**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN DIAGNOSIS MEDIS**

**HHD (*HYPERTENSIVE HEART DISEASE*), ANEMIA DAN DYSPNEA**

**DI RUANG III RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

****

**Oleh :**

**ANIS RIANG RAHMAWATI**

**NIM. 172.0014**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN DIAGNOSIS MEDIS**

**HHD (*HYPERTENSIVE HEART DISEASE*), ANEMIA DAN DYSPNEA**

**DI RUANG III RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

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

****

**Oleh :**

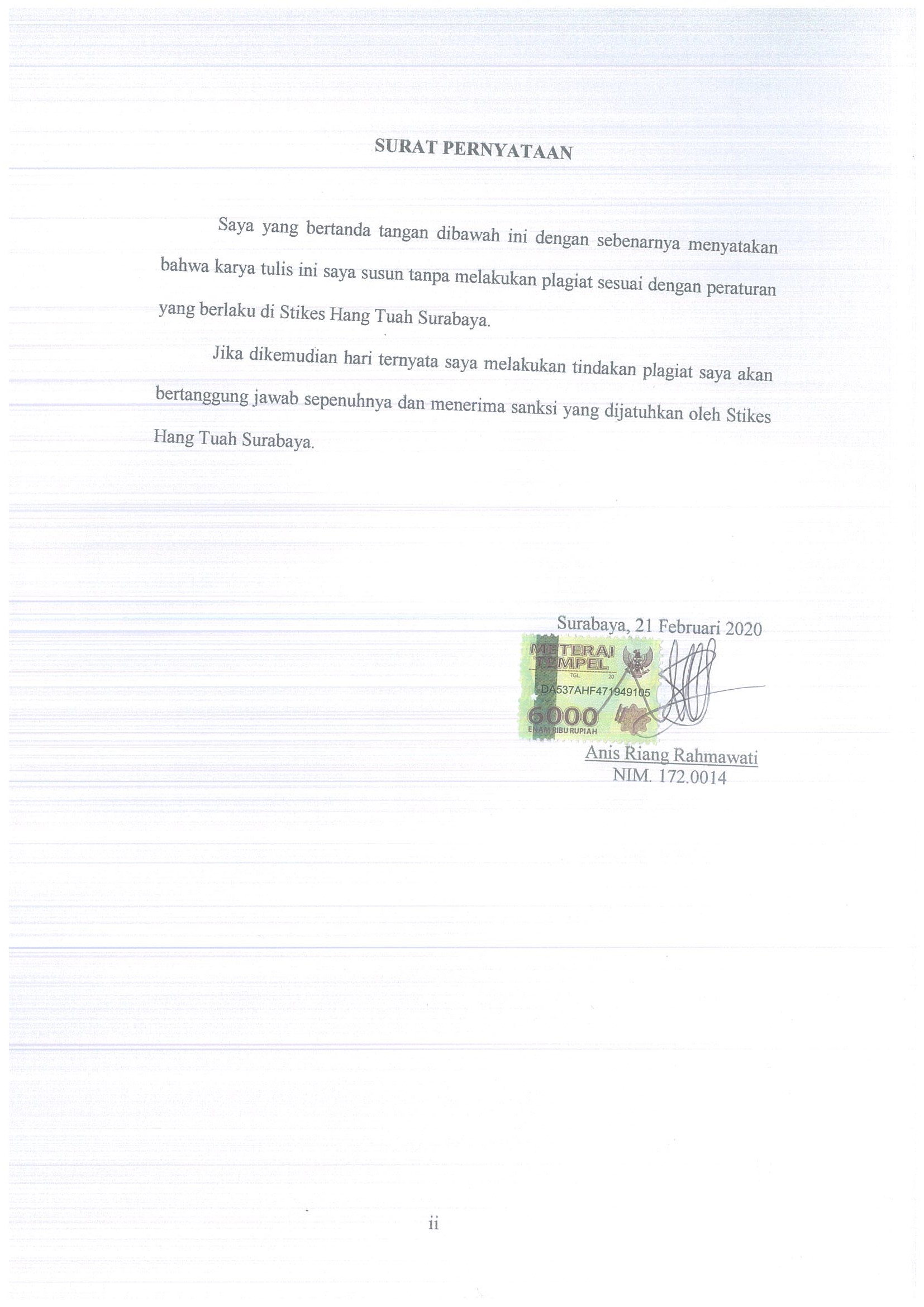
**ANIS RIANG RAHMAWATI**

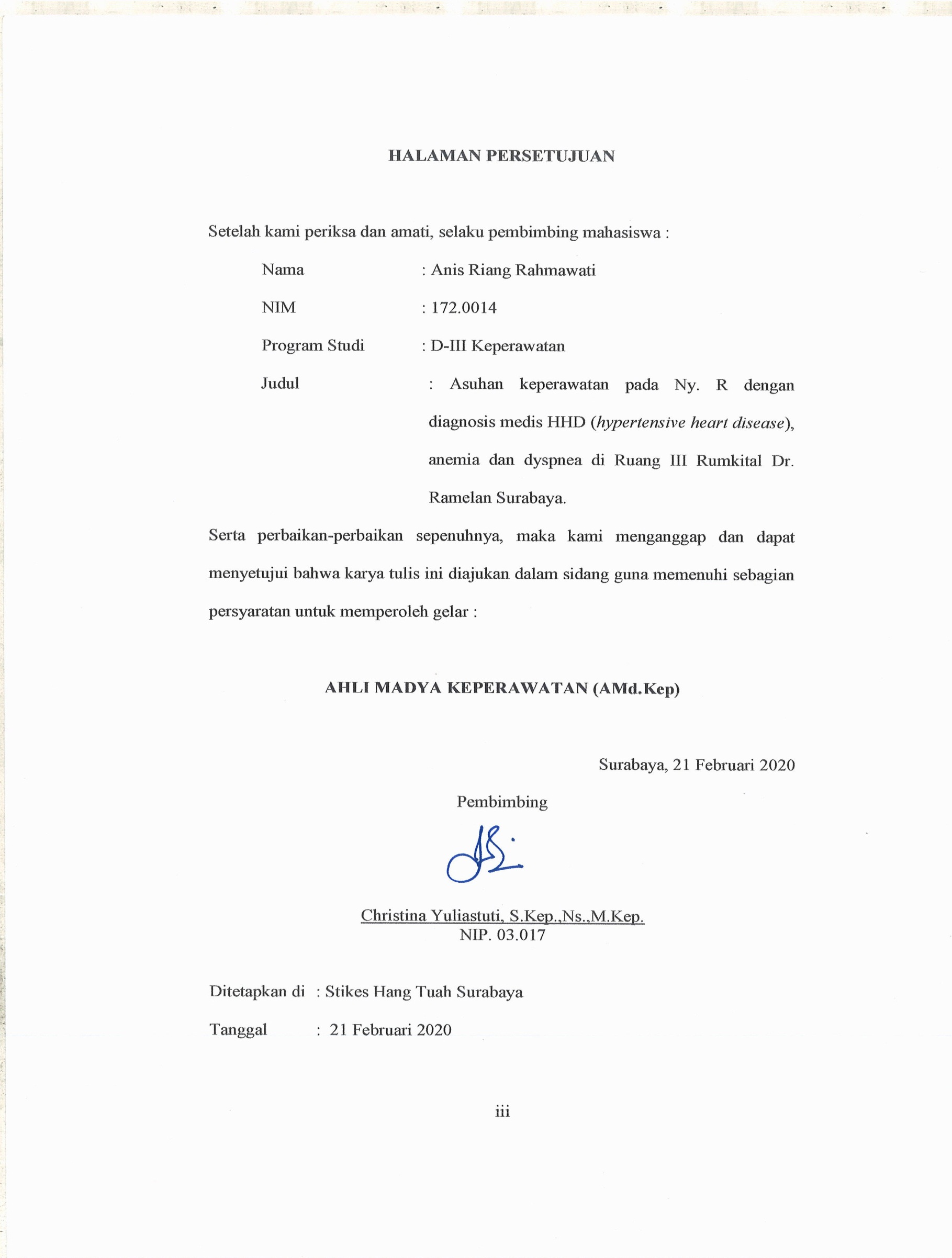
**NIM. 172.0014**

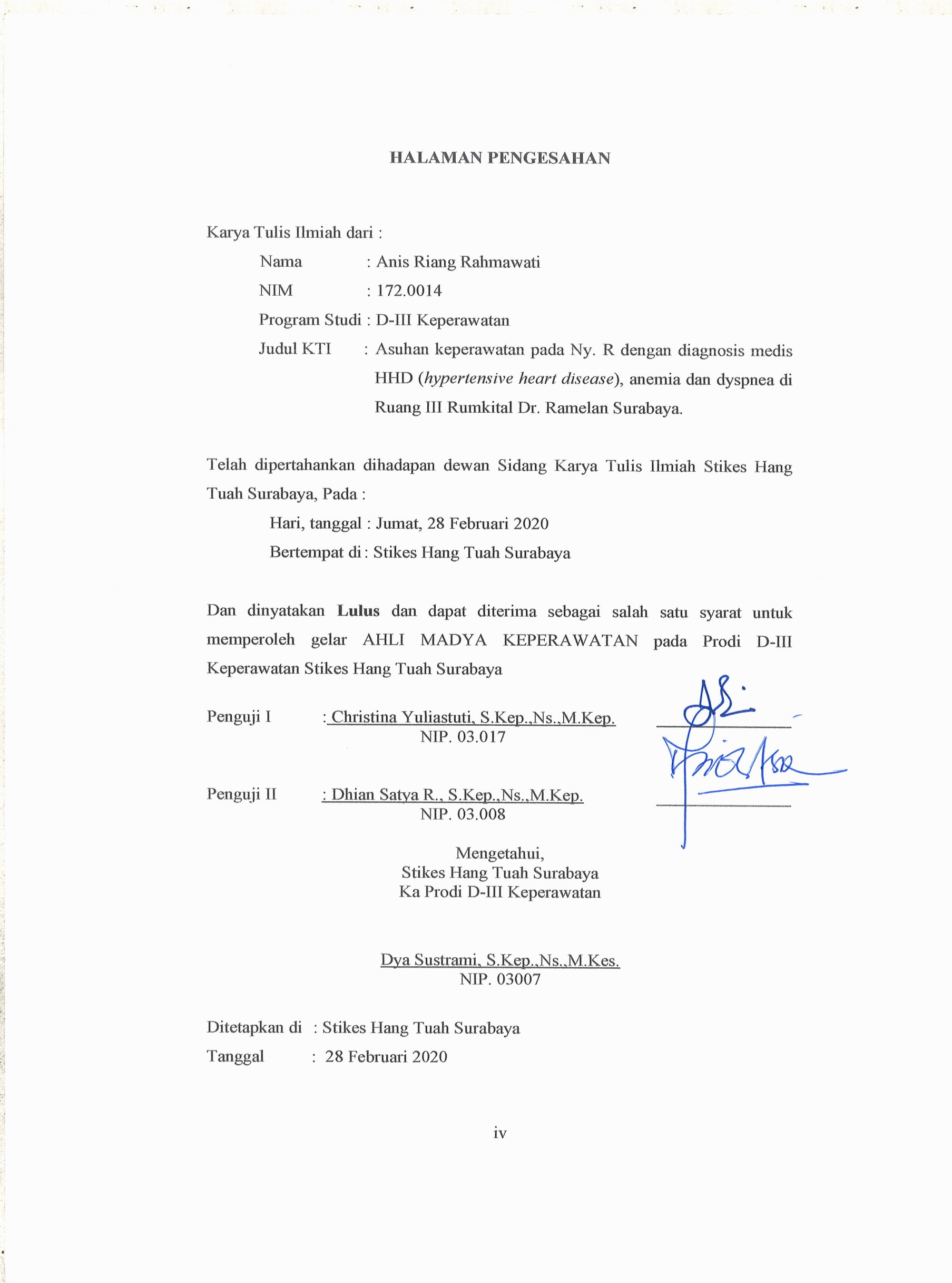
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

****

****

**MOTTO & PERSEMBAHAN**

**“ Champion is my ambition, spirit is my breath, achievement is my life and i can go international “**

**“ Ubah pikiranmu dan kau dapat mengubah duniamu “**

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala pertolongan-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik. Kupersembahkan Karya yang sederhana ini kepada :

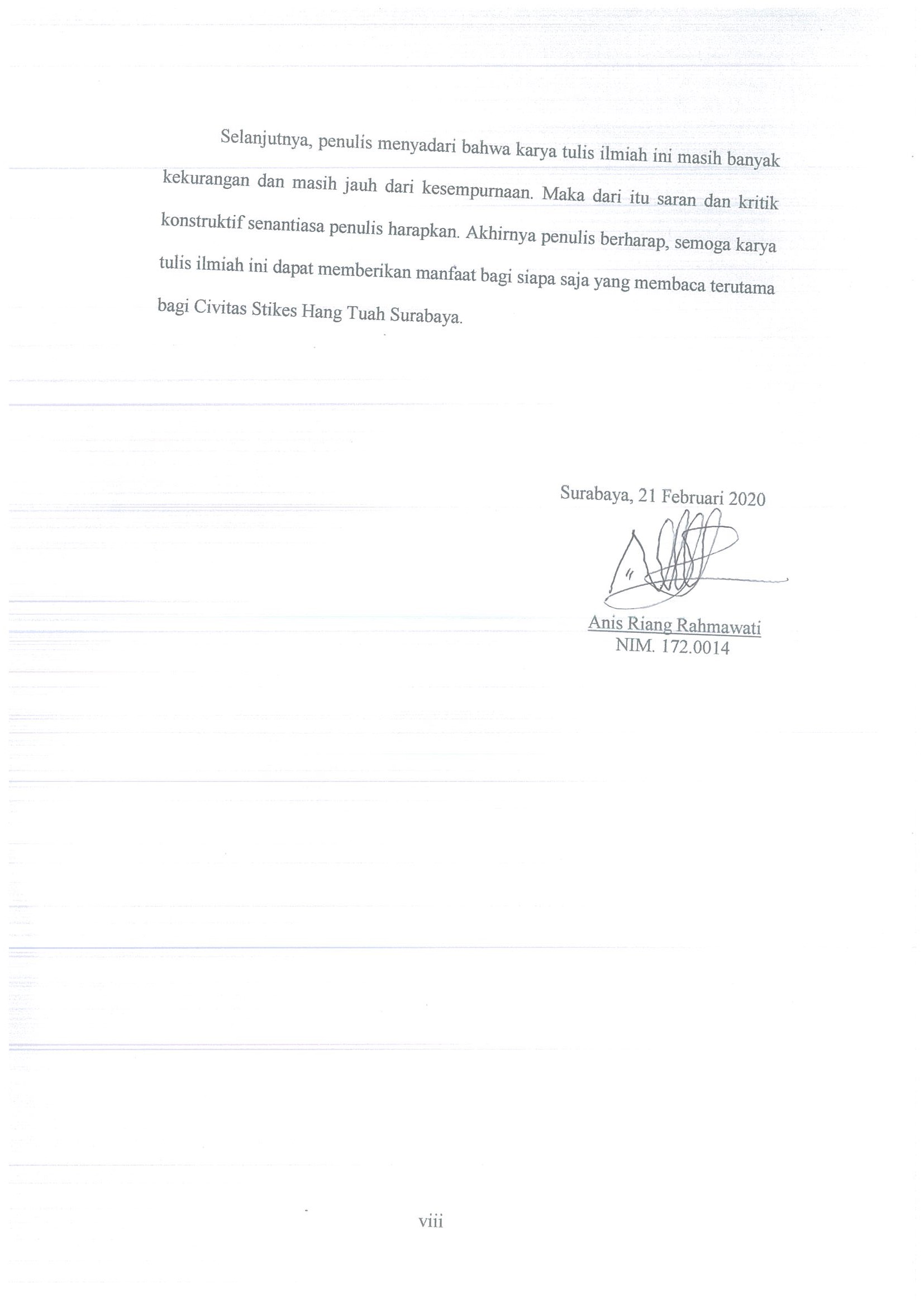
1. Kedua orang tua yang telah mendukung dan memberi saya motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin bisa saya balas dengan apapun.
2. Sophia Ilmia Fanani yang selalu mendukung dan memberi motivasi kepada saya.
3. Teman-teman kelompok karya tulis ilmiah di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah berjuang bersama.
4. Teman-teman se-almamater Program D-III Keperawatan angkatan ke-23 senasib seperjuangan, atas kebersamaan yang telah kita jalani selama ini.

**KATA PENGANTAR**

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

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program 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. Radito Soesanto, Sp.THT-KL,Sp.KL, Selaku Kepala Rumkital 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.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp.,M.Kep., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu 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.
4. Ibu Christina Yuliastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Pembimbing sekaligus penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Dhian Satya R., S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Penguji, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. 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 ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Ibu Nur Chasanah, A.Md.Kep., selaku kepala Ruang III, ibu Ratna Eko, A.Md.Kep., selaku KATIM yang sudah membimbing dan membantu dalam pengambilan data dan juga segenap perawat Ruang III RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, penulis hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.



**DAFTAR ISI**

[**HALAMAN JUDUL**](#_Toc33048259) **i**

[**SURAT PERNYATAAN**](#_Toc33048268) **ii**

[**HALAMAN PERSETUJUAN**](#_Toc33048269) **iii**

[**HALAMAN PENGESAHAN**](#_Toc33048270) **iv**

[**MOTTO & PERSEMBAHAN**](#_Toc33048271) **v**

[**KATA PENGANTAR**](#_Toc33048272) **vi**

[**DAFTAR ISI**](#_Toc33048273) **ix**

[**DAFTAR TABEL**](#_Toc33048274) **xi**

[**DAFTAR GAMBAR**](#_Toc33048275) **xii**

[**DAFTAR LAMPIRAN**](#_Toc33048276) **xiii**

[**DAFTAR SINGKATAN**](#_Toc33048277) **xiv**

[**BAB 1 PENDAHULUAN** 1](#_Toc33053222)

[1.1 Latar belakang 1](#_Toc33053223)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc33053224)

[1.3 Tujuan Penelitian 4](#_Toc33053225)

[1.4 Manfaat Penulisan 5](#_Toc33053232)

[1.5 Metode Penulisan 6](#_Toc33053233)

[1.6 Sistematika Penulisan 8](#_Toc33053240)

[**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA** 9](#_Toc33053241)

[2.1 Konsep Penyakit 9](#_Toc33053242)

[2.2 Konsep Anemia 38](#_Toc33053256)

[2.3 Konsep Dyspnea 45](#_Toc33053266)

[2.4 Kerangka Masalah HHD 50](#_Toc33053274)

[2.5 Konsep Asuhan Keperawatan 51](#_Toc33053275)

[**BAB 3 TINJAUAN KASUS** 65](#_Toc33053283)

[3.1 Pengkajian Keperawatan 66](#_Toc33053284)

[3.2 Diagnosis Keperawatan 77](#_Toc33053295)

[3.3 Intervensi Keperawatan 80](#_Toc33053297)

[3.4 Implmentasi dan Evaluasi Keperawatan 86](#_Toc33053298)

[**BAB 4 PEMBAHASAN** 114](#_Toc33053299)

[4.1 Pengkajian Keperawatan 114](#_Toc33053300)

[4.2 Diagnosis Keperawatan 116](#_Toc33053301)

[4.3 Perencanaan Keperawatan 119](#_Toc33053302)

[4.4 Pelaksanaan Keperawatan 123](#_Toc33053303)

[4.5 Evaluasi Keperawatan 126](#_Toc33053304)

[**BAB 5 PENUTUP** 128](#_Toc33053305)

[5.1 Simpulan 129](#_Toc33053306)

[5.2 Saran 131](#_Toc33053307)

**DAFTAR PUSTAKA1 ...132**

Lampiran ...134

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Darah Lengkap 74

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium Analisa Gas Darah 75

Tabel 3.3 Terapi Obat 77

Tabel 3.4 Analisa Data 77

Tabel 3.5 Prioritas Masalah 79

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan 80

Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan 86

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Anatomi Kardiovaskular 10

Gambar 2.2 Kerangka Masalah HHD 50

Gambar 3.1 Genogram Ny. R 68

Gambar 3.2 Photo Thorax Ny. R 76

Gambar 3.3 EKG Ny.R 76

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 SOP Transfusi Darah 134

Lampiran 2 Foto Thorax 136

Lampiran 3 EKG 137

**DAFTAR SINGKATAN**

ACE : *Angiotensin Converting Enzyme*

BUN : *Blood Urea Nitrogen*

CHF : *Congestive Heart Failure*

cm : *Centimeter*

CVP : *Central Venous Pressure*

CRT : *Capillary Refill Time*

CI : *Clinical Instructor*

*EF : Elektro Fulgunasi*

EDV : *End Diastole Volume*

EKG : *Elektrokardiogram*

ESV : *English Standard Version*

EWS : *Early Warning System*

g/dL : *Gram Per Deciliter*

GDA : Gula darah Acak

GCS : *Glasgow Coma Scale*

HHD : *Hypertensive Heart Disease*

HDL : *High Density Lipoprotein*

Hb : Hemoglobin

Kg : Kilogram

LVEDV : *Left Ventricular End Diastole Volume*

LVH : *Left Ventricle Hyperthrophy*

mg/dL : Miligram Per Deciliter

ml : Mililiter

MmHg : *Milimeter Merkuri Hydrargyrum*

Mmol : Milimol

Ny : Nyonya

PAWP : *Pulmonary Artery Wedge Pressure*

PND : *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea*

PPOK : Penyakit Pulmonari Obstruktif Kronis

PQRST : *Provokatif, Qualitas, Region, Scale seviritas, Timing*

PVP : *Polivinilpirolidon*

SVR : *Systemic Vascular Resistance*

TKTP RG : Tinggi Kalori Tinggi Protein Rendah Garam

TTV : Tanda-tanda vital

Riskesdas : Riset Kesehatan dasar

TPR : *Total Physical Response*

# 

**PENDAHULUAN**

## Latar belakang

*Hypertensive 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 (Oktavianus & Sari, 2014). HHD ditandai dengan adanya penurunan curah jantung. Masalah yang sering muncul yaitu pasien mengalami tekanan darah tinggi diatas 140/90 mmHg. Tekanan darah tinggi tersebut sering disertai mual, muntah, sakit kepala, serta kelemahan. Tekanan darah tinggi biasanya diikuti dengan sakit kepala dan badan lemas kemudian mereda setelah beristirahat. Pasien juga akan mengalami intoleransi aktivitas, nyeri akut dan kurang pengetahuan tentang pengelolaan hipertensi (Ardiansyah 2012). Masalah keperawatan yang muncul di Ruang III Rumkital Dr. ramelan Surabaya dengan diagnosis medis HHD adalah pola napas tidak efektif yang ditandai dengan pasien mengeluh sesak, terdapat penurunan curah jantung yang disebabkan adanya perubahan pada irama jantung dan menyebabkan timbulnya masalah keperawatan lain seperti nyeri akut, intoleransi aktivitas, defisit perawatan diri dan gangguan pola tidur.

Di Negara yang sedang berkembang terutama Negara Indonesia Riskesdas (2018), menyatakan bahwa prevalensi penyakit jantung yang didiagnosa dokter pada penduduk semua umur yang terbanyak terletak di Kalimantan Utara sebesar

2.2%. Sedangkan, prevalensi penyakit jantung yang didiagnosa dokter menurut karakteristik pada tahun 2018 tercatat perempuan 1,6% lebih banyak ketimbang laki-laki dan usia terbanyak diatas 75 tahun 4,7% lebih banyak terutama mereka yang tinggal di perkotaan sekitar 1,6% dan profesi PNS, TNI atau POLRI dan BUMN lebih banyak 2,7%. Prevalensi hipertensi menurut diagnosis atau minum obat dan hasil pengukuran pada penduduk umur diatas 18 tahun pada tahun 2013-2018 adalah sebanyak 2013 25,8% dan 2018 34,18%. Prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur diatas atau sama dengan 18 tahun menurut provinsi 2018 yang terbanyak terletak pada kota Sulawesi Utara sebanyak 13,2%. Prevalensi hipertensi yang didiagnosa dokter pada penduduk umur lebih dari atau sama dengan 18 tahun menurut karakteristik 2018 kebanyakan mereka yang tidak atau belum pernah sekolah dengan persentase 51,6%. Prevalensi riwayat minum obat dan alasan tidak minum obat pada penduduk hipertensi berdasarkan diagnosis dokter atau minum obat 2018, tidak hipertensi 91,2%, hipertensi 8,8% yang rutin minum obat 54,4% sedangkan yang tidak rutin minum obat sebanyak 32,3% dan tidak minum obat 13,3% dengan alasan 59,8% merasa sudah sehat. Buku data pasien di Ruang III RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya data dari bulan Januari - Desember 2019 diperoleh data dari 800 pasien dirawat di Ruang III sebanyak 10 pasien (1,3%) dengan kasus *hypertensive heart disease*, data dari tiga bulan terakhir November 2019 - Januari 2020 rata-rata perbulan 1 pasien diantaranya dengan *hypertensive heart disease* dan data dari bulan Januari 2020 diperoleh data dari 135 pasien sebanyak 1 pasien (0,1%) diantaranya dengan kasus *hypertensive heart disease*.

Kartikasari (2012), menyebutkan faktor pemicu hipertensi dibedakan menjadi dua faktor, yaitu faktor yang tidak dapat dikontrol seperti riwayat keluarga, jenis kelamin dan usia, serta faktor yang dapat dikontrol seperti konsumsi lemak, perilaku merokok, obesitas dan kurangnya aktivitas fisik. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Konsekuensinya yaitu kemampuan aorta dan arteri besar menjadi berkurang dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume seuncup), sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan resistensi perifer (Kartikasari, 2012). Gejala pada hipertensi berupa nyeri kepala saat terjaga dan terkadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah, penglihatan kabur karena terjadi kerusakan pada retina sebagai dampak dari hipertensi, nokturia (sering berkemih di malam hari) karena adanya peningkatan aliran darah ginjal dan fittrasi glomerulus, Edema dependen dan pembekakan akibat peningkatan tekanan kapiler (Ardiansyah, 2012).

Peran perawat dalam masalah ini adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis HHD dimana peran tersebut berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar pasien melalui pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan, serta peran sebagai *educator* dengan cara membantu pasien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan tentang penyakit HHD dan juga tindakan yang diberikan perawat kepada pasien, perawat juga dapat melakukan tindakan mandiri seperti hal nya pada pasien HHD yang selalu berhubungan dengan penurunan curah jantung dapat memberikan tindakan mandiri dengan cara mengidentifikasi tanda atau gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung seperti adanya dispnea, kelelahan, peningkatan berat badan, memonitor tekanan darah, memonitor saturasi oksigen, memposisikan pasien semi fowler dan juga memberikan dukungan pada pasien. Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis menyusun asuhan keperwatan pada pasien Ny. R dengan diagnosis medis HHD di Ruang III RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

## Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada karya tulis ilmiah sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. R dengan diagnosis medis HHD (*hypertensive heart disease*), anemia dan dyspnea yang tepat di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya ?”

## Tujuan Penelitian



### Tujuan Umum

Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. R dengan diagnosis medis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

### Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pasien dengan diagnosis medis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosis medis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

## Manfaat Penulisan

Manfaat penulisan yang dapat diperoleh adalah sebagai berikut :

1. Bagi Penulis

Manfaat penulisan bagi penulis yaitu dapat menambah pengetahuan tentang penyakit HHD, anemia dan dyspnea.Dapat memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan HHD, anemia dan dyspnea.

1. Bagi Institusi Stikes Hang Tuah Surabaya

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya asuhan keperawatan HHD, anemia dan dyspnea .

1. Manfaat Bagi Institusi Rumah Sakit

Manfaat bagi institusi rumah sakit agar dapat lebih mengenali dan menambah pengetahuan dengan kasus HHD, anemia dan dyspnea sehingga penanganannya dapat ditangani secara optimal dan cepat.

1. Bagi masyarakat

Manfaat bagi masyarakat dengan adanya karya tulis ini dapat memberikan informasi bagi masyarakat dengan kasus HHD, anemia dan dyspnea sehingga masyarakat dapat berhati-hati dalam menjalankan kegiatan serta mengetahui peranan fisioterapi pada kondisi tersebut.

## Metode Penulisan



### Metode

Penulis menggunakan metode deskriptif dalam penulisan karya tulis ilmiah yang sifatnya mengungkapkan asuhan keperawatan medikal bedah yang diberikan pada Ny. R dengan diagnosis medis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang terjadi waktu sekarang yang meliputi studi pendekatan proses keperawatan dengan pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara berlangsung untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi pasien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan. Data diambil atau diperoleh pada tanggal 28 Januari 2020 melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga pasien maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indra lainnya, melalui perabaan, sentuhan dan pendengaran. Data diambil atau diperoleh pada tanggal 28 Januari 2020 sampai 30 Januari 2020 melalui inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

1. Pemeriksaan

Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 28 Januari 2020 sampai 30 Januari 2020.

### Sumber Data

1. Data Primer

Sumber data yang diperoleh langsung dari Ny. R, apa yang dikatakan dan dikeluhkan Ny. R.

1. Data Sekunder

Data yang diperoleh tidak langsung dari Ny. R melainkan dari keluarga atau orang terdekat, catatan medik perawat, hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

### Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang penulis dalam penulisan karya tulis ilmiah ini diambil dari berbagai referensi seperti buku ilmu keperawatan, jurnal online dan ebook online.

## Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan memberikan gambaran secara singkat tentang penyusunan karya tulis ilmiah secara sistematis.

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

Bab 1, pada bab ini berisi pendahuluan, latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penelitian, dan sistematika penulisan.

Bab 2, pada bab ini berisi tinjauan pustaka, konsep keluarga, konsep keperawatan, konsep penyakit hipertensi, konsep asuhan keperawatan Hipertensi dan Asuhan Keperawatan Keluarga.

Bab 3, pada bab ini berisi tentang pengkajian data anggota keluarga sampai dengan evaaluasi asuhan keperawatan keluarga.

Bab 4, Pembahasan, yang berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan mengenai studi kasus pada pasien dengan diagnosis medis pankreatitis akut di Ruang III RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

Bab 5, pada bab ini akan dibahas mengenai kesimpulan dari hasil pelaksanaan studi kasus yang telah dilakukan oleh penulis serta berisi saran-saran.

1. Bagian akhir, pada bagian akhir ini berisi daftar pustaka dan lampiran.

# 

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *hypertensive heart disease*, anemia dan dyspnea. Konsep *hypertensive heart disease*, anemia dan dyspnea akan diuraikan definisi, etiologi serta cara penanganan secara medis dan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

## Konsep Penyakit *Hypertensive Heart Disease* (HHD)



### Pengertian HHD

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi dimana ketika tekanan darah sistolik (jantung berdetak) 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik (jantung berelaksasi) 90 mmHg. Sedangkan tekanan darah orang dewasa normal adalah ketika tekanan darah sistolik 120 mmHg dan tekanan darah diastolik 80 mmHg (Ardiansyah, 2012). *Hypertensive 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 (Oktavianus & Sari, 2014).

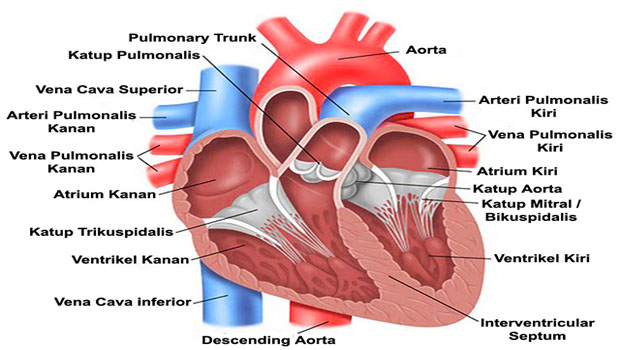
### 

### Anatomi dan Fisiologi Jantung

1. Anatomi Jantung

Jantung merupakan organ utama sistem kardiovaskular, berotot dan berongga, terletak di rongga toraks bagian mediastinum. Jantung berbentuk seperti kerucut tumpul dengan bagian bawah disebut apeks terletak lebih ke kiri dari garis medial, bagian tepi terletak pada ruang interkosta IV kiri atau sekitar 9 cm dari kiri linea medioklavikularis, bagian atas disebut basis terletak agak ke kanan pada kosta ke III sekitar 1 cm dari tepi lateral sternum. Memiliki ukuran panjang sekitar 12 cm, lebar 8-9 cm dan tebal 6 cm. Berat jantung sekitar 200-425 gram, pada laki-laki sekitar 310 gram dan pada perempuan sekitar 225 gram (Aspiani, 2014).

Jantung dilapisi oleh selaput yang disebut perikardium. Perikardium terdiri atas dua lapisan, yaitu perikardium parietal dan perikardium viseral. Perikardium parietal, yaitu lapisan luar yang melekat pada tulang dada dan selaput paru. Perikardium viseral, yaitu lapisan permukaan dari jantung itu sendiri yang juga disebut epikardium. Di antara kedua lapisan tersebut terdapat cairan perikardium yang berfungsi mengurangi gesekan akibat gerak jantung saat memompa.



Gambar 2.1 Anatomi Kardiovaskular (Oktavianus & Sari, 2014)

1. Lapisan Jantung

Jantung terdiri atas tiga lapisan menurut Aspiani (2014), yaitu epikardium, miokardium dan endokardium.

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

Katup jantung berfungsi untuk mempertahankan aliran darah searah melalui bilik jantung. Ada dua jenis katup menurut Aspiani (2014), yaitu katup atriventrikuler dan katup semilunar .

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

Jantung memiliki 4 ruang menurut Aspiani (2014), yaitu atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kiri dan ventrikel kanan. Atrium terletak di atas ventrikel dan saling berdampingan. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh katup satu arah. Antara rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh septum.

1. Atrium Kanan
2. Memiliki dinding yang tipis.
3. Atrium kanan berfungsi sebagai penampungan darah yang rendah oksigen ke seluruh tubuh. Darah tersebut mengalir melalui vena kava superior, vena kava inferior, serta sinus koronarius yang berasal dari jantung sendiri. Dari atrium kanan kemudian darah dipompa ke ventrikel kanan.
4. Antara vena kava dan atrium jantung dipisahkan oleh lipatan katup atau pita otot yang rudimeter. Oleh sebab itu, bila terjadi peningkatan tekanan atrium kanan akibat bendungan darah di bagian kanan jantung akan dibalikkan kembali ke dalam vena sirkulasi sistemik.
5. 80% aliran balik vena ke dalam atrium kanan mengalir secara pasif ke dalamventrikel kanan melalui katup trikuspidalis.
6. 20% mengisi ventrikel dengan kontraksi atrium. Pengisian ventrikel secara aktif ini dinamakan *atrial kick.*hilangnya *atrial kick* pada disritmia dapat mengurangi pengisian ventrikel sehingga mengurangi curah ventrikel.
7. Atrium Kanan
8. Berbentuk bulan sabit yang unik.
9. Berguna dalam menghasilkan kontraksi bertekanan rendah yang cukup untuk mengalirkan darah ke dalam arteri pulmonalis.
10. Tebal dinding ventrikel kanan hanya 1/3 dari tebal dinding ventrikel kiri karena beban kerja ventrikel kanan lebih ringan daripada ventrikel kiri.
11. Saat ventrikel kanan berkontraksi, katup trikuspidalis menutup dan darah di pompa ke paru melalui arteri pulmonalis. Pada pertemuan arteri besar dan ventrikel kanan, terdapat katup semilunaris pulmonalis. Ketiga daunnya di dorong dan membuka saat ventrikel kanan berkontraksi dan memompa darah ke arteri pulmonalis. Ketika ventrikel kanan relaksasi, darah kembali mengisi daun katup dan menutup katup semilunaris pulmonalis untuk mencegah aliran balik darah ke ventrikel kanan.
12. Sirkulasi pulmonal merupakan sistem aliran darah bertekanan rendah, dengan resistensi jauh lebih kecil terhadap aliran darah dari ventrikel kanan, dibandingkan tekanan tinggi sirkulasi sistemik terhadap aliran darah dari ventrikel kiri.
13. Atrium Kiri
14. Atrium kiri menerima darah yang sudah teroksigenasi dari paru keempat vena pulmonalis. Darah ini kemudian mengalir ke ventrikel kiri melalui katup mitralis. Katup mitralis mencegah aliran balik darah ventrikel kiri ke atrium kiri saat ventrikel kiri berkontraksi.
15. Antara vena pulmonalis dan atrium kiri tak ada katup sejati, karena itu perubahan tekanan dari atrium kiri mudah sekali membalik retrograd ke dalam pembuluh paru. Peningkatan tekanan atrium kiri yang akut akan menyebabkan bendungan paru.
16. Atrium kiri berdinding tipis dan bertekanan rendah.
17. Ventrikel Kiri
18. Memiliki dinding yang lebih tebal daripada dinding ventrikel kanan, sehingga ventrikel kiri berkontraksi lebih kuat.
19. Ventrikel kiri memompa darah ke seluruh tubuh melalui aorta, arteri terbesar tubuh. Pada pertemuan aorta dan ventrikel kiri terdapat katup semilunaris aorta. Katup ini membuka karena kontraksi ventrikel kiri, yang juga menutup katup mitralis. Katup semilunalis aorta menutup saat ventrikel kiri relaksasi, untuk mecegah aliran balik darah aorta ke ventrikel kiri. Ketika katup atrioventrikularis menutup, katup ini mencegah aliran balik darah ke atrium kiri.
20. Ventrikel kiri harus menghasilkan tekanan yang cukup tinggi untuk mengatasi tahanan sirkulasi sistemik dan mempertahankan aliran darah kejaringan perifer.
21. Ventrikel kiri mempunyai otot tebal dan bentuknya menyerupai lingkaran, mempermudah pembentukan tekanan yang tinggi selama ventrikel berkontaksi. Bahkan sekat pembatas kedua ventrikel (septum interventrikularis) juga membantu memperkuat tahanan yang ditimbulkan oleh seluruh ventrikel pada kontaksi.
22. Pada konraksi, tekanan ventrikel kiri meningkat sekitar 5 kali lebih tinggi daripada tekanan ventrikal kanan, bila ada hubungan abnormal antara kedua ventrikel maka darah akan mengalir dari kiri ke kanan melalui robekan tersebut akibatnya jumlah aliran darah dari ventrikel kiri melalui katup aorta kedalam aorta akan berkurang.
23. Pembuluh Darah

Setiap sel didalam tubuh secara langsung bergantung pada keutuhan dan fungsi sistem vaskuler, karena darah dari jantung akan dikirim ke setiap sel melalui sistem tersebut. Sifat struktural dari setiap bagian sistem sirkulasi darah sistemik menentukan peran fisiologisnya dalam integrasi fungsi kardiovaskular. Dinding pembuluh darah terdiri atas tiga bagian, yaitu lapisan terluar (tunika adventisia), lapisan tengah yang berotot (tunika media) dan lapisan terdalam yaitu lapisan endotel (tunika intima).

1. Tunika adventisia, terdiri dari membran elastik eksterna dan jaringan penyambung yang menyokong pembuluh darah tersebut.
2. Tunika media, dibentuk oleh sel otot polos yang ketebalannya tergantung dari jenis arteri dan vena serta ukuran pembuluh darah.
3. Tunika intima terdiri atas selapis sel endotel non-trombogenik yang berhubungan langsung dengan pembuluh darah dan membran elastik interna.
4. Arteri

Dinding aorta dan arteri besar mengandung banyak jaringan elastis dan sebagian otot polos. Ventrikel kiri memompa darah masuk kedalam aorta dengan tekanan tinggi. Dorongan darah secara mendadak ini meregangkan dinding ertikel yang elastis tersebut, selama ventrikel beristirahat maka kembalnya dinding yang elastis tersebut pada keadaan semula, akan memompa darah ke depan, ke seluruh sistem sirkulasi. Di daerah pelifer, cabang sistem arteri membagi darah ke dalam pembuluh yang lebih kecil. Jaringan arterial terisi sekitar 15% dari volume total darah. Oleh sebabi itu, sistem arteri dianggap sebagai sirkuit yang memiliki volume yang rendah tetapi tekanan tinggi. Karena sifat isi dan tekanan ini maka cabang arterial disebut sirkuit resistensi.

1. Arteriola

Dinding arteriola terutama terdiri atas otot polos dengan sedikit serabut elastis. Dinding berotot ini sangat peka dan dapat berdilatasi atau berkontraksi untuk mengatur jaringan kapiler. Sebagai akibat dari kemampuan otot pembuluh darah untuk mengubah diameter denagn cukup bermakna, maka arteriola menjadi tempat resistensi utama aliran darah dari seluruh percabangan arteri. Akibatnya tekanan pada kapiler akan turun mendadak dan aliran berubah dari berdenyut menjadi aliran yang tenang sehingga memudahkan pertukaran nutrien pada tinggat kapiler. Pada persambungan antara arteriola dan kapiler terdapat sfigner prekapiler.

1. Kapiler

Dinding pembuluh darah kapiler sangat tipis terdiri atas satu lapis sel endotel. Melalui membran yang tipis dan semipermeabel, nutrisi dan metabolit berdifusi dari daerah dengan konsentrasi tinggi menuju kedaerah dengan konsentrasi rendah. Dengan demikian, oksigen dan nutrisi akan meninggalkan pembuluh darah dan masuk keruang interstisial dan sel. Karbon dioksida dan metabolit berdifusi ke arah yang berlawanan.

1. Venula

Venula berfungsi sebagai saluran pengumpul dengan dinding otot yang relatif lemah namun peka. Pada pertemuan antara kapiler dan venula terhadap sfingter postkapiler.

1. Vena

Vena merupakan saluran berdinding relatif tipis dan berfungsi menyalurkan darah dari jaringan kapiler melalui sistem vena, masuk ke atrium kanan. Pembuluh vena dapat menampung darah dalam jumlah yang cukup banyak dengan tekanan darah yang relatif rendah. Karena sifat aliran vena yang bertekanan rendah-bervolume tinggi, maka sistem vena disebut sistem kapitalis. Sekitar 65% dari volume darah terdapat dalam sistem vena, tetapi kapasitas jaringan vena dapat diubah. Venokonstrbusi dapat menurunkan kapasitas jaringan vena, mamaksa darah bergerak maju menuju jantung sehingga memperbesar aluran balik vena. Aliran darah dari kapitalis ke jantung dipengaruhi oleh dua faktor yaitu tekanan vena oleh otot rangka dan perusahaan tekanan rongga dada dan perut selama pernapasan. Sistem vena berakhir pada vena kava superior dan vena kava inferior.

1. Sirkulasi Jantung

Lingkaran sirkulasi jantung dapat dibagi menjadi dua bagian besar, yaitu sirkulasi sistemik dan sirkulasi pulnormal. Namun demikian, terdapat juga sirkulasi koroner yang juga berperan sangat penting bagi sirkulasi jantung. Sirkulasi sistemik:

1. Mengalirkan darah keberbagian organ tubuh.
2. Memenuhi kebutuhan organ yang berbeda.
3. Memerlukan tekanan permulaan yang besar.
4. Banyak mengalami tahanan.
5. Kolom hidrostatik panjang.

Sirkulasi pulmonal:

1. Hanya mengalirkan darah ke paru.
2. Hanya berfungsi untuk paru.
3. Mempunyai tekanan permulaan yang rendah.
4. Hanta sedikit mengalami tahanan.
5. Kolom hidrostatiknya pendek.
6. Sirkulasi Koroner

Efisiensi jantung sebagai pompa tergantung dari nutrisi dan oksigenasi yang cukup pada otot jantung itu sendiri. Sirkulasi koroner meliputi seluruh permukaan jantung dan membawa oksigen untuk miokardium melalui cabang intramiokardial yang kecil. Aliran darah koroner meningkat pada :

1. Peningkatan aktifitas
2. Jantung berdenyut
3. Rangsang sistem saraf simpatis
4. Fisiologis Jantung

Jantung memiliki empat ruang dan empat ruang jantung ini tidak terpisahkan antara satu dengan yang lainnya karena ke empat ruangan ini membentuk hubungan tertutup atau bejana berhubungan yang satu sama lain berhubungan (sirkulasi sistemik, sirkulasi pulmonal dan jantung sendiri). Di mana jantung yang berfungsi memompakan darah ke seluruh tubuh melalui cabang-cabangnya untuk keperluan metabolisme demi kelangsungan hidup. Karena jantung merupakan suatu bejana berhubungan, anda boleh memulai sirkulasi jantung dari mana saja. Saya akan mulai dari atrium atau serambi kanan.

Atrium kanan menerima kotor atau vena atau darah yang miskin oksigen dari Superior Vena Kava, Inferior Vena Kava, Sinus Coronarius. Dari atrium kanan, darah akan dipompakan ke ventrikel kanan melewati katup trikuspid. Dari ventrikel kanan, darah dipompakan ke paru-paru untuk mendapatkan oksigen melewati Katup pulmonal, Pulmonal Trunk, 4 arteri pulmonalis (2 ke paru-paru kanan dan 2 ke paru-paru kiri). Darah yang kaya akan oksigen dari paru-paru akan di alirkan kembali ke jantung melalui 4 vena pulmonalis (2 dari paru-paru kanan dan 2 dari paru-paru kiri) menuju atrium kiri. Dari atrium kiri darah akan dipompakan ke ventrikel kiri melewati katup biskupidalis atau katup mitral. Dari ventrikel kiri darah akan di pompakan ke seluruh tubuh termasuk jantung (melalui sinus valsava) sendiri melewati katup aorta. Dari seluruh tubuh, darah balik lagi ke jantung melewati vena kava superior, vena kava inferior dan sinus koronarius menuju atrium kanan (Nurhidayat, 2015).

Secara spesifik, siklus jantung dibagi menjadi 5 fase, yaitu *fase ventrikel filling, fase atrial contraction, fase isovolumetric contraction, fase ejection, fase isovolumetric relaxation*. Perlu anda ingat bahwa siklus jantung berjalan secara bersamaan antara jantung kanan dan jantung kiri, dimana satu siklus jantung sama dengan satu denyut jantung sama dengan satu beat EKG (P,Q,R,S,T) hanya membutuhkan waktu kurang dari 0.5 detik.

1. *Fase Ventrikel Filling*

Sesaat setelah kedua atrium menerima darah dari masing-masing cabangnya, dengan demikian akan menyebabkan tekanan di kedua atrium naik melebihi tekanan di kedua ventrikel. Keadaan ini akan menyebabkan terbukanya katup atrioventrikular, sehingga darah secara pasif mengalir ke kedua ventrikel secara cepat karena pada saat ini kedua ventrikel dalam keadaan relaksasi atau diastolik sampai dengan aliran darah pelan seiring dengan bertambahnya tekanan di kedua ventrikel. Proses ini dinamakan dengan pengisian ventrikel atau ventrikel filling.

1. *Fase Atrial Contraction*

Seiring dengan aktifitas listrik jantung yang menyebabkan kontraksi kedua atrium, dimana setelah terjadi pengisian ventrikel secara pasif, disusul pengisian ventrikel secara aktif yaitu dengan adanya kontraksi atrium yang memompakan darah ke ventrikel atau yang kita kenal dengan "*atrial kick*". Dalam grafik EKG akan terekam gelombang P. Proses pengisian ventrikel secara keseluruhan tidak mengeluarkan suara, kecuali terjadi patologi pada jantung yaitu bunyi jantung 3 atau cardiac murmur.

1. *Fase Isovolumetric Contraction*

Pada fase ini, tekanan di kedua ventrikel berada pada puncak tertinggi tekanan yang melebihi tekanan di kedua atrium dan sirkulasi sistemik maupun sirkulasi pulmonal. Bersamaan dengan kejadian ini, terjadi aktivitas listrik jantung di ventrikel yang terekam pada EKG yaitu komplek QRS atau depolarisasi ventrikel. Keadaan kedua ventrikel ini akan menyebabkan darah mengalir balik ke atrium yang menyebabkan penutupan katup atrioventrikuler untuk mencegah aliran balik darah tersebut. Penutupan katup atrioventrikuler akan mengeluarkan bunyi jantung satu (S1) atau *sistolic*. Periode waktu antara penutupan katup AV sampai sebelum pembukaan katup semilunar dimana volume darah di kedua ventrikel tidak berubah dan semua katup dalam keadaan tertutup, proses ini dinamakan dengan *fase isovolumetrik contraction.*

1. *Fase Ejection*

Seiring dengan besarnya tekanan di ventrikel dan proses depolarisasi ventrikel akan menyebabkan kontraksi kedua ventrikel membuka katup semilunar dan memompa darah dengan cepat melalui cabangnya masing-masing. Pembukaan katup semilunar tidak mengeluarkan bunyi. Bersamaan dengan kontraksi ventrikel, kedua atrium akan di isi oleh masing-masing cabangnya.

1. *Fase Isovolumetric Relaxation*

Setelah kedua ventrikel memompakan darah, maka tekanan di kedua ventrikel menurun atau relaksasi sementara tekanan di sirkulasi sistemik dan sirkulasi pulmonal meningkat. Keadaan ini akan menyebabkan aliran darah balik ke kedua ventrikel, untuk itu katup semilunar akan menutup untuk mencegah aliran darah balik ke ventrikel. Penutupan katup semilunar akan mengeluarkan bunyi jantung dua (S2) atau diastolic. Proses relaksasi ventrikel akan terekam dalam EKG dengan gelombang T, pada saat ini juga aliran darah ke arteri koroner terjadi. Aliran balik dari sirkulasi sistemik dan pulmonal ke ventrikel juga di tandai dengan adanya "*dicrotic notch*". Total volume darah yang terisi setelah fase pengisian ventrikel secara pasip maupun aktif (*fase ventrikel filling dan fase atrial contraction*) disebut dengan *End Diastolic Volume* (EDV). Total EDV di ventrikel kiri (LVEDV) sekitar 120ml. Total sisa volume darah di ventrikel kiri setelah kontraksi/sistolic disebut *End SystolicVolume* (ESV) sekitar 50 ml.

### Etiologi

Etiologi HHD berdasarkan penyebabnya menurut Ardiansyah (2012), dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu :

1. Hipertensi primer yaitu hipertensi esensial atau hipertensi yang 90% tidak diketahui penyebabnya.
2. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain. Hipertensi primer terdapat pada lebih dari 90 % penderita hipertensi, sedangkan 10 % sisanya disebabkan oleh hipertensi sekunder. Hipertensi primer meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi primer. Faktor tersebut adalah sebagai berikut :
3. Genetik

Individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko lebih tinggi untuk mendapatkan penyakit ini ketimbang mereka yang tidak.

1. Jenis Kelamin dan Usia

Laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita pasca menopause beresiko tinggi untuk mengalami hipertensi.

1. Diet

Konsumsi diet tinggi garam atau kandungan lemak, secara langsung berkaitan dengan berkembangnya penyakit hipertensi.

1. Obesitas

(25% lebih berat di atas berat badan ideal) juga sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi dan terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.

1. Gaya Hidup

Gaya hidup merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah (bila gaya hidup yang tidak sehat tersebut tetap diterapkan).

1. Hilangnya Elastisitas jaringan and arterisklerosis pada orang tua serta pelabaran pembuluh darah.

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia menurut Ardiansyah (2012), 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

Sedangkan hipertensi sekunder menurut Ardiansyah (2012), adalah jenis hipertensi yang penyebabnya diketahui. Beberapa gejala atau penyakit yang menyebabkan hipertensi jenis ini antara lain :

1. *Coarctation Aorta*, yaitu penyempitan aorta kongenital yang (mungkin) terjadi pada beberapa tingkat aorta torasik atau aorta abdominal. Penyempitan ini menghambat aliran darah melalui lengkung aorta dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah di atas area konstriksi.
2. Penyakit parenkim dan vascular ginjal. Penyakit ini merupakan penyebab utama hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskular berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar, yang secara langsung membawa darah ke ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal pada pasien dengan hipertensi disebabkan oleh arterosklerosis atau *fibrous dysplasia* (pertumbuhan abnormal jaringan fibrous). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi, serta perubahan struktur serta fungsi ginjal.
3. Penggunaan kontrasepsi hormonal (estrogen). Oral kontrasepsi yang berisi estrogen dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme *renin-aldosteron-mediate volume expansion.* Dengan penghentian oral kontrasepsi, tekanan darah kembali normal setelah beberapa bulan.
4. Gangguan endokrin. Disfungsi medulla adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. *Adrenal-mediate hypertension* disebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol dan katekolamin. Pada aldosteron primer kelebihan aldosterone menyebabkan hipertensi dan hipokalemia. Aldosteonisme primer biasanya timbul dari ademonakorteks adrenal yang *benign* (jinak). *Pheochromocytomas* pada medulla adrenal yang paling umum dan meningkatkan sekresi katekolamin yang berlebihan. Pada *sindrom cushing,* terjadi kelebihan gluukokortikoid yang dieksresi dari korteks adrenal. *Sindrom cushing* mungkin disebabkan oleh hiperplasi adrenokortikal atau adenoma adrenokortikal.
5. Kegemukan atau obesitas dan gaya hidup yang tidak aktif (malas berolahraga)
6. Stress, yang cenderung menyebabkan kenaikan tekanan darah untuk sementara waktu. Jika stress telah berlalu, maka tekanan darah biasanya akan kembali normal.
7. Merokok, nikotin dalam rokok dapat merangsang pelepasan katekolamin. Peningkatan katekolamin ini mengakibatkan iritabilitas miokardinal, peningkatan denyut jantung, serta menyebabkan vasokontriksi yang kemudian dapat meningkatkan tekanan darah.

### Manifestasi Klinis

Pada hipertensi tanda dan gejala menurut Ibrahim (2011), dibedakan menjadi dua yaitu sebagai berikut :

1. Tidak Bergejala, maksudnya tidak ada gejala spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa, jika kelainan arteri tidak diukur, maka hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa.
2. Gejala yang lazim, gejala yang lazim menyertai hipertensi adalah nyeri kepala, kelelahan. Namun hal ini menjadi gejala yang terlazim pula pada kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Manifestasi klinis pasien hipertensi diantaranya mengeluh sakit kepala, pusing, lemas, kelelahan, gelisah, mual dan muntah, epistaksis, kesadaran menurun. Gejala lainnya yang sering ditemukan marah, telinga berdengung, rasa berat ditengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang.

### Tanda dan Gejala

Sedangkan tanda dan gejala hipertensi menurut Aspiani (2014), adalah Klien yang menderita hipertensi terkadang tidak menampakkan gejala hingga bertahun-tahun. Gejala jika ada menunjukkan adanya kerusakan vaskular, dengan maisfestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan hepatologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urina pada malam hari) dan azetoma (peningkatan nitrogen urea darah dan kreatinin).Pada pemeriksaan fisik, tidak dijmpai kelainan apa pun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti pendarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus).Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke. Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada semua orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut :

1. Sakit kepala
2. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
3. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh
4. Berdebar atau detak jantung terasa cepat
5. Telinga berdenging

### Patofisiologi

Dalam jurnal asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi Ibrahim (2011), menjelaskan patofisiologi hipertensi terdapat pada, mekanisme yang mengatur atau mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasonator. Pada medula otak, dari pusat vasomotor inilah bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna, medula spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasoekontriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meski tidak diketahui dengan jelas mengapa bisa terjadi hal tersebut. Pada saat yang bersamaan, sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang. Hal ini mengakibatkan tambahan aktifitas vasokontriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokontriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya untuk memperkuat respon vasokontriktor pembuluh darah. Vasokontriksi mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal dan memicu pelepasan renin. Pelepasan renin inilah yang merangsang pembentukan angiotensin I yang akan diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokontriktor kuat yang nantinya akan merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon aldosteron ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume intra vaskular. Semua faktor ini dapat mencetus terjadinya hipertensi. Pada keadaan gerontologis dengan perubahan struktural dan fungsional sistem pembuluh perifer bertanggung jawab terhadap perubahan tekanan darah usia lanjut. Perubahan itu antara lain aterosklerosis hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah. Akibatnya akan mengurangi kemampuan aorta dan arteri besar dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume secukupnya) dan curah jantung pun ikut menurun, sedangkan tahanan perifer meningkat.

### Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok dimana perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara jelas untuk meningkatkan status kesehatan. Diagnosis keperawatan yang muncul pada HHD menurut Ardiansyah (2012) dan PPNI, (2016) sebagai berikut pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan hambatan upaya napas, penurunan curah jantung yang berhubungan dengan peningkatan beban kerja jantung (*after load*), vasokontriksi, iskemia miokardia dan hipertrofi atau rigiditas (kekakuan) ventrikuler. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelemahan umum seperti ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, defisit perawatan diri yang berhubungan dengan kelemahan dan gangguan pola tidur yang berhubungan dengan hambatan lingkungan akibat kebisingan.

### Komplikasi

Komplikasi pada pasien dengan hipertensi menurut Oktavianus & Sari (2014), ada tiga sebagai berikut :

1. Organ Jantung

Kompensani jantung terhadap kerja yang keras akibat hipertensi berupa penebalan pada otot jantung kiri. Kondisi ini akan memperkecil rongga jantung untuk memompa, sehingga jantung akan semakin membutuhkan energi yang besar. Kondisi ini disertai dengan adanya gangguan pembuluh darah jantung sendiri (koroner) akan menimbulkan kekurangan oksigen dari otot jantung dan berakibat rasa nyeri. Apabila kondisi dibiarkan terus menerus akan menyebabkan kegagalan jantung untuk memompa dan menimbulkan kematian.

1. Sistem Saraf

Gangguan dari sistem saraf terjadi pada sistem retina (mata bagian dalam) dan sistem saraf pusat (otak). Didalam retina terdapat pembuluh-pembuluh darah tipis yang akan menjadi lebar saat terjadi hipertensi, dan memungkinkan terjadinya pecah pembuluh darah yang akan menyebabkan gangguan pada organ penglihatan.

1. Sistem Ginjal

Hipertensi yang berkepanjangan akan menyebabkan kerusakan dari pembuluh darah pada organ ginjal, sehingga fungsi ginjal sebagai pembuang zat-zat racun bagi tubuh tidak berfungsi dengan baik. Akibat dari gagalnya sistem ginjal akan terjadi penumpukan zat yang berbahaya bagi tubuh yang dapat merusak organ tubuh lain terutama otak.

### Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada hipertensi menurut Barıs (2013), dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis (konsultasi dokter), pemeriksaan jasmani, pemeriksaan laboratorium, maupun pemeriksaan penunjang. Pada saat konsultasi dengan dokter, pasien perlu memeberitahukan hal-hal berikut :

1. Riwayat hipertensi dari orang tuanya. Mengingat hipertensi 70-80 % hipertensi diturunkan dari orang tua.
2. Pengobatan yang sedang dijalani, karena terdapat beberapa obatobatan yang dapat mengakibatkan hipertensi salah satu contohnya golongan obat kortikosteroid.
3. Pada perempuan, keterangan mengenai hipertensi pada masa kehamilan, riwayat eklamsia ( keracunan kehamilan ).
4. Data mengenai penyakit yang diderita, seperti diabetes melitus (kencing manis), penyakit ginjal, serta faktor risiko terjadinya hipertensi misalnya : konsumsi rokok, alkohol, dan stress.

Peningkatan tekanan darah merupakan satu-satunya tanda klinis hipertensi oleh karena itu diperlukan pengukuran tekanan darah secara akurat. Karena terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingginya tekanan darah antara lain faktor pasien, alat dan tempat pengukuran. Agar pengukuran didapatkan data yang akurat, sebaiknya pengukuran dilakukan setelah pasien beristirahat cukup, minimal setelah 5 menit berbaring. Pengukuran dilakukan pada posisi berbaring, duduk, berdiri pemeriksaan dengan interval waktu antara 5 – 10 menit. Sedangkan pemeriksaan penunjang menurut (Aspiani, 2014) adalah sebagai berikut :

1. Laboratorium
2. Albuminuria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal
3. Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut
4. Darah perifer lengkap
5. Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa)
6. EKG
7. Hipertrofi ventrikel kiri
8. Iskemia atau infark miokard
9. Peninggian gelombang P
10. Gangguan konduksi
11. Foto Rontgen
12. Bentuk dan besar jantung *Noothing* dari iga pada koarktasi aorta
13. Pembendungan, lebarnya paru
14. Hipertrofi parenkim ginjal

### Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik untuk hipertensi menurut Aspiani (2014), adalah sebagai berikut :

1. Hemoglobin atau Hematokrit, bukan pemeriksaan diagnostik tetapi mengkaji hubungan sel-sel terhadar volume cairan (viskositas) dan mengindikasikan faktor-faktor risiko, seperti hyperkoagubilitas dan anemia.
2. BUN atau kreanin, memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
3. Glukosa, hiperglikemia (diabetes mellitus adalah pencets hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolmin (meningkatkan hipertensi).
4. Kalium serum, hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.
5. Kalsium serum, peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.
6. Kolestrol dan trigeliserida serum, peningkatan kadar dapat mengindikasikan adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskular).
7. Pemeriksaan tiroid, hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokontrksi dan hipertensi.
8. Kadar aldosterone serum, tes ini digunakan untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab).
9. Urinaisa, darah, protein, glukosa mengisyaratkan difungsi ginjal dan atau adanya diabetes.
10. Asam urat, hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor risiko terjadinya hipertensi.
11. Steroid urine, kenaikan steroid dalam urine dapat mengindikasikan hiperadrenalisme, feokromositoma atau difungsi piutitari, *sindrom cusbing.* Kadar pada renin juga dapat meningkat.
12. Foto dada, dapat menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katup, deposit pada dan atau takik aorta, serta pembesaran jantung.
13. CT-scan, mengkaji rumor serebral, ensefralopati atau feokromositoma.
14. EKG, dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, dan gangguan konduksi. Catatan:luas dan peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

### Penatalaksanaan

Tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi menurut Aspiani (2014), adalah menurunkan resiko penyakit kardiovaskular dan mortalitas serta morbilitas yang berkaitan. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan distolik dibawah 90 mmHg dan mengontrol faktor resiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat antihipertensi. Penatalaksanaan faktor resiko dilakukan dengan cara pengobatan setara non-farmakologis, antara lain :

1. Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat adan atau memperbiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri. Beberapa diet yang dianjurkan:

1. Rendah garam, diet rendah garan dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangaan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi *system renin-angiotensin* sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
2. Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksida nitrat pada dinding vaskular.
3. Diet kaya buah dan sayur.
4. Diet rendah kolesterol sebagai pencejah jantung koroner.
5. Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas, pada sebagian orang dengan cara menurunkan berat badan mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume secukup. Pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi, penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah. Penurunan berat badan (1 kg/minggu) sangat dianjurkan. Penurunan berat badan menggunakan obat-obatan perlu menjadi perhatian khusus karena umumnya obat penurunan berat badan yang terjual bebas mengandung simpatomimetik, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah, memperburuk angina atau gejala gagal jantung dan terjadinya eksasebasi aritmia.

1. Olahraga

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

1. Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol, penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

Penatalaksanaaan medis yang diterapkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut.

1. Terapi oksigen
2. Pemantauan hemodinamik
3. Pemantauan jantung
4. Obat-obatan:
5. Diuretik, *Chlorthalidon, Hydromox, Lasix, Aldactone, Dyrenium Diuretic* bekerja melalui berbagai mekanisme utuk mengurngi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya. Sebagai *diuretic (tiazid)* juga dapat menurunkan TPR.
6. Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri dengan mengintervensi influksi kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk saluran lambat kalsium otot jantung, sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran kalsium otot polos vaskular. Dengan demikian, berbagai penyekat kalsium memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung, volume secukup, dan TPR.
7. Penghambat enzim mengubah angiotensin II atau inhibitor ACE untuk menurunkan angiotensin II dengan mengambat enzin yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Kondisi ini menurunkan darah secara langsung dengan menurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosteron, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium kepada urin kemudian menurunkan volume plasma dan curah jantung. Inhibitor ACE juga mnurunkan tekanan darah dengan efek bradikinin yang memanjang, yang normalnya memecah enzin. Inhibitor ACE dikontraindikasi untuk kehamilan.
8. Antagonis (penyekat) respetor beta (*beta bloker*), terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta dijantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
9. Antagonis reseptor alfa (*alfa bloker*) menghambat reseptor alfa di otot polos vascular secara nomal bereseptor terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR.
10. Vasodilator arteriol langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR. Misalnya natrium, nitroprusida, nikardipin, hidralazin, nitrogliserin.
11. Hipertensi gestasional dan preeclampsia-eklampsia membaik setelah bayi lahir.

## Konsep Anemia



### Pengertian Anemia

Anemia adalah penurunan kadar hemoglobin (Hb),  hematokrit atau hitung eritrosit (*red cell count*) berakibat pada penurunan kapasitas pengangkutan oksigen oleh darah. Tetapi harus diingat terdapat keadaan tertentu dimana ketiga parameter tersebut tidak sejalan dengan masa eritrosit, seperti pada dehidrasi perdarahan akut dan kehamilan. Oleh karena itu dalam diagnosis anemia tidak cukup hanya sampai kepada label anemia tetapi harus dapat ditetapkan penyakit dasar yang menyebabkan anemia tersebut (Aspiani, 2014).

Anemia adalah kekurangan jumlah eritrosit (sel darah merah) dan kadar hemoglobin (Hb) dalam setiap milimeter kubik darah. Hamper semua gangguan pada system peredaran darah disertai dengan anemia, yang ditandai warna kepucatan pada tubuh, terutama ekstremitas (Gunatmaningsih, 2007).

### Etiologi Anemia

Berkurangnya sel darah merah dapat disebabkan oleh kekurangan kofaktor untuk eritropesis seperti asam folat, vitamin B12 dan besi. Produksi sel darah merah juga dapat turun apabila sumsum tulang tertekan (oleh tumor atau obat) atau rangsangan yang tidak memadai karena kekurangan eritropoetin, seperti yang terjadi pada penyakit HHD. Peningkatan penghancuran sel darah merah dapat terjadi akibat aktivitas sistem retikuloendotelial yang berlebihan (misal hiperplanisme) atau akibat sumsum tulang yang meghasilkan sel darah merah abnormal. Etiologi anemia menurut Aspiani (2014), berdasarkan penyebab adalah sebagai berikut :

1. Genetik, terdiri dari hemoglobinopati, talasemia, enzim glikolitik abnormal, anemia fanconi
2. Nutrisi, terdiri dari defisiensi besi, defisiensi asam folat, defisiensi kobalamin atau vitamin b12, alkoholisme, kehilangan nutrisi atau malnutrisi
3. Perdarahan
4. Imunitas
5. Infeksi, seperti hepatitis, sitomegalovirus, parvovirus, sepsis gram negative, malaria, toksoplasmosis
6. Obat-obatan dan zat kimia seperti agen kemotrapi, antikonvulsan , antimetabolisme, kontrasepsi, zat kimia toksik
7. Efek fisik seperti, trauma, luka bakar, gigitan ular

### Manifestasi Klinis

1. Anemia Ringan

Karena jumlah sel darah merah yang rendah menyebabkan berkurangnya pengiriman oksigen ke setiap jaringan dalam tubuh, anemia dapat menyebabkan berbagai tanda dan gejala. Hal ini juga dapat membuat buruk hampir semua kondisi medis lainya yang mendasari. Jika anemia ringan, biasanya tidak menimbulkan gejala apapun. Jika anemia secara perlahan terus menerus (kronis), tubuh dapat mengimbangi perubahan, dalam hal ini mungkin tidak ada gejala sampai anemia menjadi berat. Gejala anemia mungkin terjadi adalah sebagai berikut kelelahan, penurunan energy, sesak napas dan pucat (Gunatmaningsih, 2007).

1. Anemia Berat

Beberapa tanda-tanda yang mungkin menunjukan anemia berat pada seseorang dapat mencakup perubahan warna tinja, termasuk tinja hitam dan tinja lengket dan berbau busuk atau tampak berdarah jika anemia kerena kehilangan darah melalui saluran pencernaan, denyut jantung cepat, tekanan darah rendah, frekuensi pernapasan cepat, pucat atau kulit dingin, kulit kuning disebut jaundice jika anemia karena kerusakan sel darah merah, murmur jantung, pembesaran limpa dengan penyebab anemia tertentu nyeri dada, pusing atau kepala terasa ringan (terutama ketika berdiri ), kelelahan atau kekurangan energi, sakit kepala, tidak bisa berkonsentarasi, sesak napas, nyeri dada, angina, atau serangan jantung, pingsan, diare atau konstipasi, malaise (rasa umum tidak sehat), memburuknya masalah jantung.

Beberapa pasien dengan anemia tidak menunjukan gejala. Sedangkan anemia pada orang lain mungkin merasa: capek, mudah kelelahan, tampak pucat, terjadi palpitasi/berdebar, dan menjadi sesak napas. Perlu dicatat bahwa jika anemia sudah berjalan lama (anemia kronis), tubuh dapat menyesuaikan diri dengan kadar oksigen rendah dan mungkin individu tidak merasa berbeda kecuali anemia menjadi berat. Disisi lain, jika anemia dengan cepat (anemia akut), pasien mengalami gejala yang signifikan relatif cepat (Gunatmaningsih, 2007).

### Patofisiologi Anemia

Timbulnya anemia mencerminkan adanya kegagalan sum-sum tulang atau kehilangan sel darah merah berlebihan atau keduanya. Kegagalan sum-sum tulang dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, tumor atau kebanyakan akibat penyebab yang tidak diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan. Masalah dapat diakibatkan oleh efek sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah normal atau akibat beberapa faktor diluar sel darah merah. Lisis sel darah merah terjadi dalam sistem fagositik atau dalam sistem *retikuloendotelial* terutama dalam hati dan limpa. Proses bilirubin yang sedang terbentuk dalam fagosit akan masuk dalam aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel darah merah segera direfleksikan dengan meningkatkan bilirubin plasma (konsentrasi normalnya 1 mg / dl atau kurang, kadar 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sklera. Anemia merupakan penyakit kurang darah yang ditandai rendahnya kadar hemoglobin (Hb) dan sel darah merah (eritrosit). Fungsi darah adalah membawa makanan dan oksigen ke seluruh organ tubuh. Jika suplai ini kurang, maka asupan oksigen pun akan kurang, akibatnya dapat menghambat kerja organ – organ penting, salah satunya otak. Otak terdiri dari 2,5 miliar sel bioneuron. Jika kapasitasnya kurang, maka otak akan seperti komputer yang memorinya lemah, lambat menangkap, jika sudah rusak tidak bisa diperbaiki (Aspiani, 2014).

### Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok dimana perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara jelas untuk meningkatkan status kesehatan. Diagnosis keperawatan yang muncul pada anemia menurut Aspiani (2014) dan PPNI, (2016) sebagai berikut ketidakseimbangan nurtisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan asupan tidak adekuat, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan sekunder terhadap penurunan haemoglobin, perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan perubahan ikatan oksigen dengan Hb, penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah, resiko infeksi berhubungan dengan imunitas tubuh sekunder menurun (penurunan Hb), prosedur invasif.

### Komplikasi

Komplikasi yang dapat timbul pada penderita anemia menurut Aspiani (2014), adalah sebagai berikut :

1. Apabila tidak cepat ditangani dapat menyebabkan nekrosis jaringan
2. Dapat terjadi syok hemoragik
3. Gangguan pada irama jantung
4. Kematian

### Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada anemia menurut Gunatmaningsih (2007), Tes laboratorium untuk anemia dapat mencakup sebagai berikut :

1. Hitung darah lengkap

Menentukan tingkat keparahan dan jenis anemia (anemia mikrositik atau kecil ukuran sel darah merah, anemia normositik atau ukuran sel darah merah, atau anemia makrositik/ berukuran besar sel darah merah) dan Hb dan Hematokrit menurun.

1. Pemeriksaan darah tepi

Untuk menentukan ukuran, bentuk, jumlah, dan warna serta menilai sel-sel lainya dalam darah.

1. Kadar besi

Kadar zat besi dapat menunjukan apakah mungkin terkait anemia kekurangan zat besi atau tidak.

1. Kadar Transferin

Mengevaluasi suatu protein yang menbawa zat besi ke seluruh tubuh.

1. Feritin

Mengevaluasi kadar zat besi total yang tersedia dalam tubuh.

1. Asam folat

Vitamin yang diperlukan untuk menghasilkan sel darah merah, yang rendah pada orang dengan kebiasaan makan yang buruk.

1. Vitamin B12

Vitamin yang diperlukan untuk menghasilkan sel darah merah, yang rendah pada orang dengan kebiasaan makan yang buruk atau pada anemia pernisiosa.

1. Bilirubin

Berguna untuk menetukan apakah sel-sel darah merah telah dihancurkan dalam tubuh yang dapat menjadi tanda anemia hemolitik.

1. Kadar logam berat

Toksisitas timbale digunakan sebagai indicator salah satu penyebab yang lebih umum pada anak-anak.

1. Elektroforesis hemoglobin

Digunakan pada pasien yang memiliki keluarga riwayat anemia, memberikan informasi apakah sel sbit atau thalasemia.

1. Jumlah retikulosit

Pengukuran sel darah merah yang baru dihasilkan oleh sumsum tulang.

1. Tes fungsi hati

Untuk menentukan bagaimana hati bekerja, yang mungkin memberikan petunjuk untuk penyakit yang lain yang mendasari penyebab anemia.

1. Tes fungsi ginjal

Dapat membantu apakah ada disfungsi ginjal.

1. Biopsi sumsum tulang

Mengevaluasi produksi sel darah merah dan dapat dilakukan ketika di duga ada masalah sumsum tulang.

### Penatalaksanaan Anemia

Secara umum kondisi anemia menurut Aspiani (2014), ditangani dengan tindakan berikut ini :

1. Tranfusi darah diberikan apabila Hb <5 g/dL dan disertai dengan keadan umum buruk. Prinsip pemberiannya makin rendah kadar Hb, makin sedikit, makin lambat dan makin sering tranfusi darah yang diberikan.
2. Preparat kortikosteroid (*Prednison*).
3. Pengobatan penyebab.
4. Makanan yang adekuat.
5. Apabila terjadi perdarahan maka segera tangani perdarahan.

## Konsep Dyspnea



### Pengertian Dyspnea

Pengertian dyspnea menurut Ambarwati & Putranto (2016), atau biasa disebut dengan sesak nafas adalah perasaan sulit bernapas yang terjadi ketika melakukan aktivitas fisik. Sesak napas merupakan gejala dari beberapa penyakit dan dapat bersifat akut atau kronis.Sesak napas dikenal juga dengan istilah “*Shortness Of Breath*”. Macam - Macam Sesak Napas (Dyspnea) :

1. Dyspnea akut dengan awal yang tiba-tiba merupakan penyebab umum kunjungan ke ruang gawat darurat. Penyebab dyspnea akut diantaranya penyakit pernapasan (paru-paru dan pernapasan), penyakit jantung atau trauma dada.
2. Dyspnea kronis (menahun) dapat disebabkan oleh asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), emfisema, inflamasi paru-paru, tumor, kelainan pita suara.

### Etiologi

Hal – hal yang bisa menyebabkan sesak napas menurut Ambarwati & Putranto (2016), antara lain :

1. Faktor psikis.
2. Peningkatan kerja pernapasan.
3. Peningkatan ventilasi (Latihan jasmani, hiperkapnia, hipoksia, asidosis metabolik).
4. Sifat fisik yang berubah ( Tahanan elastis paru meningkat, tahanan elastis dinding toraks meningkat, peningkatan tahanan bronkial).
5. Otot pernapasan yang abnormal.
6. Penyakit otot ( Kelemahan otot, kelumpuhan otot, distrofi).
7. Fungsi mekanis otot berkurang.

Semua penyebab sesak napas kembalinya adalah kepada lima hal antara lain oksigenasi jaringan menurun, kebutuhan oksigen meningkat, kerja pernapasan meningkat, rangsangan pada sistem saraf pusat, penyakit neuromuskuler.

### Manifestasi Klinis

Dispnea atau sesak napas adalah perasaan sulit bernapas ditandai dengan napas yang pendek dan penggunaan otot bantu pernapasan. Dispnea dapat ditemukan pada penyakit kardiovaskular, emboli paru, penyakit paru interstisial atau alveolar, gangguan dinding dada, penyakit obstruktif paru (emfisema, bronkitis, asma) dan kecemasan. Parenkim paru tidak sensitif terhadap nyeri dan sebagian besar penyakit paru tidak menyebabkan nyeri. Pleura parietalis bersifat sensitif dan penyakit peradangan pada pleura parietalis menimbulkan nyeri dada.

Batuk adalah gejala umum penyakit pernapasan. Hal ini disebabkan oleh stimulasi refleks batuk oleh benda asing yang masuk ke dalam laring, akumulasi sekret pada saluran pernapasan bawah, bronkitis kronik, asma, tuberkulosis dan pneumonia merupakan penyakit dengan gejala batuk yang mencolok.

Pemeriksaan sputum atau dahak sangat berguna untuk mengevaluasi penyakit paru. Sediaan apusan gram dan biakan sputum berguna untuk menilai adanya infeksi. Pemeriksaan sitologi untuk sel-sel ganas. Selain itu, dari warna, volum, konsistensi dan sumber sputum dapat diidentifikasi jenis penyakitnya.

Hemoptisis adalah batuk darah atau sputum dengan sedikit darah. Hemoptisis berulang biasanya terdapat pada bronkitis akut atau kronik, pneumonia, karsinoma bronkogenik, tuberkulosis, bronkiektasis dan emboli paru. Jari tabuh adalah perubahan bentuk normal falanx distal dan kuku tangan dan kaki, ditandai dengan kehilangan sudut kuku, rasa halus berongga pada dasar kuku, dan ujung jari menjadi besar. Tanda ini ditemukan pada tuberkulosis, abses paru, kanker paru, penyakit kardiovaskuler, penyakit hati kronik atau saluran pencernaan.

Sianosis adalah berubahnya warna kulit menjadi kebiruan akibat meningkatnya jumlah Hb terreduksi dalam kapiler. Ronki basah berupa suara napas diskontinu atau intermiten, nonmusikal dan pendek, yang merupakan petunjuk adanya peningkatan sekresi di saluran napas besar. Terdapat pada pneumonia, fibrosis, gagal jantung, bronkitis, bronkiektasis. Wheezing atau mengi berupa suara kontinu, musikal, nada tinggi, durasi panjang. Wheezing dapat terjadi bila aliran udara secara cepat melewati saluran napas yang mendatar atau menyempit. Ditemukan pada asma, bronkitis kronik, penyakit jantung. Stridor adalah wheezing yang terdengar saat inspirasi dan menyeluruh. Terdengar lebih keras di leher dibanding di dinding dada. Ini menandakan obstruksi parsial pada laring atau trakea. Pleural rub adalah suara akibat pleura yang inflamasi. Suara mirip ronki basah kasar dan banyak (Ambarwati & Putranto, 2016).

### Patofisiologi

Fungsi paru mengalami kemunduran dengan datangnya usia tua yang disebabkan elastisitas jaringan paru dan dinding dada makin berkurang. Dalam usia yang lebih lanjut, kekuatan kontraksi otot pernapasan dapat berkurang sehingga sulit bernapas. Fungsi paru-paru menentukan konsumsi oksigen seseorang, yakni jumlah oksigen yang diikat oleh darah dalam paru-paru untuk digunakan tubuh. Konsumsi oksigen sangat erat hubungannya dengan arus darah ke paru-paru. Berkurangnya fungsi paru-paru juga disebabkan oleh berkurangnya fungsi sistem respirasi seperti fungsi ventilasi paru. Faktor-faktor risiko tersebut diatas akan mendatangkan proses inflamasi bronkus dan juga menimbulkan kerusakan apda dinding bronkiolus terminalis. Akibat dari kerusakan akan terjadi obstruksi bronkus kecil (bronkiolus terminalis), yang mengalami penutupan atau obstruksi awal fase ekspirasi. Udara yang mudah masuk ke alveoli pada saat inspirasi, pada saat ekspirasi banyak terjebak dalam alveolus dan terjadilah penumpukan udara (air trapping). Hal inilah yang menyebabkan adanya keluhan sesak napas dengan segala akibatnya. Adanya obstruksi pada awal ekspirasi akan menimbulkan kesulitan ekspirasi dan menimbulkan pemanjangan fase ekspirasi. Fungsi paru seperti ventilasi, distribusi gas, difusi gas, maupun perfusi darah akan mengalami gangguan (Ambarwati & Putranto, 2016).

### Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dyspnea menurut Ambarwati & Putranto (2016), sebagai berikut :

1. Riwayat penyakit atau pemeriksaan fisik
2. Foto rontgen dada
3. Pemeriksaan fungsi paru seperti menurunnya tidal volume, kapasitas vital, eosinofil biasanya meningkat dalam darah dan sputum
4. Pemeriksaan alergi
5. Analisa gas darah, pada awalnya pH meningkat, PaCO2 dan PaO2 turun (alkalosisrespiratori ringan akibat hiperventilasi ) kemudian penurunan pH, penurunan PaO2 dan peningkatan PaCO2 (asidosis respiratorik)

### Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dyspnea menurut Ambarwati & Putranto (2016), sebagai berikut:

1. Pencegahan terhadap pemajanan alergi
2. Serangan akut dengan oksigen nasal atau masker
3. Terapi cairan parenteral
4. Terapi pengobatan sesuai program
5. Beta 2 - agonist untuk mengurangi bronkospasme, mendilatasi otot polos bronchialAlbuterol (proventil, ventolin)
6. Tarbutalin
7. Epinefrin
8. Metaprotenol
9. Metilsantin, seperti aminofilin dan teofilin mempunyai efek bronkodilatasi
10. Anti kolinergik, seperti atropine metilnitrat atau atrovent mempunyai efek bronchodilatoryang sangat baik.
11. Kortikosteroid diberikan secara IV (hidrokortison), secara oral (mednison), inhalasi (deksametason)

## Kerangka Masalah HHD

kerusakan vaskuler pembuluh darah

perubahan

struktur

Gambar 2.2 Kerangka Masalah Oktavianus (2014)

**gangguan pola tidur**

retensi pembuluh darah otak meningkat

otak

gangguan sirkulasi

vasokontriksi

penyumbatan pembuluh darah

**nyeri akut**

nyeri dada

pk infark myocard

myocard iskemik

kerja myocard meningkat

**Kurang pengetahuan**

**intoleransi aktivitas**

aktivitas terganggu

kelelahan

pembentukan atp terganggu

pemenuhan 02 nutrisi terganggu

perfusi jaringan terganggu

**kerusakan pertukaran gas**

sesak

oedem paru

cairan masuk alveoli

transudasi cairan interstiil paru

tekanan atrium kiri meningkat

**penurunan curah jantung**

volume sekuncup menurun

volume residu meningkat

hipertensi

suplai O2 dan nutrisi ke jaringan menurun

hipertensi heart disease

hipertrophy ventrikel kiri jantung (lvh)

informsi kurang

**pola nafas tidak efektif**

## Konsep Asuhan Keperawatan



### Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada hipertensi menurut Aspiani (2014), adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, biasanya didapat adanya riwayat peningkatan tekanan darah, adanya riwayat keluarga dengan penyakit yang sama, dan riwayat meminum obat antihipertensi.

1. Keadaan umum

Keadaan umum fisik pasien biasanya dengan kesadaran baik atau

composmentis dan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat.

1. Pernafasaan (B1 : *breathing*)

Pada pemeriksaan pasien terlihat sesak, frekuensi nafas melebihi normal dan keluhan nafas seperti tercekik. Sesak nafas terjadi akibat pergerakan tenaga dan disebabkan oleh kenaikan tekanan akhir diastolik dari ventrikel kiri yang meningkatkan tekanan vena pulmonalis. Hal ini terjadi karena terjadi kegagalan peningkatan curah darah ventrikel kiri pada waktu melakukan kegiatan fisik. Biasanya terdapat dyspnea kardia, dapat muncul pada saat beristirahat bila keadaan sudah parah.

1. Kardiovaskular (B2 : *bleeding*)

Pada pemeriksaan palpasi terdapat denyut nadi perifer melemah. Thrill pada HHD tanpa komplikasi biasanya tidak didapatkan, pemeriksaan auskultasi tekanan darah biasanya menurun akibat penurunan volume sekuncup pada HHD. Bunyi jantung tambahan akibat kelainan katup biasanya tidak didapatkan pada HHD tanpa komplikasi., pemeriksaan perkusi tidak ada pergeseran batas jantung.

1. Persyarafan (B3 : *brain*)

Kesadaraan biasanya komposmentis, tidak didapatkan sianosis perifer. Pengkajian objektif pasien berupa adanya wajah meringis, perubahan postur tubuh, menangis, merintih, meregang dan menggeliat.

1. Perkemihan (B4 : *bladder*)

Pengukuran volume keluaran urin berhubungan dengan asupan cairan. Perlu memantau oliguria pada pasien HHD karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik.

1. Pencernaan (B5 : *bowel*)

Kaji pola makan pasien apakah sebelumnya terdapat peningkatan konsumsi garam dan lemak. Adanya nyeri penyebab mual dan muntah. Palpasi abdomen didapatkan nyeri tekan pada bagian vesika urinaria. Terjadi penurunan peristaltik usus merupakan tanda awal kardial pada HHD.

1. Integument (B6 : *bone*)

Aktivitas, gejala : kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur, gerak statis, dan jadwal olahraga tidak teratur. Tanda takikardi : dyspnea pada saat istirahat/aktivitas, dan kesulitan melakukan tugas keperawatan diri

### Diagnosis Keperawatan

Masalah keperawatan yang dapat muncul sesuai dengan kasus HHD menurut PPNI (2016), adalah sebagai berikut :

1. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan *preload.*
2. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelemahan umum seperti ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Nyeri (akut) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis peningkatan tekanan vaskuler serebral.
4. Berat badan lebih berhubungan dengan kurang aktivitas fisik harian.
5. Kurang pengetahuan tentang pengelolaan hipertensi.

### Perencanaan

Menurut kutipan buku dari PPNI (2018), didapatkan perencanaan atau intervensi sebagai berikut :

1. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan *preload.*
2. Gejala dan tanda mayor
3. Data Subjektif, perubahan irama jantung palpitasi. Data objektif, perubahan irama jantung seperti bradikardia atau takikardia dan gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi.
4. Data subjektif, perubahan preload seperti lelah. Data objektif, perubahan preload sebagai berikut edema, distensi vena jugularis, *central venous pressure* (CVP) meningkat atau menurun, hepatomegali.
5. Data subjektif, perubahan afterload seperti dispnea. Data objektif, perubahan afterload sebagai berikut tekanan darah meningakat atau turun, nadi perifer teraba lemah, *capillary refill time* >3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan atau sianosis
6. Data subjektif, perubahan kontraktilitas seperti *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND), ortopnea, batuk. Data objektif, perubahan kontraktilitas sebagai berikut terdengar suara jantung S3 dan atau S4*, ejection franction* (EF) menurun
7. Gejala dan tanda minor
8. Data subjektif, perubahan preload (tidak tersedia)

Data objektif, perubahan preload sebagai berikut murmur jantung, berat badan bertambah, *pulmonary artery wedge pressure* (PAWP) menurun

1. Data subjektif, perubahan afterload (tidak tersedia)

Data objektif, perubahan afterload sebagai berikut *pulmonary vascular resistance* (PVP) meningkat atau turun, *systemic vascular resitence* (SVR) meningkat atau menurun

1. Data subjektif, perubahan kontraktilitas (tidak tersedia)

Data objektif, perubahan kontraktilitas sebagai berikut *cardiac index* (CI), *left ventricular stroke work index* (LVSWI), *stroke volume index* (SVI) menurun

1. Data subjektif, perilaku atau emosional seperti cemas, gelisa

Data objektif, perilaku atau emosional (tidak tersedia)

1. Kriteria hasil
2. Pasien beraktifitas dalam aktifitas yang dapat menurunkan tekanan darah.
3. Mempetahankan tekanan darah dalam rentan individu yang dapat diterima.
4. Irama dan denyut jantung dalam batas normal.
5. Intervensi
6. Pantau tekanan darah. Ukuran pada kedua tangan atau paha untuk evaluasi awal. Gunakan ukuran *mansed* yang tepat dan teknik akurat.
7. Catat keberadaan, kualitas denyut sentral, dan perifer.
8. Auskultasi (mendengarkan bunyi atau suara dari tubuh pasien) pada tonus jantung dan bunyi napas.
9. Amati warna kulit, kelembaban, suhu, dan masa pengisian kapiler.
10. Catat edema umum atau tertentu.
11. Berikan lingkungan yang tenang, nyaman, kurangi aktivitas atau keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung dan lama tinggal.
12. Pertahankan pembatasan aktivitas, seperti istirahat di tempat tidur atau kursi, membuat jadwal periode istirahat yang tanpa gangguan, membantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan.
13. Lakukan tindakan-tindakan yang nyaman, seperti pijatan punggung dan leher atau meninggikan kepala tempat tidur.
14. Anjurkan teknik relasasi, panduan imajinasi, dan aktivitas pengalihan.
15. Pantauan respons terhadap obat untuk mengontrol tekanan darah.
16. Berikan obat-obat sesuai indkasi Diuretitiazid, misalnya kloritiazid (diuril), hidroklorotiazid (esidrix atau hidrodiuril). Untuk menurunkan tekanan darah pada pasien dengan funsi ginjal yang relatif normal. Tipe obat diuretik ini memperkuat agen-agen antihipertensif lain dengan membatasi retensi cairan.
17. Diuretik loop, misalnya furosemid (lasix); asam etakrinic (edecrin), bumetanid (burmex). Obat ini menimbulkan diiresis kuat dengan menghambat resorpsi natrium dan klorida serta merupakan antihipertensif yang efektif, khususnya pada pasien yang resisten terhadap tiazid atau mengalami kerusakan ginjal.
18. Deuretik hemat kalium, misalnya sprinokton (aldectone), triamterene (dyrenium), amiloride (midamor). Dapat diberikan dalam kombinasi dengan deuretik tiazid untik menimalkan kehilangan kalium.
19. Inhibitor simpatis, misalnya propanolol (inderal), metaprolol (lopressol), atenolol (tenormin), nadolol (corgard), mitildopa (aldomed), reserpine (serpasil), dan klonidil (catapres). Kerja khusus obat ini bervariasi, tetapi secara umum digunakan untuk menurunkan tekanan darah melalui efek kombinasi penurunan tahanan total perifer, menurunkan curah jantung, menghambat aktivitas simpatis, dan menekan pelepasan renin.
20. Vasodilator, misalnya monoksidin (loniten), hidralazin (apresoline). Obat pemblokir saluran kalsium, misanya nifedipin (procardia) dan verapamin (calan). Obat jenis ini mungkin diperlukan untuk mengobati hipertensi berat bila kombinasi obat jenis diuretic dan inhibitor simpatis tidak berhasi mengontrol tekanan darah. Vasolidatasi vascular jantung sehat dan meningkatkan aliran darah coroner keuntungan sekunder dari terapi vasodilator.
21. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelemahan umum seperti ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
22. Data subjektif laporan verbal tentang keletihan dan kelemahan. Data objektif frekuensi jantung atau respons twkanan darah terhadap aktivitas abnormal, rasa tidak nyaman saat bergerak atau dispnea, perubahan-perubahan EKG mencerminkan iskemia atau disritmia.
23. Tujuan, Mampu beraktivitas tanpa keluhan yang berarti.
24. Kriteria hasil:
25. Melaporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur
26. Menunjukkan penurunan dalam tanda-tanda intoleransi fisiologi.
27. Intervensi
28. Kaji respons pasien tergadap aktivitas,perhatikan frekuensi nadi lebih dari 20 kali per menit diatas frekuensi istirahat, peningkatan tekanan darah yang nyata selama atau sesuda aktivitas (tekanan sistolik meningkat 40 mmHg atau tekanan distolik meningkat 20 mmHg), dispnea atau nyeri dada, diaphoresis, pusing, atau pingsan.
29. Kaji kesiapan untuk meningkatkan aktivitas, contohnya penuruna kelemahan atau kelelahan, tekanan darah stabil atau frekuensi nadi, peningkatan perhatian pada aktivitas dan perawatan diri.
30. Rencan perawatan dengan periode istirahat atau tidur tanpa gangguan
31. Instruksikan pasien untuk mempratikkan teknik penghematan energi, misalnya menggunakan kursi saat mandi, saat manyisir rambut atau menyikat gigi, serta melakukan aktivitas dengan perlahan-lahan.
32. Berikan dorongan kepada pasien untuk melakuka aktivitas atau perawatan diri secara bertahap, jika dapat ditoleransi. Berikan bantuan kepada pasien sesuai kebutuhannya.
33. Nyeri (akut) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis peningkatan tekanan vaskuler serebral.
34. Data subjektif, pasien melaporkan tentang adanya nyeri berdenyut yang terletak pada region suboksipil. Nyeri ini muncul saat bangun dan akan hilang secara spontan setelah pasien berdiri selama beberapa waktu. Data Objektif, pasien segan untuk menggerakkan kepala, menggaruk kepala, menghindari sinar terang dan keributan, mengerutkan kening, dan menggenggam tangan. Pasien juga melaporkan kekakuan leher, pusing, penglihatan kabur, mual dan muntah.
35. Tujuan:

Tekanan vaskural serebral tidak meningkat

1. Kriteria hasil:
2. Mengurangi nyeri dan menurunkan tekanan pembuluh darah otak.
3. Mengungkapkan metide yang memberikan pengurangan.
4. Mengikuti regimen farmakologi yang diresepkan
5. Intervensi
6. Memperthankan tirah baring selamafase akut.
7. Berikan tindakan nonfarmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher, redepkan lampu kamar, teknik relaksasi (panduan imajinasi, distraksi), beraktivitas diwaktu senggang.
8. Hilangkan atau minimalkan ktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala (misalnya mengejan saat BAB, batuk panjang dan membungkuk).
9. Bantu pasien dalam ambulansi sesuai kebutuhan
10. Berikan ciran, makanan lunak, perawatn mulut yang teratur bila terjadi pendarahan hidung atau kompres hidung telah dilakukan untuk menghentikan pendarahan
11. Pengobatan diberikan sesuai indikasi seperti Analgesik, antiansietas, misalnya lorazepam (ativan) dan diazepam (valium). Menurunkan atau mengontrol nyeri dan menurunkan rangsangan sistem saraf simpati, dapat mengurangi ketegangan dan ketidaknyamanan yang diperberat oleh stress.
12. Berat badan lebih berhubungan dengan kurang aktivitas fisik harian.
13. Data subyektif, laporan verbal tentang pola makan pasien. Data obyektif, berat badan 10-20% lebih dari ideal untuk tinggi dan bentuk tubuh, lipatan kulit trisep lebih besar dari 15 mm pada pria dan 25 mm pada wanita (nilai maksimum), pasien dilaporkan atau teramati mengalami disfungsi pola makan.
14. Tujuan, masukan nutri tidak berlebihan dan pola hidup tidak monoton.
15. Kriteria hasil :
16. Mengidentifikasi hubungan antara hipertensi dan kegemukan.
17. Menunjukkan perubahan pola makan, misalnya pilhan makanan, kuantitas dan sebagainya.
18. Mempertahankan berat badan yang diinginkan dengan pemeliharaan kesehatan secara optimal.
19. Melakukan atau mempertahankan program olahraga yang tepat secara individual.
20. Intervensi
21. kaji pemahaman pasien tentang hubungan langsung antara hipertensi dan kegemukan.
22. bicarakan pentingnya menurunkan masukan kalori kepada pasien. Batasi masukan lemak, garam dan gula sesuai indikasi.
23. Mantapkan keinginan pasien untuk menurunkan berat badan
24. Kajian ulang masuk kalori harian dan pilihan diet.
25. Tetapkan rencana penurunan berat badan yang realistis dengan pasien, misalnya penurunan berat badan 0,5 kg/minggu.
26. Insruksikan dan bantu pasien untuk memilih makanan yang tepat, hindari makanan dengan lemak jenuh tinggi (mentega, keju, telur, es krim, daging) dan kolestrol tinggi (daging berlemak, kuning telur, produk kalengan dan jeroan).
27. Rujuk ke ahli gizi sesuai indikasi dengan memberikan konsling dan bantuan dengan memenuhi kebutuhan diet individual.
28. Kurang pengetahuan tentang pengelolaan hipertensi yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.
29. Tujuan, pasien terpenuhi dalam informasi tentang hipertensi.
30. Kriteria hasil, pasien memahami proses penyakit dan penatalaksanaannya, mampu mengidentifikasi efek samping obat, komplikasi, serta mampu mempertahankan tekanan darah dalam rentan normal.
31. Tindakan atau intervensi
32. Kaji kesehatan pasien dan keluarga untuk mempelajari lebih dalam tentang gangguan yang dialami
33. Diskusikan definisi batasan tekanan darah normal. Jelaskan apa itu hipertensi dan efeknya terhadap jantung, pembuluh darah, ginjal serta otak.
34. Hindari mengatakan tekanan darah “normal”, tetapi gunakan ungkapan “terkontrol baik” saat menggambarkan tekanan darah pasien dalam rentan yang diharapkan.
35. Bantu pasien dalam mengidentifikasi faktor resiko kardiovaskuler yang dapat diubah (obesitas, pola diet tinggi lemak jenuh dan kolestrol, merokok, asupan alkohol dan gaya hidup penuh stres).
36. Pecahkan masalah bersama pasien untuk mengidentifikasi perubahan gaya hidup tepat yang dapat menurunkan faktor-faktor di atas.
37. Diskusikan pentingnya pembatasan merokok dan bantu pasien memformulasikan rencana pengurangan kebiasaan merokok.
38. Berikan penguatan tentang pentingnya menaati pengobatan dan *follow up* secara teratur.
39. Ajarkan pasien cara *self monitoring* tekanan darah (mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi secara mandiri).
40. Bantu pasien dan keluarganya untuk merumuskan jadwal pengobatan atau *follow up.*
41. Jelaskan alasan, dosis, efek samping obat dan pentingnya mengikuti aturan terapi sebagai berikut :
42. Diuretik, diminum dengan dosis harian atau dosis yang lebih besar setiap pagi.
43. Antihipertensi, harus diminum sesuai dosis dan jadwal, jangan menambah atau mengurangi dosis obat, bahkan menghentikannya tanpa konsultasi dengan dokter.
44. Mencatat perubahan berat badan tiap hari.
45. Batasi penggunaan alkohol dan hindari konsumsi kafein.
46. Meningkatkan asupan makanan yang tinggi kalium (pisang hijau, kentang, jeruk, air kelapa hijau) jika menggunakan obat tipe diuretik.
47. Identifikasi tanda dan gejala yang memerlukan konsultasi ke dokter (bengkak di kaki, pusing hebat, episode pingsan atau terjatuh, kram otot, mual, muntah, denyut nadi tidak teratur, takikardi atau jantung berdebar-debar).
48. Gerakan atau ganti posisi secara perlahan (tidak mendadak) dan tidur dengan posisi kepala lebih tinggi.
49. Hindari berdiri lama dan lakukan latihan menggerakkan kaki saat berbaring.

### Implementasi

Fokus dari tahap implementasi asuhan keperawatan adalah kegiatan implementasi dari perencanaan intervensi untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan asuhan keperawatan meliputi intervensi independen, dependen dan interdependen.

1. Independen, asuhan keperawatan independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau profesi kesehatan lainnya. Tipe dari aktivitas yang dilaksanakan perawat secara independen didefinisikan berrdasarkan diagnosa keperawatan.
2. Interdependen, asuhan keperawatan interdependen menjelaskan kegiatan yang memerlukan kerja sama dengan profesi kesehatan lainnya, seperti tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter.
3. Dependen, asuhan keperawatan dependen berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan.

### Evaluasi

Tahap evaluasi pada proses keperawatan meliputi kegiatan mengukur pencapaian tujuan pasien dan menentukan keputusan dengan cara membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan dan pencapaian tujuan.

1. Evaluasi Proses

Fokus pada evaluasi proses atau formatif adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut.

1. Evaluasi Hasil

Fokus evaluasi hasil (sumatif) adalah perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna.

# 

**TINJAUAN KASUS**

Bab 3 ini penulis akan membahas tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan HHD (*Hypertensive Heart Disease)*, anemia dan dyspnea, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 Januari 2020 sampai dengan 30 Januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 28 Januari 2020 jam 10.00 WIB di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien, keluarga pasien dan file rekam medis dengan nomor register 64.1X.XX sebagai berikut :

## Pengkajian Keperawatan



### Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. R berusia 74 tahun, pasien beragama islam, bahasa yang sering digunakan pasien dan keluarga adalah bahasa indonesia, status pasien sudah menikah. Pasien berkebangsaan indonesia dan sekarang pasien tinggal di Surabaya, pendidikan terakhir pasien adalah setara dengan SLTP, pasien tidak bekerja dan penanggung biaya adalah BPJS. Pasien masuk di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 27 Januari 2020 pada jam 01.50 WIB.

### Keluhan Utama

Pasien mengeluhkan sesak nafas

### 

### Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengeluh sesak, pusing dan nyeri pada pinggang sebelah kanan menjalar hingga ke kaki sebelah kanan sejak tanggal 26 Januari 2020 dan tidak kunjung membaik. Pada tanggal 27 Januari jam 01.30 WIB keluarga pasien bergegas membawa pasien ke IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan pasien sesak napas, pusing dan nyeri pada pinggang sebelah kanan menjalar hingga ke kaki kanan. Setelah dilakukan observasi tanda-tanda vital didapatkan kesadaran komposmetis, GCS 456, keadaan umum lemah, tekanan darah 158/80 mmHg, nadi 168x/mnt, suhu 36.50C, RR 22x/mnt, SPO2 98% dan EWS 4 (nadi > 130x/mnt sama dengan EWS 3 dan RR 18-20x/mnt EWS 1). Dilakukan tindakan keperawatan pemasangan oksigen nasal 4 lpm, pemasangan infus NS 500cc diberikan sebanyak 14 tetes/mnt dan injeksi *Omeperazole* 40 Mg melalui intravena. Selanjutnya pasien dilakukan pemeriksaan penunjang seperti EKG, Laboratorium dengan hasil GDA 130 mg/dL, PLT 303.000, HB 7.6 g/dL, lekosit 12.82, BUN 43 mg/dL, kreatinin 1.8 mg/dL, natrium 146.7 mmol/L, Thorax kesan kardiomegali dan *aortosclerotic.*

Setelah dari IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pasien dipindahkan ke ruang III pada tanggal 27 Januari 2020 jam 01.50 WIB. Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengeluhkan sesak napas, kepala pusing dan nyeri pada pinggang sebelah kanan hingga menjalar ke kaki kanan. Terpasang infus NS 500cc diberikan sebanyak 14 tetes/mnt, observasi tanda-tanda vital tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 80x/mnt, RR 22x/mnt, suhu 36,20C, EWS 2 (RR 21-29x/mnt). Dilakukan tindakan pemasangan oksigen nasal 4 lpm dan mendapatkan injeksi lasix 1 x 20 mg per IV, injeksi condensartan 1 x 8 mg per IV, injeksi amlodipin 1 x 10 mg.

### Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan asam urat yang tidak terkontrol. Pasien mengatakan lupa kapan tepatnya mulai menderita hipertensi dan asam urat. Keluarga pasien mengatakan antara usia 35 sampai 40 tahun.

### Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien dan keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes militus dan asam urat.

### Genogram

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Pasien

: Tinggal Serumah

Gambar 3.1 Genogram Ny. R

### Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan dan obat-obatan.

### Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Pada tanggal 28 Januari 2020 jam 10 WIB dilakukan pengkajian kepada Ny. R dengan diagnosa medis HHD, anemia dan dyspnea didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 80x/mnt, suhu 360C, RR 22 x/mnt, tinggi badan 160 cm, berat badan 73 kg.

1. B1 (*Breathing*)

Setelah dilakukan pengkajian didapatkan bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, terdapat otot bantu nafas, irama nafas cepat, dangkal dan RR 22x/mnt, pola nafas dyspnea, taktil atau vocal fremitus teraba disemua lapang paru, pasien mengeluh sesak nafas dan tidak terdapat sianosis, kemampuan aktivitas terbatas, pasien mengatakan tidak bisa berjalan lebih dari 100 meter. Terdapat masalah keperawatan pola napas tidak efektif (D.0005).

1. B2 (*Blood*)

Setelah dilakukan pengkajian didapatkan ictus cordis tidak teraba, irama jantung atrial fibrilasi, pasien mengatakan tidak terdapat nyeri dada, CRT <2 detik, akral teraba dingin, basah dan pucat, tidak terdapat oedema, tidak terdapat pembesaran kelenjar bening, tidak terdapat perdarahan dan Hb 7,6 g/dL, masalah keperawatan penurunan curah jantung (D.0008).

1. B3 (*Brain*)

Setelah dilakukan pengkajian pada bagian pengindraan didapatkan GCS 456, tidak terdapat kelumpuhan, bentuk hidung simetris dan tidak ada kelainan. Mata simetris, pupil isokor, reflek cahaya positif, konjungtiva anemis, sklera putih, lapang pandang luas, telinga simetris, tidak terdapat gangguan pada telinga, tidak ada kesulitan menelan, berbicara normal dan tidak terdapat masalah keperawatan.

1. B4 (*Bladder*)

Pasien mengatakan menjaga kebersihan alat kelamin dengan mengeringkan alat kelamin setelah BAB atau BAK, kandung kemih supel, tidak ada nyeri tekan, input cairan AM (5 x 73 Kg) = 365cc/24jam, minum 1250cc/24jam, makan 300cc/24jam, PRC 250cc/24jam, obat injeksi IV 40cc/24jam sama dengan 2105cc/24 jam. Output cairan IWL 1095cc/24jam, urin 1300cc/24jam, feses 100cc/24jam sama dengan 2495cc/24jam. Hasil balance cairan adalah output dikurangi input yaitu 390cc/24jam.

1. B5 (*Bowel*)

Mulut simetris, membran mukosa lembab, tidak terdapat gigi palsu. Pola makan dan minum Ny. R sebelum masuk rumah sakit, Ny. R makan 3 kali sehari jenis makanan padat, pantangan makanan yang mengandung tinggi garam dan minum 5 – 6 gelas per hari atau sama dengan 1250 cc per hari. Pola makan dan minum Ny. R di rumah sakit, pasien diet TKTP RG (tinggi kalori tinggi protein rendah garam) dengan frekuensi 3 x 1, jenis bubur, porsi habis ½ piring. Frekuensi minum 5 – 6 kali sehari atau setara dengan 1250 dengan jenis air putih. Bentuk perut pasien supel, peristaltik normal 24 kali per menit, tidak terdapat kelainan pada abdomen pasien. Tidak terdapat hemoroid, eliminasi alvi SMRS frekuensi 1 x sehari, konsistensi lembek dan berwarna kuning kecoklatan, eliminasi alvi MRS frekuensi 1 – 2x sehari dengan konsistensi lembek, berwarna kuning kecoklatan dan tidak terdapat masalah keperawatan.

1. B6 (*Bone*)

Setelah dilakukan pengkajian didapatkan hasil rambut terdapat uban, rambut tampak tidak disisir, warna kulit pucat, kuku tambak bersih, turgor kulit menurun dikarenakan pasien telah berumur 74 tahun, kekuatan otot, 5555 5555

5555 5555

tidak ada kelainan pada tulang, pasien mengatakan nyeri pada pinggang, P nyeri karna asam urat, Q cekot-cekot, R pinggang sebelah kanan menjalar hingga ke kaki sebelah kanan, S skala 3 dari 0 – 10, terdapat masalah keperawatan nyeri akut (D.0077).

1. Reproduksi dan Seksualitas

Pasien mengatakan menstruasi terakhir pada usia 50 tahun, pasien mengatakan selama mentruasi tidak memiliki masalah disminore, pasien mengatakan pernah melakukan pap smear tetapi pasien emngatakan lupa pada umur berapa terakhir kali melakukan pap smear, pasien mengatakan sejak menopause pasien tidak pernah lagi melakukan pemeriksaan payudara sendiri, pasien mengatakan suami telah meninggal sejak 5 tahun yang lalu. Pada pengkajian reproduksi dan seksual tidak ditemukan masalah keperawatan.

1. Aktivitas

Pasien dan keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit, pasien dapat melakukan aktivitas seperti mandi, berpakaian atau berdandan, toileting atau eliminasi, mobilitas di tempat tidur, berpindah, berjalan, naik tangga, berbelanja dan memasak secara mandiri, tetapi setelah sakit dan masuk rumah sakit pasien berketergantungan pada orang lain dan tidak dapat menyelesaikannya secara mandiri. Setelah dilakukan pengkajian didapatkan pasien memiliki masalah keperawatan intoleransi aktivitas (D.0056).

1. *Personal Hygiene*

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. R didapatkan hasil SMRS pasien mandi 2 x sehari, keramas 2 – 3 x seminggu, ganti pakaian sehari sekali, menyikat gigi 2 x sehari dan memotong kuku seminggu sekali. Sedangkan pasien datang ke rumah sakit pada tanggal 27 Januari 2020 dan saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 Januari 2020 jam 10.00 WIB didapatkan pasien tidak pernah mandi, rambut tampak acak-acakan, pasien mengganti pakaian bila disuruh perawat, pakaian pasien tampak lusuh, basah dan lembab, pasien tidak pernah menggosok gigi, pasien tidak pernah memotong kuku selama di rumah sakit dan masalah keperawatan yang didapat dari hasil pengkajian adalah defisit perawatan diri (D.0109).

1. Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit jam istirahat pasien teratur sekitar 5 – 6 jam, setelah masuk rumah sakit pasien mengeluhkan sulit tidur dikarenakan pasien disebelahnya sering batuk keras dan mengganggu istirahatnya, pasien mengatakan jam tidur malam setelah masuk rumah sakit sekitar jam 23.00 WIB sampai 05.00 WIB dan pasien mengatakan hampir tidak bisa tidur di siang hari jadi total jam tidur pasien adalah 6 jam, kualitas tidur pasien bangun tidur dan tidak nyenyak, pasien memiliki kebiasaan sebelum tidur dengan berdoa, terdapat masalah keperawatan gangguan pola tidur (D.0055).

1. Psikososial

Pasien mengatakan menurutnya persepsi sehat sakit adalah dimana kondisi tubuh yang sehat dan dapat beraktivitas yang dapat dikatakan sehat. Sakit adalah keadaan atau kondisi tubuh yang memburuk atau tidak dapat beraktivitas.

Pasien mengatakan ideal diri pasien saat ini adalah ingin lekas sembuh dari sakitny dan dapat pulang ke rumah dan berkumpul dengan anak dan cucu, pasien mengatakan tentang gambaran dirinya dapat menerima kepergian suaminya dan dapat menerima kondisi sakitnya sekarang, pasien mengatakan fungsi peran saat ini adalah berperan sebagai nenek dan ibu di keluarganya, pasien mengatakan mengenai harga dirinya atau pencapaian tertinggi pasien adalah dapat menyekolahkan anak-anaknya hingga sarjana, pasien mengatakan mengenai identitasnya sekarang adalah seorang janda yang ditinggal mati suaminya dan sekarang tinggal dengan anaknya di Surabaya.

Kemampuan berbicara pasien tampak normal dan menggunakan bahasa sehari-hari dengan bahasa indonesia. Pasien mengatakan memiliki kemampuan yang baik dalam menghadapi masalah. Pasien tidak memiliki ansietas, aktivitas keseharian pasien saat ini adalah menjalani perawatan di rumah sakit, pasien mengatakan hiburannya selama di rumah sakit adalah ketika anak dan cucunya menjenguk untuk menemui nenek di rumah sakit, pasien memiliki keluarganya sebagai sistem pendukung bagi dirinya, pasien memiliki hubungan yang baik dengan orang lain, memiliki kegiatan ibadan seperti sholat 4 sampai 5 waktu, tidak terdapat masalah keperawatan pada pasien Ny. R.

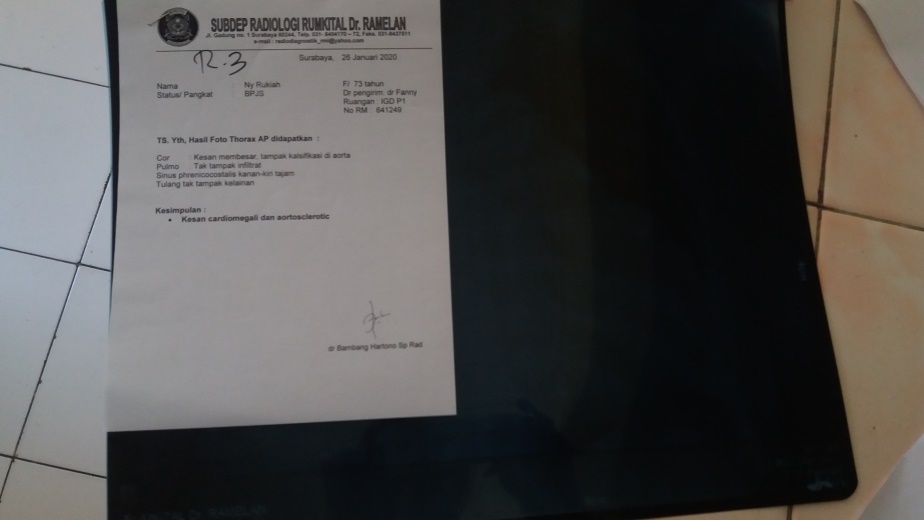
1. Pemeriksaan Penunjang
2. Hasil laboratorium pasien Ny. R

Tabel 3.1 Hasil laboratorium darah lengkap pada Ny. R dengan diagnosis medis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III pada tanggal 27 Januari 2020

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO. | Parameter | Result | Unit | Ref. Ranges |
| 1. | WBC | 12.82 | 10^3/uL | 4.0 – 10.0 |
| 2. | RBC | 2.84 | 10^6/uL | 3.5 – 5.5 |
| 3. | HGB | 7.6 | g/dL |  |
| 4. | HCT | 24.6 | % | 37.0 – 54.0 |
| 5. | MCV | 86.8 | fL | 80.0 – 100.0 |
| 6. | MCH | 26.8 | Pg | 27.0 – 34.0 |
| 7. | MCHC | 30.9 | g/dL | 32.0 – 36.0 |
| 8. | RDW\_CV | 17.5 | % | 11.0 – 16.0 |
| 9. | RDW\_SD | 56.2 | fL | 35.0 – 56.0 |
| 10. | PLT | 303 | 10^3/uL | 150.0 – 450.0 |
| 11. | MPV | 9.3 | fL | 6.5 – 12.0 |
| 12. | PDW | 15.7 |  | 15.0 – 17.0 |
| 13. | PCT | 0.281 | % | 0.108 – 0.282 |
| 14. | GDA Acak | 130 | mg/dL | <120.0 |
| 15. | BUN | 43 | mg/dL | 10 – 24 |
| 16. | Kreatinin | 1.8 | mg/dL | 0.6 – 1.5 |
| 17. | Natrium | 146.7 | Mmol/dL | 135.0 – 147.0 |

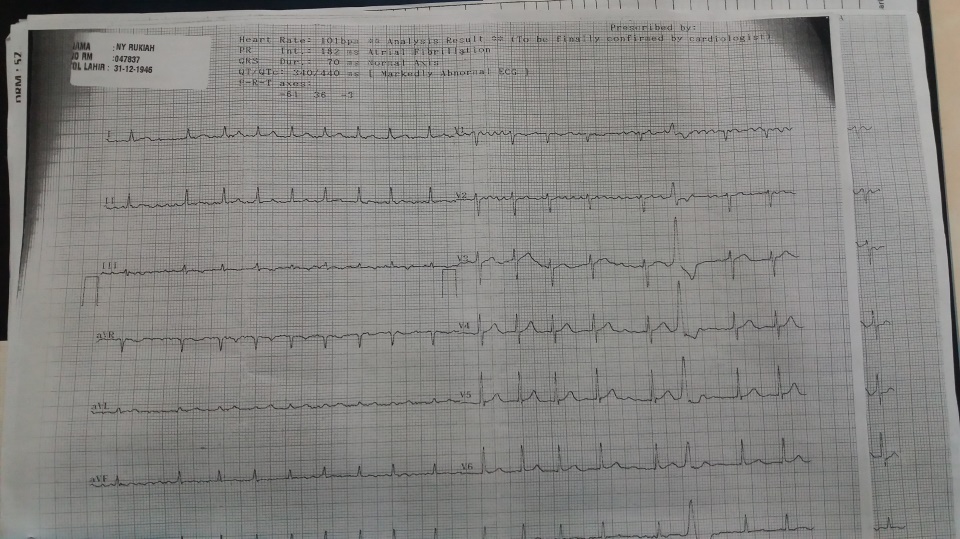
Tabel 3.2 Hasil laboratorium analisa gas darah pada Ny. R dengan diagnosis medis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III pada tanggal 27 Januari 2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Parameter | Result | Unit |
| 1. | Kalium | 3.71 | 3.5-5 Mmol/L |
| 2. | PH ( Measured ) | 7.369 | 7.35-7.45 |
| 3. | PCO2 ( Measured ) | 36.1 | 35-45 |
| 4. | PO2 ( Measured ) | 132.9 | 75-100 |
| 5. | HCO3act | 20.4 | 22-28 |
| 6. | BE (ecf) | -4.9 |  |
| 7. | ctCO2 | 21.5 | 23-27 |
| 8. | O2SAT | 98.6 | 95-100 |
| 9. | O2CT | 10.6 |  |
| 10. | PO2/FIO2 | 3.52 | <300 |
| 11. | PO2 (A-a) (T) | 94.6 |  |
| 12. | PO2 (a/A) (T) | 0.58 |  |
| 13. | Temp | 36.2 | 36.5-37.5 |
| 14. | ctHb | 7.4 | 12.5-16.0 |
| 15. | FIO2 | 37.0 |  |

1. Hasil photo thorax pada Ny. R dengan diagnosis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III tanggal 27 Januari 2020. Hasil Thorax AP kesan kardiomegali 86% dengan rumus (a+b/c x 100%) a+b=24 cm, c=28 cm dan aortosklerosis. 

Gambar 3.2 Photo thorax pasien Ny. R

1. Hasil EKG pasien Ny. R dengan diagnosis HHD, anemia dan dyspnea dan No. RM 641XXX di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 27 Januari 2020 dengan hasil atrial fibrilasi



Gambar 3.3 EKG pasien Ny. R

1. Penatalaksanaan

Tabel 3.3 Terapi obat pasien Ny. R dengan diagnosis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III tanggal 28 Januari 2020

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Hari/Tgl | Nama Obat | Dosis | | Indikasi | | |
| 1. | Selasa, 28 Januari 2020 | Lasix | 20 Mg x 2 | | Mengurangi cairan berlebih dalam tubuh | | |
| 2. | Selasa, 28 Januari 2020 | Candesartan | 8 Mg x 1 | | Obat penghambat reseptor angiotensin II | | |
| 3. | Selasa, 28 Januari 2020 | Amlodipin | 10 Mg x 1 | | Melemaskan dinding pembuluh darah | | |
| 4. | Selasa, 28 Januari 2020 | Oksigen  (nasal kanul) | 4 lpm | | Untuk menurunkan kerja nafas dan menurunkan kerja miokard | | |
| 5. | Selasa, 28 Januari 2020 | Infus RL | | 1000cc/24jam | | Memberikan sejumlah cairan ke dalam tubuh pasien | | |
| 6. | Selasa, 28 Januari 2020 | Transfusi Darah | | 250cc atau 1 bag/hari | | | Meningkatkan kadar Hb |

## Diagnosis Keperawatan

### Analisis Data

Tabel 3.4 analisis data pasien Ny. R dengan diagnosis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III tanggal 28 Januari 2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Data | Penyebab | Masalah |
| 1. | Ds: Pasien mengeluh sesak napas  Do: Penggunaan otot bantu napas, frekuensi napas 22x/mnt, pola napas abnormal. | Hambatan upaya napas | Pola napas tidak efektif  (D.0005) |
| 2. | Ds: Perubahan irama jantung  Do: atrial fibrilasi, gambaran EKG atrial fibrilasi pada tanggal 27 Januari 2020 | Perubahan irama jantung | Penurunan curah jantung  (D.0008) |
| 3. | Ds: Pasien mengeluh nyeri dan memiliki riwayat asam urat, nyeri cekot-cekot, nyeri pada pinggang kanan menjalar sampai ke kaki kanan, skala nyeri 3 dari 0-10, nyeri hilang timbul hanya pada saat digerakkan.  Do: Pasien tampak meringis, TD 160/80mmHg, N 80x/mnt dan RR 22x/mnt | Agen pencedera fisiologis  (Pasien memiliki riwayat asam urat) | Nyeri akut  (D.0077) |
| 4. | Ds: Pasien mengeluh sesak saat melakukan aktivitas yang lama  Do: TD 160/80mmHg, N 80x/mnt, S 360C dan RR 22x/mnt | Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | Intoleransi aktivitas  (D.0056) |
| 5. | Ds: Pasien menolak melakukan perawatan  Do: Pasien tidak mampu mandi/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang. | Kelemahan | Defisit Perawatan Diri  (D.0109) |
| 6. | Ds: Pasien mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup | Hambatan lingkungan (kebisingan) | Gangguan pola tidur  (D.0055) |

* + 1. **Prioritas Masalah**

Tabel 3.5 Prioritas masalah pada Ny. R dengan diagnosis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III pada tanggal 28 Januari 2020

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Masalah Keperawatan | Tanggal | | Paraf |
| Ditemukan | Teratasi |
| 1. | Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.0005) | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | **Α** |
| 2. | Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung (D.0008) | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | **Α** |
| 3. | Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (Pasien memiliki riwayat asam urat) (D.0077) | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | **Α** |
| 4. | Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056) | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | **Α** |
| 5. | Defisit perawatan diri b.d kelemahan (D.0109) | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | **Α** |
| 6. | Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (kebisingan) (D.0055) | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | **Α** |

## Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 intervensi keperawatan pada Ny. R dengan diagnosis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III pada tanggal 28 Januari 2020.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pola napas membaik dengan kriteria hasil :   1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Frekuensi napas membaik dengan RR 16-20x/mnt | 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas 3. Posisikan semi fowler atau fowler 4. Berikan oksigen 5. Dokumentasikan hasil pemantauan 6. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 7. Berikan terapi oksigen nasal kanul 4 lpm sesuai advis dokter | 1. Untuk mengetahui perkembangan dan kemajuan pada pola napas 2. Untuk mengetahui adanya suara napas tambahan 3. Untuk memberikan posisi yang nyaman 4. Untuk meringankan gejala sesak napas 5. Untuk memonitoring perkembangan pasien 6. Untuk memberikan informasi 7. Untuk meningkatkan konsentrasi oksigen pada darah arteri |
| 2. | Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :   1. Lelah menurun 2. Dispnea menurun 3. Berat badan menurun 4. Tekanan darah membaik 100/80 mmHg-120/80 mmHg | 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan) 2. Identifikasi tanda/gejala sekuder penurunan curah jantung (peningkatan berat badan) 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >95% 7. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 8. Kolaborasi pemberian amlodipine 10 Mg per oral 9. Laksanakan program terapi dokter PRC 3 bag | 1. Untuk mengetahui adanya kelainan pada jantung 2. Untuk mengetahui adanya kelainan pada jantung 3. Untuk mengetahui perkembangan tekanan darah 4. Untuk mengetahui adanya penurunan saturasi oksigen 5. Untuk memberikan rasa nyaman 6. Untuk mempertahankan saturasi oksigen >95% 7. Untuk mengurangi rasa lelah pada pasien 8. Untuk mengurangi irama jantung yang tidak teratur 9. Untuk meningkatkan kadar Hb |
| 3. | Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (Pasien memiliki riwayat asam urat) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :   1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik (60-100x/mnt) 4. Pola napas membaik (RR 16-20x/mnt) 5. Tekanan darah membaik (100-120 mmHg) 6. Pola tidur membaik | 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 8. Identifikasi riwayat alergi obat 9. Monitor TTV | 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui tingkat nyeri dengan cara non verbal 4. Untuk mengetahui bagaimana cara pasien mengantisipasi nyeri 5. Untuk mengurangi nyeri tanpa menggunakan teknik farmakologis 6. Untuk menambah pengetahuan pasien 7. Untuk menambah pengetahuan bagaimana cara mengurangi nyeri tanpa menggunakan teknik farmakologis 8. Untuk menghindari terjadinya anafilaksis 9. Untuk mengetahui adanya perubahan pada tanda vital pasien |
| 4. | Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :   1. Frekuensi nadi meningkat 60-100x/mnt 2. Saturasi oksigen meningkat 98-100% 3. Kemudahan akan melakukan aktivitas sehari-hari 4. Jarak berjalan meningkat 5. Keluhan lelah menurun 6. Dispnea saat aktivitas menurun 7. Warna kulit membaik 8. Tekanan darah membaik 100/80-120/80 mmHg 9. Frekuensi napas membaik 16-20x/mnt | 1. Monitor pola dan jam tidur 2. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 3. Anjurkan tirah baring 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5. Kolaborasikan pada ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 6. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 7. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia 8. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 9. Kolaborasikan dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas | 1. Untuk mengetahui kebiasaan tidur pasien 2. Untuk mengurangi resiko cedera 3. Untuk meminimalisir adanya komplikasi 4. Untuk melatih kemampuan pasien dalam beraktivitas 5. Untuk meningkatkan energi pasien 6. Untuk mengetahui aktivitas yang tidak dapat pasien kerjakan 7. Agar pasien dapat melakukan aktivitas sesuai usia 8. Untuk melatih aktivitas pasien secara bertahap 9. Untuk merencanakan pada ahli terapi untuk aktivitas selanjutnya |
| 5. | Defisit perawatan diri b.d kelemahan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :   1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet meningkat 5. Minat melakukan perawatan diri meningkat | 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 4. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 5. Monitor kebersihan tubuh 6. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 7. Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan 8. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan | 1. Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas pasien 2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien 3. Untuk memotivasi pasien tentang perawatan diri 4. Untuk melatih pasien agar dapat melakukan perawatan diri secara mandiri 5. Untuk mengukur kebersihan pasien 6. Agar pasien merasa aman dan nyaman dalam melakukan perawatan diri 7. Agar pasien rutin melakukan perawatan diri 8. Untuk menambah pengetahuan dan minat pasien akan perawatan diri |
| 6. | Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (kebisingan) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pola tidur membaik dengan kriteria hasil :   1. Keluhan sulit tidur meningkat 2. Keluhan sering terjaga meningkat 3. Keluhan tidak puas tidur meningkat 4. Keluhan pola tidur berubah meningkat 5. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat | 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan 4. Identifikasi keamanan dan kenyamanan lingkungan 5. Ganti pakaian secara berkala | 1. Untuk mengetahui pola dan aktivitas pasien 2. Untuk mengetahui penyebab pasien sulit tidur 3. Agar pasien dapat tidur dan tidak ada keluhan dengan pola tidur selama di rumah sakit 4. Agar pasien dapat tidur dengan nyaman 5. Agar pasien dapat tidur dengan nyaman |

## Implmentasi dan Evaluasi Keperawatan

## Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan pada Ny. R dengan diagnosis HHD, anemia dan dyspnea di Ruang III pada tanggal 28 Januari 2020

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Dx | Waktu | Tindakan | TT | Waktu | SOAP | TT |
| 1,2,3,4,5,6  1  1,2  1,2  1,2,3  2  2  3  3  3  3  3  2  2  4,6  4,5  4  4  4  5  5  5  5  5,6  5  6  6  1  2  1,2,3  3  3  4,6  5  5  5,6  2  6  1  1,2,3  3  3  5  5,6  2  1,2,3,4,5,6  1  1,2  1,2  1,2,3  2  2  2  2  3  3  3  3  4,6  4,5  4  4  4  5  5  5  5  5,6  5  6  6  6  2  1  1,2,3  3  3  4,6  5  5  5,6  2  6  6  1  1,2,3  3  3  5  5,6  2  1,2,3,4,5,6  1  1,2  1,2  2  2  2  2  3  3  3  3  4,6  4,5  4  4  5  5  5  5  2  5  6  6  6  1  1,2,3  3  3  4  1  1,2,3  3  3 | 28-1-2020  08.00  08.15  08.25  08.30  08.40  09.00  09.15  10.00  10.15  10.30  10.45  11.00  11.10  11.25  11.30  11.40  11.50  12.00  12.10  12.20  12.30  12.40  12.45  12.55  13.00  13.10  13.25  15.00  15.25  15.30  15.45  16.00  16.30  16.40  16.50  17.00  18.00  19.00  21.00  21.15  21.30  21.45  22.00  22.10  06.00  29-01-2020  08.00  08.15  08.25  08.30  08.40  09.00  09.15  09. 30  09.45  10.00  10.15  10.30  10.45  11.30  11.40  11.50  12.00  12.10  12.20  12.30  12.40  12.45  12.55  13.00  13.10  13.25  13.30  13.45  15.00  15.30  15.45  16.00  16.30  16.40  16.50  17.00  18.00  19.00  19.30  21.00  21.15  21.30  21.45  22.00  22.10  06.00  30-01-2020  08.00  08.15  08.25  08.30  08.40  08.55  09.00  09.15  10.00  10.15  10.30  10.45  11.30  11.40  12.00  12.10  12.20  12.30  12.40  12.45  12.55  13.00  13.10  13.25  13.30  15.00  15.30  15.45  16.00  16.30  21.00  21.15  21.30  21.45 | Membina hubungan saling percaya  mengucapkan salam dan mendengar keluhan pasien  Memonitor pola napas dan memonitor bunyi napas.  Untuk mengetahui adanya perubahan pada pola napas, RR 22x/mnt  Memposisikan pasien semi fowler untuk memberikan posisi yang nyaman  Memberikan oksigen nasal 4 lpm  Mendokumentasikan hasil pemantauan  TTV T. 160/80 mmHg  N. 80 x/mnt  S. 36 derajat Celcius  RR. 22 x/mnt  Mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung  Pasien sesak napas RR 22x/mnt  Pasien mengatakan badan lemas dan lelah  Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi  Dengan melakukan aktivitas secara bertahap dengan mencoba untuk miring kanan dan kiri  Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri  P: Nyeri kaki saat dibuat gerak  Q: Cekot-cekot  R: Daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan  S: Skala 3 dari 0 – 10  T: Hilang timbul  Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri  Pasien mengatakan jika terlalu banyak aktivitas maka akan terasa nyeri  Pasien mengatakan dengan beristirahat dan nyeri berkurang  Memberikan teknik nonfarmakaologis dengan memberikan posisi nyaman semi fowler dan mengkompres air hangat pada area kaki kanan  Mengajarkan teknik nonfarmakologis  Nafas dalam  Mengidentifikasi adanya riwayat alergi obat  Pasien tidak memiliki alergi obat  Melakukan pemberian transfusi darah  PRC 1 bag atau 250cc/hari  Mengobservasi TTV dan reaksi alergi  Tidak ada kemerahan dan gatal pada kulit  Tensi 160/80 mmHg  Nadi 80 x/mnt  Suhu 36 derajat celcius  RR. 22 x/mnt  Memonitor pola dan jam tidur  Mengidentifikasi defisit tingkat aktivitas  Pasien tidak bisa duduk selama di rumah sakit  Mengajarkan aktivitas yang dipilih pasien  Pasien ingin miring kanan dan kiri  Menganjurkan tirah baring dan aktivitas secara bertahap  Pasien dari posisi tidur mencoba untuk miring kanan dan kiri  Mengkolaborasikan dengan perawat dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas pasien  Memonitor tingkat kemandirian pasien  Pasien masih dibantu oleh anak dalam menyelesaikan aktivitas seprerti BAB dan makan  Memonitor kebersihan tubuh  Pasien tidak mau mengganti baju, baju tambah basah dan lembab  Menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan  Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan  Ruangan menyediakan baskom untuk menyeka pasien  Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman  Menutup tirai saat mandi  Menganjurkan pasien melakukan perawatan diri sesuai kemampuan dengan cara bertahap  Mengidentifitas faktor pengganggu tidur  Pasien mengatakan karna suara batuk keras dari pasien sebelah  Memodifikasi lingkungan  Menyarankan pasien membawa kipas angin jika masih panas dan meletakkan kapas pada telinga untuk mengurangi kebisingan  **Shift Siang**  Memonitor pola napas dan memonitor bunyi napas  Untuk mengetahui adanya perubahan pada pola napas,RR 22x/mnt  Mengganti transfusi darah dengan Nacl spooling  Mendokumentasikan hasil pemantauan  TTV  T. 130/100 mmHg  N. 90 x/mnt  S. 37,20C  RR. 22 x/mnt  Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri  P: Nyeri kaki saat dibuat gerak  Q: Cekot-cekot  R: Daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan  S: Skala 3 dari 0 – 10  T: Hilang timbul  Memberikan teknik non farmakologis dengan memberikan posisi nyaman semi fowler dan mengkompres kaki kanan dengan air hangat  Memonitor pola dan jam tidur  Pasien mengeluh masih sulit tidur  Memonitor kebersihan tubuh  Pasien tidak mau mengganti baju, baju tambah basah dan lembab  Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan  Ruangan menyediakan baskom untuk menyeka pasien  Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman  Menutup tirai saat mandi  Memberikan obat amlodipin 10 Mg per oral  Memodifikasi lingkungan  Menyarankan pasien membawa kipas angin jika masih panas  **Shift Malam**  Memonitor pola napas dan memonitor bunyi napas  Untuk mengetahui adanya perubahan pada pola napas,RR 22x/mnt  Mendokumentasikan hasil pemantauan  TTV  T. 140/80 mmHg  N. 84 x/mnt  S. 36.8 derajat Celcius  RR. 24 x/mnt  Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri  P: Nyeri kaki saat dibuat gerak  Q: Cekot-cekot  R: Daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan  S: Skala 3 dari 0 – 10  T: Hilang timbul  Memberikan teknik non farmakaologis dengan membantu pasien mengubah posisi menghadap kanan dan semi fowler dan mengkompres air hangat pada kaki kanan  Memonitor pola dan jam tidur  Pasien mengeluh siang tadi tidak dapat tidur  Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman  Mematikan lampu saat tidur  Memberikan obat candesartan 8 Mg per oral  **Shift Pagi**  Membina hubungan saling percaya dengan : mengucapkan salam dan mendengar keluhan pasien  Memonitor pola napas dan memonitor bunyi napas.  Untuk mengetahui adanya perubahan pada pola napas,RR 22x/mnt  Memposisikan pasien semi fowler untuk memberikan posisi yang nyaman  Memberikan oksigen nasal dengan 4 lpm  Mendokumentasikan hasil pemantauan  TTV  T. 120/80 mmHg  N. 72 x/mnt  S. 37 derajat celcius  RR. 22 x/mnt.  Mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung  Pasien sesak napas RR 22x/mnt  Pasien mengatakan badan lemas dan lelah  Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi  Dengan melakukan aktivitas secara bertahap yaitu miring kanan kiri  Memberikan Tranfusi darah PRC 1 bag atau 250cc  Mengobservasi TTV dan reaksi alergi  Tidak tampak kemerahan dan gatal pada kulit  Tensi 120/80 mmHg  Nadi 72 x/mnt  Suhu 37 derajat celcius  RR 22 x/mnt  Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri  P: Nyeri kaki saat dibuat gerak  Q: Cekot-cekot  R: Daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan  S: Skala 3 dari 0 – 10  T: Hilang timbul  Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri  Pasien mengatakan jika terlalu banyak aktivitas maka akan terasa nyeri  Pasien mengatakan dengan beristirahat dan nyeri berkurang  Memberikan teknik non farmakaologis dengan memberikan tewrapi musik dan memberikan posisi sewmi fowler, mengkompres air hangat pada pinggang dan kaki kanan  Mengajarkan teknik nonfarmakologis  Dengan mendengarkan musik favorit  Memonitor pola dan jam tidur  Mengidentifikasi defiSit tingkat aktivitas  Pasien masih kesulitan untuk miring kanan dan kiri secara mandiri  Mengajarkan aktivitas yang dipilih pasien  Pasien ingin mengubah posisi tidur  Menganjurkan tirah baring dan aktivitas secara bertahap  Pasien dari posisi tidur mencoba untuk miring kiri  Mengkolaborasikan dengan perawat dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas pasien  Memonitor tingkat kemandirian pasien  Pasien masih dibantu oleh anak dalam menyelesaikan aktivitas seprerti BAB dan makan  Memonitor kebersihan tubuh  Pasien tidak mau mengganti baju, baju tambah basah dan lembab  Menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan  Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan  Ruangan menyediakan baskom untuk menyeka pasien  Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman seperti Menutup tirai saat mandi  Menganjurkan pasien melakukan perawatan diri sesuai kemampuan dengan cara bertahap  Pasien mampu membersihkan wajah dengan tisu basah  Mengidentifitas faktor pengganggu tidur  Pasien mengatakan tidak bisa tidur dengan suara yang keras  Pasien mengatakan bahwa pasien sebelah masih sering batuk keras  Memodifikasi lingkungan  Menyarankan pasien membawa kipas angin jika masih panas  Mengganti pakaian pasien sehari 1x jika tidak lembab  Mengganti transfusi darah dengan Nacl spooling  **Shift Siang**  Memonitor pola napas dan memonitor bunyi napas  Untuk mengetahui adanya perubahan pada pola napas,RR 22x/mnt  Mendokumentasikan hasil pemantauan  TTV  T. 110/90 mmHg  N. 113 x/mnt  S. 36.5 derajat Celcius  RR. 22 x/mnt  Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri  P: Nyeri kaki saat dibuat gerak  Q: Cekot-cekot  R: Daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan  S: Skala 3 dari 0 – 10  T: Hilang timbul  Memberikan teknik nonfarmakaologis terapi musik, memberikan posisi semi fowler dan mengkompres air hangat bagian kaki yang terasa nyeri  Memonitor pola dan jam tidur  Memonitor kebersihan tubuh  Pasien tidak mau mengganti baju, baju tambah basah dan lembab  Memfasilitasi mandi dengan menyediakan baskom untuk menyeka pasien  Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman  Menutup tirai saat mandi  Memberikan obat amlodipin 10 Mg per oral  Memodifikasi lingkungan  Menyarankan pasien membawa kipas angin jika masih panas  Mengganti pakaian pasien sehari 1x jika tidak lembab  **Shift Malam**  Memonitor pola napas dan memonitor bunyi napas  Untuk mengetahui adanya perubahan pada pola napas,RR 22x/mnt  Mendokumentasikan hasil pemantauan  TTV  T. 110/70 mmHg  N. 111 x/mnt  S. 36.3 derajat Celcius  RR. 22 x/mnt  Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri  P: Nyeri kaki saat dibuat gerak  Q: Cekot-cekot  R: Daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan  S: Skala 2 dari 0 – 10  T: Hilang timbul  Memberikan teknik nonfarmakaologis dengan menonton film india dan memberikan posisi semin fowler  Memonitor pola dan jam tidur  Pasien mengatakan sudah dapat tidur karena telinga ditutup dengan kapas  Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman  Mematikan lampu saat tidur  Memberikan obat candesartan 8 Mg per oral  **Shift Pagi**  Membina hubungan saling percaya dengan : mengucapkan salam dan mendengar keluhan pasien  Memonitor pola napas dan memonitor bunyi napas  Untuk mengetahui adanya perubahan pada pola napas,RR 22x/mnt  Memposisikan pasien semi fowler untuk memberikan posisi yang nyaman  Memberikan oksigen nasal 4 lpm  Memberikan transfusi darah PRC 1 bag atau 250 cc  Tidak terdapat kemerahan pada kulit  T. 110/60 mmHg  N. 112 x/mnt  S. 37.5 derajat Celcius  RR. 22 x/mnt  Mengidentifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung  Pasien sesak napas RR 22x/mnt  Pasien mengatakan badan lemas dan lelah  Menganjurkan pasien beraktivitas fisik sesuai toleransi  Dengan melakukan aktivitas secara bertahap, pasien dapat miring kanan dan kiri tanpa bantuan orang lain  Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri  P: Nyeri kaki saat dibuat gerak  Q: Cekot-cekot  R: Daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan  S: Skala 2 dari 0 – 10  T: Hilang timbul  Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri  Pasien mengatakan jika terlalu banyak aktivitas maka akan terasa nyeri  Pasien mengatakan dengan beristirahat dan nyeri berkurang  Memberikan teknik non farmakaologis nafas dalam dan mengkompres air hangat pada bagian yang nyeri dan sesering mungkin mengubah posisi kaki  Mengajarkan teknik nonfarmakologis  Nafas dalam dan mendengarkan musik yang disukai pasien  Memonitor pola dan jam tidur  Pasien mengatakan pola tidur sudah membaik dan pasien mengatakan merasa tidur cukup untuk hari ini  Mengidentifikasi defisit tingkat aktivitas  Pasien dapat miring kanan dan kiri tanpa bantuan orang lain  Menganjurkan tirah baring dan aktivitas secara bertahap  Pasien dapat mengubah posisi miring kanan dan kiri  Mengkolaborasikan dengan perawat dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas pasien  Memonitor tingkat kemandirian pasien  Pasien masih dibantu oleh anak dalam menyelesaikan aktivitas seprerti BAB dan makan  Memonitor kebersihan tubuh  Pasien tidak mau mengganti baju, baju tambah basah dan lembab  Menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan  Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan  Ruangan menyediakan baskom untuk menyeka pasien  Mengganti transfusi darah derngan Nacl spooling  Menganjurkan pasien melakukan perawatan diri sesuai kemampuan dengan cara bertahap dengan menyisir rambut  Pasien mampu merapikan rambut dan pakaiannya  Mengidentifitas faktor pengganggu tidur  Pasien mengeluhkan bahwa pasien yang ada di sebelahnya selalu batuk keras  Memodifikasi lingkungan  Menyarankan pasien mengenakan kapas untuk menutupi telinga  **Shift Siang**  Memonitor pola napas dan memonitor bunyi napas  Untuk mengetahui adanya perubahan pada pola napas,RR 22x/mnt  Mendokumentasikan hasil pemantauan  TTV  T. 110/90 mmHg  N. 90 x/mnt  S. 36.6 derajat Celcius  RR. 22 x/mnt  Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri  P: Nyeri kaki saat dibuat gerak  Q: Cekot-cekot  R: Daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan  S: Skala 2 dari 0 – 10  T: Hilang timbul  Memberikan teknik nonfarmakaologis  Memberikan posisi nyaman, mengajak pasien untuk mendengarkan musik yang disukai  Memonitor pola dan jam tidur  Pasien mengatakan dapat tidur siang selama 1 jam  **Shift Malam**  Memonitor pola napas dan memonitor bunyi napas  Untuk mengetahui adanya perubahan pada pola napas,RR 20x/mnt  Mendokumentasikan hasil pemantauan  TTV  T. 130/80 mmHg  N. 84 x/mnt  S. 36.8 derajat celcius  RR. 20 x/mnt  Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri  P: Nyeri kaki saat dibuat gerak  Q: Cekot-cekot  R: Daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan  S: Skala 1 dari 0 – 10  T: Hilang timbul  Memberikan teknik nonfarmakaologis  Memberikan posisi nyaman, mengajak pasien untuk nafas dalam dan menonton film yang disukai pasien seperti film india | **Α**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **p**  **p**  **p**  **P**  **p**  **p**  **p**  **p**  **p**  **p**  **p**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P** | 29-12-20  14.00  21.00  07.00  29-01-2020  14.00  21.00  07.00  31-01-2020  14.00  21.00  07.00 | **Dx 1 = Pola napas tidak efektif**  S : px mengatakan masih sesak napas  O : terdapat penggunaan otot bantu napas, T. 160/80 mmHg, N. 80 x/mnt, S. 36 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt, SPO2 98% dengan pemakaian oksigen nasal 4 lpm  A : Masalah belum teratasi  P :Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6  **Dx 2 = penurunan curah jantung**  S : Pasien mengatakan badan lemas dan lelah  O : T. 160/80 mmHg, N. 80 x/mnt, S. 36 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,5,6  **Dx 3 = Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan masih nyeri di daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan hilang timbul dengan skala 3 dari 0 – 10, seperti cekot cekot.  O : Tanda vital T. 160/80 mmHg, N. 80 x/mnt, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,5,9,10  **Dx 4 = Intoleransi aktivitas**  S : Pasien mengatakan badan masih lemas, tidak mampu banyak bergerak.  O : Tanda vital T. 160/80 mmHg, N. 80 x/mnt, S. 36 derajat celcius, RR. 22 x/mnt, warna kulit tampak pucat  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6,7,8,9  **Dx 5 = Defisit perawatan diri**  S : Pasien mengatakan malas ganti baju  O : rambut pasien tampak acak-acakan, baju pasien lusuh dan basah, Tanda vital T. 160/80 mmHg, N. 80 x/mnt, S. 36 derajat celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 3,4,6,7,8  **Dx 6 = Gangguan pola tidur**  S : Pasien mengatakan sulit tidur, pasien mengatakan ruangan panas dan bising karena suara batuk dari pasien lain  O : Tanda vital T. 160/80 mmHg, N. 80 x/mnt, S. 36 derajat celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,3,4,5  **Dx 1 = Pola napas tidak efektif**  S : px mengatakan masih sesak napas  O : terdapat penggunaan otot bantu napas, T. 130/100 mmHg, N. 90 x/mnt, S. 37,20C, RR. 22 x/mnt, SPO2 98% dengan pemakaian oksigen nasal 4 lpm  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,5,7  **Dx 2 = Penurunan curah jantung**  S : Pasien mengatakan badan lemas dan lelah  O : T. 130/100 mmHg, N. 90 x/mnt, S. 37,20C, RR. 22 x/mnt  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,5,6,  **Dx 3 = Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan masih nyeri di daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan hilang timbul dengan skala 3 dari 0 – 10, seperti cekot cekot.  O : T. 130/100 mmHg, N. 90 x/mnt, S. 37,20C, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,6  **Dx 4 = Intoleransi aktivitas**  S : Pasien mengatakan badan masih lemas, tidak mampu banyak bergerak.  O : Tanda vital T. 130/100 mmHg, N. 90 x/mnt, S. 37,20C, RR. 22 x/mnt warna kulit tampak pucat  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,8,9  **Dx 5 = Defisit perawatan diri**  S : Pasien mengatakan malas ganti baju  O : rambut pasien tampak acak-acakan, baju pasien lusuh dan basah, Tanda vital T. 130/100 mmHg, N. 90 x/mnt, S. 37,20C, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 3,4,6,7  **Dx 6 = Gangguan pola tidur**  S : Pasien mengatakan sulit tidur, pasien mengatakan ruangan panas dan bising karena suara batuk dari pasien lain  O : Tanda vital T. 130/100 mmHg, N. 90 x/mnt, S. 37,20C, RR. 22 x/mnt  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,3,4,5  **Dx 1 = Pola apas tidak efektif**  S : px mengatakan masih sesak napas  O : Terdapat otot bantu pernapasan, T. 140/80 mmHg, N. 84 x/mnt, S. 36.8 derajat Celcius, RR. 24 x/mnt, SPO2 98% dengan pemakaian oksigen nasal 4 lpm  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6,7  **Dx 2 = Penurunan curah jantung**  S : Pasien mengatakan badan lemas dan lelah  O : T. 140/80 mmHg, N. 84 x/mnt, S. 36.8 derajat Celcius, RR. 24 x/mnt,  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,5,6,7  **Dx 3 = Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan masih nyeri di daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan hilang timbul dengan skala 3 dari 0 – 10, seperti cekot cekot.  O : Tanda vital T. 140/80 mmHg, N. 84 x/mnt, S. 36.8 derajat Celcius, RR. 24 x/mnt,  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,9,10  **Dx 4 = Intoleransi aktivitas**  S : Pasien mengatakan badan masih lemas, tidak mampu banyak bergerak.  O : Tanda vital T. 140/80 mmHg, N. 84 x/mnt, S. 36.8 derajat Celcius, RR. 24 x/mnt, warna kulit tampak pucat  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6,7,8,9  **Dx 5 = Defisit perawatan diri**  S : Pasien mengatakan malas ganti baju  O : rambut pasien tampak acak-acakan, baju pasien lusuh dan basah, Tanda vital T. 140/80 mmHg, N. 84 x/mnt, S. 36.8 derajat Celcius, RR. 24 x/mnt.  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6,7,8  **Dx 6 = Gangguan pola tidur**  S : Pasien mengatakan sulit tidur, pasien mengatakan ruangan panas dan bising karena suara batuk dari pasien lain  O : Tanda vital T. 140/80 mmHg, N. 84 x/mnt, S. 36.8 derajat Celcius, RR. 24 x/mnt,  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,3,4,5  **Dx 1 = Pola napas tidak efektif**  S : px mengatakan sesak napas berkurang  O : terdapat otot bantu napas, T. 120/80 mmHg, N. 72 x/mnt, S. 37 derajat celcius, RR. 22 x/mnt, SPO2 98% dengan pemakaian oksigen nasal 4 lpm A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6,7  **Dx 2 = Penurunan curah jantung**  S : Pasien mengatakan badan lemas dan lelah berkurang  O : T. 120/80 mmHg, N. 72 x/mnt, S. 37 derajat celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,5,7  **Dx 3 = Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan masih nyeri di daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan hilang timbul dengan skala 3 dari 0 – 10, seperti cekot cekot.  O : Tanda vital T. 120/80 mmHg, N. 72 x/mnt, S. 37 derajat celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10  **Dx 4 = Intoleransi aktivitas**  S : Pasien mengatakan badan lemas berkurang  O : Tanda vital T. 120/80 mmHg, N. 72 x/mnt, S. 37 derajat celcius, RR. 22 x/mnt, Hb 10.2 g/dL  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6,7,8,9  **Dx 5 = Defisit perawatan diri**  S : Pasien mengatakan ganti baju nanti saja karena masih malas  O : rambut pasien tampak acak-acakan, baju pasien lusuh dan basah, Tanda vital T. 120/80 mmHg, N. 72 x/mnt, S. 37 derajat celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 3,4,5,6,7  **Dx 6 = Gangguan pola tidur**  S : Pasien mengatakan bisa tidur, pasien mengatakan bising berkurang karena telinga pasien ditutup dengan kapas  O : Tanda vital T. 120/80 mmHg, N. 72 x/mnt, S. 37 derajat celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5  **Dx 1 = Pola napas tidak efektif**  S : px mengatakan sesak napas berkurang  O : Terdapat otot bantu napas, T. 110/90 mmHg, N. 113 x/mnt, S. 36.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt, SPO2 98% dengan pemakaian oksigen nasal 4 lpm  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,5,6,7  **Dx 2 = Penurunan curah jantung**  S : Pasien mengatakan badan lemas dan lelah berkurang  O : T. 110/90 mmHg, N. 113 x/mnt, S. 36.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,5,7  **Dx 3 = Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan masih nyeri di daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan hilang timbul dengan skala 2 dari 0 – 10, seperti cekot cekot.  O : Tanda vital T. 110/90 mmHg, N. 113 x/mnt, S. 36.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10  **Dx 4 = Intoleransi aktivitas**  S : Pasien mengatakan badan lemas berkurang  O : Tanda vital T. 110/90 mmHg, N. 113 x/mnt, S. 36.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt, Hb 10.2 g/dL  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3  **Dx 5 = Defisit perawatan diri**  S : Pasien mengatakan ganti baju nanti saja karena masih malas  O : rambut pasien tampak acak-acakan, baju pasien lusuh dan basah, Tanda vital T. 110/90 mmHg, N. 113 x/mnt, S. 36.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3  **Dx 6 = Gangguan pola tidur**  S : Pasien mengatakan bisa tidur, pasien mengatakan bising berkurang karena telinga pasien ditutup dengan kapas  O : Tanda vital T. 110/90 mmHg, N. 113 x/mnt, S. 36.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3  **Dx 1 = Pola napas tidak efektif**  S : px mengatakan sesak napas berkurang  O : terdapat otot bantu napas, T. 110/70 mmHg, N. 111 x/mnt, S. 36.3 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt, SPO2 98% dengan pemakaian oksigen nasal 4 lpm  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,5,6,7  **Dx 2 = Penurunan curah jantung**  S : Pasien mengatakan badan lemas dan lelah berkurang  O : T. 110/70 mmHg, N. 111 x/mnt, S. 36.3 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4  **Dx 3 = Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan masih nyeri di daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan hilang timbul dengan skala 2 dari 0 – 10, seperti cekot cekot.  O : Tanda vital T. 110/70 mmHg, N. 111 x/mnt, S. 36.3 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3  **Dx 4 = Intoleransi aktivitas**  S : Pasien mengatakan badan lemas berkurang  O : Tanda vital T. 110/70 mmHg, N. 111 x/mnt, S. 36.3 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt, Hb 10.2 g/dL  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3  **Dx 5 = Defisit perawatan diri**  S : Pasien mengatakan sudah mengganti baju dan mandi sore tadi  O : rambut pasien tampak tersisir rapi, baju pasien tampak rapi, Tanda vital T. 110/70 mmHg, N. 111 x/mnt, S. 36.3 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3  **Dx 6 = Gangguan pola tidur**  S : Pasien mengatakan bisa tidur, pasien mengatakan bising berkurang karena telinga pasien ditutup dengan kapas  O : Tanda vital T. 110/70 mmHg, N. 111 x/mnt, S. 36.3 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3  **Dx 1 = Pola napas tidak efektif**  S : px mengatakan sesak napas berkurang  O : Terdapat otot bantu napas, T. 110/60 mmHg, N. 112 x/mnt, S. 37.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt, SPO2 98% dengan pemakaian oksigen nasal 4 lpm  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,7  **Dx 2 = Penurunan curah jantung**  S : Pasien mengatakan badan lemas dan lelah berkurang  O : T. 110/60 mmHg, N. 112 x/mnt, S. 37.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6,7  **Dx 3 = Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan masih nyeri di daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan hilang timbul dengan skala 2 dari 0 – 10, seperti cekot cekot.  O : Tanda vital T. 110/60 mmHg, N. 112 x/mnt, S. 37.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6  **Dx 4 = Intoleransi aktivitas**  S : Pasien mengatakan badan lemas berkurang  O : Tanda vital T. 110/60 mmHg, N. 112 x/mnt, S. 37.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt, Hb 10.2 g/dL  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6,7,8,9  **Dx 5 = Defisit perawatan diri**  S : Pasien mengatakan sudah mengganti bajunya juga telah mandi dan makan siang  O : rambut terlihat bersih dan rapi, baju tampak bersih, Tanda vital T. 110/60 mmHg, N. 112 x/mnt, S. 37.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan  **Dx 6 = Gangguan pola tidur**  S : Pasien mengatakan bisa tidur, pasien mengatakan bising berkurang karena telinga pasien ditutup dengan kapas  O : Tanda vital T. 110/60 mmHg, N. 112 x/mnt, S. 37.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt.  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan  **Dx 1 = Pola napas tidak efektif**  S : px mengatakan sesak napas berkurang  O : T. 110/90 mmHg, T. 130/100 mmHg, N. 90 x/mnt, S. 36.6 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt, SPO2 98% dengan pemakaian oksigen nasal 4 lpm  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,5,6,7  **Dx 2 = Penurunan curah jantung**  S : Pasien mengatakan badan lemas dan lelah berkurang  O : T. 130/100 mmHg, N. 90 x/mnt, S. 36.6 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4  **Dx 3 = Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan masih nyeri di daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan hilang timbul dengan skala 2 dari 0 – 10, seperti cekot cekot.  O : Tanda vital T. 110/90 mmHg, N. 113 x/mnt, S. 36.5 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt, asam urat 9 mg/dL  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,5,7,9,10  **Dx 4 = Intoleransi aktivitas**  S : Pasien mengatakan badan lemas berkurang  O : Tanda vital T. 130/100 mmHg, N. 90 x/mnt, S. 36.6 derajat Celcius, RR. 22 x/mnt, Hb 10.2 g/dL, asam urat 9 mg/dL  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3  **Dx 1 = Pola napas tidak efektif**  S : px mengatakan sesak napas berkurang  O : tidak terdengar suara napas tambahan, T. 130/80 mmHg, N. 84 x/mnt, S. 36.8 derajat celcius, RR. 20 x/mnt, SPO2 98% dengan pemakaian oksigen nasal 4 lpm  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan  **Dx 2 = Penurunan curah jantung**  S : Pasien mengatakan sudah tida lemas dan lelah  O : T. 130/80 mmHg, N. 84 x/mnt, S. 36.8 derajat celcius, RR. 20 x/mnt  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan  **Dx 3 = Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan nyeri berkurang di daerah pinggang kanan menjalar ke kaki kanan hilang timbul dengan skala 1 dari 0 – 10, seperti cekot cekot.  O : Tanda vital T. 130/80 mmHg, N. 84 x/mnt, S. 36.8 derajat celcius, RR. 20 x/mnt, asam urat 9 mg/dL  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan dirumah No. 8  **Dx 4 = Intoleransi aktivitas**  S : Pasien mengatakan badan lemas berkurang  O : Tanda vital T. 130/80 mmHg, N. 84 x/mnt, S. 36.8 derajat celcius, RR. 20 x/mnt, Hb 10.2 g/dL, asam urat 9 mg/dL  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan | **Α**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **A**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P**  **P** |

# 

**PEMBAHASAN**

Pada bab pembahasan ini penulis akan menjelaskan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosis Medis *Dyspnea + Anemia + HHD* padaNy. R di Ruang III RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi.

## Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada pengkajian kasus pasien Ny. R berusia 74 tahun dimana terdapat artikel kesehatan menurut Ardiansyah (2012), HHD lebih banyak terjadi pada laki – laki berusia 35 sampai 50 tahun dan wanita pasca menopause, penyebabnya lebih banyak dihubungkan dengan hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah, sedangkan pada laki-laki lebih sering dihubungkan dengan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok dan alkoholisme.

Pasien Ny. R mengeluh badan lemas, mudah lelah dan sesak napas saat melakukan aktivitas berjalan kurang dari 100 meter, hal ini sesuai dengan Ibrahim (2011). Pada pasien dengan HHD mengalami tanda dan gejala lemas, kelelahan

dan bahkan kesadaran menurun. Penulis berasumsi bahwa keluhan yang paling dirasakan oleh pasien dengan masalah HHD adalah badan lemas dan mudah lelah karena hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah. Akibatnya, akan mengurangi kemampuan aorta dan arteri besar dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung dan curah jantung ikut menurun, sedangkan tahanan perifer meningkat. Pada riwayat pasien menurut Ardiansyah (2012), menyatakan bahwa pasien dengan HHD rata-rata memiliki keturunan genetik hipertensi, sedangkan pasien Ny. R tidak memiliki riwayat keluarga dengan penyakit hipertensi.

Pasien Ny. R mengeluh badan lemas dan mengalami kelemahan hal ini sesuai dengan Ibrahim (2011), pasien akan mengalami lemas dan kelemahan sehingga tidak dapat melakukan kegiatan atau aktivitas sehari-hari seperti semestinya. Penulis berasumsi bahwa keluhan badan lemas dan kelemahan yang dialami pasien memang semestinya terjadi pada pasien lain yang sama mengalami HHD.

Pada saat inilah peran perawat sangat dibutuhkan bagi kesembuhan pasien dengan masalah HHD, pasien membutuhkan perawatan yang intensif meliputi identifikasi tanda atau gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung seperti dispnea, kelelahan danadanya peningkatan berat badan, monitor tekanan darah, monitor saturasi oksigen, posisikan pasien semi fowler dan kolaborasi pemberian amlodipin. Perawat dapat melaksanakan tugas mandirinya, perawat dapat menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi. Pasien mendapatkan terapi amlodipin 10 mg 1x1 per oral, candesartan 8 mg 1x1 per oral dan lasix 20 Mg 2x1 injeksi iv.

## Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. R, terdapat enam diagnosis keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas menurut PPNI, (2016) adalah inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Diagnosis keperawatan tersebut muncul pada kondisi dimana pasien mengeluh sesak napas dan ditandai dengan frekuensi napas 22x/mnt serta terdapat penggunaan otot bantu napas. Penulis berasumsi bahwa keluhan yang dirasakan oleh pasien dengan masalah HHD adalah sesak napas karena adanya penurunan kemampuan aorta dan arteri besar dalam menmgakomodasi voluime darah yang dipompa oleh jantung dan curah jantung ikut menurun yang mengakibatkan berkurangnya kadar oksigen dalam darah sehingga berpengaruh terhadap pola napas pasien.

penurunan curah jantung yang berhubungan dengan perubahan irama jantung, dimana definisi penurunan curah jantung menurut PPNI, (2016) adalah suatu keadaan dimana pompa darah oleh jantung yang tidak adekuat untuk mencapai kebutuhan metabolisme tubuh, diagnosis tersebut sesuai dengan diagnosis keperawatan Ardiansyah (2012), yang menyatakan penurunan curah jantung yang berhubungan dengan perubahan irama jantung yaitu keadaan dimana jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh. Diagnosis keperawatan tersebut muncul pada kondisi dimana ketika tekanan darah sistolik 140 mmHg dan tekanan darah diastolik 90 mmHg, hal ini juga disesuaikan pada Ardiansyah (2012). Data subyektif pasien dengan penurunan curah jantung yaitu pasien mengeluh badan lemas, mudah lelah ditandai dengan data obyektif terdapat perubahan irama jantung dengan hasil EKG pada tanggal 27 Januari 2020 adalah atrial fibrilasi. Penulis berasumsi bahwa keluhan yang paling dirasakan oleh pasien dengan masalah HHD adalah badan lemas dan mudah lelah karena hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah. Akibatnya, akan mengurangi kemampuan aorta dan arteri besar dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung dan curah jantung ikut menurun.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (pasien memiliki riwayat asam urat) dimana definisi nyeri akut menurut PPNI, (2016) adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Diagnosis keperawatan tersebut muncul pada kondisi dimana pasien mengeluh nyeri dan memiliki riwayat asam urat, nyeri seperti cekot-cekot, nyeri pada pinggang kanan menjalar sampai ke kaki kanan, skala nyeri 3 dari 0-10, nyeri hilang timbul pada saat digerakkan dan ditandai dengan pasien tampak meringis, tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 80x/mnt dan RR 22x/mnt. Penulis berasumsi bahwa keluhan yang dirasakan oleh pasien tidak ada hubungannya dengan masalah HHD karena pasien mengatakan nyeri pada area pinggang kanan sampai kaki kanan dikarenakan riwayat asam urat pasien yang tidak terkontrol.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dimana definisi intoleransi aktivitas sendiri adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari PPNI, (2016) diagnosis tersebut sesuai dengan diagnosis keperawatan Ardiansyah (2012). Diagnosis keperawatan tersebut muncul dikarenakan pada Ny. R didapatkan data fokus pasien mengeluh badan lemas, mudah lelah dan sesak napas saat melakukan aktivitas seperti berjalan lebih dari 50 meter. Penulis berasumsi bahwa dimana penurunan curah jantung yang dialami pasien akan mempengaruhi dan pasien akan mengalami kelemahan sehingga tidak dapat melakukan kegiatan atau aktivitas sehari-hari seperti semestinya.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dimana definisi dari defisit perawatan diri menurut PPNI, (2016) adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Diagnosis keperawatan tersebut muncul dikarenakan pada Ny. R didapatkan data fokus pasien menolak melakukan perawatan yang ditandai dengan pasien tidak mampu mandi atau ke toilet atau berhias secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang. Penulis berasumsi bahwa dimana penurunan curah jantung yang dialami pasien akan mempengaruhi kelemahan sehingga minat pasien akan melakukan perawatan diri berkurang.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan) dimana menurut PPNI, (2016) adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Diagnosis keperawatan tersebut muncul dikarenakan pada Ny. R didapatkan data fokus pasien mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah dan istirahat tidak cukup. Penulis berasumsi bahwa keluhan yang dirasakan oleh pasien tidak ada hubungannya dengan masalah HHD karena pasien mengatakan tidak bisa tidur akibat suara batuk yang keras dari pasien sebelah tempat Ny. R.

## Rencana Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran dalam intervensinya, dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), ketrampilan mengenai masalah (Psikomotor) dan perubahan tingkah laku pasien (Afektif). Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan mulai tanggal 28 Januari 2020 secara terkoordinasi dan integrasi.

Pada diagnosis pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Tujuan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka pola napas membaik. Kriteria hasil yang sesuai pada kasus ini menurut (PPNI, 2018b) yaitu dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi napas membaik dengan RR 16-20x/mnt. Perencanaan tersebut sesuai dengan Ardiansyah (2012), bahwa dalam tujuan diharapkan pasien mengatakan sesak napas berkurang dan untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan monitor pola napas, posisikan semi fowler, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, dokumentasikan hasil pemantauan dan berikan terapi oksigen nasal kanul 4 lpm sesuai advis dokter (PPNI, 2018a). Penulis berasumsi bahwa dalam pemberian rencana tindakan mandiri memposisikan pasien semi fowler dan memberikan terapi oksigen nasal kanul 4 lpm sesuai advis dokter diharapkan dapat meringankan gejala sesak napas pada pasien.

Pada diagnosis penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka ekspektasi curah jantung meningkat. Kriteria hasil yang sesuai pada kasus ini menurut (PPNI, 2018b) yaitu lelah menurun, dispnea menurun dengan RR 16 sampai 20 kali per menit dan tekanan darah membaik dengann rentang normal 120/80 mmHg PPNI, (2018b). Perencanaan tersebut sesuai dengan tinjauan pustaka menurut Ardiansyah (2012), bahwa tujuan diharapkan irama dan denyut jantung dalam batas normal dengan nadi 60 sampai 100 kali per menit, untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan intervensi observasi tanda vital, identifikasi tanda atau gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >95% dan memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman dalam PPNI, (2018a). Penulis berasumsi bahwa dalam pemberian rencana tindakan mandiri memposisikan pasien semi fowler dan memberikan terapi oksigen nasal kanul 4 lpm sesuai advis dokter diharapkan dapat memberikan posisi yang nyaman dan mengurangi sesak napas pada pasien.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (pasien memiliki riwayat asam urat). Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik 60-100x/mnt, pola napas membaik dengan RR 16-20x/mnt, tekanan darah 100-120 mmHg (PPNI, 2018b). Perencanaan tersebut sesuai dengan Ardiansyah (2012), bahwa tujuan diharapkan tingkat nyeri pada pasien berkurang untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan rencana keperawatan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, berikan teknik non farmakologis, ajarkan teknik non farmakologis (PPNI, 2018a). Penulis berasumsi bahwa dalam pemberian rencana tindakan mandiri mengajarkan teknik relaksasi napas dalam diharapkan dapat memberikan rasa nyaman dan meringankan rasa nyeri yang dirasakan pasien.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka ekspektasi intoleransi aktivitas membaik. Kriteria hasil pasien perasaan lemah meningkat, gambaran EKG dalam gambaran normal synus rhythm, TD membaik 120/60 mmHg, N: 60x/menit PPNI, (2018b). Perencanaan tersebut sesuai dengan Ardiansyah (2012), bahwa tujuan diharapkan pasien tampak lebih segar tidak lemah lagi, untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan intervensi observasi tanda vital, identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan relaksasi nafas dalam PPNI, (2018a). penulis berasumsi bahwa dalam pemberian rencana tindakan mandiri mengajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih seperti miring kanan dan kiri dapat meringankan gejala nyeri atau mencegah dekubitus akibat kurangnya aktivitas di tempat tidur.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka perawatan diri meningkat. Kriteria hasil kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan ke toilet meningkat dan minat melakukan perawatan diri meningkat (PPNI, 2018b). Perencanaan tersebut sesuai dengan Ardiansyah (2012), bahwa tujuan diharapkan pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dan untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan rencana keperawatan monitor tingkat kemandirian, fasilitasi kemandirian atau bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (PPNI, 2018a). penulis berasumsi bahwa dalam pemberian rencana tindakan mandiri menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan menyisir rambut dan membantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan). Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka pola tidur membaik. Kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun dan keluhan istirahat tidak cukup menurun (PPNI, 2018b). Perencanaan tersebut sesuai dengan Ardiansyah (2012), bahwa tujuan diharapkan pola tidur pasiern membaik dan untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan rencana keperawatan identifikasi pola aktivityas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, ganti pakaian secara berkala (PPNI, 2018a). penulis berasumsi bahwa dengan mengganti pakaian secara satu hari sekali jika tidak lembab dapat memberikan rasa nyaman pada pasien dan membuat pasien dapat tidur dengan nyaman.

## Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksaan diagnosis pada kasus tidak semua sama pada teori, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam melaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Pada diagnosis pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Tindakan keperawatan sesuai dengan Ardiansyah (2012) bahwa tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Pada pasien dengan masalah pola napas tidak efektif sesuai dengan rencana keperawatan menurut (PPNI, 2018a) dilakukan tindakan monitor pola napas, posisikan semi fowler, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, dokumentasikan hasil pemantauan dan berikan terapi oksigen nasal kanul 4 lpm sesuai advis dokter. Penulis berasumsi bahwa dengan dilakukan tindakan keperawatan tersebut diharapkan dapat meringankan gejala sesak napas pada pasien.

Pada diagnosis penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Tindakan keperawatan sesuai dengan Ardiansyah (2012) bahwa tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Pada pasien dengan masalah penurunan curah jantung sesuai dengan rencana keperawatan menurut (PPNI, 2018a) dilakukan tindakan identifikasi tanda dan gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung, monitor tekanan darah, monitor saturasi oksigen, menganjurkan beraktivitas sesuai toleransi dan kolaborasi pemberian amlodipin 10 Mg 1x1 per oral. Penulis berasumsi bahwa dengan dilakukan tindakan keperawatan tersebut diharapkan dapat memberikan posisi yang nyaman dan mengurangi sesak napas pada pasien.

Pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (pasien memiliki riwayat asam urat). Tindakan keperawatan sesuai dengan Ardiansyah (2012) bahwa tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Pada pasien dengan masalah nyeri akut sesuai dengan rencana keperawatan menurut (PPNI, 2018a) dilakukan tindakan keperawatan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, berikan teknik non farmakologis, ajarkan teknik non farmakologis. Penulis berasumsi bahwa dengan dilakukan tindakan keperawatan tersebut diharapkan dapat memberikan rasa nyaman dan meringankan rasa nyeri yang dirasakan pasien.

Pada diagnosis intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Tindakan keperawatan sesuai dengan Ardiansyah (2012) bahwa tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Pada pasien dengan masalah intoleransi aktivitas sesuai dengan rencana keperawatan menurut (PPNI, 2018a) dilakukan tindakan keperawatan monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasikan pada ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, identifikasi defisit tingkat aktivitas, koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia, ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih, kolaborasikan dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas. Penulis berasumsi dengan dilakukannya tindakan keperawatan tersebut diharapkan pasien akan mengalami peningkatan dalam menjalankan aktivitas dan perasaan lemah yang dirasakan pasien menurun.

Pada diagnosis defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Tindakan keperawatan sesuai dengan Ardiansyah (2012) bahwa tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Pada pasien dengan masalah defisit perawatan diri sesuai dengan rencana keperawatan menurut (PPNI, 2018a) dilakukan tindakan keperawatan monitor tingkat kemandirian, fasilitasi kemandirian atau bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Penulis berasumsi dengan dilakukannya tindakan keperawatan tersebut diharapkan perawatan diri secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri dapat meningkat.

Pada diagnosis gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan). Tindakan keperawatan sesuai dengan Ardiansyah (2012) bahwa tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Pada pasien dengan masalah gangguan pola tidur sesuai dengan rencana keperawatan menurut (PPNI, 2018a) dilakukan tindakan keperawatan identifikasi pola aktivityas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, ganti pakaian secara berkala. Penulis berasumsi bahwa dengan mengganti pakaian secara satu hari sekali jika tidak lembab dapat memberikan rasa nyaman pada pasien dan membuat pasien dapat tidur dengan nyaman.

## Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan, pada tahap ini penulis menilai sejauh mana tujuan keperawatan dapat dicapai. Evaluasi merupakan tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang telah berjalan agar dapat melihat sejauh mana diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, dan implementasi keperawatan sudah berhasil dicapai. Pada tinjauan kasus dari semua rangkaian proses dari mulai pengkajian sampai dengan implementasi keperawatan penulis membahas sesuai dengan realita karena dihadapkan pada klien yang sesungguhnya dan penulis dapat melakukan evaluasi secara langsung pada pasien.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Kebutuhan pasien sudah terpenuhi selama 3 x 24 jam dengan RR awal masuk 22x/mnt menjadi 20x/mnt karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan, masalah teratasi pada tanggal 30 Januari 2020 dengan kriteria hasil pola napas membaik. Pada diagnosis kedua waktu dilaksanakan evaluasi penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung. Kebutuhan pasien sudah terpenuhi selama 3 x 24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan, masalah teratasi pada tanggal 30 Januari 2020 dengan kriteria hasil curah jantung meningkat. Pada diagnosis ketiga waktu dilaksanakan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (pasien memiliki riwayat asam urat). Kebutuhan pasien sudah terpenuhi selama 3 x 24 jam dengan skala nyeri saat masuk RS adalah 3 dari 0-10 menjadi 1 dari 0-10 karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan, masalah teratasi pada tanggal 30 Januari 2020 dengan kriteria hasil tingkat nyeri menurun. Pada diagnosis keempat waktu dilaksanakan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Kebutuhan pasien sudah terpenuhi selama 3 x 24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan, masalah teratasi pada tanggal 30 Januari 2020 dengan kriteria hasil toleransi aktivitas meningkat. Pada diagnosis kelima waktu dilaksanakan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Kebutuhan pasien sudah terpenuhi selama 3 x 24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan, masalah teratasi pada tanggal 30 Januari 2020 dengan kriteria hasil perawatan diri meningkat. Pada diagnosis keenam waktu dilaksanakan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan). Kebutuhan pasien sudah terpenuhi selama 3 x 24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan, masalah teratasi pada tanggal 30 Januari 2020 dengan kriteria hasil pola tidur membaik.

Menurut Ardiansyah (2012), bahwa evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan cara membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses. Penulis berasumsi bahwa semua tindakan yang dilakukan pada Ny. R dapat memberikan hasil yang baik. Semua tindakan teratasi sesuai dengan rencana yang sudah ditetapkan. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny. R sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 31 Januari 2020.

# 

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperatawan secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis *Hypertensive Heart Dieases* (HHD), anemia dan dyspnea pada Ny. R di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperatawan pasien dengan HHD, anemia dan dyspnea.

## Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hypertensive Heart Dieases* (HHD), maka penulis dapat mengambil simpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian pasien didapatkan pasien mengeluh sesak napas terutama setelah melakukan aktivitas yang lama yang ditandai dengan RR 22x/mnt, terdapat otot bantu nafas. Pasien mengeluhkan nyeri pada pinggang kanan, pasien bercerita memiliki riwayat asam urat, pasien mengatakan nyeri terasa seperti cekot-cekot, nyeri pinggang sebelah kanan menjalar sampai kaki kanan dengan skala nyeri 3 dari 0-10 dan hilang timbul.
2. Diagnosis keperawatan yang muncul adalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan

dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan).

1. Rencana yang perawat berikan pada pasien dengan diagnosis medis HHD adalah identifikasi tanda atau gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung seperti dispnea, kelelahan dan adanya peningkatan berat badan, monitor tekanan darah dan saturasi oksigen dan menganjurkan pasien beraktivitas sesuai toleransi.
2. Pelaksanaan atau implementasi yang dilakukan kepada pasien adalah monitor pola napas, posisikan pasien semi fowler atau fowler, monitor tekanan darah, mengajarkan teknik nonfarmakologis, monitor pola dan jam tidur pasien dan kolaborasi pemberian antiaritmia.
3. Pada akhir evaluasi hari kamis, tanggal 30 Januari 2020 didapatkan kondisi pasien HB meningkat 10g/dL, nyeri pasien berkurang dari skala 3 menjadi 1 dari total skala 0-10, pola napas membaik 20x/mnt. Hasil evaluasi pada Ny. R sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 31 Januari 2020.
4. Penulis mendokumentasi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan dan rencana keperawatan pada tanggal 28 Januari 2020 dalam lembar asuhan keperawatan medikal bedah dan menuliskan tindakan keperawatan dan hasil asuhan keperawatan dalam lembar harian asuhan keperawatan medikal bedah sesuai standard penulisan dokumentasi keperawatan.

## Saran

Berdasarkan simpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

Penyakit *hypertensive heart disease* dapat menyebabkan komplikasi ke arah gangguan pernafasan dan untuk keluarga pasien agar tetap menjaga lingkungan, kesehatan tubuh dan tetap makan makanan yang rendah garam sesuai advis dokter.

Perawat di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dengan kasus HHD

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan pasien *hypertensive heart disease* dengan baik dan untuk turut serta mengikuti kegiatan seminar tentang penyakit *hypertensive heart disease* agar dapat menambah ilmu dan pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan kepada pasien.

Rumkital Dr. Ramelan Surabaya disarankan untuk memfasilitasi pelatihan untuk seminar berguna untuk pengembangan perawat dalam membeikan edukasi pada pasien tentang penyakit yang dialami pasien.

Penulis selanjutnya untuk dapat lebih mengkaji riwayat kesehatan sekarang maupun riwayat kesehatan dahulu yang dimiliki oleh pasien, karena semua itu merupakan data yang penting yang dan dapat menjadi acuan untuk mengetahui penyebab masalah saat ini dan intervensi yang lebih maksimal yang akan diberikan kepada pasien.

**DAFTAR PUSTAKA**

Ambarwati, R. A., & Putranto, R. (2016). Peran Opioid dalam Tata Laksana Dispnea pada Pasien Paliatif. *Ina J CHEST Crit and Emerg Med*, *3*(2).

Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa* (Dion (ed.)). DIVA Press (Anggota IKAPI). www.divapress-online.com

Aspiani, R. Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC* (WURI PRAPTIANI (ed.); EGC 2014). PENERBIT BUKU KEDOKTERAN EGC.

Barıs, D. (2013). GAMBARAN POLA PERILAKU PASIEN DENGAN HIPERTENSI DALAM MENJAGA KESTABILAN TEKANAN DARAH. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Gunatmaningsih, D. (2007). Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri di SMA Negeri 1 Kecamatan Jatibarang Kabupaten Brebes Tahun 2007. *Skripsi*, 3.

Ibrahim, I. (2011). Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Hipertensi. *Idea Nursing Journal*, *2*(1), 60–69. file:///G:/REVERENSI KTI/6360-13298-1-SM.pdf

Kartikasari. (2012). FAKTOR RISIKO HIPERTENSI PADA MASYARAKAT DI DESA KABONGAN KIDUL, KABUPATEN REMBANG. *JURNAL KEDOKTERAN DIPONEGORO*, *1*(1).

Nurhidayat, S. (2015). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi. In *jurnal kesehatan*.

Oktavianus, & Sari, F. S. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Kardiovaskuler Dewasa*. Graha Ilmu.

PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. http://www.inna-ppni.or.id

PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI. http://www.inna-ppni.or.id

PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI. http://www.inna-ppni.or.id

Riskesdas, K. (2018). Hasil Utama Riset Kesehata Dasar (RISKESDAS). *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, *44*(8), 1–200. https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201

Udjianti, W. . (2013). Keperawatan Kardiovaskuler. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*.

Wibowo, D. A., Kep, S., Kep, M., Zen, D. N., Kep, S., Kep, M., & Kunci, K. (2019). *GAMBARAN KETERCAPAIAN TRANSFUSI DARAH SESUAI STANDAR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS Latar Belakang Masalah Thalasemia adalah sekelompok Thalasemia awalnya menyerang anak- kurang Penderita tidak penyakit kongenital yang berbeda-beda atau lebih dari sub uni*. *19*, 236–255.

**Lampiran 1**

**SOP TRANSFUSI DARAH**

Pengertian transfusi darah menurut Wibowo et al., (2019)**,** merupakan tindakan yang dilakukan bagi pasien yang memerlukan darah dengan memasukan darah melalui vena dengan menggunakan set transfusi.

Tujuan :

1. Meningkatkan volume darah sirkulasi (setelah pembedahan, trauma, atau perdarahan)
2. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada pasien anemia berat
3. Memberikan komponen selular tertentu sebagai terapi (faktor pembekuan untuk membantu mengontrol perdarahan pada pasien hemofil

Persiapan Alat :

1. Kateter besar (18G atau 19G)
2. Cairan IV salin normal (Nacl 0.9%)
3. Set infuse darah dengan filter
4. Produk darah yang tepat
5. Sarung tangan sekali pakai
6. Kapas alcohol
7. Plester Manset tekanan darah
8. Stetoskop
9. Thermometer 84
10. Format persetujuan pemberian transfusi yang ditanda tangani

Prosedur :

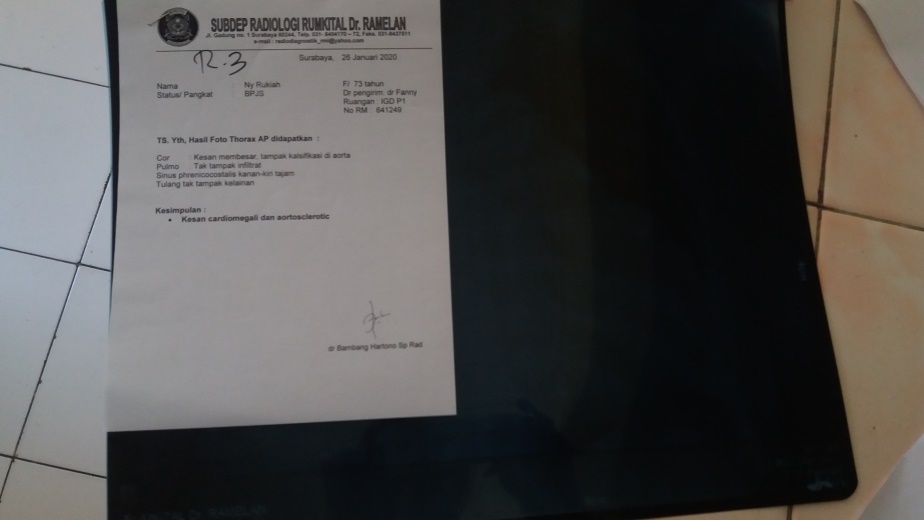
1. Jelaskan prosedur kepada klien, kaji pernah atau tidak klien menerima transfusi sebelumnya dan catat reaksi yang timbul
2. Minta klien untuk melaporkan adanya menggigil, sakit kepala, gatal-gatal atau ruam dengan segera
3. Pastikan bahwa klien telah menandatangani surat persetujuan
4. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan
5. Pasang selang IV dengan menggunakan kateter berukuran besar
6. Gunakan selang infuse yang memiliki filter didalam selang
7. Gantungkan botol larutan salin normal 0.9% untuk diberikan setelah pemberian infuse darah selesai
8. Ikuti protokol lembaga dalam mendapatkan produk darah dari bank darah
9. Identifikasi produk darah dan klien dengan benar
10. Ukur tanda vital dasar klien
11. Berikan dahulu larutan salin normal. Mulai berikan transfuse secara perlahan diawali dengan pengisian filter didalam selang
12. Atur kecepatan sampai 2ml/menit untuk 15 menit pertama dan tetaplah bersama klien.
13. Monitor tanda vital setiap 5 menit selama 15 menit pertama transfuse, selanjutnya ukur setiap jam.
14. Pertahankan kecepatan infuse yang di programkan dengan menggunakan pompa infuse.

Sumber : (RS Rumkital Dr. Ramelan Surabaya)

**Lampiran 2**

Hasil photo thorax pada tanggal 27 Januari 2020

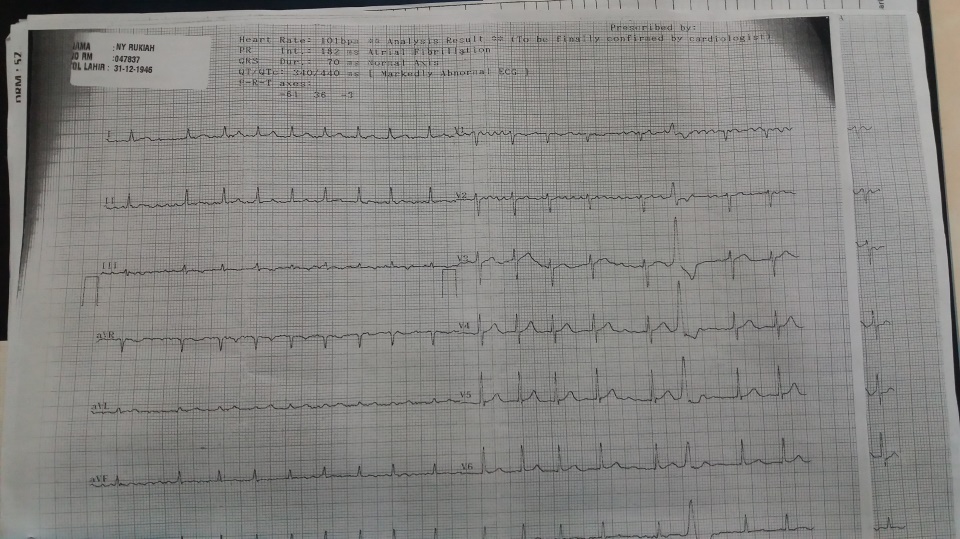




*Sumber:* ( RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya )

**Lampiran 3**

Hasil EKG pada tanggal 27 Januari 2020 dengan hasil atrial fibrilasi



*Sumber:* ( RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya )