple*. Tanda Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak, gerak tangan empati, muka tegang, gerak fisik, pernafasan menghela nafas, penurunan pola bicara.

* + - * 1. Riwayat Spiritual

Pada riwayat spiritual bila dihubungkan dengan kasus hipertensi belum dapat diuraikan lebih jauh, tergantung dari dan kepercayaan masing-masing individu.

* + - 1. Aktivitas sehari-hari
				1. Aktivitas

Gejala : Kelemahan, letih nafas pendek, gaya hidup monoton. Tanda : Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung,

*tachypnea*.

* + - * 1. Eliminasi

Gejala : Gejala ginjal saat ini atau yang lalu (misalnya: infeksi, Obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa lalu).

* + - * 1. Makanan dan cairan

Gejala : Makanan yang disukai mencakup makanan tinggi

garam, lemak, kolesterol serta makanan dengan kandungan tinggi kalori.

Tanda : Berat badan normal atau obesitas.

Adanya edema, kongesti vena, distensi vena jugulalaris, glikosuria.

* + - 1. Pemeriksaan diagnostik
				1. BUN / kreatinin : Memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
				2. Kalsium serum : Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.
				3. Urinalisa : Darah, protein, glukosa sangat mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.
				4. EKG : Dapat menunjukkan perbesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi.
			2. Penatalaksanaan
				1. Pengobatan non farmakologis dapat berupa penurunan berat badan dan diet rendah garam.
				2. Pengobatan farmakologis untuk regresi hipertrofi ventrikel kiri pada hipertensi berdasarkan penelitian yang didapatkan ACE inhibitor, beta- blocker, antagonis kalsium dan diuretic mengurangi massa ventrikel kiri dan ternyata ACE *inhibitor* menunjukkan pengobatan yang paling efektif.

# Diagnosa Keperawatan

* + - 1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, Iskemia miokard, hipertropi ventricular dd

Do : tekanan darah meningkat / menurun, PVR (*pulmonary vascular*)meningkat/menurun, SVR(*systemic vascular resistance*) meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah, CRT> 3 s, warna kulit pucat(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017a)

(SDKI, hal 34)

* + - 1. Gangguan pertukaran gas bd perubahan membran alveolus kapiler (Transudasi cairan interstitial paru cairan masuk ke alveoli) dd

Ds : *dispnea,* pusing , penglihatan kabur

Do : *takikardi* (nadi tinggi), sianosis, diaforesis, gelisah, polanafas abnormal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017a)

(SDKI, hal 22)

* + - 1. Nyeri akut bd agen pencidera fisiologis ( kerja *myoakard* meningkat) dd

Ds : pasien mengeluh nyeri

Do : tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tensi darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah (SDKI, hal 172)

* + - 1. Intolerin aktifitas bd ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dd

Ds : mengeluh lelah, dipsnea saat aktivitas, merasa lemah

Do : tekanan darah berubah> 20% dari kondisi istirahat, gambaran ekg iskemia

(SDKI, hal 128)

* + - 1. Defisit Pengerahuan bd kurang terpaparnya informasi dd Ds : menanyakan masalah yang di alami

Do : menunjukan perilaku yang tidak sesuai anjuran, menunjukan presepsi yang keliru, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat.

(SDKI, hal 246)

# Rencana Keperawatan SDKI

Tabel 2.2 Konsep Rencana Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan (SLKI)** | **Intervensi (SIKI)** |
| 1. | Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventricular ddDo :1. tekanan darah meningkat/menurun
2. PVR *(pulmonary vascular*) meningkat/menurun
3. SVR (systemic vascular resistance) meningkat/menurun
4. Nadi perifer teraba lemah
5. CRT> 3 *sekon*
6. Warna kulit pucat
 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan Curah jantung meningkat, dengan criteria hasil(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017) :1. Palpitasi menurun
2. Bradikardi menurun
3. Lelah menurun
4. Tekanan darah membaik
5. Gambaran aritmia menurun
6. CRT membaik
7. Batuk menurun
8. Hepatomegali menurun
 | Perawatan Jantung (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017) Observasi :1. Idenvikasi Tanda gejala primer penurunan curah jantung
2. Monitor Tekanan darah
3. Monitor Aritma
4. Teapeutik :
5. Posisima semi flower – berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress
6. Kolaborasi :
7. Kolaborasikan pemberian antiaritma (bila perlu)
 |
|  | (Sdki,34\_2017) | SIKI\_152 |
| 2. | Gangguan pertukaran gas bd perubahan membran alveolus kapiler (Transuda sicairan interstitial paru cairan masuk ke alveoli) ddDs :1. Dispnea
2. Pusing
3. Penglihatan kabur
 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tingkat Pertukaran gas Meningkat, dengan kriteria hasil:1. Dispnea menurun
2. Pusing menurun
3. Pco2 Membaik
4. Pola nafas membaik
 | Pemantauan respirasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)1. Monitor frekuensi, irama , kedalaman dan upaya nafas
2. Monitor polanafas
3. Memonitor terapi oksigen
4. Dokumentasi hasil pemantauan.
 |
|  | Do :1. Takikardi (nadi tinggi)
2. Sianosis
 | SLKI\_144 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Diaforesis
2. Gelisah
3. Pola nafas abnormal

SDKI\_22 |  | SIKI\_247 |
| 3. | Nyeri akut bd agen pencidetafisiologis ( kerja myoakard meningkat) ddDs :1. Pasien mengeluh nyeriDo :1. Tampak meringis
2. Gelisah
3. Frekuensi nadi meningkat
4. Sulit tidur
5. Tensi darah meningkat
6. Pola nafas berubah
7. Nafsu makan berubah
 | Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun Dengan keteria hasil :1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis kesakitan menurun
3. Perasaan tertekan menurun
4. Perineum terasa tertekan menurun SLKI\_ 145
 | Manajemen nyeri1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Memonitor efek samping penggunaan analgesic
4. Berikan non farmalogis untuk mengurangi rasa nyeri
5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
6. Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat.

SIKI\_201 |
|  | SDKI\_172 |  |  |
| 4. | Intolerin aktifitas bd ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ddDs :1. Mengeluh lelah
2. Dipsnea saat aktivitas
3. Merasa lemah
 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan Toleransi Aktivitasmeningkat, dengan criteria hasil:1. Frekuensi nadi meningkat
2. Saturasi oksigen meningkat
3. Keluhan lelah menurun
4. Aritma saat aktifitas menurun
5. Tekanan darah membaik
6. EKG membaik Iskemiamembaik
 | Management energi1. Idenfikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelemahan
2. Monitor kelemahan fisik
3. Monitor jam tidur
4. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan
 |
|  | Do :1. Tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat | SIKI\_176 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2. Gambaran ekg iskemiaSDKI\_128 | SLKI\_149 |  |
| 5. | Defisit Pengerahuan bd kurang terpaparnya informasi ddDs :1. menanyakan masalah yang di alamiDo :1. menunjukan perilaku yang tidak sesuai anjuran
2. menunjukan presepsi yang keliru
3. menjalani pemeriksaan yang tidak tepat.

SDKI\_246 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil :1. Perilaku sesuai anjuran meningkat.
2. Kemampuan menjelaskan topik meningkat
3. Presepsi tentang masalah yang di hadapi meningkat.
4. Presepsi yang keliru menurun
5. Menjalani perilaku yang tidak tepat menurun.
 | Edukasi kesehatanObservasi :1. Idenfikasi kesiapan kemampuan menerima informasi
2. Idenfikasi faktor yang dapat menaikan tingkat pengetahuan.

Terapeutik :1. Sediakan materi dan media pendidikan.
2. Berikan kesempatan untuk bertanya
 |
|  |  |  | Edukasi :1. Ajarkan stategi pola hidup yang sehat dan benar. |

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017b) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017)

# Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan keriteria hasil yang diharapkan oleh pasien atau perawat. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang sepesifik(Moi et al., 2019)

Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada pasien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak – hak dari apsien serat dalam memahami tingkat perkembanagn pasien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat dua jenis tindakan, yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Sebagai profesi, perawat mempunyai kewenangan dan tanggung jawab dalam menentukan asuhan keperawatan. (Hidayat, 2007).

# Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau melanjutkan rencana (Damanik et al., 2020).

Jenis evaluasi ada 2 yaitu evaluasi fornmatif dan evaluasi sumatif.

1. Evaluasi proses (formatif)

Tipe evaluasi ini adalah aktifitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan tindakan keperawatan, evaluasi proses harus dilakukan segera

setelah perencanaan keperawatan dilakasanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan

1. Evaluasi hasil (sumatif)

Evaluasi hail adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir tindakan kepearawatan secara sempurna

1. Dokumentasi

Perawat mendokumentasikan hasil yang telah atau belum dicapai pada *“medical record”* penggunaan istilah yang tepat perlu ditekankan penulisannya untuk menghindari salah persepsi penulisan dalam menyusun tindakan keperawatan lebih lanjut sudah tercapai atau tidak evaluasi dicatat bentuk S,O,A,P

# KERANGKA MASALAH HHD

Transudasi cairan interstitial

Pemenuhan O2 nutrisi

Tekanan atrium kiri meningkat

Suplai O2 dan nutrisi ke

jaringan menurun

Volume sekuncup Volume residu

Nyeri dada

Aktivitas terganggu

Oedema paru

Kerja myokard meningkat

Pembentukan ATP tergangu

Hiperthopy ventrikel kiri jantung (LVH)

Gambar 2.3 Kerangka Masalah HHD

Penurunan curah jantung

(SDKI, hal 34)

Defisit Pengetahuan

(SDKI, hal 246)

Ketidakfahaman akan penyakit yang di derita

Hipertensi heart disease (HHD)

Hipertensi





Cairan masuk alveoli

kelelahan

Myokard iskemik

(Dubu, 2019), (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

**Gangguan pertukaran gas**

(SDKI, hal 22)

**Nyari akut**

(SDKI, hal 172)

**Intoleransi aktivitas**

(SDKI, hal 128)

Sesak

# BAB 3 TINJAUAN KASUS

Pada bab ini memberi gambaran mengenai penyakit *Hypertension heart disease* (HHD) dan asuhan keperawatan *Hypertension heart disease* (HHD) . Yang telah diamati pada tanggal 01 Mei 2021 di RSPAL dr.Ramelan Surabaya. Paisen telah MRS pada hari ke – 8. Anamnesa yang diperoleh dari rekam medik No.64.12.xx adalah sebagai berikut.

# Pengkajian

* + 1. **pengumpulan d****ata**
1. **Identitas**

Pasien bernama Ny.W dengan jenis kelamin perempuan, berusia 45 tahun, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, beragama islam, suku bangsa jawa, pendidikan terakhir adalah S1, dan alamat pasien di Surabaya. Pasien sudah menikah mempunyai 1 anak laki-laki. Pasien tinggal bersama Ayah kandung pasien, suami dan anaknya. Penanggung jawab di rumah sakit adalah anak kandung dari pasien.

Nama : (Ny.W) Suku Bangsa: Jawa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| JenisKelamin | : Perempuan | Pendidikan | : S1 |
| Umur | : 45 tahun | Pekerjaan | : IRT |
| Agama | : Islam | Pgg jwb | : Ny.D |
| Status | : Menikah |  |  |
| Alamat | : Surabaya |  |  |

35

# Keluhan Utama :

Pasien datang dengan keluhan sesak nafas dan nyeri yang menjalat ke ulu hati.

# Riwayat Penyakit Sekarang :

Pasien datang dari UGD RSPAL dr.Ramelan Surabaya dengan keluhan sesai sudah 3 hari yang lalu disertai dengan nyeri dada yang menjalar ke ulu hati sampai tembus ke belakang. Batuk, pilek, demam-lemas. Namun tidak lemas satu sisi. Lalu pasien di rawat di ICCU RSPAL dr.Ramelan Surabaya selama 2 hari dan sudah di lakukan beberapa tindakan medis. Tanggal 23 april 2021 pasien di pindahkan ke R.Jantung untuk di lakukan perawatan untuk masa pemulihan.

# Riwayat Penyakit Dahulu :

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi lebih dari 5 tahun yang lalu dan kurang rutin meminum obat pereda hipertensi.

# Riwayat Kesehatan Keluarga:

Keluarga pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak mempunyai riwayat penyakit apapun dari turunannya.

# Genogram : (minimal 3 generasi)

**Gambar 3.1 Genogram**

Ket.



= laki-laki

= perempuan

= Pasien

= Meninggal Dunia

= Menikah

= Saudara

= Tinggal serumah

# Riwayat alergi:

Tidak ada alergi makanan atau alergi obat-obatan.

# Observasi dan Pemeriksaan Fisik saat MRS

* 1. **Tanda-tanda vital**

Keadaan Umum : pasien tampak lemas Kesadaran : Compas mentis Tanda-Tanda vital

TD : 183/80mmHg

Nadi :79x/menit (Lokasi pengukuran: Radialis) RR :24x/menit

Suhu :36,2 ºC (Lokasi pengukuran : Kening dengan t emp.tembak). SPO2 : 99 %

Antropometri

TB: 155 cm BB SMRS :70 Kg BB Stlh MRS :65Kg

* 1. B1 Pernafasan (Breath)
		1. Bentuk Dada : Simetris
		2. Pergerakan : Tersengau - sengau
		3. Otot bantu nafas tambahan: Tidakada Jikaada, jelaskan: -
		4. Irama nafas : Takipnea (cepat)
		5. Kelainan : Tidakada
		6. Polanafas : Dipsnea
		7. Taktil/ Vocal fremitus : hipersonor
		8. Suara nafas : Bronchial
		9. Suara nafas tambahan : Tidak ada
		10. Sesaknafas : ada
		11. Batuk : Ada
		12. Kemampuanak ativitas :Pasien Lemas

# Masalah Keperawatan:

**Gangguan pertukaran gas bd perubahan membran alveolus kapiler ( Transudasi cairan masuk ke alveoli)**

* 1. B2 Kardiovaskuler*(Blood)*
1. Ictus cordis : Kuat pada sela iga V
2. Irama jantung :
	1. BJ I terdengar (tunggal ) ( keras ), (reguler)
	2. BJ II terdengar (tunggal), (keras), ( reguler)
3. Nyeri dada : ada jika ya, jelaskan (PQRST)
	1. P : Nyeri pada saat bergerak
	2. Q : Nyeri seperti tertindih
	3. R : Dada yang menjalar keulu hati
	4. S : Skala nyeri 5
	5. T : Saat bernafas dan bergerak
4. CRT : > 3”
5. Hasil CXR :
	1. Cardiomegali (terlampir)
	2. Broncho vaskuler pattern meningkatdi kedua lapang paru DD.
	3. Odema pulmonum.

Masalah Keperawatan:

Penurunan Curah Jantung bd peningkatkan afterload (broncho vaskuler pattern meningkat) dd hasil CXR adanya odema dan hasil EKG adanya aritma, tekanan darah yang meningkat 183/80, CRT > 3”, adanya cardio megali, batuk positif

Nyeri akut bd agen pencidera fis (kerja myokard meningkat) dd pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah.

1. B3 Persarafan*(Brain)*
	1. GCS

Eye 4

Verbal 5

Motorik 6

Total 15

* 1. Refleks Fisiologis

Biceps : Normal

Triceps : Normal

Patella : Normal

* 1. Refleks Patologis

KakuKuduk :Tidak ada

Bruzinski I :Tidak ada

Bruzinski II :Tidakada

Kernig :Tidakada

* 1. Nervus Kranial

**NI** : baik, bisa mencium bau

**NII** : lapang pandang luas

**NIII** : pupil bulat isokor, reflek cahaya positif

**NIV** : px dapat menggerakkan bola mata kebawah keatas, kesamping.

**NV** : dapat memejam kan mata dan menggerak kan otot wajah

**NVI** : pergerakan mata lateral baik

**NVII** : mampu mengenyitkan kening pada kedua sisi, wajah, sedangkan mulut sebelah kanan dan kiri bisa diangkat

**NVIII** : pasien dapat mendengar

**NIX** : px dapat menelan

**NX** : px mampu menelan

**NXI** : tidak terkaji pasien mengalami lemah sekurujur tuhuh

**NXII** : pasien dapat menjulurkan lidah, menggerakkan otot lidah.

Paralisis : Tidak ada

Septum : Tidak ada

Polip : Tidak ada Kelainan : Tidak ada

* 1. Wajah & penglihatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mata | : Cowong | Kelainan | : Tidak ada |
| Pupil | : Isokor | Refleks | : Positif |
| Konjungtiva | : Merah muda | Gangguan | : Tidak ada |
| Skelera | : Putih | Gangguan | : Tidaak ada |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Visus | : Normal |  |  |
| 6) **Pendengaran**Telinga | : Normal | Kelainan | : Tidak ada |
| Kebersihan | : Bersih |  |  |
| Gangguan | : Tidak ada | Alat bantu | : Tidak ada |

7) **Lidah**

Kebersihan : Bersih uvula : Normal

Palatum : Normal kesulitan telan: Tidak ada Afasia : Tidak ada

**Masalah Keperawatan :** tidak ada masalah keperawatan

1. B4 Perkemihan(Blader)

Kebersihan : Bersih

Ekskresi : Normal

Kandung Kemih : Kosong

Nyeri Tekan : Tidakada Eliminasi urin SMRS frek : 4x/hari Jumlah : 1500/24 jam

Warna : Kuning jernih

Alat bantu : Kateter

Gangguan : Tidak ada

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

1. B5 Pencernaan*(Bowel)*
2. Mulut

Membramukosa : Pucat

Gigi/ gigipalsu : Bersih/Tiakada

Faring : Normal

Diit (makan&minum) SMRS:

Makan 3x 1 porsi, minum teh, kopi, air putih 1500cc/hari GDA acak :225 mg/dl

diit : diet glukosa Frekuensi: 2-3 sendok

Nafsu makan : Menurun

Muntah : Tidak Mual : Tidak

NGT : Tidak

Frekuensi Minum :7x Jumlah :1300 cc/hari Jenis : Air putih

1. Abdomen

Bentukperut : Normal

Peristaltik : 20x/menit

Kealianan Abd : Tidak ada

Hepar : Normal

Lien : Normal

Nyeri abdomen : Tidak

1. Rectum dan anus

Hemoroid : Tidakada

1. Eliminasi

# alvi SMRS

Frekuensi : 2x/hari

Warna : Kuning

Konsistensi : lembek

# alvi MRS

Frekuensi : 1x/hari

Warna : Kuning

Konsistensi : lembek

Colostomi : Tidak ada

# Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. B6 Muskuluskeletal&Integumen*(Bone)*

**a. Rambut dan kulit kepala** Skabies : Tidak ada Warnakulit : Sawo matang Kuku : Bersih, Pendek Turgor kulit : Baik

ROM : Terbatas karena pasien nyeri di pada bagian dada dengan skala 5

Deformitas : Tidakada Fraktur : Tidakada

Lain-lain : Tidak ada

# Masalah Keperawatan: Nyeri akut bd agen pencidera fisiologis (kerja myokard meningkat) dd pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, adanya kaku kuduk, gelisah, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah.

1. Endokrin

Pembesaran KGB : Tidak ada

Hiperglikemia : Tidak ada

Hipoglikemia : Tidak ada

DM : Tidak ada

# Masalah Keperawatan:

Tidak ada masalah keperawatan.

1. Seksual Produksi

Menstruasi terakhir : Tidakterkaji

Masalah menstrusi : Tidakterkaji

Pap smear terakhir : Tidakterkaji

Pemeriksaan payudara/ testis sendiri tiap bulan : Tidakterkaji Masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit : Tidakterkaji **Masalah Keperawatan:** Tidak terkaji

|  |  |
| --- | --- |
| c. Kemampuan Perawatan Diri |  |
| **Aktivitas** | **SMRS** | **MRS** |
| Mandi | 1 | 1 |
| Berpakaian/ dandan | 1 | 1 |
| Toileting/ eliminasi | 1 | 1 |
| Mobilitas di tempattidur | 1 | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alat bantu berupa | 0 | 0 |
| Berjalan | 1 | 1 |
| NiakTangga | 1 | 1 |
| Berbelanja | 1 | 0 |
| Memasak | 0 | 0 |
| Pemeliharaanrumah | 1 | 0 |
| Berpindah | 1 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Keterangan |  |
| Skor | 1: | Mandiri |
|  | 2: | Alat bantu |
|  | 3: | Dibantu orang lain danalat |
|  | 4: | Tergantung/ tdkmampu |

**Masalah Keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

1. Psikologis
	1. Status Emosi

Bagaimana ekspresi hati dan perasaan pasien : sedih karena sakit yang diderita, tetapi pasien tampak optimis dalam kesembuhannya.

Tingkah laku yang menonjol : pasien tampak semangat untuk sembuh

Suasana yang membahagiakan pasien : bertemu dengan keluarga

Stressor yang membuat perasaan klien tidak nyaman : penyakit yang diderita

* 1. Gaya Komunikasi

Apakah pasien tampak hati – hati dalam berbicara : **ya**

Apakah pola komunikasinya :**spontan**

Apakah pasien menolak untuk diajak komunikasi : **tdk**

Apakah komunikasi pasien jelas : ya

Apakah pasien menggunakan Bahasa isyarat : **tdk**.

* 1. Pola Pertahanan

Bagaimana mekanisme koping pasien dalam mengatasi masalahnya : pasien menuruti semua anjuran dari dokter untuk kesembuhan penyakitnya

1. Dampak di Rawat di RumahSakit
	1. Apakah ada perubahan secara fisik dan psikologis selama pasien di rawat di RS **: tidak ada**
2. Kondisi emosi / perasaan pasien
	1. Apa suasana hati yang menonjol pada pasien : **sedih**
	2. Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya :**ya**
3. Riwayat Sosial Pola Interaksi
	1. Kepada siapa pasien berespon : **kepadaperawatdankeluarga**
	2. Siapa orang yang dekat dan dipercaya pasien :**keluarga**
	3. Bagaimanakah pasien dalam berinteraksi : **aktif**
	4. Apakah tipe kepribadian pasien : **terbuka**
4. **Riwayat** Spiritual
	1. Kebutuhan untuk beribadah : **terpenuhi**
	2. Masalah- masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual **: tidakada**
	3. Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan spiritual :

# tidak ada

1. Terapi Obat

Tabel 3.1 Terapi Obat

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1 | Infus NS | 1000cc/24 | IV | Menjaga keseimbangan elektrolit pasien. |
| 2 | O2 nasal | 3 lpm | Hidung | Mengatasi keluhan sesak nafas pasien |
| 3 | Injeksi PO ISDN 1ampul/iv daninjeksi Lasix 20 mg | 1 ampuldan 20 mg | iv | obat yang digunakan untuk mencegah dan meredakan angina (nyeri dada) akibat penyakit jantung koroner. |
| 4 | Cinamsambeinj 1,5 gr | 4dd1 | iv | Kegunaan cinam (ampicillin + sulbactam) adalah untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri yang peka terhadapcinam (ampicillin + sulbactam) |
| 5. | Candestartan | 1x16 mg (pagi) | Oral | Obat anti hipertensi golongan penghambat reseptor angiotensin / Angiotensin Reseptor Blocker (ARB) yang bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah. Obat ini bekerja dengan cara menghambat pengikatan angiotensin II kereseptor AT1 pada jaringan tubuh. Hal ini mengakibatkan pelebaran pembuluh darah sehingga aliran darah menjadi lancer dan tekanan darah akan menurun. Selain itu, obat ini juga berfungsi dalam pengobatan pada pasien dengan gagal jantung dan gangguan fungsi sistolik ventrikel kiri ketika obat penghambat ACEtidak ditoleransi. |

1. Data Penunjang Laboratorium 24 April 2021

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Parameter | Result | unit | Flag | Nilai Normal |
| Hematologi |
| WBC | 6,75 | 10^3/uL | N | 4,00 – 10,00 |
| Neu# | 4,29 | 10^3/uL | N | 2,00 – 7,00 |
| Neu% | 63,5 | % | H-N | 50,0 – 70,00 |
| Lym# | 1,91 | 10^3/uL | N | 0,80 – 4,00 |
| Lym% | 28,3 | % | L-N | 20,0 – 40,0 |
| Mon# | 0,49 | 10^3/uL | N | 0,12 – 1,20 |
| Mon% | 7,2 | % | N | 3,0 – 12,0 |
| Eos# | 0,05 | 10^3/uL | N | 0,02 – 0,50 |
| Eos% | 0,8 | % | N | 0,5 – 5,0 |
| Bas# | 0,01 | 10^3/uL | N | 0,00 – 0,10 |
| Bas% | 0,2 | % | N | 0,0 – 1,0 |
| RBC | 4,45 | 10^6/uL | N | 3,50 – 5,50 |
| HGB | 12,6 | g/dL | N | 11,0 – 16,0 |
| HCT | 40 | % | L – N | 37,0 – 54,0 |
| MCV | 90,5 | fL | L – N | 80,0 – 100,0 |
| MCH | 30,5 | pg | L- N | 27,0 – 34,0 |
| MCHC | 30,3 | g/dL | N | 32,0 – 36,0 |
| RDW - CV | 13,3 | % | N | 11,0 – 16,0 |
| RDW - SD | 42,0 | fL | N | 35,0 – 56,0 |
| PLT | 290 | 10^3/uL | N | 150 – 400 |
| MPV | 8,4 | fL | N | 7,0 – 11,0 |
| PDW PCT | 15,50,173 | % | N N | 9,0 – 17,00,108 – 0,282 |
|  |  |  |  |  |

3.4

Laboratorium

Tabel Hasil

Tabel 3.4 Hasil lab analisa gas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| pH (measured) | 7,3337 | 7,35-7,45 |
| **Prameter** | **Result** | **Unit** | **Ref.Ranges** |
| GDA | 166 | Mg/dl | <200 |
| BUN | 15,1 | Ng/dl | 10-24 |
| Creatine | 1,0 | Mg/dl | 0.6-1.5 |
| Natrium | 138,8 | Mmol/L | 135.0-147.0 |
| Kalium | 3,62 | Mmol/L | 3.00-5.00 |
| Klorida | 105,4 | Mmol/L | 95.0-105.0 |
| PCO2 (measured) | 27,1 | 35-45 |
| HCO3 | 106,8 | 22-30 |
| pO2/FIO2 | 1,11 | 80-100 |

Hasil EKG pada tanggal 24/4/21 menunjukan Aritma dan hasil EKG tanggal 28/4/21 hasil EKG normal

Gambar 3.4 hasil pemeriksaan EKG



Ket : Hasil CXR : Cardiomegali

Broncho vaskuler pattern meningkat di kedua lapang paru DD. Odema pulmonum.

Gambar 3.4 Hasil pemeriksaan foto thoracx



# Diagnosa Keperawatan

* + 1. **Analisa Data**

Tabel 3.2 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data (Symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (Problem)** |
| **1** | Ds :Pasien mengeluh sesak Do :CRT > 3”, adanya cardiomegali, batuk positif, tekanan darah meningkat 183/80 mmhg, hasil ekg menunjukan adanya aritma, hasil foto CXR adanya Cardiomegali (pembengkakan padadinding jantung) | Peningkatkan afterload | Penurunan curah jantung (Sdki,34\_2017) |
| **2** | Ds : Dispnea Do :Adanya hasil CXR Odema pulmonum yang menyebabkan gangguan pertukaran gas pada alveoli, pCo2 menurun (27,1) harusnya 35-45 mmHg, pO2 meningkat (106,8) Harusnya 80-100 mmHg, pH menurun (7,3337) harusnya 7,35-7,45, pasien tampak gelisah, pola nafas abnormal(cepat) | perubahan membran alveolus kapiler ( Transudasi cairan masuk ke alveoli) | Gangguan pertukaran gas Sdki,22-2017 |
| **3** | DS : pasien mengeluh nyeri P : nyeri pada saat bergerak Q : Nyeri seperti tertindihR : dada yang menjalar ke ulu hatiS : skala nyeri 5T : saat bernafas dan bergerak | Agen pencidera fisiologis (kerja myokard meningkat) | Nyeri akut Sdki,172-2017 |
|  | Do :Pasien tampak meringis, pasien gelisah, ROM menrun, Tekanan darah meningkat 180/80 mmHgPola nafas berubah (takipnue) |  |

# Prioritas Masalah keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah keperawatan** | **Tanggal ditemukan** | **Paraf****(Nama Perawat)** |
| 1. | Penurunan curah jantungb.d peningkatkan afterload | 01 Mei 2021 | Rani |
| 2. | Gangguan pertukaran gasb.d perubahan membran alveolus kapiler ( Tramsudasi cairan masuk ke alveoli) | 01 Mei 2021 | Rani |
| 3. | Nyeri akutb.d agen pencidera fis (kerja myokard meningkat) | 01 Mei 2021 | Rani |

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

# Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Penurunan curah jantung bd peningkatkan afterload | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Curah jantungmeningkat, dengan kriteria hasil:1. Takikardi menurun
2. Gambaran EKG aritmia menurun
3. Lelah menurun.
4. Batuk menurun.
5. Tekanan darah pada pasien berada pada batas normal <130 mmHg
6. Pasien sudah tidak mengeluh sesak
7. CRT pada pasien berada pada batas normal <3”
8. Pola Nafas pada

pasien terdengar | Intervensi utama : perawatan jantung Intervensi tambahan : pemberian obat1. Indenvikasi tanda gejala penurunan curah jantung meliputi dipsnea, kelelahan)
2. Pantau penurunan Tekanan darah pasien hingga di batas normal
3. Memonitor aritmia (nadi pasien)
4. Melakukan EKG
5. Memberikan diet jantung (rendah garam, rendah kolesterol tinggi serat pada makan pagi,siang dan malam)
6. Berikan obat hasil kolaborasi yaitu Candestartan 1x16 mg melalui oral setiap pagi
 | 1. Mengetahui perkembangan tanda gejala penurunan curah jantung
2. Mengetahui perkembangan tekanan darah pasien
3. Melihat perkembangan dari aritma
4. Mengetahui kelainan jantung
5. Mengurangi konsumsi makanan yang dapat memperparah adanya penyakit jantung.
6. Menstabilkan kadar hipertensi jantung.
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | normal |  |  |
| **2.** | Gangguan pertukaran gas bd perubahan membran alveolus kapiler ( Tramsudasi cairan masuk ke alveoSdki,22-2017 | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan TingkatPertukaran gasMeningkat, dengan kriteria hasil:1. Dispnea menurun pasien sudah tidak mengeluh sesak
2. Gelisah menurun Pasien tidak tampak gelisah
3. Pola nafas pasien terdengar/terlihat normal tidak cepat ataupun lambat
4. Takikardi membaik
5. pH arteri membaik
 | Intervensi utama : Pemantauan respirasi1. Monitor dan mengkontrol frekuensi nafas pasien
2. Memonitor pola nafas : tidak takikardi.
 | 1. Mengetahui keadaan frekuensi nafas pasien
2. Mengetahui perkembangan pola nafas pasien
 |
|  |  | 3. Memonitor irama nafas pasien | 3. Mengetahui irama nafas pasien. |
|  |  | 1. Memantau keluhan sesak pasien
2. Memantau penggunaan alat bantu oksigen yang sudah terpasang (nasal kanul 3 lpm)
 | 1. Membantu memberikan oksigen tambahan
2. Mengetahui apakah alat bantu oksigen telah dapat meredakan keluhan nafas pasien.
 |
| **3.** | Nyeri acut B.D agen pencedera fisiologis (kerja myokard meningkat) ) | Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka keluhan nyeri menurun dengan Kriteria hasil:1. Keluhan nyeri menurun pasien sudah tidak mengeluh nyeri
2. Meringis menurun
 | Intervensi utama : management nyeri Intervensi berikutnya : pemberian analgesik1. Idenfikasi karateristik nyeri (PQRST) | 1. Memantau dan mengevaluasi perkembangan penurunan nyeri. |
|  |  | 2. Idenfikasi skala nyeri, fasilitasi istirahat yang cukup | 2. Kita akan mengetahui tingkat dari nyeri pasien dan keberhasilanterapi yang di lakukan |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Pasien sudah tidak terlihat meringis kesakitan1. Skala nyeri pasien menurun dari sebelumnya
2. Gelisah pada pasien menurun
3. Tanda tanda vital pasien berada di batas normal terutama tekanan darah
 | 1. Memonitor Tanda tanda Vital setiap setelah oper shift (pagi,siang dan malam)
2. Memantau ekspresi pasien terhadap tingkat nyeri
 | 1. Ttv berpengaruh terhadap tingkat nyeri, seperti nadi
2. Dengan mengetahui ekspresi pasien kita akan mengetahui tingkat nyeri yang di derita pasien.
3. Mengetahui apakah pasien mempunyai riwayat alergi obat
4. Menjalin kepercayaan dan meningkatkan tingkat pengetahuan pasien
5. 6B memperkecil ada nya human eror
6. Mencegah adanya *human erorr*
 |
| 5. Kaji riwayat alergi obat |
| 6. Lakukan edukasi kepada pasien obat guna dan rute obat |
| 7. Lakukan 6B |
| 8. Lakukan injeksi sesuai dengan prosedur |

# Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu (Tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **Paraf** | **Waktu tgl****& jam** | **Catatan Perkembangan (SOAP)** | **Paraf** |
| 1 | 26/4/202107.00 | Memantau program diet makanan pagi pasienapakah sudah di habiskan atau belum | **R** | 26/4/202120.00 |  |  |
| 1,2 | 07.05 | Mengidenfikasi tanda gejala penurunan curah jantung dan gangguan pertukaran gas dengan hasil, pasien mengeluh sesak nafas, di karenakan adanya cardiomegali dan batukpositif. | **R** | Dx 1 | S : pasien sudah tidak mengeluh batukdan pasien merasakan lemas sudah berkurangO : CRT pada pasien berada pada batas normal <3”, hasil pemeriksaan Vital Sign Dengan hasil TD 163/83 mmHg , S.36,3°C, N.77x/menit, Spo2.98%, RR.20x/menitA : masalah teratasi sebagian P: Intervensi dx 1 dilanjutkan | **R** |
| 1,2,3 | 07.20 | Mengkaji riwayat alergi pada obat | **R** |
| 1 | 07.25 | Memberikan terapi obat candestartan 16 mg danmemberikan edukasi tentang cara meminum obat melalui rute oral. | **R** |
| 1,2,3 | 07.30 | Melakukan injeksi antibiotik cinam sambe dengan konsep 6B (pasien sudah di tes alergi) | **R** |  |  |  |
| 3 | 07.35 | Melakukan injeksi PO ISDN dan Lasix 20 mg dengan konsep 6B melalui rute iv. | **R** | Dx 2 | S : Pasien masih mengeluh sesakO : Pola Nafas pada pasien terdengar normal tetapi pasien masih merasakan sesak jika nasal kanul di lepas, hasil pemeriksaan Vital Sign Dengan hasil TD 163/83 mmHg , S.36,3°C,N.77x/menit, Spo2.98%, RR.20x/menit A : masalah teratasi sebagian | **R** |
| 2 | 08.00 | Memastikan keadaan infush dan nasal kanul 3 lpm masih berfungsi dan mengkaji status pernafasan pasien ( pasien masih merasakan sesak) | **R** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | P: Intervensi dx 2 dilanjutkan |  |
| 2 | 08.15 | Memberikan pasien posisi semi fowler dengan nyaman dan mengedukasi pasien bahwa posisiini dapat meringankan gejala sesak yang di alami. | **R** | Dx 3 | S: P = nyeri pada saat bergerak Q = Nyeri seperti tertindihR =dada yang menjalar ke ulu hati S = skala nyeri 4T = saat bergerakO: Ekspresi pasien masih meringis ketika nyeri datang hasil pemeriksaan Vital Sign Dengan hasil TD 163/83 mmHg , S.36,3°C, N.77x/menit, Spo2.98%, RR.20x/menitA : masalah teratasi sebagian P: Intervensi dx 3 dilanjutkan | **R** |
| 1,2,3 | 09.00 | Melakukan pemeriksaan Vital Sign Dengan hasil TD170/90 mmHg , S.36,3°C, N.80x/menit,Spo2.98%, RR.21x/menit | **R** |
| 3 | 09.20 | Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P : nyeri pada saat bergerakQ : Nyeri seperti tertindihR : dada yang menjalar ke ulu hati S : skala nyeri 5T : saat bergerak | **R** |
| 1,2,3 | 09.30 | Mengantarkan dokter visite ke ruangan pasiendan hasil visite terapi tetap di lakukan sesuai arahan. | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 09.40 | Menganjurkan pasien untuk istirahat kembali | **R** |  |  |  |
| 1 | 12.30 | Memastikan program makanan diet pasien telahdi konsumsi oleh pasien | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 13.30 | Melakukan injeksi antibiotik cinam sambedengan konsep 6B (pasien sudah di tes alergi) | **R** |  |  |  |
| 3 | 13.35 | Melakukan injeksi Lasix 20 mg dengan konsep6B melalui rute iv | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 14.00 | Menyepul infush pasien yang macet denganspeed 2 CC cdan cairan Ns | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 14.05 | Memberi waktu pasien tentang istirahat kembali | **R** |  |  |  |
| 2 | 16.00 | Mengganti botol infush pasien yang habisdengan Nacl 500 ml 20 tpm, sambil mengakaji | **R** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | satatus pernafasan pasien di dapatlan pasien sudah mulai merasa tidak sesak tetapi jika nasalkanul dilepas pasien masih merasa kesulitan bernafas. |  |  |  |  |
| 1,2,3 | 16.30 | Melakukan pemeriksaan Vital Sign Dengan hasil TD170/86 mmHg , S.36,3°C, N.79x/menit,Spo2.98%, RR.21x/menit | **R** |  |  |  |
| 3 | 16.40 | Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P : nyeri pada saat bergerakQ : Nyeri seperti tertindihR : dada yang menjalar ke ulu hati S : skala nyeri 4T : saat bergerakEkspresi pasien masih meringis merasakan nyeri | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 16.45 | Menganjurkan pasien untuk istirahat kembali | **R** |  |  |  |
| 1 | 18.30 | Memastikan program makanan diet pasien telah di konsumsi oleh pasien | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 19.00 | Melakukan injeksi antibiotik cinam sambe dengan konsep 6B (pasien sudah di tes alergi) | **R** |  |  |  |
| 3 | 19.10 | Melakukan injeksi PO ISDN dan Lasix 20 mg dengan konsep 6B melalui rute iv | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 20.00 | Melakukan pemeriksaan Vital Sign Dengan hasil TD 163/83 mmHg , S.36,3°C,N.77x/menit, Spo2.98%, RR.20x/menit | **R** |  |  |  |
| 3 | 20.10 | Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P : nyeri pada saat bergerakQ : Nyeri seperti tertindih | **R** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | R : dada yang menjalar ke ulu hati S : skala nyeri 4T : saat bergerakEkspresi pasien masih meringis merasakan nyeri |  |  |  |  |
| 1,2,3 | 09.40 | Menganjurkan pasien untuk istirahat kembali | **R** |  |  |  |
| 1 | 27/4/202107.00 | Memantau program diet makanan pagi pasienapakah sudah di habiskan atau belum | **R** | 27/4/202120.00Dx 1 | S : pasien sudah tidak mengeluh kelelahan dan lemasO : CRT pada pasien berada pada batas normal 1”, hasil pemeriksaan Vital Sign dengan hasil TD 145/79 mmHg , S.36°C, N.75x/menit, Spo2.99%, RR.20x/menit CRT 1”N.77x/menit, Spo2.98%, RR.20x/menitA:Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dx 1 dilanjutkan | **R** |
| 1,2 | 07.05 | Mengidenfikasi tanda gejala penurunan curah jantung dan gangguan pertukaran gas dengan hasil, pasien mengeluh sesak nafas, di karenakan adanya cardiomegali dan batukpositif. | **R** |
| 1 | 07.25 | Memberikan terapi obat candestartan 16 mg dan memberikan edukasi tentang cara meminum obat melalui rute oral. | **R** |
| 1,2,3 | 07.30 | Melakukan injeksi antibiotik cinam sambe dengan konsep 6B melalui rute iv (pasien sudah di tes alergi) | **R** |
| 3 | 07.35 | Melakukan injeksi PO ISDN dan Lasix 20 mgdengan konsep 6B melalui rute iv | **R** | Dx 2 | S : pasien sudah tidak mengeluh sesakO : Pola Nafas pada pasien terdengar normal, menurut hasil viste dokter nasal kanul dapat di lepas sehingga alat bantu nafas sudah di lepas, hasil pemeriksaan Vital Sign dengan hasil TD 145/79 mmHg , S.36°C, N.75x/menit, Spo2.99%, RR.20x/menit CRT 1”N.77x/menit, Spo2.98%,RR.20x/menit | **R** |
| 2 | 08.00 | Memastikan keadaan infush dan nasal kanul 3 lpm masih berfungsi dan mengkaji statuspernafasan pasien ( pasien sudah tidak merasakan sesak) | **R** |
| 1,2,3 | 09.00 | Melakukan pemeriksaan Vital Sign Denganhasil TD160/88 mmHg , S.36,5°C, N.79x/menit, Spo2.99%, RR.20x/menit | **R** |
| 3 | 09.20 | Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, | **R** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P : nyeri pada saat bergerakQ : Nyeri seperti tertindihR : dada yang menjalar ke ulu hati S : skala nyeri 4T : saat bergerak |  |  | A:Masalah teratasiP: Intervensi di hentikan |  |
| 1,2,3 | 09.30 | Mengantarkan dokter visite ke ruangan pasien dan hasil visite terapi tetap di lakukan sesuai arahan dengan catatan terapi oksigen sudah bisa di lepas jika nanti sore pasien tidak merasakansesak nafas. | **R** | Dx 3 | S: P = nyeri datang tiba tiba Q = Nyeri seperti tertindihR =dada yang menjalar ke ulu hati S = skala nyeri 3T = saat bergerakO: ekspresi pasien sudah tidak meringis tetapi nyeri masih datang tiba tiba, hasil pemeriksaan Vital Sign dengan hasil TD 145/79 mmHg , S.36°C, N.75x/menit, Spo2.99%, RR.20x/menit CRT 1”N.77x/menit, Spo2.98%, RR.20x/menitA:Masalah teratasi sebagianP: Intervensi dx 3 dilanjutkan | **R** |
| 1,2,3 | 09.40 | Menganjurkan pasien untuk istirahat kembali | **R** |
| 1 | 12.30 | Memastikan program makanan diet pasien telahdi konsumsi oleh pasien | **R** |
| 1,2,3 | 13.30 | Melakukan injeksi antibiotik cinam sambe dengan konsep 6B rute iv (pasien sudah di tesalergi) | **R** |
| 3 | 13.35 | Melakukan injeksi Lasix 20 mg dengan konsep 6B | **R** |
| 1,2,3 | 14.00 | Memberi waktu pasien tentang istirahat kembali | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 16.40 | Melakukan pemeriksaan Vital Sign Denganhasil TD 155/80 mmHg , S.36,3°C, N.79x/menit, Spo2.99%, RR.20x/menit | **R** |  |  |  |
| 3 | 16.40 | Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P : nyeri pada saat bergerakQ : Nyeri seperti tertindih | **R** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | R : dada yang menjalar ke ulu hati S : skala nyeri 3T : saat bergerakEkspresi pasien masih meringis merasakan nyeri |  |  |  |  |
| 2,3 | 16.50 | Mengkaji kembali status sesak pasien, denganhasil pasien sudah tidak sesak dan nyeri sudah mulai berkurang. | **R** |  |  |  |
| 2 | 17.00 | Melepas alat bantu nafas, nasal kanul 3 lpm sesuai arahan visite dokter pagi tadi. | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 17.10 | Menganjurkan pasien untuk istirahat kembali | **R** |  |  |  |
| 1 | 18.30 | Memastikan program makanan diet pasien telahdi konsumsi oleh pasien | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 19.00 | Melakukan injeksi antibiotik cinam sambedengan konsep 6B rute iv(pasien sudah di tes alergi) | **R** |  |  |  |
| 3 | 19.10 | Melakukan injeksi PO ISDN dan Lasix 20 mg dengan konsep 6B rute iv | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 20.00 | Melakukan pemeriksaan Vital Sign Dengan hasil TD 145/79 mmHg , S.36°C, N.75x/menit, Spo2.99%, RR.20x/menit CRT 1” | **R** |  |  |  |
| 3 | 20.10 | Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P : nyeri pada saat bergerak sewaktu waktu Q : Nyeri seperti tertindihR : dada yang menjalar ke ulu hati S : skala nyeri 3T : saat bergerakEkspresi pasien mulai tidak meringis tetapi nyeri masih ada sewaktu waktu | **R** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1,2,3 | 20.30 | Mengganti botol infush pasien yang telah hasil dengan larutan NaCl 500 ml 20 tpm | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 20.35 | Menganjurkan pasien untuk istirahat kembali | **R** |  |  |  |
| 1 | 28/4/202107.00 | Memantau program diet makanan pagi pasienapakah sudah di habiskan atau belum | **R** | 28/4/202115.30Dx 1 | S: pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeriO: ekspresi pasien sudah tidak meringis, hasil pemeriksaan Vital Sign dengan hasil TD 128/80 mmHg , S.36°C, N.75x/menit, Spo2.99%, RR.20x/menit A:Masalah teratasiP: Intervensi dihentikan pasien KRS | **R** |
| 1 | 07.25 | Memberikan terapi obat candestartan 16 mg danmemberikan edukasi tentang cara meminum obat melalui rute oral. | **R** |
| 1,3 | 07.30 | Melakukan injeksi antibiotik cinam sambe dengan konsep 6B rute iv(pasien sudah di tes alergi) | **R** |
| 3 | 07.35 | Melakukan injeksi PO ISDN dan Lasix 20 mg dengan konsep 6B rute iv | **R** |
| 1 | 09.10 | Mengantarkan dokter visite ke ruangan dan diarahkan untuk melakukan tindakan EKG | **R** | Dx 3 | S : pasien sudah tidak mengeluh lelah O:Gambaran EKG aritmia menurun,tekanan darah pada pasien berada pada batas normal <130 mmHg, pasien dapat melakukan aktifitas mandiri (berjalan), CRT pada pasien berada pada batas normal 1 s, hasil pemeriksaan Vital Sign dengan hasil TD 128/80 mmHg , S.36°C, N.75x/menit, Spo2.99%, RR.20x/menitA:Masalah teratasiP: Intervensi dihentikan pasien KRS | **R** |
| 1,3 | 09.15 | Melakukan persiapan pemasanagn EKG pada pasien dan melakukan tindakan pemasangan EKG | **R** |
| 3 | 09.20 | Melakukan pemeriksaan Vital Sign Dengan hasil TD 128/80 mmHg , S.36°C, N.75x/menit,Spo2.99%, RR.20x/menit | **R** |
| 1,3 | 09.30 | Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S : skala nyeri 1 | **R** |
| 1,3 | 09.40 | Menganjurkan pasien untuk istirahat kembali | **R** |  |  |  |
| 1,3 | 09.40 | Memberikan hasil EKG,TTV dan pengkajian nyeri kepada dokter, menurut dokter nanti sore pasien sudah dapat KRS dengan konsul 2 hari | **R** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | kemudian ke RS terapi obat dapat di berikan melalui oral |  |  |  |  |
| 1 | 12.30 | Memastikan program makanan diet pasien telah di konsumsi oleh pasien | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 14.00 | Memberi waktu pasien tentang istirahat kembali dan memberi edukasi bahwa nanti pukul 17.00 telah di ijinkan pulang oleh dokter dan menganjurkan keluarga pasien untukmembereskan administrasi RS | **R** |  |  |  |
| 1,2,3 | 15.30 | Melakukan pemeriksaan Vital Sign Denganhasil TD 155/80 mmHg , S.36,3°C, N.79x/menit, Spo2.99%, RR.20x/menit | **R** |  |  |  |
| 3 | 15.45 | Melakukan tindakan aff infush dan aff kateter pada pasien | **R** |  |  |  |
| 2,3 | 16.00 | Melakukan pengecekan untuk obat oral yang telah di racik oleh apoteker untuk pasien di rumah dan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk kontrol kembali ke RS 2 hari setelah ini lebih tepatnya tanggal 1 mei2021 | **R** |  |  |  |
| 2 | 16.20 | Membereskan RM dan membuat laporan KRS | **R** |  |  |  |

**BAB 4**

PEMBAHASAN

Pada bab ini menguraikan tentang kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan khusus yang terjadi mengenai penyakit *Hypertension heart disease* (HHD) dan asuhan keperawatan *Hypertension heart disease* (HHD) di RSPAL dr.Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnose, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

# Pengkajian

Penulis menguraikan tentang perbandingan pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus mengenai penyakit *Hypertension heart disease* (HHD) dan asuhan keperawatan *Hypertension heart disease* (HHD) di RSPAL dr.Ramelan Surabaya. Selama pengkajian berlangsung hingga observasi perawatan penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melakukan perkenalan serta menjelaskan tujuan yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien, sehingga pasien dan keluarga kooperatif.

Dalam pengkajian pasien ditemukan keluhan utama sesak nafas dan nyeri dada dan sudah mulai membaik. Hal ini disebebkan karena pasien sudah mendapatkan perawatan intensif dari ICCU RSPAL dr.Ramelan Surabaya selama 2 hari. Data tersebut sesuai dengan teori bahwa keluhan utama yang terdapat pada pasien *Hipertension Heart Disease (*HHD) salah satunya adalah mual. Pasien memiliki riwayat hipertensi, data tersebut sesuai dengan teori bahwa penyebab pencetus utama *Hipertension Heart Disease* satunya adalah penyakit hipertensi. Pada saat pengkajian dan pengukuran

65

Dalam teori pada pemeriksaan fisik menyatakan bahwa terdapat peningkatan tekanan darah hingga di grade berat. Data yang didapatkan saat pengkajian pasien terdapat peningkatan tekanan darah yaitu 183/80 mmHg dan disertai dengan hasil CRT yang menunjukan hasil lebih dari 3 sekon. Pasien juga masih merasakan sesak pada dada tetapi sudah sedikit berkurang dengam hasil pengkajian P(nyeri pada saat bergerak), Q(nyeri terasa seperti tertindih), R(nyeri ketika bergerak dan bernafas), S (skala 5), T (Hilang timbul). Selebih nya tidak ada masalah yang dominan pada pengkajian pasien. Pada keluhan utama pasien Ny.W didapatkan Pasien datang dengan keluhan sesak nafas dan nyeri yang menjalat ke ulu hati dan pada hasil pemeriksaan penunjang EKG dan CRX adanya aritmi dan juga odemma pulmonoli yang menyebabkan adanya sesak nafas dan juga nyeri hal ini sesuai dengan teori khas pada jantung dengan hipertrofi eksentrik menggambarkan berkurangnya rasio atara massa dan volume, oleh karena meningkatnya volume diastolic akhir. Hal ini di perlihatkan sebagai penurunan secara menyeluruh fungsi pompa (penurunan fraksi ejeksi), peningkatan tegangan dinding ventrikel pada saat sistol dan konsumsi oksigen otot jantung. Hal-hal yang memperburuk fungsi mekanik ventrikel kiri berhubungan erat bila disertai dengan penyakit jantung coroner yang menyebabkan adanya nyeri pada pasien HHD dan ketika ada nya odema pada pulmoli adanya cairan yang masuk ke dalam alveoli sehingga tidak dapatnya atau terganggunya pertukaran gas yang menyebabkan pasien sesak nafas (Rauf, 2016). Pasien telah mengalami riwayat penyakit hipertensi kurang lebih 5 tahun yang lalu dan tidak rutinnya pasien meminum obat hal ini menyebabkan *Hypertensive Heart Disease* (HHD) sesuai dengan teori yang telah di jelaskan pada bab 2 yaitu

suatu penyakit yang berkaitan dengan dampak sekunder pada jantung karena hipertensi sistemik yang lama dan berkepanjangan. HHD merujuk pada suatu keadaan yang disebabkan oleh peningkatan tekanan darah (hipertensi). Hipertensi yang berkepanjangan dan tidak terkendali dapat mengubah struktur miokard, pembuluh darah dan system konduksi jantung. Perubahan-perubahan ini dapat mengakibatkan komplikasi berupa Left *Ventricle Hypertrophy* (LVH) (Monica et al., 2019).

# Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa pertama Ny.W yaitu Penurunan curah jantung b.d peningkatkan afterload di karenakan pasien Ny.W dengan HHD pada jantung di dapatkan adanya hipertropi vertikel kiri di karenakan adanya hipertensi yang di derita pasien selama kurang lebih 5 tahun dan pasien tidak pernah meminum obat secara rutin. Hal tersebut yang menyebabkan adanya payah jantung yang di tandai dengan pasien mengeluh sesak nafas. Sesak nafas ini di sebabkan oleh adanya cairan interstesial paru yang masuk ke alveoli sehingga menyebabkan adanya odema pada paru seperti hasil CXR pasien yaitu di dapatkan adanya odema pulmonium. Yang ke dua adanya hasil CRT pasien lebih dari 3 sdetik, hal ini di sebabkan oleh tubuh yang mengalami kekurangan nutrisi, oksigen di karenakan adanya saluran darah yang terhambat sehingga kerja jantungpun meningkat. Hasil tekanan darah pasien sangatlah tinggi yaitu 183/80 mmHg hal ini lah yang menyebabkan pemicu utama terjadinya plak dan serpihan plak ini yang menyebabkan mempersempitnya pembuluh darah yang di gunakan jantung

sebagai jalur transportasi memompa oksigen serta nutrisi keseluruh tubuh maupun sebaliknya.

Untuk diagnosa yang ke dua yaitu gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus kapiler ( Tramsudasi cairan masuk ke alveoli) hal ini di perkuat dengan hasil CXR adanya odemma pulmonium yaitu adanya cairan yang masuk ke alveoli yang menyebabkan pasien mengalami kesulitan bernafas dan pertukaran gas akan terganggu. Pasien akan mengalami sesak atau *dipsnea* dan hasil analisa gas akan terganggu seperti pH pasien akan menurun dari batas normal yaitu 7.3, pCO2 akan menurun juga yaitu 27.1 yang menyebabkan juga Ny.W tampak gelisah dan pola nafas abnormal serta pasien akan tersengau sengau pada saat berupaya bernafas.

Pada diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fis (kerja myokard meningkat) di karenakan adanya beban jantung yang berat ketika berusaha memompa aliran darah yang terhambat karena adanya tekanan darah yang meningkat sehingga menyebabkan adanya plak yang dapat menutup jalur aliran darah pada vertikel kiri. Sehingga Ny.W mengeluh nyeri pada saat bergerak seperti tertindih pada dada yang menjalar ke ulu hati dengan skala nyeri 5 saat bernafas dan bergerak dan Ny.W juga tampak meringis dan gelisah.

# Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang

mengacu pada pencapain tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan kriteria waktu dalam intervensinya dengan berdasarkan bahwa penulis ingin berupaya memandirikan klien dengan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), perubahan tingkah laku klien (afektif), dan keterampilan menangani masalah (psikomotor). Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata diketahui keadaan klien secara langsung.

Setiap diagnosis terdapat intervensinya masing-masing, pada tinjauan kasus rencana tindakan sama dengan tinjauan pustaka mengenai jumlah intervensinya tetapi berbeda dalam pelaksanaannya sesuai dengan keadaan klien.

# Perencanaan Diagnosis Keperawatan I

Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatkan preload dan afterload (bronchonvaskuler pattern meningkat). Pada pasien HHD perlu dilakukan tindakan Idenvikasi tanda gejala primer penurunan curah jantung, Pada pasien Ny. W dengan intervensi utama adalah perawatan jantung dengan mengidenvikasi tanda gejala penurunan curah jantung lalu memantau penurunan tekanan darah sehingga mengurangi adanya plak yang dapat menyumbat jalan aliran darah di vertikel kiri pada jantung, tindakan selanjutnya adalah pemantauan atau melakukan pemasangan EKG yang berguna untuk mengetahui apakah masih ada kelainan jantung seperti aritma. Untuk tindakan berikutnya adalah pengaplikasian diet rendah garam rendah kolesterol tinggi serat yang dapat mengurangi kadar lemak jahat sehingga kadar kolesterol dan kadar tekanan darah di dalam tubuh atau pun darah akan berkurang sehingga berkurangnya sumbatan pada pembuluh darah di jantung

dan beban kerja jantung memompa darah akan ringan. Berikutnya terdapat intervensi tambahan yaitu pemberian obat kolaborasi yaitu candestartan 1 x 16 mg di pagi hari melalui oral yang bertujuan untuk obat anti hipertensi yang bekerja menghambat peningkatan angiotensi pada jaringan tubuh sehingga pembuluh darah akan melebar dan aliran darah akan lancar.

# Perencanaan Diagnosis Keperawatan 2

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler ( Tramsudasi cairan masuk ke alveoli). Pada pasien Ny. W dengan kasus HHD direncanakan tindakan mengkaji, memonitor frekuensi nafas, irama agar perawat mengetahui tingkat *dispnea* pada pasien. Dan memonitor alat bantu oksigen yang sudah tepasang dari ruang ICCU yaitu nasal kanul 3 lpm apakah masih dapat berfungsi dengan baik. Serta memantau keluhan sesak pasien yang di akibatkan dari adanya hasil CRT yaitu *odemma pulmonum* sehingga adanya cairan yang masuk di alveoli sehingga tidak dapatnya alveoli melakukan pertukaran gas.

# Perencanaan Diagnosis Keperawatan 3

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fis (kerja myokard meningkat) pada pasien Ny. W direncanakan tindakan dengan intervensi utama yaitu manajemen nyeri mengidenfikasi PQRST guna mengetahui tempat, kualitas, skala dan waktu kapan dirasakannya nyeri pada pasien, berikutnya menfasilitasi istirahat yang cukup dengan begitu maka tubuh akan *rileks* dan nyeri yang dirasakan akan berkurang. Yang berikutnya memonitor tanda tanda vital sambil berbincang apakah tingkat nyeri yang di rasakan mulai mereda,

tanda tanda vital ini di lakukan pada saat sebelum pergantian jam kerja perawat yaitu pagi, siang dan malam. Untuk intevensi pendukung yaitu pemberian *analgesic, analgesic* yang di berikan berupa injeksi PO ISDN dan *lasic* 20 mg yang akan di berikan melalui selang infush dengan konsep 6B (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute, benar kadarluasa obat) dan tak lupa juga dengan konsep *pasient savety*.

# Pelaksanaan

Penulis menguaikan tentang perwujudan pada penyakit *Hypertension heart disease* (HHD) dan asuhan keperawatan *Hypertension heart disease* (HHD) di RSPAL dr.Ramelan Surabaya. Dalam pelaksanaan menggunakan sasaran dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan padien dalam memberikan asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kongnitif), keterampilan (afektif), dan perubahan tingkah laku (pisikomotor).

Pada tanggal 26 april 2021 atau hari pertama pukul 07.00 WIB kami memantau program diet rendah garam, rendah kolesterol, tinggi serat apakah telah di konsumsi oleh Ny.W atau belum. Setelah nya pada pukul 07.05 WIB kami mengidenfikasi tanda gejala penurunan curah jantung dengan hasil pasien masih sesak nafas dan adanya batuk yang tidak berdahak. Selanjutnya pada pukul 07.25 WIB kami memberikan terapi obat *candestartan* 1 x 16 mg melalui rute oral guna anti hpertensi pasien dan juga memberikan terapi antibiotik serta terapi injeksi *analgesic* PO ISDN dan *lasic* 20 mg melalui rute iv yaitu pada selang infush yang sudah tepasang pada tangan kanan pasien pastinya menggunakan prinsip 6B dan juag *pasient savety.* berikutnya pada pukul 08.00 WIB kami memastikan alat

bantu oksigen yaitu *nasal kanul 3 lpm* telah tersalurkan dengan tepat dan baik serta mengkaji pernafasan pasien dan mengecek apakah aliran infus NaCl 1000 ml tidak macet. Pada pukul 08.15 WIB kami memberikan edukasi kepada pasien tentang posisi *semi fowler* yang bertujuan untuk memperingan sesak pada pasien dan Ny.W pun bersedia untuk di posisikan *semi fowler* dengan posisi nyaman. Berikutnya pada pukul 09.00 WIB melakukan pemeriksaan tanda tanda vital

dengan hasil tekanan darah menurun 170/90 mmHg suhu 36 C tinin/ 08 idan

 nan e0 ee n tinin/ adi iu2d inideuedi naniuned/n ined/n i nRn ani2di

nda /n/de pdad uiu dd/n /dipdn ani2di dd/ni i nRn pdad /dd/ enR2nRde /npnR/n /nR/nia

adi

*esisiv*

/edid i nRn ta ddiu pdad pueui 8ead8 ul ane/nR inideuedi

dd/nii d ane/nR ini2d/dedi idiiu/edi /nRdpn /n/udn pn/uiiue ainninRne/d pd/nni

Pada siang hari setelah pasien beristirahat pada pukul 12.30 WIB kami kembali memastikan untuk program diet pasien apakah sudah di konsumsi oleh pasien, dan kami kembali mengkaji untuk tingkat nyeri serta keluhan sesak pasien dengan hasil sudah ada perkembangan tetapi belum signifikan kami juga melaukan injeksi terapi antinyeri dan juga antibiotik melalui iv atau selang infus pasien. Pada pukul 16.00 WIB kami kembali mengecek infush pasien serta menggantinya dengan botol infush yang baru karena sudah habis. Berikutnya kami lakukan pengecekan tanda tanda vital dengan hasil tekanan tidak jauh beda dan skala nyeri tetap yaitu berada di angka 4, pasien kami arahkan untuk istirahat kembali dan kami arahkan untuk keluarga pasien membasuh pasien dengan lap air hangat untuk menjaga kebersihan tubuh pasien.

Pada malam hari pukul 18.30 WIB kami kembali memantau untuk program diet pasien apakah sudah di konsumsi oleh pasien, setelah itu kami

lakukan pemasukan obat kembali pada pukul 19.00 WIB yaitu injeksi antibiotik serta anti nyeri sama seperti tepai yang di berikan dokter. Setelah obat masuk ke dalam tubuh pasien kami melakukan pengecekan tanda tanda vital dengan hasil tekanan darah pasien menurun menjadi 163/83 mmHg dan pasien sudah tidak merasakan sesak nafas tetapi jika alat bantu oksigen di lepas masih merasakan ngos ngosan pada saat bernafas.

Berikutnya pada hari kedua tak jauh berbeda tindakan dengan hari pertama dan pada pagi hari setelah makan pagi kami memberikan terapi obat anti hipertensi melalui oral, tetapi pada visite dokter pukul 09.00 WIB pasien sudah tidak ada keluhan nyeri dan dokter memutuskan untuk nanti sore pada saat dilakukannya kembali pengkajian untuk sesak nafas pasien dan pasien memang sudah tidak merasakan sesak di sertai juga tanda tanda vital yang mendukung, alat bantu oksigen dapat di lepas dan intevensi diagnosa ke dua dapat di hentikan dan juga dokter mengarahkan untuk pemasangan EKG untuk pengecekan aritma pasien dengan hasil EKG sudah mendekati normal tidak ada aritma. Pada sore hari kami melakukan injeksi antibiotik dan juga injeksi anti nyeri pasien, kami juga melakukan pengkajian pada keluhan sesak pasien dan di dapatkan pasien sudah tidak mengeluh sesak nafas akhirnya kami melakukan sesuai perintah dokter yaitu meng aff alat bantu oksigen nasal kanul 3lpm.

Pada hari ketiga dokter melakukan visite pagi hari dan melihat kondisi pasien serta melihat komponen pendukung dan memutuskan pasien Ny.W dapat pulang dan di buatkan rencana KRS pada sore nanti dengan catatan obat hipertensi dan nyeri tetap di berikan sebelum pulang. Dan ketika pulang nanti akan di buatkan resep obat melalui oral, pasien harus kembali ke RS untuk

konsultasi pada tanggal 1 mei 2021. Pada pukul 15.45 setelah di lakukannya injeksi dan pemeriksaan tanda vital, pasien dilakukan pencopotan pada kateter urine dan juga infush serta keluarga di arahkan untuk melakukan pelunasan untuk administrasi selama pasien di RS. Pada pukul 16.00 WIB pasien di ijinkan untuk pulang, dan kami melakukan pengecekan untuk obat yang akan di bawa pulang oleh pasien serta kami melakukan edukasi untuk menjalani hidup sehat serta rutin meminum obat sesuai dengan waktu resep yang telah di berikan oleh dokter.

# Evaluasi

Pada tinjauan kasus pada klien dengan *Hipertension Heart Disease* (HHD) di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dilaksanakan evaluasi dengan membandingkan tujuan dan kriteria hasil dengan hasil implementasi dengan menggunakan kriteria evaluasi subyektif, obyektif, assesment dan planning, sedangkan hasil terperinci masing-masing diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut:

# Evaluasi Diagnosis Keperawatan 1

Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatkan preload dan afterload (bronchonvaskuler pattern meningkat) pada hari ke tiga dengan hasil masalah teratasi.

Hasil evaluasi pada diagnosis tersebut sudah sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan sebelumnya.

# Evaluasi Diagnosis Keperawatan 2

Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus kapiler ( Tramsudasi cairan masuk ke alveoli) pada hari ke tiga dengan masalah teratasi.

Hasil evaluasi pada diagnosis tersebut sudah sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan sebelumnya.

# Evaluasi Diagnosis Keperawatan 3

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fis (kerja myokard meningkat), tidak menerima diagnosis, pada hari ke tiga dengan masalah teratasi. Hasil evaluasi pada diagnosis tersebut sudah sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan sebelumnya.

# BAB 5 PENUTUP

Penulis telah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan *Hypertension heart disease* (HHD) di RSPAL dr.Ramelan Surabaya. Maka penulis dapat menarik kesimpulan berserta saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan medikal bedah..

# Simpulan

Hasil uraian tentang asuhan keperawatan pada *Hypertension heart disease* (HHD) di RSPAL dr.Ramelan Surabaya, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada pasien *Hypertension Heart Disease* (HHD) didapatkan data Pasien mengeluh sesak, CRT > 3”, adanya cardiomegali, batuk positif, (tramsudasi cairan masuk ke alveoli) dd dyspnea, pCo2 menurun (27,1) harusnya 35-45 mmHg, pO2 meningkat (106,8) harusnya 80-100 mmHg, pH menurun (7,3337) harusnya 7.35-7.45, pasien tampak gelisah, pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, tekanan darah meningkat 180/80 mmHg, pola nafas berubah (takipnue).
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien HHD antara lain Penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas dan nyeri akut b.d agen pencidera fis (kerja myokard meningkat)
3. Pelaksanaan keperawatan dilakukan antara lain pelaksanaan memonitor dan melakukan TTV pada setiap oper shift (pagi, siang, malam) terutama pada tekanan darah harus pada batas normal. memonitor tingkat nyeri pasien

79

sampai dengan tidak ada keluhan nyeri dan skala nyeri pasien di batas normal atau yang terkecil (0).

1. Evaluasi keperawatan yang di dapat amtara lain Penurunan curah jantung b.d peningkatkan preload dan afterload (bronchonvaskuler pattern meningkat). Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus kapiler (tramsudasi cairan masuk ke alveoli). Nyeri akut b.d agen pencidera fis (kerja myokard meningkat)
2. Dokumentasi asuhan keperawatan pada *Hypertension heart disease* (HHD), telah menggunakan sistem SIMRS dan RM tetap di gunakan untuk penulisan awal dan selanjutnya di dokumentasikan pada aplikasi SIMRS yang ada di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

# Saran

1. Bagi Pelayanan Keperawatan
	1. Pelayanan pada pasien HHD selalu mengedepankan komunikasi terapeutik setiap melakukan tindakan asuhan keperawatan, karena komunikasi terapeutik sangat penting dan dapat meningkatkan kepercayaan pasien dan keluarga terhadap tim kesehatan.
	2. Perawat selalu memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara holistik dan professional terhadap pasien dan keluarga.
	3. Tak lupa juga selalu memperhatikan hak pasien untuk mendapatkan informasi yang sejelas-jelasnya tentang tindakan asuhan keperawatan.
2. Bagi Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit

Agar selalu memenuhi segala kebutuhan pasien sesuai dengan kemampuannya.

1. Bagi Profesi Kesehatan

Agar selalu melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan Standart Asuhan Keperawatan yang telah disetujui dan disepakati bersama, terutama mengenai penyakit *Hypertension heart disease* (HHD) dan asuhan keperawatan *Hypertension heart disease* (HHD).

1. Pasien

Agar pasien lebih memperhatikan status kesehatan serta pengaruh penyakit hipertensi yang dapat mempengaruhi status kesehatan jantung dan riwayat penyakit atau komplikasi, maka sebaiknya lebih rutin dalam kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan dan lebih rutin untuk meminum obat yang sudah di anjurkan oleh dokter. Pendidikan kesehatan kepada penderita dan keluarganya akan sangat berarti bagi pasien, terutama bagaimana sikap dan tindakan, serta cara untuk membentuk dan mempertahankan gaya hidup sehat.

1. Institusi

Membuat module yang spesifik mengarah ke pasien *Hipertension Heart Diesease* (HHD)

# DAFTAR PUSTAKA

Damanik, M., Fahmy, R., & Merdawati, L. (2020). Gambaran Keakuratan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. *Jurnal Kesehatan Andalas*, *8*(4). https://doi.org/10.25077/jka.v8i4.1131

Dubu, J. P. (2019). Asuhan Keperawatan Komprehensif pada Tn. P. L. dengan Hipertensi di Ruang Komodo RSUD. Prof. dr. W. Z. Johannes Kupang. In *Karya Tulis Ilmiah Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang*.

Hasnul, M., Najirman, N., & Yanwirasti, Y. (2015). Karakteristik Pasien Penyakit Jantung Rematik yang Dirawat Inap di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, *4*(3). https://doi.org/10.25077/jka.v4i3.383

Irawati, L. (2015). VISKOSITAS DARAH DAN ASPEK MEDISNYA. *Majalah*

*Kedokteran Andalas*, *34*(2). https://doi.org/10.22338/mka.v34.i2.p102- 111.2010

Kemenkes. (2019). *Hari Hipertensi Dunia 2019 : “Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu dengan CERDIK.”* Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Khairuzzaman, M. Q. (2016). MATERI ANFIS JANTUNG. In *SISTEM CARDIOVASKULAR*.

Mapagerang, R., & Alimin, M. (2018). Hipertensi Dengan Kontrol Diet Rendah Garam. *Jikp(Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah)*, *7*(1).

Moi, M. F., Nursalam, N., & Asmoro, C. P. (2019). FAKTOR – FAKTOR YANG MEMENGARUHI PELAKSANAAN RONDE KEPERAWATAN.

*Fundamental and Management Nursing Journal*, *2*(1). https://doi.org/10.20473/fmnj.v2i1.12806

Monica, R. F., Adiputro, D. L., & Marisa, D. (2019). Hubungan Hipertensi Dengan Penyakit Jantung Koroner Pada Pasien Gagal Jantung Di Rsud Ulin Banjarmasin. *Homeostasis*, *2*(1).

Nurmayanti, H., & Kaswari, S. R. teguh. (2020). Efektivitas Pemberian Konseling Tentang Diet Dash terhadap Asupan Natrium, Kalium, Kalsium, Magnesium, Aktivitas Fisik, dan Tekanan Darah Pasien Hipertensi. *Jurnal Nutriture*, *volume 1*(1).

P2PTM Kemenkes RI. (2018). Klasifikasi Hipertensi. In *Kementerian Kesehatan Republik IIndonesIa*.

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.

Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017a). SDKI. *Sdki*, *V*, 34.

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017b). SDKI. *Sdki*, *34*(Penurunan Curah Jantung), 34.

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2017). *SIKI*.

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia*.

Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2017). *SLKI*.

Purnama, A., & Saleh, R. (2019). Perbedaaan Pola Diet dan Stres terhadap Hipertensi Di Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, *7*(04). https://doi.org/10.33221/jiiki.v7i04.329

Rauf, A. (2016). SISTEM PERPUSTAKAAN MENGGUNAKAN RADIO FREQUENCY IDENTIFICATION (RFID) DENGAN PENDEKATAN

SMART CITY (Studi Kasus: Perpustakaan Wilayah Soeman HS Provinsi Riau). *Landasan Teori*, *1989*.

Reed, M. J., Muir, A., Cullen, J., Murphy, R., Pollard, V., Zangana, G., Krupej, S., Askham, S., Holdsworth, P., & Davies, L. (2021). Establishing a smartphone ambulatory ECG service for patients presenting to the emergency department with pre-syncope and palpitations. *Medicina (Lithuania)*, *57*(2). https://doi.org/10.3390/medicina57020147

Runiari, N. (2010). *Asuhan Keperawatan Pada klien Dengan Hiperemesis Gravidarum* (R. Ervina (ed.)). Salemba Medika.

Santoni, M. M., Chamidah, N., & Matondang, N. (2020). Prediksi Hipertensi menggunakan Decision Tree, Naïve Bayes dan Artificial Neural Network pada software KNIME. *Techno.Com*, *19*(4). https://doi.org/10.33633/tc.v19i4.3872

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. In

*DPP PPNI*.

Zakaria, A., Subito, M., & Amir, A. (2019). Sistem Monitoring Tekanan Darah Berbasis Wireless. *Techno.Com*, *18*(4). https://doi.org/10.33633/tc.v18i4.2553

Lampiran : SOP EKG

# Pengertian

Elektrokargdigrafi adalah ilmu yang mepelajari aktifitas listrik jantung. Sedangkan elektrokardigram (EKG) adalah suatu grafik yang menggambarkan rekaman listrik jantung.

# Tujuan

1. Mengidentifikasi adanya kelainan irama jantung (disrithmia) akibat adanya infark miokard, angina tertentu, pembesaran jantung, dan penyakit inflamasi jantung.
2. Menilai efek obat-obatan dan mengidentifikasi ketidakseimbangan elektrolit,terutama kalsium dan kalium.

# Prosedur Tindakan

1. Alat dan Bahan
	1. Mesin EKG.
		1. Kabel untuk sumber listrik
		2. Kabel untuk bumi (ground)
		3. Kabel elektroda ( Ekstremitas dan dada)
		4. Plat elektroda ekstremitas/karet pengikat
		5. Balon penghisap elektroda
	2. Nierbeken.
	3. Jelly.
	4. Kapas alkohol
	5. Tissue.
	6. Alat cukur (kalau perlu).
	7. Kertas EKG
2. Persiapan Klien
	1. Menjelaskan kepada klien tentang tujuan tindakan pemeriksaan EKG
	2. Melepaskan alat logam yang digunakan klien, temasuk gigi palsu.
	3. Menganjurkan klien untuk berbaring dengan tenang dan tidak bergerak selama prosedur.
	4. Menjelaskan kepada klien untuk tidak memegang pagar tempat tidur.
3. Cara kerja
	1. Mencuci tangan.
	2. Menutup sampiran.
	3. Membuka pakaian atas klien.
	4. Membersihkan area ekstremitas dan dan dada yang akan dipasangi elektroda dengan menggunakan kapas alkohol. Bila terdapat rambut yang cukup tebal cukur bila perlu.
	5. Memberikan jelly pada area pemasangan dan pada elektroda.
	6. Pasang kabel dan elektroda (hindari memasang elektroda pada massa otot yang terlalu tebal atau pada struktur tulang) : Gambar lampiran SOP EKG
		1. Kabel Merah (R) : pada lengan kanan.
		2. Kabel Kuning (L) : pada lengan kiri.
		3. Kabel Hijau (F) : pada kaki kiri.
		4. Kabel Hitam (N) : pada kaki kanan.
		5. V1 : pada interkostal ke– 4 kanan.
		6. V2 : pada interkostal ke– 4 kiri. (Reed et al., 2021)
		7. V3 : pada interkostal ke 4 – 5 antara V2 dan V4.
		8. V4 : pada interkostal ke-5 linea midclavicularis kiri.
		9. V5 : horizontal terhadap V4, di linea aksilaris anterior.
		10. V6 : horizontal terhadap V5, pada línea midaksilaris.
	7. Buat kalibrasi sebanyak 3 kali
	8. Rekam setisp lead 3-4 beat
	9. Setelah selesai perekaman semua lead, buat kalibrasi ulang.
	10. Setelah selesai, mematikan power mesin EKG dan lepaskan kabel/elektroda dari tubuh klien, kemudaian bersihkan sisa jelly yang menempel dengan tissue.
	11. Merapihkan klien dan mengembalikan alat-alat pada tempatnya.
	12. Beritahu klien bahwa perekaman sudah selesai.
	13. Lakukan dokumentasi dan catat:
		1. Nama Pasien
		2. Umur
		3. Jam, tanggal, bulan, dan tahun pembuatan
		4. Nama masing-masing lead
		5. Nama pembuat