

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN

DENGAN GANGGUAN KARDIOVASKULAR

Shinta Arini Ayu, S. Kep., Ns., M. Kes
Kartika Sari Wijayaningsih, Ns., M. Kep., M. Pd
Lina Indrawati, S. Kep., Ns., M. Kep

**KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
GANGGUAN KARDIOVASKULAR**

Penulis:

**Shinta Arini Ayu, S. Kep., Ns., M. Kes
Kartika Sari Wijayaningsih, Ns., M. Kep., M. Pd
Lina Indrawati, S. Kep., Ns., M. Kep**



**KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
GANGGUAN KARDIOVASKULAR**

Penulis:

**Shinta Arini Ayu, S. Kep., Ns., M. Kes
Kartika Sari Wijayaningsih, Ns., M. Kep., M. Pd
Lina Indrawati, S. Kep., Ns., M. Kep**

Desain Cover: Ivan Zumarano

Tata Letak: Siti Hartina Fatimah

ISBN: 978-623-8411-24-5

Cetakan Pertama: Oktober, 2023

Hak Cipta 2023

**Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-
Undang**

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau
seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

**Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat**

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan segala Rahmat-Nya, sehingga tim penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku berjudul "Keperawatan Medikal Bedah; Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Kardiovaskular".

Buku ini memuat materi yang dibagi dalam 4 Bab yang disusun dengan bahasa yang mudah dipahami dan terstruktur, yang meliputi:

Bab 1 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Kardiovaskular; Hipertensi

Bab 2 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Kardiovaskular; Jantung Koroner

Bab 3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Kardiovaskular; Gagal Jantung

Penulisan buku ini merupakan kerjasama aktif dari Tim Penulis yang terdiri dari profesional dengan latar belakang keilmuan kesehatan dan keperawatan pada khususnya, untuk itu terima kasih diucapkan kepada seluruh Tim Penulis yang berkontribusi menghasilkan karya tulisan dalam tiap Bab buku ini.

Tim penulis sangat menyadari berbagai keterbatasan yang tedapat selama penyusunan maupun dalam penulisan, sehingga buku ini masih jauh dari kesempurnaan. Kami sangat mengharapkan setiap komentar dan saran dari kolega maupun seluruh pembaca guna menyempurnakan

dan menjadikan buku ini lebih baik agar dapat memenuhi kebutuhan pembaca. Terima kasih

Cianjur, 15 Oktober 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL.....	viii
Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi.....	1
BAB 1.....	1
A Pendahuluan (Angka Kejadian Hipertensi)	1
B Pengertian Hipertensi	6
C Etiologi Hipertensi	7
D Patofisiologi Hipertensi	12
E Klasifikasi Hipertensi	12
F..... Manifestasi Klinis	13
G..... Komplikasi Hipertensi	15
H..... Faktor Resiko Hipertensi	16
I..... Pemeriksaan Penunjang	21
J..... Penatalaksanaan Hipertensi	22
K..... Self Management	25
L..... Perilaku Kesehatan Pada Pasien Hipertensi	31
M..... Kontrol Diri Pada Pasien Hipertensi	37
N..... <i>Self Management</i> Pada Pasien Hipertensi	43
O..... <i>Self Care Behaviour</i> Pada Pasien Hipertensi	48
P..... Dukungan Keluarga Pada Pasien Hipertensi	54

Q.....	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi	61
DAFTAR PUSTAKA		77
Biografi Penulis:		83
Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Jantung Koroner.....		86
BAB 2.....		86
A Konsep Jantung Koroner		86
1.	Definisi	86
2.	Etiologi	87
3.	Patofisiologi	87
4.	Pemeriksaan Penunjang	90
5.	Tatalaksana	91
B.	Askep	95
1.	Pengkajian	95
2.	Diagnosa Keperawatan	101
3.	Intervensi Keperawatan	102
4.	Implementasi	108
5.	Evaluasi	108
Daftar Pustaka.....		109
Biografi Penulis		111
Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Gagal Jantung Kongestif		112
BAB 3.....		112
ADefinisi Gagal jantung Kongestif		112

B.	Etiologi	113
C.	Klasifikasi Gagal Jantung	114
D.	Patofisiologi	115
E.	Pemeriksaan Penunjang	117
F.	Pengelolaan terapi	119
G. Asuhan keperawatan Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif		120
H. Pertimbangan asuhan berbasis komunitas dan Gerontologi		126
DAFTAR PUSTAKA		129
Biografi Penulis		131

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Tabel	Halaman
Tabel 1.1	Klasifikasi Tekanan Darah Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia	8
Tabel 1.2	Intervensi Keperawatan Hipertensi berdasarkan SDKI, SIKI, SLKI	46
Tabel 2.1	Intervensi Keperawatan Jantung Koroner berdasarkan SDKI, SIKI, SLKI	68
Tabel 3.1	Intervensi Klasifikasi Gagal Jantung <i>New York Heart Association (NYHA)</i>	77

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi

Shinta Arini Ayu, S. Kep., Ns., M. Kes

A. Pendahuluan (Angka Kejadian Hipertensi)

Penyakit kardiovaskular global menyumbang sekitar 17 juta kematian per tahun, hampir sepertiga dari total jumlah tersebut, komplikasi hipertensi menyumbang 9,4 juta kematian di seluruh dunia setiap tahunnya. Hipertensi bertanggung jawab atas setidaknya 45% kematian akibat jantung dan 51% kematian akibat stroke (World Health Organization, 2013). Secara internasional, hipertensi adalah alasan signifikan untuk kematian mendadak apalagi cacat. Di dunia, satu dari lima orang dewasa memiliki tekanan darah tinggi. Peningkatan BP2 bertanggung jawab atas lebih dari 10 juta kematian dan 200 juta tahun hidup yang disesuaikan dengan kecacatan (*Disability-Adjusted Life Years/ DALYs*) setiap tahun. Faktor risiko utama untuk stroke, gagal jantung, penyakit jantung koroner, dan penyakit ginjal kronis tidak diragukan lagi adalah hipertensi. Komplikasi terkait hipertensi menyebabkan lebih dari

separuh kematian penyakit kardiovaskular (CVD). Hipertensi juga signifikan menjadi masalah medis umum di India, dan memengaruhi sekitar satu dari setiap tiga individu dewasa. Selain itu, tekanan darah tinggi di Negara India menjadi penyebab lebih dari 1,5 juta kematian dan 38 juta DALY (Chacko and Jeemon, 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan *Chacko and Jemon* (2020), pada studi ini melibatkan 690 orang dengan hipertensi, 60% di antaranya adalah perempuan dan memiliki usia rata-rata 578 tahun. Lebih dari separuh orang yang ikut serta (54%) menggunakan obat antihipertensi. Namun, tingkat kepatuhan diet DASH (12,8%), tingkat aktivitas fisik yang direkomendasikan (24%), dan manajemen berat badan (11,4%) secara signifikan lebih rendah. Dua dari lima orang mencapai kontrol BP secara keseluruhan (38,4%, 95% CI: 34,7-42,0%). Di antara aktivitas perawatan diri, kepatuhan minum obat (AOR: 1.8, 95% CI: 1.3-2.5), diet DASH 1.5, 95% CI:1.0-2.4), dan status tidak merokok (AOR: 3.3, 95% CI: Kontrol BP dikaitkan dengan (1.7-6.4). Dukungan keluarga yang baik untuk perawatan diri juga penting (AOR: 1.9, 95% CI: 1.1-3.1) terkait dengan kontrol yang lebih baik dari Balai pengobatan (Chacko and Jeemon, 2020).

Pencegahan dan pengendalian hipertensi membutuhkan kemauan dari berbagai sector, petugas kesehatan, komunitas peneliti akademik,

masyarakat sipil, sector swasta dan keluarga serta individu semuanya memiliki peran yang penting. Program pengendalian hipertensi sangat dipengaruhi dengan petugas kesehatan yang terampil dan terlatih disemua tingkatan perawatan. Dalam WHO (2015) semua orang dewasa harus mengetahui tingkat tekanan darah mereka dan juga harus mencari tahu apakah kerabat dekat memiliki atau menderita hipertensi (Kemenkes RI, 2019).

Jika pasien tidak mengontrol hipertensinya dalam waktu lama, dapat mengakibatkan komplikasi seperti penyakit jantung koroner, stroke, gagal ginjal, dan gangguan penglihatan (Anshari, 2020). Menurut Kementerian Kesehatan, banyak orang dengan tekanan darah tinggi memiliki tekanan darah yang tidak terkontrol, yang membuat mereka lebih mungkin mengalami tekanan darah tinggi dan mengembangkan penyakit yang lebih serius (Kemenkes RI, 2019). Dalam Setianingsih & Ningsih (2019), upaya pencegahan dan penatalaksanaan hipertensi harus dimulai dari individu yang hipertensi, sehingga menjalankan program terapi memerlukan kesadaran dan motivasi (Setianingsih and Ningsih, 2019). Dalam jangka pendek, penderita hipertensi perlu melakukan perubahan gaya hidup yang sulit. Oleh karena itu, faktor utama yang menentukan dan

membantu penyembuhan adalah diri sendiri (Wahyudi and Nugraha, 2020).

Pembatasan pola makan, peningkatan asupan kalium dan magnesium, konsumsi gandum utuh, aktivitas fisik (olahraga), dukungan keluarga dari support group, berhenti merokok, dan menghindari obat-obatan herbal merupakan enam langkah yang dapat mengubah pola hidup sehat penderita hipertensi (Wahyudi and Nugraha, 2020). Motivasi berhubungan erat dengan perilaku anti hipertensi (Ayaturahmi, Mahmudah and Tasalim, 2022). Untuk meningkatkan perawatan diri dan mempercepat penyembuhan pada pasien hipertensi, motivasi pasien merupakan faktor penting yang harus dimiliki oleh pasien (Su'ud, Murtaqib and Kushariyadi, 2020).

Sebuah studi tahun 2019 (Setianingsih & Ningsih) menemukan bahwa perilaku pengendalian hipertensi dipengaruhi oleh motivasi, dengan nilai *p* antara 0,000 dan 0,05. Selain itu subjek dengan motivasi tinggi ditemukan telah melakukan perilaku pengendalian hipertensi sebanyak 9,484 kali dalam penelitian ini. Selain itu, terdapat *p-value* sebesar 0,000 antara dukungan keluarga dengan perilaku pengendalian hipertensi (Setianingsih and Ningsih, 2019).

Menjaga hipertensi tetap terkendali membutuhkan dukungan keluarga. Metode

dukungan moril dan material bagi anggota keluarga dikenal dengan support family (Suparlika, Manto and Yuwindry, 2020). Dukungan ini bisa datang dalam bentuk: saran, motivasi, dan data, serta kemungkinan bantuan nyata (Karuni, 2016). Menurut Triono & Hikmawati (2020), keluarga berperan penting dalam pemantauan, perawatan, dan pencegahan komplikasi hipertensi di rumah. Demikian juga, keluarga dapat menawarkan bantuan dan memilih pilihan perawatan yang diberikan oleh individu dengan hipertensi. Menurut Friedman (2010), terdapat korelasi yang kuat antara kesehatan keluarga dengan kesehatan anggotanya (Triono and Hikmawati, 2020),

B. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah satu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor resiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal (Chlarashinta, 2018).

Hipertensi juga diartikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolic sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya (Sylvia A. price).

Hipertensi merupakan suatu kondisi berupa tekanan darah yang secara terus menerus mengalami peningkatan dalam waktu pengukuran tekanan darah. Hipertensi berhubungan dengan peningkatan tekanan darah sistolik atau diastolik. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai hipertensi yang menetap dengan tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik diatas 90 mmHg.

Tekanan darah tinggi dapat disebabkan oleh banyak hal sebagian besar (90%) penyebab utamanya kurang dipahami dengan baik (tekanan darah tinggi). Peningkatan aliran darah, peningkatan resistensi di ujung pembuluh darah, dan peningkatan

denyut jantung semuanya berkontribusi pada peningkatan tekanan darah (Apriyani Puji Hastuti and I Made Ratih R i2020).

Dari definisi di atas, terdapat bukti yang menunjukkan bahwa hipertensi adalah suatu kondisi di mana tekanan darah naik ke tingkat yang berbahaya akibat tersumbatnya pembuluh darah yang menghambat oksigen dan nutrisi mencapai bagian tubuh yang membutuhkannya.

C. Etiologi Hipertensi

Menurut Harrison, (2000) dalam Apriyani Puji Hastuti & I Made Ratih, (2020).

1. Hipertensi Primer

Jenis hipertensi yang paling umum. Hipertensi Primer (esensial) Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhinya yaitu: genetik, lingkungan, hiperaktivitas saraf simpatis sistem renin. Angiotensin dan peningkatan Na + Ca intraseluler. Faktor-faktor yang meningkatkan resiko:obesitas, merokok, alkohol dan polisitemia. i

2. Hipertensi Sekunder

Teridentifikasi penyebabnya. Hipertensi sekunder melingkupi sekitar 5-10% dari hipertensi. Contoh etiologi hipertensi sekunder termasuk penyakit ginjal kronis, hipertiroidisme, kehamilan, dan obat-obatan seperti ibuprofen dan naproxen.

Penyebab yaitu: penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang

berhubungan dengan kehamilan. Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas: i1. Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan/atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.

Hipertensi dapat dipicu oleh berbagai faktor. Pada kejadian hipertensi, faktor resiko tersebut dibagi menjadi dua yaitu faktor resiko tidak dapat di ubah dan dapat di ubah dan faktor resiko yang dapat di ubah 1. Faktor risiko yang tidak dapat di ubah:

1. Faktor risiko yang tidak dapat diubah:

a. Usia

Usia pada umumnya semakin bertambah usia maka semakin Besar pula resiko terjadinya hipertensi. Hal tersebut disebabkan oleh perubahan struktur pembuluh darah seperti penyempitan lumen serta dinding pembuluh darah menjadi kaku dan elastisnya berkurang sehingga meningkatkan tekanan darah.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin dalam hal ini pria cenderung lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan dengan wanita. Hal tersebut terjadi karena adanya dugaan bahwa pria memiliki gaya hidup yang kurang sehat jika dibandingkan dengan Wanita Akan tetapi prevalensi hipertensi pada Wanita mengalami peningkatan setelah memasuki usia menopause. Hal tersebut disebabkan oleh adanya perubahan hormonal yang di alami wanita yang telah imenopause.

c. Keturunan (Genetik)

Resiko terkena hipertensi akan lebih tinggi pada orang dengan keluarga dekat yang memiliki riwayat hipertensi. Selain itu faktor keturunan juga dapat berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam (NaCl) dan renin membrane sel.

2. Faktor resiko yang dapat di ubah terdiri dari:

a. Obesitas

Obesitas dalam hal ini orang-orang dengan obesitas biasanya akan mengalami peningkatan kadar lemak dalam darah (hiperlipidemia) sehingga berpotensi menimbulkan penyempitan pembuluh darah (arterosklerosis). Penyempitan tersebut memicu jantung untuk bekerja memompa darah lebih kuat, hal inilah yang menyebabkan tekanan darah meningkat.

b. Konsumsi Alkohol

Konsumsi alkohol dan kafein berlebih. Hal tersebut diduga adanya peningkatan kadar kortisol, peningkatan volume sel darah merah dan kekentalan darah yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Sementara itu, kafein diketahui dapat membuat jantung berpacu lebih cepat sehingga mengalirkan darah lebih banyak setiap detiknya. Akan tetapi, dalam hal ini kafein memiliki reaksi yang berbeda pada setiap orang.

c. Konsumsi garam

Konsumsi garam berlebih, konsumsi garam berlebih hal tembut dikarenakan garam (NaCl) mengandung natrium yang dapat menarik cairan diluar sel agar tidak dikeluarkan tidak dikeluarkan sehingga menyebabkan penumpukan cairan dalam

tubuh. Hal inilah yang membuat volume itekanan darah meningkat.

d. Stres

Stres, kejadian hipertensi lebih besar terjadi pada individu yang memiliki kecendrungan stres. Emosion Keadaan seperti tertekan, murung dendem, takut den rasa bersalah dapat merangrang timbulnya hormone adrenalin dan memicu jantung berdetak lebih kencang sehingga memicu peningkatan tekanan darah.

e. Keseimbangan hormonal

Keseimbangan hormonal, anter estrogen dan progesterone dapat mempengaruhi tekanan darah. Dalam hal ini Wanita memiliki hormone estrogen yang berfungsi mencegah terjadinya pengentalan darah dan menjaga dinding pembuluh darah. Jika terjadi ketidak seimbangan maka dapat memicu gangguan pembuluh darah. Gangguan tersebut berdampak pada peningkatan tekanan darah (Alfaqih, 2022).

D. Patofisiologi Hipertensi

Kejadian hipertensi berkaitan erat dengan interaksi antar faktor risiko atau faktor pemicu I yang telah dijelaskan sebelumnya, penyebab hipertensi yang sering kali menjadi faktor pemicu diantaranya adalah arterosklerosis. Penyempitan atau penebalan dinding arteri yang dapat menyebabkan hilangnya elastis pembuluh darah. Perubahan yang terjadi pada pembuluh darah berupa adanya aterosklerosis yaitu penumpukan plak arteromosa di pembuluh darah, yang menyebabkan penebalan pada dinding pembuluh darah dan mengurangi elastisitas hal inilah yang menyebabkan lumen pembuluh darah menyempit sehingga terjadinya kelainan aliran darah. Selain akibat arterosklerosis, perubahan pada pembuluh darah juga dapat terjadi akibat berkurangnya elastisitas pembuluh darah (Alfaqih, 2022).

E. Klasifikasi Hipertensi

Beberapa sumber mengklasifikasikan hipertensi berdasarkan nilai sistolik dan diastolic. Menurut *The Seventh Report of the National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)* hipertensi diklasifikasikan menjadi:

Tabel 2.1
Klasifikasi Tekanan Darah Menurut Perhimpunan
Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia

Klasifikasi Tekanan Darah	Sistolik	Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal Tinggi	130-139	84-89
Hipertensi derajat 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensi derajat 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensi derajat 3	≥ 180	≥110
Hipertensi Sistol Terisolasi	≥ 140	< 90

(Sumber Anih Kurnia, 2021).

F. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

1. Tidak ada gejala

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

2. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazimi yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang

mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

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

Hipertensi tidak memiliki memiliki gejala spesifik secara fisik, penderita hipertensi juga tidak menunjukkan kelainan apapun. Gejala hipertensi cenderung menyerupai gejala atau keluhan Kesehatan pada umumnya antara lain jantung berdebar, sakit kepala disertai berat pada tenguk, karlang disertai mual muntah, telinga berdenging, gelisah, rasa sakit dada, sehingga demikian Sebagian orang tidak menyadari bahwa dirinya terkena hipertensi seperti yang dijelaskan sebelumnya bahwa hipertensi umumnya terjadi tanpa gejala-gejala apapun dan karenanya hipertensi ini diberi label "The Silent Killer". Hipertensi mungkin hadir dan tetap tidak diketahui untuk bertahun tahun, bahkan sampai beberapa dekade (puluhan tahun). Ini terjadi karena tidak ada geja-gejala,

dan yang terkena hipertensi gagal untuk menjalani penyaringan tekanan darah (Alfaqih, 2022).

Manifestasi klinis dari hipertensi dapat terjadi di sana-sini baik tanpa gejala maupun dengan gejala. Sakit kepala, epistaksis, jantung berdebar, sesak napas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat, mudah lelah, mudah marah, telinga berdenging, pusing, tinnitus, dan pingsan merupakan tanda-tanda klinis hipertensi. Namun gejala tersebut tidak spesifik untuk penyakit hipertensi, sehingga yang dialami dapat dianggap sebagai gejala yang menunda pengobatan. Penderita tekanan darah tidak sama sekali menunjukkan gejala. Karena secara diam-diam dapat menyebabkan kerusakan parah pada organ tubuh. Gejala yang sesuai dengan organ yang diserang jika telah terjadi komplikasi (Tika 2021).

G. Komplikasi Hipertensi

Komplikasi dari hipertensi sering dirujuk sebagai kerusakan akhir organ- organ ini adalah hasil akhir dari tekanan darah tinggi kronis. Oleh karena itu diagnose tekanan darah tinggi sangat penting sehingga usaha-usaha dapat dibuat untuk membuat tekanan darah menjadi normal dan mencegah terjadinya komplikasi. Tekanan darah tinggi berkepanjangan berbahaya, karena penyakit ini bisa menyebabkan komplikasi yang

seringkali mematikan antara lain serangan jantung, stroke dan gagal ginjal namun hipertensi bisa di atasi dengan memodifikasi gaya hidup salah satunya adalah dengan mengatur pola makan atau diet, karens bagai manapun juga ini merupakan salah satu faktor yang berperan besar dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hiperensi, sambil meningkatkan epekk anti hipertensi (Alfaqih, 2022).

H. Faktor Resiko Hipertensi

Beberapa faktor risiko terjadinya hipertensi terdiri dari faktor yang dapat dimodifikasi dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi Sla-ma, Susic, dan Frohlich, 2002; Das, Sanyal, dan Basu, 2005; Black dan Hawks, (2009) dalam Apriyani Puji Hastuti & I Made Ratih R, (2020).

1. Tidak Dapat Dimodifikasi

a. Riwayat keluarga/keturunan

Fakta bahwa sekitar 75% penderita hipertensi memiliki riwayat keluarga hipertensi menjelaskan mengapa orang dengan riwayat keluarga hipertensi juga memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengembangkan kondisi itu sendiri. Jika salah satu dari kembar monozigot memiliki tekanan darah tinggi, kemungkinan yang lain juga memiliki tekanan darah tinggi. Hal ini didukung

oleh faktor keturunan yang berperan penting sebagai pemicu terjadinya hipertensi.

b. Jenis Kelamin

Kasus hipertensi jumlah kejadian besar terjadi pada laki-laki (5-47%) dan wanita (4-38%) hingga wanita *premenopause*. Hal ini disebabkan karena estrogen, hormon yang aktif pada masa *menopause* dan memiliki efek peredaman Sistem kardiovaskuler termasuk jantung, pembuluh darah dan sistem saraf pusat, menyebabkan gejala-gejala tersebut pada wanita. Kadar estrogen memiliki peranan protektif terhadap perkembangan hipertensi. Laki-laki yang kurang sehat (seperti minum dan merokok), depresi, dan stres di tempat kerja adalah penyebab utama meningkatnya hipertensi di kalangan wanita dibandingkan dengan Wanita

b. Usia

Prevalensi hipertensi antara 50% dan 60% penderita hipertensi memiliki tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih tinggi. Ada 2,97% peningkatan risiko hipertensi pada kelompok usia lanjut 70 tahun. Pembuluh darah besar mengalami perubahan struktural yang menyebabkan lumen menyempit dan dinding pembuluh

mengeras, keduanya meningkatkan tekanan darah sistolik dan berkontribusi terhadap tingginya prevalensi hipertensi.

2. Dapat Dimodifikasi

a. Diet

Mengubah pola makan dapat membantu seseorang menurunkan berat badan. Pasien yang rutin mengkonsumsi garam dan lemak dalam jumlah berlebihan memiliki risiko lebih tinggi terkena hipertensi. Status gizi dan asupan memiliki pengaruh terhadap kejadian dan keparahan hipertensi. Diet *Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH)* merupakan strategi yang dapat digunakan. Diet *DASH* menekankan pada susu rendah lemak, diet tinggi buah dan sayur, serta makanan tinggi serat.

b. Obesitas

Obesitas dapat menimbulkan risiko penyakit kardiovaskular. Dari berbagai penelitian bahwa peningkatan berat badan dapat meningkatkan tekanan darah. Hal ini karena terhentinya di pembuluh darah yang diakibatkan pukan lemak. Pada individu yang mengalami obesitas dengan kejadian hipertensi karena orang obesitas akan jaringan adiposa meningkat, yang dapat menghalangi aliran darah dan

meningkatkan tekanan darah meningkat. Prevalensi hipertensi terjadi pada orang dengan indeks massa tubuh (IMT) 2-25 kg/m². Asupan nutrisi yang berlebih dan obesitas juga merupakan faktor penyebab hipertensi.

c. Kurang berolahraga secara rutin

Aktivitas fisik dikaitkan dengan pengelolaan pasien hipertensi. Pada individu dengan hipertensi dengan melakukan olahraga aerobik seperti jalan kaki dengan teratur, jogging, bersepeda akan menurunkan tekanan darah (Depkes RI, 2006 dalam Kresna, n.d.). Aktivitas fisik secara teratur dilakukan setiap hari dapat menurunkan kadar trigliserida dan kolesterol HDL sehingga tidak sumbatan lemak pada pembuluh darah yang akan menimbulkan tekanan darah meningkat.

c. Mengonsumsi alkohol dan rokok

Merokok merupakan faktor risiko kematian akibat penyakit jantung, kanker, stroke, dan penyakit paru-paru. Hal ini disebabkan oleh peningkatan kadar katekolamin plasma, yang merangsang saraf simpatis. Perilaku merokok merupakan faktor risiko utama kejadian penyakit kardiovaskuler seperti angina pektoris, stroke dan infark

miokard akut. Hubungan erat antara merokok dan tekanan darah tinggi adalah karena rokok mengandung nikotin. Nikotin mengurangi suplai oksigen ke jantung, menyebabkan penggumpalan darah dan kerusakan sel. Selain merokok, efek alkohol meningkatkan kadar kortisol, meningkatkan jumlah sel darah merah, dan meningkatkan kekentalan (kekentalan) darah. Aliran tidak lancar, dan tekanan darah naik. Membatasi asupan alkohol hingga dua hingga tiga gelas ukuran standar.

d. Stres

Hubungan antara stres dan hipertensi disebabkan oleh aktivitas sistem saraf simpatik yang dapat meningkatkan tekanan darah. Emosi yang ditekan dapat meningkatkan tekanan darah karena kelenjar adrenal secara terus menerus melepaskan terlalu banyak adrenalin. Kebiasaan stres emosional yang tinggi dikaitkan dengan tekanan darah tinggi, yang merupakan suatu sifat. Hidup bebas stres direkomendasikan untuk orang dengan tekanan darah tinggi. Hindari faktor pencetus yang dapat menimbulkan emosi, ciptakan suasana damai dan

kekeluargaan di rumah, libatkan mereka yang terkena dampak dalam aktivitas menenangkan.

I. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

- Hb/Ht: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti : hipokoagulabilitas, anemia.
 - BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
 - Glucosa: Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
 - Urinalisa: darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
2. CT Scan: Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati
 3. EKG: Dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang. Padahal salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
 4. JUP: mengidentifikasikan penyebab hipertensi seperti: Batu ginjal, perbaikan ginjal
 5. Photo dada: Menunjukan

destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

J. Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut (Lulu Putu Febryana Larasanty, 2018), Pengobatan hipertensi bersifat individualistik dan sepanjang masa dengan tetap memperhatikan gaya hidup. Pengobatan hipertensi terdiri dari terapi nonfarmakologi dan farmakologi. Target dari terapi hipertensi adalah menjaga hipertensi tetap terkontrol seumur hidup penderita

1. Terapi farmakologis

Penganan hipertensi bertujuan untuk mengendalikan angka kesakitan, komplikasi dan kematian akibat hipertensi. Terapifarmakologis hipertensi dapat dilakukan di pelayanan strata primer atau puskesmas, sebagai penangan awal. Pengobatan hipertensi dimulai dengan obat tunggal yang mempunyai masa kerja panjang sehingga dapat diberikan sekali sehari dan dosisnya dititrasi. Obat berikutnya mungkin dapat ditambahkan selama beberapa bulan pertama perjalanan terapi. Pemilihan atau kombinasi obat anti hipertensi yang cocok bergantung pada keparahan hipertensi dan respon penderita terhadap obat. Beberapa prinsip pemberian obat anti hipertensi yaitu:

- a. Pengobatan hipertensi sekunder lebih mengutamakan pengobatan penyebabnya.
- b. Pengobatan hipertensi essensial ditujukan untuk menurunkan tekanan darah dengan harapan memperpanjang umur dan mengurangi timbulnya komplikasi.
- c. Upaya menurunkan tekanan darah dicapai dengan menggunakan obat antihipertensi.
- d. Pengobatan hipertensi adalah pengobatan jangka panjang, bahkan pengobatan seumur hidup
- e. Jika tekanan darah terkontrol maka pemberian obat hipertensi di puskesmas dapat diberikan disaat control dengan catatan obat yang diberikan untuk pemakaian selama 30 hari bila tanpa keluhan baru.
- f. Untuk penderita hipertenzi yang baru didiagnosis (kunjungan pertama) maka diperlukan kontrol ulang disarankan 4 kali dalam sebulan atau seminggu sekali, apabila tekanan darah sistolik >160 mmHg atau diastolic >100 mmHg sebaiknya diberikan terapi kombinasi setelah kunjungan kedua (dalam dua minggu) tekanan darah tidak dapat dikontrol.

- g. Pada kasus hipertensi emergensi stan urgensi tekanan darah tidak dapat terkontrol setelah pemberian obat pertama langsung diberikan tempi farmakologis kombinasi, bila tidak dapat dilakukan rujukan.

2. Terapi Non Farmakologi

Terapi nonfarmakologi harus dilaksanakan oleh semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor-faktor risiko serta penyakit penyerta lainnya. Terapi nonfarmakologi dapat dilakukan dengan menjalani gaya hidup sehat diantaranya dengan;

- a. Meningkatkan Pengetahuan
Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga
- b. Self Management atau pengelolaan diri adalah suatu strategi pangubahan perilaku yang dalam prosesnya mengarahkan perubahan perilaku

sendiri dengan suatu teknik atau kombinasi teknik terapeutik Self management yang dijalani bisa seperti :

- 1) Istirahat Tidur minimal 8 jam
- 2) Makan Makanan Seimbang
- 3) Melakukan Aktivitas Gerak Fisik
- 4) Hindari merokok
- 5) Hindari Konsumsi Makanan Tinggi Garam
- 6) Hindari Stres
- 7) Rutin kontrol kondisi Kesehatan
- 8) Hindari konsumsi kopi

K. ***Self Management***

1. ***Definsi Self Management***

Perawatan diri adalah kemampuan seseorang untuk mengelola gejala penyakit kronis, seperti pengobatan, pengobatan, aktivitas sosial, aktivitas fisik dan perubahan gaya hidup (Nabila et al., 2022).

2. ***Self Management Hipertensi***

Menurut (Jatiningrum, 2018), ada beberapa jenis pemeriksaan diri yang harus dilakukan setiap hari untuk melindungi dari panyakit dan menjaga kondisi tubuh yang sehat jenis gaya hidup adalah

- a. Istirahat Tidur minimal 3 jam. Tidur merupakan salah satu kebutuhan pokok dari orang. Tidur nyenyak

sangat penting dalam gaya hidup sehari-hari. Karena tidur nyenyak memperkuat system kekebalan tidur yang cukup dapat meningkatkan aktivitas sel kekebalan, terutama sel T - Limposit yang berperan dalam melawan infeksi Mengurangi resiko penyakit kronis seperti penyakit jantung jantung berhubungan erat dengan tekanan darah seseorang Seseorang dengan kurang tidur dapat memicu hipertensi ini membuktikan bahwa sangat penting tidur nyenyak bahwa seseorang minum 8 jam sehari untuk menjaga kesehatan dan mencegah penurunan kesehatan

b. Makan Makanan Seimbang

Pola makan yang sehat, seimbang dan teratur setiap hari merupakan kebutuhan manusia. Seseorang harus memperhatikan makanan yang dimakannya setiap hari, makanan yang tidak sehat menyebabkan gangguan Kesehatan salah satunya mengganggu Kesehatan jantung dan tekanan darah. Manfaat pola makan sehat dan seimbang antara lain memenuhi kebutuhan gizi, mengurangi resiko penyakit kardiovaskuler dan saluran cema.

c. Melakukan Aktivitas Gerak Fisik

Melakukan aktivitas seahri hari menggunakan aktivitas sehari hari-hari dapan membantu seseorang menggerakan tubuhnya. Penderita hipertensi sangat dianjurkan melakukan aktivitas fisik, seperti jalan santai, menyapu halaman, senam atau aktivitas lain yang menggerakan seseorang, karenakurang aktif bisa meningkatkan resiko gangguan Kesehatan, terutama penyakit jantung. Jadi melakukan Latihan fisik dalam kehidupan sehari- fari sangat penting untuk meningkatkan kesehatan, fisik dan mental dan juga melatih otot dan tulang agar tetap sehat.

d. Hindari merokok

Rokok mengandung nikotin yang dapat merusak system organ dan juga membahayakan Kesehatan paru-paru dan jantung. Perokok disarankan untuk berhenti merokok merugikan Kesehatan seseorang

e. Hindari Konsumsi Makanan Tinggi Garam Konsumsi makanan tinggi zat garam dapat meningkatkan jumlah natrium dalam sel dan dapat mengganggu keseimbangan cairan.

Masuknya cairan kedalam sel akan mengecilkan diameter pembuluh darah arteri sehingga jantung harus memompa darah lebih kuat akibat meningkatnya tekanan darah.

f. Hindari Stres

Menghindari stress adalah salah satu cara untuk mencegah kejang Stress dapat mempengaruhi system kekebalan tubuh, mempengaruhi fungsi organ tubuh, dan meningkatkan tekanan darah dalam tubuh, yang beresiko tinggi terhadap tekanan darah tinggi. Oleh karena itu, menghindari stress sangat dianjurkan untuk menjaga kesehatan mental dan fisik

g. Rutin kontrol kondisi Kesehatan

Melakukan pemeriksaan Kesehatan rutin adalah salah satu cara pertama untuk mengetahui kemungkinan gangguan Kesehatan. Dalam kasus hipertensi sangat dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan tekanan darah agar seseorang mengetahui status tekanan darahnya. Pemeriksaan tekanan darah adalah tes scrining yang penting.

h. Hindari konsumsi kopi

Kopi mengandung yang dapat mempengaruhi kemampuan jantung. untuk memompa darah. Kafein dapat membuat jantung menjadi lebih kuat sehingga menyebabkan tekanan darah seseorang meningkat. Dan konsumsi kafein yang berlebihan tidak baik untuk Kesehatan.

i. Rutin konsumsi Obat

Jika seseorang menderita hipertensi dan disarankan untuk minum obat tekanan darah secara teratur, mereka harus minum obat tersebut untuk mengontrol peningkatan tekanan darah

3. Faktor-Faktor yang mempengaruhi Self Management

Menurut (Riadi, 2018). Faktor-faktor yang mempengaruhi self management seseorang yaitu:

a. Sikap

Sikap adalah pendapat atau penilaian orang atau responden tentang Kesehatan, Kesehatan penyakit dan resiko hipertensi

b. Pengalaman dan pengamatan

Pengalaman atau pengamatan adalah hasil dari melihat, mendengar dan kejadian yang di alami seseorang, bahwa pengalaman dapat mempengaruhi gaya

hidup masa depan yang berlaku dalam kaitannya dengan Kesehatan

c. Keperibadian

Keperibadian adalah salah satu karakteristik seseorang, yang mempengaruhi gaya hidup, yang memiliki keperibadian yang tidak peduli dengan Kesehatan maka mengikuti gaya hidup yang tidak baik sehingga dapat mempengaruhi Kesehatan

d. Konsep

e. Konsep adalah gambaran umum yang diambil dari situasi yang di alami. Konsepsi yang baik membantu seseorang berperilaku dan hidup sehat, tetapi konsepsi yang buruk membuat seseorang menjalani gaya hidup buruk.

f. Motif

Motif adalah keinginan yang muncul dalam diri seseorang akibat adanya kebutuhan yang ingin dipenuhi seseorang.

g. Persepsi

Persepsi adalah tindakan menyusun, mengenali, dan menafsirkan informasi sensoris guna pemberian gambaran dan pemahaman tentang kesehatan dan gaya hidup sehat.

h. Kelompok Referensi

Kelompok referensi adalah sekelompok orang yang dekat dengan lingkungan responden, kelompok ini dapat mempengaruhi persepsi dan gaya hidup karena responden cenderung mengikuti gaya hidup orang-orang disekitarnya

i. Kelas social

Kelas sosial atau kelompok sosial adalah sekelompok orang dengan status sosial yang sama, kelas sosial tinggi dan kelas social sederhana.

j. Keluarga

Keluarga adalah seseorang yang tinggal serumah atau yang mempunyai hubungan darah, keluarga sangat mempengaruhi cara peseorang menjalani kehidupan sehari-hari.

k. Kebudayaan

Kebudayaan atau adat istiadat yang dianut sangat mempengaruhi gaya hidup seseorang, kebudayaan yang berbeda mengakibatkan perbedaan cara hidup yang dijalani seseorang.

L. Perilaku Kesehatan Pada Pasien Hipertensi

Setiap orang memiliki pendekatan unik mereka sendiri tentang bagaimana mereka berinteraksi dengan orang lain. Menurut Green

(1980), kategori faktor berikut mempengaruhi pembentukan perilaku:

1. Factor pendorong (*predisposing factors*)

Yang dimaksud dengan “faktor pendorong” adalah faktor yang memotivasi atau menginspirasi seseorang untuk melakukan suatu tindakan tertentu. Salah satu faktor pendorongnya adalah pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai, persepsi, tradisi, dan aspek kesehatan lainnya yang dimiliki individu dan masyarakat (Dames, Luctkar-Flude and Tyerman, 2020).

2. Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin adalah faktor yang membuat perilaku atau tindakan seseorang menjadi mungkin. Contoh faktor pemungkin antara lain sarana, prasarana, atau sarana kesehatan. Perempuan yang membutuhkan data harus lebih proaktif mencarinya melalui layanan kesehatan seperti puskesmas, IGD, posyandu, tindakan dokter atau penolong persalinan, dan komunikasi luas seperti web, media cetak, media elektronik, dan hiburan virtual untuk kesehatan- perilaku terkait seperti pemeriksaan payudara sendiri (SADARI).

3. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Contoh faktor pemungkin antara lain sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat, atau

tenaga kesehatan. Perilaku individu didukung atau didorong oleh faktor-faktor ini.

Menurut Notoatmodjo (2012), perilaku kesehatan adalah respon seseorang atau organisme terhadap stimulus atau objek yang berhubungan dengan nyeri dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, atau lingkungan. Perilaku kesehatan dapat dibagi menjadi tiga kelompok berdasarkan batasan ini :

1. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*)

Perbuatan atau usaha seseorang untuk menjaga atau memelihara kesehatan agar tidak sakit dan berusaha menyembuhkan bila sakit dikenal dengan perilaku pemeliharaan kesehatan (health maintenance).

Ada tiga komponen perilaku pemeliharaan kesehatan ini:

- a. Perilaku yang mencegah penyakit, pengobatan penyakit ketika terjadi, dan pemulihan kesehatan setelah sakit.
- b. Mempromosikan kesehatan seseorang dalam keadaan bugar. Penting untuk dipahami bahwa kesehatan sangat kompleks dan individual karena penyebabnya. Ini berarti bahwa orang yang sehat pun harus bekerja menuju kesehatan yang optimal.

- c. Bagaimana orang mengkonsumsi makanan dan minuman Makanan dan minuman dapat diakses mengikuti dan bekerja pada kesejahteraan seseorang, namun sebaliknya makanan dan minuman bisa menjadi penyebab penurunan derajat kekuatan individu, bisa membawa infeksi. Itu semua tergantung bagaimana orang memperlakukan makanan dan minuman tersebut (Sinaga *et al.*, 2021).
2. Perilaku Pencarian dan Penggunaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) juga dikenal sebagai "perilaku pencarian" dan "penggunaan sistem atau fasilitas layanan," atau "perilaku pencarian pengobatan" (*health seeking behavior*) mengacu pada upaya atau tindakan seseorang saat mereka sakit atau terluka. Tindakan atau perilaku ini diawali dengan pengobatan sendiri (*self treatment*) dan diakhiri dengan mencari pengobatan ke luar negeri.
3. Perilaku kesehatan lingkungan berkaitan dengan respon seseorang terhadap lingkungan fisik dan sosial budaya dimana dia tinggal agar lingkungan tersebut tidak merugikan kesehatannya. Dengan kata lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya agar tidak merugikan kesehatannya, keluarganya, atau masyarakat (Sinaga *et al.*, 2021).

Ahli lain mengklasifikasikan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan ini (Becker, 1979) dalam (Sholihah and Sakinah, 2022):

1. Kegiatan atau usaha tersebut berkaitan dengan perilaku hidup sehat untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan seseorang. Perilaku tersebut antara lain meliputi:
 - a. Ikuti diet sehat dan seimbang. Ungkapan "diet yang disesuaikan" mengacu pada jumlah dan kualitas - jumlah yang cukup untuk mengatasi masalah tubuh (tidak kurang, namun tidak lebih). Di Indonesia, kualitas diet yang baik disebut dengan "empat sehat, lima sempurna" akan tetapi saat ini sudah beralih menjadi tumpeng gizi seimbang.
 - b. Selain kuantitas (gerakan), olahraga teratur juga mencakup kualitas (frekuensi dan durasi). Usia dan status kesehatan tentunya akan berdampak pada kedua aspek tersebut.
 - c. Jangan merokok. Merokok adalah kebiasaan tidak sehat yang dapat menyebabkan sejumlah penyakit. Ironi dari kebiasaan ini, yang sepertinya sudah mendarah daging, khususnya di Indonesia. Hampir 50% orang dewasa di Indonesia merokok. Faktanya, penelitian menunjukkan bahwa sekitar 15% remaja kita pernah merokok di masa lalu.

Hal ini merupakan pembatasan pendidikan kesehatan di Indonesia.

- d. Hindari minum dan menggunakan narkoba. Konsumsi alkohol dan obat-obatan, termasuk obat-obatan berbahaya dan narkotika, juga cenderung meningkat. Diperkirakan 1% penduduk dewasa Indonesia secara teratur mengkonsumsi alkohol.
 - e. Banyak istirahat. Orang harus bekerja lebih keras untuk beradaptasi dengan lingkungan modern, yang membuat hidup lebih menuntut dan mengurangi waktu istirahat, membahayakan kesehatan mereka.
 - f. Atasi stres. Siapa pun dapat mengalami stres, yang dapat merugikan kesehatan mereka. Selain itu, sebagai akibat dari stres kehidupan sehari-hari, kecenderungan setiap orang untuk mengalami stres dapat meningkat. Manusia tidak bisa menghindari tekanan, yang harus dilakukan adalah menahan tekanan agar tidak menyebabkan masalah medis, khususnya dengan mengontrol atau mengawasi tekanan (stress yang timbul) dengan melakukan aktivitas positif.
 - g. Kebiasaan dan gaya hidup sehat lainnya, seperti cara kita beradaptasi dengan lingkungan sekitar dan faktor lainnya
2. Perilaku sakit (*illness behaviour*)

perilaku sakit adalah respon seseorang terhadap penyakit dan persepsi mereka terhadap rasa sakit, dan kesadaran mereka tentang: tanda dan gejala penyakit, pengobatan penyakit, dan lain sebagainya

3. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*)

Menurut sosiologi, orang sakit (pasien) memainkan peran yang mencakup hak dan tanggung jawabnya sebagai orang sakit (kewajiban). Tingkah laku orang sakit (peran sakit) harus diketahui oleh orang sakit dan orang lain, terutama keluarganya. Hak dan kewajiban harus diketahui oleh orang yang sakit. Tindakan ini meliputi:

- a. Langkah-langkah kesehatan;
- b. Fasilitas atau metode pelayanan atau pengobatan penyakit yang layak;
- c. Pengetahuan tentang hak (seperti: pilihan untuk mendapatkan perawatan, untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, kesejahteraan, dll) dan komitmen individu yang lemah (memberi tahu penyakit yang dideeita kepada orang lain, khususnya spesialis/pekerja kesehatan (tenaga medis), tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain, dll).

M. Kontrol Diri Pada Pasien Hipertensi

1. Definisi Kontrol Diri

Kemampuan untuk mengatur, membimbing dan mengarahkan jenis perilaku yang dapat mengarah pada hasil positif inilah yang disebut sebagai pengendalian diri. Pengendalian diri adalah keterampilan yang dapat dikembangkan dan digunakan orang sepanjang hidup, termasuk ketika dihadapkan pada keadaan sulit (Thalib, 2017). Wolfe & Higgins (2008) menjelaskan bahwa pengendalian diri adalah kecenderungan untuk memikirkan konsekuensi yang berbeda dari tindakan seseorang.

Menurut De Wall, Baumeister, Stillman, & Gailiot (2005), pengendalian diri adalah kapasitas untuk menahan diri dan mengendalikan perilaku sosial yang tidak pantas. Kontrol diri, adalah keahlian tunggal individu dalam daya tanggap untuk mempertimbangkan sesuatu dengan segala akibatnya. Pahami diri Anda dan elemen lingkungan Anda. Selain itu, kapasitas untuk mengontrol dan mengelola faktor perilaku dalam menanggapi keadaan yang berhubungan dengan sosialisasi. Kemampuan untuk mengendalikan perilaku seseorang, kecenderungan untuk menarik perhatian, keinginan untuk mengubah perilaku seseorang untuk menyenangkan orang lain, keinginan untuk menyesuaikan diri, dan

kemampuan untuk menyembunyikan emosi adalah contohnya.

2. Jenis dan Aspek Kontrol Diri

Kontrol diri adalah apa yang Averill sebut kontrol pribadi, yaitu khusus mengontrol keputusan (*Decisional Control*), kontrol kognitif (*Cognitive Control*), dan kontrol perilaku (*Behavior Control*).

a. Pengendalian perilaku (*Behavior Control*)

Merupakan aksesibilitas persiapan suatu reaksi yang secara langsung dapat mempengaruhi atau mengubah keadaan yang mengerikan. Kemampuan untuk memodifikasi stimulus (*stimulus modifiability*) dan pengaturan pelaksanaannya (*regulated administration*) merupakan dua komponen dari kemampuan untuk mengontrol perilaku tersebut. Kemampuan individu untuk mengendalikan bagaimana suatu situasi dilakukan ditentukan oleh siapa yang mengendalikannya. Apakah dirinya atau aturan perilakunya menggunakan kemampuannya sendiri, dan jika tidak mampu menggunakan kehendaknya sendiri, menggunakan sumber eksternal. Kemampuan untuk mengantisipasi kapan dan bagaimana suatu rangsangan yang

tidak diinginkan akan terjadi dikenal dengan kemampuan mengatur rangsangan.

b. Kontrol Kongnitif (*Cognitive Control*)

Kontrol atas pemikiran seseorang merupakan kerangka kognitif untuk menafsirkan, menilai, atau menghubungkan suatu peristiwa sebagai adaptasi psikologis atau pengurangan tekanan yang memungkinkan individu memproses informasi yang tidak diinginkan. Aspek ini terdiri dari dua bagian yaitu melakukan penilaian (*appraisal*) dan mendapatkan informasi (*information gain*). Individu dapat mengantisipasi keadaan yang tidak menyenangkan dalam berbagai cara dengan informasi yang mereka miliki tentang hal itu. Ketika seseorang melakukan penilaian, mereka berusaha mengevaluasi dan menafsirkan situasi atau peristiwa secara subyektif untuk fokus pada aspek positifnya.

c. Mengontrol Pilihan (*Decesional control*).

Adalah kapasitas seseorang untuk memilih hasil atau tindakan berdasarkan sesuatu yang mereka setujui atau yakini? Ketika datang untuk membuat pilihan, kontrol penentuan nasib sendiri akan berhasil karena individu memiliki

kesempatan, kebebasan, atau kemungkinan untuk memilih dari berbagai tindakan. Di atas kendali (*over control*), di bawah kendali (*under control*), dan kendali yang sesuai (*appropriate control*), adalah tiga jenis kendali mutu yang berbeda, menurut Block dan Block dalam Ghuffron dan Rini (2010) (Julia, Isrok'atun and Safari, 2018).

Over control adalah pengendalian diri yang berlebihan yang menyebabkan individu menarik diri secara signifikan dari stimulus sebagai respon. Kecenderungan individu untuk melepaskan impulsif tanpa pemikiran yang cermat berada di bawah kendali atau tanpa perhitungan disebut *under control*. Sementara kontrol yang sesuai adalah kontrol individu dalam penggerahan tenaga mengendalikan kekuatan pendorong dengan tepat disebut *appropriate control*.

Berdasarkan uraian dan penjelasan di atas, berikut adalah aspek-aspek pengendalian diri yang khas:

- 1) Kemampuan mengatur tingkah laku/ perilaku
- 2) Kemampuan mengendalikan dorongan/ stimulus.

- 3) Kemampuan untuk mengharapkan suatu peristiwa atau kesempatan
- 4) Kemampuan untuk menguraikan kejadian atau episode
- 5) Kemampuan untuk membuat pilihan (Baumeister, 2018).

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kontrol Diri

Seperti faktor psikologis lainnya, pengendalian diri dipengaruhi oleh banyak faktor. Pengendalian diri umumnya dipengaruhi oleh faktor internal (diri individu) dan eksternal (lingkungan individu).

a. Faktor Internal

Usia merupakan faktor internal yang membantu pengendalian diri. Kapasitas untuk melakukan kontrol diri meningkat seiring bertambahnya usia.

b. Faktor Eksternal

Lingkungan keluarga merupakan salah satu faktor eksternal tersebut. Kemampuan pengendalian diri seseorang dipengaruhi oleh lingkungan keluarga (Baumeister, 2018).

N. *Self Management* Pada Pasien Hipertensi

1. Definsi *Self Management*

Perawatan diri adalah kemampuan seseorang untuk mengelola gejala penyakit kronis, seperti pengobatan, pengobatan, aktivitas sosial, aktivitas fisik dan perubahan gaya hidup (Nabila et al., 2022).

2. *Self Management* Hipertensi

Menurut (Jatiningrum, 2018). Ada beberapa jenis pemeriksaan diri yang harus dilakukan setiap hari. untuk melindungi dari penyakit dan menjaga kondisi kesehatan tubuh yang sehat. Jenis gaya hidup tersebut adalah:

a. Istirahat Tidur minimal 8 jam

Tidur merupakan salah satu kebutuhan pokok dari orang. Tidur nyenyak sangat penting dalam gaya hidup sehari-hari. Karena tidur nyenyak memperkuat sistem kekebalan, tidur yang cukup dapat meningkatkan aktivitas sel kekebalan, terutama sel T - Limposit yang berperan dalam melawan infeksi Mengurangi resiko penyakit kronis seperti penyakit jantung, jantung berhubungan erat dengan tekanan darah seseorang. Seseorang dengan kurang tidur dapat memicu hipertensi. ini membuktikan bahwa sangat penting tidur nyenyak bahwa seseorang minum 8 jam

sehari untuk menjaga kesehatan dan mencegah penurunan kesehatan.

b. Pola Makanan Seimbang

Pola makan yang sehat, seimbang dan teratur setiap hari merupakan kebutuhan manusia. Seseorang harus memperhatikan makanan yang dimakannya setiap hari, makanan yang tidak sehat menyebabkan gangguan Kesehatan salah satunya mengganggu Kesehatan jantung dan tekanan darah. Manfaat pola makan sehat dan seimbang antara lain memenuhi kebutuhan gizi, mengurangi resiko penyakit kardiovaskuler dan saluran cerma

c. Melakukan Aktivitas Gerak Fisik

Melakukan aktivitas seahri hari menggunakan aktivitas sehari hari-hari dapan membantu seseorang menggerakan tubuhnya. Penderita hipertensi sangat dianjurkan melakukan aktivitas fisik, seperti jalan santai, menyapu halaman, senam atau aktivitas lain yang menggerakan seseorang, karenakurang aktif bisa meningkatkan resiko gangguan Kesehatan, terutama penyakit jantung. Jadi melakukan Latihan fisik dalam kehidupan sehari hari sangat penting untuk meningkatkan kesehtan, fisik dan mental dan juga melatih otot dan tulang agar tetap sehat.

d. Hindari merokok

Rokok mengandung nikotin yang dapat merusak system organ dan juga membahayakan Kesehatan paru-paru dan jantung. Perokok disarankan untuk berhenti merokok merugikan Kesehatan seseorang

- e. Hindari Konsumsi Makanan Tinggi Garam
Konsumsi makanan tinggi zat garam dapat meningkatkan jumlah natrium dalam sel dan dapat mengganggu keseimbangan cairan. Masuknya cairan kedalam sel akan mengecilkan diameter pembuluh darah arteri sehingga jantung harus memompa darah lebih kuat akibat meningkatnya tekanan darah.
- f. Hindari Stres
Menghindari stress adalah salah satu cara untuk mencegah kejang. Stress dapat mempengaruhi system kekebalan tubuh, mempengaruhi fungsi organ tubuh dan meningkatkan tekanan darah dalam tubuh, yang beresiko tinggi terhadap tekanan darah tinggi. Oleh karena itu, menghindari stress sangat dianjurkan untuk menjaga kesehatan mental dan fisik
- g. Rutin kontrol kondisi Kesehatan
Melakukan pemeriksaan Kesehatan rutin adalah salah satu cara pertama untuk mengetahui kemungkinan gangguan Kesehatan. Dalam kasus hipertensi sangat

dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan tekanan darah agar seseorang mengetahui status tekanan darahnya. Pemeriksaan tekanan darah adalah tes scrining yang penting.

h. Hindari konsumsi kopi

Kopi mengandung yang dapat mempengaruhi kemampuan jantung untuk memompa darah. Kafein dapat membuat jantung menjadi lebih kuat sehingga menyebabkan tekanan darah seseorang meningkat. Dan konsumsi kafein yang berlebihan tidak baik untuk kesehatan.

i. Rutin konsumsi Obat

Jika seseorang menderita hipertensi dan disarankan untuk minum obat tekanan darah secara teratur, mereka harus minum obat tersebut untuk mengontrol peningkatan tekanan darah.

3. **Faktor-Faktor yang mempengaruhi Self Management Menurut (Riadi, 2018).**

Faktor-faktor yang mempengaruhi self management seseorang yaitu:

a. Sikap

Sikap adalah pendapat atau penilaian orang atau responden tentang

b. Pengalaman atau pengamatan

Pengalaman atau pengamatan adalah hasil dari melihat, mendengar dan kejadian yang di alami seseorang,

bahwa pengalaman dapat mempengaruhi gaya hidup masa depan yang berlaku dalam kaitannya dengan Kesehatan.

c. Kepribadian

Kepribadian adalah salah satu karakteristik seseorang yang mempengaruhi gaya hidup, yang memiliki keperibadian yang tidak peduli dengan Kesehatan maka mengikuti gaya hidup yang tidak baik sehingga dapat mempengaruhi Kesehatan

d. Konsep

Konsep adalah gambaran umum yang diambil dari situasi yang dialami. Konsepsi yang baik membantu seseorang berperilaku dan hidup sehat, tetapi konsepsi yang buruk membuat seseorang menjalani gaya hidup buruk

e. Motif

Motif adalah keinginan yang muncul dalam diri seseorang akibat adanya kebutuhan yang ingin dipenuhi seseorang

f. Persepsi

Persepsi adalah tindakan menyusun, mengenali, dan menafsirkan informasi sensoris guna pemberian gambaran dan pemahaman tentang kesehatan dan gaya hidup sehat.

g. Kelompok Referensi

Kelompok referensi adalah sekelompok orang yang dekat dengan lingkungan responden, kelompok ini dapat mempengaruhi persepsi dan gaya hidup karena responden cenderung mengikuti gaya hidup orang-orang disekitarnya

h. Kelas social

Kelas sosial atau kelompok sosial adalah sekelompok orang dengan status sosial yang sama, kelas sosial tinggi dan kelas sosial sederhana.

i. Keluarga

Keluarga adalah seseorang yang tinggal serumah atau yang mempunyai hubungan darah, keluarga sangat mempengaruhi cara seseorang menjalani kehidupan sehari-hari.

j. Kebudayaan

Kebudayaan atau adat istiadat yang dianut sangat mempengaruhi gaya hidup seseorang, kebudayaan yang berbeda mengakibatkan perbedaan cara hidup yang dijalani seseorang.

O. Self Care Behaviour Pada Pasien Hipertensi

1. Definisi Self Care Behaviour

Perawatan diri, seperti yang didefinisikan oleh Cornwell dan White (2009), adalah kapasitas individu untuk

terlibat dalam aktivitas perawatan diri untuk mempertahankan hidup dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan (Baumeister, 2018). Kebutuhan akan perawatan diri adalah ketika orang dituntut untuk mengetahui cara merawat diri sendiri. Merawat diri sendiri adalah cara untuk memperkirakan seberapa baik seseorang menjaga kesehatannya secara umum. Kesuksesan seseorang diukur dari tingkat perawatan diri mereka; Kekambuhan hipertensi akan tertangani dengan sendirinya jika individu menjaga dirinya sendiri (Martiningsih, 2012).

Self care bagi penderita hipertensi adalah mengontrol tekanan darah, minum obat sesuai resep, mengubah gaya hidup, dan menerapkan gaya hidup sehat adalah semua bentuk perawatan diri bagi penderita hipertensi. Ini menunjukkan pentingnya perawatan diri untuk individu hipertensi, prasyarat penting untuk menghindari komplikasi atau kekambuhan.

2. Faktor Kondisi Dasar yang Memengaruhi *Self Care*

Dalam pandangan Orem (1995), ada beberapa faktor kondisi esensial mempengaruhi kebutuhan individu untuk dan kapasitas untuk memberikan perawatan

diri sendiri (Elon *et al.*, 2021). Berikut ini adalah faktor kondisi yang mendasari, yang berpengaruh pada hampir semua orang:

- a. Usia;
- b. *Gender*;
- c. Kondisi perkembangan, yang meliputi kondisi fisik, kognitif, psikososial, dan fungsional seseorang.
- d. Kondisi kesehatan seseorang, yang meliputi kondisi kesehatan mereka saat ini, kesehatan masa lalu, dan persepsi kesehatan mereka sendiri.
- e. Arah social budaya, termasuk kerangka iklim (system) yang saling terkait lingkungan individu, keyakinan mendalam (agama), hubungan sosial dan fungsi kerja keluarga inti dalam keluarga.
- f. Kerangka (system) layanan medis, termasuk aset tempat perawatan kesehatan terbuka dan dapat diakses oleh individu sebagai metodologi diagnostik dan pengobatan.
- g. Sistem keluarga, atau peran yang dimainkan oleh setiap anggota keluarga dan hubungan yang mereka miliki dengan orang berpengaruh lainnya.

- h. Pola hidup mencakup aktivitas yang biasanya dilakukan seseorang setiap hari.
- i. Lingkungan, yang mencakup tempat di mana seseorang biasanya mempraktikkan perawatan diri dan lingkungan rumahnya.
- j. Sumber daya yang ada, seperti waktu, personel, lembaga atau institusi yang tersedia, dan kondisi ekonomi.

3. Metode Perawatan Diri Bagi Penderita Hipertensi

a. Kepatuhan terhadap pengobatan

Tingkat kepatuhan dapat dimulai dengan tindakan mengindahkan semua rekomendasi untuk mematuhi semua rencana pengobatan. Konsistensi dengan obat-obatan sebagaimana dianjurkan. Kepatuhan ini menunjukkan pemahaman atas instruksi dokter atau perawat. Pemberian instruksi sangat penting untuk dipahami oleh pasien. Jika instruksi telah disalahartikan, pasien dapat mengabaikannya. Menurut Fahkurnia, n.d (2017), hal ini dapat terjadi ketika para profesional tidak memberikan informasi yang cukup kepada pasien atau menggunakan istilah yang sulit dipahami

dan diingat oleh pasien (Eriyani *et al.*, 2022).

- b. Perilaku yang terkait dengan pemantauan tekanan darah

Pengukuran tekanan darah secara teratur sangat penting untuk menentukan apakah hipertensi akan sembuh atau kembali.

- c. Aktivitas fisik

Mengelola hipertensi sangat penting untuk mencegah komplikasi dan kekambuhan. Menurut Fahkurnia, n.d. (2017), olahraga ketahanan seperti jalan kaki 30 menit menurunkan tekanan darah sistolik pada individu hipertensi. Ini karena cara latihan dilakukan. Aktivitas aerobik seperti jalan kaki dapat mempengaruhi jumlah kapiler darah, konsentrasi hemoglobin, pertukaran oksigen antara arteri dan vena, serta aliran darah ke otot (Fahkurnia, 2017).

- d. Mengikuti diet rendah garam

Diet ini bertujuan untuk menurunkan faktor risiko lain seperti kelebihan berat badan dan meningkatnya kadar asam urat, kolesterol, dan lemak yang ada di dalam darah. Dalam Siswanto, n.d (2020), berdasarkan penelitian Puspita *et al.* (2012), Diet merupakan salah satu pilihan pengobatan hipertensi yang tidak

menimbulkan efek samping yang serius karena mekanisme pengendaliannya yang alami. Mengurangi asupan garam, mengonsumsi lebih banyak serat, berhenti merokok, berhenti minum kopi dan minuman keras, makan lebih banyak sayuran dan rempah-rempah, serta minum obat resep secara teratur akan membantu mengontrol tekanan darah. Risiko kekambuhan hipertensi dapat dikurangi dengan mengonsumsi makanan rendah garam (Siswanto *et al.*, 2020).

e. Manjemen Strees

Hasil penelitian dari Zedadra et al., (2019) menyatakan bahwa orang lebih kecil kemungkinannya terkena hipertensi jika mereka mampu mengendalikan amarahnya dan memaafkan kesalahan yang dilakukan orang lain. Dalam penelitian diatas, peneliti meminta dua ratus relawan untuk mengingat saat seorang teman menyakiti perasaan mereka. Separuh diinstruksikan untuk mempertimbangkan mengapa dia marah karena hal ini, dan separuh lainnya didesak untuk memaafkan kesalahan itu (Delavera *et al.*, 2021).

Worthington Jr., seorang psikolog di Virginia Commonwealth University di Amerika Serikat,

mempresentasikan hasil penelitiannya tentang hubungan antara sikap memaafkan dan kesehatan dalam jurnal ilmiah *Explore* pada tahun 2005. Dengan menggunakan teknologi canggih, 37 orang menemukan perbedaan pola gambar otak individu yang memaafkan dan tidak memaafkan (Mariyani, 2021).

Ditemukan bahwa individu yang sulit memaafkan atau amarah tinggi dan dendam memiliki sistem kekebalan yang lebih rendah, tekanan darah lebih tinggi, lebih banyak ketegangan otot, dan memiliki denyut jantung yang lebih cepat. Di sisi lain, memaafkan meningkatkan hubungan suami istri, mengurangi stres, dan mempercepat pemulihan dari penyakit jantung dan pembuluh darah (Mariyani, 2021).

P. Dukungan Keluarga Pada Pasien Hipertensi

1. Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah proses pemberian bantuan pada setiap siklus perkembangan kehidupan. Bantuan sosial keluarga mengacu pada bantuan yang dipandang secara sosial oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diperoleh atau diadakan untuk keluarga. Akibat pendampingan yang diberikan oleh

keluarga, seorang kerabat dapat menjalankan kemampuan dengan berbagai pengetahuan dan alasan. Hal ini dilakukan dalam rangka mengupayakan tingkat kesejahteraan serta proses transformasi keluarga. Bantuan sosial untuk keluarga datang sebagai bantuan ramah dari dalam keluarga, seperti dari kerabat, atau dari luar keluarga (Anggoniawan, 2018).

Dukungan sosial memungkinkan keluarga berfungsi dengan berbagai kecerdasan dan akal. Oleh karena itu, hal ini meningkatkan keserbagunaan dan kesejahteraan keluarga Friedman, (2010) dalam (Bisnu and Kepel, 2017). Kosassy dalam (Anggoniawan, 2018) mengatakan bahwa orang yang tinggal bersama pasien adalah yang paling penting dan secara emosi terikat, dan perawat adalah pengasuh utama pasien. Keluarga juga mengambil bagian dalam memilih bagaimana memberikan perawatan dan menawarkan bantuan ketika sanak saudara sakit. Serangkaian tindakan yang diharapkan dari mereka mengingat posisi sosial mereka adalah peran itu sendiri.

2. Bentuk Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan sumber dukungan yang paling penting bagi pasien hipertensi.

Dalam (Toulasik, 2019) dukungan dapat cenderung melalui disposisi (sikap), khususnya:

- a. Memperhatikan hal-hal seperti berapa banyak makanan yang dimakan pasien, seberapa sering mereka memakannya, dan apakah mereka mendapatkan nutrisi yang cukup atau tidak.
- b. Ingatkan pasien tentang hal-hal seperti kapan mereka perlu minum obat, istirahat, dan harus melakukan kendali diri ke fayankes.
- c. Siapkan obat yang akan dikonsumsi oleh penderita hipertensi
- d. Berikan inspirasi dan motivasi kepada pasien

Sesuai House dan Kahn (1985) dalam Friedman et al., (2010), ada empat jenis dukungan dalam keluarga:

- a) Dukungan emosional

Keluarga menyediakan lingkungan yang aman dan tenang untuk penyembuhan dan penguasaan emosional. Jika seseorang mengalami kesulitan, akan sangat membantu bagi mereka untuk mendapatkan perhatian dari keluarganya dan ikut mencari solusi. Dalam bentuk ungkapan empati, perhatian, perhatian, cinta, kepercayaan, dan keamanan,

dukungan semacam ini membuat orang merasa nyaman, percaya diri, dan diterima oleh keluarganya. Itu juga menjaga keselamatan pasien. Bantuan ini signifikan saat mengelola keadaan yang dianggap tidak terkendali. Welas asih, cinta, atau empati adalah cara yang mendukung untuk mengungkapkan perhatian emosional. Ungkapan ini harus diperhatikan oleh perawat karena ungkapan yang tidak tepat dapat memperparah nyeri pasien (Purnomo, 2017).

b) Dukungan Penghargaan

Ketika datang untuk menyelesaikan masalah, keluarga bertindak sebagai mediator dan individu yang menangani masalah yang dihadapi. Dukungan dapat diberikan dengan menentukan apakah pilihan yang dibuat benar. Menurut Purnomo (2017) keluarga dapat meminta petunjuk bagaimana mengevaluasi kembali status kesehatannya jika tidak puas dengan hasil pemeriksaan (Purnomo, 2017). Ketika keluarga mengekspresikan dirinya dengan cara yang mendukung orang-orang di sekitarnya, menyemangati mereka, atau membuat pernyataan yang sejalan dengan pikiran atau perasaannya sendiri,

dimensi ini muncul. Sebagai hasil dari dukungan ini, orang terkait merasa bernilai dikeluarga, kompeten, dan dihargai. Selain itu, grant support merupakan salah satu bentuk kemampuan emosional keluarga yang berpotensi untuk meningkatkan status psikososial keluarga penyandang disabilitas. Sebagai hasil dari dukungan ini, pasien menerima akuan dari keahlian dan keterampilan mereka (Purnomo, 2017).

c) Dukungan Instrumental

Keluarga adalah tempat yang baik bagi orang yang membutuhkan pengawasan. Selain itu, mereka mencari dan menawarkan jalan keluar yang dapat membantu penderita dalam aktivitas harian. Tersedianya tempat yang nyaman untuk memfasilitasi perilaku menolong pasien termasuk bantuan langsung, yang biasanya berupa uang, kesempatan, waktu, atau barang berwujud lainnya. Fasilitas atau perlengkapan yang dapat menampung anggota keluarga yang sakit juga termasuk dalam dukungan instrumental. Bantuan semacam ini dapat mengurangi tekanan karena orang dapat dengan cepat menangani masalah materi

mereka selama masa sulit (Purnomo, 2017).

d) Dukungan Informasi

Keluarga berkontribusi dalam penyediaan data yang akurat dan andal sehingga individu dapat mengatasi tantangan masalah yang dihadapi. Informasi, fasilitas, atau umpan balik tentang keadaan individu adalah semua komponen pendukung informasi. Menurut Nursalam (2008), bantuan dalam bentuk arahan dengan mengingatkan individu untuk mengikuti perawatan/pengobatan yang telah disarankan oleh pelaksana kesehatan (seperti makan makanan yang sehat, terlibat dalam pekerjaan aktif atau aktivitas aktual, mengambil obat-obatan, dan pengendalian), membuat individu sadar akan perilaku yang memperparah penyakit, dan menjelaskan klarifikasi mengenai penilaian dan pengobatan spesialis atau memahami aspek penyakit individu yang tidak memuaskan.

Bahkan informasi sekecil apa pun berguna untuk penderita. Diharapkan penderita mendapatkan semua informasi yang mereka butuhkan, mulai dari mengontrol hipertensi hingga

mengobatinya hingga menjalani gaya hidup sehat(Purnomo, 2017).

Q. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi

a. Pengkajian

1) Identitas

Nama, umur, agama, suku atau bangsa, pendidikan dan pekerjaan. Saat ini pasien Usia 20 – 70 tahun beresiko terkena penyakit hipertensi karna perubahan pola hidup (Ayu *et al.*, 2023).

2) Keluhan Utama

Keluhan yang paling sering dijadikan alasan pasien merasa nyeri pada pada kepala, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epistaksiss dan sampai dengan kesadaran menurun.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang dikaji dimulai dari keluhan yang dirasakan pasien, sebelum masuk rumah sakit, ketika mendapatkan perawatan di rumah sakit sampai dilakukannya pengkajian. Pada pasien hipertensi biasanya didapatkan adanya keluhan seperti nyeri pada kepala. Keluhan nyeri dikaji menggunakan PQRST

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Dalam hal ini yang perlu dikaji atau di tanyakan pada klien tentang penyakit apa saja yang pernah di derita seperti nyeri kepala, dan sudah berapa lama

menderita penyakit yang dideritanya, tanyakan apakah pernah masuk rumah sakit sebelumnya.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Seperti penyakit keturunan (diabetes melitus, obesitas, merokok, alcohol dan polisitemia) dan lingkungan..

6) Riwayat Psikososial

Pada pasien hipertensi didapatkan perubahan ego yaitu pasrah dengan keadaan, merasa tidak berdaya, takut akan perubahan gaya hidup dan fungsi peran, ketakutan akan kematian, menjalani operasi, dan komplikasi yang timbul. Kondisi ini ditandai dengan menghindari kontak mata, insomnia, sangat kelelahan, perubahan tekanan darah yang terlalu tinggi dan pola nafas, cemas, dan gelisah.

7) Primary Survey

a. Airway

Look keluhan yang muncul kepala pusing terasa seperti tertusuk-tusuk, atau tertekan/ tertimpa benda berat. Listen adalah mendengarkan suara pernafasan (pola nafas berubah). Feel nafas pendek Nafas paten adanya suara nafas tambahan misalnya *stridor/wheezing/dyspnue*.

b. Breathing

Inspeksi terpasang oksigen tidak lebih dari 94%, terdapat penggunaan otot bantu nafas, adanya sesak nafas Palpasi pengembangan paru, Auskultasi adanya suara nafas tambahan seperti *wheezing/ dyspnoe*.

c. Circulation

Didapatkan nadi meningkat nadi berkisar 100-112 x/menit, ritme cepat berdebar-debar, Tekanan darah sistolik \geq 140 mmHg atau diastolik \geq 90 mmHg, Terdapat penurunan curah jantung menandakan aliran darah terganggu menimbulkan gejala *bradikardia/ takikardi*, aritmia, edema, CVP meningkat, *oliguria*, warna kulit pucat dan/atau sianosis.

d. Disability

Menilai kesadaran dengan cepat, apakah sadar, hanya respon terhadap nyeri atau sama sekali tidak sadar. Tidak dianjurkan mengukur GCS. Adapun cara yang cukup jelas dan cepat adalah A – Alert: Pasien terjaga, responsif, berorientasi, dan berbicara dengan petugas.

V – Verbal: Petugas memberikan rangsangan berupa suara (memanggil pasien).

P – Painful: Pemberian rangsangan nyeri dengan cara menggosok sternum atau sedikit cubitan pada bahu.

U – Unresponsive: Tidak ada respon apapun dengan suara atau dengan nyeri.

8) Secondary Survey

a. Keadaan Umum

Keadaan umum klien mulai saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Penderita dalam kelelahan, *compos mentis, apatis, stupor, somnolen, soporo coma dan coma*. Penilaian GCS sangat penting untuk diperhatikan. Tanda tanda vital pasien mengalami peningkatan pada tekanan darah, nadi, dan respirasinya. Dan Terjadi perubahan sesuai dengan aktivitas dan rasa nyeri yang timbul seperti suhu meningkat, takikardi, takipneia, dyspnea, tekanan darah sistolik meningkat dengan diastolik normal (Nurhastuti, 2019).

b. Kepala dan muka

Inspeksi : bentuk kepala bulat/lonjong, wajah simetris, rambut bersih, muka edema/tidak, lesi pada muka ada/tidak, ekspresi wajah meringis.

Palpasi : rambut tidak rontok , tidak ada benjolan pada kepala

c. Mata

Inspeksi : mata kanan dan kiri simetris, mata tidak juling, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil kanan dan kiri isokor (normal), reflek pupil terhadap cahaya miosis (mengecil).

Palpasi: tidak ada peningkatan tekanan intraokuler pada kedua bola mata.

d. Telinga

Inspeksi: telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat pendengaran, warna telinga dengan daerah merata, lesi tidak ada, tidak ada perdarahan, serumen tidak ada

e. Hidung

Inspeksi : keberadaan septum tepat di tengah, secret tidak ada, pasien terpasang masker oksigen

Palpasi :fraktur tidak ada dan nyeri tidak.

f. Mulut

Inspeksi: kering, sianosis

Palpasi: nyeri tekan/tidak pada bibir

g. Leher

Inspeksi: luka tidak ada ,

Palpasi: ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar

h. Payudara & ketiak

Inspeksi: payudara kanan kiri simetris, ketiak bersih, tidak ada luka

Palpasi: tidak ada benjolan dipayudara dan ketiak, tidak ada nyeri saat ditekan

i. Paru-paru

Inspeksi : pasien mengeluh sesak, gerakan tidak teratur, peggunaan otot bantu nafas, warna kulit merata, lesi/tidak, edema, pembengkakan/ penonjolan, RR sekitar 16-20 x/menit, nafas cepat

Palpasi : getaran vocal fremitus kanan dan kiri sama/atau tidak, ada fraktur pada costae/tidak Perkusi :normalnya berbunyi sonor.

Auskultasi : ada suara tambahan.

j. Jantung

Inspeksi : Tekanan darah berkisar antara 124/91 mmHg – 137/97 mmHg, RR sekitar 16-20 x/menit, nadi berkisar 100-112 x/menit

Palpasi: teraba ICS

Perkusi: normalnya terdengar pekak

Auskultasi: S3/S4 murmur

k. Abdomen

Inspeksi : luka tidak ada , jaringan parut tidak ada ,umbilikus menonjol/masuk kedalam , amati warna kulit merata

Auskultasi: bising usus normal (5-20x/menit)

Palpasi: nyeri tekan pada abdomen/tidak Perkusi: suara timpani.

l. Intergumen

Inspeksi : warna kulit sawo matang, turgor kulit baik Palpasi : kulit akan menjadi lembab, dingin, dan berkeringat

m. Ekstermitas

Inspeksi : tonus otot kuat/tidak, jari-jari lengkap/tidak, fraktur/tidak

Palpasi : oedema/tidak

n. Genitalia

Inspeksi : terpasang kateter

b. Diagnosa Keperawatan

Penyusunan standart luaran keperawatan disesuaikan dengan (SLKI, 2018) intervensi keperawatan disesuaikan dengan (SIKI, 2018).

c. Intervensi Keperawatan

Tabel 1.2
**Intervensi Keperawatan Hipertensi berdasarkan SDKI, SIKI,
SLKI**

No.	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Penurunan curah jantung (SDKI : D.0008, hal : 34)	setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka curah jantung membaik, dengan kriteria hasil	(SLKI : L.02008, hal : 20) - Dispnea dari 4 (cukup menurun) menjadi di 2 (cukup meninge gkat) - Tekanan darah dari 2 (cukup membungkuk) menjadi	SIKI : I.02075 HAL : 317 - Observasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 1. Identifikasi 1. Monitor tekanan darah. 2. Monitor terapeutik 1. Posisikan pasien semi-fowler 2. Monitor

			di 4 cukup memb aik.	nilai laborator ium jantung 3. Monitor fungsi alat jantung - Edukasi 1. Anjurkan beraktiviti tas sesuai toleransi 2. Anjurkan aktivitas secarabe rtahap - Kolaboras i 1. Kolaboras i pemberi an antiaritm ia (jika perlu)
2.	Nyeri Akut	Setelah di lakukan	Tingkat Nyeri	Manajemen Nyeri

		<p>tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun</p>	<p>(L.08066) SLKI HI : 145</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menu run 2. Merin gis menu run 3. Gelisah menu run 	<p>(1.08238) (SIKI HI : 201)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, Frekuensi, Kualitas, Intensitas Nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal terapeutik - Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik
--	--	---	--	---

				<p>non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti tarik napas dalam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edukasi 1. Jelaskan penyebab nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgesic
3.	Kesiapan Peningkatan Keseimbangan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	(SLKI : L.01003, Hal : 94) Tingkat	SIKI: I.01014 HAL : 247 - Observasi

	<p>gan Cairan (SDKI : D.0025, hal : 68)</p>	<p>an selama 1x 24 jam diharapkan Kesiapan Peningkatan Keseimbangan Cairan membaik.</p>	<p>kesadaran dari 2 (cukup menurun menjadi 3) (sedang) \\ Dispnea dari 4 (cukup menurun menjadi 3) (sedang)</p>	<p>1. Monitor frekuensi, irama, kedalam an, dan upaya napas - Monitor kemampuan batuk efektif - Terapeutik</p> <p>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>2. Dokumentasi hasil pemantauan</p> <p>- Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan</p>
--	---	---	---	---

				prosedur pemantauan 2. Informasi kan hasil pemantauan
4.	Intoleransi aktivitas (SDKI : D.0056, hal : 128	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :	(SLKI : L.05047, Hal : 149) - Frekuensi nadi dari 2 (cukup) menu run) menjadi 4 (cukup p menengah) menngkat) - Saturasi oksigen	SIKI : I.05178, HAL : 176 • Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan tubuh 3. Monitor pola dan jam tidur

			<p>en dari 1 menur un menj adi 4 (cuku p meni ngkat)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Terapeuti k <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkung an nyaman dan rendah stimulus (mis : cahaya, suara) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/aktif ● Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakuk an aktivitas secarabe rtahap ● Kolaboras
--	--	--	--	---

				i 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
--	--	--	--	---

d. Implementasi

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap pencanaan (Padila, 2013).

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan

dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak (Padila, 2013).

DAFTAR PUSTAKA

- Alfaqih, M.R. (2022) *Terapi Herbal Anti Hipertensi*. GUEPEDIA.
- Anggoniawan, M.S. (2018) ‘Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Self Care Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di RSUD Jombang’.
- Annih Kurnia, S.K.N.M.K. (2021) *SELF-MANAGEMENT HIPERTENSI*. Jakad Media Publishing.
- Anshari, Z. (2020) ‘KOMPLIKASI HIPERTENSI DALAM KAITANNYA DENGAN PENGETAHUAN’, *Jurnal Penelitian Keperawatan Medik*, 2(2).
- Ayaturahmi, Mahmudah, R. and Tasalim, R. (2022) ‘Hubungan Dukungan Keluarga dan Peran Perawat Terhadap Motivasi Pengendalian Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi’, 1(4), pp. 284–294. Available at: <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v1i4.1102>.
- Ayu, S.A. et al. (2023) ‘Optimalisasi Pengetahuan dan Dukungan Keluarga Pada Keluarga Pasien Hipertensi Terhadap Pengendalian Hipertensi Di Desa Sarampad Kec. Cugenang’, *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan Terkini*, 2(24), pp. 33–50.
- Baumeister, R. (2018) *Self-Regulation and Self-Control: Selected works of Roy F. Baumeister*. Taylor \& Francis (World Library of Psychologists). Available at: <https://books.google.co.id/books>.

- Bisnu, M.I.K.H. and Kepel, B.J. (2017) 'HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN DERAJAT HIPERTENSI PADA PASIEN HIPERTENSI Di PUSKESMAS RANOMUUT KOTA MANADO', *e-Journal Keperawatan (e-Kp)*, 5(1).
- Chacko, S. and Jeemon, P. (2020) 'Role of family support and self-care practices in blood pressure control in individuals with hypertension : results from a cross-sectional study in Kollam District , Kerala [version 1 ; peer review : 2 approved]', *Wellcome Open Research*, pp. 1–15.
- Chlarashinta, D.K. (2018) 'No DEFINISI HIPERTENSI'.
- Dames, S., Luctkar-Flude, M. and Tyerman, J. (2020) *Edelman and Kudzma's Canadian Health Promotion Throughout the Life Span - E-Book*. Elsevier Health Sciences. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=reDyDwAAQBAJ>.
- Delavera, A. et al. (2021) 'Hubungan Kondisi Psikologis Stress dengan Hipertensi pada Penduduk Usia Diatas 15 Tahun di Indonesia. The Correlation of Psychological Stress Conditions with Hypertension Among People Over 15 Years Old in Indonesia', *Bikfokes. FKM. UI*, 1(3), pp. 148–159.
- Elon, Y. et al. (2021) *Teori dan Model Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis. Available at: <https://books.google.co.id/books>.

- Eriyani, T. *et al.* (2022) ‘INTERVENSI BERBASIS SELF-CARE PADA PASIEN HIPERTENSI: A SCOPING REVIEW’, *Jurnal Keperawatan BSI*, 10(1), pp. 41–52.
- Fahkurnia, W. (2017) ‘GAMBARAN SELFCARE PADA PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GATAK KABUPATEN SUKOHARJO’.
- Jatiningrum, S. (2018) ‘Self Management Gaya Hidup Sehat’, *Journal of Chemical Information and Modeling* [Preprint].
- Julia, J., Isrok’atun, I. and Safari, I. (2018) *PROSIDING SEMINAR NASIONAL “Membangun Generasi Emas 2045 yang Berkarakter dan Melek IT” dan Pelatihan “Berpikir Suprarasional”*. UPI Sumedang Press. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=h09KDwAAQBAJ>.
- Kemenkes RI (2019) *Profil Kesehatan Indonesia 2019*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Available at: <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-indonesia-2019.pdf>.
- Lulu Putu Febryana Larasanty (2018) ‘FARMAKOTERAPI PENYAKIT KARDIOVASKULER DAN RENAL’.
- Mariyani (2021) ‘Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Self Care Behavior Penderita Hipertensi Di Puskesmas Rappang Kab. Sidrap Tahun 2020’,

(March), pp. 1–19.

Martiningsih (2012) ‘HUBUNGAN SELF-CARE DENGAN DERAJAT HIPERTENSI PADA PASIEN HIPERTENSI PRIMER DI POLIKLINIK PENYAKIT DALAM RSUD BIMA DITINJAU PERSPEKTIF KEPERAWATAN SELF-CARE OREM Martiningsih’, *Journal Kesehatan Prima*, 6(1), pp. 903–910.

Nabila, A., Arnita, Y. and Mulyati, D. (2022) ‘JIM FKep Volume V Nomor 4 Tahun 2022 SELF MANAGEMENT PENDERITA HIPERTENSI JIM FKep Volume V Nomor 4 Tahun 2022’, V.

Purnomo, L.I. (2017) ‘HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN KOMPLIKASI HIPERTENSI PADA PENDERITA DIABETES TIPE II’.

Riadi, M. (2018) ‘Pengertian, Jenis, Indikator dan Faktor Yang Mempengaruhi Self Management’.

Setiyaningsih, R. and Ningsih, S. (2019) ‘Effect of Motivation, Family Support and the Role of Cadres on Hypertensive Control Behavior’, *IJMS – Indonesian Journal On Medical Science – Volume 6 No. 1 – Januari 2019*, 6(1), pp. 79–85.

Sholihah, N.A. and Sakinah, S. (2022) *Buku Ajar Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Penerbit NEM. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=euufEAAAQBAJ>

.

- Sinaga, L.R. V *et al.* (2021) *Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Yayasan Kita Menulis. Available at: https://books.google.co.id/books?id=Yec%5C_EAAAQBAJ.
- Siswanto, Y. *et al.* (2020) 'Hipertensi pada Remaja di Kabupaten Semarang', *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 1(186), pp. 11–17.
- Su'ud, A.N., Murtaqib and Kushariyadi (2020) 'Hubungan Motivasi Dengan Perawatan Diri Pasien Hipertensi', *JKEP*, 5(2), pp. 137–149.
- Suparlika, I.P., Manto, O.A.D. and Yuwindry, I. (2020) 'Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Lansia Dalam Pengendalian Hipertensi Studi: Literature Review', *Proceeding of Sari Mulia University Nursing*, pp. 109–119.
- Thalib, P.D.S.B.M. (2017) *Psikologi Pendidikan Berbasis Analisis Empiris Aplikatif*. Kencana. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=gHA-DwAAQBAJ>.
- Toulasik, Y.A. (2019) *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Hipertensi Di RSUD Prof. DR. WZ. JOHANNES Kupang - NTT*.
- Triono, A. and Hikmawati, I. (2020) 'Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Perilaku Pengendalian Tekanan Darah

Pada Pen- derita Hipertensi Lansia di Puskesmas Sumbang 1', (September), pp. 7–20.

Wahyudi, T.W. and Nugraha, F.A. (2020) 'RELATIONSHIP OF FAMILY SUPPORT IN PATIENTS WITH HIGH BLOOD PRESSURE IN CONTROLLING HYPERTENSION', *MANUJU: Malahayati Nursing Journal*, 2, pp. 525–534.

World Health Organization, W. (2013) 'A global brief on Hyper - tension World Health Day 2013', in *A global brief on Hyper - tension World Health Day 2013*, pp. 1–39.



Biografi Penulis:

Shinta Arini Ayu, S.Kep., Ns., M. Kes Lahir di Terbanggi Besar 24 Mei 1988. Memulai pendidikan formalnya pada SDN 01 Gunung Madu sampai kelas 3 SD lalu dilanjutkan di SDN 01 Yukum Jaya, Terbanggi Besar Lampung Tengah dan tamat pada tahun 2000, selanjutnya pendidikan menengah tingkat pertama pada SMP Negeri 01 Terbanggi Besar Lampung Tengah tahun 2003 dan akhirnya menamatkan pendidikan menengah tingkat atas pada SMA Negeri 1 Terusan Nunyai Lampung Tengah dan tamat pada tahun 2006. Wanita yang kerap disapa shinta adalah anak dari pasangan Totok Sgiarto (Ayah) dan Rugaiyah (Ibu). Menyelesaikan pendidikan pada Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan pada tahun 2009, selanjutnya menempuh pendidikan Profesi Ners

di tempat yang sama hingga tahun 2010 dan lulus dengan predikat cumlaude. Pada tahun 2013 memulai pendidikan Magister Kesehatan di bidang Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Epidemiologi pada Sekolah Pasca Sarjana Universitas Malahayati dan menyelesaikan pendidikannya pada tahun 2015. Karier sebagai Dosen pada STIKes Permata Nusantara Kab. Cianjur dimulai tahun 2021 sampai dengan saat ini. Penulis pernah bekerja sebagai tenaga pengajar di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati dimulai sejak tahun 2013-2017. Pernah juga bekerja sebagai tenaga pengajar AKPER PEMKAB Cianjur Jawa Barat sejak tahun 2018–2021 dan pernah bertugas pada Klinik Arrisalah Bandar Lampung tahun 2010–2013. Ikut serta dalam berbagai kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat yang disertai dengan melakukan kolaborasi dalam penulisan buku dan artikel serta publikasi ilmiah pada tingkat nasional juga ikut berperan serta dalam *oral presentation* seminar baik nasional maupun internasional. Aktif dalam penulisan buku pada bidang Keperawatan, Buku yang ditulis diantaranya Falsafah dan Teori Keperawatan, Epidemiologi Lingkungan, Keperawatan Gawat Darurat, Hematologi, Falsafah Keperawatan, Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) dan HAKI.

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Jantung Koroner

Kartika Sari Wijayaningsih, S. Kep., Ns., M. Kep., M. Pd

A. Konsep Jantung Koroner

1. Definisi

Penyakit jantung koroner merupakan keadaan dimana terjadi penimbunan plak pada pembuluh darah koroner. Hal tersebut yang menyebabkan arteri koroner menyempit ataupun tersumbat. Arteri koroner merupakan arteri yang menyuplai darah otot jantung dengan membawa oksigen yang banyak. Terdapat beberapa faktor memicu penyakit ini, yaitu: gaya hidup, faktor genetik, usia dan penyakit pentyerta yang lain (Irawati et al., 2018).

Penyakit jantung koroner adalah penyakit jantung yang disebabkan adanya penebalan kolesterol pada dinding pembuluh darah jantung pada arteri koronaria.

Penyakit jantung koroner disebabkan oleh suplai darah ke otot jantung berkurang sebagai akibat tersumbatnya pembuluh darah arteri koronaria. Penyakit jantung koroner adalah

suatu manifestasi khusus dari atherosclerosis pada arteri koronaria.

2. Etiologi

Menurut Kasron (2012) penyebab penyakit jantung koroner tidak diketahui secara pasti, akan tetapi diduga karena adanya beberapa faktor yang berpengaruh antara lain :

1) Faktor endogen

- a) Berbagai jenis penyakit genetik : kelainan keromosom Menderita penyakit jantung bawaan.
- b) Adanya penyakit tertentu dalam keluarga seperti diabetes miltius, hipertensi, dan penyakit jantung bawaan.

2) Faktor eksogen

- a) Lingkungan
- b) Makan-makanan yang mengandung kolesterol tinggi.
- c) Kelebihan berat badan
- d) Kurang berolahraga

3. Patofisiologi

Jika arteri pada jantung tersebut mengalami gangguan maka dapat menyebabkan penyakit jantung coroner. Gangguan tersebut menyebabkan suplai darah pada otot jantung sehingga jantung akan mengalami kekurangan darah dengan segala manifestasinya. Timbulnya penyakit jantung koroner walau tampak mendadak sebenarnya melalui perlengsungan

lama (kronik). Gangguan suplai darah disebabkan terdapatnya aterosklerosis pada pembuluh darah arteri (Faisal Hamzah & Kumala Dewi, 2014).

Arteriosklerosis ialah terjadi kekakuan dan penyempitan lubang pembuluh darah jantung yang akan menyebabkan gangguan atau kekurangan suplai darah untuk otot jantung sehingga menyebabkan infark miokard. Pada umumnya gangguan suplai darah arteri koronaria dianggap berbahaya bila terjadi penyempitan sekitar 70% atau lebih pada pangkal atau cabang arteri coronaria. Penyempitan <50% kemungkinan belum menampakkan gangguan.

a. Manifestasi Klinik

Penyakit jantung koroner (PJK) ditandai dengan sejumlah gejala berat dan ringan, seperti :

1) Berat

a) *Infrak miocard akut*

Menurut Kasron (2012) Infrak miocard akut adalah suatu keadaan kematian jaringan otot jantung akibat ketidak seimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen yang terjadi secara mendadak.

1)) Regurgitasi katup mitral

Kebocoran aliran balik melalui katup mitral setiap kali ventrikel kiri memompa darah dari jantung menuju keorta sebagian darah mengalir kembali kedalam atrium kiri dan

menyebabkan meningkatnya volume dan tekanan di atrium kir

2) Defek septum atrium

Suatu lubang pada dinding (septum) yang memisahkan jantung bagian atas (atrium kiri dan atrium kanan).atau defek septum atrial adalah gangguan septum atau sekat antara rongga atrium kanan dan atrium kiri.

b) *Aritmia*

Kondisi ketika detak jantung menjadi tidak normal, jantung berdegup makin kencang hingga akhirnya berhenti berdetak atau *arrest*.

2) Ringan

a) Nyeri dada (*angina pectoria*)

Anda mungkin merasa tekanan atau sesak di dada, seolah-olah seseorang sedang berdiri di dada anda. Rasa sakit yang disebut sebagai angina, biasanya dipicu oleh tekanan fisik atau emosional. Hal itu biasanya hilang dalam beberapa menit setelah menghentikan aktivitas yang menyebabkan tekanan. Pada beberapa orang, terutama perempuan, nyeri ini mungkin sekilas atau tajam dan terasa di perut, punggung, atau lengan (Laily, n.d.).

b) Sesak napas

Jika jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh anda, anda dapat mengalami sesak napas atau kelelahan ekstrim tanpa tenaga.

c) Serangan jantung

Jika arteri koroner menjadi benar-benar tersumbat, anda mungkin akan mengalami serangan jantung. Gejala klasik serangan jantung termasuk tekanan yang menyesakkan dada dan sakit pada bahu atau lengan, kadang-kadang dengan sesak napas dan berkeringat.

d) Jantung berdebar-debar (*palpitasi*)

Jenis debar yang bersamaan dengan gejala lain yaitu saat seseorang kelelahan, sesak nafas dan nyeri ditubuhnya. Wanita mungkin kurang mengalami tanda-tanda khas serangan jantung dibanding laki-laki, termasuk mual dan sakit punggung atau rahang. Kadang-kadang serangan jantung terjadi tanpa ada tanda-tanda atau gejala yang jelas.

4. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Mandagi, Sudirman & Yani, 2019) pemeriksaan penunjang yang dapat diberikan meliputi:

- a. *Elektrokardiogram (EKG)*

Gambaran EKG saat istirahat dan bukan pada saat serangan angina sering masih normal. Gambaran EKG dapat menunjukkan bahwa pasien pernah mendapat infark miokard di masa lampau. Kadang-kadang menunjukkan pembesaran ventrikel kiri pada pasien hipertensi dan angina; dapat pula menunjukkan perubahan segmen ST dan gelombang T yang tidak khas. Pada saat serangan angina, EKG akan menunjukkan depresi segmen ST dan gelombang T dapat menjadi negatif.

b. Foto rontgen dada

Foto rontgen dada sering menunjukkan bentuk jantung yang normal ; pada pasien hipertensi dapat terlihat jantung membesar dan kadang-kadang tampak adanya kalsifikasi arkus aorta.

c. Pemeriksaan laboratorium.

Pemeriksaan laboratorium tidak begitu penting dalam diagnosis angina pektoris. Walaupun demikian untuk menyingkirkan diagnosis infark jantung akut sering dilakukan pemeriksaan enzim CPK, SGOT atau LDH. Enzim tersebut akan meningkat kadarnya pada infark jantung akut sedangkan pada angina kadarnya masih normal.

5. Tatalaksana

a. Farmakologi

1) Pemberian Analgetik

Analgesik yang diberikan biasanya golongan narkotik (*morfir*) diberikan secara intravena dengan pengenceran dan diberikan secara pelan-pelan. Dosisnya awal 2,0 – 2,5 mg dapat diulangi jika perlu.

2) Nitrat

Nitrat dengan efek vasodilatasi (terutama *venodilatasi*) akan menurunkan venous return akan menurunkan *preload* yang berarti menurunkan oksigen demam. Di samping itu nitrat juga mempunyai efek dilatasi pada arteri koroner sehingga akan meningkatkan suplai oksigen. *Nitrat* dapat diberikan dengan sediaan spray atau sublingual, kemudian dilanjutkan dengan peroral atau intravena.

3) Aspirin

Pemberian sebagai antitrombotik sangat penting diberikan. Dianjurkan diberikan sesegera mungkin (di ruang gawat darurat) karena terbukti menurunkan angka kematian.

4) Rombolitik terapi

Prinsip pengelolaan penderita infark miokard akut adalah melakukan

perbaikan aliran darah koroner secepat mungkin (Revaskularisasi/ Reperfusi). Hal ini didasari oleh proses patogenesanya, dimana terjadi penyumbatan atau trombosis dari arteri koroner. Revaskularisasi dapat dilakukan (pada umumnya) dengan obat-obat trombolitik seperti *streptokinase*, r-TPA (*recombinant tissue plasminogen activator complex*), Urokinase, ASPAC (*isolated plasminogen streptokinase activator*), atau Scu-PA (*single-chain urokinase-type plasminogen activator*). Pemberian trombolitik terapi sangat bermanfaat jika diberikan pada jam pertama dari serangan infark. Terapi ini masih bermanfaat jika diberikan 12 jam dari onset serangan infark (Karyatin. (n.d.)).

5) *Betablocker*

Betablocker diberikan untuk mengurangi kontraktilitas jantung sehingga akan menurunkan kebutuhan oksigen miokard. Di samping itu *betaclockers* juga mempunyai efek anti *aritmia*.

b. Non-farmakologi

a) Merubah gaya hidup

Merubah gaya hidup lebih sehat dengan memberhentikan kebiasaan merokok dan konsumsi alcohol.

1) Olahraga

Olahraga dapat meningkatkan kadar HDL kolesterol dan memperbaiki kolateral koroner sehingga PJK dapat dikurangi, olahraga bermanfaat karena seperti memperbaiki fungsi paru dan pemberian O₂ ke miokard, menurunkan berat badan sehingga lemak lemak tubuh yang berlebih berkurang bersama-sama dengan menurunnya LDL kolesterol, menurunkan tekanan darah, meningkatkan kesegaran jasmani (Lestari, S. D., Wahyuningsih, I. S., & Amal, A. I. (2023).

2) Diet

Diet merupakan langkah pertama dalam penanggulangan hiperkolesterolemia. Tujuannya untuk menjaga pola makan gizi seimbang, makan makanan yang dapat menurunkan kadar kolesterol dengan menerapkan diet rendah lemak.

B. Askep

1. Pengkajian

a) Identitas

Nama,umur,agama,suku atau bangsa, pendidikan dan pekerjaan. Pasien Usia ≥ 40 tahun beresiko terkena penyakit jantung koroner (PJK) dan lebih banyak terjadi pada laki-laki daripada perempuan (Bachtiar et al., 2023).

b) Keluhan Utama

Keluhan yang paling sering dijadikan alasan pasien merasa nyeri pada dada, jantung berdebar-debar bahkan sampai sesak nafas.

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang dikaji dimulai dari keluhan yang dirasakan pasien, sebelum masuk rumah sakit, ketika mendapatkan perawatan di rumah sakit sampai dilakukannya pengkajian. Pada pasien penyakit jantung koroner biasanya didapatkan adanya keluhan seperti nyeri pada dada. Keluhan nyeri dikaji menggunakan PQRST

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Dalam hal ini yang perlu dikaji atau ditanyakan pada klien tentang penyakit apa saja yang pernah di derita seperti nyeri dada, hipertensi, DM dan hiperlipidemia dan sudah berapa lama menderita penyakit yang

dideritanya,tanyakan apakah pernah masuk rumah sakit sebelumnya.

e) Riwayat Penyakit Keluarga

Seperti penyakit keturunan (diabetes melitus, hipertensi, asma, jantung) dan penyakit menular (TBC, hepatitis).

f) Riwayat Psikososial

Pada pasien penyakit jantung koroner didapatkan perubahan ego yaitu pasrah dengan keadaan, merasa tidak berdaya, takut akan perubahan gaya hidup dan fungsi peran, ketakutan akan kematian, menjalani operasi, dan komplikasi yang timbul. Kondisi ini ditandai dengan menghindari kontak mata, insomnia, sangat kelelahan, perubahan tekanan darah dan pola nafas, cemas, dan gelisah (Hartaty. (n.d.)).

g) Primary Survey

1) Airway

Look keluhan yang muncul Dada terasa seperti sesak, terbakar, tertusuk-tusuk, atau tertekan. Listen adalah mendengarkan suara pernafasan. Suara mengorok dan bunyi gurgling (bunyi cairan) menandakan adanya hambatan jalan nafas. Feel nafas pendek Nafas paten adanya suara nafas tambahan misalnya stridor/wheezing

2) Breathing

Inspeksi terpasang oksigen tdk lbh dari 94%, terdapat penggunaan otot bantu nafas, adanya sesak nafas Palpasi pengembangan paru, Auskultasi adanya suara nafas tambahan seperti whezzin

3) Circulation

Didapatkan nadi meningkat nadi berkisar 100-112 x/menit, ritme cepat berdebar-debar, Tekanan darah sistolik \geq 140 mmHg atau diastolik \geq 90 mmHg, Terdapat edema menandakan aliran darah terganggu menimbulkan gejala hypervolemia, Berkeringat dingin Jika ditemukan kulit pucat dan dingin menjadi indikasi syok.

4) Disability

Menilai kesadaran dengan cepat, apakah sadar, hanya respon terhadap nyeri atau sama sekali tidak sadar. Tidak dianjurkan mengukur GCS. Adapun cara yang cukup jelas dan cepat adalah A – Alert: Pasien terjaga, responsif, berorientasi, dan berbicara dengan petugas.

V – Verbal: Petugas memberikan rangsangan berupa suara (memanggil pasien).

P – Painful: Pemberian rangsangan nyeri dengan cara menggosok sternum atau sedikit cubitan pada bahu.

U – Unresponsive: Tidak ada respon apapun dengan suara atau dengan nyeri.

h) Secondary Survey

a. Keadaan Umum

Keadaan umum klien mulai saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Penderita dalam kelelahan, comatosus, apatis, stupor, somnolen, soporo coma dan coma. Penilaian GCS sangat penting untuk diperhatikan. Tanda tanda vital pasien mengalami peningkatan pada tekanan darah, nadi, dan respirasinya. Dan Terjadi perubahan sesuai dengan aktivitas dan rasa nyeri yang timbul seperti suhu meningkat, takikardi, takipneia, dyspnea, tekanan darah sistolik meningkat dengan diastolik normal (Fadlli et al., n.d.).

b. Kepala dan muka

Inspeksi : bentuk kepala bulat/lonjong, wajah simetris, rambut bersih, muka edema/tidak, lesi pada muka ada/tidak, ekspresi wajah meringis.

Palpasi : rambut tidak rontok , tidak ada benjolan pada kepala

c. Mata

Inspeksi : mata kanan dan kiri simetris, mata tidak juling , konjungtiva merah muda, sklera putih , pupil kanan dan kiri isokor (normal), reflek pupil terhadap cahaya miosis (mengecil)

Palpasi :tidak ada peningkatan tekanan intraokuler pada kedua bola mata/.

d. Telinga

Inspeksi :telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat pendengaran, warna telinga dengan daerah merata ,lesi tidak ada, tidak ada perdarahan, serumen tidak ada

e. Hidung

Inspeksi : keberadaan septum tepat di tengah, secret tidak ada, pasien terpasang masker oksigen

Palpasi :fraktur tidak ada dan nyeri tidak.

f. Mulut

Inspeksi : kering,sianosis

Palpasi :nyeri tekan/tidak pada bibir

g. Leher

Inspeksi : luka tidak ada ,

Palpasi :ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar

h. Payudara & ketiak

Inspeksi :payudara kanan kiri simetris, ketiak bersih, tidak ada luka

Palpasi : tidak ada benjolan dipayudara dan ketiak, tidak ada nyeri saat ditekan

i. Paru-paru

Inspeksi : pasien mengeluh sesak, gerakan tidak teratur, peggunaan otot bantu nafas, warna kulit merata, lesi/tidak, edema, pembengkakan/penonjolan, RR sekitar 16-20 x/menit, nafas cepat

Palpasi : getaran vocal fremitus kanan dan kiri sama/atau tidak, ada fraktur pada costae/tidak Perkusi :normalnya berbunyi sonor.

Auskultasi : ada suara tambahan

j. Jantung

Inspeksi : Tekanan darah berkisar antara 124/91 mmHg – 137/97 mmHg, RR sekitar 16-20 x/menit, nadi berkisar 100-112 x/menit

Palpasi : teraba ICS

Perkusi : normalnya terdengar pekak Auskultasi :S3/S4 murmur

k. Abdomen

Inspeksi : luka tidak ada , jaringan parut tidak ada ,umbilikus menonjol/masuk kedalam , amati warna kulit merata

Auskultasi : bising usus normal (5-20x/menit) Palpasi : nyeri tekan pada abdomen/tidak Perkusi : suara timpani

I. Intergumen

Inspeksi : warna kulit sawo matang, turgor kulit baik Palpasi : kulit akan menjadi lembab, dingin, dan berkeringat

m. Ekstermitas

Inspeksi : tonus otot kuat/tidak, jari-jari lengkap/tidak, fraktur/tidak Palpasi : *oedema*/tidak.

n. Genitalia

Inspeksi : terpasang kateter

2. Diagnosa Keperawatan

Penyusunan standart luaran keperawatan disesuaikan dengan (SLKI,2018) intervensi keperawatan disesuaikan dengan (SIKI, 2018).

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1

Intervensi Keperawatan jantung koroner berdasarkan
SDKI, SIKI, SLKI

No .	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun	Tingkat Nyeri (L.08066) SLKI HI : 145 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (1.08238) (SIKI HI : 201) - Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, Frekuensi, Kualitas, Intensitas Nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal terapeutik

				<ul style="list-style-type: none"> - Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti tarik napas dalam <ul style="list-style-type: none"> - Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesic
2.	Gangguan pertukaran gas (SDKI : D.0003,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam	(SLKI : L.01003, Hal : 94)	SIKI: I.01014 HAL : 247 <ul style="list-style-type: none"> - Observasi Monitor frekuensi, irama,

	hal : 22)	diharapkan gangguan pertukaran gas membaik.	(cukup menurun menjadi 3 (sedang) \ Dispnea dari 4 (cukup menurun) menjadi 3 (sedang)	kedalaman, dan upaya napas - Monitor kemampuan batuk efektif - Terapeutik Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Dokumentasi hasil pemantauan - Edukasi Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan
--	-----------	---	---	---

3.	Penurunan curah jantung (SDKI : D.0008, hal : 37)	setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka curah jantung membaik, dengan kriteria hasil	(SLKI : L.02008, hal : 20) <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea dari 4 (cukup menurun) menjadi 2 (cukup meningkat) - Tekanan darah dari 2 (cukup membekuk) menjadi 4 cukup membaik. 	SIKI : I.02075 HAL : 317 <ol style="list-style-type: none"> - Observasi 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Monitor tekanan darah. - Terapeutik 4. Posisikan pasien semi-fowler 5. Monitor nilai laboratorium jantung 6. Monitor fungsi alat jantung - Edukasi 3. Anjurkan beraktivitas sesuai toleransi 4. Anjurkan
----	---	--	--	--

				<p>aktivitas secarabertahap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi Kolaborasi pemberian antiaritmia (jika perlu)
4.	Intoleransi aktivitas (SDKI : D.0056, hal : 128	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :	<p>(SLKI : L.05047, Hal : 149)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi dari 2 (cukup menurun) menjadi 4 (cukup meningkat) - Saturasi oksigen dari 1 menurun menjadi 4 (cukup meningkat) 	<p>SIKI : I.05178, HAL : 176</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan tubuh 3. Monitor pola dan jam tidur • Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan

			at)	<p>nyaman dan rendah stimulus (mis : cahaya, suara)</p> <p>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/aktif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secaraberta hap</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkat kan asupan</p>
--	--	--	-----	---

				makanan.
--	--	--	--	----------

4. Implementasi

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap pencanaan (Melyani et al., 2023).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukukan (Sumara et al., 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Hartaty. (n.d.). STUDI KASUS PADA PASIEN Ny. "M" DENGAN JANTUNG KORONER DI RUANG INTERSIVE CARE UNIT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA MAKASSAR. <https://akpersandikarsa.e-journal.id/JIKSH/article/view/16/9>
- Karyatin. (n.d.). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 11(1), 37-43.
- Lestari, S. D., Wahyuningsih, I. S., & Amal, A. I. (2023). *GAMBARAN AKTIVITAS FISIK DAN TINGKAT KENYAMANAN PASIEN DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER*. *Jurnal Ilmiah Sultan Agung*, 2(1), 575-582. Bachtiar, L., Gustaman, R. A., Maywati, S., Masyarakat, P. K., Kesehatan, I., & Siliwangi, U. (2023). FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK) (Analisis Data Sekunder di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Subang). In *Jurnal Kesehatan komunitas Indonesia* (Vol. 19).
- Fadlli, A., Rosadi, M. I., Yudharta, U., & Pasuruan, P. (n.d.). *KLASIFIKASI PENYAKIT JANTUNG KORONER MENGGUNAKAN SELEKSI FITUR DAN SUPPORT VECTOR MACHINE*. <http://jurnal.yudharta.ac.id/v2/index.php/EXPLORE-IT/JurnalExporeIT|32>
- Faisal Hamzah, I., & Kumala Dewi, E. (2014). MAKNA SAKIT PADA PENDERITA PENYAKIT JANTUNG KORONER: STUDI

FENOMENOLOGIS. In *Jurnal Psikologi Undip* (Vol. 13, Issue 1).

Irawati, S., Sari, R. P., & Arianti, D. (2018). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRNYAKIT JANTUNG KORONER DI POLIKLINIK JANTUNG RST. DR. REKSODIWIRYO. PADANG TAHUN 2018. *Jurnal Ilmu Kesehatan (JIK) Oktober*.

Laily, S. R. (n.d.). *HUBUNGAN KARAKTERISTIK PENDERITA DAN HIPERTENSI DENGAN KEJADIAN STROKE ISKEMIK*
Relationship Between Characteristic and Hypertension With Incidence of Ischemic Stroke.
<https://doi.org/10.20473/jbe.v5i1>

Melyani, M., Tambunan, L. N., & Baringbing, E. P. (2023). Hubungan Usia dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner pada Pasien Rawat Jalan di RSUD dr. Doris Sylvanus Provinsi Kalimantan Tengah. *Jurnal Surya Medika*, 9(1), 119–125.
<https://doi.org/10.33084/jsm.v9i1.5158>

Sumara, R., Ari, N., & Indarti, I. (2022). Identifikasi Faktor Kejadian Penyakit Jantung Koroner Terhadap Wanita Usia ≤ 50 Tahun di RSU Haji Surabaya. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*, 6(2), 53–59.
<https://doi.org/10.33655/mak.v6i2.134>



Kartika Sari Wijayaningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.Pd
Dosen Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
STIKes Nani Hasanuddin

Biografi Penulis

Kartika Sari Wijayaningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,M.Pd lahir di Jakarta pada tanggal 01 Desember 1989. Anak pertama dari 2 bersaudara, Menyelesaikan Pendidikan Sekolah Dasar dan Sekolah Menengah Pertama di Depok-Jawa Barat, Menyelesaikan Pendidikan Menengah Atas di Jakarta Timur, Lalu S1 Keperawatan di Jakarta Timur lulus tahun 2011, S1 Profesi Keperawatan di Jakarta Selatan lulus tahun 2012. Melanjutkan S2 Keperawatan di Universitas Indonesia lulus tahun 2015 dan melanjutkan lagi S2 Pendidikan di Universitas Indraprasta PGRI Jakarta lulus tahun 2021. Kesibukan saat ini menjadi dosen tetap di Stikes Nani Hasanuddin Makassar. memiliki hobi menulis buku dan cerita pendek.

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Gagal Jantung Kongestif

Lina Indrawati, S. Kep., Ns., M. Kep

A. Definisi Gagal jantung Kongestif

Gagal Jantung merupakan kondisi klinis abnormal karena proses pompa jantung yang tidak adekuat dan / atau ketidak mampuan jantung mempertahankan sirkulasi yang adekuat (Lewis et. al, 2013). Gagal jantung menyebabkan jantung tidak mampu untuk mensuplai darah yang cukup untuk pemenuhan oksigen yang dibutuhkan oleh jaringan. Gagal jantung seringkali dibungkukan dengan beberapa gangguan kardiovaskular seperti hipertensi, penyakit arteri coroner, dan infark miokard. Keadaan ini merupakan sebuah sindrom atau diagnosis dan bukan suatu penyakit yang spesifik . gagal jantung dapat menjadi manifestasi akhir pada Sebagian besar penyakit jantung mulai dari hipertensi hingga kardiomiopati (Tao, L ; Kendall, 2014).

B. Etiologi

Menurut (LeMone, Priscilla; Burke, Karen M; Bauldoff, 2017) dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah, gagal jantung disebabkan dengan berbagai keadaan seperti :

1. Gangguan miokard

Penderita gangguan otot jantung sering mengalami gagal jantung karena berkurangnya kontraktilitas jantung. Aterosklerosis koroner, tekanan darah tinggi, dan penyakit degeneratif atau inflamasi seperti kardiomiopati adalah kondisi penting yang mengganggu fungsi miokard. Penyakit degeneratif dan miokarditis terkait dengan gagal jantung karena mereka merusak serat otot jantung, mengurangi kontraktilitasnya.

2. Aterosklerosis koroner

Disfungsi miokardium disebabkan oleh gangguan aliran darah ke miokardium akibat arteriosklerosis koroner. Penumpukan asam laktat menyebabkan hipoksia dan asidosis. Sebelum gagal jantung, infark miokard, atau kematian sel jantung, menyebabkan kontraktilitas yang lebih rendah, yang menyebabkan pergerakan dinding jantung yang tidak normal, dan mengubah kapasitas bilik jantung untuk mengembang.

3. dibandingkan dengan hipertensi sistemik atau pulmonal (yang meningkat setelah pembebanan), meningkatkan beban kerja

jantung, menyebabkan serat otot jantung menjadi lebih besar. Hipertensi ventrikel kiri menyebabkan gagal jantung karena beberapa alasan, salah satunya adalah hipertrofi ventrikel kiri. Hipertensi ventrikel kiri juga terkait dengan masalah sistolik dan diastolik ventrikel kiri, meningkatkan risiko infark miokard, dan mempermudah aritmia atrium dan ventrikel.

4. Penyakit jantung lainnya: Penyakit jantung yang sebenarnya berdampak langsung pada jantung. Gangguan aliran darah ke jantung, seperti stenosis katup semilunar, ketidakmampuan jantung untuk menyerap darah (seperti tamponade, perikardium, penyempitan perikardial, atau stenosis AV), dan peningkatan afterload yang tiba-tiba adalah mekanisme hubungan yang umum. Sementara stenosis aorta menimbulkan tekanan, regurgitasi mitral dan aorta menyebabkan peningkatan preload (Bierle et al., 2021).

C. Klasifikasi Gagal Jantung

Klasifikasi Fungsional gagal jantung *menurut New York Heart Association* (NYHA), sebagai berikut (LeMone, Priscilla; Burke, Karen M; Bauldoff, 2017):

Tabel 1.2

**Intervensi Klasifikasi Gagal Jantung New York
Heart Association (NYHA)**

Kelas 1	Tidak ada batasan : aktivitas fisik yang biasa tidak menyebabkan dyspnea napas, palpasi atau kelelahan berlebihan
Kelas 2	Gangguan aktivitas ringan : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas biasa menimbulkan kelelahan dan palpasi.
Kelas 3	Keterbatasan aktifitas fisik yang nyata : merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi aktivitas yang kurang dari biasa dapat menimbulkan gejala.
Kelas 4	Tidak dapat melakukan aktifitas fisik apapun tanpa merasa tidak nyaman : gejala gagal jantung kongestif ditemukan bahkan pada saat istirahat dan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktifitas fisik apapun.

D. Patofisiologi

Kekuatan jantung dalam merespon stres tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Jantung tidak akan mampu menjalankan fungsinya memompa darah sehingga menyebabkan kondisi yang disebut gagal jantung. Pada tahap awal, disfungsi komponen pemompaan dapat menyebabkan kegagalan jika cadangan jantung normal terganggu dan respons fisiologis tertentu tidak mengurangi curah jantung. Semua reaksi ini menunjukkan upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi normal ke organ vital. Menanggapi gagal jantung, ada tiga mekanisme

respons utama: peningkatan aktivitas adrenergik simpatis, peningkatan preload akibat aktivitas saraf, dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respons ini mencerminkan upaya untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme ini mungkin cukup untuk mempertahankan curah jantung normal atau mendekati normal pada pasien dengan gagal jantung dini dalam keadaan normal (LeMone, Priscilla; Burke, Karen M; Bauldoff, 2017).

Mekanisme dasar gagal jantung adalah gangguan kontraktilitas jantung sehingga menyebabkan curah jantung di bawah curah jantung normal. Jika curah jantung menurun, sistem saraf simpatis meningkatkan denyut jantung untuk mempertahankan curah jantung. Jika mekanisme ini gagal maka volume sekuncup harus disesuaikan. Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu preload (jumlah darah yang dialirkan ke jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat kontraksi), sel dan dikaitkan dengan perubahan pada jantung). didalam hati). panjang serat jantung dan konsentrasi kalsium) dan afterload (jumlah tekanan ventrikel kanan yang dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang diciptakan oleh tekanan arteri). Jika salah satu komponen tersebut terganggu maka curah jantung akan menurun (Tao, L; Kendall, 2014).

Kelainan fungsi miokard disebabkan oleh aterosklerosis koroner, tekanan darah tinggi, dan miopati degeneratif atau inflamasi. Aterosklerosis koroner menyebabkan disfungsi miokard karena terganggunya aliran darah ke miokardium. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokard sering terjadi sebelum gagal jantung. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung, yang pada gilirannya menyebabkan hipertrofi serat miokard. Efeknya (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karenanya meningkatkan kekuatan kontraksi jantung.

Miokarditis dan penyakit degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serat otot jantung sehingga menyebabkan berkurangnya kontraktilitas. Ventrikel kanan dan kiri mungkin gagal secara terpisah. Gagal ventrikel kiri sering terjadi sebelum gagal jantung kanan. Kegagalan ventrikel kiri sederhana identik dengan edema paru akut. Karena keluaran ventrikel digabungkan atau disinkronkan, kegagalan salah satu ventrikel dapat menyebabkan hipoperfusi jaringan (Loftus & Bowden, 2020).

E. Pemeriksaan Penunjang

Tes tambahan yang mungkin dilakukan pada pasien gagal jantung kongestif meliputi:

1. EKG:

Mengetahui adanya Hipertrofi atrium atau ventrikel, ketidaksejajaran, iskemia, aritmia, takikardia, fibrilasi atrium.

2. Tes stres:

Merupakan tes non-invasif untuk mengetahui kemungkinan iskemia atau infeksi sebelumnya.

3. Ekokardiografi (berbeda dengan EKG)

- a. Ekokardiografi Model M (berguna untuk menilai volume refluks dan kelainan regional, Model M paling sering digunakan dan diminta dengan EKG)
- b. Ekokardiografi dua dimensi (CT)
- c. Dopol echocardiogram (memberikan gambar dan pendekatan transesophageal ke jantung)

4. Kateterisasi jantung:

Tekanan abnormal merupakan tanda dan membantu membedakan antara gagal jantung kanan dan kiri serta stenosis atau insufisiensi katup.

5. Rontgen dada:

Dapat mengindikasikan hipertrofi jantung. Bayangan mencerminkan pelebaran atau pembesaran ruangan atau perubahan pembuluh darah yang tidak normal.

6. Elektrolit:

Dapat berubah menjadi abu-abu karena perpindahan cairan/penurunan fungsi ginjal dengan terapi diuretic

7. Oksmetrinade:

Saturasi oksigen mungkin rendah, terutama jika gagal jantung kongestif akut menjadi kronis.

8. Analisis gas darah:

Gagal ventrikel kiri ditandai dengan alkalosis respiratorik ringan (awal) atau hipoksemia dengan peningkatan PCO₂ (akhir).

9. Nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin:

Peningkatan BUN menunjukkan penurunan fungsi ginjal. Peningkatan BUN dan kreatinin merupakan indikasi

10. Pemeriksaan tiroid:

Peningkatan aktivitas tiroid menunjukkan bahwa tiroid yang terlalu aktif adalah penyebab gagal jantung (Bierle et al., 2021) .

F. Pengelolaan terapi

Pengobatan gagal jantung terbagi menjadi 2 terapi, yaitu:

- Secara farmakologis

Terapi yang mungkin diberikan meliputi kelompok diuretik, penghambat enzim pengubah angiotensin (ACEI), penghambat beta, penghambat reseptor angiotensin (ARB), glikosida penyakit jantung, antagonis aldosteron, dan obat pencahar pada pasien yang mengeluh konstipasi.

b. Secara non-medikasi:

Terapi non-obat termasuk istirahat berbaring, mengubah gaya hidup, pendidikan Kesehatan berhubungan dengan penyakit, prognosis, pengobatan juga. Perlu diperhatikan pencegahan dan risiko kekambuhan (Hayman dkk., 2015) .

G. Asuhan keperawatan Pasien dengan Gagal Jantung Kongestif

1. Promosi Kesehatan

Kegiatan ini bertujuan untuk mengurangi risiko dan insidensi gagal jantung terutama meminimalkan faktor risiko. Diskusikan faktor risiko CHD dan cara untuk mengurangi faktor risiko tersebut. Hipertensi juga merupakan penyebab utama gagal jantung. Pasien perlu dilakukan skrining rutin untuk memastikan kenaikan tekanan darah dan lakukan rujuk ke penyedia layanan primer jika ada indikasi. Diskusikan pentingnya penanganan hipertensi secara efektif untuk mengurangi risiko gagal jantung dimasa datang. Demikian juga penekanan hubungan pentalaksanaan diabetes

yang efektif dan penurunan risiko gagal jantung (Laksmi et al., 2020).

2. Fokus Pengkajian

a. Riwayat Kesehatan :

Pastikan apakah ada keluhan peningkatan napas pendek, dispnea saat ekspirasi, penurunan toleransi aktivitas, atau dispnea nokturna paroksimal; jumlah bantal yang digunakan untuk tidur, nyeri dada atau abdomen.

b. Pemeriksaan fisik ;

Penampilan umum, kemudahan bernapas, bercakap cakap, berubah posisi, kecemasan; tanda vital termasuk nadi apical; warna kulit dan membrane mukosa; distensi vena leher, nadi perifer, pengisian kapiler, adanya edema dan derajatedema, bunyi jantung dan napas, kontur abdomen, bising usus, nyeri tekan, nyeri tekan abdomen kana atas, pembesaran hati (Hayman et al., 2015).

3. Diagnosis dan Intervensi keperawatan

- 1) Penurunan curah jantung b.d kegagalan pompa, penurunan volume jaringan dan perfusi jaringan

Intervensi :

- a. Monitor tanda vital dan saturasi oksigen sesuai indikasi
 - b. Auskultasi bunyi jantung dan napas secara teratur
 - c. Berikan oksigen tambahan sesuai kebutuhan
 - d. Berikan medikasi yang diprogramkan sesuai instruksi
 - e. Anjurkan istirahat, dengan menjelaskan rasionalnya
 - f. Tinggikan kepala tempat tidur
 - g. Hindari *Valsava maneuver*.
-
- 2) Kelebihan volume cairan b.d penurunan curah jantung, retensi garam dan air.

Intervensi :

- a. Kaji status pernapasan dan auskultasi bunyi paru minimal setiap 4 jam.
- b. Monitor asupan dan haluanan, beritahu dokter jika haluanan urin kurang dari 30 ml/jam

- c. Catat libgkar abdomen setiap shift.
Perhatikan keluhan kehilangan nafsu makan, nyeri abdomen atau mual.
 - d. Monitor dan catat pemukuran hemodinamik secara rutin
 - e. Batasi cairan sesuai instruksi.
- 3) Intoleransi aktivitas b.d penurunan curah jantung, ketidakmampuan melakukan aktivitas

Intervensi :

- a. Atur asuhan keperawatan untuk memberikan waktu istirahat
 - b. Bantu ADL sesuai kebutuhan dan dukung kemandirian dalam Batasan yang dianjurkan
 - c. Rencanakan dan implementasikan aktivitas progresif. Gunakan latihan ROM aktif dan Pasif
 - d. Berikan informasi tertulis dan verbal tentang aktivitas setelah pemulangan.
- 4) Kurang Pengetahuan: Diet Rendah Natrium.
- Diet menjadi bagian penting dalam tata laksana gagal jantung untuk mengatasi retensi cairan.
- Beberapa intervensi yang dianjurkan :

- a. Diskusikan dengan pasien dan keluarga rasional pembatasan natrium
- b. Konsultasikan ke ahli gizi untuk perencanaan dan mengajarkan diet rendah natrium, jika perlu sekaligus pengendalian berat badan dan diet rendah kalori.
- c. Bantu pasien untuk membuat perencanaan makanan dan mengatur diet dalam beberapa hari kedepan
- d. Anjurkan makan dalam porsi kecil tapi sering daripada 3 kali porsi setiap hari.

4. Implementasi Keperawatan

Ini merupakan langkah keempat dalam proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyiapkan rencana asuhan keperawatan (LeMone, Priscilla; Burke, Karen M; Bauldoff, 2017). Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dengan masalah status kesehatan transisi menuju kesehatan yang baik dengan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses implementasi harus fokus pada kebutuhan pasien, faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan aktivitas komunikasi (Son et al., 2020).

5. Evaluasi

Menilai kembali implementasi yang sudah diterapkan merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Penilaian adalah aktivitas yang disengaja dan berkelanjutan yang melibatkan pasien, perawat, dan anggota tim layanan kesehatan lainnya. Tahap penilaian merupakan perbandingan status kesehatan pasien secara sistematis dan terencana dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan secara berkesinambungan dengan partisipasi pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan penilaian adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan.

Ada 2 jenis penilaian :

Penilaian Proses (Proses)

- 1) Penilaian formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil aktivitas keperawatan. Pengkajian ini dilakukan segera setelah perawat melaksanakan rencana keperawatan untuk mengevaluasi efektivitas aktivitas keperawatan yang dilakukan. Penilaian ini mencakup 4 komponen yang disebut SOAP, yaitu subjektif (data keluhan pasien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan alasan, teori), dan perencanaan.
- 2) Penilaian keseluruhan (hasil)

Pengkajian sumatif merupakan pengkajian yang dilakukan setelah seluruh aktivitas dalam proses keperawatan selesai. Tinjauan komprehensif ini bertujuan untuk mengevaluasi dan memantau kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Metode yang mungkin. Jenis pengkajian ini digunakan untuk melakukan wawancara akhir layanan, menanyakan jawaban pasien dan keluarganya mengenai layanan keperawatan, dan mengadakan pertemuan akhir layanan. Ada tiga hasil penilaian yang dapat dicapai untuk mencapai tujuan keperawatan, yaitu:

- a) Tujuan tercapai/masalah terpecahkan
- b) Tujuan tercapai sebagian/ masalah terselesaikan sebagian
- c) Tujuan tidak tercapai/ masalah tidak terselesaikan

H. Pertimbangan asuhan berbasis komunitas dan Gerontologi

Kondisi gagal jantung membutuhkan peran serta pasien dan keluarga agar tata laksana menjadi efektif. Beberapa fokus penyuluhan atau promosi Kesehatan yang diberikan adalah :

1. Proses penyakit dan efeknya terhadap kehidupan pasien

2. Peringatkan tanda tanda pompa jantung semakin menurun atau dekompensasi jsntung ysng meembutuhkan penanganan lanjut.
3. Efek yang diharapkan dan merugikan dari obat obatan yang diprogramkan, monitoring apakah ada efek, penekanan pentingnya kepatuhan terhadap regimen terapeutik untuk mencegah komplikasi gagal jantung akut dan jangka Panjang.
4. Diet yang dianjurkan dan Batasan natrium, mengacu pada American Heart Association (AHA)
5. Anjuran melakukan latihan fisik untuk memperkuat otot jantung dan memperbaiki kapasitas aerob misalnya melakukan aktivitas yang nyaman, hindari mengejan, mulai latihan fisik secara bertahap, beri jarak antara makan dan akttivitas, Lakukan sebanyak mungkin aktivitas mandiri yang mungkin anda bisa.
6. Pentingnya mempertahankan kontrol lanjutan terjadwal untuk memonitor perkembangan penyakit dan efek terapi.
7. Berikan rujukan untuk asuhan Kesehatan dirumah dan bantuan rumah tangga (berbelanja, transportasi, kebutuhan pribadi dan perawatan dirumah)
8. Jika memungkinkan dikomunikasikan ke fasilitas pelayanan Kesehatan terdekat seperti puskesmas, jika terdapat tanda tanda komplikasi dari gagal jantung atau pasien merasa tidak nyaman.

DAFTAR PUSTAKA

- Bierle, R. S., Vuckovic, K. M., & Ryan, C. J. (2021). Integrating palliative care into heart failure management. *Critical Care Nurse*, 41(3), e9–e18. <https://doi.org/10.4037/ccn2021877>
- Grange, J. (2005). The role of nurses in the management of heart failure. *Heart*, 91(SUPPL. 2), 39–42. <https://doi.org/10.1136/hrt.2005.062117>
- Hayman, L. L., Berra, K., Fletcher, B. J., & Houston Miller, N. (2015). The role of nurses in promoting cardiovascular health worldwide: The global cardiovascular nursing leadership forum. *Journal of the American College of Cardiology*, 66(7), 864–866. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.06.1319>
- Laksmi, I. A. A., Putra, P. W. K., & Sudika, I. K. (2020). Supportive Educative Nursing Program Effectively Increasing Self Care for Heart Failure Patients. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 8(1), 37–46. <https://doi.org/10.32668/jitek.v8i1.390>
- LeMone, Priscilla; Burke, Karen M; Bauldoff, G. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Kardiovaskular* (A. Linda (ed.); 5th ed., pp. 1208–1227). EGC. www.egcmedsbook.com

Loftus, N. W., & Bowden, T. (2020). Acute decompensated heart failure: a study of nursing care. *British Journal of Cardiac Nursing*, 15(3), 1–12. <https://doi.org/10.12968/bjca.2019.0127>

Son, Y. J., Choi, J., & Lee, H. J. (2020). Effectiveness of nurse-led heart failure self-care education on health outcomes of heart failure patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186559>

Tao, L; Kendall, K. (2014). *Sinopsis Organ System Kardiovaskular:Pendekatan dengan Sistem terpadu dan disertai kumpulan kasus klinik* (S. Hartono, Andry; Gunardi (ed.)). Karisma Publishing Grup.



Biografi Penulis

Lina Indrawati, S.Kep, Ns, M.Kep lahir di Jakarta pada tanggal 21 Oktober 1980. Mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan dan Ners tahun 2005 dari Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya Malang. Kemudian pada tahun 2014 menyelesaikan program Magister Keperawatan di Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan dengan program beasiswa BPPS dari Kemenristekdikti. Sejak tahun 2005 diangkat menjadi dosen tetap di STIKes Medistra Indonesia, Bekasi. Selain mengajar, penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat serta mulai aktif menulis buku sejak tahun 2014 dan menghasilkan beberapa HAKI dan publikasi hasil penelitian dan pengabdian masyarakat ke dalam jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional.

Email : aisyah150416@gmail.com, Hp: 081316317244

Sinopsis:

Buku "Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Kardiovaskuler" adalah panduan yang dirancang khusus untuk perawat yang merawat pasien dengan masalah kardiovaskuler. Gangguan kardiovaskuler, termasuk penyakit jantung dan hipertensi, adalah salah satu penyebab utama kematian di seluruh dunia. Perawat memainkan peran yang sangat penting dalam memberikan perawatan berkualitas kepada pasien dengan gangguan ini, dan buku ini memberikan pengetahuan dan panduan yang diperlukan.

Buku ini mencakup berbagai aspek dalam perawatan pasien gangguan kardiovaskuler, mulai dari pemahaman dasar tentang anatomi dan fisiologi sistem kardiovaskuler hingga teknik-teknik perawatan yang mutakhir. Pembaca akan belajar tentang berbagai gangguan kardiovaskuler yang umumnya dihadapi, gejala-gejalanya, dan metode diagnosis yang relevan. Selain itu, buku ini menjelaskan pendekatan terkini dalam perawatan pasien, termasuk pengelolaan obat, intervensi prosedural, dan rencana perawatan yang efektif.

Dalam buku ini, perawat akan menemukan informasi yang berguna tentang pemantauan pasien, manajemen nyeri, intervensi, serta strategi edukasi pasien dan keluarga. Buku ini juga mengatasi berbagai isu etis dan psikososial yang seringkali muncul dalam perawatan pasien gangguan

kardiovaskuler. Ini adalah sumber daya penting bagi perawat yang ingin memperdalam pemahaman mereka tentang perawatan kardiovaskuler yang komprehensif.

Dengan penekanan pada praktik berbasis bukti, buku ini membantu perawat untuk memberikan asuhan yang lebih baik, meningkatkan kualitas hidup pasien, dan memberikan dukungan yang diperlukan kepada individu dan keluarga yang menghadapi masalah kardiovaskuler. "Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Kardiovaskuler" adalah panduan yang wajib dimiliki oleh setiap perawat yang peduli dengan perawatan pasien dengan gangguan kardiovaskuler.

Buku "Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Kardiovaskuler" adalah panduan yang dirancang khusus untuk perawat yang merawat pasien dengan masalah kardiovaskuler. Gangguan kardiovaskuler, termasuk penyakit jantung dan hipertensi, adalah salah satu penyebab utama kematian di seluruh dunia. Perawat memainkan peran yang sangat penting dalam memberikan perawatan berkualitas kepada pasien dengan gangguan ini, dan buku ini memberikan pengetahuan dan panduan yang diperlukan.

Buku ini mencakup berbagai aspek dalam perawatan pasien gangguan kardiovaskuler, mulai dari pemahaman dasar tentang anatomi dan fisiologi sistem kardiovaskuler hingga teknik-teknik perawatan yang mutakhir. Pembaca akan belajar tentang berbagai gangguan kardiovaskuler yang umumnya dihadapi, gejala-gejalanya, dan metode diagnosis yang relevan. Selain itu, buku ini menjelaskan pendekatan terkini dalam perawatan pasien, termasuk pengelolaan obat, intervensi prosedural, dan rencana perawatan yang efektif.

Dalam buku ini, perawat akan menemukan informasi yang berguna tentang pemantauan pasien, manajemen nyeri, intervensi, serta strategi edukasi pasien dan keluarga. Buku ini juga mengatasi berbagai isu etis dan psikososial yang seringkali muncul dalam perawatan pasien gangguan kardiovaskuler. Ini adalah sumber daya penting bagi perawat yang ingin memperdalam pemahaman mereka tentang perawatan kardiovaskuler yang komprehensif.

Dengan penekanan pada praktik berbasis bukti, buku ini membantu perawat untuk memberikan asuhan yang lebih baik, meningkatkan kualitas hidup pasien, dan memberikan dukungan yang diperlukan kepada individu dan keluarga yang menghadapi masalah kardiovaskuler. "Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Kardiovaskuler" adalah panduan yang wajib dimiliki oleh setiap perawat yang peduli dengan perawatan pasien dengan gangguan kardiovaskuler.

ISBN 978-623-8411-24-5



9 786238 411245

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA

Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022