

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE
HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI PROGRESSIVE MUSCLE
RELAXATION DENGAN DZIKIR TERHADAP PENURUNAN TEKANAN
DARAH DAN TINGKAT STRES DI RUANG STROKE CENTRE RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH :

**ABDUL SAAD, S.Kep
17.11.10241.2.0001**

PROGRAM PROFESI NERS

FAKULTAS KESEHATAN & FARMASI

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

2018

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Hemoragik
dengan Intervensi Inovasi Progressive Muscle Relaxation dengan Dzikir
terhadap Penurunan Tekanan Darah dan Tingkat Stres
di Ruang Stroke Centre RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



DISUSUN OLEH :

**Abdul Saad, S.Kep
17.11.10241.2.0001**

PROGRAM PROFESI NERS

FAKULTAS KESEHATAN & FARMASI

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE
HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI *PROGRESSIVE MUSCLE
RELAXATION* DENGAN DZIKIR TERHADAP PENURUNAN TEKANAN
DARAH DAN TINGKAT STRES DI RUANG STROKE CENTRE RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

**Abdul Saad, S.Kep
17111024120001**

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 23 Juli 2018

Pembimbing



**Ns. Joanggi WH, M.Kep
NIDN. 1122018501**

Mengetahui,

Koordinator Mata Kuliah Elektif



**Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep
NIDN. 1115017703**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE
HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI *PROGRESSIVE MUSCLE
RELAXATION* DENGAN DZIKIR TERHADAP PENURUNAN TEKANAN
DARAH DAN TINGKAT STRES DI RUANG STROKE CENTRE RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :

**Abdul Saad, S.Kep
17111024120001**

**Diseminarkan dan Diujikan
Pada tanggal, 23 Juli 2018**

Penguji I



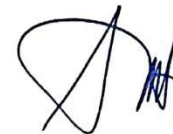
**Ns. Wahyu Oktaviyanti, S.Kep,MM
NIP.197210071995032003**

Penguji II



**Ns. Siti Koiroh M,M.Kep
NIDN. 115017703**

Penguji III



**Ns. Joanggi WH.,M.Kep
NIDN. 1122018501**

**Mengetahui,
Ketua**

Program Studi S1 Keperawatan



**Ns. Dwi Rahma F.,M.Kep
NIDN.1119097601**

Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Hemoragik dengan Intervensi Inovasi *Progressive Muscle Relaxation* dengan Dzikir terhadap Penurunan Tekanan Darah dan Tingkat Stres di Ruang Stroke Centre RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2018

Abdul Saad¹, Joanggi W²

INTISARI

Latar belakang: Stroke adalah penyakit yang sering ditandai dengan peningkatan tekanan darah yang dapat mengganggu pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh. Tekanan darah merupakan faktor resiko utama untuk penyakit serebrovaskuler (stroke, transientischemic attack), penyakit arteri koroner (infark miokard, angina), gagal ginjal, dimensia, dan atrial fibrilasi yang akan meningkatkan mortalitas dan morbiditas akibat gangguan kardiovaskulernya.

Metode analisis keperawatan yang digunakan adalah dengan memberikan *Progressive Muscle Relaxation* dengan Dzikir terhadap penurunan tekanan darah dan tingkat stres, waktu analisis kepaerawatan pada tanggal 10-12 juli 2018 di Ruang Stroke Centre RSUD A.W Sjahranie Samarinda.

Berdasarkan hasil analisis dapat disimpulkan bahwa hasil intervensi inovasi terjadi penurunan tekanan darah dan tingkat stres setiap harinya setelah dilakukan intervensi inovasi *Progressive Muscle Relaxation* dengan dzikir.

Kata kunci: *Progressive Muscle Relaxation*, Dzikir, tekanan darah, tingkat stres

¹Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, Program Profesi Ners

²Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**Nursing Clinical Practice Analysis of Hemorrhagic Stroke Patients with
Progressive Muscle Relaxation Innovation Intervention with Dzikir the Blood
Pressure Reduction and Stress Level in Stroke Room RSUD Center Abdul
Wahab Sjahranie Samarinda Year 2018**

Abdul Saad³, Joanggi W⁴

ABSTRACT

Background: Stroke is a disease that is often characterized by an increase in blood pressure that can interfere with blood vessels that result in oxygen supply and nutrients carried by the blood obstructed to the body tissues. Blood pressure is a major risk factor for cerebrovascular disease (stroke, transient ischemic attack), coronary artery disease (myocardial infarction, angina), renal failure, dementia, and atrial fibrillation that will increase mortality and morbidity due to cardiovascular disorders.

The method of nursing analysis used is to provide Progressive Muscle Relaxation with Dzikir to the decrease of blood pressure and stress level, time of nursing analysis on 10-12 July 2018 at Space Stroke Center RSUD A.W Sjahranie Samarinda.

Based on the results of the analysis can be concluded that the results of innovation interventions decreased blood pressure and stress levels every day after the innovation intervention Progressive Muscle Relaxation with dzikir.

Keywords: Progressive Muscle Relaxation, Dzikir, blood pressure, stress level

³Students of Muhammadiyah University of East Kalimantan, Profession Ners Program.

⁴Lecturer of Muhammadiyah University of East Kalimantan.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dari berbagai penyakit yang sering ditemukan sekarang, stroke adalah salah satu yang terbanyak dimana tidak hanya menyerang orang tua namun juga menyerang yang berusia muda. Berdasarkan data terbaru dan hasil Riset Kesehatan Dasar 2013 (Riskades 2013), stroke merupakan penyebab kematian utama di Indonesia. Stroke atau cedera *Cerebrovaskuler* (CVA) adalah berhentinya suplai darah kebagian otak sehingga mengakibatkan hilangnya fungsi otak (Smeltzer & Suzane, 2006). Hal ini dapat terjadi karena pecahnya pembuluh darah atau terhalangnya asupan darah ke otak menimbulkan masalah kesehatan yang serius karena dapat menimbulkan kecacatan mental bahkan kematian (WHO, 2010).

Angka kejadian stroke di Dunia diperkirakan mencapai 200 per 100.000 penduduk dalam setahun (Yastroki, 2005). Prevalensi kejadian stroke di Amerika pada tahun 2005 adalah sebesar 2,6%. Prevalensi tersebut meningkat sesuai dengan kelompok usia yaitu 0,8% pada usia 18 sampai 44 tahun, 2,7% pada kelompok usia 45 sampai 64 tahun dan 8,1% pada kelompok usia 65 tahun ke atas. Prevalensi pada pria mencapai 7,2% sedangkan pada wanita mencapai 2,5% (Satyanegara, dkk, 2010, hlm.227).

Di Indonesia, diperkirakan setiap tahunnya mencapai 500.000 orang. Dari jumlah tersebut terdapat sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal dan

sisanya cacat ringan (Yastroki, 2006). Secara umum, dapat dikatakan angka kejadian stroke adalah 200 per 100.000 penduduk. Dalam satu tahun, di antara 100.000 penduduk, maka 200 orang akan menderita stroke. Kejadian stroke iskemik sekitar 80% dari seluruh total kasus stroke, sedangkan kejadian stroke hemoragik hanya sekitar 20% dari seluruh total kasus stroke (Yayasan Stroke Indonesia 2012). Pada penelitian berskala cukup besar yang dilakukan oleh survey ASNA (*Asean Neurologic Association*) di 28 rumah sakit di seluruh Indonesia, pada penderita stroke akut yang dirawat di rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita laki-laki lebih banyak dari perempuan dan profil usia dibawah 45 tahun cukup banyak yaitu 11,8%, usia 45-64 tahun berjumlah 54,7% dan diatas usia 65 tahun sebanyak 33,5% (Misbach 2010 dalam Rahmatika 2014).

Di Kalimantan Timur, stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 setelah penyakit jantung, hipertensi, dan ketuaan lansia dengan presentase 13.2% dari 460 kasus (Dinkes Kaltim, 2016). Di Samarinda sendiri khususnya RSUD Abdul Wahab Sjahranie, jumlah pasien di Ruang Unit Stroke Center dalam 6 bulan terakhir mencapai 371 pasien, dengan pasien *stroke non hemoragic* (SNH) sebanyak 200 pasien dan *stroke hemoragic* sebanyak 171 pasien.

Stroke adalah penyakit yang sering ditandai dengan peningkatan tekanan darah yang dapat mengganggu pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke

jaringan tubuh. Tekanan darah merupakan faktor resiko utama untuk penyakit *Cerebrovaskuler* (stroke, transientischemic attack), penyakit arteri koroner (infark miokard, angina), gagal ginjal, demensia, dan atrial fibrilasi yang akan meningkatkan mortalitas dan morbiditas akibat gangguan kardiovaskulernya (Potter & Perry, 2010).

Stres adalah respon tubuh yang tidak spesifik terhadap kebutuhan tubuh yang terganggu, suatu fenomena universal yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari tidak dapat dihindari, setiap orang mengalaminya, stres memberi dampak secara total pada individu yaitu terhadap fisik, psikologis, intelektual, sosial dan spiritual, stres dapat mengancam keseimbangan fisiologis (Hans Selye, 1956; Davis et al. 1989; Barbara Kozier, et al, 1989 dalam Rasmun 2009).

Hipertensi atau darah tinggi adalah satu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah, terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Sustarni, 2004). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan angka kesakitan atau morbiditas dan angka kematian atau mortalitas. Hipertensi merupakan keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal atau kronis dalam waktu yang lama (Saraswati, 2009).

Menurut WHO (*World Health Organization*), batas normal adalah 120-140 mmHg sistolik dan 80-90 mmHg diastolik. Jadi jika seseorang disebut mengidap hipertensi jika tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 95 mmHg, dan tekanan darah perbatasan bila tekanan darah sistolik antara 140-160 mmHg dan tekanan darah diastolic antara 90 mmHg-95 mmHg (Poerwati, 2008).

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat ruangan, selama ini penanganan pasien stroke yang mengalami peningkatan tekanan darah hanya berfokus kepada pengobatan medis saja. Obat-obatan medis diberikan saat pasien berada di Rumah Sakit dan setelah pulang, sehingga tidak sepenuhnya mendukung pasien untuk memfasilitasi. Keadaan ini akan mengalami ketergantungan untuk mengonsumsi obat-obatan secara terus menerus.

Berdasarkan fenomena tersebut diatas, maka peneliti ingin melakukan intervensi lebih intensif terhadap pasien dengan *Stroke Hemoragic* (SH) dengan Latihan di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Perumusan Masalah

Perumusan masalah pada KIAN ini adalah “Bagaimana gambaran analisis pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan intervensi *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) dengan Dzikir terhadap penurunan tekanan darah dan penurunan tingkat stress di Ruang Stroke Centre RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik dengan intervensi inovasi terapi *Progressive Muscle Relaxation* dengan Dzikir di Ruang Stroke Centre RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnose medis stroke hemoragik dengan tekanan darah tinggi
- b. Menganalisis intervensi inovasi *Progressive Muscle Relaxation* dengan Dzikir untuk menurunkan tekanan darah tinggi dan penurunan tingkat stress dengan diagnosa stroke non hemoragik.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Pasien

Karya ilmiah akhir ners ini diharapkan dapat memberikan pemahaman kepada pembaca tentang terapi *Progressive Muscle Relaxation* dengan dzikir dapat menurunkan tekanan darah dan tingkat stress pada pasien stroke hemoragik.

b. Bagi Perawat

Sebagai bahan masukan berupa intervensi yang bisa diterapkan dilahan rumah sakit khususnya di Ruang Stroke Centre untuk meningkatkan pengetahuan dalam penanganan pasien stroke yang mengalami tekanan darah tinggi

c. Bagi Tenaga kesehatan

Asuhan keperawatan sebagai bahan masukandan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya pada pasien stroke hemoragik.

2. Manfaat Keilmuan

a. Bagi Penulis

Meningkatkan kemampuan penulis dalam melakukan analisis pengaruh terapi *Progressive Muscle Relaxation* dengan dzikir pada pasien stroke hemoragik, serta menambah pengetahuan penulis dalam

pembuatan karya ilmiah akhir ners.

b. Bagi Peneliti Seanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya dapat dijadikan acuan data guna melakukan penelitian pada klien Stroke Hemoragik dengan intervensi Progressive Muscle Relaxation dengan dzikir.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Stroke

1. Definisi

Stroke atau cedera *serebrovaskular* (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak yang biasanya diakibatkan oleh *thrombosis, embolisme, iskemia dan hemoragi* (Smeltzer, 2007). Menurut Arif Muttaqin, stroke merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak yang bisa terjadi pada siapa saja (Muttaqin, 2008)

Gejala stroke dapat bersifat fisik, psikologis dan perilaku, gejala fisik yang paling khas adalah paralisis, kelemahan, hilangnya sensasi diwajah, lengan atau tungkai disalah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara, kesulitan menelan dan hilangnya sebagian penglihatan disatu sisi. Seorang dikatakan terkena stroke jika salah satu atau kombinasi apapun dari gejala diatas berlangsung selama 24 jam atau lebih (Feigin, 2007).

2. Klasifikasi

Menurut Padiastuti (2011) stroke terbagi menjadi 2 kategori yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragi atau stroke iskemik.

- a. Stroke hemoragik adalah stroke karena pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah otak dan merusaknya. Hampir 70% kasus stroke hemoragik diderita oleh penderita hipertensi, stroke hemoragik digolongkan menjadi dua yaitu: (1) *Hemoragik intraserebral* (perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak), (2) *Hemoragik subaraknoid* (perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid atau ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan yang menutupi otak).
- b. Stroke non hemoragik atau stroke iskemik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Stroke iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis yaitu: (1) *stroke trombotik* (proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan), (2) *stroke embolik* (tertutupnya pembuluh darah arteri oleh bekuan darah), (3) *Hipoperfusion sistemik* (aliran darah keseluruh bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung)

3. Etiologi

Menurut Muttaqin (2008), penyebab stroke terdiri dari:

a. *Thrombosis serebral*

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan

edema dan kongesti di sekitarnya. *Thrombosis* biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

b. *Hemoragi*

Perdarahan *intracranial* atau *intraserebral* termasuk dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan peisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga terjadi infark otak, odema, dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung-paru, curah jantung yang turun akibat aritmia.

d. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai dengan subarknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren

4. Manifestasi klinis

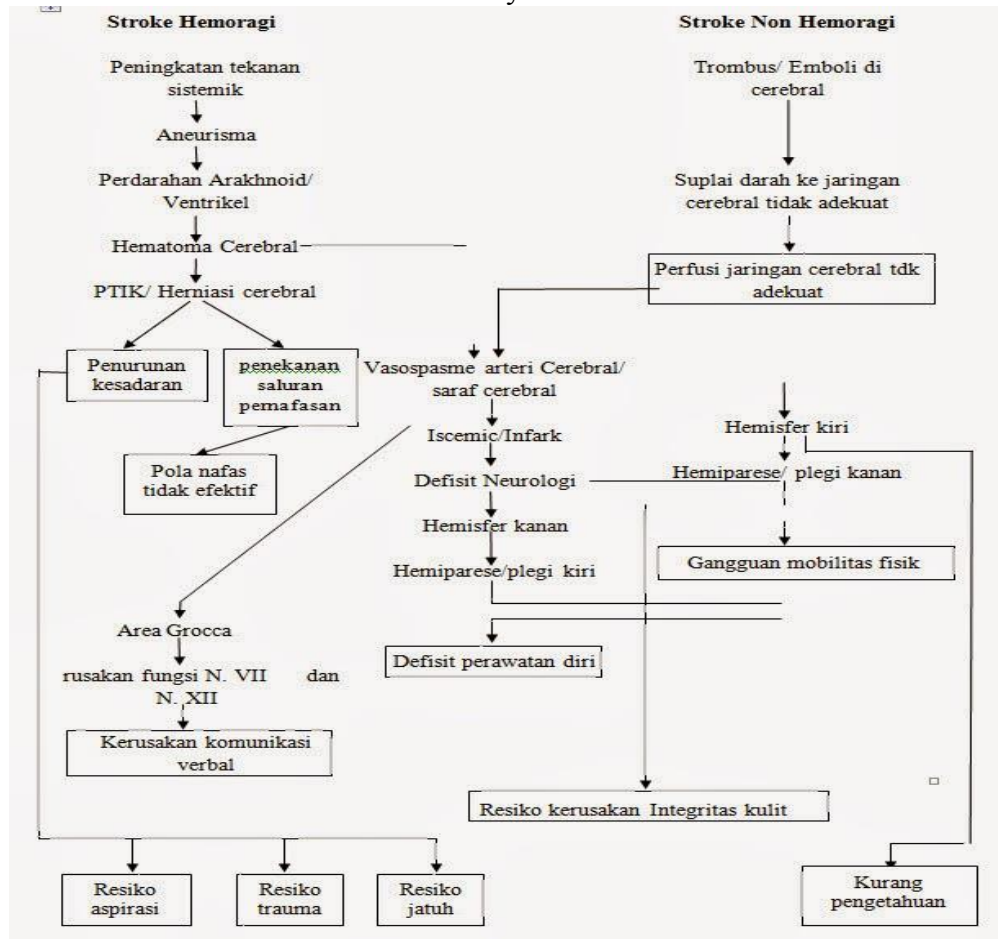
Tanda dan gejala dari stroke dapat berupa defisit lapang pandang seperti kehilangan setengah penglihatan, kehilangan penglihatan perifer, dan diplopia. Defisit motoric (seperti *Hemiparesis*, *Hemiplegia*, *Ataksia*, *Disaritmia*, dan *Disfagia*). Defisit sensori (seperti Parestesia). Defisit verbal (seperti Afasia ekspensif: tidak membentuk kata yang dipahami, Afasia reseptif: tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, Afasia global: kombinasi afasia *ekspensif* dan *reseptif*) Defisit kognitif (seperti kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, perubahan penilaian, kerusakan untuk berkonsentrasi). Defisit emosional (seperti kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress, depresi menarik diri, perasaan isolasi) (Smeltzer, 2007).

5. Patofisiologi

Suplai darah keotak dapat berubah pada gangguan fokal (*thrombus*, *emboli*, perdarahan dan *spasme vaskuler*) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Arteriosklerosis sering sebagai faktor penting terhadap otak. Thrombus dapat berasal dari plak *arteriosklerotik* atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intra serebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan

penyakit *cerebrovaskuler*. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebri. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 6-4 menit. Perubahan irreversible dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh Karena gangguan yang bervariasi, salah satunya henti jantung (Smeltzer, 2007).

Gambar 2.1
Pathway Stroke



6. Faktor resiko stroke

Ada sejumlah faktor resiko yang dapat memicu terjadinya stroke. Menurut *University of Pittsburgh Medical Centre* (2008) dan *American Heart Association* (2010), ada dua jenis faktor resiko stroke yaitu faktor resiko yang tidak dapat diubah/dikontrol dan faktor resiko yang dapat dikontrol:

a. Faktor resiko yang tidak bisa diubah

1) Usia

Stroke dapat menyerang segala usia, tetapi semakin tua usia maka semakin tinggi resiko untuk terserang stroke.

2) Jenis kelamin

Laki-laki dua kali lebih beresiko daripada perempuan, tetapi jumlah perempuan yang meninggal akibat stroke lebih banyak.

3) Riwayat keluarga

Keluarga dengan riwayat anggota keluarga pernah mengalami stroke beresiko lebih besar daripada keluarga tanpa riwayat stroke

4) Ras

Ras Afrika-Amerika mempunyai resiko yang lebih tinggi mengalami kematian dan kecacatan akibat stroke dibandingkan dengan Ras kulit putih.

b. Faktor resiko yang dapat dikontrol

1) Tekanan darah

Tekanan darah tinggi merupakan penyebab utama stroke.

2) Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan meningkatkan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah, nikotin dari rokok dapat meningkatkan tekanan darah.

3) Diabetes Mellitus

Penyakit diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan resiko terjadinya stroke iskemik. Penderita diabetes mellitus cenderung menderita obesitas. Obesitas dapat mengakibatkan hipertensi dan tingginya kadar kolesterol, dimana keduanya merupakan faktor resiko stroke.

4) Obesitas

Peningkatan berat badan dapat meningkatkan resiko stroke. Obesitas juga dapat menimbulkan faktor resiko lainnya seperti tekanan darah tinggi, tingginya kolesterol jahat, dan diabetes.

5) Penyakit pada arteri

Pembuluh darah arteri carotid merupakan pembuluh darah utama yang membawa darah ke otak dan leher. Rusaknya pembuluh darah carotid akibat lemak menimbulkan plak pada dinding arteri sehingga menghalangi aliran darah di arteri.

6) Kurangnya aktivitas fisik

Latihan penting untuk mengontrol faktor resiko stroke, seperti berat badan, tekanan darah, kolesterol, dan diabetes.

7) Alkohol, kopi dan penggunaan obat-obatan

Konsumsi alkohol meningkatkan resiko stroke. Minum alkohol lebih dari satu gelas pada pria dan lebih dua gelas pada pria dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Selain itu, minuman tiga gelas kopi sehari dapat meningkatkan tekanan darah dan resiko stroke. Penggunaan obat-obatan seperti kokain dan ampaheamine merupakan resiko terbesar terjadinya stroke pada dewasa muda.

8) Kurang nutrisi

Diet tinggi lemak, gula, dan garam meningkatkan resiko stroke. Penelitian menunjukkan bahwa mengkonsumsi 5 porsi buah dan sayur sehari dapat mengurangi risiko stroke sebesar 30%.

9) Stress

Penelitian menunjukkan hubungan antara stress dengan mempersempit pembuluh darah carotid.

10) Estrogen

Pemakaian pil KB atau *Hormone Replacement Therapy* (HRT) yang mengandung estrogen dapat mengubah kemampuan penggumpalan darah yang dapat mengakibatkan stroke.

7. Komplikasi

a. Komplikasi *neurologic*

1) Edema otak (herniasi otak)

Merupakan komplikasi stroke akibat infark maupun karena

perdarahan. Pada kasus infark edema terjadi secara vasogenik dan sitotoksik, pada intra dan ekstraseluler. Edema mencapai maksimum setelah 4-5 hari paska infark, diikuti dengan mengaburnya alur gyrus kortikal dan seiring pembesaran infark, terjadi pergeseran garis tengah otak (*Midline Shift*). Setelah terjadi *Midline shift*, herniasi transeritorial pun terjadi dan mengakibatkan iskemia serta perdarahan di batang otak bagian rostral.

2) Infark berdarah (pada emboli otak)

Emboli otak pada prinsipnya berasal dari jantung dan pembuluh darah besar ekstrakranial. Emboli yang berasal dari pembuluh darah arteri leher, biasanya dibentuk dari kombinasi keeping darah dan fibrin atau dengan kolesterol. *Atheroma* akan mengenai intima, awalnya terdapat deposit dari *faty strak*, lalu diikuti oleh plak *fibromuskuloelitas* pada sel otot intima yang diisi lemak. *Atheroma* ini biasanya memiliki ukuran yang lebih besar daripada ukuran pembuluh darah. Jika terjadi pelebaran yang mendadak dari plak akibat meningkatnya perdarahan pada tempat tersebut, maka endotel yang mengandung fibrin dan bekuan darah tadi akan robek, dan terjadi perdarahan. Kebanyakan cenderung sepanjang perbatasan yang diperdarahi oleh anastomosis A.meningeal atau lebih di A.serebri media terdapat di ganglia basalis. Kesadaran klien tiba-tiba menurun dan pernafasan mengorok. Pada pemeriksaan fungsi lumbal ditemukan cairan

subaracnoid yang mrenandung darah.

3) Vasospasme

Spasme yang sering terjadi pada pembuluh darah arteri yang dikelilingi sejumlah besar darah subaracnoid. Vasospasme ini timbul sebagai akibat langsung dari darah atau sebagian produk darah, seperti hematin atau produk keeping darah, pada dinding adventitia dari pembuluh darah arteri. Gejala vasospasme berupa penurunan kesadaran dan defisit neurologis fokal teegantung pada daerah yang terkena. Gejala-gejala berfluktuatif dan dapat menghilang dalam beberapa hari atau secara gradual menjadi lebih berat. Mekanisme lain terjadinya vasospasme ialah sebagai respon miogenik langsung terhadap pecahnya pembuluh darah serta adanya substansi vasoaktif seperti serotonin prodtaglandin dan katekolamin.

4) Hidrosefalus

Jika sejumlah besar darah, sebagai akibat ruptur pembuluh darah, merembes kedalam ventrikel atau membanjiri ruang subaracnoid bagian basal, darah tersebut akan memasuki foramen Luscha dan mengendi dimana klien akan mengalami penurunan kesadaran hingga pingsan sebagai akibat dari hidrofasefalus akut. Gejala akan membaik jika dilakukan *draining* ventrikel, dengan ventrikulotomi eksternal, atau pada beberapa kasus dapat dilakukan lumbal fungsi. Hidrosefalus sub akut dapat terjadi akibat

blokade jalur cairan serebrospinal oleh darah setelah 2 hingga 4 minggu. Keadaan ini biasanya didahului oleh nyeri kepala, penurunan kesadaran dan inkontinen.

5) Higroma

Terjadinya pengumpulan darah intraserebral di suatu tempat akibat kelainan osmotik.

b. Komplikasi non neurologik

1) Tekanan darah tinggi

Peninggian tekanan darah pada fase akut merupakan respon fisiologi terhadap iskemia otak, dan tekanan darah akan turun kembali setelah fungsi otak membaik kemabali. Selain itu tekanan intracranial, dimana iskemia batang otak atau penekanan abtang otak. Bila neuron yang menghambat aktivitas simpatis di batang otak menjadi tidak aktif karena penekanan batang otak maka akan terjadi hipertensi

2) Hiperglikemi

Pada stroke, sama seperti iskemi daerah hipotalamus, dapat terjadi reaksi hiperglikemi, kadar gula darah sampai 150-175 mg% pada fase akut tidak memerlukan pengoatan. Penderita dengan perdarahan seberachnoid ditemukan gangguan fungsi vegetative yang bersifat glukorusia dan keadaan ini berhubungan dengan konsentrasi ketekolamin yang tinggi dalam sirkulasi.

3) Edema paru

Edema paru dapat terjadi pada penderita perdarahan intraserebral dan perdarahan subaraknoid. Edema paru akut dapat didahului dengan disfungsi kardiovaskuler secara primer, misalnya infark miokard atau sekunder akibat kelainan susunan saraf pusat atau edema paru akibat langsung dari pusat “*edemagenic*” serebral. Proses terjadinya edema paru akibat kelainan susunan saraf pusat yaitu secara langsung melalui system saraf otonom terutama mekanisme vegal. Mekanisme lain menyebutkan bahwa edema paru merupakan akibat pelepasan simpatis berlebihan disertai hipertensi sistemik dan hipertensi pulmonal mengakibatkan peninggian permeabilitas vaskuler pada paru. Pelepasan simpatis tersebut dicetuskan oleh tekanan tinggi intracranial, hipoksia otak atau lesi hipotalamus.

4) Kelainan jantung

Kelainan jantung berupa gangguan ritme jantung atau aritmia jantung, terjadi pada fase stroke akut. Sebanyak 50% menunjukkan ventrikuler takikardia, blok AV komplit, dan asistolik. Kelainan ini lebih sering pada gangguan sirkulasi anterior (sistem karotis). Pada penderita perdarahan subaracnoid, aritmia jantung lainnya pada penderita stroke fase akut berupa kerusakan miokard disertai peninggian kadar enzim jantung pada serum, aritmia jantung dan peninggian kadar katekolamin plasma.

5) Emboli paru

Berasal dari venafemoralis dan vena bagian ilioinguinal lebih tinggi dibandingkan vena di betis. Emboli paru biasanya terjadi secara mendadak dan merupakan kasus darurat medik. Emboli paru ditemukan pada 50% penderita stroke yang meninggal dan kadang-kadang sebagai penyebab kematian

6) Kelumpuhan saraf tepi

Pada penderita stroke dapat terjadi lesi kompresi radiks dan saraf tepi yang bervariasi, terutama akibat anggota gerak yang lumpuh, tidak diletakkan dalam posisi yang baik. Saraf tepi yang sering terkena adalah *nerves radialis*, *nerves ulnaris*, *nerves peroneus* dan *iskhiadikus*.

8. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Smeltzer & Bare (2008), pemeriksaan diagnostic yang sering dilakukan pada klien stroke antara lain:

- a. *CT scan*. Pemeriksaan awal untuk menentukan apakah klien termasuk stroke *hemoragik*. Pemeriksaan ini dapat melihat adanya edema, *hematoma*, *iskemia* dan *infark*.
- b. *Angiografi serebral*. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri, ada tidaknya oklusi atau rupture.
- c. Pungsi lumbal. Menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis, emboli serebral, TIA.

- d. MRI. Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, kelainan bentuk arteri-vena
- e. EEG. Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

9. Penatalaksanaan

Klien yang koma saat masuk kerumah sakit dinilai mempunyai prognosis yang buruk. Sebaliknya klien sadar penuh akan mempunyai harapan yang lebih baik. Dengan mempertahankan jalan napas dan ventilasi yang cukup adalah prioritas utama pada fase akut. Menurut Smeltzer et al (2008). Intervensi yang dilakukan pada fase akut antara lain:

- a. Klien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala diempatkan tidur ditinggikan 15-30 derajat sampai tekanan serebral berkurang.
- b. Intubasi endotrakeal dan ventilasi mekanik perlu untuk klien dengan stroke massif, karena pada situasi ini henti pernapasan dapat mengancam kehidupan.
- c. Memantau adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelectasis, pneumonia) yang mungkin berkaitan dengan kehilangan reflex jalan napas, imobilitas atau hipoventilasi
- d. Periksa jantung untuk melihat abnormalitas ukuran, irama serta tanda gagal jantung kongestif.

B. Konsep Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau darah tinggi adalah satu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah, terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Sustarni, 2004). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan angka kesakitan atau morbiditas dan angka kematian atau mortalitas. Hipertensi merupakan keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal atau kronis dalam waktu yang lama (Saraswati, 2009).

Hipertensi merupakan kondisi medis terjadinya peningkatan tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Brunner & Suddarth, 2001).

Menurut WHO (*World Health Organization*), batas normal adalah 120-140 mmHg sistolik dan 80-90 mmHg diastolik. Jadi jika seseorang disebut mengidap hipertensi jika tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 95 mmHg, dan tekanan darah perbatasan bila tekanan darah sistolik antara 140-160 mmHg dan tekanan darah diastolik antara 90 mmHg-95 mmHg (Poerwati, 2008).

2. Klasifikasi hipertensi

Hipertensi dapat dibedakan menjadi empat stadium sesuai dengan tabel klasifikasi tekanan darah orang dewasa berusia 18 tahun keatas yaitu

sebagai berikut:

Tabel 2.1
Klasifikasi Tekanan Darah Orang Dewasa Berusia 18 Tahun Keatas

Kategori	Sistolik	Diastolik
Normal	< 130	< 85
Normal Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi		
Stadium 1 (ringan)	140-159	90-99
Stadium 2 (sedang)	160-179	100-109
Stadium 3 (berat)	180-209	110-119
Stadium 4 (sangat berat)	≥ 210	≥ 120

Sumber: Bruno & Suddarth (2001)

Hipertensi dapat didiagnosa sebagai penyakit yang berdiri sendiri, tetapi lebih sering dijumpai dengan penyakit lain, misalnya obesitas, dan diabetes mellitus. Berdasarkan penyebabnya hipertensi dapat dikelompokkan menjadi dua golongan, yaitu menurut Gunawan (2001) Berdasarkan etiologi hipertensi dapat dibedakan menjadi dua golongan besar yaitu:

a. Hipertensi esensial (Hipertensi Primer)

Hipertensi primer adalah suatu kondisi yang diaman terjadinya gangguan tekanan darah atau hipertensi yang tidak diketahui dengan pasti penyebabnya atau tanpa kelainan organ didalam, kurang lebih 90 % dari penderita hipertensi digolongkan atau disebabkan oleh hipertensi primer. Faktor-faktor resiko yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi primer adalah:

1) Faktor keturunan

Kasus yang sering muncul dimasyarakat terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

2) Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika semakin bertambah umur semakin meningkat tekanan darahnya), jenis kelamin (Tekanan darah pada laki-laki lebih tinggi dibanding tekanan darah pada perempuan), dan Ras (Pada orang yang berkulit hitam tekanan darahnya lebih tinggi daripada orang kulit putih).

3) Kebiasaan hidup

Suatu kebiasaan dan gaya hidup yang serba instan sering menyebabkan timbulnya Hipertensi. Faktor-faktor tersebut seperti konsumsi garam yang tinggi, kegemukan atau makan yang berlebihan, stress dan pengaruh lain (merokok, minum minuman beralkohol, minum obat-obatan).

b. Hipertensi renal dan hipertensi sekunder

Hipertensi renal adalah hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain (Gunawan, 2001). Pada 5-10 persen kasus sisanya, penyebab spesifikasi sudah diketahui, yaitu gangguan hormonal, penyakit jantung, diabetes, ginjal, penyakit pembuluh darah atau berhubungan dengan kehamilan. Garam dapur akan memperburuk hipertensi, tapi

bukan faktor penyebab. Hipertensi sekunder memiliki patogenesis yang spesifik. Hipertensi sekunder dapat terjadi pada individu dengan usia sangat muda tanpa disertai riwayat hipertensi dalam keluarga.

3. Faktor resiko Terjadinya Hipertensi

Menurut Elsanti (2009), faktor resiko yang mempengaruhi hipertensi yang dapat dan tidak dapat terkontrol, antara lain:

a. Faktor resiko yang tidak dapat dikontrol:

1) Jenis kelamin

Hipertensi lebih banyak terjadi pada pria bila terjadi pada usia dewasa muda. Tetapi lebih banyak menyerang wanita setelah umur 55 tahun, sekitar 60% penderita hipertensi adalah wanita. Hal ini sering dikaitkan dengan perubahan Hormone estrogen *menopause*. (Marliani, 2007) peran hormone estrogen adalah meningkatkan kadar HDL (High Density Lipoprotein) yang merupakan faktor pelindung dalam pencegahan proses aterosklerosis. Efek perlindungan hormone estrogen dianggap sebagai adanya imunitas wanita pada usia premenopause. Pada premenopause, wanita mulai kehilangan sedikit demi sedikit hormone estrogen yang selama ini melindungi pembuluh darah dari kerusakan.

2) Umur

Semakin tinggi umur seseorang semakin tinggi tekanan darahnya, jadi orang yang lebih tua cenderung mempunyai tekanan darah yang tinggi dari orang yang berusia lebih muda. Hal ini disebabkan

pada usia tersebut ginjal dan hati mulai menurun.

3) Keturunan (genetik)

Adanya faktor genetik pada keluarga akan menyebabkan keluarga itu mempunyai risiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium individu dengan orang tua dengan hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dari pada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi. Selain itu didapatkan 70-80% kasus hipertensi esensial dengan riwayat hipertensi dalam keluarga. Seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi (Marliani, 2007)

b. Faktor resiko yang dapat dikontrol:

1) Merokok

Fakta otentik menunjukkan bahwa merokok dapat menyebabkan tekanan darah tinggi. Kebanyakan efek ini berkaitan dengan kandungan nikotin. Asap rokok (CO) memiliki kemampuan menarik sel darah merah lebih kuat dari kemampuan menarik oksigen, sehingga dapat menurunkan kapasitas sel darah merah pembawa oksigen dari jantung ke jaringan lainnya.

2) Status Gizi

Masalah kekurangan atau kelebihan gizi pada orang dewasa

merupakan masalah penting karena selain mempunyai resiko penyakit-penyakit tertentu juga dapat mempengaruhi produktivitas kerja. Salah satu cara adalah dengan mempertahankan berat badan yang ideal atau normal. Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah salah satu cara untuk mengukur status gizi seseorang. Seseorang dikatakan kegemukan atau obesitas jika memiliki nilai $IMT \geq 25.0$. Obesitas merupakan faktor resiko munculnya berbagai penyakit degeneratif, seperti hipertensi, penyakit jantung koroner dan diabetes mellitus.

3) Konsumsi Na (Natrium)

Pengaruh asupan garam terhadap terjadinya hipertensi melalui peningkatan volume plasma, curah jantung dan tekanan darah. Faktor lain yang ikut berperan yaitu sistem renin angiotensin yang berperan penting dalam pengaturan tekanan darah. Produksi renin dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain stimulasi saraf simpatis. Renin berperan dalam proses konversi angiotensin I menjadi angiotensin II, Angiotensin II menyebabkan sekresi aldosteron yang mengakibatkan menyimpan garam dalam air. Keadaan ini yang berperan pada timbulnya hipertensi (Susalit dkk, 2001)

4) Stres

Hubungan antara stress dan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis peningkatan saraf dapat menaikkan tekanan darah

secara intermetien (tidak menentu). Stres yang berkepanjangan dapat mengakibatkan tekanan darah yang menetap tinggi. Menurut Anggraini (2009) mengatakan stres akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga akan menstimulasi aktivitas saraf simpatis.

4. Manifestasi Klinik

Gejala-gejala penyakit yang biasa terjadi baik pada penderita hipertensi maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal hipertensi yaitu sakit kepala, gelisah, jantung berdebar, perdarahan hidung, sulit tidur, sesak nafas, cepat marah, telinga berdenging, tekuk terasa berat, berdebar dan sering kencing dimalam hari. Gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai meliputi gangguan penglihatan, saraf, jantung, fungsi ginjal dan gangguan serebral (otak) yang mengakibatkan kejang dan perdarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan dan gangguan kesadaran hingga koma (Cahyono, 2008).

Menurut price (2005), gejala hipertensi antara lain sakit kepala bagian belakang, kaku kuduk, sulit tidur, gelisah, kepala pusing, dada berdebar-debar, lemas, sesak nafas, berkeringat dan pusing.

5. Penatalaksanaan hipertensi

Penyakit hipertensi tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikendalikan, dengan diberikan pengobatan untuk mencegah terjadinya komplikasi (Medicastore, 2007). Pengendalian hipertensi bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih lanjut dan upaya pencapaian dan

pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg (Smeltzer, dkk, 2001). Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan pengobatan yaitu dengan nonfarmakologi dan farmakologi.

a. Penatalaksanaan Nonfarmakologi

1) Mengurangi konsumsi garam

Pembatasan konsumsi garam sangat dianjurkan, maksimal 2gr garam dapur perhari serta menghindari makanan yang kandungan garamnya tinggi. Misalnya telur asin, ikan asin, terasi, minuman dan makanan yang mengandung natrium.

2) Menghindari kegemukan

3) Membatasi konsumsi lemak

4) Olahraga teratur

5) Makan buah dan sayuran segar

6) Tidak merokok

7) Tidak konsumsi alkohol

8) Pemeriksaan tekanan darah secara teratur

9) Latihan relaksasi dan meditasi

b. Penatalaksanaan Farmakologis

Pengobatan hipertensi ditujukan tidak hanya untuk menurunkan tekanan darah saja, tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi.

Pengobatan hipertensi umumnya perlu dilakukan seumur hidup dan diperlukan usaha pasien untuk mengontrolkan tekanan darah, berobat dan minum obat secara teratur sesuai dengan program terapi. Obat

yang dapat diberikan seperti golongan diuretika, *alfa-blocker*, *beta-blocker*, obat yang bekerja sentral, *vasodilator*, *antagonis* kalsium dan penghambat ACE

C. Konsep Stress

1. Definisi Stres

Stres adalah reaksi non-spesifik manusia terhadap rangsangan atau tekanan (*stimulus stressor*). Stres merupakan suatu reaksi adaptif, bersifat sangat individual, sehingga suatu stres bagi seseorang belum tentu sama tanggapannya bagi orang lain (Hartono, 2007).

Stres adalah respon tubuh yang tidak spesifik terhadap kebutuhan tubuh yang terganggu, suatu fenomena *universal* yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari tidak dapat dihindari, setiap orang mengalaminya, stres memberi dampak secara total pada individu yaitu terhadap fisik, psikologis, intelektual, sosial dan spiritual, stres dapat mengancam keseimbangan fisiologis (Hans Selye, 1956; Davis et al. 1989; Barbara Kozier, et al, 1989 dalam Rasmun 2009).

Stres adalah suatu kondisi ketegangan yang mempengaruhi emosi, proses berpikir dan kondisi seseorang (Malayu, 2003).

Stres adalah suatu proses yang menilai suatu peristiwa sebagai sesuatu yang mengancam, ataupun membahayakan dan individu merespon peristiwa itu pada level fisiologis, emosional, kognitif dan perilaku (Richard, 2010).

Stres adalah ketidakmampuan mengatasi ancaman yang dihadapi

oleh mental, fisik, emosional, dan spiritual manusia, yang pada suatu saat dapat mempengaruhi kesehatan fisik manusia tersebut (Jones, 2004).

2. Jenis Stres

Jenis stres dibagi menjadi dua (Selye, 1976 dalam Potter & Perry 2005) antara lain :

a. Eustres

Eustres adalah stres yang menghasilkan respon individu yang bersifat sehat, positif dan membangun. Respon positif tersebut tidak hanya dirasakan oleh individu tetapi juga oleh lingkungan sekitar individu seperti adanya pertumbuhan, *fleksibilitas*, kemampuan adaptasi dan tingkat *performance* yang tinggi.

b. Distres

Distres adalah stres yang bersifat berkebalikan dengan eustres, yaitu tidak sehat, negatif, dan merusak. Hal tersebut termasuk konsekuensi individu dan juga organisasi seperti tingkat ketidakhadiran (*absenteism*) yang tinggi, sulit berkonsentrasi dan sulit menerima hasil yang didapat.

3. Tahapan Stres

Stres terbagi dalam beberapa tahapan (Hawari dalam Sunaryo, 2004) diantaranya :

a. Stres tahap pertama (paling ringan), yaitu stres yang disertai perasaan nafsu bekerja yang besar dan berlebihan, mampu menyelesaikan

pekerjaan tanpa memperhitungkan tenaga yang dimiliki dan penglihatan menjadi tajam.

- b. Stres tahap kedua, yaitu stres yang disertai keluhan, seperti bangun pagi tidak segar atau letih, lekas capek pada saat menjelang sore, lekas lelah sesudah makan, tidak dapat rileks, lambung atau perut tidak nyaman (*bowel discomfort*), jantung berdebar, otot tengkuk dan punggung tegang. Hal tersebut karena cadangan tenaga tidak memadai.
- c. Stres tahap ketiga, yaitu tahapan stres dengan keluhan seperti defekasi tidak teratur (kadang-kadang diare), otot semakin tegang, emosional, insomnia, mudah terjaga dan sulit tidur kembali (*middle insomnia*), bangun terlalu pagi dan sulit tidur kembali (*late insomnia*), koordinasi tubuh terganggu dan ingin jatuh pingsan.
- d. Stres tahap keempat, yaitu tahapan stres dengan keluhan seperti tidak mampu bekerja sepanjang hari, aktivitas pekerjaan terasa sulit dan menjenuhkan, respon tidak adekuat, kegiatan rutin terganggu, gangguan pola tidur, sering menolak ajakan, konsentrasi dan daya ingat menurun, serta timbul ketakutan dan kecemasan.
- e. Stres tahap kelima, yaitu tahapan stres yang ditandai dengan kelelahan fisik dan mental (*physical and psychological exhaustion*), ketidakmampuan menyelesaikan pekerjaan sederhana dan ringan,

gangguan pencernaan berat, meningkatnya rasa takut dan cemas, bingung dan panik.

- f. Stres tahap keenam (paling berat), yaitu tahapan stres dengan tanda-tanda seperti jantung berdebar keras, sesak napas, badan gemetar, dingin, dan banyak keluar keringat, loyo, serta pingsan.

4. Penggolongan Stres

Stres dapat digolongkan dalam beberapa macam (Sunaryo, 2004) antara lain :

- a. Stres fisik, disebabkan oleh suhu atau temperature yang terlalu tinggi atau rendah, suara amat bising, sinar yang terlalu terang atau tersengat listrik.
- b. Stres kimiawi, disebabkan oleh asam-basa kuat, obat-obatan, zat beracun, hormon atau gas.
- c. Stres mikrobiologik, disebabkan oleh virus, bakteri atau parasit yang menimbulkan penyakit.
- d. Stres fisiologik disebabkan oleh gangguan struktur, fungsi jaringan, organ atau sistemik sehingga menimbulkan fungsi tubuh tidak normal.
- e. Stres pertumbuhan dan perkembangan, disebabkan oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa bayi hingga tua.
- f. Stres psikis atau emosional, disebabkan oleh gangguan interpersonal, sosial, budaya atau keagamaan.

5. Sumber Stresor

Sumber stres dapat berasal dari dalam tubuh dan diluar tubuh,

sumber stres dapat berupa *biologik* atau *fisiologik*, kimia, *psikologik*, sosial dan spiritual. Terjadinya stres karena stressor tersebut dirasakan dan dipersepsikan oleh individu sebagai suatu ancaman sehingga menimbulkan kecemasan yang merupakan tanda umum dan awal dari gangguan kesehatan fisik dan psikologik contohnya :

- a. Stressor biologik, dapat berupa mikroba, bakteri, virus dan jasad renik lainnya, hewan, binatang, bermacam tumbuhan dan makhluk hidup lainnya yang dapat mempengaruhi kesehatan, misalnya: tumbuhnya jerawat (*acne*), demam, digigit binatang dan lain-lain, yang dipersepsikan dapat mengancam konsep diri individu.
- b. Stressor fisik, dapat berupa perubahan iklim, alam, suhu, cuaca, geografi, yang meliputi letak tempat tinggal, domidili, demografi berupa jumlah anggota dalam keluarga, nutrisi, radiasi, kepadatan penduduk, imigrasi, kebisingan dan lain-lain.
- c. Stressor kimia, dari dalam tubuh dapat berupa serum darah dan glukosa sedangkan dari luar tubuh dapat berupa obat, pengobatan pemakaian alkohol, nikotin, cafein, polusi udara, gas beracun, insektisida, pencemaran lingkungan, bahan-bahan kosmetik, bahan-bahan pengawet, pewarna dan lain-lain.
- d. Stressor sosial psikologik, yaitu labeling (penamaan) dan prasangka, ketidak puasaan terhadap diri sendiri, kekejaman (aniaya, perkosaan) konflik peran, percaya diri yang rendah, perubahan ekonomi, emosi yang negatif dan kehamilan

- e. Stressor spiritual, yaitu adanya persepsi negatif terhadap nilai-nilai ke-Tuhanan.

Tidak hanya stressor negatif yang menyebabkan stres tetapi stressor positif pun dapat menyebabkan stres, misalnya: kenaikan pangkat, promosi jabatan, tumbuh kembang, menikah, mempunyai anak, semua perubahan yang terjadi sepanjang daur kehidupan. (Rasmun, 2009)

6. Gejala Stres

Gejala stres terbagi menjadi empat macam (Potter, 2005) diantaranya adalah:

- a. Gejala perilaku, banyak diantaranya perilaku yang menunjukkan stres diantaranya yaitu penundaan dan menghindar, menarik diri dari lingkungan dan keluarga, kehilangan nafsu makan dan tenaga, emosi yang meledak dan agresif, memulai atau peningkatan penggunaan obat-obatan secara dramatis, perubahan pola tidur, melalaikan tanggung jawab, penurunan produktivitas dalam diri seseorang.
- b. Gejala emosi, sebagian besar gejala emosi pada stres adalah kecemasan, ketakutan, cepat marah dan depresi. Gejala lainnya yaitu frustrasi, perasaan tidak menentu dan kehilangan kontrol. Dalam pekerjaan stres ditunjukkan dengan kehilangan semangat dan penurunan kepuasan kerja.

- c. Gejala kognitif, diantara sebagian besar gejala mental atau kejiwaan dari stres adalah kehilangan motivasi dan konsentrasi. Hal ini terlihat pada seseorang yang kehilangan kemampuan untuk memusatkan perhatian pada tugas yang diberikan dan kehilangan kemampuan untuk menyelesaikan tugas dengan baik. Gejala mental lainnya adalah kecemasan yang berlebihan, kehilangan ingatan, kesalahan persepsi, kebingungan, terjadi pengurangan daya tahan tubuh dalam membuat keputusan, lemah dalam menyelesaikan masalah selama krisis, mengasihani diri sendiri, kehilangan harapan.
- d. Gejala fisik, diantara gejala fisik dari stres adalah kelelahan secara fisik dan keadaan fisik yang lemah, migrain dan kepala pusing, sakit punggung, ketegangan otot yang ditandai dengan gemeteran dan kekejangan. Dalam sistem *cardiovascular*, stres ditandai dengan percepatan denyut jantung, hipertensi dan proses *atherosclerotic* yang buruk.

7. Faktor-faktor Penyebab Stres

Beberapa faktor-faktor yang menyebabkan stres (Santrock, 2003), antara lain:

- a. Beban terlalu berat, konflik dan frustrasi

Beban yang terlalu berat menyebabkan perasaan tidak berdaya, tidak memiliki harapan yang disebabkan oleh stres akibat pekerjaan yang

sangat berat dan akan membuat penderita merasa kelelahan secara fisik dan emosional.

b. Faktor kepribadian

Tipe kepribadian A merupakan tipe kepribadian yang cenderung untuk mengalami stres, dengan karakteristik kepribadian yang memiliki perasaan kompetitif yang sangat berlebihan, kemauan yang keras, tidak sabar, mudah marah, dan sikap yang bermusuhan.

c. Faktor kognitif

Sesuatu yang menimbulkan stres tergantung bagaimana individu menilai dan mengidentifikasi suatu kejadian secara kognitif. Penilaian secara kognitif adalah istilah yang digunakan oleh Lazarus untuk mengembangkan interpretasi individu yang berbahaya, mengancam atau menantang keyakinan mereka dalam menghadapi kejadian tersebut dengan efektif.

8. Respon Stres

Individu diharapkan mampu beradaptasi ketika menghadapi stres sehingga individu kembali berada pada titik keseimbangan diri dan memiliki energi untuk menghadapi stresor selanjutnya. Respon adaptasi yang terjadi dapat berupa adaptasi fisiologis dan psikologis (Smeltzer & Bare, 2002). Dua identifikasi respon stres yaitu *Local Adaptation Syndrome* (LAS) dan *General Adaptation Syndrome* (GAS) (Selye, 1976 dalam Potter & Perry, 2005).

a. *Local Adaptation Syndrome (LAS)*

Las adalah respon dari jaringan, organ, atau bagian tubuh terhadap stres karena trauma, penyakit, atau perubahan fisiologis lainnya. Contoh dari LAS adalah respon refleksi nyeri dan respon inflamasi. Karakteristik dari LAS, yaitu respon adaptif dan tidak melibatkan seluruh sistem tubuh, memerlukan stresor untuk menstimulasinya jangka pendek. Selain itu respon tidak terjadi terus-menerus dan membantu dalam memulihkan homeostasis region dan bagian tubuh. Respon refleksi nyeri dan respon inflamasi diuraikan disini sebagai contoh LAS.

1) Respon refleksi nyeri

Respon refleksi nyeri adalah respon setempat dari sistem saraf pusat nyeri. Respon ini adalah respon adaptif dan melindungi jaringan dari kerusakan lebih lanjut. Respon melibatkan reseptor sensori, saraf sensori yang menjalar ke medula spinalis, saraf motorik yang menjalar dari medula spinalis, saraf motorik yang menjalar dari medula spinalis dan otot efektif.

2) Respon inflamasi

Respon inflamasi distimulasi oleh trauma atau infeksi. Respon ini memusatkan inflamasi, sehingga dengan demikian menghambat penyebaran inflamasi dan meningkatkan penyembuhan. Respon inflamasi dapat menghasilkan nyeri setempat, pembengkakan, panas, kemerahan dan perubahan fungsi. Respon inflamasi terjadi

dalam tiga fase. Fase pertama mencakup perubahan dalam sel-sel dan sistem sirkulasi, fase kedua ditandai oleh pelepasan eksudat dari luka dan fase ketiga adalah perbaikan jaringan oleh regenerasi atau pembentukan jaringan parut.

b. *General Adaptation Syndrome (GAS)*

GAS adalah respon berpola tertentu terhadap tuntutan ekstra yang diterimanya. GAS terdiri dari tiga tahap : tahap reaksi waspada (*alarm reaction*), tahap resisten (*resistance stage*), dan tahap kelelahan (*exhaustion stage*). Reaksi *alarm* merupakan respon siaga (*fight or flight*). Pada fase ini terjadi peningkatan cortical hormone, emosi dan ketegangan.

Fase perlawanan (*resistance*) terjadi bila respon adaptif tidak mengurangi persepsi terhadap ancaman, reaksi ini ditandai oleh *hormone cortical* yang tetap tinggi. Usaha fisiologis untuk mengatasi stres mencapai kapasitas penuh dan perlawanan melalui mekanisme pertahanan diri dan strategi mengatasi stres. Sedangkan kelelahan (*exhaustion stage*) yaitu perlawanan terhadap stres yang berkepanjangan mulai menurun, fungsi otak tergantung oleh perubahan metabolisme, sistem kekebalan tubuh menjadi kurang efisien dan penyakit yang serius mulai timbul pada saat kondisi menurun (Selye, 1982 dalam Yosep & Sutini, 2014).

9. Tingkat Stres

Terdapat tiga tingkatan stres (Rasmun, 2009) antara lain :

a. Stres ringan

Stres ringan adalah stres yang tidak merusak aspek fisiologis dari seseorang. Stres ringan umumnya dirasakan oleh setiap orang misalnya lupa, ketiduran, dikritik, dan kemacetan. Stres ringan biasanya terjadi dalam beberapa menit atau beberapa jam. Situasi ini tidak akan menimbulkan penyakit kecuali dihadapi terus-menerus.

1) Stres sedang

Stres sedang terjadi lebih lama, dari beberapa jam hingga beberapa hari. Beberapa contoh stresor yang menimbulkan stres sedang adalah kesepakatan yang belum selesai, beban tugas adalah kesepakatan yang belum selesai, beban tugas yang berlebihan dan anggota keluarga yang pergi dalam waktu beberapa lama.

2) Stres berat

Stres berat adalah stres kronis yang terjadi beberapa minggu sampai beberapa tahun. Beberapa contoh yang menimbulkan stres berat adalah hubungan suami istri yang tidak harmonis, kesulitan finansial dan penyakit fisik lama.

10. Dampak Stres

Beberapa dampak yang timbul akibat stres (Losyk, 2005) antara lain :

- a. Dampak pada fisik :
 - 1) Sakit kepala
 - 2) Letih atau kelelahan
 - 3) Gemetaran
 - 4) Tekanan darah tinggi
 - 5) Napas pendek

- b. Sindrome mental dan emosional :
 - 1) Sikap negatif
 - 2) Kekhawatiran
 - 3) Kesedihan
 - 4) Kurang konsentrasi
 - 5) Susah tidur (insomnia)
 - 6) Mudah tersinggung
 - 7) Mudah lupa
 - 8) Bingung
 - 9) depresi
 - 10)

11. Manajemen Stres

Teknik penatalaksanaan stres mencakup kebiasaan promosi kesehatan yang dapat mengurangi dampak stres pada kesehatan fisik dan mental. Syarat umum untuk penatalaksanaan stres termasuk (Potter & Perry, 2005) :

- a) olahraga teratur
- b) Humor
- c) Nutrisi dan diet
- d) Istirahat
- e) Teknik relaksasi
- f) Spiritual

12. Skala Pengukuran Stres

Tingkat stres adalah penilaian terhadap berat ringannya stres yang dialami seseorang. Adapun alat ukur yang digunakan peneliti berupa kuesioner *Depretion Anxiety Stress Scale* (DASS 42) oleh Lovibond & Lovibond (1995). *Psychometric roperticees of the depreition anxiety stress scale 42* (DASS) terdiri dari 42 item.

DASS adalah seperangkat alat subjek yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dan depresi, kecemasan dan stres. Daftar pertanyaan untuk skala depresi meliputi nomor 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42. Daftar pertanyaan untuk skala kecemasan meliputi item nomor 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41. Daftar pertanyaan untuk skala stres meliputi item nomor 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39. Tingkat stres pada item ini berupa normal, ringan, sedang, berat dan sangat berat. Oleh karena itu, tujuan dari peneliti ini hanya ingin mengetahui tingkat stres pada mahasiswa,

sehingga instrumen yang digunakan dalam penelitian ini hanya berjumlah 14 item pertanyaan yang membahas tentang stres.

Tabel 2.2 skor penilaian pada DASS

Keterangan	Depresi	Cemas	Stres
Normal	0-9	0-7	0-14
Ringan	10-13	8-9	15-18
Sedang	13-20	10-14	19-25
Berat	21-27	15-19	26-33
Sangat berat	28+	20+	34+

Sumber : Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995) penelitian manual untuk skala depresi kecemasan stress (DASS). University of Malburne (2012)

D. Konsep Progressive Muscle Relaxation (PMR)

1. Pengertian

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, dimana teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri (potter & Perry, 2006). Ignatavicius (2006) relaksasi progresif adalah metode yang terdiri dari peregangan dan relaksasi sekelompok otot dan memokuskan pada perasaan rileks. Hal ini dapat mengurangi ketegangan dan kejemuan otot yang biasanya menyertai nyeri. Menurut ahli fisiologis dan psikologis Edmum Jacobson yang menjadi pelopor relaksasi progressif, Relaksasi progressif adalah cara yang efektif untuk relasasi dan

mengurangi kecemasan, percaya, jika kita bisa belajar mengistirahatkan otot-otot kita melalui suatu cara yang tepat, maka hal ini akan diikuti relaksasi mental atau pikiran.

Teknik relaksasi otot progresif adalah teknik relaksasi otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi, ketekunan, atau sugesti (Herodes, 2010) dalam (Setyoadi & Kushariyadi, 2011). Terapi relaksasi otot progresif yaitu terapi dengan cara peregangan otot kemudian dilakukan relaksasi otot (Gemilang, 2013). Relaksasi progresif adalah cara yang efektif untuk relaksasi dan mengurangi kecemasan (Sustrani, Alam, & Hadibroto, 2004).

2. Tujuan dan manfaat

Ignatvicius (2006) mulai memperkenalkan relaksasi sebagai salah satu teknik terapi untuk menolong penderita hipertensi. Joseph Wolpe menggunakan relaksasi untuk meredam kecemasan. Dan di tahun 90-an relaksasi telah menjadi salah satu bagian dari terapi behavioral. Benson (2009) melaporkan bahwa setelah konseli melakukan relaksasi beberapa minggu, satu atau dua kali sehari, konseli merasakan perubahan pada keadaan mental dan emosionalnya. Perasaan konseli lebih segar dan pikirannya menjadi lebih kreatif, bahkan terdapat perbaikan dari kepribadian dan pandangan hidupnya. Banson (2009) juga melaporkan hasil penelitian Porter dan Peters terhadap 120 subjek yang dibagi kedalam 3 kelompok. Yakni kelompok yang melakukan relaksasi dengan prosedur biasa, kelompok yang hanya diminta relaks sejenak, serta kelompok yang

sama sekali tidak melakukan relaksasi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok yang melakukan relaksasi mengalami penurunan tekanan darah dan bebas dari simpton-simpton kecemasan. Giary dan Schwartz berkesimpulan bahwa relaksasi merupakan termudah dilakukan, termurah, dan cukup efektif untuk menangani kecemasan.

Menurut Herodes (2010), Alim (2009), dan Potter (2005) dalam Setyoadi dan Kushariyadi (2011) bahwa tujuan dari teknik ini adalah:

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolik.
- b. Mengurangi distritmia jantung, kebutuhan oksigen.
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokus perhatian seperti relaks.
- d. Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi.
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stres.
- f. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan, dan
- g. Membangun emosi positif dari emosi negatif.

3. Teknik Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Setyoadi dan Kushariyadi (2011) persiapan untuk melakukan teknik ini yaitu:

- a. Persiapan Persiapan alat dan lingkungan : kursi, bantal, serta lingkungan yang tenang dan sunyi.

- 1) Pahami tujuan, manfaat, prosedur.

- 2) Posisikan tubuh secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal di bawah kepala dan lutut atau duduk di kursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri.
- 3) Lepaskan asesoris yang digunakan seperti kaca mata, jam, dan sepatu.
- 4) Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain sifatnya mengikat.

b. Prosedur

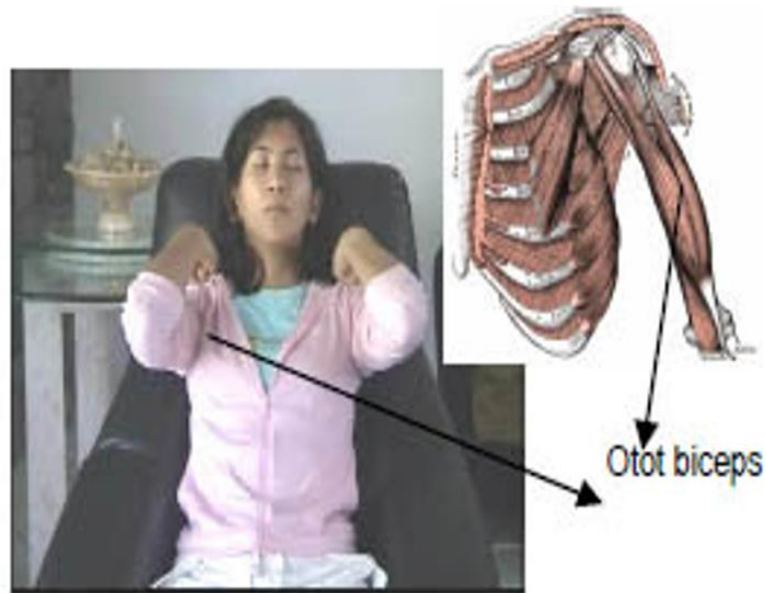
- 1) Gerakan 1 : Ditunjukkan untuk melatih otot tangan.
 - a) Genggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan.
 - b) Buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi.
 - c) Pada saat kepalan dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik.
 - d) Gerakan pada tangan kiri ini dilakukan dua kali sehingga dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami.
 - e) Lakukan gerakan yang sama pada tangan kanan.
- 2) Gerakan 2 : Ditunjukkan untuk melatih otot tangan bagian belakang.
 - a) Tekuk kedua lengan ke belakang pada peregangan tangan sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang.
 - b) Jari-jari menghadap ke langit-langit.

Gambar 2.2



- 3) Gerakan 3 : Ditunjukkan untuk melatih otot biseps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan).
- a) Genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan.
 - b) Kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biseps akan menjadi tegang.

Gambar 2.3

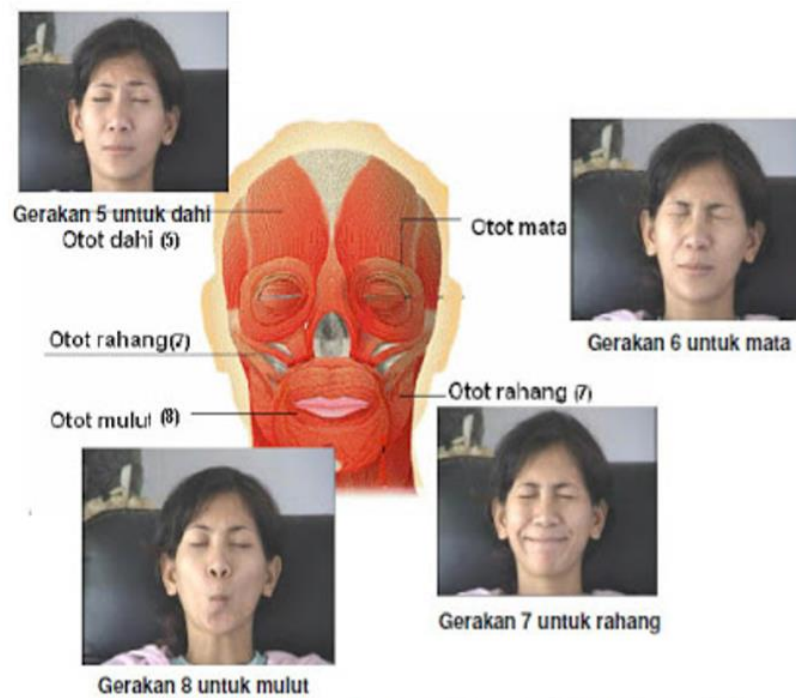


Gambar 3. gerakan 3 otot-otot biceps

- 4) Gerakan 4 : Ditunjukkan untuk melatih otot bahu supaya mengendur.
 - a) Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hingga menyentuh kedua telinga.
 - b) Fokuskan perhatian gerakan pada kontrak ketegangan yang terjadi di bahu punggung atas, dan leher. Gambar 4
- 5) Gerakan 5 dan 6: ditunjukkan untuk melemaskan otot-otot wajah (seperti dahi, mata, rahang dan mulut).
 - a) Gerakan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa kulitnya keriput.
 - b) Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.

- 6) Gerakan 7 : Ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang.
- 7) Gerakan 8 : Ditujukan untuk mengendurkan otot-otot di sekitar mulut. Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut.

Gambar 2.4



Gambar 5. Gerakan-gerakan untuk otot-otot wajah

- 8) Gerakan 9 : Ditujukan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang.
- a) Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan.

- b) Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat.
- c) Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan di bagian belakang leher dan punggung atas.

9) Gerakan 10 : Ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.

- a) Gerakan membawa kepala ke muka.
- b) Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.

10) Gerakan 11 : Ditujukan untuk melatih otot punggung

- a) Angkat tubuh dari sandaran kursi.
- b) Punggung dilengkungkan
- c) Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.
- d) Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lurus.

11) Gerakan 12 : Ditujukan untuk melemaskan otot dada.

- a) Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyakbanyaknya.
- b) Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas.
- c) Saat tegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega.
- d) Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks

Gambar 2.5



12) Gerakan 13 : Ditujukan untuk melatih otot perut

- a) Tarik dengan kuat perut ke dalam.
- b) Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.
- c) Ulangi kembali seperti gerakan awal untuk perut.

13). Gerakan 14-15 : Ditujukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis).

- a) Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang.
- b) Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.
- c) Tahan posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas.
- d) Ulangi setiap gerakan masing-masing dua kali.

Gambar 2.6

Gambar:



E. Konsep Dzikir

1. Pengertian

Dari sudut ilmu kesehatan jiwa, diketahui zikir merupakan terapi psikiatrik setingkat lebih tinggi daripada psikoterapi biasa. Zikir merupakan suatu upaya untuk mendekatkan diri kepada Allah dengan cara mengingat-Nya. Dalam Islam zikir bukanlah hal yang asing, tetapi sudah merupakan hal yang biasa dilakukan setiap muslim. Zikir di sini lebih berfungsi sebagai metode psikoterapi, karena dengan banyak melakukan zikir akan menjadikan hati tentram, tenang dan damai, serta tidak mudah diombang-ambingkan oleh pengaruh lingkungan dan budaya global.

Seperti yang dikemukakan oleh Clinibel (Darokah & Safaria, 2005) bahwa pada setiap individu terdapat kebutuhan dasar spiritual (basic spiritual needs) yang harus dipenuhinya. Seperti yang tercantum dalam surat Az-Zumar ayat 23 berikut: “Gemetar karenanya kulit orang-orang yang takut kepada Tuhannya. Kemudian menjadi tenang kulit dan hati mereka diwaktu mengingat Allah.”

WHO pada tahun 1984 (Hawari, 2005) menyatakan bahwa kesehatan manusia seutuhnya ditunjukkan oleh empat hal, yaitu sehat secara jasmani (biologis), sehat secara mental (psikologis), sehat secara sosial, dan sehat secara kerohanian (spiritual). Manusia yang sehat seutuhnya adalah manusia yang memenuhi empat pilar kesehatan tersebut. Dalam perkembangan kepribadiannya, manusia memiliki 4 dimensi holistik, yaitu organo-biologis, psikoedukatif, sosial-budaya, dan spiritual. Witmer dan Sweeny (Burke, Chauvin, & Miranti, 2005) menyatakan bahwa elemen spiritual dalam diri manusia, mengintegrasikan dan mempersatukan elemen kebutuhan fisik, emosi, dan intelektual di dalam tubuh manusia dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

Zikir memiliki daya relaksasi yang dapat mengurangi ketegangan (stres) dan mendatangkan ketenangan jiwa. Setiap bacaan zikir mengandung makna yang sangat dalam yang dapat mencegah timbulnya stres. Bacaan yang pertama yaitu Laillahhailallah memiliki arti tiada tuhan yang pantas disembah kecuali Allah SWT, adanya pengakuan bertuhan hanya kepada Allah dalam sebuah keyakinan. Individu yang memiliki

kemampuan spiritualitas yang tinggi memiliki keyakinan yang kuat akan tuhan. Keyakinan ini menimbulkan kontrol yang kuat, dapat memaknai dan menerima setiap peristiwa yang tidak menyenangkan ke arah yang lebih positif dan yakin bahwa ada yang mengatur setiap peristiwa yang terjadi di alam semesta. Dengan begitu individu dapat mengurangi ketegangan (stres), mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kekuatan mental dengan cepat (Bogar & Killacky, 2006). Bacaan yang kedua, yaitu Astagfirullahaladzim, menurut Yurisaldi (2010) bahwa proses zikir dengan mengucapkan kalimat yang mengandung huruf jahr, seperti kalimat tauhid dan istighfar, akan meningkatkan pembuangan CO2 dalam paru-paru. Bacaan ketiga yaitu Subhanallah maha suci Allah, di mana Allah itu maha suci dari segala sifat yang tercela, suci dari kelemahan. Maha suci Allah ini bisa juga merasa kagum kepada ciptaan Allah. Allah itu suci dari kejam, tidak mungkin dia kejam karena dia sangat penyayang. Allah itu maha suci dari bakhil, tidak mungkin Dia bakhil karena Dia maha pemurah. Maka oleh sebab itu, selalu berpikiran positif karena munculnya respon emosi positif dapat menghindarkan diri dari reaksi stres (Sholeh, 2005). Bacaan keempat, yaitu Alhamdulillah, merupakan sikap bersyukur atas rejeki yang telah Allah berikan. Efek kebersyukuran pada kesehatan, salah satunya telah diteliti oleh Krouse (2006), yang membuktikan bahwa efek stres pada kesehatan dapat dikurangi dengan meningkatkan kebersyukuran kepada Tuhan. Bacaan kelima yaitu Allahu Akbar, di mana sungguh besarnya kekuasaan Allah. besar kekayaan Allah,

besar ciptaan Allah, sehingga menimbulkan sikap yang optimis. Sikap optimisme, sumber energi baru dalam semangat hidup dan menghapus rasa keputusasaan ketika seseorang menghadapi keadaan atau persoalan yang mengganggu jiwanya, seperti sakit, kegagalan, depresi, dan gangguan psikologis lainnya, seperti stres (Az-Zumaro, 2011).

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

BAB IV

ANALISA SITUASI

SILAHKAN KUNJUNGI

PERPUSTAKAAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

KALIMANTAN TIMUR

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan dari pelaksanaan analisis kasus pasien Ny. E dengan diagnosa Hemiparase e.c SH+DM Tipe II Sebagai berikut:

1. Telah dianalisa kasus kelolaan pasien Ny. E dengan diagnosa Hemiparase e.c SH+DM Tipe II di Ruang Stroke Centre RSUD A.W Sjahranie Samarinda dimana didapatkan diagnosa berupa:
 - a. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor resiko gangguan cerebrovaskuler
 - b. Ansietas berhubungan dengan stressor
 - c. Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
 - d. Risiko jatuh dengan faktor risiko gangguan keseimbangan
 - e. Risiko ketidakstabilan glukosa darah dengan faktor resiko Manajemen diabetes tidak tepat
2. Menganalisa intervensi inovasi Relaksasi Otot Progresif dengan Dzikir yang diterapkan secara kontinyu pada pasien hemiparase e.c SH+DM dengan peningkatan tekanan darah dan stress di Ruang Stroke Centre RSUD A.W Sjahranie Samarinda dan diperoleh hasil bahwa pemberian relaksasi otot progresif dengan dzikir mampu menurunkan tekanan darah

dan tingkat stress bila dilakukan secara teratur. Hal ini terlihat dari tekanan darah tingkat stress pasien yang turun setelah dilakukan intervensi relaksasi otot progresif.

B. Saran

1. Bagi institusi

Institusi akademik sebaiknya banyak menambahkan materi-materi terbaru terkait penanganan stroke sehingga mahasiswa mampu mengupgrade dan memahami lebih dalam lagi terutama pada tindakan keperawatan mandiri terkait pada pasien stroke.

2. Bagi perawat

Dengan memperhatikan besarnya manfaat dari terapi nonfarmakologi contohnya relaksasi otot progresif dengan dzikir dan masih banyak lainnya terkait terapi nonfarmakologi yang berada didalam ranah keperawatan, perawat harus bisa memaksimalkan dan meningkatkan kualitas hidup dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik pada pasien stroke yang mengalami peningkatan tekanan darah.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan penelitian ini sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan wawasan baru dalam bidang penelitian pada pasien stroke yang mengalami peningkatan tekanan darah dan stres. Penelitian ini perlu dilanjutkan dengan meneliti variabel lain.

DAFTAR PUSTAKA

Anggraini, D.A,2009. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan kejadian Hipertensi*

Az-Zumaro. (2011). *Aktivasi energi doa dan dzikir khusus untuk kecerdasan super. Yogyakarta : Diva press.*

Burke, M.T., Chauvin, J.C.,& Miranti, J.G. (2005). *Religious and spiritual issues in counseling: Applications Across Diverse Populations*. New York: Brunner-Routledge.

Bogar, C.B. & Killackey, D.H. (2006). *Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse*. American Counseling Association. 84, 318-327

Brunner & Suddarth, 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8* Editor: Suzanne C, Smaltzer, Brenda Bare. Jakarta: EGC

Darokah, M., & Safaria, T. (2005). *Perbedaan tingkat religiusitas, kecerdasan emosi dan keluarga harmonis pada kelompok pengguna napza dan kelompok nonpengguna*. *Humanitas indonesian psychological journal*. 2 (2), 89-101

Cahyono, Suharjo B., 2008. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta : Kanisius

Elsanti, Salma. 2009. *Panduan Hidup Sehat Bebas Kolesterol, Stroke, Hipertensi & Serangan jantung*. Yogyakarta: Araska

Feigin V., 2007. *Stroke, Panduan Bergambar Tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke*. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer pp. 9-20

Gunawan, Lany.2001. *Hipertensi Tekanan Darah Tinggi*. Jakarta:Kanisius

Hawari, D. (2005). *Al Qur'an : Ilmu kedokteran jiwa dan kesehatan jiwa*. Yogyakarta : PT. Dana Bhakti Prima Yasa.

Ignatavicius & Workman. 2006. *Medical Surgical Nursing critical Thinking for Collaborative care*.Vol.2.Elsevier saunders: Ohia

Kushariyadi, 2011, *AsuhanKeperawatanPadaKlienlanjutUsia*, SalembaMedika, Jakarta.

Muttaqin, Arif. 2008. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika.

Marliani Lili, dkk.2007. *100 Question & Answer Hipertensi*. Jakarta: PT. Alex Media Komputindo, Gramedia.

Poerwati, R. 2008. *Hubungan Stres Kerja Terhadap Hipertensi pada Pegawai Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru Tahun: Tesis Sekolah Pasca Sarjana Universitas Sumatra utara*.

Potter & Perry, 2010. *Fundamental Keperawatan Buku 3. Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika

Price, S.A. 2006. *Patofisiologi konsep Proses-Proses Penyakit. Edisi 6 Volume 2*. Jakarta: EGC

Rasmun. 2009. *Stres, Koping dan Adaptasi : Teori dan Pohon Masalah Keperawatan*. Jakarta : CV Sagung Seto.

Saraswati, S. 2009. *Diet Sehat Untuk Penyakit Asam urat, Diabetes, Hipertensi, Stroke*. Jogjakarta: A+Plus

Smeltzer, C. Suzanne, dkk, 2001.*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.(Edisi 8)* . Jakrta : EGC.

Sunaryo, (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Sustarni, L,S. Alam, dan I.Hadibroto .2004. *Hipertensi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.

WHO, 2010. World Health Statistic. France://www.who.int/healthinfo/statistics/programme/en/index.html.

Yurisaldi. (2010). *Berdzikir untuk kesehatan saraf*. Jakarta: Zama