**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny A DENGAN HIPERTENSI DAN POST STROKE DI NAGARI**

**TARATAKWILAYAH KERJA PUSKESMAS**

**BARUNG – BARUNGBALANTAI**

**KABUPATENPESISIR SELATAN**

**TAHUN 2018**

****

**OLEH :**

**USMALINA**

**NIM : 1714401153**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN (RPL)**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny A DENGAN HIPERTENSI DAN POST STROKE DI NAGARI**

**TARATAK WILAYAH KERJA PUSKESMAS**

**BARUNG – BARUNG BALANTAI**

**KABUPATENPESISIR SELATAN**

**TAHUN 2018**

**LAPORAN STUDI KASUS**

***Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Manyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan***

***Di STIKes Perintis Padang***

****

**OLEH :**

**USMALINA**

**NIM : 1714401153**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN (RPL)**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2018**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Laporan Studi Kasus berjudul **“ Asuhan Keperawatan Pada Ny A Dengan Hipertensi dan Post Stroke Di Nagari Taratak Wilayah Kerja Puskesmas Barung-Barung Balantai Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018 “** ini telah disetujui, diperiksa dan akan dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi Diploma Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, Juli 2018

Pembimbing,

**Ns. Kalpana Kartika, S.Kep. M.Si**

NIK. 1440115108005038

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan

STIKes Perintis Padang

**Ns. Endra Amalia, S.Kep.M.Kep**

NIK. 1420123106993012

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Laporan Studi Kasus berjudul **“ Asuhan Keperawatan Pada Ny A Dengan Hipertensi dan Post Stroke Di Nagari Tarantak Wilayah Kerja Puskesmas Barung-Barung Balantai Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018 “** ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi Diploma Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, Juli 2018

Pembimbing,

**Ns. Kalpana Kartika,S.Kep.M.Si**

NIK. 1440115108005038

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan

STIKes Perintis Padang

**Ns. Endra Amalia, S.Kep.M.Kep**

NIK. 1420123106993012

**PERNYATAAN PENGUJI**

Laporan Studi Kasus berjudul **“ Asuhan Keperawatan Pada Ny A Dengan Hipertensi dan Post Stroke Di Nagari Tarantak Wilayah Kerja Puskesmas Barung-Barung Balantai Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018 “** ini telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi Diploma Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Tim Penguji

Penguji I,

**Ns.Dia Resti DND,S.Kep. M.Kep**

NIK. 1420108028611070

Penguji II

**Ns. Kalpana Kartika, S.Kep. M.Si**

NIK. 1440115108005038

**LEMBARAN PERSETUJUAN**

Nama Mahasiswa : Usmalina

NIM : 1714401153

Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada Ny A Dengan Hipertensi dan Post Stroke Di Nagari Tarantak Wilayah Kerja Puskesmas Barung-Barung Balantai Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 30 Juli 2018

Pembimbing,

**Ns. Kalpana Kartika,S.Kep.M.Si**

NIK. 1440115108005038

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan

STIKes Perintis Padang

**Ns. Endra Amalia, S.Kep.M.Kep**

NIK. 1420123106993012

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN (RPL)**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juli 2018**

**USMALINA**

**1714401153**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY A DENGAN HIPERTENSI DAN POST STROKE DI NAGARI TARATAK WILAYAH KERJA PUSKESMAS BARUNG-BARUNG BALANTAI KABUPATEN PESISIR SELATAN TAHUN 2018**

**xi + 110 halaman, 8 lampiran**

**ABSTRAK**

Saat ini, angka kematian karena hipertensi di Indonesia sangat tinggi. Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah stroke dan tuberkulosis, yakni  mencapai 6,7% dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia, diagnosa hipertensi berada diurutan ke empat terbanyak untuk angka kunjungan di puskesmas Barung-Barung Balantai. Tujuan dari Karya Tulis Ilmiah Ini adalah untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ny A dengan Hipertensi di Puskesmas Barung-Barung Belantai Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018.

Karyatulis ilmiah ini dilakukan di Nagari taratak, wilayah kerja Puskemas Barung-barung belantai padaNy A dengan diagnosa medis Hipertensi dan Post stroke. Pengkajian sampai dengan evaluasi dilakukan sebanyak 2 kali pertemuan yaitu pada tanggal 2 Juni dan 4 Juni 2018.

Pengkajian dilakukan pada Ny A secarasistematis sehingga didapatkan lima diagnosa keperawatan yaitu, nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, ketidakefektifan manajemen kesehatan , hambatan komunikasi verbal dan resiko injury. Implementasi keperawatan telah dilakukan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan dan semua diagnosa keperawatan telah di evaluasi.

Antara teoritis dan kasus yang ditemukan didapatkan beberapa ketimpangan diantaranya diagnosa keperawatan yang diangkat hanya tiga diagnosa yang sesuai dengan teoritis dan dua diagnosa keperawatan lainnya lebih mengarah kepada dignosa keperawatan pada penderita stroke. Untuk intevensi dan implementasi sesuai dengan teoritis berdasarkan NIC dan NOC. Keberhasilan implementasi di evaluasi di setiap pertemuan dan dua diagnosa keperawatan dapat di hentikan setelah dua kali pertemuan.

Disarankan untuk Puskesmas Barung-Barung Balantai dapat meningkatkan dan membantu penerapan atau penatalaksanaan pasien dengan hipertensi dan dapat menekan angka kematian akibat dari penyakit hipertensi.

**Daftar Pustaka : 13 (2002 -2010)**

***NURSING DIII STUDY PROGRAM (RPL)***

***HIGH SCHOOL OF PADANG POVERTY HEALTH SCIENCE***

***Scientific Writing, July 2018***

**USMALINA**

**1714401153**

***NURSING CARE IN NY A WITH HYPERTENSION AND POST STROKE IN NAGARI TARATAK WORKING AREA OF PUSKESMAS BARUNG-BARUNG BALANTAI,PESISIR SELATAN,2018***

***xi + 110 pages, 8 attachments***

***ABSTRACT***

*At present, the mortality rate due to hypertension in Indonesia is very high. Hypertension is the third cause of death after stroke and tuberculosis, which reaches 6.7% of the death population at all ages in Indonesia and diagnosis of hypertension is the fourth most ranked for the number of visits at the Barung-Barung Balantai health center. The purpose of this scientific writing is to carry out nursing care in Mrs. A with hypertension at the Barung-Barung Belantai Public Health Center Pesisir Selatan in 2018*

*This scientific paperwork is conducted in Nagari Taratak, the working area of ​​the Barung-Barung Puskemas, a market for Mrs. A with a medical diagnosis of hypertension and post stroke. The assessment up to the evaluation is done 2 times, namely on June 2 and June 4 2018.*

*The assessment was carried out in Ny A systematically so as to obtain five nursing diagnoses namely, acute pain, physical mobility barriers, ineffectiveness of health management, verbal communication barriers and risk of injury. Nursing implementation has been carried out based on planned interventions and all nursing diagnoses have been evaluated.*

*Between the theoretical and the cases found there were several inequality including nursing diagnoses that were appointed only three diagnoses that were in accordance with the theoretical and two other nursing diagnoses leading to nursing diagnoses in stroke patients. For intervention and implementation in accordance with theoretical based on the NIC and NOC. Implementation success is evaluated at each meeting and two nursing diagnoses can be stopped after two meetings.*

*It is recommended that the Barung-Barung Balantai Public Health Center can improve and help the implementation or management of patients with hypertension and can reduce mortality due to hypertension.*

***Bibliography: 13 (2002-2010)***

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL**......................... ii

**PERNYATAAN PERSETUJUAN** iii

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING** iv

**PERYATAAN PENGUJI**......................... vi

**KATA PENGANTAR** vii

**ABSTRAK** ix

**DAFTAR ISI**  xi

**BAB I PENDAHULUAN 1**

* 1. Latar Belakang 1
	2. Tujuan Penulisan 4
	3. ManfaatPenulisan 4

**BAB II TINJAUAN TEORITIS 6**

* 1. Konsep Hipertensi 6
	2. Konsep Stroke 24
	3. Asuhan Keperawatan Teoritis 35

**BAB III ASUHAN KEPERAWATAN 61**

* 1. Pengkajian ………………............................…...................... 61
	2. Analisa data 70
	3. Intervensi 75
	4. Implementasi 88

**BAB IV PEMBAHASAN 97**

* 1. Pengkajian ………………............................…...................... 97
	2. Diagnosa keperawatan 100
	3. Intervensi 104
	4. Implementasi 107
	5. Evaluasi 107

**BAB IV PENUTUP 108**

* 1. Kesimpulan ………………............................…...................... 108
	2. Saran 109

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Sekaranginimasalahkesehatanmerupakanmasalah yang sangatpenting.Di Negara–negaraberkembangkhususnyamasalahkesehatan, sekarangmenjaditantanganbesar yang harusdihadapiolehberbagainegara di dunia.Dengansemakinmeningkatnyailmu-ilmudanteknologikesehatandiharapkanmasalahkesehatankhususnyapenyembuhanpenyakitbisasegeraditanganidenganberbagaimetodedansenikeperawatan.

Salah satujenispenyakit yang merupakantantanganbaginegara-negara di duniabaiknegaraberkembangmaupunnegaramajudanperlupenanganankhususyaitu hipertensi. Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang umum dijumpai di masyarakat, dan merupakan penyakit yang terkait dengan sistem kardiovaskuler. Hipertensi memang bukan penyakit menular, namun kita juga tidak bisa menganggapnya sepele,selayaknya kita harus senantiasa waspada.

Tekanan Darah tinggi atau Hipertesi dan arterosclerosis (pengerasan arteri) adalah dua kondisi pokok yang mendasari banyak bentuk penyakit kardiovaskuler. Lebih jauh, tidak jarang tekanan darah tinggi juga menyebabkan gangguan ginjal. Sampai saat ini, usaha-usaha baik untuk mencegah maupun mengobati penyakit hipertensi belum berhasil sepenuhnya, hal ini dikarenakan banyak faktor penghambat yang mempengaruhi seperti kurang pengetahuan tentang hipertensi (pengertian, klasifikasi, tanda dan gejala, sebab akibat, komplikasi) dan juga perawatannya.

Menurut data WHO 2013, 17,3 juta orang meninggal akibat gangguan kardiovaskular pada tahun 2008 dan lebih dari 23 juta orang akan meninggal setiap tahun dengan gangguan kadiovaskular (WHO, 2013). Lebih dari 80% kematian akibat gangguan kardiovaskular terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Yancy, 2013).

Saat ini, angka kematian karena hipertensi di Indonesia sangat tinggi. Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah stroke dan tuberkulosis, yakni  mencapai 6,7% dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Balitbangkes tahun 2016 menunjukan prevalensi hipertensi secara nasional mencapai 31,7% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia). Dari jumlah itu, 60% penderita hipertensi berakhir pada stroke. Sedangkan sisanya pada jantung, gagal ginjal, dan kebutaan.

Data hipertensi di Sumatera barat didapatkan pada tahun 2016 hipertensi merupakan urutan ketiga dari 10 penyakit sistemik, sekitar 35 % masyarakat mendeita penyakit hipertensi dan untuk kabupaten pesisir selatan sendiri angka hipertensi berada diurutan ke empat setelah penyakit stroke, DM dan jantung dimana 4,5 % angka kematian disebabkan oleh hipertensi. Untuk daerah puskesmas Barung-barung Balantai pada tahun 2017 angka hipertensi berada di urutan ke empat setelah ISPA dan penyakit jantung lainnya, dimana 30 % angka kunjungan selama tahun 2017 pasien dengan diagnosa hipertensi.

Dengan tingginya angka hipertensi di Indonesia perlu diadakan upaya-upaya untuk menekan angka peyakit hipertensi, terlebih bagi penderita hipertensi perlu diberikan perawatan dan pengobatan yang tepat agar tidak menimbukan komplikasi yang semakin parah. Selain itu pentingnya pemberian asuhan keperawatan pada pasien hipertensi juga sangat diperlukan untuk melakukan implementasi yang benar pada pasien hipertensi. Berdasarkan fenomena diatas maka penulis tertarik mengangkat Karya Tulis Ilmiah asuhan keperawatan pada Ny A dengan hipertensi di wilayah kerja puskesmas Barung-Barung Belantai Kabupaten Pesisir Selatan tahun 2018.

* 1. **Tujuan**
		1. **Tujuan Umum**

Diharapkan Penulis dapat melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ny A dengan Hipertensi di Puskesmas Barung-Barung Belantai Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018

* + 1. **Tujuan khusus**
			1. Penulis dapatmengetahui dan memahami konsep hipertensi dan asuhan keperawatan hipertensi secara teoritis.
			2. Penulis dapat melaksanakan pengkajianpada Ny A dengan Hipertensi di Barung-Barung Belantai Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018
			3. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny A dengan Hipertensi di Barung-Barung Balantai Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018.
			4. Penulis dapat merencanakan tindakan keperawatanpada Ny A dengan hipertensi di Barung-Barung Belantai Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018
			5. Penulis dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny A dengan hipertensi di Barung-Barung Belantai Kabupaten Pesisir Selatan tahun 2018
			6. Penulis dapat melakukan evaluasi keperawatan pada Ny A dengan hipertensi di Barung-Barung Belantai Kabupaten Pesisir Selatan tahun 2018.
			7. Penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny A dengan kasus hipertensi di Barung-Barung Balantai Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018
	1. **Manfaat**
		1. **Bagi Penulis**
			1. Penulis dapat menambah wawasan mengenai asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan Hipertensi.
			2. Penulis dapat mengembangkan kemampuan dalam penyusunan makalah terutama mengenai asuhan keperawatan keluaga yang memilik masalah Hipertensi.
		2. **Bagi Institusi Pendidikan**
			1. Sebagai sumber informasi dalam meningkatkan mutu pendidikan pada masa datang
			2. Sebagai bahan bacaan dan referensi bagi mahasiswa dalam menyelesaikan tugas Keperawatan keluarga .
		3. **Bagi Lahan Praktek**

Dapat menjadi bahan evaluasi tenaga kesehatan dan memotivasi tenaga kesehatan untuk lebih memikirkan bagaimana cara untuk menurunkan angka kejadian Hipertensi.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

.

* 1. **Konsep Dasar Hipertensi**
		1. Pengertian

Hipertensi didefinisikan oleh Joint National Commitee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC) sebagai tekanan yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahannya, mempunyai rentang dari tekanan darah (TD) normal tinggi sampai hipertensi maligna. Keadaan ini dikategorikan sebagai primer/esensial (hampir 90 % dari semua kasus) atau sekunder, terjadi sebagai akibat dari kondisi patologi yang dapat dikenali, sering kali dapat diperbaiki (Marilyn E. Doenges, dkk, 1999).

Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah (Arif Muttaqin, 2009).
Menurut Bruner dan Suddarth (2001) hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg. Pada populasi manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik di atas 160 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Sehingga dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah meningkatnya tekanan sistolik sedikitnya 140 mmHg dan diastolik sedikitnya 90 mmHg.

* + 1. Anatomi Fisiologi
1. Anatomi



1. Fisiologi
2. Jantung
Berukuran sekitar satu kepalan tangan dan terletak di dalam dada, batas kanannya terdapat pada sternum kanan dan apeksnya pada ruang intercosta kelima kiri pada linea midclavikula.

Hubungan jantung adalah:

1. atas: pembuluh darah besar
2. bawah: diafragma
3. setiap sisi: paru-paru
4. belakang: aorta dessendens, oesopagus, columna vertebralis
5. Arteri
Adalah tabung yang dilalui darah yang dialirkan pada jaringan dan organ.Arteri terdiri dari lapisan dalam: lapisan yang licin, lapisan tengah jaringan elastin/otot: aorta dan cabang-cabangnya besar memiliki lapisan tengah yang terdiri dari jaringan elastin (untuk menghantarkan darah untuk organ), arteri yang lebih kecil memiliki lapisan tengah otot (mengatur jumlah darah yang disampaikan pada suatu organ).

Meningkatnya tekanan darah di dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara:

1. Jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya
2. Arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Karena itu darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arterosklerosis. Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi “vasokonstriksi”, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormon di dalam darah.
3. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh. Volume darah dalam tubuh meningkat, sehingga tekanan darah juga meningkat, Sebaliknya,  jika:
4. Aktivitas memompa jantung berkurang.
5. Arteri mengalami pelebaran,
6. Banyak cairan keluar dari sirkulasi.

Maka tekanan darah akan menurun atau menjadi lebih kecil.
Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis).

1. Perubahan fungsi ginjal

Ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara:

1. Jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah ke normal.
2. Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali ke normal
3. Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzimyang disebut renin, yang memicu pembentukan hormon angiotensin, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormon aldosteron.

Ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan tekanan darah, karena itu berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal bisa menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi. Misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (stenosis arteri renalis) bisa menyebabkan hipertensi. Peradangan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah.

1. Arteriol

Adalah pembuluh darah dengan dinding otot polos yang relatif tebal. Otot dinding arteriol dapat berkontraksi. Kontraksi menyebabkan kontriksi diameter pembuluh darah. Bila kontriksi bersifat lokal, suplai darah pada jaringan/organ berkurang. Bila terdapat kontriksi umum, tekanan darah akan meningkat

1. Pembuluh darah utama dan kapiler

Pembuluh darah utama adalah pembuluh berdinding tipis yang berjalan langsung dari arteriol ke venul. Kapiler adalah jaringan pembuluh darah kecil yang membuka pembuluh darah utama

1. Sinusoid
Terdapat limpa, hepar, sumsum tulang dan kelenjar endokrin. Sinusoid tiga sampai empat kali lebih besar dari pada kapiler dan sebagian dilapisi dengan sel sistem retikulo-endotelial. Pada tempat adanya sinusoid, darah mengalami kontak langsung dengan sel-sel dan pertukaran tidak terjadi melalui ruang jaringan
2. Vena dan venul

Venul adalah vena kecil yang dibentuk gabungan kapiler. Vena dibentuk oleh gabungan venul. Vena memiliki tiga dinding yang tidak berbatasan secara sempurna satu sama lain.

Jantung mempunyai fungsi sebagai pemompa darah yang mengandung oksigen dalam sistem arteri, yang dibawa ke sel dan seluruh tubuh untuk mengumpulkan darah deoksigenasi (darah yang kadar oksigennya kurang) dari sistem vena yang dikirim ke dalam paru-paru untuk reoksigenasi (Black, 2010).

* + 1. Etiologi
1. Elastisitas dinding aorta menurun
2. Katub jantung menebal dan menjadi kaku
3. Kehilangan elastisitas pembuluh darah dan penyempitan lumen pembuluh darah

(Elizabeth J. Corwin, 2009)

Sedangkan menurut Jan Tambayong (2000) etiologi dari hipertensi adalah sebagai berikut :

1. Usia

Insidens hipertensi makin meningkat dengan meningkatnya usia. Hipertensi pada yang kurang dari 35 tahun dengan jelas menaikkan insiden penyakit arteri koroner dan kematian prematur.

1. Kelamin

Pada umumnya insidens pada pria lebih tinggi daripada wanita, namun pada uia pertengahan dan lebih tua, insidens pada waktu mulai meningkat, sehingga pada usia diatas 65 tahun, insidens pada wanita lebih tinggi.

1. Ras

Hipertensi pada yang berkulit hitampaling sedikit dua kalinya pada yang berkulit putih. Akibat penyakit ini umumnya lebih berat pada ras kulit hitam. Misalnya mmortalitas pasien pria hitam dengan diastole 115 atau lebih, 3,3 kali lebih tinggi daripada pria berkulit putih, dan 5,6 kali bagi wanita putih.

1. Pola hidup

Faktor seperti pendidikan, penghasilan, dan faktor pola hidup lain telah diteliti, tanpa hasil yang jelas. Penghasilan rendah, dan kehidupan atau pekerjaan yang penus stes agaknya berhubungan dengan insidens hipertensi yang lebih tinggi

1. Diabetes melitus

Hubungan antara diabetes melitus dan hipertensi kurang jelas, namun secara statistik nyata ada hubungan antara hipertensi dan penyakit arteri koroner.

1. Hipertensi sekunder

Seperti dijelaskan sebelumnya, hipertensi dapat terjadi akibat yang tidak diketahui. Bila faktor penyebab dapat diatasi, tekanan darah dapat kembali normal.

Klasifikasi hipertensi menurut etiologinya:

1. Hipertensi primer : Konsumsi Na terlalu tinggi, Genetik, Stres psikologis
2. Hipertensi renalis : keadaan iskemik pada ginjal
3. Hipertensi hormonal
4. Bentuk hipertensi lain : obat, cardiovascular, neurogenik

(Andy Sofyan, 2012)

* + 1. Manifestasi Klinis

Sebagian besar manifestasi klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa:

1. Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah
2. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi
3. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat
4. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus
5. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler

(Elizabeth J. Corwin, 2000).

Sedangkan menurut Marllyn Doengoes (2000). Tanda dari hipertensi adalah kelemahan, napas pendek, frekuensi jantung meningkat, ansietes, depresi, obesitas, pusing, sakit kepala, tekanan darah meningkat

* + 1. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula pada sistem saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis.

Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi. Kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epineprin, yang menyebabkan vasokonstriksi.
Korteks adrenal mensekresi kortisol dan streroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstrikstriktor kuat. Yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Pertimbangan gerontologis. Perubahan struktur dan fungsional pada sistem perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi arterosklerosis, hilangnya elastisistas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan parifer (Bruner dan Suddarth, 2001).

* + 1. WOC (Web of Caoution)



* + 1. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan dua cara yaitu :

1. Pemeriksaan yang segera seperti :
2. Darah rutin (Hematokrit/Hemoglobin): untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti: hipokoagulabilitas, anemia.
3. Blood Unit Nitrogen/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
4. Glukosa: Hiperglikemi (Diabetes Melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran Kadar ketokolamin (meningkatkan hipertensi).
5. Kalium serum: Hipokalemia dapat megindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.
6. Kalsium serum : Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi
7. Kolesterol dan trigliserid serum : Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk/ adanya pembentukan plak ateromatosa ( efek kardiovaskuler )
8. Pemeriksaan tiroid : Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi
9. Kadar aldosteron urin/serum : untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)
10. Urinalisa: Darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
11. Asam urat : Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi
12. Steroid urin : Kenaiakn dapat mengindikasikan hiperadrenalisme
13. EKG: 12 Lead, melihat tanda iskemi, untuk melihat adanya hipertrofi ventrikel kiri ataupun gangguan koroner dengan menunjukan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
14. Foto dada: apakah ada oedema paru (dapat ditunggu setelah pengobatan terlaksana) untuk menunjukan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung.
15. Pemeriksaan lanjutan ( tergantung dari keadaan klinis dan hasil pemeriksaan yang pertama ) :
16. *IVP :*Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter*.*
17. CT Scan: Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati.
18. *IUP:* mengidentifikasikan penyebab hipertensi seperti: Batu ginjal,
perbaikan ginjal.
19. Menyingkirkan kemungkinan tindakan bedah neurologi: Spinal tab, CAT scan.
20. (USG) untuk melihat struktur gunjal dilaksanakan sesuai kondisi klinis pasien
	* 1. Penatalaksanaan

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg

1. Keperawatan

Penatalaksanaan hipertensi secara keperawatan meliputi :

1. Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah :

* Restriksi garam secara moderat dari 10 gr/hr menjadi 5 gr/hr
* Diet rendah kolesterol dan rendah asam lemak jenuh
1. Penurunan berat badan
2. Penurunan asupan etanol
3. Menghentikan merokok
4. Latihan Fisik

Latihan fisik atau olah raga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah olah raga yang mempunyai empat prinsip yaitu: Macam olah raga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, jogging, bersepeda, berenang dan lain-lain. Intensitas olah raga yang baik antara 60-80 % dari kapasitas aerobik atau 72-87 % dari denyut nadi maksimal yang disebut zona latihan. Lamanya latihan berkisar antara 20 – 25 menit berada dalam zona latihan Frekuensi latihan sebaiknya 3 x perminggu dan paling baik 5 x perminggu.

1. Edukasi Psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi :

1. Tehnik Biofeedback

Biofeedback adalah suatu tehnik yang dipakai untuk menunjukkan pada subyek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh yang secara sadar oleh subyek dianggap tidak normal.

Penerapan biofeedback terutama dipakai untuk mengatasi gangguan somatik seperti nyeri kepala dan migrain, juga untuk gangguan psikologis seperti kecemasan dan ketegangan.

1. Tehnik relaksasi

Relaksasi adalah suatu prosedur atau tehnik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan atau kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat otot-otot dalam tubuh menjadi rileks Pendidikan Kesehatan ( Penyuluhan ).

Tujuan pendidikan kesehatan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya sehingga pasien dapat mempertahankan hidupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

1. Medis

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita dapat bertambah kuat. Pengobatan hipertensi umumnya perlu dilakukan seumur hidup penderita.

Pengobatan standar yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (*JOINT NATIONAL COMMITTEE ON DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE, USA*, 1988) menyimpulkan bahwa obat diuretika, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita.

Pengobatannya meliputi :

1. Step 1

Obat pilihan pertama : diuretika, beta blocker, Ca antagonis, ACE inhibitor

1. Step 2

Alternatif yang bisa diberikan :

1. Dosis obat pertama dinaikkan
2. Diganti jenis lain dari obat pilihan pertama
3. Ditambah obat ke –2 jenis lain, dapat berupa diuretika , beta blocker, Ca antagonis, Alpa blocker, clonidin, reserphin, vasodilator
4. Step 3 : Alternatif yang bisa ditempuh
5. Obat ke-2 diganti
6. Ditambah obat ke-3 jenis lain
7. Step 4 : Alternatif pemberian obatnya
8. Ditambah obat ke-3 dan ke-4
9. Re-evaluasi dan konsultasi
10. Follow Up untuk mempertahankan terapi

Untuk mempertahankan terapi jangka panjang memerlukan interaksi dan komunikasi yang baik antara pasien dan petugas kesehatan (perawat, dokter ) dengan cara pemberian pendidikan kesehatan.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam interaksi pasien dengan petugas kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Setiap kali penderita periksa, penderita diberitahu hasil pengukuran tekanan darahnya
2. Bicarakan dengan penderita tujuan yang hendak dicapai mengenai tekanan darahnya
3. Diskusikan dengan penderita bahwa hipertensi tidak dapat sembuh, namun bisa dikendalikan untuk dapat menurunkan morbiditas dan mortilitas
4. Yakinkan penderita bahwa penderita tidak dapat mengatakan tingginya tekanan darah atas dasar apa yang dirasakannya, tekanan darah hanya dapat diketahui dengan mengukur memakai alat tensimeter
5. Penderita tidak boleh menghentikan obat tanpa didiskusikan lebih dahulu
6. Sedapat mungkin tindakan terapi dimasukkan dalam cara hidup penderita
7. Ikutsertakan keluarga penderita dalam proses terapi
8. Pada penderita tertentu mungkin menguntungkan bila penderita atau keluarga dapat mengukur tekanan darahnya di rumah
9. Buatlah sesederhana mungkin pemakaian obat anti hipertensi misal 1 x sehari atau 2 x sehari
10. Diskusikan dengan penderita tentang obat-obat anti hipertensi, efek samping dan masalah-masalah yang mungkin terjadi
11. Yakinkan penderita kemungkinan perlunya memodifikasi dosis atau mengganti obat untuk mencapai efek samping minimal dan efektifitas maksimal
12. Hubungi segera penderita, bila tidak datang pada waktu yang ditentukan.
13. Melihat pentingnya kepatuhan pasien dalam pengobatan maka sangat diperlukan sekali pengetahuan dan sikap pasien tentang pemahaman dan pelaksanaan pengobatan hipertensi.
	* 1. Komplikasi
14. Otak
* Pemekaranpembuluhdarah
* Perdarahan
* Kematianselotak : stroke
1. Ginjal
* Malambanyakkencing
* Kerusakanselginjal
* Gagalginjal
1. Jantung
* Membesar
* Sesaknafas (dyspnoe)
* Cepatlelah
* Gagaljantung
	1. **Konsep Stroke**
		1. Defenisi

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian. Sedangkan menurut Hudak (1996), stroke adalah defisit neurologi yang mempunyai serangan mendadak dan berlangsung 24 jam sebagai akibat dari cardiovascular disease (CVD). (Fransisca B Batticaca, 2008)

Menurut WHO, stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. (Arif Muttaqin, 2008)

* + 1. Etiologi

Faktor resiko terjadi stroke adalah :

1. Hipertensi.
2. Obesitas.
3. Hiperkolesterol.
4. Peningkatan hematokrit.
5. Penyakit kardiovaskuler : AMI, CHF, LVH, AF.
6. DM.
7. Merokok.
8. Alkoholisme.
9. Penyalahgunaan obat : kokain.

Stroke biasanya diakibatkan oleh :

1. Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau leher)
2. Embolisme Serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain)
3. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak)
4. Hemoragi Serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan pendarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak)
	* 1. Tanda dan gejala stroke
5. Gejala stroke sementara (sembuh dalam beberapa menit/jam)
* Sakit kepala secara tiba-tiba, pusing, bingung
* Penglihatan kabur atau kehilangnya ketajaman penglihatan pada satu atau kedua mata
* Kehilangan keseimbangan (limbung), lemah
* Rasa kebal atau kesemutan pada sisi tubuh
1. Gejala stroke ringan
* Mengalami beberapa atau semua gejala stroke sementara
* Kelemahan/kelumpuhan tangan/kaki
* Bicara tidak jelas
1. Gejala stroke berat (sembuh/mengalami perbaikan dalam beberapa bulan/tahun, atau tidak bisa sembuh sama sekali)
* Mengalami beberapa atau semua gejala stroke sementara dan ringan
* Koma jangka pendek (kehilangan kesadaran)
* Kelemahan/kelumpuhan tangan/kaki
* Bicara tidak jelas/hilangnya kemampuan bicara
* Sukar menelan
* Kehilangan kontrol terhadap pengeluaran air seni dan fases
* Kahilangan daya ingat dan konsentrasi
* Terjadi perubahan perilaku misalnya : bicara tidak menentu, mudah marah, tingkah laku seperti anak kecil, dan lain-lain

(Arif Mutaqin.2009)

* + 1. Pencegahan Stroke

Pencegahan stroke adalah memungkinkan pendekatan yang paling baik. Langkah-langkah yang dilakukan untuk mencegah stroke antara lain :

1. Pengendalian hipertensi
2. Mencegah kolesterol tinggi
3. Mengendalikan dan mengatur makan dan minum
4. Jangan mengkonsumsi alkohol
5. Hindari memakai obat-obatan terlarang (kokain)
6. Hidari merokok
7. Hindari kontrasepsi oral
8. Kurangi makan-makanan yang berlemak, kolentrol, dan terlalu manis
9. Hindari kontrasepsi oral (khususnya disertai hipertensi, merokok dan kadar estrogen tinggi)
	* 1. Cara perawatan Post stroke
10. Penatalaksanaan keperawatan

Untuk mengobati keadaan acut perlu diperhatikan faktor faktor kritis sebagai berikut:

1. Berusaha menstabilkan tanda – tanda vital
2. Berusaha menemukan dan memperbaiki aritmia jantung
3. Merawat kandung kemih, sedapat mungkin jangan memakai kateter
4. Menempatkan pasien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin pasien harus dirubah posisi setiap 2 jam dan dilakukan latihan-latihan gerak pasif
5. Tindakan konservatif
6. Fasodilator yang meningkatkan aliran darah cerebral (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya: pada tubuh manusia belum dapat dibutuhkan
7. Dapat diberikan histamin, aminophilin, acetazolamide, papaverin intra arterial
8. Anti agregasi trombosis seperti aspirin, digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi. Trombosis yang terjadi ulcerasi alteroma
9. Tindakan pembedahan untuk memperbaiki aliran darah cerebral, misalnya pada tindakan endarterectomy carotis.
10. Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan bagian penting dalam proses pemulihan stroke. Tujuan rehabilitasi ini adalah untuk menolong penderita stroke untuk memperoleh kembali apa yang mungkin dapat dipertahankan untuk memaksimalkan fungsi tubuh pada penderita stroke (Stroke and Heart Foundation, 2010). Lumbantobing (2004) menyatakan bahwa tujuan rehabilitasi ialah menjaga atau meningkatkan kemampuan jasmani, rohani, keadaan ekonomi dan kemampuan kerja semaksimal mungkin. Berbagai usaha dilakukan untuk mencapai tujuan ini, diantaranya terapi fisik/ fisioterapi, latihan bicara, latihan mental, terapi okupasi, psikoterapi , memberi alat bantu, ortotik prostetik, dan olah raga. Bentuk tindakan di atas tentunya disesuaikan dengan berat ringan cacat, bentuk cacat, kemampuan atau tingkat mental penderita. Young & Forster (2007) dan Duncan et al (2005) menyatakan bahwa penanganan rehabilitasi merupakan pendekatan multidisiplin, beberapa ahli di berbagai bidang bekerja sama, misalnya dokter keluarga, ahli rehabilitasi medik, ahli saraf, perawat dan anggota keluarga. Koordinator tindakan rehabilitasi ini sebaiknya dipegang oleh dokter keluarga, yang lebih banyak mengetahui penderita, keluarganya, latar belakang pendidikannya, serta tugas jabatan. Dokter keluarga dapat bertidak sebagai motivator, memberi bimbingan dan petunjuk kepada penderita dan keluarganya (Bradford Institute for Health Research, 2010).

* + 1. Perawatan Penderita Stroke di Rumah

Menurut Batticaca (2008), penanganan dan perawatan penderita stroke di rumah antara lain, berobat secara teratur ke dokter, tidak menghentikan atau mengubah dan menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter, meminta bantuan petugas kesehatan atau fisioterapi untuk memulihkan kondisi tubuh yang lemah atau lumpuh, memperbaiki kondisi fisik dengan latihan teratur di rumah, membantu kebutuhan klien, memotivasi klien agar tetap bersemangat dalam latihan fisik, memeriksakan tekanan darah secara teratur, dan segera bawa klien ke dokter atau rumah sakit jika timbul tanda dan gejala stroke.

Vallery (2006) dalam Agustina,dkk (2009) mengemukakan bahwa pasien dan orang yang merawat/ keluarga perlu menyadari semua tantangan dan tanggung jawab yang akan dihadapi sebelum meninggalkan rumah sakit atau fasilitas rehabilitasi lain. Meskipun sebagian besar pasien telah mengalami pemulihan yang cukup bermakna sebelum di pulangkan, sebagian masih memerlukan bantuan untuk turun dari tempat tidur, mengenakan pakaian, makan, dan berjalan. Keluarga sebaiknya mengetahui tentang layanan komunitas lokal yang dapat memberikan bantuan, termasuk dokter keluarga, perawat kunjungan rumah, ahli fisioterapi, petugas sosial, ahli terapi wicara, dan layanan relawan. Kebutuhan pasien pasca rawat dapat meliputi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual. Berikut ini merupakan perawatan penderita stroke yang dapat dilakukan oleh keluarga di rumah.

1. Jika pasien selalu membuka mata dalam jangka panjang, maka mata mereka dapat mengering dan menyebabkan infeksi dan ulkus kornea. Untuk mencegah hal ini, keluarga dianjurkan penggunaan pelumas, salep, atau air mata buatan yang dapat dibeli bebas (Edmund, 2007). Penderita stroke yang tidak dapat minum tanpa bantuan harus membersihkan mulutnya dengan sikat lembut yang lembab atau kapas penyerap sekitar satu jam. Perawatan mulut yang teratur sangat penting, terutama untuk penderita yang sulit atau tidak dapat menelan (Edmund, 2007).
2. Menangani masalah makan dan minum

Penderita stroke memerlukan makanan yang memadai, lezat, dan seimbang dengan cukup serat, cairan (2 liter atau lebih sehari), dan miktonutrien. Jika nafsu makan penderita berkurang maka penedrita stroke dapat diberi makanan ringan tinggi - kalori yang lezat dalam jumlah terbatas setiap 2 -3 jam, bersama dengan minuman suplemen nutrisional. Penderita stroke harus makan dalam posisi duduk, bukan berbaring, untuk mencegah tersedak dan pneumonia aspirasi (John, 2004; Lotta, 2006; David 2004).Keluarga dapat elakukan modifikasi dalam penggunaan alat makan penderita stroke, seperti meletakkan antiselip pada alas piring atau menggunakan piring yang cekung sehingga makanan tidak mudah tumpah. Keluarga dapat juga menyediakankan alat - alat bantu untuk penderita stroke yang makan dengan satu tangan, seperti mangkuk telur yang dapat ditempelkan pada meja (John, 2004; Lotta, 2006; David 2004).

1. Kepatuhan program pengobatan di rumah

Pelayanan kesehatan berperan dalam upaya promotif, pencegahan, diagnosa dini dan pengobatan, pembatasan kecacatan, serta pemulihan (rehabilitasi) suatu penyakit (Maryam, 2008). Dukungan keluarga diketahui sangat penting dalam kepatuhan terhadap program pengobatan jangka panjang (Schatz, 1998 dalam Stanley, 2006). Keluarga bertanggung jawab terhadap semua prosedur dan pengobatan anggota keluarga yang sakit, seperti menggunakan obat menggunakan alat - alat khusus, dan menjalankan latihan (Friedman, 2005).

1. Mengatasi Masalah Emosional dan Kognitif

Sebagian masalah emosional muncul segera setelah stroke, sebagai akibat kerusakan di otak. Hampir 70% pasien stroke sedikit banyak mengalami masalah emosional, misalnya reaksi sedih, mudah tersinggung, tidak bahagia, murung, atau depresi. Terdapat bukti bahwa orang yang menderita depresi pasca stroke memiliki kemungkinan tiga kali lebihbesar meninggal dalam 10 tahun dibandingkan dengan penderita stroke tanpa depresi. Namun, jika penderita stroke dan orang yang merawatnya menyadari masalah ini, biasanya ada hal - hal yang dapat dikerjakan untuk mengatasi masalah tersebut (Lotta, 2006).

Ketidakmampuan seseorang untuk mengekspresikan dirinya sendiri akibat masalah bahasa dapat menimbulkan sikap mudah marah. Masalah emosional lain timbul pada tahap lebih belakangan, misalnya sewaktu pasien akhirnya menyadari dampak penuh stroke atas kemandirian mereka. Orang yang pernah mengalami stroke sangat rentan terhadap perubahan dalam situasi mereka, terutama jika mereka akan meninggalkan rumah sakit atau saat mereka pertama kali keluar rumah untuk berjalan - jalan. Ini merupakan reaksi fisiologis normal, dan penderita stroke harus didorong untuk membahas kekhawatiran mereka akan karier serta anggota keluarga sehingga masalah tersebut dapat diatasi sebanyak mungkin (Lotta, 2006). Pada sebagian besar kasus, masalah emosional mereda seiring waktu, tetapi ketika terjadi, masalah itu dapat menyebabkan penderita stroke menolak terapi atau kehilangan motivasi untuk menjalani proses rehabilitasi, yang dapat memengaruhi pemulihan penderita. Masalah emosional reaktif ini sering dapat dikurangi secara substansial dengan mendorong penderita stroke membicarakan ketakutan dan kemarahan mereka. Penderita stroke harus merasa bahwa mereka adalah anggota keluarga yang berharga.

Penting bagi keluarga untuk mempertahankan lingkungan rumah yang suportif, yang mendorong timbulnya perhatian orang lain dan aktivitas waktu luang, misalnya membaca, memasak, berjalan -jalan, berbelanja, bermain, dan berbicara. Penderita stroke yang keluarganya atau orang yang merawatnya tidak suportif dan yang memiliki kehidupan keluarga yang tidak berfungsi cenderung memiliki prognosis lebih buruk dibandingkan dengan penderita lainnya. Sebagian penderita stroke mungkin merasa nyaman jika mereka berbagi pengalaman mereka dengan penderita stroke lain (Lotta, 2006).Masalah emosional penderita stroke dapat diatasi dengan konseling individual atau terapi kelompok.

Psikoterapi juga dapat membantu sebagian penderita, misalnya mereka yang mengalami apatis berat, depresi, tak tertarik atau menentang pengobatan. Jika masalahnya menetap, terutama depresi, dokter mungkin menganjurkan obat antidepresan (misalnya, fluoksetin dan amitriptilin) atau berkonsultasi dengan psikiater atau ahli psikologi klinis. Konsultasi dini biasanya dianjurkan untuk penderita stroke yang mengalami depresi berat, terutama mereka yang mungkin ingin bunuh diri (Lotta, 2006). Masalah kognitif pada penderita stroke mencakup kesulitan berpikir, memusatkan perhatian, mengingat, membuat keputusan, menggunakan nalar, membuat rencana, dan belajar.

Hal - hal ini sering menjadi komplikasi stroke, mengenai sekitar 64% dari penderita stroke yang selamat dan menyebabkan demensia pada 1 dari 5 penderita stroke usia yang lebih lanjut. Namun, bagi banyak penderita stroke, masalah kognitif yang ringan cenderung akan mereda seiring dengan waktu, dan kemampuan mereka akan pulih sepenuhnya (John, 2004). Jika penderita stroke tidak dapat mengikuti instruksi di obat resep, orang yang merawat perlu menjamin bahwa penderita stroke minum obat dalam jumlah dan saat yang tepat. Ada baiknya dibuat bagan atau tabel tentang aktivitas harian, obat, dan kemajuan penderita stroke pada selembar kertas (John, 2004).

Penderita stroke dengan gangguan kognitif yang parah, misalnya demensia, jarang pulih sempurna dan dapat bertambah buruk seiring dengan waktu. Hal ini terutama berlaku pada orang berusia lanjut yang pernah mengalami beberapa kali stroke serta mengidap penyakit - penyakit lain (John, 2004).

1. Pencegahan cedera/ jatuh

Thomas (2004) dan Leigh (2005) menyatakan faktor risiko yang mempermudah pasien jatuh antara lain masalah ayunan langkah dan keseimbangan, obat - obat sedatif, kesulitan melakukan aktivitas sehari -hari, inaktivitas, inkontinensia, gangguan penglihatan, dan berkurangnya kekuatan tungkai bawah.

Yudi (2007) menyatakan bahwa indikasi terbaik bahwa penderita stroke siap bergerak ke tingkat mobilitas vang lebih tinggi adalah kemampuan menoleransi tingkat mobilitas yang telah mereka capai. Demi alasan keamanan, sebaiknya ada satu atau dua orang asisten berdiri di samping penderita stroke dan membantu penderita, terutama pada tahap - tahap awal. Ketika berdiri atau berjalan, penderita stroke sebaiknya berupaya menggunakan tungkai mereka yang lumpuh dengan menopangkan beban badan mereka pada tungkai tersebut sebisa mungkin dan dengan memindahkan beban badan dari satu sisi tubuh ke sisi lainnya.

Pada awalnya, penderita stroke harus mencoba hanya beberapa langkah kecil. Sesi latihan yang sering dan singkat, dengan peningkatan gerakan secara perlahan, merupakan cara yang paling aman dan efektif. Jika penderita stroke telah yakin dapat berjalan di lantai yang datar, mereka dapat mulai naik tangga, tetapi tetap memperhatikan bahwa susunan tangganya telah aman dan kuat. Selain itu, Graham (2006) menyatakan jika penderita stroke menggunakan kursi roda, sebaiknya rumah mereka memiliki tangga, dibangun jalan masuk landai dari kayu atau beton. Keluarga juga mungkin perlu memperlebar pintu - pintu rumah agar penderita stroke dapat bergerak bebas di dalam rumah. Pemasangan kabel listrik yang aman, pegangan tangan di kamar mandi dan adaptasi rumah lainnya juga dapat membantu penderita stroke

* 1. **Asuhan Keperawatan**
		1. Pengkajian

Melakukan pengkajian:

1. Identitas pasien: nama, umur, jenis kelamin, suku, pekerjaan
2. Riwayat
3. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit keluarga hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia, penyakit jantung koroner, stroke atau penyakit ginjal.

1. Riwayat penyakit dahulu

Lama dan tingkat tekanan darah tinggi sebelumnya dan hasil serta efek samping obat antihipertensi sebelumnya.

1. Riwayat penyakit sekarang

Penyakit yang dirasakan sekarang dan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh pasien pada saat pengkajian.

1. Manifestasi klinis penyakit jantung seperti dyspnea, angina
2. Kebiasaan sehari-hari: nutrisi, istirahat, olah raga
3. Faktor psikologis dan lingkungan: stres emosional, budaya makan, dan status ekonomi
4. Faktor risiko
5. Riwayat alergi
6. Riwayat pemakaian obat: pil KB, steroid, NSAID
7. Pemeriksaan fisik
8. Keadaan Umum

Berupa tanda-tanda vital, berat badan dan tinggi badan serta tingkat kesadaran klien

1. Mata

 pemeriksaan funduskopi untuk penyempitan retinal arteriol, perdarahan, eksudat dan papill edema

1. Leher

JVP biasanya meningkat,terdapat bising karotis dan pembesaran thyroid

1. Paru:

pernapasan (irama, frekuensi, jenis suara napas) biasanya meningkat, terdapat ronkhi jika disertai odema paru, napas pendek dan cepat

1. Jantung

Denyut jantung biasanya meningkat, suara jantung tidak normal, terdengar suara bising jantung. Kenaikan TD, hipotensi postural, takhikardi, perubahan warna kulit, suhu dingin

1. Abdomen:

Bising usus meningkat,terdapat pembesaran hepar. Pada pemeriksaan hepar terdapat pembesaran ginjal

1. Ekstremitas

Ditemukan kelemahan atau hilangnya nadi parifer, edema

Desertai dengan kelemahan ekstremitas jika terjadi komplikasi stroke

1. Neurologi

Ditemui tanda thrombosis cerebral dan perdarahan

* + 1. Diagnosa Keperawatan
1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventricular
2. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, peningkatan tekanan darah, peningkatan tekanan intarakranial.
5. Nyeri dada behubungan dengan gangguan pompa jantung dan peningkatan tekanan intravaskuler
6. Resiko tinggi injury behubungan dengan kelemahan fisik, gangguan penglihatan dan proses penyakit.
7. Gangguan perfusi jaringan: serebral, ginjal, jantung berhubungan dengan gangguan sirkulasi

2.3.3 Rencana Keperawatan Teoritis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 1 | Penurunan curah jantung b/d peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard | **NOC :** * Cardiac Pump
* Effectiveness
* Circulation Status
* Vital Sign Status
 | **NIC :****Cardiac Care*** Evaluasi adanya nyeri dada ( intensitas,lokasi, durasi)
* Catat adanya disritmia jantung
* Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac putput
* Monitor status kardiovaskuler
* Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung
* Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi
* Monitor balance cairan
* Monitor adanya perubahan tekanan darah
* Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia
* Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan
* Monitor toleransi aktivitas pasien
* Monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipneu dan ortopneu
* Anjurkan untuk menurunkan stress

**Fluid Management*** Timbang popok/pembalut jika diperlukan
* Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
* Pasang urin kateter jika diperlukan
* Monitor status hidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan
* Monitor hasillAb yang sesuaidenganretensicairan (BUN ,Hmt , osmolalitasurin )
* Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP
* Monitor vital sign sesuai indikasi penyakit
* Monitor indikasiretensi / kelebihancairan (cracles, CVP ,edema, distensivenaleher, asites)
* Monitor berat pasien sebelum dan setelah dialisis
* Kaji lokasi dan luas edema
* Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian
* Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi cairan sesuai program
* Monitor status nutrisi
* Berikan cairan
* Kolaborasi pemberian diuretik sesuai program
* Berikan cairan IV pada suhu ruangan
* Dorong masukan oral
* Berikan penggantian nesogatrik sesuai output
* Dorong keluarga untuk membantu pasien makan
* Tawarkan snack ( jus buah, buah segar )
* Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatrermi dilusi dengan serum Na < 130 mEq/l
* Monitor respon pasien terhadap terapi elektrolit
* Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk
* Atur kemungkinan tranfusi
* Persiapan untuk tranfusi

**Fluid Monitoring*** Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi
* Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidak seimbangan cairan (Hipertermia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal jantung, diaporesis, disfungsi hati, dll )
* Monitor berat badan
* Monitor serum dan elektrolit urine
* Monitor serum dan osmilalitas urine
* Monitor BP
* Monitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung
* Monitor parameter hemodinamik infasif
* Catat secara akutar intake dan output
* Monitor membran mukosa dan turgor kulit, serta rasa haus
* Catat monitor warna, jumlah dan
* Monitor adanya distensi leher, rinchi, eodem perifer dan penambahan BB
* Monitor tanda dan gejala dari odema
* Beri cairan sesuai keperluan
* Kolaborasi pemberian obat yang dapat meningkatkan output urin
* Lakukanhemodialisis bila perlu dan catatresponspasien

**Vital Sign Monitoring*** Monitor TD, nadi, suhu, dan RR
* Catat adanya fluktuasi tekanan darah
* Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri
* Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan
* Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas
* Monitor kualitas dari nadi
* Monitor adanya pulsus paradoksus
* Monitor adanya pulsus alterans
* Monitor jumlah dan irama jantung
* Monitor bunyi jantung
* Monitor frekuensi dan irama pernapasan
* Monitor suara paru
* Monitor pola pernapasan abnormal
* Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
* Monitor sianosis perifer
* Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)
* Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign.
 |
| 2 | Intoleransi aktivitas b/d kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.Definisi : Ketidakcukupan energu secara fisiologis maupun psikologis untuk meneruskan atau menyelesaikan aktifitas yang diminta atau aktifitas sehari hari.Batasan karakteristik :a. melaporkan secara verbal adanya kelelahan atau kelemahan.b Respon abnormal dari tekanan darah atau nadi terhadap aktifitasc Perubahan EKG yang menunjukkan aritmia atau iskemiad Adanya dyspneu atau ketidaknyamanan saat beraktivitas.Faktor factor yang berhubungan :* Tirah Baring atau imobilisasi
* Kelemahan menyeluruh
* Ketidakseimbangan antara suplei oksigen dengan kebutuhan
* Gaya hidup yang dipertahankan.
 | **NOC :** * Energy conservation
* Activity tolerance
* Self Care : ADLs

**Kriteria Hasil :*** Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
* Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri
 | **NIC :****Activity Therapy*** Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalammerencanakan progran terapi yang tepat.
* Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
* Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yangsesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social
* Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
* Bantu untuk mendpatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
* Bantu untu mengidentifikasi aktivitas yang disukai
* Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang
* Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
* Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
* Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
* Monitor respon fisik, emoi, social dan spiritual
 |
| 3 | Nyeri kepalaDefinisi : Sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan (Asosiasi Studi Nyeri Internasional): serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dan dengan durasi kurang dari 6 bulan.Batasan karakteristik : * Laporan secara verbal atau non verbal
* Fakta dari observasi
* Posisi antalgic untuk menghindari nyeri
* Gerakan melindungi
* Tingkah laku berhati-hati
* Muka topeng
* Gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai)
* Terfokus pada diri sendiri
* Fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)
* Tingkah laku distraksi, contoh : jalan-jalan, menemui orang lain dan/atau aktivitas, aktivitas berulang-ulang)
* Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil)
* Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku)
* Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah)
* Perubahan dalam nafsu makan dan minum

Faktor yang berhubungan : * Agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis)
 | **NOC :** * Pain Level,
* Pain control,
* Comfort level

**Kriteria Hasil :*** Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
* Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
* Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
* Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
* Tanda vital dalam rentang normal
 | **NIC :****Pain Management*** Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
* Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
* Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
* Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
* Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
* Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
* Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
* Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
* Kurangi faktor presipitasi nyeri
* Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
* Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
* Ajarkan tentang teknik non farmakologi
* Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
* Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
* Tingkatkan istirahat
* Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
* Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

**Analgesic Administration*** Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
* Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
* Cek riwayat alergi
* Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
* Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
* Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
* Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
* Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
* Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
* Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)
 |
| 4 | Gangguan pola tidur**Definisi :** Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal**Batasan Karakteristik :*** Perubahan pola tidur normal
* Penurunan kemampuan berfungsi
* Ketidakpuasan tidur
* Menyatakan sering terjaga
* Meyatakan tidak mengalami kesulitan tidur
* Menyatakan tidak merasa cukup istirahat

**Faktor Yang Berhubungan*** Kelembaban lingkungan sekitar
* Suhu lingkungan sekitar
* Tanggung jawab memberi asuhan
* Perubahan pejanan terhadap cahaya gelap
* Gangguan(mis.,untuk tujuan terapeutik, pemantauan, pemeriksaan laboratorium)
* Kurang kontrol tidur
* Kurang privasi, Pencahayaan
* Bising, Bau gas
* Restrain fisik, Teman tidur
* Tidak familier dengan prabot tidur
 | **NOC**·         Anxiety reduction·         Comfort level·         Pain level·         Rest : Extent and Pattern·         Sleep : Extent an Pattern**Kriteria Hasil :*** Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari
* Pola tidur, kualitas dalam batas normal
* Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat
* Mampu mengidentifikasikan hal-hal yang meningkatkan tidur
 | **NIC :****Sleep Enhancement*** Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur
* Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat
* Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)
* Ciptakan lingkungan yang nyaman
* Kolaborasikan pemberian obat tidur
* Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien
* Instruksikan untuk memonitor tidur pasien
* Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur
* Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam
 |
| 5 | Nyeri dadaDefinisi : Sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan (Asosiasi Studi Nyeri Internasional): serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dan dengan durasi kurang dari 6 bulan.Batasan karakteristik : -   Laporan secara verbal atau non verbal -     Fakta dari observasi -     Posisi antalgic untuk menghindari nyeri -     Gerakan melindungi -     Tingkah laku berhati-hati-     Muka topeng -     Gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai)-     Terfokus pada diri sendiri -      Fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan) -    Tingkah laku distraksi, contoh : jalan-jalan, menemui orang lain dan/atau aktivitas, aktivitas berulang-ulang)-     Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil)-      Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku) -     Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah) -     Perubahan dalam nafsu makan dan minumFaktor yang berhubungan : Agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis) | **NOC :** * pain Level,
* Pain control,
* Comfort level

**Kriteria Hasil :*** Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
* Melaporkan bahwa nyeri berkurang denganmenggunakan manajemen nyeri
* Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
* Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
* Tanda vital dalam rentang normal
 | **NIC :**Pain ManagementLakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasiObservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamananGunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasienKaji kultur yang mempengaruhi respon nyeriEvaluasi pengalaman nyeri masa lampauEvaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampauBantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukunganKontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisinganKurangi faktor presipitasi nyeriPilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensiAjarkan tentang teknik non farmakologiBerikan analgetik untuk mengurangi nyeriEvaluasi keefektifan kontrol nyeriTingkatkan istirahatKolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasilMonitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri**Analgesic Administration*** Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
* Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
* Cek riwayat alergi
* Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
* Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
* Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
* Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
* Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
* Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
* Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)
 |
| 6 | Resiko Injury b/d immobilisasi, penekanan sensorik patologi intrakranial dan ketidaksadaranDefinsi : Dalam risiko cedera sebagai hasil dari interaksi kondisi lingkungan dengan respon adaptif indifidu dan sumber pertahanan.Faktor resiko : Eksternal -      Mode transpor atau cara perpindahan -      Manusia atau penyedia pelayanan kesehatan (contoh : agen nosokomial) -     Pola kepegawaian : kognitif, afektif, dan faktor psikomotor-     Fisik (contoh : rancangan struktur dan arahan masyarakat, bangunan dan atau perlengkapan) -     Nutrisi (contoh : vitamin dan tipe makanan) -     Biologikal ( contoh : tingkat imunisasi dalam masyarakat, mikroorganisme)-     Kimia (polutan, racun, obat, agen farmasi, alkohol, kafein nikotin, bahan pengawet, kosmetik, celupan (zat warna kain))Internal-     Psikolgik (orientasi afektif) -     Mal nutrisi -     Bentuk darah abnormal, contoh : leukositosis/leukopenia, perubahan faktor pembekuan, trombositopeni, sickle cell, thalassemia, penurunan Hb, Imun-autoimum tidak berfungsi. -     Biokimia, fungsi regulasi (contoh : tidak berfungsinya sensoris) -     Disfugsi gabungan -     Disfungsi efektor -     Hipoksia jaringan -      Perkembangan usia (fisiologik, psikososial) -      Fisik (contoh : kerusakan kulit/tidak utuh, berhubungan dengan mobilitas) | **NOC** : Risk Kontrol**Kriteria Hasil :*** Klien terbebas dari cedera
* Klien mampu menjelaskan cara/metode untukmencegah injury/cedera
* Klien mampu menjelaskan factor resiko dari lingkungan/perilaku personal
* Mampumemodifikasi gaya hidup untukmencegah injury
* Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
* Mampu mengenali perubahan status kesehatan
 | **NIC** : **Environment Management (Manajemen lingkungan)*** Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien
* Identifikasi kebutuhan keamanan pasien, sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif  pasien dan riwayat penyakit terdahulu pasien
* Menghindarkan lingkungan yang berbahaya (misalnya memindahkan perabotan)
* Memasang side rail tempat tidur
* Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih
* Menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien.
* Membatasi pengunjung
* Memberikan penerangan yang cukup
* Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien.
* Mengontrol lingkungan dari kebisingan
* Memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan
* Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga atau pengunjung adanya perubahan status kesehatan dan penyebab penyakit.
 |
| 7 | Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otakDefenisi:Berisiko mengalami penurunan sirkulasi janngan otak yang dapat mengganggu kesehatan.**Batasan Karakteristik :*** Massa tromboplastin parsial abnormal
* Massa protrombin abnormal
* Sekmen ventrikel kiri akinetik
* Ateroklerosis aerotik
* Diseksi arteri
* Fibrilasi atrium
* Miksoma atrium
* Tumor otak
* Stenosis karotid
* Aneurisme serebri
* Koagulopati (mis, anemia sel sabit)
* Kardiomiopati dilatasi
* Koagulasi intravaskular diseminata
* Embolisme
 |  Circulation statusTissue Prefusion : cerebral**Kriteria Hasil :**Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :* Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan
* Tidak ada ortostatik hipertensi
* Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)

Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:* Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
* Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
* Memproses informasi
* Membuat keputusan dengan benar
* Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan gerakan involunter
 | **Management****(Manajemen sensasi perifer)*** Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/ dingin/ tajam/ tumpul
* Monitor adanya paretese
* Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada Isi atau laserasi
* Gunakan sarun tangan untuk proteksi
* Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung
* Monitor kemampuan BAB
* Kolaborasi pemberian analgetik
* Monitor adanya tromboplebitis
* Diskusikan menganai penyebab perubahan sensasi
 |

**BAB III**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY A DENGAN HIPERTENSI DI WILAYAH PUSKESMAS BARUNG-BARUNG BELANTAI**

**KABUPATEN PESISIR SELATAN**

**3.1 PENGKAJIAN**

1. **Identitas klien**

Nama klien : Ny A

Umur : 60 tahun

Jenis Kelamin : perempuan

Status : Janda

Agama : islam

Pekerjaan : IRT

Pendidikan : SD

Alamat : Nagari Taratak

No MR : 239

Tanggal masuk : 2 Juli 2018

Tanggal pengkajian : 2 Juli 2018

Penanggung jawab

Nama : Tn A

Umur : 37 tahun

Hubungan keluarga : anak

Pekerjaan : swasta

1. **Alasan masuk**

Klien datang kepuskesmas pada tanggal 2 juli 2018 dengan mengeluh nyeri pada kepala, tengkuk terasa kaku dan tegang, kepala terasa pusing.

1. **Riwayat kesehatan**
2. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat pengkajian pada tanggal 2 juli 2018 klien mengeluh kepala terasa pusing dan sakit, leher dan tengkuk terasa tegang dan kaku dan pasien mengeluh sulit beraktifitas karena kelemahan ekstremitas bagian kanan. Wajah klien kelihatan meringis dan sering memegang kepalanya dengan tangan kiri. Bibir klien kelihatan mencong kekiri dan bicara klien tidak jelas dan pelo.

1. Riwayat kesehatan dahulu

Klien menderita hipertensi semenjak 5 tahun ini, dan klien pernah dirawat di Rumah sakit dengan keluhan hipertensi dan stroke selama 5 hari 5 tahun yang lalu.

1. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan kalau ibu klien juga menderita hipertensidan meninggal karena penyakit tersebut

1. **Pemeriksaan fisik**

Tanggal pemeriksaan fisik : 2 Juli 2018

Kesadaran : composmentis cooperatif

GCS : 15 (E4 M6 V5)

BB / TB : 60 kg / 150cm

Tanda –tanda vital

 Suhu : 36.5 ‘ C

 Pernapasan : 20 x / Menit

 Nadi : 102 x / Menit

 Tekanan darah : 190 / 110 mmHg

1. Kepala
2. Wajah

Inspeksi : Klien kelihatan tegang, meringis. Skala nyeri 6.

Palpasi : wajah teraba kasar dan wajah sebelah kanan terba agak bengkak dan kaku.

1. Rambut

Inspeksi : Bentuk kepala bulat, rambut berwarna putih, ketombe (-)

Palpasi : rambut jarang, dan agak kasar, sedikit kotor. Rontok (-)

1. Mata

Inspeksi : Klien memakai kaca mata, konjungtiva tidak anemis. Sklera tidak ikterik.

Palpasi : oedema palpebra (-)

1. Hidung

Inspeksi : Letak simetris, polip (-).Septum nasal simetris

Palpasi : Os nasal teraba simetris, tanda-tanda fraktur (-)

1. Mulut dan gigi

Inspeksi : Mencong sebelah kanan, lidah kelihatan mencong kesebelah kiri. Bicara agak cadel dan kurang jelas. Bibir tidak sianosis, kering, dan mulut sedikit berbau.

Palpasi : reflek menelan (+)

1. Leher

Inspeksi : tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening

1. Thorak

**Paru –Paru**

Inspeksi :Simetris, penggunaan otot bantu pernafasan tidak ada, retraksi dinding dada tidak ada, pernafasan dada, RR 20 x / Menit

Palpasi :Vesikuler

Perkusi :Sonor pada kedua lapang paru

Auskultasi : Ronchi -/- , wheezing -/**-**

**Jantung**

Inspeksi  **:** Ictus cordis tampak pada ICS VI linea axilaris anterior sinistra

Palpasi  **:** Irama jantung taratur, Ictus cordis teraba di ICS VI kearah lateral linea axilaris anterior sinistra.

Perkusi  **:** Batas jantung kanan pada ICS II linea parasternal dextra, batas jantung kiri atas pada ICS II linea parasternal sinistra, batas kiri bawah pada ICS VI lateral linea axilaris anterior sinistra.

Auskultasi  **:** Bunyi jantung S1 lup > dup, bunyi jantung 2 lup > dup, gallop (-)

1. Abdomen

Inspeksi : Asites (-), buncit (-), perut tampak rata.

Auskultasi : Bising Usus (+) 12 x/menit

Palpasi : Hepar tidak teraba.limpha tidak teraba

Perkusi :Redup

1. Punggung

Inspeksi : Pungung terlihat agak membungkuk

Palpasi : tulang punggung teraba normal

1. Ekstremitas

Atas : tangan kanan terlihat agak lemah dan sering dibantu oleh tangan kanan untuk mengangkat.

Bawah ; kaki kanan kelihatan lemah dan jika berjalan kaki kanan terlihat diseret dan jika berjalan di bantu oleh keluarga. Kaki terlihat odema. Piting (+)

Kekuatan otot :

|  |  |
| --- | --- |
| **5 5 5** | **3 3 3** |
| **5 5 5** | **3 3 3** |

1. Genetalia

Tidak dilakukan pemeriksaan

1. Integument

Inspeksi : Kulit Kebersihan kulit baik, warna kulit normal, lesi tidak ada.

Palpasi : terdapat jaringan parut di daerah kaki, edema (+) di ekstremitas, kulit lembab dan teraba hangat

1. Nervus

Tidak dilakukan pemeriksaan

1. **Data Biologis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aktivitas** | **Sehat** | **Sakit** |
| **1** | **Makan**  | Makan 3x sehari terdiri dari nasi + lauk + sayur. Makanan tidak berpantang. Semua makanan yang disediakan oleh keluarga dimakan. Dan klien lebih suka makanan yang bersantan. | Makanan sama dengan makana ketika sehat dan tidak ada pantangan. Klien tetap mengkonsumsi makanan yang bersantan dan berlemak. Makanan yang disediakan dirumah tetap bergaram dan tidak ada pengontrolan pemakaan garam pada masakan.  |
| **2** | **Minum** | Pola minum ± 6-8 gelas sehari @200 cc. Jenis air putih.  | Tidak ada pembatasan cairan, kebiasaan minum sama dengan waktu sehat |
| **3** | **Eliminasi**BAKBAB | Frekuensi ± 5-7x/hari. 1x BAK ± 100 – 150 cc, warna kuning, bau khas. BAK sedikit-sedikit.Frekuensi 1x / hari. Bentuk padat, konsistensi lembek. Bau busuk. Lendir (-) , darah (-). | Frekuensi sering. Jumlah ±1500 cc/24 jam. Warna kuning, bau khas.Frekuensi 1x / hari. Bentuk padat, konsistensi lembek. Bau busuk. Lendir (-) , darah (-). |
| **4** | **Aktifitas / Latihan** | Klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti bekerja memenuhi kebutuhan keluarga. | Klien selama dirawatkit selalu dbantu oleh keluarga untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Pemenuhan ADL klien dibantu oleh keluarga |
| **5** | **Istirahat**  | Pola tidur teratur, ± 6-7 jam sehari | klien cendrung tidur, karena keterbatasan gerak |
| **6** | **Personal Hygiene** | Klien mandi sehari 2x, gosok gigi 2x / hari,cuci rambut 1x/h. Potong kuku 1x/minggu. Hambatan dalam pemenuhan ADL tidak ada | Klien mandi 1x/h, gosok gigi 2x/hari. Klien dalam pemenuhan ADL dibantu oleh keluarga. |

1. **Riwayat Alergi**

Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi makann, obat maupun yang lainnya

1. **Data psikologis**

Suasana hati lien dalamkeadaan baik dan emosional terkontrol. Klien sangat berharap untuk sembuh dan berkeinginan beraktifitas seperti semula agar tidak merepotkan anak dan cucunya.

1. **Data Sosial Ekonomi**

Klien tinggal dengan anak klien dan untuk pengobatan dibiayai oleh BPJS.

1. **Data spiritual**

Selama sakit klien tetap melakukan aktifitas keagamaan seperti sholat dimesjid, karena mesjid hanya berada 20 meter dari tempat tinggal klien

1. **Data penunjang**

Tidak dilakukan

1. **Data pengobatan**

Obat yang didapatpada tanggal 2 juli 2018

Paracetamol 500 mg 3 x 1tablet

Catopril 12,5 mg 2 x 1 tablet

Vit b Complek 3 x 1 tablet

* 1. **DATA FOKUS**

**Data Objektif :**

1. klien sering menanyakan tentang proses kesembuhannya
2. klien sering menanyakan tentang diit yang harus dihindari
3. kaki sebelah kanan terlihat lemah
4. kaki kanan terlihat diseret ketika berjalan
5. klien tampak didampingi oleh anaknya ketika berjalan
6. ekstremitas kanan lebih lemah dari ekstremitas kiri dengan kekuatan otot : 5 5 5 3 3 3
7. 5 5 3 3 3
8. Wajah kelihatan meringis
9. Wajah kelihatan kaku
10. Skala nyeri 6
11. TD ; 190 / 110 MmHg
12. Nadi : 102 x /menit
13. Klien berbicara cadel
14. Bicara klien tidak jelas
15. Klien pasca stroke 5 tahun yang lalu
16. Lidah kelihatan mencong ke kanan
17. Gerakan lidah tidak simetris

**Data Subjektif :**

1. klien mengatakan tidak ada pengaturan pemakaian garam pada makanan dirumah
2. klien mengatakan lebih menyukai makanan bersantan dan tidak ada pantangan tentang makanan walaupun dalam keadaan sakit.
3. klien mengatakan jika akan beraktifitas dibantu oleh anak dan cucu-cucunya
4. Klien mengatakan jika dirumah lebih sering tidur dari pada beraktifitas karena tidak ingin merepotkan anak dan cucunya
5. Klien mengatakan kepala terasa sakit dan pusing
6. Klien mengatakan tengkuk terasa berat dan kaku

**3.3 ANALISA DATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **DATA** | **MASALAH** | **ETIOLOGI** |
| **1** | **DO:*** Wajah kelihatan meringis
* Wajah kelihatan kaku
* Skala nyeri 6
* TD ; 190 / 110 MmHg
* Nadi : 102 x /menit

**DS ;*** Klien mengatakan kepala terasa sakit dan pusing
* Klien mengatakan tengkuk terasa berat dan kaku
 | Nyeri akut |  Agent injury biologis |
| 2 | **DO :** * klien sering menanyakan tentang proses kesembuhannya
* klien sering menanyakan tentang diit yang harus dihindari

**DS :*** klien mengatakan tidak ada pengaturan pemakaian garam pada makanan dirumah
* klien mengatakan lebih menyukai makanan bersantan dan tidak ada pantangan tentang makanan walaupun dalam keadaan sakit.
 | Ketidakefektifan manajemen kesehatan (diit Hipertensi) | Kurang pengetahuan program teraupetik |
| 3 | **DO :*** kaki sebelah kanan terlihat lemah
* kaki kanan terlihat diseret ketika berjalan
* klien tampak didampingi oleh anaknya ketika berjalan
* ekstremitas kanan lebih lemah dari ekstremitas kiri dengan kekuatan otot :

5 5 5 3 3 35 5 5 3 3 3**DS :*** klien mengatakan jika akan beraktifitas dibantu oleh anak dan cucu-cucunya
* Klien mengatakan jika dirumah lebih sering tidur dari pada beraktifitas karena tidak ingin merepotkan anak dan cucunya
 |  Hambatan mobilitas fisik | Gangguan neuromuskuler |
| **4** | **DO*** Klien berbicara cadel
* Bicara klien tidak jelas
* Klien pasca stroke 5 tahun yang lalu
* Lidah kelihatan mencong ke kanan
* Gerakan lidah tidak simetris

**DS :*** Keluraga mengatakan sering tidak mengerti yang dikatakan oleh klien
* Keluarga mengatakan klien sering marah jika keluarga tidak mengerti apa yang dikatakan oleh klien.
 | Hambatan komunikasi verbal | Gangguan neorumuskular (pasca stroke) |
| **5** | **DO*** kaki sebelah kanan terlihat lemah
* kaki kanan terlihat diseret ketika berjalan
* klien tampak didampingi oleh anaknya ketika berjalan
* ekstremitas kanan lebih lemah dari ekstremitas kiri dengan kekuatan otot :

5 5 5 3 3 35 5 5 3 3 3**DS :*** klien mengatakan jika akan beraktifitas dibantu oleh anak dan cucu-cucunya
* Klien mengatakan jika dirumah lebih sering tidur dari pada beraktifitas karena tidak ingin merepotkan anak dan cucunya
 | Resiko tinggi cidera/ jatuh | Kelemahan Ekstremitas bawah |

**3.4 DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**Daftar Prioritas Masalah Keperawatan :**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agent injury biologis/ peningkatan tekanan serebral
2. Ketidakefektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan program teraupetik
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular
4. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neoromuskeler / pasca stroke
5. Resiko tinggi cidera / jatuh berhubungan dengan kelemahan ekstremitas bawah

**BAB IV**

 **PEMBAHASAN**

Pada bab IV ini akan di bahas perbandingan antara teori yang terdapat dalam tinjauan pustaka dengan kenyataan yang di jumpai di lapangan pada saat pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi. Dari perbandingan antara teori dan kenyataan yang dapat di ketahui kesenjangan yang ada, kemudian di tentukan cara penyelasaiannya. Untuk mempermudah dalam pembahasan ini di bagi menjadi 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi yang masing – masing tahap saling berkesinambungan. Proses keperawatan adalah suatu tindakan yang berurutan yang dilakukan. secara sistematis untuk menentukan masalah pasien, membuat perencanaan untuk mengatasi masalah, melaksanakan perencanaan tersebut untuk mengatasi masalah yang ada.

* 1. **Pengkajian**

Pengkajianadalahpendekatansistematisuntukmengumpulkan data kemudian di analisissehinggadapat di ketahuimasalahataukebutuhanperawatanpasienbaiksecara bio-psiko-sosial-kulturdan spiritual.Data di perolehlangsungdaripasiendankeluargamelaluiwawancaraatauanamnesadanobservasilangsungterhadappasien.Pengkajian yang di perolehdariwawancarabisadenganperawatruangan, keluargapasien, dokter, timkesehatan lain yang mengetahuikeadaanpasiensertadaricatatanmedis, catatankeperawatan, pemeriksaanfisikdanpemeriksaandiagnostik.

Padariwayatkesehatansekarangditemukandanya keluhan kepala terasa nyeri dan pusing serta kuduk terasa berat, klien post stroke 5 tahun yang lalu dan sekarang klien menderita hpertensi dan stroke. Pengkajian riwayat keshatan keluarga didapatkan bahwa orang tua kilen menderita hipertensi dan meninggal karena penyakit hipertensi

Pada pemeriksaan fisik didapatkanpeningkatan tekanan darah dan nadi, pernapasan normal, untuk pemeriksaan jantung dan paru klien tidak ada masalah, akan tetapi didapatkan masalah pada wajah bibir dan lidah klien mencong kekanan. Untuk etkremitas atas dan bawah terjadi gangguan bagian kana n dengan kekuatan otot yang lemah serta ekstremitas bagian bawah klien oedema dan klien berbicara pelo. Untuk pengaturan diit klien mengaku tidak ada pengotrolan diit dirumah dan penggunaan garam juga tidak dibatasi.

Berdasarkan kondisi ini , melihat tanda dan gejala yang didapatkan pada saat pengkajian sesuai dengan teori seperti :

1. Manifestasi klinis dari Hipertensi adalahNyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah. Ekstermitas bagian bawah oedema (Elizabeth J. Corwin, 2000).
2. Terdapat perbedaan pada saat pengkajian dengan teori dimana untuk tanda-tanda vital, tekanan darah yang meningkat disertai oleh peningkatan tekanan nadi dan pernapsan yang cepat. Tetapi pada saat pengkajian klien tidak didapati peningkatan pernapasan
3. Klien sudah mendeita komplikasi dai hipertensi yaitu stroke, sehingga pada saat pengkajian juga ditemukan pengkajian yang mendukung kearah stroke.
	1. **Diagnosa keperawatan**

Ada 8 diagnosa keperawatan teoritis yang ditemukan kepada klien dengan kasus hipertensi, yaitu :

1. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventricular
2. Nyeri ( sakit kepala ) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral
3. Ketidakefektifan manjemen kesehatan diri berhubungan dengan kurang penegtahuan program terupetik
4. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d Obstruksi jalan nafas
5. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi
6. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak b.d peningkatan tekanan intra kranial
7. Kelebihan volume cairan b.d gangguan regulasi
8. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Dari 8 dignosa yang ada pada teori, penulis mengambil 3 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori

1. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan serebral
2. Ketidakefektifan manajemen kesehatan diri berhubungan dengan kurang pengetahuan manajemen terupetik
3. Resiko tinggi jatuh behubungan dengan kelemahan ekstemitas

Untuk 2 diagnosa yang diambil oleh peneliti tidak terdapat pada diagnosa keperawatan hipertensi teoritis, akan tetapi penulis mengambil dignosa keperawatan yang berhubungan dengan pengkajian dan pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh penulis kepada klien. 2 diagnosa tersebut adalah :

1. Hambatan mobilitas fisik

Defenisi : ketebatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih secara mandiri atau terarah

Batasan karakteristik :

1. Dipsnea setelah beraktifitas
2. Gangguan sikap berjalan
3. Gerakan lambat
4. Gerakan spastik
5. Gerakan tidak terkoordinasi
6. Instabilitas postur
7. Ketebatasan rentang gerak
8. Ketidak nyamanan
9. Penurunan kemampuan melakukan ketrampilan motorik kasar dan motorik halus
10. Penurunan waktu reaksi

Faktor yang berhubungan :

1. Agent farmaseutikal
2. Ansietas
3. Depresi
4. Fisik tidak bugar
5. Gangguan muskoloskeletal
6. Gangguan neuromuskuler
7. Intoleran aktifitas
8. Kerusakan inetrgritas struktur tulang

Berdasarkan batasan karketeristik diatas, ada beberapa data yang didapatkan untuk mendukung diangkatnyadignosa keperawatan hambatan mobilitas pada klien ini yaitu :

1. Terdapat gangguan sikap berjalan dimana kaki kanan klien diseret pada saat berjalan
2. Gerakan klien lambat karena kelemahan sistem ekstemitas atas maupun bawah
3. Keterbatasan rentang gerak karena kelemahan kaki dan tangan kanan
4. Ketidaknyamanan klien karena kelemahan kaki kanan dan tangan kanan klien.

Diagnosa hambatan mobilitas fsisk ini dihubungkan dengan gangguan neuromuskuler karena pasien post stroke’

1. Hambatan komunikasi verbal

Defenisi :

Penurunan , keterlambatan atu ketiadaan untuk menerima, memproses, mengirim,dan atau menggunakan sistem simbol

Batasan karakteristik :

1. Defisit penglihatan total
2. Disorientasi ruang
3. Kesulitan dalammemahami tertentu
4. Ketidakmampuan bicara dalam pemberian asuhan
5. Bicara pelo
6. Bicara tidak jelas
7. Ketidaktepatan verbalisasi
8. Sulit bicara
9. Sulit mengungkapkan kata-kata

Faktor yang berhubungan :

1. Defek oro pharing
2. Gangguan emosi
3. Gangguan fisiologis ( mis, tumor otak, gangguan sirkulasi keotak, sistem muskoloskeletal melemah, sistem neoro muskular terganggu)
4. Gagguan sistem saraf puast
5. Kerentanan
6. Harga diri rendah

Berdasarkan karakteristik diatas penulis mengambil dignosa hambatan komuniksai verbal karena pada saat di lakukan pengkajian didapatkan data yang mendukung untuk penegakan diagnosa hambatan mobilitas fisik yaitu bicara klien pelo kareana lidah mencong kesebelah kanan, klien bicara tidak jelas, klien kesulitan mengeluarkan kata-kata dan klien sulit bicara.

Untuk diagnosa hambatan komuniksai verbal ini penulis menghubungkan dengan gangguan fisiologis (gangguan neuromuskuler dan gangguan sistem syaraf pusat).

* 1. **Intervensi**

Masing- masing diagnosa keperawatan terdiri dari berbagai macam intervensi yaitu :

1. Ketidak efektifan manajamen kesehatan diri

Intervensi yang disarankan untuk menyelesaikan masalah keperawatan ini secara teoritis adalah mendengar aktif, modifikasi prilaku, fasilitasi pembelajaran, bantuan perawatan diri, peningkatan efiksasi diri, pengajaran : peresepan diit, pengajaran peresapan obat-obatan.

Intervensi yang diambil oleh penulis dalam menyelesaikan masalah ketidak efektifan manajemen kesehatan adalah :

1. Fasilitasi pembelajaran

Adalah peningkatan kemampuan dalam memproses dan memahami informasi. Aktifitas yang ditawarkan dalam menyelesaikan masalah keperawatan ini ada 38 aktifitas, akan tetapi penulis hanya mengambil sepuluh aktifitas yang mungkin dilakukan kepada klien dan yang akan mendukung keberhasilan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan diri

1. Pengajaran :Peresapan diit

Adalah mempersiapkan klien agar dapat mengikuti diet yang telah disarankan. Aktifitas yang ditawarkan dalam menyelesaikan masalah keperawatan ini ada 22 aktifitas, akan tetapi penulis hanya mengambil 9 aktifitas yang dapat mendukung keberhasilan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemem kesehatan diri.

1. Hambatan mobilitas fisik

Intevensi yang ditawakan untuk menyelesaikan masalah hambatan mobilitas fisik adalah perawatan tirah baring, penigkatan mekanika tubuh, manajemen energi, manajemen lingkungan, peningkatan latihan, manajemen alam perasaan, pengaturan posisi, terapi aktifitas, manajemen pengobatan, manajemen tekanan dan pencegahan jatuh.

Intervensi yang diambil oleh penulis hanya dua intervensi yaitu

1. Peningkatan mekanika tubuh

Adalah memfasilitasi penggunaan postur dan pergerakan dalam aktifitas sehari-hari untukmencegah kelelahan dan ketegangan serta injury muskuloskeletal. Aktifitas yang ditawarkan untuk menyelesaikan masalah ini ada 20 aktifitas, akan tetapi penulis hanya mengambil tujuh aktifitas yang dapat menyelesaikan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

1. Pencegahan jatuh

Adalah melaksanakan pencegahan khusus dengan pasien yang beresiko cedera karena jatuh. Aktifitas yang ditawarkan untuk menyelesaikan masalah ini ada 52 aktifitas, tetapi penulis hanya mengambil sepuluh aktifitas yang dapat mendukung dan menyelesaikan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik

1. Nyeri akut

Intevensi yang ditawarkan untuk menyelesaikan masalah nyei akuat adalah akupressur, pemberiananalgesik, pemberian anastesi,pengurangan kecemasan, manajemen nyeri, pemberian obat oral, peresepan obat, peningakatan koping, pengalihan , dukungan emosional, manajemen energi, humor, hipnotis, terapi latihan , manajemen supresi, peningkatan tidur dan monitor tanda-tanda vital

Intevensi yang diambil oleh penulis ada dua intevensi yaitu :

1. Manajamen nyeri

Adalah pengurangan reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diteima oleh pasien. Aktifitas yang ditawarkan untuk intervensi ini ada 43 aktifitas, akan tetapi penulis hanya mengambil 10 aktifitas yang dapat mendukung kebehasilan penyelesaian masalah keperawatan nyeri akut.

1. Pemberian obat

Adalah mempersiapkan , memberikan, dan mengevaluasi efektifitas obat dengan resep maupun tanpa resep. Aktifitas yang ditawarkan untuk menyelesaikan masalah keprewatan ini ada 28 aktifitas, akan tetapi penulis hanya mngambil 7 aktifitas yang benar-benar dapat dilakukan kepada klien dan dapat menunjang keberhasilan masalah keperawatan nyeri akut.

1. Hambatan komunikasi verbal

Intevensi yang disarankan untuk menyelesaikan masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal adalah mendengar aktif, pengurangan kecemasan, penigkatan komunikasi: kurang pendengaran, peningkatan komunikasi : kurang bicara, perekatan budaya, pengambilan keputusan, manajemen dimensia, manajemen lingkungan, latihan memori, menghadirkan diri, fasilitasi pembelajaran, peningkatan sitem dukungan.

Intervensi yang diambil oleh penulis untuk menyelesaikan masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal adalah :

1. Peningkatan komunikasi kurang bicara

Adalah penggunaan strategi peningkatan kemampuan komunikasi bagi orang yang memiliki gangguan bicara. Aktivitas yang ditawarkan untukmenyelesaikan intevensi peningkatan komunikasi verbal berjumlah 28 aktifitas, akan tetapi penulis hanya 9 aktifitas yang dapat menunjang kebehasilan masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal.

* 1. **Implementasi**

Implemetasi yang dilakukanuntuk masing masing intervensi dapat dilakukan dengan baik dan untuk intervensi fasilitasi pembelajaran, penulis melakukan penyuluhan yang disertai dengan leaflet. Sehingga implementasi yang dilakukan dapat diterima dengan cepat oleh klien dan keluarga. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan diri dan nyeri akut di lakukan dua kali pertemuan karena pada pertemuan pertama implementasi yang dilakukan masalah hanya teratasi sebahagian.

* 1. **Evaluasi**

Dari empat diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien dan telah dilakukan tindakan keperawatan maka dilakukanlah evaluasi di masing-masing diagnosa. Evaluasi yang didapatkan dimasing-masing diagnosa didapatkan dua diagnosa dapat teratasi dengan satu kali pertemuan. Akan tetapi untuk diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan dan nyeri akut diperlukan dua kali implementasi sehingga masalah dapat teratasi.

**DAFTAR PUSTAKA**

Achjar, K. (2010). *Aplikasi Praktek Perkesmas Asuhan Keperawatan Keluarga. Jakarta*. CV. Sagung Seto.

Aziza, Lucky. 2007. *Hipertensi The Silent Killer*. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.

Brunner & Suddarth*. Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah Vol 2*, Jakarta, EGC, 2002

Carpenito, Lynda Juall. 2009. *Diagnosa Keperawatan. Aplikasi pada Praktek Klinis. Edisi IX.* Alih Bahasa: Kusrini Semarwati Kadar. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

Doenges, ME., Moorhouse, MF.,Geissler, AC. 2000. *RencanaAsuhanKeperawatanPedomanuntukPerencanaandanPendokumentasianPerawatanPasien*.Jakarta : EGC

Doenges, Maryllin E. 2003. *Rencana Asuhan Keperawatan Edisi* 3 . Alih Bahasa: Yasmin Asih. Jakarta: EGC Jennifer,Kowalak,Welsh, Williams. 2011. Buku Ajar Patofisiologi. Alih Bahasa Andry Hartono. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Gunawan, Lany*.Hipertensi :TekananDarahTinggi*, Yogyakarta, PenerbitKanisius , 2001

Guyton, AC. & Hall, JE. 1997. *BukuAjarFisiologiKedokteran.*Jakarta : EGCJohnson. M. Maas. M. Moorhead. S. 2000. Nursing Outcome Classification (NOC) . Mosby. Philadelpia

Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Thechnical Guidelines fer Health Crisis Responses on Disaster*. Jakarta

MC. Closky J. danBulaceck G. 2000*. Nursing Interventions Classification (NIC).* Mosby. Philadelpia

Mulyokusumo, Sudigdo. 2000. *Sehat Jiwa dan Lingkungan*. Teater : Jakarta

Muttaqin, Arif. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler* . Jakarta: Salemba Medika

Smeltzer dan Bare. 2002*. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Alih Bahasa Yasmin Asih. Jakarta: Buku Kedokteran EGC