

**IMPLEMENTASI SENAM HIPERTENSI PADA KLIEN
DENGAN TEKANAN DARAH TINGGI DI PANTI WREDHA
PUCANG GADING SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

AMELIA PUTRI

NIM. 40902200010

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2025**

**IMPLEMENTASI SENAM HIPERTENSI PADA KLIEN
DENGAN TEKANAN DARAH TINGGI DI PANTI WREDHA
PUCANG GADING SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

AMELIA PUTRI

NIM. 40902200010

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2025

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



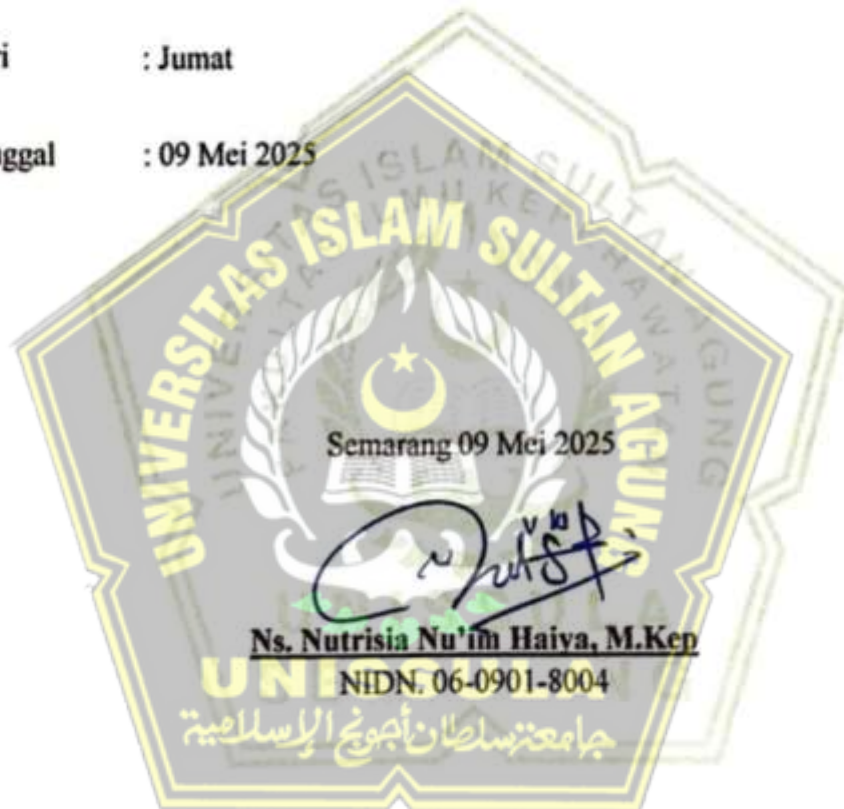
HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk di pertahankan dihadapan tim
penguji Karya Tulis Ilmiah Produ DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Unissula pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 09 Mei 2025



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Rabu tanggal 14 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 14 Mei 2025



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan




Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep., M.Kep
NIDN 06-2208-7403

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr, Wb.

Segala puji Syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Implementasi Senam Hipertensi Pada Klien Dengan Tekanan Darah Tinggi Di Panti Wredha Pucang Gading Semarang”** dalam rangka syarat memenuhi tugas akhir pada Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari kesulitan dari kendala, namun berkat dukungan, bimbingan, saran, dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya penulis mampu menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., MH, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Serta selaku penguji I Karya Tulis Ilmiah saya yang telah memberikan masukan dan saran.
3. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An, selaku Kaprodi DIII Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

4. Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M. Kep, selaku dosen pembimbing yang telah membimbing, memberikan pengarahan, dan motivasi kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh dosen pengajar dan staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu dan membantu penulis selama masa perkuliahan kurang lebih tiga tahun.
6. Terima kasih kepada orang tua saya Bapak Kateman dan Ibu Suyanti tercinta atas seluruh doa, kerja keras, dan kasih sayang tulusnya selalu mendukung saya dalam setiap langkah. Doa, motivasi, dan dukungan mereka menjadi kekuatan terbesar hingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Terima kasih sudah berjuang dan mengantarkan saya berada di tempat ini. Ayah Ibu, putri kecilmu kini telah dewasa dan siap mengapai mimpi yang tinggi.
7. Terima kasih kepada saudara kandung saya Ayudia Inara Azzahra dan juga keluarga besar saya yang selalu memberikan doa, dukungan, dan semangat tiada hentinya.
8. Terima kasih kepada Nda Tri dan Ayah Pur yang telah mengurus saya selama 3 tahun ini kuliah di Semarang, dan juga selalu memberikan dukungan, doa, dan materil kepada saya.
9. Kepada seseorang yang memiliki Nomor Induk Mahasiswa D1B018198, terima kasih telah menjadi bagian yang berarti dalam perjalanan menyelesaikan tugas akhir ini. Dari awal sampai akhir selalu menemani, memberikan semangat, motivasi, serta menjadi pendengar yang sabar dalam setiap keluh kesah yang saya hadapi. Selalu memberikan saran dan

solusi yang membantu saya melewati setiap tantangan membuat saya tetap berjuang hingga tahap akhir.

10. Kepada sahabat saya Intan, Wida, Yumi terima kasih telah kebersamai saya selama masa perkuliahan, selalu mendengarkan keluh kesah saya, serta memberikan doa, dukungan, dan semangat kepada saya.
11. Terima kasih kepada teman-teman DIII Keperawatan 2022 yang telah kebersamai saya selama perkuliahan, selalu memberikan dukungan, motivasi, dan berjuang bersama untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Saya hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
13. Terakhir kepada diri saya sendiri, Amelia Putri terima kasih sudah bertahan atas perjuangan, air mata, dan ketidakpastian diperjalanan panjang ini, meskipun sesekali ingin menyerah dan putus asa. Terima kasih selalu kuat dalam menghadapi situasi apapun. Berbahagialah selalu dimanapun berada, Amel. Apapun kurang dan lebihmu mari merayakan diri sendiri. *I wanna thank me for just being me at all times.*

Penulis memahami bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih memiliki kekurangan dan kekeliruan, keterbatasan ilmu yang dimiliki sebagai manusia. Dengan demikian, penulis meminta kritik dan arahan yang membangun

dari para pembaca guna memperbaiki Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca. Terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Semarang, 09 Mei 2025

Penulis,

Amelia Putri



IMPLEMENTASI SENAM HIPERTENSI PADA KLIEN DENGAN TEKANAN DARAH TINGGI DI PANTI WREDHA PUCANG GADING SEMARANG

ABSTRAK

Amelia Putri

**DIII Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan
Agung**

Masalah: Hipertensi merupakan masalah Kesehatan yang umum terjadi pada lansia dan dikenal sebagai “silent killer” karena sering tanpa gejala namun berdampak serius. Prevalensinya terus meningkat, termasuk di Kota Semarang. Salah satu intervensi non-farmakologis yang efektif adalah senam hipertensi, yang terbukti membantu menurunkan tekanan darah. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan proses asuhan keperawatan dengan melakukan senam hipertensi untuk mengatasi tekanan darah tinggi dengan hipertensi.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus deskriptif. Penyajian data dalam bentuk tulisan menyajikan karya tulis ilmiah. Penelitian ini dilakukan di Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang tahun 2024. Populasi penelitian ini yaitu klien yang memiliki pengidap hipertensi tingkat 2 berjumlah 2 responden dengan jenis kelamin laki-laki. Studi kasus dilakukan dengan wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik. Alat ukur yang digunakan antara lain; Sphygmomanometer (tensimeter), Lembar Observasi dan Prosedur penerapan senam hipertensi.

Hasil: Hasil pengkajian pada dua klien menunjukkan tekanan darah tinggi disertai keluhan fisik dan gangguan pola tidur. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan meliputi risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan pola tidur, defisit pengetahuan, dan gangguan mobilitas fisik. Intervensi difokuskan pada pelaksanaan senam hipertensi, pendidikan kesehatan, dan pemberian fasilitas mobilisasi. Implementasi berjalan lancar dengan partisipasi aktif klien. Evaluasi menunjukkan seluruh diagnosa keperawatan dapat diatasi, dan klien disarankan melanjutkan senam hipertensi secara mandiri untuk menjaga tekanan darah tetap stabil.

Kata Kunci: Hipertensi, Lansia, senam hipertensi, tekanan darah.

IMPLEMENTATION OF HYPERTENSIVE GUMNASTICS ON CLINETES WITH HIGH BLOOD PRESSURE AT THE PUCANG GADING NURSING HOME IN SEMARANG

ABSTRACT

Amelia Putri

DIII Nursing Study Program, Fakulty Of Nursing, Sultan Agung Islamic University Semarang

Problem: Hypertension is a common health problem among the elderly and is known as the “silent killer” because it often presents without symptoms but can have serious consequences. Its prevalence continues to rise, including in Semarang City. One effective non-pharmacological intervention is hypertension exercise, which has been proven to help lower blood pressure. This study aims to describe the nursing care process through the implementation of hypertension exercise to manage high blood pressure in elderly clients.

Method: This research uses a descriptive case study approach. The data were presented in the form of a scientific paper. The study was conducted at the Pucang Gading Social Service Home in Semarang in 2024. The population consisted of two male clients diagnosed with stage 2 hypertension. Data were collected through interviews, observations, document reviews, and physical examinations. The instruments used included a sphygmomanometer, observation sheets, and a hypertension exercise procedure.

Result: Assessment results showed that both clients had high blood pressure accompanied by physical complaints and disturbed sleep patterns. The nursing diagnoses identified included risk for ineffective cerebral perfusion, disturbed sleep pattern, knowledge deficit, and impaired physical mobility. Interventions focused on hypertension exercise, health education, and providing mobility support. Implementation proceeded smoothly with active participation from the clients. The evaluation indicated that all nursing diagnoses were resolved, and clients were advised to continue performing hypertension exercises independently to maintain stable blood pressure.

Keywords: Hypertension, Elderly, Hypertension Exercise, Blood Pressure.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. RUMUSAN MASALAH.....	5
C. TUJUAN STUDI KASUS	6
D. MANFAAT STUDI KASUS.....	7
BAB II KONSEP DASAR.....	8
A. KONSEP DASAR LANSIA	8
B. KONSEP DASAR PENYAKIT HIPERTENSI.....	11
C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN	22
D. SENAM HIPERTENSI.....	33
BAB III METODE STUDI KASUS	42
A. RANCANGAN STUDI KASUS	42
B. SUBJEK STUDI KASUS	42
C. FOKUS STUDI.....	43
D. DEFINISI OPERASIONAL	43
E. LOKASI DAN WAKTU STUDI KASUS	43
F. INSTRUMEN STUDI KASUS.....	43
G. METODE PENGUMPULAN DATA.....	46
H. ANALISIS DATA DAN PENYAJIAN DATA.....	48
I. ETIKA STUDI KASUS	49
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	50

A. HASIL STUDI KASUS	50
B. PEMBAHASAN	87
C. KETERBATASAN.....	115
BAB V PENUTUP.....	116
A. KESIMPULAN	116
B. SARAN	118
DAFTAR PUSTAKA	120
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	22
Gambar 2. 2 Jalan ditempat.....	36
Gambar 2. 4 Tepuk tangan.....	36
Gambar 2. 5 Tepuk jari.....	36
Gambar 2. 6 Jalin tangan.....	37
Gambar 2. 7 Silang ibu jari	37
Gambar 2. 8 Adu sisi kelingking.....	37
Gambar 2. 9 Adu sisi telunjuk.....	38
Gambar 2. 10 Ketuk pergelangan tangan.....	38
Gambar 2. 11 Tekan jari-jari tangan.....	38
Gambar 2. 12Buka dan mengepal jari tangan	39
Gambar 2. 13 Menepuk punggung tangan dan bahu.....	39
Gambar 2. 14 Menepuk bokong	39
Gambar 2. 15 Menepuk paha	40
Gambar 2. 16 Menepuk betis samping.....	40
Gambar 2. 17 Jongkok dan berdiri	40
Gambar 2. 18 Menepuk perut.....	41
Gambar 2. 19 Kaki jinjit.....	41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Konsultasi Bimbingan KTI

Lampiran 2. Informed Consent

Lampiran 3. Hasil Turniti

Lampiran 4. Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 5. Laporan Asuhan Keperawatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Bertambahnya usia, lansia cenderung mengalami berbagai gangguan kesehatan karena fungsi tubuh yang mulai menurun. Salah satu masalah yang cukup sering ditemui adalah tekanan darah tinggi atau yang dikenal dengan istilah hipertensi. Kondisi ini terjadi saat tekanan darah seseorang melebihi batas normal. Umumnya, tekanan darah dikatakan normal jika berada di kisaran 120–139 mmHg untuk tekanan sistolik dan 80–89 mmHg untuk diastole (Emi Inayah Sari Siregar, 2022).

Data dari WHO tahun 2015, hipertensi termasuk salah satu penyebab utama kematian dini di dunia. Diperkirakan pada tahun 2020, lebih dari 1,5 miliar orang dewasa mengalami tekanan darah tinggi. Setiap tahunnya, kondisi ini menyebabkan hampir 8 juta kematian secara global, dengan sekitar 1,5 juta di antaranya terjadi di kawasan Asia Timur dan Asia Selatan. Di wilayah tersebut, hampir sepertiga orang dewasa diketahui mengidap hipertensi (Sartika & Vebi, 2020). Berdasarkan laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, hipertensi merupakan penyakit kronis tidak menular yang sering terjadi di kalangan orang dewasa di Indonesia, dengan prevalensi mencapai 26,5%. Selain itu, angka penderita hipertensi cenderung meningkat seiring bertambahnya usia; pada usia 55-64 tahun prevalensinya sebesar 45,9%, pada usia 65-74 tahun mencapai 57,6%, dan pada usia di atas 75 tahun mencapai 63,8% (Kemenkes RI, 2019).

Provinsi Jawa Tengah tercatat menjadi provinsi dengan angka kejadian hipertensi tertinggi di Indonesia, yaitu sebesar 13,4% (Kemenkes, 2019). Dari data hasil laporan rumah sakit dan puskesmas di wilayah tersebut menunjukkan bahwa saat tahun 2010 terdapat 562.117 kasus hipertensi (64,2%). Angka ini meningkat pada tahun 2011 menjadi 634.860 kasus (72,1%), namun mengalami penurunan pada tahun 2012 dengan 544.771 kasus (67,57%), dan kembali menurun pada tahun 2013 menjadi 497.966 kasus (58,6%) (Purwono et al., 2020). Kota Semarang termasuk salah satu wilayah di Jawa Tengah dengan angka hipertensi yang tinggi. Berdasarkan Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2019, kasus hipertensi di puskesmas paling banyak terjadi pada kelompok usia lanjut (45-65 tahun), yakni mencapai 117.224 kasus. Sampai dengan November 2020, puskesmas yang mencatat kasus hipertensi terbanyak di kota ini adalah Puskesmas Bandarharjo dengan 15.192 kasus, diikuti oleh Puskesmas Tlogosari Wetan dengan 10.565 kasus, dan Puskesmas Gunungpati dengan 9.993 kasus (Fitria & Prameswari, 2021).

Hipertensi adalah kondisi di mana tekanan darah meningkat lebih dari 140 mmHg untuk sistolik dan lebih dari 90 mmHg untuk diastolik. Penyakit ini dikenal sebagai “silent killer” karena sering tidak menunjukkan gejala bagi penderitanya, meskipun dapat menyebabkan komplikasi serius jika tidak terkontrol. Peningkatan tekanan darah yang terus-menerus dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas. Oleh karena itu, penting

untuk mengelola hipertensi guna mencegah dampak kesehatan jangka panjang (Cristanto et al., 2021). Hipertensi adalah salah satu penyakit kardiovaskular yang paling sering terjadi dan menjadi tantangan kesehatan yang serius bagi para penderitanya. Kondisi ini merupakan salah satu faktor utama yang meningkatkan risiko kematian akibat gangguan pada jantung dan pembuluh darah, bahkan berkontribusi terhadap 20-50% dari total angka kematian (Marbun & Hutapea, 2022).

Hipertensi dapat mengakibatkan berbagai komplikasi penyakit dalam waktu yang panjang, seperti kerusakan pada retina (retinopati), gangguan pada pembuluh darah, serta masalah pada sistem saraf. Selain itu, tekanan darah tinggi juga bisa memicu penyumbatan bahkan pecahnya pembuluh darah yang bertugas mengalirkan darah dan oksigen ke otak, yang dapat meningkatkan risiko stroke (Iqbal & Handayani, 2022).

Hipertensi bisa dicegah jika menghindari faktor-faktor risikonya. Pencegahannya bisa dilakukan dengan menerapkan pola hidup sehat, seperti rutin melakukan aktivitas fisik, tidur yang cukup, menjaga pikiran tetap rileks, serta menerapkan pola makan yang sehat (Eviyanti, 2020). Merawat diri secara mandiri sangat penting bagi penderita hipertensi. Salah satu cara mengelola hipertensi dengan efektif adalah dengan menjaga kepatuhan dalam mengonsumsi obat, berhenti merokok, mengurangi asupan garam, dan juga rutin melakukan Latihan fisik (Prihandana et al., 2020).

Olahraga senam merupakan salah satu cara untuk menjaga kebugaran jasmani. Aktivitas ini dapat merangsang kerja jantung dan membawa

perubahan positif dalam tubuh. Senam berperan sebagai langkah pencegahan dengan meningkatkan kemampuan tubuh dalam mengolah oksigen secara optimal dalam periode waktu tertentu. Selain pengobatan medis, senam khusus bagi penderita hipertensi juga memiliki manfaat penting. Tujuannya adalah untuk membantu melebarkan pembuluh darah, mengurangi hambatan aliran darah, menurunkan kadar hormon yang bisa memicu naiknya tekanan darah, serta membantu menurunkan kadar kolesterol yang tinggi dalam tubuh (Basuki & Barnawi, 2021).

Senam hipertensi adalah salah satu jenis olahraga yang bertujuan untuk melancarkan aliran darah dan oksigen ke otot, terutama otot jantung. Ketika berolahraga, tubuh mendapatkan lebih banyak oksigen, yang kemudian diubah menjadi energi. Saat berolahraga, denyut jantung akan meningkat, yang kemudian memperbesar volume darah yang dipompa oleh jantung, sehingga sementara waktu, tekanan darah akan naik. Namun, setelah selesai beraktivitas dan tubuh mulai beristirahat, pembuluh darah akan melebar, yang menyebabkan aliran darah menurun sementara. Proses ini biasanya berlangsung sekitar 30 hingga 120 menit sebelum tekanan darah kembali normal. Jika olahraga dilakukan secara rutin, efek penurunan tekanan darah ini bisa bertahan lebih lama, dan pembuluh darah pun menjadi lebih elastis (Martani et al., 2022).

Sartika et al., 2020, sebelum melakukan senam hipertensi, tekanan darah sistolik rata-rata lansia tercatat 151,80 mmHg dan diastoliknya 94,73 mmHg. Setelah melaksanakan senam hipertensi, tekanan darah sistolik rata-

rata menurun menjadi 137,13 mmHg, sementara tekanan darah diastolik turun menjadi 90,27 mmHg. Hasil temuan ini memperlihatkan bahwa olahraga seperti senam hipertensi memiliki dampak yang signifikan dalam mengendalikan hipertensi pada lansia.

Rumah Pelayanan Sosial (Rumpelsos) Pucang Gading Semarang merupakan salah satu rumah pelayanan sosial lansia. Pada saat peneliti melakukan Praktik Klinik Keperawatan Gerontik di Rumpelsos Pucang Gading di ruang Gardenia yang memiliki 10 (sepuluh) pasien dengan diagnosa hipertensi sebanyak 6 orang atau 60% dari total seluruh pasien yang berada di ruang Gardenia. Oleh karena itu, berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk menyusun KTI terkait asuhan keperawatan terhadap lansia dengan hipertensi berjudul **“Implementasi Senam Hipertensi pada Klien dengan Tekanan Darah Tinggi Di Panti Wredha Pucang Gading Semarang”**.

B. RUMUSAN MASALAH

Bagaimanakah implementasi terapi senam hipertensi dapat membantu mengatasi tekanan darah tinggi pada klien dengan hipertensi?

C. TUJUAN STUDI KASUS

1. Tujuan Umum

Menggambarkan proses asuhan keperawatan dengan melakukan senam hipertensi untuk mengatasi tekanan darah tinggi pada Tn. A dan Tn. M dengan hipertensi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi proses pengkajian pada lansia dengan hipertensi di Rumah Pelayana Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.
- b. Mengidentifikasi proses perumusan diagnosa keperawatan pada lansia dengan hipertensi di Rumah Pelayana Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.
- c. Mengidentifikasi proses intervensi keperawatan pada lansia dengan hipertensi di Rumah Pelayana Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.
- d. Mengidentifikasi proses implementasi keperawatan senam hipertensi pada lansia dengan hipertensi di Rumah Pelayana Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.
- e. Mengidentifikasi proses evaluasi keperawatan pada lansia dengan hipertensi di Rumah Pelayana Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

D. MANFAAT STUDI KASUS

Karya Tulis Ilmiah yang disusun ini diharap dapat bermanfaat untuk berbagai pihak yang terkait, antara lain:

1. Masyarakat

Studi kasus ini dapat membantu meningkatkan pemahaman masyarakat dalam mengatasi tekanan darah tinggi dengan melakukan senam hipertensi.

2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan:

Studi kasus ini mampu menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam penatalaksanaan tindakan mandiri perawat dengan senam hipertensi.

3. Penulis

Studi kasus ini memberikan manfaat bagi penulis dalam pemahaman dan ketrampilan dalam mengimplementasikan prosedur senam hipertensi untuk mengatasi tekanan darah tinggi.

BAB II

KONSEP DASAR

A. KONSEP DASAR LANSIA

1. Definisi Lansia

Lanjut usia adalah masa saat seseorang akan mengalami pertumbuhan pada usianya, tetapi mengalami kemunduran pada fungsi fisik yang dimilikinya. seperti penurunan pada masa otot, laju denyut pada jantung yang maksimal, peningkatan lemak pada beberapa bagian tubuh, hingga terjadi penurunan pada fungsi otak lansia (Carolina, et al 2019). Lansia merupakan seorang individu yang telah mencapai usia sekitar 45 hingga 60 tahun, di mana mereka mulai mengalami penurunan dalam kemampuan untuk beradaptasi dan menjadi kurang mampu untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari secara mandiri. Sebagian besar teori tentang penuaan menjelaskan bahwa proses ini melibatkan perubahan fisik dan psikologis pada diri lansia (Astriani et al., 2021).

2. Klasifikasi Lansia

Klasifikasi Lansia menurut World Health Organization (WHO) ada empat tahapan yaitu istilah "lansia" mengacu pada orang yang setengah baya (Middle age) yang berusia antara 45 hingga 59 tahun, lanjut usia (elderly) antara usia 60 sampai dengan 74 tahun, tua (old) yang berusia antara 75 hingga 90 tahun, dan sangat tua (very old) di atas 90 tahun. Batasan usia dari beberapa para ahli dapat disimpulkan bahwa lanjut usia

adalah seseorang yang berumur 65 ke atas. Namun di Indonesia batasan usia untuk lanjut usia adalah usia 60 tahun keatas, hal ini dicantumkan ke dalam Undang – Undang Nomor 13 Tahun 1998 yang berisi tentang kesejahteraan lanjut usia pada bab 1 pasal 1 ayat 2.

3. Perubahan Fisiologi Dan Psikologis Pada Lansia

Penuaan dimulai ketika seseorang mencapai usia 25 tahun dan telah selesai tumbuh. Hanya sedikit orang yang menyadari bahwa proses ini, serta penuaan (secara eksternal, rambut beruban), pada awalnya tidak menimbulkan masalah. Selain itu, perubahan fisiologis dan proses penuaan semakin cepat seiring bertambahnya usia. Perubahan fisiologis yang terjadi seiring bertambahnya usia kita terlihat dan tidak terlihat. perubahan fisik yang terlihat, seperti kulit mengendur dan berkerut, rambut beruban, kehilangan gigi, dan peningkatan lemak perut dan pinggang. Perubahan fisik yang tidak kentara ini meliputi penyesuaian kepadatan tulang, penglihatan, pendengaran, dan fungsi organ lainnya. Kondisi fisik, sosial, dan emosional yang menurun, serta pencapaian kebahagiaan, kekayaan, dan kepuasan hidup, bisa menjadi cara untuk menilai perubahan psikologis pada lansia. Selain itu, ada beberapa teori tentang penuaan yang menjelaskan mengapa dan bagaimana proses penuaan terjadi, serta dampaknya terhadap aspek fisik dan psikologis seseorang (Salesiano et al., 2021).

a) Teori Imunitas

Bersamaan dengan proses penuaan teori sistem imun menjelaskan penurunan imunitas yang berhubungan dengan pertahanan terhadap agen patogen atau organisme asing dapat menyebabkan berbagai penyakit, seperti infeksi dan kanker. Terkait dengan fungsi kelenjar timus yang berperan dalam membedakan sel T, penurunan kemampuan ini bisa memicu respon autoimun, yang akhirnya bisa menyebabkan munculnya penyakit seperti rheumatoid arthritis.

b) Teori Neuroendokrin

Proses penuaan menyebabkan kemampuan jaringan untuk mempertahankan fungsinya menurun secara bertahap, terutama yang terkait dengan sistem saraf dan pengaturan oleh hipofisis. Seiring bertambahnya usia, gangguan pada sistem saraf dapat terjadi, salah satunya adalah peningkatan waktu reaksi, yang mengarah pada keterlambatan dalam menerima, mengolah, dan merespon perintah.

3) Teori Kepribadian

Kepribadian dijelaskan bahwa penuaan yang sehat tidak bergantung pada banyaknya aktivitas sosial yang dimiliki seseorang. Namun pada seberapa puas seseorang dengan kegiatan sosial yang dilakukannya.

4) Teori Aktivitas

Teori aktivitas menjelaskan bahwa hilangnya fungsi peran pada lansia berpengaruh negatif terhadap kepuasan dalam melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas hidup.

5) Teori Kontinuitas

Teori kontinuitas menjelaskan bahwa kepribadian seseorang seiring dengan proses penuaan cenderung tidak berubah dan semakin terlihat ketika orang tersebut bertambah tua. Seseorang yang bahagia dan memiliki kehidupan sosial yang aktif akan terus menikmati gaya hidup tersebut hingga usia lanjut. Sementara itu, orang yang lebih suka menyendiri dan memiliki aktivitas terbatas mungkin menemukan kepuasan dalam melanjutkan gaya hidup mereka. Proses komunikasi yang menjadi poin penting dalam menjelaskan peran keluarga akan sangat menentukan bagaimana orientasi nilai lansia, fungsi afektifnya, dan fungsi sosialisasinya.

B. KONSEP DASAR PENYAKIT HIPERTENSI

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi Hipertensi, atau tekanan darah tinggi, adalah kondisi ketika tekanan darah seseorang melebihi batas normal. Secara lebih spesifik, hipertensi terjadi ketika tekanan darah sistolik (angka atas) lebih dari 140, dan tekanan darah diastolik (angka bawah) tidak lebih dari 90 (Tambunan et al., 2021). Tekanan darah yang

Tekanan darah yang dianggap normal adalah ketika angka sistolik kurang dari atau sama dengan 140 mmHg, dan angka diastolik kurang dari atau sama dengan 90 mmHg. Pengukuran tekanan darah ini bisa dilakukan menggunakan alat sphygmomanometer, yang bisa dilengkapi dengan stetoskop atau alat digital, sesuai dengan standar dari British Society of Hypertension (Kemenkes RI, 2019).

Kenaikan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah disebut sebagai hipertensi. Pada saat seseorang menderita hipertensi maka akan terjadi peningkatan pada pembuluh darah. Hal ini menyebabkan jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah, jika tidak ditangani dengan baik maka akan berdampak pada jantung dan ginjal (Efliani et al., 2022).

2. Etiologi

Mussakkar dan Djafar (2021) mengatakan ada 2 jenis hipertensi yang ditemukan, yaitu :

- a. Hipertensi esensial adalah hipertensi yang tidak diketahui Sebagian penyebabnya. Sekitar 10-16% orang dewasa menderita tekanan darah tinggi seperti ini.
- b. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya diketahui. Sekitar 10% orang dewasa mengalami hipertensi seperti ini.

Beberapa penyebab hipertensi menurut Mussakkar dan Djafar (2021), antara lain:

a. Keturunan

Seseorang yang memiliki orang tua atau saudara pengidap hipertensi makan kemungkinan besar orang tersebut mengalami hipertensi dikarenakan pola hidup yang sama, sumber gizi dan aktivitas yang serupa

b. Usia

Sebuah penelitian menyimpulkan bahwa tekanan darah akan mengalami peningkatan seiring bertambahnya usia, hal ini terjadi karena semakin tua seorang manusia, maka semakin menurun kelenturan dari pembuluh darah yang Dimana dapat meningkatkan risiko tekanan darah tinggi.

c. Garam

Tekanan darah dapat meningkat dikarenakan kadar NaCl yang tinggi di dalam darah meningkat.

d. Kolestrol

Penumpukan kolesterol dapat terjadi akibat kandungan lemak yang berlebih dan menumpuk dan menyempit pada pembuluh darah sehingga dapat menaikkan tekanan darah.

e. Obesitas / Kegemukan

Orang yang mempunyai 30% berat badan yang berlebih dibandingkan berat badan ideal memiliki risiko lebih tinggi

mengidap hipertensi dikarenakan lemak yang menumpuk semakin banyak di dalam tubuh.

f. Stress

Aktifitas saraf simpatis yang meningkat akibat stress menjadi pemicu utama tekanan darah dalam tubuh mengalami peningkatan, sehingga stress menjadi salah satu factor tinggi terjadinya hipertensi.

g. Rokok

Tekanan darah tinggi dapat dipicu salah satunya oleh merokok. Residu yang ada di dalam darah dapat meningkat, seseorang yang mengalami hipertensi dan tetap merokok akan meningkatkan penyakit pada jantung dan darah.

h. Kafein

Hormon adrenalin yang dihasilkan akibat kafein yang dikonsumsi akan meningkatkan tekanan darah secara signifikan.

i. Alkohol

Kadar kortisol dalam darah dapat mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan konsumsi alkohol sehingga menyebabkan tekanan darah tinggi sejalan dengan aktivitas renin-angiotensin aldosterol system (RAAS) yang meningkat.

j. Kurang Olahraga

Kurang bergerak dan juga berolahraga dapat menaikkan tekanan darah pada tubuh. Sebagai penderita hipertensi, sebaiknya tidak

melakukan olahraga yang berat, yang ringan saja selama tubuh banyak bergerak, sehingga dapat memperlancar aliran darah dalam tubuh.

3. Patofisiologi

Hati memproduksi angiotensinogen yang terkandung dalam darah dan selanjutnya ginjal memproduksi renin yang diubah menjadi angiotensin I yang selanjutnya akan diubah menjadi convertase enzyme (ACE) menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peran yang penting dalam menaikkan tekanan darah yang dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu :

Cara pertama adalah dengan meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. Hormon ADH diolah oleh hipotalamus dan bekerja pada ginjal untuk mengatur keseimbangan cairan dalam tubuh serta volume urin. Meningkatnya ADH berakibat pada penurunan ekskresi volume urine serta menjadikan urine pekat dan osmolalitas yang cukup tinggi. Untuk mengencerkannya, diperlukan peningkatan pada volume cairan ekstraseluler dengan cara cairan di bagian intraseluler diambil maka akan menyebabkan peningkatan volume darah dan meningkatnya tekanan darah pada tubuh.

Cara kedua dengan mensimulasikan sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron adalah suatu hormon steroid yang berperan pada ginjal dalam mengatur cairan ekstraseluler dengan cara mengurangi

sekresi pada NaCl (garam) serta reabsorpsi tubulus pada ginjal. Meningkatnya konsentrasi NaCl akan kembali dicairkan dengan cara meningkatkan volume ekstraseluler pada kesempatannya yang dimana kejadian tersebut akan meningkatkan volume darah serta tekanan dalam darah. (Nuraini, 2015).

Lansia mengalami penebalan sel yang menyebabkan dinding arteri menjadi kurang elastis. Kekakuan pada dinding pembuluh darah menyebabkan peningkatan tekanan darah pada sistolik maupun diastolik dan meninggikan risiko lansia untuk mengalami hipertensi. (Manurung, et al. 2020).

4. Manifestasi Klinis

Hipertensi menurut Trisnawati (2021) tidak menimbulkan gejala, meskipun di beberapa kasus terdapat beberapa gejala yang tidak sengaja muncul saat seseorang menderita tekanan darah tinggi, padahal sebenarnya tidak ada hubungannya dengan hipertensi yang diderita. Gejala yang sering muncul adalah seperti sakit kepala, pusing, perdarahan yang terjadi dari hidung, wajah terlihat lelah dan kemerahan yang dimana gejala tersebut bisa saja muncul pada orang yang tidak menderita tekanan darah tinggi. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala berikut:

- a. Sakit kepala
- b. Kelelahan
- c. Mual

- d. Muntah
- e. Sesak nafas
- f. Gelisah
- g. Pandangan menjadi kabur
- h. Pada beberapa kasus, penderita hipertensi berat bisa mengalami penurunan kesadaran hingga koma, akibat pembengkakan otak yang dikenal dengan sebutan ensefalopati hipertensif. Kondisi ini memerlukan penanganan medis segera.

Gejala Hipertensi menurut Tambunan, et al. (2021) adalah :

- a. Sakit pada bagian belakang kepala.
- b. Kaku pada leher
- c. Sering menceuh lelah bahkan mual.
- d. Pandangan menjadi kabur karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal.
- e. Bahkan sebagian hipertensi ini tidak memiliki gejala.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik atau pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan kepada seseorang yang mengalami hipertensi menurut Nurhidayat (2016) adalah :

- a. Riwayat serta pemeriksaan fisik yang akan dilakukan secara bertahap.
- b. Pemeriksaan pada retina mata untuk mengetahui adanya kerusakan

pada retina seperti mata yang rabun hingga retinopati.

- c. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan untuk mencari apakah adanya masalah pada organ, seperti pada ginjal dan jantung mengingat kedua organ itu sangat terpengaruh jika klien mengalami hipertensi.
- d. Pemeriksaan elektrokardiogram yang bertujuan untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri atau penebalan pada ventrikel kiri.
- e. Urinalisasi yang dilakukan untuk mengetahui adakah protein yang terkandung dalam urin, darah, dan glukosa.
- f. Melakukan foto dada dan CT scan untuk mengetahui masalah lebih lanjut yang terjadi pada klien lansia.
- g. Pemeriksaan yang lain : seperti renogram, pielografi intravena, arteriogram renal, serta pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin.

6. Komplikasi

Hipertensi dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya kejadian aterosklerosis, kardiovaskular dan kerusakan organ seperti jantung, ginjal, otak dan pembuluh darah baik secara langsung maupun tidak langsung. Komplikasi yang muncul pada seseorang yang mengalami hipertensi menurut Trisnawati (2021) yaitu :

- a. Penyakit pada pembuluh darah otak, seperti hemoragik intrakranial, stroke, atau penyakit pada jantung seperti gagal jantung, angina pectoris, hingga infark miokard akut (IMA).

- b. Penyakit pada mata seperti penebaan dan perdarahan pada retina, oedema pada pupil, ataupun retinopati.

Komplikasi yang timbul pada seseorang yang mengalami hipertensi menurut Aspihani (2014) yaitu:

- a. Stroke

Tekanan darah yang tinggi di otak dapat menyebabkan kenaikan pada tekanan intrakranial dan berisiko tinggi untuk mengalami pecah atau hemoragik intrakranial, jika sudah demikian maka akan terjadi stroke hemoragik yang disebabkan karena pecahnya pembuluh darah tersebut.

- b. Infark miokard

Serangan jantung mendadak dapat terjadi dikarenakan arteri koroner arteriosklerotik tidak bisa memberikan suplai oksigen yang cukup untuk miokardium.

- c. Gagal jantung

Jantung akan dipaksa untuk memompa lebih keras oleh hipertensi yang diderita lansia membuat jantung menjadi lelah dan berisiko mengalami gagal jantung karena terlalu lama berada di bawah tekanan.

7. Penatalaksanaan

Tujuan dari deteksi dan pengelolaan hipertensi adalah untuk mengurangi risiko penyakit jantung dan pembuluh darah, serta

mencegah kematian dan penyakit terkait. Sasaran terapi adalah untuk menurunkan tekanan darah sistolik di bawah 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di bawah 90 mmHg, serta mengontrol faktor risiko lainnya. Hal ini bisa dicapai melalui perubahan gaya hidup, atau dengan bantuan obat antihipertensi (Aspiani, 2016).

Penatalaksanaan faktor risiko dilakukan dengan cara pengobatan setara non-farmakologis, antara lain:

a. Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat atau dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan dapat memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri. Beberapa diet yang dianjurkan :

- 1) Rendah garam, dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
- 2) Diet tinggi kalium, pemberian kalium secara intravena dapat menurunkan tekanan darah, meskipun cara kerjanya masih belum sepenuhnya dipahami. Kalium ini diyakini dapat menyebabkan pelebaran pembuluh darah (vasodilatasi), yang diduga dipengaruhi oleh oksidanitrat yang bekerja pada dinding pembuluh darah.
- 3) Diet kaya buah dan sayur
- 4) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung

koroner.

b. Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas dengan menurunkan berat badan bisa membantu mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan cara mengurangi beban kerja jantung dan volume darah yang dipompa dalam sekali kontraksi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa obesitas berkaitan dengan terjadinya hipertensi dan pembesaran ventrikel kiri jantung. Oleh karena itu, penurunan berat badan menjadi cara yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah.

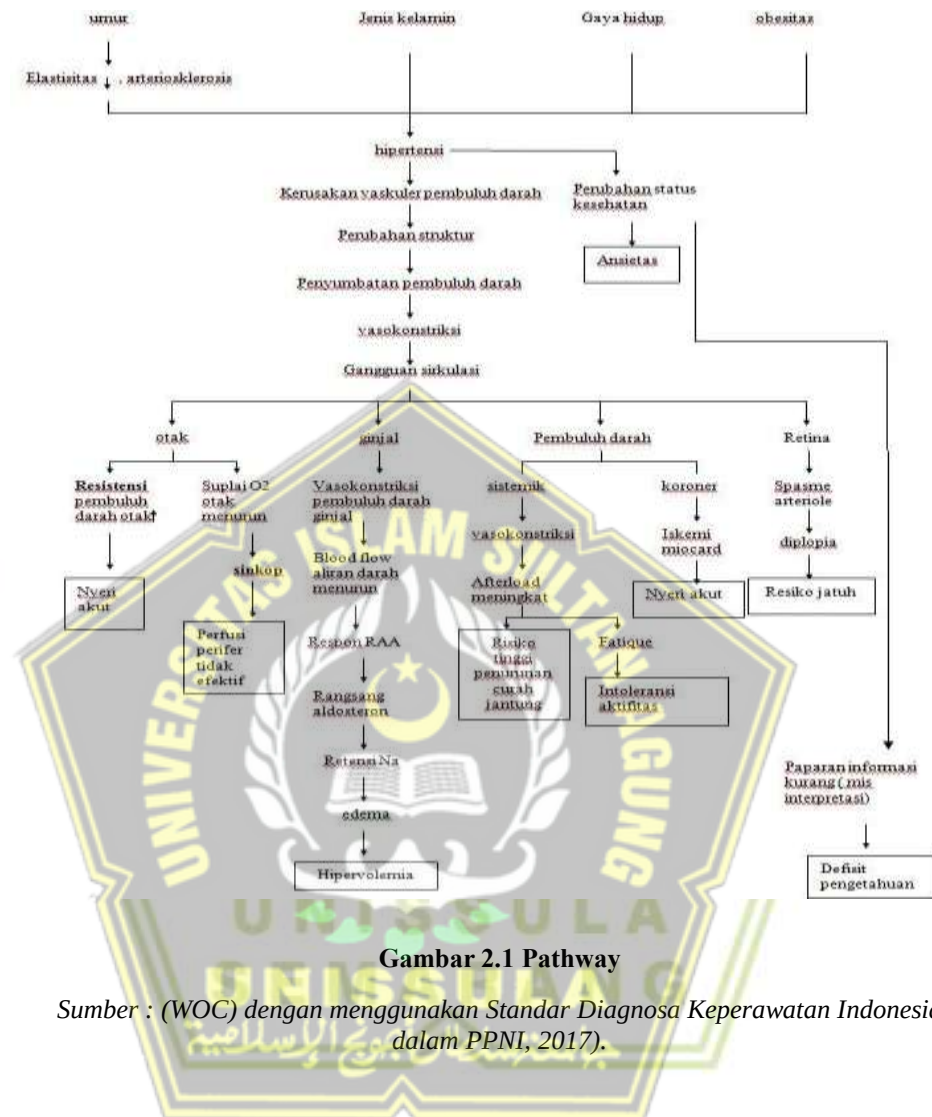
c. Olahraga

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

d. Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan menghindari konsumsi alkohol sangat penting untuk mengurangi dampak jangka panjang hipertensi. Asap rokok diketahui dapat mengurangi aliran darah ke berbagai organ dan meningkatkan beban kerja jantung (Aspiani, 2016).

8. Pathway Hipertensi



Gambar 2.1 Pathway

Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam PPNI, (2017).

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

Fokus pengkajian pada asuhan keperawatan yang harus dilakukan pada lansia yang mengalami hipertensi menurut Wijayaningsih, (2013) adalah :

a. Identitas klien dan pihak yang bertanggung jawab

Meliputi data pribadi seperti nama, jenis kelamin, usia, alamat, pekerjaan, dan tingkat pendidikan terakhir. Selain itu, terdapat genogram keluarga yang mencakup tiga generasi, jenis keluarga, etnisitas, dan agama.

b. Aktivitas / istirahat

Penting untuk mengetahui tingkat aktivitas dan istirahat pada lansia, dikarenakan hal ini sangat berpengaruh terhadap kelenturan dari pembuluh darah itu sendiri dan juga kekuatan pompa dari jantung yang signifikan berpengaruh kepada tekanan darah, pada lansia dapat ditanyakan durasi beraktivitas dan istirahat, jenis aktivitas dan istirahat, adakah tingkat kelelahan dari lansia, adakah lansia memiliki riwayat takikardia, aritmia, ataupun pernapasan yang pendek.

c. Riwayat hipertensi

Riwayat hipertensi sangat penting dikaji untuk mengetahui adakah kemungkinan untuk hipertensi itu kambuh lagi dalam jangka waktu tertentu, beberapa data yang harus dikaji adalah kenaikan tekanan darah yang pernah dialami, adakah riwayat penyakit yang berhubungan dengan kenaikan pada tekanan intracranial seperti selebravaskular, penumpukan lemak pada dinding arteri, selain itu tanda tanda fisik seperti sianosis, takikardia, kulit pucat, dan

lain sebagainya juga harus dikaji untuk mengetahui adakah kemungkinan hipertensi.

d. Integritas ego

Stress bisa menjadi sumber utama dari tekanan darah itu sendiri dikarenakan peningkatan hormon adrenalin yang menyempitkan pembuluh darah, maka dari itu sangat penting mengkaji apakah lansia memiliki ansietas, depresi, marah kronis, perubahan kepribadian, ataupun tanda – tanda seperti gelisah, pucat, ataupun otot muka yang menegang.

e. Gangguan ginjal

Gangguan ginjal juga sangat berpengaruh pada hipertensi seperti filtrasi glomerulus dalam menyaring NaCl tidak maksimal sehingga membuat tekanan darah menjadi lebih kuat dikarenakan kadar NaCl yang banyak. Maka dari itu pengkajian tentang adanya riwayat penyakit pada ginjal dan infeksi harus dikaji

f. Makanan / cairan

Makanan bisa menjadi salah satu sumber penyakit hipertensi, untuk itu perlu ditanyakan apakah lansia suka memakan makanan yang tinggi garam, kolesterol, dan lemak. Identifikasi adanya perubahan berat badan, adanya mual muntah, dan juga adanya edema pada tubuh.

g. Neurosensori

Neurosensori dapat dikaji adanya gangguan penglihatan pada lansia, adanya perubahan retina optik, respon motorik lansia yang mengalami penurunan, perubahan pada cara berbicara akibat dari teknik berpikir yang sudah melambat, adanya pusing atau sakit kepala.

h. Nyeri / kenyamanan

Lansia yang menderita hipertensi biasanya ditemukan adanya nyeri atau ketegangan pada belakang kepala hingga tengkuk, kaji apakah ada nyeri dan jenis nyeri, kaji skala, dan lama waktu nyeri jika muncul.

i. Pernapasan

Pernapasan Pada lansia harus dikaji apakah lansia pernah memiliki riwayat merokok, kaji apakah ada takipnea, dispnea, distress respirasi atau didapatkan adanya bantuan napas tambahan, adaya batuk dengan atau tanpa sputum.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah hasil dari penilaian klinis yang berkaitan dengan masalah kesehatan yang dialami klien, baik yang sudah terjadi maupun yang berpotensi terjadi. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengenali bagaimana individu, keluarga, dan komunitas merespons situasi yang berkaitan dengan kesehatan mereka (PPNI, 2016).

Diagnosa yang dapat ditegakkan kepada klien dengan hipertensi menurut PPNI (2016) yaitu :

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi (D.0017).
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055).
- c. Defisit pengetahuan tentang hipertensi berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111).
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054).

3. Intervensi / Rencana Tindakan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan terkait *treatment* atau tindakan keperawatan yang akan dikerjakan oleh perawat dan didasarkan pada penilaian klinis serta pengetahuan yang luas untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan sebagai evaluasi dari respon klien yang dihasilkan..

Rencana keperawatan yang dapat dilakukan kepada klien lansia yang mengalami hipertensi menurut PPNI (2018), berdasarkan diagnosa yang ditegakkan adalah :

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi (D.0017)

Intervensi keperawatan : Manajemen Penekanan Intrakranial (I.06198)

- 1) Identifikasi peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema, serebral).
 - 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun).
 - 3) Monitor status pernapasan.
 - 4) Berikan posisi semi fowler.
 - 5) Dokumentasikan hasil pemantauan.
 - 6) Jelaskan tujuan prosedur pemantauan.
 - 7) Informasikan hasil pemantauan.
 - 8) Pemberian obat jika perlu
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055).

Intervensi keperawatan : Dukungan Tidur (I. 05174)

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur.
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur.
- 3) Identifikasi minum banyak air sebelum tidur.
- 4) Memodifikasi lingkungan.
- 5) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur.
- 6) Tetapkan jadwal tidur rutin.
- 7) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

- 8) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.
 - 9) Ajarkan relaksasi non farmakologis.
- c. Defisit pengetahuan tentang hipertensi berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111).

Intervensi keperawatan : Edukasi Kesehatan (I. 12383)

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
 - 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
 - 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
 - 4) Berikan kesempatan untuk bertanya.
 - 5) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.
 - 6) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.
 - 7) Ajarkan strategi yang digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
- d. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

Intervensi keperawatan : Dukungan Mobilisasi (I.05173)

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- 4) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 5) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 6) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

4. Implementasi / Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan tahapan ke – 4 dalam sistem asuhan keperawatan yang dilakukan oleh setelah seorang perawat merencanakan intervensi keperawatan. Rencana keperawatan atau intervensi disusun berdasarkan pada diagnosa keperawatan yang tepat dan sesuai kasus yang dialami oleh klien (Rahmah, 2021).

Implementasi yang dapat dilakukan sesuai dengan diagnosa dan intervensi yang ditegakkan sebelumnya adalah :

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi (D.0017).
 - 1) Mengidentifikasi peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema, serebral)
 - 2) Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
 - 3) Memonitor status pernapasan.
 - 4) Memberikan posisi semi fowler
 - 5) Mendokumentasikan hasil pemantauan
 - 6) Menjelaskan tujuan prosedur pemantauan
 - 7) Menginformasikan hasil pemantauan
 - 8) Memberikan obat, jika perlu

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055).

- 1) Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur.
- 2) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur.
- 3) Mengidentifikasi minum banyak air sebelum tidur.
- 4) Memodifikasi lingkungan.
- 5) Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur.
- 6) Menetapkan jadwal tidur rutin.
- 7) Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.
- 8) Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur.
- 9) Mengajarkan relaksasi non farmakologis (teknik hipnotis 5 jari).

c. Defisit pengetahuan tentang hipertensi berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111).

- 1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
- 2) Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
- 3) Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
- 4) Memberikan kesempatan untuk bertanya.
- 5) Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 6) Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.
- 7) Mengajarkan strategi yang digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

d. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

- 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
- 2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
- 3) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
- 4) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.
- 5) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini.
- 6) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

5. **Evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah suatu tahapan yang paling akhir dalam proses asuhan keperawatan keperawatan. Evaluasi dilakukan dengan mengidentifikasi tentang keberhasilan tujuan dan hasil rencana keperawatan atau intervensi. Seorang perawat harus mempunyai kemampuan serta pengetahuan dalam menentukan evaluasi terkait dengan respon klien lansia terkait intervensi dan implementasi yang diberikan kepada klien lansia. Kemampuan perawat dalam memberikan pandangan terkait kesimpulan tentang tujuan yang dicapai dan mengaitkan suatu tindakan keperawatan dengan kriteria hasil (Rahmah, 2021).

Masalah keperawatan yang harus diatasi pada evaluasi terkait diagnosa dan intervensi yang ditegakkan menurut PPNI (2018) adalah :

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan

hipertensi (D.0017).

Evaluasi keperawatan: Perfusi Serebral (L.02014) Meningkatkan dengan kriteria hasil:

- 1) Sakit kepala menurun.
 - 2) Gelisah menurun.
 - 3) Kecemasan menurun.
 - 4) Nilai rata-rata tekanan darah membaik.
 - 5) Tekanan darah sistolik membaik.
 - 6) Tekanan darah diastolic membaik.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055).

Evaluasi keperawatan: Pola tidur (L. 05045) Membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan sulit tidur menurun.
 - 2) Keluhan sering terjaga menurun.
 - 3) Keluhan tidak puas tidur menurun.
 - 4) Keluhan pola tidur berubah menurun.
 - 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun.
- c. Defisit pengetahuan tentang hipertensi berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111).

Evaluasi keperawatan : Tingkat Pengetahuan (L. 12111)

Membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat.

- 2) Kemampuan menjelaskan tentang suatu topik meningkat.
 - 3) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai dengan topik meningkat.
 - 4) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat.
 - 5) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.
 - 6) Persepsi keliru terhadap masalah menurun.
- d. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)

Evaluasi keperawatan: Mobilitas Fisik Meningkat (L.05042)

- 1) Pergerakan ekstermitas meningkat.
- 2) Kekuatan otot meningkat.
- 3) Rentan gerak (ROM)
- 4) Nyeri menurun.
- 5) Kaku sendi menurun.
- 6) Kelemahan fisik menurun.

D. SENAM HIPERTENSI

1. Pengertian senam hipertensi

Senam hipertensi adalah olahraga untuk menurunkan tekanan darah, salah satu tujuan senam hipertensi ialah meningkatkan jumlah darah dan oksigen yang dialirkan ke otot dan rangka, khususnya pada otot jantung (Sumartini et al., 2019).

Terdapat beberapa sejumlah penelitian telah membuktikan bahwa olahraga senam dapat menurunkan tekanan darah pada mereka yang memiliki kondisi tersebut. semua olahraga dan olahraga ringan seperti Sensasi Hipertensi yang merupakan olah raga ringan yang mudah dilakukan dan tidak membebani lansia sangat bermanfaat untuk mencegah terjadinya proses degeneratif. Para lansia akan mendapatkan manfaat dari olahraga ini karena dapat menjaga kekuatan tulang, mendorong jantung bekerja sekuat tenaga, dan membantu tubuh membuang radikal bebas yang dihasilkan (Quispe, 2023).

Senam atau olahraga dapat membalikkan kebutuhan oksigen dalam sel, yang kemudian diubah menjadi energi. Hal ini menyebabkan denyut jantung dan volume darah yang dipompa jantung meningkat, sehingga tekanan darah pun ikut naik. Setelah beristirahat, pembuluh darah akan melebar, dan aliran darah akan berkurang sementara, biasanya selama 30-120 menit, sebelum akhirnya kembali ke tekanan darah normal seperti sebelum berolahraga. Jika olahraga dilakukan secara rutin, maka pengurangan darah akan berlangsung lebih lama dan pembuluh darah menjadi lebih elastis. Mekanisme penurunan tekanan darah setelah olahraga adalah olahraga dapat mengendurkan pembuluh darah, sehingga dengan melebarkan pembuluh darah maka tekanan darah akan menurun (Tina et al., 2021).

Nopriani & Ariska (2022), menyatakan bahwa satu-satunya tujuan olahraga yang dikenal sebagai *The Sensation of Hypertension* adalah

untuk meningkatkan aliran darah dan pasokan oksigen ke otot-otot dan tulang yang aktif bekerja, terutama otot jantung. Lansia penderita hipertensi dapat memperoleh manfaat dari pelatihan hipertensi dengan frekuensi seminggu sekali selama tiga minggu dan durasi 20-30 menit.

Hernawan dan Fahrur (2017) mengatakan dalam karyanya bahwa selama latihan atau olah raga, konsumsi oksigen sel meningkat dalam Menurut penelitian Hernawan dan Fahrur yang dipublikasikan pada tahun 2017, proses produksi energi saat berolahraga meningkatkan konsumsi oksigen sel, yang meningkatkan detak jantung dan meningkatkan curah jantung dan volume sekuncup. Akibatnya, tekanan darah naik. Aliran darah berkurang setelah pembuluh darah melebar atau mengencang sehingga meningkatkan curah jantung dan volume sekuncup. Ini meningkatkan tekanan darah. Setelah istirahat, pembuluh darah melebar atau mengencang dan aliran darah berkurang. Dengan berolahraga secara rutin dan terus menerus, penurunan tekanan darah berlangsung lebih lama dan pembuluh darah menjadi lebih lentur. Mekanisme penurunan tekanan darah setelah olahraga adalah olahraga dapat menyebabkan pembuluh darah rileks atau rileks. Sehingga tekanan darah turun dengan melebarkan pembuluh darah.

2. Gerakan Senam Hipertensi

Gerakan - gerakan senam hipertensi menurut aris nugraheni (2020) yang bisa diterapkan yaitu :

1. Jalan ditempat sebanyak 2 x 8 hitungan Mengangkat ujung kaki secara berulang-ulang dengan hitungan yang diberikan.



Gambar 2. 2 Jalan ditempat

2. Tepukkan telapak tangan kanan dan kiri (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 4 Tepuk tangan

3. Tepukkan jari tangan kanan dan kiri (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 5 Tepuk jari

4. Pertemuan sela-sela jari tangan kanan dan kiri (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 6 Jalin tangan

5. Pertemuan sela ibu jari dengan telunjuk tangan kanan dan kiri (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 7 Silang ibu jari

6. Buka telapak tangan menghadap ke atas dan pertemuan ibu jari kanan dan kiri (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 8 Adu sisi kelingking

7. Buka telapak tangan menghadap ke bawah dan pertemukan jari telunjuk kanan dan kiri (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 9 Adu sisi telunjuk

8. Rentangkan tangan kedepan lalu ketuk pergelangan tangan kanan dan kiri secara bergantian (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 10 Ketuk pergelangan tangan

9. Repatkan kedua tangan dengan posisi tangan de depan dada lalu tekan jari-jari tangan (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 11 Tekan jari-jari tangan

10. Rentangkan kedua tangan lalu kepal dan jari-jari tangan (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 12 Buka dan mengepal jari tangan

11. Rentangkan tangan kedepan lalu tepuk lengan kanan dan kiri secara bergantian (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 13 Menepuk punggung tangan dan bahu

12. Dengan posisi berdiri tepuk bokong dengan kedua tangan (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 14 Menepuk bokong

13. Dengan posisi berdiri agak membungkuk tepuk dengan kedua tangan (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 15 Menepuk paha

14. Tepuk betis bagian belakang (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 16 Menepuk betis samping

15. Dengan posisi kedua tangan direntangkan kedepan, lalu naik turun kebawah dengan posisi setengah jongkok dan berdiri (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 17 Jongkok dan berdiri

16. Tepukan perut menggunakan tangan kanan dan kiri (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 18 Menepuk perut

17. Dengan posisi berdiri tegap dan kedua tangan berada di depan perut, lalu lakukan gerakan menjinjit (2 x 8 hitungan).



Gambar 2. 19 Kaki jinjit

3. Hubungan Senam Hipertensi Terhadap Penurunan Tekanan Darah

Olahraga untuk hipertensi melebarkan pembuluh darah (vasodilatasi), menyumbat pembuluh darah dengan saraf simpatik dan parasimpatis, melebarkan pembuluh darah dengan panas tubuh, dan meningkatkan kekenyalan pembuluh darah dalam tubuh (Mahardani, 2019). Salah satu indikator paling langsung dari respons jangka pendek terhadap olahraga dan kondisi jangka panjang untuk program olahraga tertentu adalah detak jantung. Sel-sel otot yang aktif membutuhkan lebih banyak oksigen saat

seseorang berolahraga (senam), yang mendukung semakin tingginya kebutuhan energi yang digunakan dalam senam. Untuk mengalirkan lebih banyak darah beroksigen ke otot, jantung berdetak lebih cepat. Olahraga teratur, intensitas sedang, dan tidak rasional menyebabkan jantung beradaptasi, menguat, dan menjadi lebih efisien sehingga dapat lebih menstabilkan darah per detak (WHO, 2020).

Setelah mengikuti senam, detak jantung menurun dan tekanan darah menurun, setidaknya tekanan darah turun, meskipun tidak optimal. Diharapkan penderita hipertensi dapat lebih menurunkan peningkatan tekanan darahnya setelah mengikuti senam ini, darah dapat membantu mengurangi risiko terjadinya serangan jantung dan hipertensi setiap harinya (Efliani et al., 2021).

Olahraga dan senam bisa menurunkan tekanan darah dapat melemahkan pembuluh darah. Mirip dengan bagaimana memperluas pipa air menurunkan tekanan air, hal ini pada akhirnya dapat mengendurkan pembuluh darah dan menurunkan tekanan darah. Olahraga atau senam juga dapat mengatur reseptor hormon, aktivitas saraf, dan beberapa hormon. Olahraga umumnya masih aman bagi mereka yang memiliki tekanan darah tinggi. Instruksi khusus bagi penderita hipertensi berat: Anda harus terus meminum obat penurun tekanan darah yang diresepkan dokter sebelum memulai pengobatan jika tekanan darah sistolik dan diastolik masing-masing lebih besar dari 180 dan 110 mmHg. Latihan dan program pengurangan stres (Rismayanthi, 2020).

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. RANCANGAN STUDI KASUS

Berdasarkan penelitian ini, penulis memilih untuk menerapkan pendekatan studi kasus deskriptif. Pendekatan ini secara khusus menggambarkan suatu kasus yang relevan dalam konteks penelitian yang bertujuan untuk menyelidiki fenomena yang spesifik dan mendalam tentang karakteristik dan konteks kasus tersebut. Penelitian ini menggunakan teori deskriptif sebagai landasan penelitian dan bertujuan untuk menguraikan serta menjelaskan hasil penelitian dengan cermat dan terperinci sesuai konteks yang diamati di studi kasus tersebut.

Berikut adalah polsa penulisan yang diadopsi dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Implementasi Senam Hipertensi Pada Klien Dengan Tekanan Darah Tinggi Di Panti Werdha Pucang Gading Semarang” yaitu studi kasus.

B. SUBJEK STUDI KASUS

Subjek studi kasus pada penerapan tindakan ini yaitu klien yang memiliki pengidap hipertensi tingkat 2 berjumlah 2 responden dengan jenis kelamin laki-laki.

C. FOKUS STUDI

Fokus studi kasus ini adalah untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi tingkat 2 dengan penerapasan senam hipertensi.

D. DEFINISI OPERASIONAL

Definisi operasional pada penelitian ini yaitu :

1. Penerapan senam hipertensi dalam menurunkan tekanan darah tinggi.

Pengobatan tidak melalui farmakologi yang di lakukan yaitu dengan melakukan senam hipertensi bertujuan mengurangi tekanan darah tinggi.

2. Tekanan darah

Tekanan darah pada pembuluh darah Dimana bisa di ukur menggunakan *sphygmomanometer*.

E. LOKASI DAN WAKTU STUDI KASUS

Tempat penelitian ini berada di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Rumpelsos Lansia) Pucang Gading Semarang, Kecamatan Pedurungan, Kota Semarang. Waktu penelitian dilaksanakan dalam bulan Desember 2024.

F. INSTRUMEN STUDI KASUS

Alat yang di gunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Sphygmomanometer (tensimeter)

Alat yang berfungsi dalam mengetahui tekanan darah klien.

2. Lembar Observasi

Digunakan untuk mencatat hasil tekanan darah klien awal dan setelah dilakukannya penerapan senam hipertensi.

3. Prosedur penerapan senam hipertensi

a. Persiapan lansia :

- 1) Memberikan salam kemudian melakukan perkenalan.
- 2) Memastikan data diri pasien.
- 3) Mengkaji keadaan pasien.
- 4) Menjaga data diri pasien.
- 5) Lansia diberi tahu tindakan yang akan dilakukan.
- 6) Lansia dalam posisi berdiri.

b. Persiapan lingkungan :

- 1) Ruangan yang tenang dan kondusif.
- 2) Ruangan yang cukup luas.

c. Pelaksanaan

1) Gerakan Pemanasan :

- a) Tekuk kepala ke samping, lalu tahan dengan tangan pada sisi yang sama dengan arah kepala. Tahan dengan hitungan 8-10, lalu bergantian dengan sisi lain.
- b) Tautkan jari-jari kedua tangan dan angkat lurus ke atas kepala dengan posisi kedua kaki di buka selebar bahu. Tahan dengan 8-10 hitungan. Rasakan tarikan bahu dan punggung.

2) Gerakan inti :

- a) Lakukan gerakan seperti jalan di tempat dengan lambaian kedua tangan searah dengan sisi kaki yang diangkat. Lakukan perlahan dan hindari hentakan.

- b) Buka kedua tangan dengan jemari mengepal dan kaki dibuka selebar bahu. Kedua kepalan tangan bertemu dan ulangi gerakan semampunya sambil mengatur napas.
- c) Kedua kaki dibuka agak lebar lalu angkat tangan menyerong. Sisi kaki yang searah dengan tangan sedikit ditekuk. Tangan diletakkan dipinggang dan kepala searah dengan gerakan tangan. Tahan 8-10 hitungan lalu ganti dengan sisi lainnya.
- d) Gerakan hamper sama dengan sebelumnya, tapi jari mengepal dan kedua tangan diangkat keatas. Lakukan bergantian secara perlahan dan semampunya.
- e) Hampir sama dengan gerakan inti 1, tapi kaki dibuang kesamping. Kedua tangan dengan jemari mengepal kea rah yang berlawanan. Ula gi dengan sisi bergantian.
- f) Kedua kaki dibuka lebar dari bahu, satu lutut agak ditekuk dan tangan yang searah lutut dipinggang. Tangan sisi yang lain lurus kea rah lutut yang di tekuk. Ulangi gerakan kearah sebaliknya dan lakukan semampunya.

3) Gerakan pendinginan :

- a) Kedua kaki dibuka selebar bahu, lingkaran satu tangan ke leher dan tahan dengan tangan lainnya. Hitungan 8-10 kali dan lakukan pada sisi lainnya.
- b) Posisi tetap, tautkan kedua tangan lalu gerakkan kesamping dengan gerakan setengah putaran. Tahan 8-10 hitungan lalu

arahkan tangan ke sisi lainnya dan tahan dengan hitungan yang sama.

c) Terminasi

4) Evaluasi :

a) Menanyakan perasaan lansia setelah melakukan senam hipertensi.

b) Memberikan pujian atas keberhasilan lansia.

5) Rencana tindak lanjut :

a) Menganjurkan lansia untuk melakukan senam hipertensi minimal seminggu 2 (dua) kali.

G. METODE PENGUMPULAN DATA

1. Pengumpulan data saat studi kasus yaitu :

a. Wawancara

Tujuan dari melakukan wawancara adalah untuk menggali informasi subyektif dari klien dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien dan anggota keluarganya. Pertanyaan-pertanyaan ini meliputi identitas pasien, keluhan utama yang dirasakan, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit sebelumnya yang pernah dialami, serta pengalaman keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan.

b. Observasi

Observasi dilakukan selama proses pengkajian langsung dengan melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien dan anggota

keluarganya, serta mengamati respons yang ditunjukkan oleh mereka terhadap intervensi yang dilakukan.

c. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melakukan pengumpulan data penunjang dari pasien dan keluarga pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium serta data penunjang lainnya untuk memperkuat hasil wawancara dan observasi.

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengumpulkan informasi tentang pasien hipertensi. Pemeriksaan fisik dilakukan dari ujung kepala hingga ujung kaki.

a) Langkah pengumpulan data

- (1) Meminta surat pengantar ke fakultas untuk diberikan kepada pihak Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.
- (2) Atas saran dari fakultas ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang mengajukan permohonan izin studi kasus ke Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.
- (3) Memberikan surat izin studi kasus kepada karu atau pembimbing klinik Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.
- (4) Memilih Tn. A dan Tn. M dari Ruang Gardenia dan Ruang

- (5) Menjelaskan kepada partisipan studi kasus tentang tujuan dan alasan kehadiran penulis selama penelitian.

2. Pengumpulan Data

- a. Melakukan pengkajian pada klien sesuai studi kasus.
- b. Pemeriksaan fisik pada klien.
- c. Melakukan implementasi sesuai studi kasus.

3. Pembuatan Laporan

Hasil Studi kasus dikumpulkan dan disimpan dalam bentuk *hard file* dan *soft file*

H. ANALISIS DATA DAN PENYAJIAN DATA

Peneliti menggunakan penyajian data dalam bentuk tulisan menyajikan karya tulis ilmiah ini. Penulis akan memberikan penjelasan dalam bentuk teks mengenai informasi seperti jenis kelamin, umur, pendidikan, serta tekanan darah awal dan setelah di terapi. Untuk menerapkan studi kasus ini penulis menggunakan latihan hipertensi Tn. A dan Tn. M dari Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang untuk menjelaskan dan menggambarkan hasil dari masalah hipertensinya. Penulis melakukan penelitian didukung oleh pernyataan verbal dari subjek studi kasus yang berfungsi sebagai data pendukung.

I. ETIKA STUDI KASUS

1. *Informed Consent* (Persetujuan)

Informed consent merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada subjek penelitian agar mereka memahami tujuan dan maksud dari penelitian tersebut. Awal dilakukan penelitian peneliti terlebih dahulu memberikan lembar persetujuan kepada responden untuk memastikan mereka setuju menjadi responden.

2. Anonim (Tanpa Nama)

Agar data pribadi responden tetap aman dan terjaga kerahasiaannya, identitas lengkap responden tidak dicantumkan dalam lembar persetujuan. Sebagai gantinya, peneliti hanya menggunakan inisial berupa nomor atau angka untuk setiap responden pada lembar tersebut.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan data responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini dijaga sepenuhnya oleh peneliti. Hanya informasi yang diperlukan untuk analisis data yang akan digunakan, sementara data lainnya tetap terjaga kerahasiaannya

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. HASIL STUDI KASUS

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan pada hari Selasa, tanggal 30 Desember 2024 pukul 11:14 WIB. Penulis mengelola kasus klien 1 (Tn. A) dan klien 2 (Tn. M) dengan masalah penyakit Hipertensi di Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang. Klien pertama bernama Tn. A lahir pada tanggal 15 Desember tahun 1960, klien berusia 65 tahun saat dikaji dan beragama Islam. Klien kedua bernama Tn. M lahir pada tanggal 23 Januari tahun 1963, klien berusia 62 tahun saat dikaji dan beragama Islam.

Pendidikan terakhir yang dilalui klien 1 dan 2 adalah Sekolah Menengah Atas (SMA). Klien 1 mengatakan orang terdekat saat ini adalah adik klien dan tinggal di Demak, sedangkan klien 2 mengatakan orang terdekatnya adalah adik yang tinggal di Semarang. Klien 1 menjelaskan mulai masuk ke Rumah Pelayanan Sosial (Rumpelsos) Lanjut Usia Pucang Gading Semarang pada tanggal 10 Oktober 2024. Klien 2 mengatakan mulai masuk ke Rumah Pelayanan Sosial (Rumpelsos) Lanjut Usia Pucang Gading Semarang sekitar dua tahun yang lalu. Selama berada di rumpelsos lanjut usia kedua klien mengalami hipertensi yang

terkadang mengganggu aktivitas klien.

Klien 1 mengatakan alasan masuk Rumpelsos dikarenakan klien tinggal di rumah sendiri dan tidak ada yang mengurus. Klien mengetahui bahwa klien memiliki riwayat hipertensi yang menyebabkan klien mengalami gangguan aktivitas. Kemudian saat klien sedang mengikuti kegiatan gotong royong, klien terjatuh dan menyebabkan klien tidak bisa berjalan. Setelah kejadian itu klien ditawarkan untuk tinggal dan menetap bersama adik klien, tetapi klien menolak dengan alasan tidak ingin merepotkan dan membebani adik klien. Oleh karena itu, klien memutuskan untuk pergi ke Rumah Pelayanan Sosial (Rumpelsos) Lanjut Usia Pucang Gading Semarang agar dapat tinggal di sana untuk dapat menikmati hari tuanya dengan bahagia.

Alasan masuk rumpelsos klien 2 yaitu, klien mengatakan klien tidak ada yang mengurusnya di rumah karena klien ikut adiknya. Klien sudah bercerai dengan istrinya dan anaknya tidak mau mengurusnya. Klien mengatakan memiliki penyakit hipertensi yang menyebabkan klien mengalami gangguan dalam beraktivitas yang menjadi alasan klien memutuskan tinggal di rumpelsos karena tidak mau merepotkan adiknya.

Riwayat kesehatan klien 1, klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan juga pernah dirawat di RS karena mengalami stroke ditahun 2022 lalu. Untuk sekarang klien mengatakan ektermitas bagian kanan mengalami keterbatasan dalam gerak dan tekanan darah tinggi yang dideritanya menyebabkan sering sakit kepala dan membuat klien

sering terbangun.

Riwayat kesehatan klien 2, klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan DM, klien juga pernah dirawat di RS tahun 2017 lalu karena mengalami penyakit yang menyebabkan klien harus menjalani operasi kepala dan menyebabkan ekstermitas kiri klien mengalami keterbatasan dalam gerak. Untuk sekarang tekanan darah tinggi yang dimiliki klien sering kambuh dan menyebabkan kepala klien terasa sakit dan menyebabkan klien mengalami gangguan dalam tidur. Klien 1 dan 2 mengatakan hipertensi yang dialami bukan merupakan penyakit turunan yang diturunkan oleh orangtua klien.

Pola makan klien 1 dan 2 teratur. Mereka sering memakan makanan ringan seperti biskuit ataupun roti. Klien 1 dan 2 memakan nasi 3 kali sehari pada pagi, siang, dan sore hari yang disediakan panti dan terkadang habis terkadang tidak habis. Sedangkan pola minum klien 1 dan 2, klien mengatakan klien minum sedikit tetapi sering, paling tidak mengkonsumsi air putih sampai 4 gelas besar setiap harinya, minimal minum 2 gelas besar ($\pm 1000 \text{ ml} - 1500 \text{ ml}$).

Pola tidur klien 1 dan 2 selama ini, klien mengatakan di malam hari klien sering terbangun dikarenakan sering merasakan nyeri pada kepala dikarenakan tekanan darah yang meningkat, saat sudah bangun, klien mengaku sulit untuk tidur lagi.

Kebiasaan eliminasi klien 1 dan 2, klien mengatakan BAK ± 2 sampai

3 kali dalam sehari dengan warna kekuningan, bau khas, dan tidak terdapat keluhan selama BAK. Klien juga mengatakan klien BAB normal 1 kali sehari dengan konsistensi lembek bentuk normal, warna kecoklatan dan bau khas. Pada saat beraktivitas dan istirahat, klien 1 mengatakan hanya melakukan aktivitas di tempat tidur yang disebabkan karena fungsi ekstermitas kanan mengalami kelemahan dan menyebabkan keterbatasan dalam gerak. Untuk kebutuhan ke kamar mandi klien berjalan sendiri menggunakan alat bantu walker, klien juga biasanya menggunakan pampers. Klien biasanya berjalan di sekitar tempat tidur menggunakan alat bantu walker. Sedangkan pola aktivitas klien 2 mengatakan hanya melakukan aktivitas di tempat tidur yang disebabkan karena fungsi ekstermitas kiri mengalami kelemahan dan menyebabkan keterbatasan dalam gerak dan juga sakit kepala yang membuat klien tidak bisa bergerak berlebih. Untuk kebutuhan ke kamar mandi klien dibantu oleh petugas atau menggunakan pampers. Klien memilih untuk duduk dan berbaring saja di tempat tidur karena keterbatasan dalam gerak.

Klien 1 dan 2 menyukai rekreasi, klien 1 mengatakan selama di panti hanya menghabiskan waktunya dengan mendengarkan musik dan menonton video di youtube HPnya sebagai sarana hiburan klien serta klien bercengkrama dengan teman-teman sesama lansia yang membuat klien tidak merasa jenuh. Klien 2 mengatakan selama di panti hiburan klien hanya bercengkrama dengan teman-teman sesama lansia yang dapat

membuat klien merasa tidak jenuh.

Keadaan emosi klien 1 dan 2, klien 1 mengatakan bahwa klien merasa sedih dan tidak puas dengan kehidupannya. Namun, klien 1 mengatakan kembali bahwa klien berusaha ikhlas dan bersyukur dengan keadaannya sekarang. Kondisi saat ini membuat klien 1 tidak bersemangat namun tetap berusaha ikhlas dan bersyukur. Sedangkan klien 2 mengatakan bahwa klien merasa sedih dan tidak puas dengan kehidupannya. Namun, klien 2 selalu berusaha bersyukur dan ikhlas atas hidupnya, klien 1 selalu berdzikir dan menjalani puasa senin kamis sebagai ungkapan rasa syukurnya.

Hubungan sosial klien 1 dan 2 dengan anggota kelompok bisa dikatakan baik dan bagus. Klien 1 dan 2 memiliki hubungan baik dengan teman sesama penghuni panti di ruang ini. Hubungan baik antara klien 1 dan 2 dengan anggota kelompok yang baik ternyata berbanding dengan hubungan sosial klien dengan keluarga. Klien 1 dan 2 mengatakan bahwa kurang dekat dengan keluarganya. Komunikasi dan kunjungan dari keluarga jarang terjadi sehingga klien merasa kurang mendapatkan dukungan dan perhatian dari keluarga.

Klien 1 dan 2 merupakan orang yang taat beribadah. Klien 1 dan 2 tetap menjalankan sholat meskipun dengan keterbatasan fisik. Klien melakukan tayamum sebagai pengganti wudhu untuk bersuci. Klien 1 dan 2 sholat atau beribadah sesuai dengan kemampuannya. Klien 2 juga selalu melakukan puasa senin kamis.

Keyakinan klien 1 dan 2 kepada agama berbanding lurus dengan keyakinan klien terhadap kesehatannya. Klien 1 dan 2 mengatakan bahwa kesehatan sangat penting dan berharga bagi klien. Kemudian klien juga menyatakan bahwa klien sudah mencoba ikhlas dengan kehidupannya dan sekarang klien berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala kehidupan, kesehatan serta penyakit yang telah di berikan oleh Tuhan. Klien 1 dan 2 mengatakan percaya masih bisa sembuh dan pulih seperti sedia kala.

Pemeriksaan fisik klien 1 dan 2 di dapatkan beberapa data seperti tingkat kesadaran cospomentis (kesadaran penuh), GCS 15 dengan keterangan eye (E) 4, verbal (V) 5, dan movement (M) 6. Diperoleh tanda-tanda vital klien 1 yaitu tekanan darah (TD) 169/100 mmHg, nadi (N) 89x/menit, pernapasan (RR) 25x/menit dan suhu 36,5°C. Klien memiliki berat badan 55 kg dan tinggi badan 158 cm. Dan klien 2 diperoleh tanda-tanda vital, yaitu tekanan darah (TD) 160/95 mmHg, nadi (N) 90x/menit, pernapasan (RR) 23x/menit, dan suhu (S) 36,0°C. klien 2 memiliki berat badan 57 kg dan tinggi badan 157 cm.

Pemeriksaan dan kebersihan perorangan klien 1 dan 2 di dapatkan klien selalu terlihat rapi dan bersih. Klien 1 dan 2 mandi sehari 2 kali dibantu oleh petugas dan selalu mengganti pakaian rutin setiap kali setelah mandi. Klien 1 dan 2 juga selalu menjaga kebersihan tempat tidur walaupun kondisi klien dengan keterbatasan.

Fisik klien 1 dan 2 diperiksa dan diperoleh keadaan umum klien terlihat sehat dan bersih. Namun klien 1 memiliki keterbatasan dalam berjalan karena harus menggunakan alat bantu jalan yaitu walker. Klien 2 memiliki keterbatasan dalam bergerak dan berjalan karena harus memerlukan bantuan petugas untuk berjalan.

Kulit klien 1 dan 2 terlihat keriput dan agak kering. Kulit tampak bersih. Kulit klien tampak pucat. Tidak terdapat luka dikulit klien 1 dan terdapat luka gatal dikulit klien 2. Turgor kulit tampak normal (kurang dari 3 detik). Kulit klien masih bagus untuk lansia seumuran klien.

Kepala klien 1 dan 2 berbentuk bulat simetris. Rambut berwarna hitam dan beruban. Kebersihan rambut dan kepala bersih. Pada kepala sisi kiri klien 2 terdapat luka bekas operasi tahun 2017 panjang sekitar 8cm namun sudah mengering.

Klien 1 dan 2 memiliki mata yang simetris kanan dan kiri, dan tidak ada luka di sekitar mata klien, pupil mata klien isokor, konjungtiva tidak anemis dan warna mata hitam kecoklatan, mata bersih, dan tidak ada sekret yang terlihat. Klien 1 dan 2 mengaku sudah tidak terlalu bisa melihat objek yang jauh secara jelas, kantong mata mata klien 1 dan 2 terlihat hitam dikarenakan kebiasaan tidur yang kurang bagus.

Telinga klien 1 dan 2 simetris bersih. Klien masih dapat mendengar dengan baik, tidak ada luka ataupun sekret yang menempel pada telinga klien. Tidak ada masalah pendengaran. Hidung klien 1 dan 2 bersih tidak

ada sekret yang terlihat, lubang hidung sama antara bagian kanan dan kiri, bulu hidung klien terlihat lebih panjang, tidak ada sinus di hidung klien, tidak ada luka ataupun bekas luka pada hidung, tidak ada penyumbatan dan gangguan pernapasan.

Mulut klien 1 dan 2 normal, bibir terlihat sedikit kering, gigi mulai keropos. Warna gigi sedikit kekuningan, ada beberapa bekas makanan yang menempel di sela gigi, klien 1 dan 2 tidak menggunakan gigi palsu, klien 1 dan 2 masih dapat mengunyah dan menelan makanan dengan baik. Leher klien 1 dan 2 terlihat normal, baik, dan bersih, tidak ada bekas luka ataupun jahitan pada leher, kulit pada leher mulai terlihat mengkerut. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid ataupun penyakit lainnya.

Payudara klien 1 dan 2 simetris kanan dan kiri, tidak terdapat perbedaan ukuran. Tidak ada luka ataupun bekas luka pada payudara. Tidak terdapat benjolan. Pernapasan klien 1 dan 2 vesikuler dan adekuat, gerakan dada simetris, tidak ada napas tambahan yang terdengar, dan tidak ada sesak. Setelah itu klien 1 dan 2 diperiksa pada bagian kardiovaskuler dan diperoleh Inspeksi yaitu ictus kardis tidak nampak, tidak ada edema yang terlihat, tidak ada luka ataupun bekas luka jahitan di dada klien. Pada saat dilakukan palpasi tidak terdapat benjolan dan nyeri tekan. Ketika dilakukan perkusi suara pekak, dan ketika dilakukan auskultasi suara jantung reguler.

Klien 1 dan 2 tidak terdapat adanya acites, tidak memiliki masalah pada gastrointestinal atau pencernaan, peristaltik usus normal, tidak ada nyeri tekan, suara timpani. tidak mengalami diare ataupun konstipasi, frekuensi klien 1 dan 2 BAB 1- 2 hari sekali dengan konsistensi lunak normal, warna kuning kecoklatan, dan bau khas, frekuensi makan klien 1 dan 2 normal dan makan nasi 3 kali sehari.

Klien 1 dan 2 mengatakan sistem perkemihan klien masih bekerja dengan baik, klien BAK dengan rutin $\pm$ 2 sampai 3 kali dalam sehari, klien BAK secara normal dengan karakteristik urin kekuningan dengan bau khas. Klien 1 dan 2 menggunakan pampers. Klien 1 dan 2 mengatakan tidak ada masalah pada genitourinaria, tidak ada kelainan pada alat kelamin, tidak ada tanda-tanda infeksi saluran kemih.

Usia klien 1 dan 2 yang sudah tidak muda lagi, membuat klien 1 mengalami masalah pada ekstremitas kanan, sedangkan klien 2 mengalami masalah pada ekstermitas kiri, tidak ada pembengkakan sendi. Klien 1 berjalan menggunakan alat bantu walker dan klien 2 berjalan menggunakan alat bantu kursi roda. Klien 1 mengatakan terkadang tangan kanan mengalami kebas dan sulit untuk digerakkan, klien tidak memiliki riwayat patah tulang ataupun penyakit sejenisnya. Klien 2 mengatakan tangan dan kaki kiri mengalami kelumpuhan dan biasanya terasa sakit, klien tidak memiliki riwayat patah tulang dan sebagainya.

Sistem saraf pusat klien 1 masih dapat merespon dan tidak ditemukan tanda-tanda kelainan pada sistem saraf pusat. Klien

mengalami hemiparesis ringan di sisi kanan dengan penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kanan. Sistem saraf pusat klien 2 mengalami masalah, pada tahun 2017 lalu pasien mengalami operasi di bagian kepala kiri, yang membuat ekstremitas kiri pasien mengalami penurunan fungsi.

Sistem endokrin klien 1 dan 2 tidak memiliki masalah. Kelenjar klien masih normal, terdapat perubahan warna rambut menjadi putih. Tidak ditemukan perubahan signifikan pada kulit atau berat badan. Tidak terdapat keluhan perubahan nafsu makan.

Klien 1 dan 2 dilakukan pemeriksaan psikososial dan spiritual diperoleh psikososial klien yaitu klien dapat bersosialisasi dengan sangat baik dengan sesama lansia, pengurus panti, maupun dengan mahasiswa magang. Mereka juga sangat suka bersendagurau, klien berprinsip bahwa semua orang yang ada di panti adalah keluarga sehingga klien berharap di dalam keluarga klien tercipta lingkungan yang aman, damai, tentram, sejahtera, dan harmonis tanpa ada perkelahian antar sesama. Terkadang mereka juga merasa sedih dengan kondisinya dan kurang puas dengan hidupnya, namun mereka tetap harus bersemangat, Ikhlas, dan bersyukur dalam menjalaninya. Secara spiritual klien 1 dan 2 beragama islam, mereka tetap menjalankan kewajiban seorang muslim dalam beribadah dengan kemampuannya dan selalu berdoa kepada Tuhan akan kesembuhan dan kehidupannya. Klien 2 juga selalu menjalankan puasa senin kamis setiap harinya.

Klien 1 dan 2 selanjutnya diperiksa pada masalah emosional nya dengan beberapa pertanyaan dan diperoleh kesimpulan terdapat masalah emosional. Klien memiliki masalah dalam kehidupan sehari – hari sehingga dapat disimpulkan bahwa klien memiliki masalah emosional ringan (depresi ringan).

Klien 1 dilakukan pemeriksaan fungsional diri dengan menggunakan *Indeks Katz* dan didapatkan kesimpulan klien 1 tergolong kategori C dengan kemandirian penuh kecuali dalam *bathing dan toileting*. Kemudian dilakukan pengkajian fungsional menggunakan diri dengan *Barthel Indeks* didapatkan total score 75 dan tergolong kedalam ketergantungan sebagian. Kemudian dilakukan pengkajian status mental gerontik klien dengan menggunakan metode *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPSMQ) dan didapatkan klien tidak memiliki kesalahan dalam menjawab pertanyaan sehingga dapat disimpulkan fungsi intelektual klien utuh. Dan kemudian terakhir dilakukan pengkajian aspek kongnitif dengan *mini mental status exam (MMSE)* didapatkan hasil total score 27 yang tergolong kedalam keadaan normal.

Klien 2 didapatkan kesimpulan dari pemeriksaan fungsional diri dengan menggunakan *Indeks Katz* yaitu tergolong kategori F, klien mandiri kecuali *bathing, dressing, toileting, transefering, continence*, klien hanya mampu feeding saja. Kemudian dilakukan pengkajian fungsional menggunakan diri dengan *Barthel Indeks* didapatkan total score 70 dan tergolong kedalam ketergantungan sebagian. Kemudian

dilakukan pengkajian status mental gerontik klien dengan menggunakan metode *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPSMQ) dan didapatkan klien tidak memiliki kesalahan dalam menjawab pertanyaan sehingga dapat disimpulkan fungsi intelektual klien utuh. Dan terakhir dilakukan pengkajian aspek kongnitif dengan *mini mental status exam* (MMSE) didapatkan hasil total score 28 yang tergolong kedalam keadaan normal.

2. Analisa Data

Berdasarkan data pengkajian klien 1 dan 2 yang didapatkan pada hari pertama kunjungan di Rumpelsos Lanjut Usia Pucang Gading Semarang yaitu pada tanggal 30 desember 2024 pukul 11.30 WIB, didapatkan analisa data dari data subjektif klien 1 yang mengatakan kepala klien sering pusing, tekanan darah klien selalu tinggi, nyeri pada ekstermitas. Klien mengatakan klien memiliki hipertensi yang tinggi dan sering kambuh. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 2019, klien mengatakan kepala sering pusing, tekanan darah selalu tinggi, nyeri pada ekstermitas, serta tangan dan kaki bagian kanan terkadang sulit untuk digerakkan. Dan data subjektif klien 2 mengatakan kepala klien terasa sakit yang disebabkan oleh tekanan darah klien yang tinggi dan selalu kambuh. Klien mengatakan memiliki Riwayat hipertensi sejak tahun 2015 dan pernah mengalami penyakit di kepala dan harus dilakukan operasi kepala pada tahun 2017 lalu dan kemudian mengalami stroke yang sekarang menyebabkan penurunan fungsi pada ekstermitas

kiri.

Data objektif yang diperoleh dari klien 1 yaitu klien terlihat gelisah, klien diberi obat amlodipine 5 mg 1 kali setiap sore. Klien terlihat pucat, klien mengalami kelemahan otot tubuh bagian kanan. TTV klien yang diperoleh yaitu 169/100 mmHg, frekuensi pernapasan 25x/menit, dan frekuensi nadi 89x/menit. Data objektif klien 2 yaitu klien terlihat gelisah, klien diberi obat amlodipine 5 mg 1 kali setiap sore. Klien mengalami kelumpuhan sisi tubuh bagian kiri. TTV klien yang diperoleh yaitu 160/95 mmHg, nadi 90x/menit, frekuensi pernapasan 23x/menit.

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang didapat maka muncul masalah keperawatan pertama pada klien 1 yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif yang disebabkan karena tekanan darah meningkat (hipertensi). Dan masalah keperawatan pertama pada klien 2 yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif yang disebabkan karena tekanan darah meningkat (hipertensi).

Data pengkajian selanjutnya pada tanggal 30 Desember 2024 pukul 11:40 WIB didapatkan Analisa data yang didasarkan pada data subjektif klien 1 yang mengatakan bahwa sulit mengalami tidur karena nyeri pada kepala, klien tidak dapat tidur dengan nyaman dan nyenyak. Klien sering terbangun di malam hari dan sulit untuk tidur Kembali. Klien mengatakan waktu istirahat kurang karena klien saat siang hari juga sulit tidur. Jadwal tidur klien berubah dan klien mengeluh tidak cukup tidur. Data subjektif klien 2 yang mengatakan sulit tidur karena kepala

terasa nyeri seperti berdenyut dan memutar. Klien mengatakan sering terbangun dan sulit tidur, hal tersebut membuat klien tidak nyaman dan merasa pola tidur terganggu. Saat siang hari klien juga tidak bisa tidur karena keadaan panti yang menurut klien berisik membuat klien sulit untuk beristirahat. Klien mengatakan hal ini terjadi sudah lama dan klien mengatakan tidak tau bagaimana harus menyelesaikan permasalahannya.

Data objektif yang diperoleh yaitu klien 1 tampak gelisah dan tidak nyaman, terdapat kantung mata klien menandakan klien kurang tidur, klien juga tampak lesu. Dari data subjektif dan objektif yang didapat maka munculah masalah keperawatan kedua pada klien 1 yaitu gangguan pola tidur yang disebabkan kurangnya kontrol tidur klien. Data objektif yang diperoleh dari klien 2 yaitu klien tampak lesu, gelisah, dan kantung mata klien tampak menghitam. Dari data subjektif dan objektif yang didapat maka munculah masalah keperawatan kedua pada klien 2 yaitu gangguan pola tidur yang disebabkan kurangnya kontrol tidur klien.

Data pengkajian terakhir pada tanggal 30 desember 2024 pukul 11:50 WIB didapatkan Analisa data yang didasarkan pada data subjektif klien 1 yang mengatakan klien kurang begitu mengerti dan tidak paham mengenai penyakit yang diderita. Klien hanya tau sebatas hipertensi saja. Klien merasa bingung harus bertanya kepada siapa mengenai penyakit yang dideritanya. Data subjektif yang diperoleh dari klien 2 yang mengatakan bahwa ekstermitas kiri mengalami kelemahan otot yang membuat klien tidak bisa beraktivitas, klien memerlukan bantuan

petugas.

Data objektif yang diperoleh klien 1 yaitu terlihat bingung dengan keadaannya, klien juga sering mengabaikan penyakit hipertensi yang dideritanya. Dari data objektif dan subjektif yang didapat makan muncul masalah keperawatan ketiga pada klien 1 yaitu defisit pengetahuan dikarenakan klien tidak paham mengenai penyakit hipertensi yang dideritanya.

Data objektif yang diperoleh dari klien 2 yaitu Klien berjalan memerlukan bantuan petugas.klien tampak berbaring dan duduk di tempat tidur saja. Klien mampu melakukan aktivitas harian dengan bantuan maksimal dari petugas, terdapat kelemahan otot pada kaki dan tangan kiri karena riwayat penyakit yang diderita klien. Dari data objektif dan subjektif yang didapat makan muncul masalah keperawatan ketiga pada klien 2 yaitu gangguan mobilitas fisik.

3. Diagnosa Keperawatan

a. Diagnosa klien 1

Tanggal 30 Desember 2025 dilakukan pengkajian kepada klien 1 penulis mengangkat diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif dikarenakan dari analisa data yang didapatkan 80% tanda dan gejala mayor terpenuhi baik subjektif maupun objektif.

Diagnosa kedua yang ditegakkkan yaitu gangguan pola tidur yang dikarenakan dari analisa data yang didapatkan 80% tanda dan gejala mayor pada diagnosa keperawatan terpenuhi baik subjektif

maupun objektif.

Diagnosa ketiga yang ditegakkkan yaitu deficit pengetahuan yang dikarenakan dari analisa data yang didapatkan 80% tanda dan gejala mayor pada diagnosa keperawatan terpenuhi baik subjektif maupun objektif.

b. Diagnosa klien 2

Tanggal 30 Desember 2025 dilakukan pengkajian kepada klien 2 penulis mengangkat diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif dikarenakan dari analisa data yang didapatkan 80% tanda dan gejala mayor terpenuhi baik subjektif maupun objektif.

Diagnosa kedua yang ditegakkkan yaitu gangguan pola tidur yang dikarenakan dari analisa data yang didapatkan 80% tanda dan gejala mayor pada diagnosa keperawatan terpenuhi baik subjektif maupun objektif.

Diagnosa kedua yang ditegakkkan yaitu gangguan mobilitas fisik yang dikarenakan dari analisa data yang didapatkan 80% tanda dan gejala mayor pada diagnosa keperawatan terpenuhi baik subjektif maupun objektif.

4. Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan pertama klien 1 dan 2 yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil sakit kepala menurun, gelisah menurun,

tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik.

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang diterapkan yaitu identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misal TD meningkat, pola napas ireguler), memonitor status pernapasan, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah (senam Hipertensi) , dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan prosedur pemantauan, pemberian obat.

Diagnosa keperawatan yang kedua klien 1 dan 2 yaitu gangguan pola tidur dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun.

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang diterapkan yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi minum banyak air sebelum tidur, memodifikasi lingkungan, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur (teknik hipnotis 5 jari), tetapkan jadwal tidur rutin, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, serta ajarkan relaksasi non farmakologis (tarik nafas dalam).

Pada diagnosa keperawatan yang ketiga klien 1 yaitu defisit pengetahuan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka diharapkan tingkat pengetahuan membaik, dengan

kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan tentang suatu topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai dengan topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi keliru terhadap masalah menurun.

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang diterapkan yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta ajarkan strategi yang digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Diagnosa keperawatan ketiga pada klien 2 yaitu gangguan mobilitas fisik dengan tujuan setelah dilakukan pengkajian keperawatan selama 3x8 jm diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentan gerak (ROM) meningkat, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

Intervensi atau rencana keperawatan yang diterapkan yaitu identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ROM, fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu, jelaskan tujuan dan prosedur room.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan diterapkan dari intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan. Implementasi keperawatan dari ketiga diagnosa dilakukan pada tanggal 30 Desember 2024 – 2 Januari 2025.

Hari senin, 30 Desember 2024 pukul 09:10 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama pada pasien 1 yaitu memonitor peningkatan TD, klien mengatakan hipertensi sering kambuh kemudian menyebabkan sakit kepala dan juga tekanan darah selalu tinggi, klien juga merasakan nyeri pada ekstermitas. Data objektif yang diperoleh yaitu TTV klien dengan tekanan darah 169/100 mmHg, frekuensi napas 25x/menit, nadi 89 x/menit.

Pada pukul 09:15 dilakukan implementasi diagnosa pertama pasien 1 yaitu pemberian obat amplodipine 5mg untuk menurunkan tekanan darah klien. Di dapat data subjektif klien mengatakan merasa pusing dan data objektif didapat dari hasil pemeriksaan TTV klien 169/100 mmHg, frekuensi napas 25x/menit, klien tampak gelisah dan menahan rasa sakit.

Implementasi diagnosa kedua pada pasien 1 dilakukan pukul 09:20 WIB yaitu, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur klien, didapatkan data subjektif klien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri kepala akibat tekanan darah klien yang tinggi yang sering muncul secara tiba-

tiba, yang menyebabkan klien sering terbangun di malam hari dan membuat klien sulit untuk tidur kembali. Sedangkan data objektif yang diperoleh saat yaitu klien tampak lesu, kantong mata tampak hitam, dan sering menguap.

Pukul 09:30 WIB diterapkan implementasi pada pasien 1 diagnosa ketiga mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang klien, didapatkan data subjektif klien mengatakan klien tidak mengerti dan tidak memahami penyakit hipertensi yang diderita klien, sedangkan data objektif yang diperoleh yaitu klien terlihat kebingungan dan penasaran dengan keadaannya.

Pukul 09:40 WIB dilakukan implementasi pada pasien 1 keperawatan berupa menjadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, dan didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan akan mengikuti jadwal yang diberikan dengan seksama, serta didapatkan data objektif berupa klien diberikan jadwal untuk melakukan penkes terkait manajemen hipertensi pada hari berikutnya, klien setuju dengan jadwal yang diberikan.

Pada pukul 09:55 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama pada pasien 2 yaitu memonitor peningkatan TD, klien mengatakan hipertensi sering kambuh kemudian menyebabkan sakit kepala dan juga tekanan darah selalu tinggi, klien juga merasakan nyeri pada ekstermitas. Data objektif yang diperoleh yaitu TTV klien dengan tekanan darah 160/95 mmHg, frekuensi napas 23x/menit, frekuensi nadi 95 x/menit.

Pada pukul 10:00 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama pasien 2 yaitu pemberian obat amlodipine 5mg untuk menurunkan tekanan darah klien. Di dapat data subjektif klien mengatakan merasa pusing dan data objektif didapat dari hasil pemeriksaan TTV klien 160/95 mmHg, frekuensi napas 25x/menit, klien tampak gelisah dan menahan rasa sakit.

Implementasi diagnosa kedua pada pasien 2 dilakukan pukul 10.05 WIB yaitu, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur klien, didapatkan data subjektif klien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri kepala akibat tekanan darah klien yang tinggi yang sering kambuh, yang menyebabkan klien sering terbangun di malam hari dan membuat klien sulit untuk tidur kembali, klien juga tidak terbiasa tidur siang karena bising. Sedangkan data objektif yang diperoleh saat yaitu klien tampak lesu, kantong mata tampak hitam, dan sering menguap.

Implementasi diagnosa ke tiga pada pasien 2 dilakukan pada pukul 10.15 WIB yaitu, mengidentifikasi adanya nyeri akut atau keluhan fisik, didapat data subektif klien mengatakan nyeri pada tangan kiri nya dan tidak dapat digerakkan. Data objektif yang diperoleh klien tampak gelisah dan meringis.

Pada pukul 10.25 dilakukan implementasi mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, didapat data subjektif klien mengatakan kaki dan tangan bagian kiri tidak bisa digerakkan. Data objektif yang didapat klien tampak kesulitan untuk menggerakan.

Hari Selasa, tanggal 31 Desember 2024 pukul 90:45 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama pada pasien 1 yaitu mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi membantu menurunkan tekanan darah (teknik senam hipertensi) dan didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan terbantu dengan teknik senam hipertensi, karena dapat membantu menurangi rasa nyeri pada ekstermitas, sedangkan data objektif yang diperoleh adalah klien diajarkan teknik senam hipertensi, klien terlihat rileks saat melakukan senam hipertensi dan dapat melakukan sesuai arahan yang diberikan.

Pukul 10:15 WIB dilakukan implementasi pada pasien 1 diagnosa pertama berupa memonitor TD setelah dilakukan terapi senam hipertensi, didapatkan data subjektif berupa klien menatakan sakit kepala berkurang. Data objektif yang diperoleh TTV klien yaitu dengan tekanan darah 150/80 mmHg, frekuensi napas 22 x/menit, frekuensi nadi 87 x/menit, dan suhu 36,6°C, klien tampak rileks.

Pukul 10:20 WIB dilakukan implementasi pada pasien 1 diagnosa kedua berupa memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur (teknik hipnotis 5 jari) didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan terbantu dengan teknik hipnotis 5 jari karena klien dapat mengenang masa muda klien yang membuat klien rindu, sedangkan data objektif klien berupa diberikan teknik hipnotis 5 jari berupa relaksasi (tarik nafas dalam) dan distraksi (imajinasi terbimbing, tentang penyakit, keluarga, prestasi, dan tempat yang menyenangkan), klien terlihat rileks saat melakukan hipnotis

5 jari dan dapat melakukan sesuai arahan yang diberikan.

Pukul 10:30 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada klien 1 berupa memodifikasi lingkungan diperoleh data subjektif berupa klien mengatakan klien suka lingkungan yang bersih dan tanpa ada keributan, diperoleh juga data objektif berupa lingkungan di sekitar klien tampak rapi dan bersih, mengontrol kebisingan di sekitar klien agar dapat beristirahat dan tidur dengan nyenyak.

Pukul 10:40 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada klien 1 diagnosa ketiga berupa menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan, didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan klien suka menonton video di youtube untuk memahami suatu informasi dan data objektif berupa klien diberikan penjelasan terkait hipertensi dan diberikan tontonan berupa penjelasan hipertensi secara mandiri, klien tampak memperhatikan video secara seksama dan memahami video serta penjelasan yang diberikan.

Pukul 10:15 WIB diberikan implementasi keperawatan pada klien 1 diagnosa ketiga berupa memberikan kesempatan untuk bertanya, didapatkan data subjektif yaitu klien bertanya tentang bagaimana cara untuk menangani hipertensi yang baik dan benar yang dapat dilakukan klien untuk dirinya, sedangkan untuk data objektif didapat klien diberi jawaban yaitu dengan menggunakan teknik non farmakologis, yaitu dengan melakukan teknik senam hipertensi, klien mempraktekkan dan klien merasa terbantu dengan teknik yang dianjurkan.

Pada pukul 10:30 WIB dilakukan implementasi pada pasien 2, diberikan implementasi yaitu memonitor TD sebelum melakukan teknik senam hipertensi, didapat data objektif TTV klien tekanan darah 150/85 mmHg, nadi 90x/menit. Pada pukul 10:35 WIB dilakukan implemetasi mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi membantu menurunkan tekanan darah (teknik senam hipertensi) dan didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan terbantu dengan teknik senam hipertensi, karena dapat membantu menuranggi rasa nyeri pada ekstermitas, sedangkan data objektif yang diperoleh adalah klien diajarkan teknik senam hipertensi, klien terlihat rileks saat melakukan senam hipertensi dan dapat melakukan sesuai arahan yang diberikan.

Pukul 10:50 WIB dilakukan implementasi pada pasien 2 diagnosa pertama berupa memonitor TD setelah dilakukan terapi senam hipertensi, didapatkan data subjektif berupa klien menatakan sakit kepala berkurang. Data objektif yang diperoleh TTV klien yaitu dengan tekanan darah 148/80 mmHg, nadi 87 x/menit, dan klien tampak rileks.

Pukul 11:00 WIB dilakukan implementasi keperawatan diagnosa ke dua pada klien 2 berupa memodifikasi lingkungan diperoleh data subjektif berupa klien mengatakan klien suka lingkungan tanpa ada keributan, diperoleh juga data objektif berupa lingkungan di sekitar klien tampak bising, mengontrol kebisingan di sekitar klien agar dapat beristirahat dan tidur dengan nyenyak.

Pukul 11:10 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada klien 2 berupa menjadwalkan pola istirahat rutin, didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan sulit untuk tidur teratur tetapi klien usahakan untuk tidur mengikuti jadwal yang diberikan, sedangkan data objektif yang didapat berupa klien diberikan jadwal untuk tidur sebelum jam 21:00 WIB agar jika terbangun klien masih punya waktu untuk merilekskan dirinya untuk tidur kembali tanpa kekurangan jumlah waktu tidur.

Pukul 11:20 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada klien 2 diagnosa ke tiga, berupa memfasilitasi melakukan pergerakan jika perlu. Diperoleh data subjektif klien memerlukan bantuan saat melakukan pergerakan. Data objektif yang diperoleh klien tampak kooperatif.

Pukul 11:30 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada klien 2 diagnosa ke tiga, melatih pergerakan ROM. Diperoleh data subjektif klien mengatakan pasien lebih rileks, melakukan senam hipertensi yang selain dapat menurunkan tekanan darah juga dapat merilekskan. Data objektif yang diperoleh klien tampak mengikuti dengan kooperatif, klien tampak rileks.

Hari Kamis, 2 Januari 2025 pukul 08:40 WIB dilakukan implementasi hari terakhir diagnosa pertama pada klien 1 yaitu memonitor TD, didapatkan data objektif berupa hasil TTV yang tercatat tekanan darah 155/87mmHg, frekuensi pernapasan 23x/menit, nadi 88x/menit, suhu 36,9°C.

Pukul 09:00 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama pada klien 1 yaitu mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi membantu menurunkan tekanan darah (teknik senam hipertensi) dan didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan sudah bisa dan mempraktekkan teknik senam hipertensi disaat ada waktu luang, karena klien merasa teknik ini dapat mengurangi sakit kepala klien dan dapat membantu mengurangi rasa nyeri pada ekstermitas, sedangkan data objektif yang diperoleh adalah klien diajarkan teknik senam hipertensi, klien terlihat rileks saat melakukan senam hipertensi dan dapat melakukan sesuai arahan yang diberikan.

Pukul 09:25 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama pada klien 1 berupa memonitor TD setelah dilakukan terapi senam hipertensi, didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan sakit kepala berkurang dan nyeri pada ekstremitas berkurang. Data objektif yang diperoleh TTV klien yaitu dengan tekanan darah 140/80 mmHg, frekuensi napas 21x/menit, frekuensi nadi 85 x/menit, dan suhu 36,4°C, klien tampak rileks.

Pukul 09:30 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada klien 1 diagnosa ke dua berupa menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan klien menjadi paham betapa pentingnya tidur yang cukup terhadap kesehatan terutama hipertensi klien dan agar sakit kepala klien tidak semakin memburuk, selain itu didapat data objektif berupa klien diberi penjelasan jika tidur

yang tidak berkualitas dapat sangat berpengaruh terhadap kesehatan klien yang dimana dapat berpengaruh buruk untuk penyakit klien.

Pukul 09:40 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada klien 1 diagnosa ke dua berupa menganjurkan menempati kebiasaan waktu tidur dan didapat data subjektif berupa klien mengatakan klien sulit untuk tidur teratur dan terjadwal tetapi klien mengatakan klien akan mengusahakan untuk menempati kebiasaan waktu tidur, sedangkan data objektif yang diperoleh yaitu klien diberikan jadwal untuk tidur sebelum jam 21:00 WIB, klien dianjurkan untuk menempati kebiasaan tidur sebelum jam 21:00 WIB setiap harinya.

Pukul 09:50 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada klien 1 diagnosa ketiga berupa menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan, didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan klien sudah menonton beberapa video yang direkomendasikan dan sudah mulai sedikit mengerti penyakit yang dideritanya. Data objektif berupa klien diberikan penjelasan terkait hipertensi dan diberikan tontonan berupa penjelasan hipertensi secara mandiri, klien tampak memahami video serta penjelasan yang diberikan.

Pukul 10:05 WIB klien diberikan implementasi keperawatan pada klien 1 berupa menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan klien sudah memahami faktor risiko hipertensi yang dialami klien setelah dijelaskan dan juga menonton video, serta data objektif berupa klien

diberi penjelasan tentang faktor risiko hipertensi, diantaranya yaitu stress yang berlebih, konsumsi makan yang tidak sesuai, kurangnya asupan tidur, dan lain sebagainya.

Kemudian dilakukan intervensi keperawatan pada klien 2, pukul 10:15 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu memonitor TD, didapatkan data objektif berupa hasil TTV yang tercatat tekanan darah 145/86mmHg, frekuensi pernapasan 23x/menit, nadi 90x/menit, suhu 36,9°C.

Pada pukul 10:20 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi membantu menurunkan tekanan darah (teknik senam hipertensi) dan didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan dan mempraktekkan teknik senam hipertensi disaat ada waktu luang sebisa mungkin, klien merasa dengan teknik ini dapat mengurangi sakit kepala klien dan dapat membantu mengurangi rasa nyeri pada ekstermitas, sedangkan data objektif yang diperoleh adalah klien diajarkan teknik senam hipertensi, klien terlihat rileks saat melakukan senam hipertensi dan dapat melakukan sesuai arahan yang diberikan.

Pada pukul 10:35 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada klien 2 diagnosa pertama, memonitor TD setelah dilakukan terapi senam hipertensi, didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan sakit kepala berkurang dan nyeri pada ekstremitas berkurang. Data objektif yang diperoleh TTV klien yaitu dengan tekanan darah 130/80 mmHg,

frekuensi napas 22x/menit, frekuensi nadi 85x/menit, suhu 36,0°C, dan klien tampak rileks.

Pada pukul 10:40 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada klien 2 diagnosa ke dua berupa menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan klien menjadi paham betapa pentingnya tidur yang cukup terhadap kesehatan, dan klien mengatakan mulai sekarang akan menepati jadwal istirahat dengan baik. Selain itu didapat data objektif berupa klien tampak kooperatif saat diberi penjelasan jika tidur yang tidak berkualitas dapat sangat berpengaruh terhadap kesehatan klien yang dimana dapat berpengaruh buruk untuk penyakit klien.

Pada pukul 10:55 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada klien 2 diagnosa ke dua berupa memonitor kondisi umum selama dilakukan ROM, didapat data subjektif berupa klien mengatakan klien melakukan sendiri ROM yang telah diajarkan sebisa mungkin, klien mengatakan setelah melakukan ROM tangan dan kaki kiri terasa lebih rileks.

6. Evaluasi Keperawatan

Catatan perkembangan klien 1 dan 2 atau evaluasi keperawatan dilakukan pada hari Senin sampai Kamis tanggal 30 Desember 2024 sampai 2 Januari 2025 didokumentasikan di hari yang sama. Evaluasi hari pertama dilakukan pada hari Selasa, tanggal 30 Desember 2022 pada pukul 13:00 WIB dari ketiga diagnosa klien 1 dan 2.

Selasa 30 Desember 2024 dilakukan evaluasi pada klien 1 pada pukul 13:05 diperoleh evaluasi data subjektif diagnosa pertama yaitu klien mengatakan kepala terasa sakit, tekanan darah pasien tinggi, ekstermitas terasa nyeri dan sulit digerakkan. Data objektif yang didapat klien terlihat pucat dan gelisah. TTV klien didapatkan yaitu 169/100 mmHg, frekuensi pernapasan 25x/menit, frekuensi nadi 95x/menit, suhu 36,6°C. Berdasarkan data tersebut, maka dapat disimpulkan masalah keperawatan belum teratasi, dan harus melanjutkan intervensi yaitu identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor TD, ajarkan teknik non farmakologi (teknik senam hipertensi), pemberian obat penurun tekanan darah tinggi.

Pukul 13.15 diperoleh evaluasi pada diagnosa keperawatan kedua diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan tidak terbiasa tidur siang dan sulit tidur ketika malam hari, yang disebabkan karena sakit kepala yang sering muncul dan membuak klien untuk sulit tidur kembali. klien menjelaskan hal tersebut sangat mengganggu. Dan data objektif yang diperoleh adalah klien tampak lesu, lelah, kantung mata klien tampak hitam, dan klien sering menguap. Berdasarkan data yang dijelaskan sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa masalah belum teratasi dan harus melanjutkan beberapa intervensi yaitu, mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, menerapkan jadwal tidur rutin, mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, memodifikasi lingkungan.

Pukul 13:30 WIB dilakukan evaluasi dari diagnosa ketiga yaitu defisit pengetahuan tentang hipertensi. Didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan belum paham mengenai penyakit yang dideritanya, klien mengabaikan sakit kepala, ekstermitas kanan nyeri dan kadang terasa sulit digerakkan. Data objektif yang didapat klien tampak bingung, dan bertanya mengenai penyakitnya. Klien juga bersedia jika besok diberi penkes mengenai penyakitnya. Berdasarkan data yang dijelaskan, maka dapat disimpulkan bahwa masalah belum teratasi dan harus melanjutkan intervensi yaitu, identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Pada pukul 13:40 WIB dilakukan evaluasi diagnosa pertama pada klien 2, diperoleh evaluasi data subjektif diagnosa pertama yaitu klien mengatakan kepala terasa sakit, tekanan darah pasien tinggi, ekstermitas kiri terasa nyeri dan sulit digerakkan. Data objektif yang didapat klien terlihat pucat dan gelisah. TTV klien didapatkan yaitu 160/95 mmHg, frekuensi pernapasan 23x/menit, frekuensi nadi 87x/menit. Berdasarkan data tersebut, maka dapat disimpulkan masalah keperawatan belum teratasi, dan harus melanjutkan intervensi yaitu identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor TD, ajarkan teknik non farmakologi (teknik senam hipertensi), pemberian obat penurun tekanan darah tinggi.

Pukul 13.45 dilakukan evaluasi pada diagnosa keperawatan kedua. Diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan sulit tidur ketika malam

hari, yang disebabkan karena sakit kepala yang muncul dan klien tidak terbiasa tidur disiang hari karena suara bising yang mengganggu. Dan data objektif yang diperoleh adalah klien tampak lesu, kantung mata klien tampak hitam, dan klien sering menguap. Berdasarkan data yang dijelaskan sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa masalah belum teratasi dan harus melanjutkan beberapa intervensi yaitu, mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, menerapkan jadwal tidur rutin, mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, memodifikasi lingkungan.

Pada pukul 13:55 dilakukan evaluasi pada diagnosa ketiga. Diperoleh data subjektif klien mengatakan pergerakan dibantu oleh petugas dan klien mengatakan tangan kanan dan kiri masih tidak bisa digerakkan dan masih terasa sedikit nyeri. Data objektif yang diperoleh, klien tampak berbaring ditempat tidur, pergerakan klien tampak dibantu, klien tampak gelisah. Berdasarkan data yang dijelaskan sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa masalah belum diatasi dan harus melanjutkan beberapa intervensi yaitu, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memfasilitasi melakukan pergerakan, membantu pergerakan ROM.

Evaluasi hari kedua pada selasaa, tanggal 31 Desember 2024 pada pukul 13:00 WIB pada klien 1 dari diagnosa pertama yaitu di dapat data subjektif klien mengatakan setelah melakukan terapi senam hipertensi rasa sakit pada kepala dan ekstermitas sedikit berkurang, klien merasa

lebih rileks. Data objektif yang didapat yaitu, klien tampak rileks, TTV klien di dapat 147/85mmHg, frekuensi napas 23x/menit. Berdasarkan hasil tersebut, maka dapat disimpulkan masalah keperawatan teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan sebagian yaitu monitor TD, ajarkan teknik non farmakologi penurun darah tinggi.

Pukul 13:10 WIB dilakukan evaluasi diagnosa kedua yang didapatkan data subjektif klien mengatakan setelah diberikan edukasi mulai mencoba membiasakan tidur siang tetapi hanya berlangsung sebentar kemudian terbangun dikarenakan suara yang bising dan kepala terasa sakit. Klien akan lebih memperhatikan waktu istirahat. Data objektif yang diperoleh klien tampak lesu dan kantung mata klien tampak hitam. Berdasarkan data sebelumnya, maka dapat disimpulkan masalah keperawatan sebagian teratasi maka sebagian intervensi dilanjutkan yaitu, menerapkan jadwal tidur rutin, mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi, memodifikasi lingkungan.

Pukul 13:15 WIB dilakukan evaluasi diagnosa ketiga yang didapatkan data subjektif klien mengatakan sekarang sedikit paham dengan penyakit yang dideritanya, namun masih kurang paham mengenai faktor apa saja yang dapat mempengaruhi, klien juga akan sering-sering menonton video yang direkomendasikan. Data objektif yang diperoleh klien tampak memahami apa itu hipertensi namun masih kurang begitu paham. Berdasarkan hasil yang diperoleh sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan

sebagian yaitu, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Pada pukul 13:25 WIB dilakukan evaluasi pada klien 2 diagnosa pertama yang didapatkan data subjektif klien mengatakan melakukan terapi senam hipertensi disaat ada waktu luang dan klien merasa ada perubahan setelah melakukan senam tersebut, sakit kepala klien sedikit berkurang, dan klien merasa rileks. Data objektif yang diperoleh klien tampak rileks, TTV klien tekanan darah 143/85 mmHg, nadi 85x/menit, frekuensi napas 22x/menit. Berdasarkan hasil yang diperoleh sebelumnya, maka dapat disimpulkan masalah keperawatan teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan sebagian yaitu monitor TD, ajarkan teknik non farmakologi penurun darah tinggi.

Pukul 13:35 WIB dilakukan evaluasi pada klien 2 diagnosa kedua yang didapatkan data subjektif klien mengatakan setelah diberikan edukasi mulai mencoba membiasakan tidur lebih awal namun klien masih sering terbangun dan ketika bangun melakukan rileksasi seperti yang diajarkan, klien belum bisa membiasakan tidur siang karena masih merasa terganggu. Klien akan lebih memperhatikan waktu istirahat. Data objektif yang diperoleh klien tampak segar dan kantung mata klien masih tampak hitam. Berdasarkan data sebelumnya, maka dapat disimpulkan masalah keperawatan sebagian teratasi maka sebagian intervensi dilanjutkan yaitu, menerapkan jadwal tidur rutin, mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi, memodifikasi lingkungan.

Pukul 13:45 WIB dilakukan evaluasi pada klien 2 diagnosa ketiga, diperoleh hasil data subjektif mengatakan pergerakan dibantu oleh petugas dan klien mengatakan tangan dan kaki kiri sedikit bisa digerakkan dan rasa nyeri sedikit berkurang. Data objektif yang diperoleh, klien tampak duduk disamping tempat tidur, pergerakan klien tampak dibantu, klien tampak rileks. Berdasarkan data yang dijelaskan sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa masalah belum diatasi dan harus melanjutkan beberapa intervensi yaitu, memfasilitasi melakukan pergerakan, membantu pergerakan ROM.

Evaluasi pada hari ketiga dilakukan pada Kamis, 2 Januari 2025 pada pukul 13.05 WIB dari diagnosa pertama didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan sakit kepala sudah jarang kambuh, klien juga mengatakan tangan dan kaki sudah tidak nyeri dan juga tidak kaku, klien mengatakan bahwa dirinya lebih rileks, dan setiap ada waktu luang selalu digunakan untuk melakukan teknik senam hipertensi yang sudah diajarkan. Data objektif yang diperoleh yaitu, klien tampak fresh dan rileks, hasil TTV klien 137/80mmHg, frekuensi napas 20x/menit, nadi 84x/menit. Berdasarkan data yang diperoleh, maka dapat disimpulkan masalah keperawatan teratasi dan menghentikan intervensi yang diberikan.

Pukul 13:15 WIB dilakukan evaluasi dari diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur, didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan pola tidur klien sudah mulai nyaman, dikarenakan nyeri mulai berkurang,

menambah rasa nyaman dan nyenyak saat tidur, klien juga sudah mulai menepati jadwal jam tidur. Data objektif yang didapatkan berupa klien mulai terlihat baik, kantung mata sudah mulai memudar sedikit, klien sudah tampak lebih ceria. Berdasarkan data yang dijelaskan sebelumnya, maka dapat disimpulkan masalah keperawatan teratasi dan menghentikan intervensi yang diberikan.

Pukul 13:25 WIB dilakukan evaluasi dari diagnosa ketiga yaitu defisit pengetahuan tentang hipertensi. Didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan sudah paham mengenai apa hipertensi, dan apa saja faktor resiko yang dapat menyebabkan hipertensi. klien sadar selama ini salah sudah mengabaikan penyakitnya, klien berusaha dapat melakukan hal yang dijelaskan.

Data objektif yang didapatkan berupa klien setelah dijelaskan, terlihat paham, saat diminta menjelaskan, klien dapat menjelaskan hal yang ditanyakan kepada klien, klien diberikan materi tentang hipertensi melalui verbal maupun media video, klien terlihat memperhatikan dengan seksama dan memahami hal yang dilakukan, klien melakukan hal dianjurkan dan mulai meninggalkan hal yang salah. Berdasarkan data yang dijelaskan sebelumnya, maka dapat disimpulkan masalah keperawatan teratasi dan menghentikan intervensi yang diberikan.

Pada pukul 13.35 WIB dilakukan evaluasi pada klien 2 dari diagnosa pertama didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan sakit kepala sudah jarang kambuh, klien juga mengatakan tangan dan kaki kiru sudah

bisa digerakan walaupun hanya sedikit demi sedikit, klien mengatakan bahwa dirinya lebih rileks, dan setiap ada waktu luang selalu digunakan untuk melakukan teknik senam hipertensi yang sudah diajarkan. Data objektif yang diperoleh yaitu, klien tampak fresh dan rileks, hasil TTV klien 130/80mmHg, frekuensi napas 20x/menit, nadi 84x/menit. Berdasarkan data yang diperoleh, maka dapat disimpulkan masalah keperawatan teratasi dan menghentikan intervensi yang diberikan.

Pukul 13:45 WIB dilakukan evaluasi pada klien 2 dari diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur, didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan tidur sudah mulai nyaman dan tidak sering terbangun, dikarenakan nyeri mulai berkurang, menambah rasa nyaman dan nyenyak saat tidur, klien juga sudah mulai menepati jadwal jam tidur siang dan malam. Data objektif yang didapatkan berupa klien mulai terlihat baik, kantung mata sudah sedikit mulai memudar, klien sudah tampak lebih fresh. Berdasarkan data yang dijelaskan sebelumnya, maka dapat disimpulkan masalah keperawatan teratasi dan menghentikan intervensi yang diberikan.

Pada pukul 13:55 WIB dilakukan evaluasi pada klien 2 dari diagnosa ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik, didapat data subjektif klien mengatakan sudah bisa menggerakkan kaki dan tangan kiri walaupun masih terbatas, klien juga sudah bisa bangun sendiri dari tempat tidur untuk duduk di pinggir tempat tidur, klien merasakan tangan dan kakinya terasa lebih lemas dan rileks tidak kaku seperti biasanya. Data objektif

didapatkan klien tampak rileks, klien tampak melakukan pergerakan duduk sendiri, tangan dan kaki bagian kiri klien tampak dapat digerakkan perlahan.

B. PEMBAHASAN

Penulis pada bab IV ini membahas hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada Tn. A dan Tn. M dengan hipertensi di Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang yang sesuai dengan teori dan materi yang telah didapatkan. Asuhan keperawatan pada Tn. A dan Tn. M dilakukan selama 3 hari mulai 30 Desember 2024 hingga 2 Januari 2025.

Penulis ingin membahas solusi atas masalah yang ditemukan, dengan mengaitkannya pada konsep dasar yang ada di bab II. Hal ini akan dilakukan dengan memperhatikan seluruh proses asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, hingga evaluasi keperawatan. Setelah itu penulis akan menambahkan apa yang seharusnya ada dalam asuhan keperawatan, terkait penegakkan diagnosa dan pelaksanaan intervensi keperawatan yang sebelumnya tidak dijelaskan secara rinci.

1. Pengkajian

Tahap pengkajian adalah langkah pertama dalam memberikan asuhan keperawatan. Pada tahap ini, petugas kesehatan akan mengumpulkan data secara sistematis dari klien, baik berdasarkan informasi yang disampaikan langsung oleh klien (data subjektif) maupun dari hasil pemeriksaan yang dapat diukur atau diamati (data objektif) (Rahmah, 2021). Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah

wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik klien. Pada tahap ini penulis tidak mendapatkan kesulitan dikarenakan klien yang kooperatif saat diajak berbicara.

Pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, tanggal 30 Desember 2024 pukul 10:10 WIB menghasilkan kesimpulan bahwa Tn. A dan Tn. M mengalami hipertensi. Hipertensi diartikan sebagai tekanan darah seseorang lebih tinggi dari batas normal, yaitu dengan tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg (Tika, 2021). Dikarenakan hipertensi yang dialami, seseorang dapat mengalami beberapa gejala yang ditimbulkan seperti sakit pada bagian belakang kepala, leher terasa kaku, kelelahan, gelisah, pandangan menjadi kabur, dan pola istirahat dapat berubah (Tambunan, et al. 2021).

Gejala – gejala umum yang terjadi pada orang hipertensi didapatkan juga pada Tn. A dan Tn. M saat dilakukan pengkajian. Klien Tn. A mengatakan kepala belakang klien sering terasa sakit, ekstremitas bagian kanan klien juga mengalami kelemahan dan terasa nyeri, klien juga mengaku klien tidak bisa tidur di siang hari dan saat tidur pada malam hari klien sering terbangun dikarenakan rasa kepala terasa pusing, klien sulit untuk tertidur setelahnya. Pada riwayat kesehatan keluarga diperoleh data jika hipertensi yang dialami klien merupakan bukan penyakit turunan. Riwayat kesehatan klien diperoleh klien pernah mengalami stroke pada 2022 yang menyebabkan ekstermitas kanan klien mengalami penurunan fungsi.

Pada pemeriksaan tekanan darah klien diperoleh angka yang tinggi yaitu 169/100 mmHg sehingga sudah dipastikan Tn. A mengalami hipertensi dan ditegakkan diagnosa utama yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif dengan keluhan sakit kepala yang disebabkan tekanan darah tinggi dan penurunan fungsi pada ekstermitas kanan.

Klien 2 Tn. M mengatakan kepala terasa sakit. Klien juga mengatakan sulit untuk tidur dimalam hari karena kepala terasa sakit dan membuat klien terbangun kemudian sulit untuk tertidur kembali. Pada riwayat kesehatan keluarga diperoleh data jika hipertensi yang dialami klien merupakan bukan penyakit turunan. Riwayat kesehatan klien diperoleh klien pernah mengalami cedera kepala dan dilakukan operasi pada tahun 2017 lalu dan sampai sekarang membuat klien mengalami kelemahan otot pada ekstermitas kiri.

Pada pemeriksaan tekanan darah klien diperoleh angka yang tinggi yaitu 160/95 mmHg sehingga sudah dipastikan Tn. M mengalami hipertensi dan ditegakkan diagnosa utama yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif.

2. Diagnosa Keperawatan

Tahapan diagnosa menjadi tahapan terpenting setelah dilakukannya pengkajian kepada klien. Perawat tidak dapat membuat atau menetapkan suatu rencana asuhan keperawatan tanpa menetapkan diagnosa keperawatan terlebih dahulu kepada klien. Perawat melakukan diagnosa

berdasarkan analisis yang diperoleh sebelumnya dan berdasarkan oleh ilmu pengetahuan serta pengalaman dari perawat itu sendiri (Sinaga, 2019).

Pengkajian yang dilakukan kepada Tn. A dan Tn. M mendapatkan perolehan data. Klien Tn. A mengalami hipertensi dan diperlukan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan yang dilakukan kepada Tn. A menggunakan 3 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan pola tidur, dan juga defisit pengetahuan tentang hipertensi.

Asuhan keperawatan yang dilakukan kepada Tn. A menggunakan 3 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan pola tidur, dan gangguan mobilitas fisik.

a. Diagnosa Keperawatan Pada Tn. A

1) Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

Perfusi serebral tidak efektif adalah salah satu diagnosis keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia). Diagnosis ini mengacu pada penurunan suplai darah ke otak yang dapat mengakibatkan gangguan neurologis. Resiko terhadap kondisi ini biasanya berkaitan dengan kondisi medis seperti stroke, trauma kepala, hipertensi, atau gangguan pembuluh darah otak.

Penulis mengangkat diagnosa tersebut dikarenakan Tn. A mengalami tanda dan gejala yang sangat spesifik menuju pada diagnosa perfusi serebral tidak efektif seperti klien sakit kepala dikarenakan tekanan darah yang tinggi, klien juga mengalami hemiparesis sisi tubuh bagian kanan yang membuat gangguan aliran darah ke otak akibat hipertensi yang menyebabkan Tn. A tampak gelisah, klien mengalami perubahan pada pola tidur.

Diagnosa ini juga diperkuat dengan pengakuan klien yang mengatakan bahwa klien mengalami hipertensi sejak tahun 2019 dan terus berlanjut hingga sekarang. Klien mengatakan mengalami stroke pada tahun 2022 dan sekarang menyebabkan ekstremitas tubuh bagian kanan klien mengalami kelemahan atau sulit untuk digerakan.

Hal ini tentu saja berpengaruh dengan peredaran darah klien yang terhambat sehingga mengalami gangguan fungsi metabolik terutama dalam menetralkan lemak yang menyebabkan klien mengalami hipertensi.

Data objektif klien didapatkan klien terlihat gelisah, warna kulit klien tampak pucat, klien diberi obat amlodipine 5 mg 1 kali sehari yang dimana obat tersebut berfungsi sebagai penurun tekanan darah. Dalam pemeriksaan tanda – tanda vital klien diperoleh tekanan darah klien yang tinggi yaitu 169/100 mmHg. Penulis memprioritaskan resiko perfusi serebral tidak

efektif karena penyakit hipertensi klien menyebabkan klien mengalami stroke di tahun 2022 dan sekarang menyebabkan ekstermitas kanan klien mengalami kelemahan fungsi otot. Dapat disimpulkan diagnosa perfusi serebral tidak efektif bisa ditegakkan karena telah memenuhi 80% data mayor ditegakkannya suatu diagnosa yang ditinjau dari data subjektif maupun objektif yang diperoleh.

Kriteria hasil yang ingin dicapai dari diagnosa ini untuk mengatasi permasalahan yang diderita klien adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik.

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang diterapkan yaitu identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misal TD meningkat, pola napas ireguler), memonitor status pernapasan, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah (senam Hipertensi) , dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan prosedur pemantauan, pemberian obat.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan sesuai masalah yang dialami klien adalah melakukan teknik non farmakologis berupa teknik senam hipertensi.

Senam hipertensi adalah jenis olahraga yang bertujuan untuk meningkatkan aliran darah dan pasokan oksigen ke otot-otot dan tulang yang bekerja, terutama ke otot jantung. Saat berolahraga, tubuh membutuhkan lebih banyak oksigen untuk menghasilkan energi, yang menyebabkan denyut jantung dan volume darah yang dipompa meningkat, sehingga tekanan darah juga ikut naik. Setelah beristirahat, pembuluh darah akan melebar, dan aliran darah akan berkurang sementara waktu, biasanya selama 30-120 menit, sebelum akhirnya kembali ke tekanan darah normal. Jika olahraga dilakukan secara rutin, penurunan tekanan darah ini akan bertahan lebih lama, dan pembuluh darah pun akan menjadi lebih elastis. Proses penurunan tekanan darah setelah berolahraga terjadi karena olahraga membantu merilekskan pembuluh darah, yang kemudian melebar dan menyebabkan tekanan darah menurun (Anwari dkk, 2018).

Hasil penelitian Moniaga, dkk (2013) menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna pengukuran tekanan darah sistolik subjek sebelum perlakuan dengan minggu ketiga setelah perlakuan senam.

Pada implementasi yang dilakukan penulis melakukan implementasi selama 3 hari mulai dari 30 Desember 2024 hingga 2 Januari 2025. Implementasi yang dilakukan sudah sesuai

dengan intervensi yang ditetapkan. Implementasi terfokus pada pemberian latihan teknik senam hipertensi untuk menurunkan tekanan darah klien. Klien tampak aktif dalam melakukan senam hipertensi.

Evaluasi keperawatan dari implementasi yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut. Pada hari ketiga didapatkan hasil evaluasi data subjektif yaitu klien merasa seakit pada kepala sudah mulai berkurang, dan rasa nyeri pada ekstermitas kanan klien berkurang dan tidak terasa kaku lagi saat digerakkan. Data objektifnya adalah klien tampak mampu melaksanakan latihan senam hipertensi secara mandiri, setelah pelaksanaan latihan senam hipertensi data kesehatan klien tercatat menunjukkan perubahan yang signifikan. Sebelum intervensi dilakukan, tekanan darah (TD) klien tercatat 155/87mmHg, frekuensi pernapasan 23x/menit, nadi 88x/menit, dan suhu 36,9°C. Setelah menjalani latihan fisik senam hipertensi, terdapat penurunan tekanan darah menjadi 140/80mmHg, frekuensi pernapasan 21x/menit, nadi 85x/menit, dan suhu 36,4°C. Hasil dari assessment yang dilakukan adalah masalah keperawatan teratasi dan tujuan tercapai.

2) Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Gangguan pola tidur menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019) adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur

akibat faktor eksternal. Penulis mengangkat diagnosa ini karena Tn. A merasa pola tidur klien tidak teratur, klien sering terbangun pada malam hari dikarenakan kepala klien terasa sangat pusing yang disebabkan karena tekanan darah tinggi yang sering kambuh di malam hari, setelah itu klien sulit untuk tidur kembali. Dikarenakan hal tersebut, klien jadi kurang tidur setiap malam.

Gangguan pola tidur ini diangkat karena dalam analisa data klien didapatkan data subjektif berupa keluhan klien yang mengatakan dikarenakan kepala terasa pusing, klien tidak bisa tidur dengan mudah dan nyenyak. Klien sangat mudah terbangun di malam hari dan saat klien sudah terbangun klien mengeluh sulit untuk tidur kembali.

Klien juga mengungkapkan klien kekurangan waktu istirahat karena klien tidak terbiasa tidur siang dan selalu terbangun saat malam hari, membuat jadwal tidur klien berubah dan klien mengeluh tidak cukup tidur di malam hari.

Data objektif yang didapatkan adalah klien tidak nyaman dengan keadaannya, klien merasa lelah, dan terdapat kantung mata menandakan klien kurang tidur. Alasan penulis menegakkan diagnosis ini setelah resiko perfusi serebral tidak efektif adalah dikarenakan pola tidur menjadi aktivitas yang paling terpengaruh yang diderita klien. Dapat disimpulkan diagnosa gangguan pola tidur bisa ditegakkan karena telah

memenuhi 80% data mayor ditegakkannya suatu diagnosa yang ditinjau dari data subjektif maupun objektif yang diperoleh.

Kriteria hasil yang ingin dicapai dari diagnosa ini untuk mengatasi permasalahan yang diderita klien adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun.

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang ditetapkan yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi minum banyak air sebelum tidur, memodifikasi lingkungan, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur (teknik hipnotis 5 jari), tetapkan jadwal tidur rutin, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, serta ajarkan relaksasi non farmakologis (teknik hipnotis 5 jari).

Teknik hipnotis 5 jari dianjurkan sebagai relaksasi non farmakologis kepada klien dikarenakan teknik ini dapat merelaksasi dan mendistraksi sekaligus, yang dimana hal ini sangat berpengaruh dalam meningkatkan kenyamanan dan rileks sebelum tidur. Hipnotis lima jari merupakan salah satu jenis hipnoterapi yang dimana menggunakan lima jari sebagai

perantara dengan klien dan dibantu untuk mengubah persepsi terhadap ansietas, stress, tegang dan takut serta nyeri dengan menerima saran-saran diambang Bawah sadar atau dalam keadaan rileks dengan menggerakkan jari-jarinya sesuai perintah (Mawarti, et a. 2021).

Hubungan antara teknik relaksasi dan pemenuhan kebutuhan istirahat- tidur menurut Hirnle (dalam Suhartini, 2019) sangat erat, karena istirahat dan tidur tergantung dari relaksasi otot. Dikarenakan hal itu, teknik hipnotis 5 jari sangat ideal dilakukan sebagai terapi nonfarmakologis sebelum tidur karena menurut Asmadi (dalam Suhartini, 2019) relaksasi otot yang dihasilkan dari teknik non farmakologis mampu mengatasi keluhan ansietas, insomnia, kelelahan, kram otot, nyeri leher dan pinggang, tekanan darah tinggi, phobia ringan dan gagap.

Implementasi yang diterapkan kepada klien sudah sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang ditetapkan. Implementasi dapat dilakukan dengan baik tanpa hambatan dikarenakan klien yang kooperatif selama dilakukan tindakan keperawatan. Klien dapat diberikan berbagai macam pendidikan kesehatan terkait pentingnya tidur cukup dan waktu tidur yang terjadwal, memodifikasi lingkungan sebelum tidur, meminimalisir faktor pengganggu tidur, menerapkan jadwal tidur rutin, hingga melakukan teknik non farmakologis secara

mandiri berupa hipnotis 5 jari.

Gangguan pola tidur klien dapat diatasi dengan mengurangi asupan cairan pada malam hari, melakukan teknik non farmakologis sebelum tidur, serta menetapkan dan menepati jadwal tidur yang dibuat. Melakukan tidur sekitar 6-7 jam per hari cukup untuk menerapkan salah satu pola tidur yang sehat (Aryawati & Nasution, 2018). Dengan begitu, klien dapat memiliki pola tidur yang tetap dan sehat tanpa distraksi yang berlebihan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup klien dalam beraktivitas sehari – hari. Pada implementasi yang dilakukan, klien juga aktif dalam bertanya dan menjawab setiap pertanyaan. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari mulai dari 30 Desember 2024 hingga 2 Januari 2025.

Evaluasi keperawatan dari implementasi yang dilakukan berdasarkan capaian kriteria hasil yang telah ditetapkan. Hasil dari assessment yang dilakukan adalah masalah keperawatan teratasi dan tujuan tercapai, dibuktikan dengan klien merasa pola tidur klien sudah mulai membaik, dan dikarenakan nyeri yang mulai berkurang membuat rasa nyaman dan nyenyak saat tidur bertambah.

Klien juga mengaku sudah nyaman jika ingin tidur kembali dikarenakan teknik hipnotis 5 jari yang dilakukan sangat membantu dalam mengatasi nyeri dan gelisah sebelum tidur.

klien terlihat lebih segar dibandingkan hari sebelumnya, kantung mata sudah mulai memudar, klien terlihat lebih ceria.

3) Defisit Pengetahuan Tentang Manajemen Hipertensi (D.0111)

Defisit pengetahuan tentang hipertensi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu yaitu hipertensi. Penulis memutuskan untuk mengangkat diagnosa ini dikarenakan klien mengatakan masih kurang begitu paham sebenarnya dengan penyakit klien.

Klien hanya mengetahui klien memiliki hipertensi atau tekanan darah tinggi tanpa mengetahui cara mengatasi hipertensi yang sebenarnya. Klien terlihat bingung dengan keadaannya dan klien sering menyepelkan penyakit hipertensi yang diderita klien.

Defisit pengetahuan tentang hipertensi ini diangkat karena dalam analisa data klien didapatkan data subjektif berupa klien mengatakan klien kurang begitu paham sebenarnya bagaimana penyakit klien. Klien hanya tahu sebatas hipertensi, klien sering bertanya tentang tekanan darah dan gejalanya. Klien mengungkapkan klien bingung bertanya kepada siapa tentang penyakit yang dideritanya sehingga klien tidak banyak mengetahui informasi terkait penyakitnya.

Data objektif berupa klien terlihat bingung dengan keadaannya, dan klien sering menyepelekan penyakit hipertensi yang diderita klien. Hal ini mendukung alasan ditegakkannya diagnosa defisit pengetahuan tentang hipertensi yang berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

Diagnosa ini ditegakkan karena pengetahuan mendasar terhadap penyakit yang diderita sangat penting sebagai ilmu dasar dalam pengobatan dan pencegahan penyakit yang lebih parah kedepannya. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang maka akan tahu tentang tindakan yang harus dilakukannya (Siregar, 2020).

Klien mengatakan klien masih belum memahami betul penyakit klien dan juga kenapa hal itu terjadi, sehingga klien perlu diberikan pendidikan kesehatan terkait hipertensi untuk meningkatkan pengetahuan yang berbanding lurus dengan pengobatan serta pencegahan penyakit itu sendiri. Dapat disimpulkan diagnosa defisit pengetahuan tentang hipertensi bisa ditegakkan karena telah memenuhi 80% data mayor ditegakkannya suatu diagnosa yang ditinjau dari data subjektif maupun objektif yang diperoleh.

Kriteria hasil yang ingin dicapai dari diagnosa ini untuk mengatasi permasalahan yang diderita klien adalah setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam maka diharapkan tingkat pengetahuan membaik, dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan tentang suatu topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai dengan topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi keliru terhadap masalah menurun.

Pendidikan kesehatan pada klien diterapkan mulai dari mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, dikarenakan mengedukasi lansia, perlu diketahui terlebih dahulu apakah klien dapat menerima informasi dengan baik atau tidak. Karena seiring berjalannya usia, lansia akan mengalami penurunan dalam daya ingat yang membuat lansia sering lupa terkait penyakitnya.

Pendidikan dilakukan kepada klien dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang penyakitnya. Pendidikan kesehatan adalah suatu proses untuk merubah diri seseorang agar mempunyai kesehatan yang lebih baik daripada sebelumnya dan mengembangkan pengetahuannya terhadap derajat sehatnya, dengan begitu perilaku seseorang juga dapat diubah untuk menciptakan kehidupan yang lebih baik dan sehat. (Aryawati & Nasution, 2018).

Klien mengatakan klien masih sering menganggap remeh hipertensi klien karena sudah dianggap sebagai penyakit sehari – hari yang tidak berbahaya. Padahal, penyakit hipertensi sering disebut sebagai the *silent killer* yaitu penyakit yang dapat merenggut nyawa penderitanya tanpa ada tanda dan gejala yang muncul sebagai peringatan bahayanya (Suprayitno, et al. 2019).

Fungsi organ tubuh yang mengalami penurunan akan meningkatkan status tekanan darah tinggi (Suprayitno, et al. 2019). Dapat disimpulkan bertambahnya usia seseorang akan menambah risiko hipertensi dan akan semakin parah dari hari ke hari. Dikarenakan hal ini, klien diberi pengertian jika nyeri yang dialami klien merupakan gejala dari hipertensi dan akan bertambah parah tanpa klien sadari sehingga sangat membahayakan kesehatan klien setiap harinya.

Implementasi yang diterapkan berdasarkan rencana asuhan keperawatan dilakukan dengan baik dan benar tanpa ada hambatan. Klien kooperatif saat diajak berdiskusi serta aktif dalam bertanya dan mengikuti tindakan yang dilakukan seperti meminum obat antihipertensi secara teratur, diajarkan mengajarkan teknik nonfarmakologis melakukan senam hipertensi yang signifikan berpengaruh dalam pencegahan hipertensi menjadi lebih parah serta dapat menurunkan tekanan darah pada lansia dikarenakan terjadi peningkatan aliran balik

vena dan arteri, penurunan curah jantung hingga terjadi penurunan pada tekanan darah (Musakkar & Djafar, 2021).

Pendidikan kesehatan dilakukan dengan metode video dan juga penjelasan secara langsung terkait hipertensi. Implementasi ini dilakukan selama satu hari pada tanggal 30 desember 2024 dan 2 Januari 2025 setelah kontrak waktu dengan klien.

Evaluasi keperawatan dari implementasi yang dilakukan berdasarkan capaian kriteria hasil yang telah ditetapkan. Hasil dari assessment yang dilakukan adalah masalah keperawatan teratasi dan tujuan tercapai, dibuktikan dengan setelah dijelaskan, klien mengatakan klien mengerti dengan apa yang dijelaskan, klien sadar selama ini salah sudah mengabaikan sakit kepala yang datang, klien dapat menjelaskan kembali hal yang sudah diinformasikan kepada klien, klien mulai melakukan hal yang dianjurkan dan mulai meninggalkan hal yang salah.

Klien Tn. M mengalami hipertensi dan diperlukan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan yang dilakukan kepada Tn. A menggunakan 3 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan pola tidur, dan gangguan mobilitas fisik.

b. Diagnosa Keperawatan Pada Tn. M

1) Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

Penulis mengangkat diagnosa tersebut dikarenakan Tn. M mengalami tanda dan gejala yang sangat spesifik menuju pada diagnosa perfusi serebral tidak efektif seperti klien sakit kepala dikarenakan tekanan darah yang selalu tinggi, klien juga mengalami hemiparesis sisi tubuh bagian kiri.

Diagnosa ini juga diperkuat dengan pengakuan klien yang mengatakan bahwa klien mengalami hipertensi sejak tahun 2015 dan terus berlanjut hingga sekarang. Klien mengatakan mengalami cedera kepala pada tahun 2017 dan membuat klien terkena stroke dan sekarang menyebabkan ekstremitas tubuh bagian kanan klien mengalami kelemahan atau sulit untuk digerakkan.

Hal ini tentu saja berpengaruh dengan peredaran darah klien yang terhambat sehingga mengalami gangguan fungsi metabolik terutama dalam menetralkan lemak yang menyebabkan klien mengalami hipertensi.

Data objektif klien didapatkan klien terlihat gelisah, warna kulit klien tampak pucat, klien diberi obat amlodipine 5 mg 1 kali sehari yang dimana obat tersebut berfungsi sebagai penurun tekanan darah. Dalam pemeriksaan tanda – tanda vital klien diperoleh tekanan darah klien yang tinggi yaitu 160/95

mmHg. Penulis memprioritaskan resiko perfusi serebral tidak efektif karena penyakit hipertensi klien menyebabkan klien mengalami cidera kepala dan mengakibatkan stroke di tahun 2017 yang sekarang menyebabkan ekstermitas kanan klien mengalami kelemahan fungsi otot. . Dapat disimpulkan diagnosa perfusi serebral tidak efektif bisa ditegakkan karena telah memenuhi 80% data mayor ditegakkannya suatu diagnosa yang ditinjau dari data subjektif maupun objektif yang diperoleh.

Kriteria hasil yang ingin dicapai dari diagnosa ini untuk mengatasi permasalahan yang diderita klien adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik.

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang diterapkan yaitu identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misal TD meningkat, pola napas ireguler), memonitor status pernapasan, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah (senam Hipertensi) , dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan prosedur pemantauan, pemberian obat.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah yang dialami klien adalah dengan

menerapkan teknik non-farmakologis, seperti senam hipertensi. Senam hipertensi adalah jenis olahraga yang bertujuan untuk menurunkan tekanan darah. Salah satu tujuan dari senam ini adalah untuk meningkatkan jumlah darah dan oksigen yang mengalir ke otot-otot dan tulang, terutama ke otot jantung (Sumartini et al., 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Tulak dan Umar (2016), menunjukkan bahwa senam dapat berpengaruh pada penurunan tekanan darah pada lansia. Hipertensi pada lansia terjadi karena proses penuaan, di mana terjadi penurunan fungsi tubuh. Salah satunya adalah berkurangnya kekuatan jantung dalam memompa darah, serta arteri besar yang kehilangan kelenturannya, menjadi kaku, dan sulit mengembang saat jantung memompa darah. Kondisi ini menyebabkan tekanan darah menjadi lebih tinggi.

Olahraga seperti senam hipertensi dapat membantu jantung bekerja lebih baik. Saat berolahraga, tubuh membutuhkan lebih banyak energi, yang mengarah pada peningkatan aliran darah kembali ke jantung, sehingga volume darah yang dipompa per detik (sekuncup) meningkat. Hal ini menyebabkan curah jantung juga meningkat, yang pada gilirannya menyebabkan tekanan darah naik. Namun, setelah tekanan darah naik, tubuh akan menurunkan aktivitas pernapasan dan otot rangka, yang mengurangi aktivitas saraf simpatis. Akibatnya, denyut jantung

melambat, volume sekuncup menurun, dan pembuluh darah (arteriol vena) melebar. Semua perubahan ini menyebabkan penurunan curah jantung dan pengurangan hambatan pada pembuluh darah, yang akhirnya menurunkan tekanan darah (Efliani et al., 2022).

Pada implementasi yang dilakukan, klien bersemangat melakukan senam hipertensi yang diajarkan. Klien tampak kooperatif dan sungguh-sungguh mengikuti gerakan yang diajarkan. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari mulai dari 30 Desember 2024 hingga 2 Januari 2025.

Evaluasi keperawatan dari implementasi yang dilakukan berdasarkan capaian kriteria hasil yang telah ditetapkan. Hasil dari evaluasi hari ketiga didapatkan dari assessment yang dilakukan adalah masalah keperawatan teratasi dan tujuan tercapai, dibuktikan dengan klien merasa sakit kepala mulai jarang kambuh, tekanan darah klien juga tidak tinggi, dan klien juga tampak tidak pucat. Data objektif yang terlihat adalah setelah pelaksanaan latihan senam hipertensi data kesehatan klien tercatat menunjukkan perubahan yang signifikan. Sebelum intervensi dilakukan, tekanan darah (TD) klien tercatat tekanan darah 145/86mmHg, frekuensi pernapasan 23x/menit, nadi 90x/menit, suhu 36,9°C. Setelah menjalani latihan fisik senam hipertensi, terdapat penurunan tekanan darah menjadi 130/80

mmHg, frekuensi napas 22x/menit, frekuensi nadi 85x/menit dan suhu 36,4°C.

2) Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Gangguan pola tidur menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019) adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Penulis mengangkat diagnosa ini karena Tn. A merasa pola tidur klien tidak teratur, klien sering terbangun pada malam hari dikarenakan kepala klien terasa sangat pusing yang disebabkan karena tekanan darah tinggi yang sering kambuh di malam hari, setelah itu klien sulit untuk tidur kembali. Dikarenakan hal tersebut, klien jadi kurang tidur setiap malam.

Masalah selanjutnya adalah klien yang tidak terbiasa tidur siang sehingga klien kekurangan waktu tidur yang membuat klien merasa tidak bertenaga. Gangguan pola tidur ini diangkat karena dalam analisa data klien didapatkan data subjektif berupa keluhan klien yang mengatakan sulit tidur dikarenakan kepala terasa pusing, klien tidak bisa tidur dengan mudah dan nyenyak. Klien sangat mudah terbangun di malam hari dan saat klien sudah terbangun klien mengeluh sulit untuk tidur kembali.

Klien juga mengungkapkan klien kekurangan waktu istirahat karena klien tidak terbiasa tidur siang dikarenakan lingkungan yang bising dan selalu terbangun saat malam hari, membuat jadwal tidur klien berubah dan klien mengeluh tidak

cukup tidur di malam hari.

Data objektif yang didapatkan adalah klien tidak nyaman dengan keadaannya, klien merasa lelah, sering menguap, dan terdapat kantung mata menandakan klien kurang tidur. Alasan penulis menegakkan diagnosis ini setelah resiko perfusi serebral tidak efektif adalah dikarenakan pola tidur menjadi aktivitas yang paling terpengaruh yang diderita klien. Dapat disimpulkan diagnosa gangguan pola tidur bisa ditegakkan karena telah memenuhi 80% data mayor ditegakkannya suatu diagnosa yang ditinjau dari data subjektif maupun objektif yang diperoleh.

Kriteria hasil yang ingin dicapai dari diagnosa ini untuk mengatasi permasalahan yang diderita klien adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun.

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang ditetapkan yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi minum banyak air sebelum tidur, memodifikasi lingkungan, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur (teknik hipnotis 5 jari), tetapkan jadwal tidur rutin, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan

menepati kebiasaan waktu tidur, serta ajarkan relaksasi non farmakologis (teknik hipnotis 5 jari).

Teknik hipnotis 5 jari sangat bermanfaat sebagai teknik relaksasi dan menurunkan insomnia pada lansia. Hartono, Somantri, dan Februanti (2019) melakukan suatu penelitian terkait pengaruh hipnotis 5 jari terhadap insomnia dan didapatkan hasil yang sebelumnya insomnia pada terjadi di kategori ringan dan berat menjadi tidak ada keluhan dan ringan. Dapat disimpulkan bahwa hipnotis 5 jari berpengaruh pada pola tidur lansia.

Teknik hipnotis 5 jari dianjurkan sebagai relaksasi non farmakologis kepada klien dikarenakan teknik ini dapat merelaksasi dan mendistraksi sekaligus, yang dimana hal ini sangat berpengaruh dalam meningkatkan kenyamanan dan rileks sebelum tidur. Hipnotis lima jari adalah salah satu teknik hipnoterapi yang menggunakan lima jari sebagai alat untuk berkomunikasi dengan klien. Teknik ini membantu mengubah cara pandang klien terhadap perasaan cemas, stres, ketegangan, rasa takut, dan nyeri, dengan cara menerima saran-saran saat berada dalam keadaan rileks dan berada di ambang kesadaran. Proses ini melibatkan gerakan jari-jari sesuai dengan petunjuk yang diberikan (Mawarti, et a. 2021).

Implementasi yang diterapkan kepada klien sudah sesuai

dengan intervensi atau rencana keperawatan yang ditetapkan. Implementasi dapat dilakukan dengan baik tanpa hambatan dikarenakan klien yang kooperatif selama dilakukan tindakan keperawatan. Klien dapat diberikan berbagai macam pendidikan kesehatan terkait pentingnya tidur cukup dan waktu tidur yang terjadwal, memodifikasi lingkungan sebelum tidur, meminimalisir faktor pengganggu tidur, menerapkan jadwal tidur rutin, hingga melakukan teknik non farmakologis secara mandiri berupa hipnotis 5 jari. Pada implementasi yang dilakukan, klien juga aktif dalam bertanya dan menjawab setiap pertanyaan. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari mulai dari 30 Desember 2024 hingga 2 Januari 2025.

Evaluasi keperawatan dari implementasi yang dilakukan berdasarkan capaian kriteria hasil yang telah ditetapkan. Hasil dari assessment yang dilakukan adalah masalah keperawatan teratasi dan tujuan tercapai, dibuktikan dengan klien merasa pola tidur klien sudah mulai membaik, dan dikarenakan nyeri yang mulai berkurang membuat rasa nyaman dan nyenyak saat tidur bertambah. Kantung mata klien tampak memudar, klien juga tampak lebih segar.

3) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Penulis mengangkat diagnosa tersebut dikarenakan Tn. M mengalami tanda dan gejala yang sangat spesifik menuju pada

gangguan mobilitas fisik seperti klien mengalami penurunan fungsi otot pada ekstermitas kiri yang membuat tidak bisa digerakkan dan terasa nyeri serta kaku. Aktivitas klien juga dibantu petugas.

Diagnosa ini juga diperkuat dengan pengakuan klien yang mengatakan bahwa klien mengalami cidera kepala yang harus dilakukan operasi dan menyebabkan klien stroke pada tahun 2017 lalu. Sekarang membuat klien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstermitas kiri. Dapat disimpulkan diagnosa gangguan mobilitas fisik ditegakkan karena telah memenuhi 80% data mayor ditegakkannya suatu diagnosa yang ditinjau dari data subjektif maupun objektif yang diperoleh.

Kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu dilakukan pengkajian keperawatan selama 3x8 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

Intervensi atau rencana keperawatan yang diterapkan yaitu identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ROM, fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu, jelaskan tujuan dan prosedur room.

Implementasi yang diterapkan kepada klien sudah sesuai

dengan intervensi atau rencana keperawatan yang ditetapkan. Implementasi dapat dilakukan dengan baik tanpa hambatan dikarenakan klien yang kooperatif selama dilakukan tindakan keperawatan. Klien diajarkan beberapa pendidikan untuk meningkatkan kekuatan otot seperti mengajak klien untuk melakukan teknik ROM, memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu. Pada implementasi yang dilakukan, klien juga aktif dalam bertanya dan bersemangat mengikuti arahan. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari mulai dari 30 Desember 2024 hingga 2 Januari 2025.

Latihan ROM adalah salah satu cara untuk membantu mengembalikan kemampuan gerak tubuh dan memulihkan kekuatan otot agar bisa berfungsi kembali, sehingga tubuh dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan normal (2018).

Memberikan latihan ROM sejak awal dapat membantu meningkatkan kekuatan otot, karena latihan ini merangsang unit motorik dalam otot. Semakin banyak unit motorik yang terlibat, semakin besar peningkatan kekuatan otot. Jika pasien hemiparese tidak segera mendapat penanganan, bisa berisiko menyebabkan kecacatan permanen (Susanti & Bintara, 2018). Jika latihan ROM tidak dilakukan dengan benar maka bisa muncul berbagai komplikasi. Secara umum, komplikasi yang sering terjadi pada pasien stroke, terutama di masa pemulihan

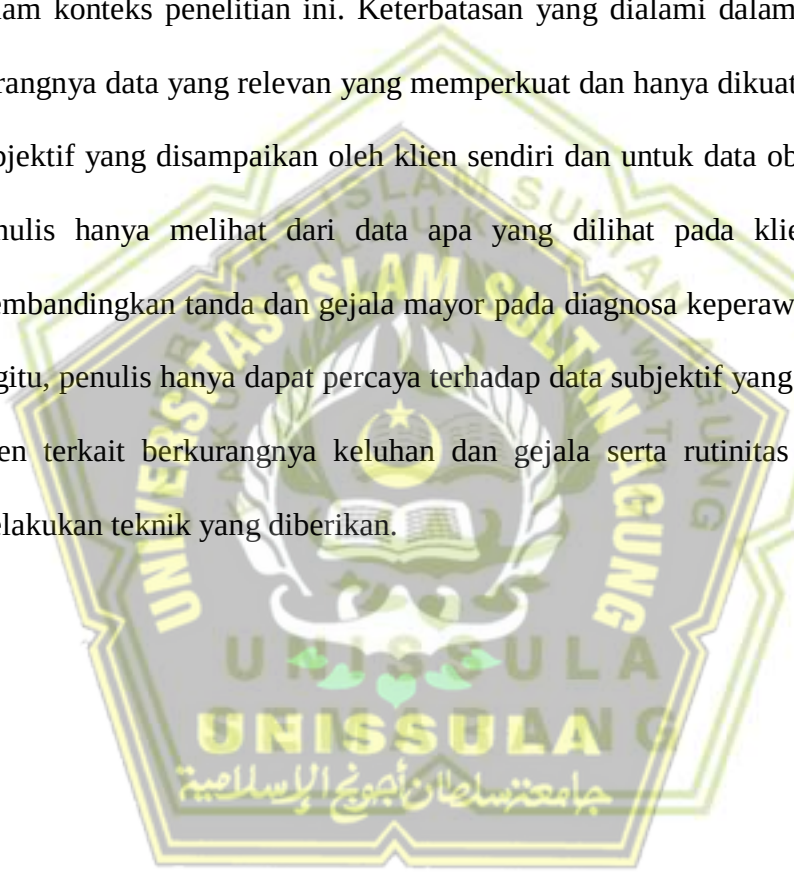
atau lanjut usia, biasanya disebabkan oleh kurangnya pergerakan tubuh, seperti pneumonia, luka tekan, kontraktur, pembekuan darah di vena, atrofi otot, serta masalah dengan kontrol urine dan buang air besar (Purba et al., 2022).

Penelitian tentang efektifitas latihan ROM terhadap kekuatan otot penderita stroke menunjukkan bahwa ada peningkatan kekuatan otot pada seluruh pasien yang diberikan latihan ROM dengan durasi kira-kira 15-35 menit sebanyak dua kali sehari selama empat minggu (Kusuma & Sara, 2020). Dalam sebuah literature review mengenai dampak latihan ROM terhadap kekuatan otot pada penderita stroke, disimpulkan bahwa latihan ROM dapat membantu meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan gerak sendi bagi penderita stroke (Syahrim, Azhar, & Risnah, 2019).

Evaluasi keperawatan dari implementasi yang dilakukan berdasarkan capaian kriteria hasil yang telah ditetapkan. Hasil dari assessment yang dilakukan adalah masalah keperawatan teratasi dan tujuan tercapai, dibuktikan dengan klien mengatangkan tangan dan kaki bagian kiri sedikit demi sedikit sudah bisa digerakkan dan tidak terasa kaku.

C. KETERBATASAN

Dalam menjalankan studi asuhan keperawatan yang diberikan kepada lansia di panti wredha, penulis menegaskan bahwa terdapat sejumlah keterbatasan yang mengakibatkan belum tercapainya hasil yang optimal dalam konteks penelitian ini. Keterbatasan yang dialami dalam analisa data kurangnya data yang relevan yang memperkuat dan hanya dikuatkan dari data subjektif yang disampaikan oleh klien sendiri dan untuk data objektif sendiri penulis hanya melihat dari data apa yang dilihat pada klien kemudian membandingkan tanda dan gejala mayor pada diagnosa keperawatan. Dengan begitu, penulis hanya dapat percaya terhadap data subjektif yang disampaikan klien terkait berkurangnya keluhan dan gejala serta rutinitas klien dalam melakukan teknik yang diberikan.



BAB V

PENUTUP

Asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama 3 hari termasuk hari pengkajian sejak tanggal 30 Desember 2024 sampai dengan tanggal 02 Januari 2025. Pada bab V sebagai penutup, penulis menuliskan dua point utama yaitu kesimpulan dan saran dari karya tulis ilmiah yang dibuat berdasarkan asuhan keperawatan pada Tn. A dan Tn. M dengan diagnosa hipertensi di Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang.

A. KESIMPULAN

1. Pengkajian

Pengkajian pada Tn. A dilakukan tanggal 30 Desember 2024 diperoleh data subjektif dan dan objektif. Informasi tersebut mencakup temuan tekanan darah tinggi dan didapatkan tekanan darah klien 169/100 mmHg. Klien mengeluh sakit pada kepala dan pada kaki serta tangan kanan yang menyebabkan klien merasa sering terganggu dalam istirahat tidur, tekanan darah selalu tinggi serta kurangnya pemahaman klien terhadap etiologi penyakitnya dan tindakan penanganannya.

Pengkajian Tn. M dilakukan tanggal 30 Desember 2024 diperoleh data subjektif dan dan objektif. Informasi tersebut mencakup temuan tekanan darah tinggi dan didapatkan tekanan darah klien 160/95 mmHg. Klien mengeluh sakit pada kepala, tekanan darah selalu tinggi, sering merasa tidak cukup pada pola istirahat tidur, klien mengalami

penurunan fungsi otot pada ekstermitas kiri yang menyebabkan tidak dapat digerakkan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa pada Tn. A penulis menteapkan masalah yang muncul yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan pola tidur, dan defisit pengetahuan dari data yang didapatkan 80% telah memenuhi tanda dan gejala mayor pada diagnosa keperawatan.

Diagnosa pada Tn. M penulis menteapkan masalah yang muncul yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan pola tidur, dan gangguan mobilitas fisik dari data yang didapatkan 80% telah memenuhi tanda dan gejala mayor pada diagnosa keperawatan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan ditetapkan berdasarkan intervensi dari ketiga diagnosa yang diambil. Fokus intervensi yang diberikan kepada Tn. A dan Tn. M adalah teknik senam hipertensi untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Klien juga diberikan pendidikan kesehatan terkait pentingnya istirahat saat sakit. Klien Tn. A diberikan pendidikan kesehatan terkait penyakitnya. Klien Tn. M diberikan fasilitas untuk mobilisasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan strategi yang telah dipersiapkan sebelumnya, dan tidak terdapat kendala yang signifikan dalam pelaksanaannya. Hal ini tercermin dari partisipasi

aktif klien dalam mematuhi petunjuk perawat, serta upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pengelolaan kesehatan mereka.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada diagnosa pertama teratasi, begitu pula dengan diagnosa kedua dan ketiga. Penulis menyarankan klien untuk mengidentifikasi penurunan tekanan darah dengan melakukan teknik senam hipertensi secara mandiri.

B. SARAN

1. Bagi Penulis

Penulis diharapkan dapat melakukan pemberian asuhan keperawatan dan pelayanan yang lebih lebih baik lagi dan terus melakukan upgrading diri dalam ilmu kesehatan khususnya keperawatan gerontik terkait hipertensi.

2. Bagi Lembaga Pendidikan

Institusi diharapkan dapat mengembangkan ilmu keperawatan untuk membentuk perawat yang berkompetensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif khususnya asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi.

3. Bagi Profesi Perawat

Profesi perawat diharapkan dapat mempertahankan asuhan keperawatan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan dan selalu melakukan modifikasi dalam implementasi berdasarkan kasus yang

ditangani khususnya asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi agar masalah keperawatan dapat teratasi.

4. Bagi Lahan Praktik

Lahan praktik diharapkan dapat menjadikan karya tulis ilmiah ini sebagai pembelajaran dan acuan dalam menerapkan asuhan keperawatan kepada lansia dengan hipertensi untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan yang ada.

5. Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan terkait kesehatan khususnya kepada lansia dengan hipertensi agar dapat melakukan perawatan mandiri yang sesuai dan mencegah komplikasi terjadi.



DAFTAR PUSTAKA

- Alfianti, K. Z., Tiara R, N. C., & Prayoga, D. H. (2024). Implementasi Senam Hipertensi dan Rendam Air Hangat Pada Lansia di Desa Kemuteran. *Jurnal Abdimas Jatibara*, 3(1), 101. <https://doi.org/10.29241/jaj.v3i1.1995>.
- Arindari, D. R., & Alhafis, H. R. (2019). Pengaruh Senam Hipertensi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi. *Jurnal Kesehatan: Jurnal Ilmiah Multi Sciences*, IX(2), 80–87.
- Dyah Fatmawaty Abdul, & Nurhayati. (2023). Penerapan Senam Hipertensi Pada Lansia Untuk Menurunkan Tekanan Darah di Wilayah Kerja Puskesmas Maccini Sawah Kota Makassar Tahun 2022. *Jurnal Mitrasedhat*, 12(2), 167–175. <https://doi.org/10.51171/jms.v12i2.343>
- Iqbal, M. F., & Handayani, S. (2022). Terapi Non Farmakologi pada Hipertensi. *Jurnal Untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS)*, 6(1), 41–51. <https://doi.org/10.52643/jukmas.v6i1.2113>
- Marbun, W. S., & Hutapea, L. M. N. (2022). Penyuluhan Kesehatan pada Penderita Hipertensi Dewasa terhadap Tingkat Pengetahuan Hipertensi. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(1), 89–99. <https://doi.org/10.31539/jks.v6i1.4170>.
- Martani, R. W., Kurniasari, G., & Angkasa, M. P. (2022). Pengaruh Senam Hipertensi Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia : Studi Literature. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 13(1), 83–87. <https://doi.org/10.26751/jikk.v13i1.1266>
- Mawarti, H. et al. (2021). *Dasar – Dasar Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam dengan Pendekatan Klinis*. Sumatera Utara: Yayasan Kita Menulis.
- Mayuri, et al. (2018). Strategi Tidur Sehat sebagai Upaya Pencegahan Terhadap Hipertensi Dini. *Politeknik META Industri*. 1 (2).
- Musakkar, Djafar, T. (2021). *Promosi Kesehatan: Penyebab Terjadinya Hipertensi*. Banyumas: CV. Pena Persada.
- Pangaribuan, S. M., Siregar, H. K., Yemina, L., Yenny, Y., & Widiastuti, S. H. (2023). Implementasi Senam Hipertensi Dan Pendidikan Kesehatan Pada Penderita Hipertensi Di Kelurahan Rawasari. *Jurnal Masyarakat Madani Indonesia*, 2(3), 262–268. <https://doi.org/10.59025/js.v2i3.109PPNI>. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Priliana, W. (2024). Implementasi Senam Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Lansia. *Bhakti Sabha Nusantara*, 3(1), 44–49. <https://doi.org/10.58439/bsn.v3i1.248>
- Purwono, J., Sari, R., Ratnasari, A., & Budianto, A. (2020). Pola Konsumsi Garam Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 5(1), 531. <https://doi.org/10.52822/jwk.v5i1.120>
- Siregar, F. R. (2020). Pentingnya Pengetahuan dalam Pencegahan Penyakit akibat Kerja pada Perawat di Rumah Sakit. *Open Science Framework.a*
- Suhartini. (2019). Pemenuhan Istirahat – Tidur Pasien melalui Tehnik Relaksasi Progresif di Rumah Sakit Umum Daerah Bima. *Bima Nursing Journal*. 1 (1).
- Sumarni, N., Rosidin, U., Sumarna, U. (2019). Hubungan Demensia dan Kualitas Hidup pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Guntur. *Jurnal Keperawatan BSI*. 7 (1).
- Tika, T. T. (2021). Pengaruh Pemberian Daun Salam (*Syzygium polyanthum*) pada Penyakit Hipertensi: Sebuah Studi Literatur. *Jurnal Medika Utama*. 3 (1)
- Triana, D., Hardiansyah. (2021). Promosi Kesehatan Mengenai Hipertensi dan Pemeriksaan Laboratorium di Kelurahan Sumur Dewa Kota Bengkulu. *Jurnal Ilmiah Pengembangan Dan Penerapan IPTEKS*. 19 (1): 41-48.
- Wahyudi, C. T., Zakiya, R., Adyani, S. A. M., & Tobing, D. L. (2022). Implementasi Senam Hipertensi pada Kelompok Dewasa Penderita Hipertensi. *Jurnal Abdidas*, 3(5), 853–859. <https://doi.org/10.31004/abdidas.v3i5.676>
- WHO. World Health Statistic Report 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
- Musakkar, Djafar, T. (2021). Promosi Kesehatan: Penyebab Terjadinya Hipertensi. Banyumas: CV. Pena Persada.
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

- Priliana, W. (2024). Implementasi Senam Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Lansia. *Bhakti Sabha Nusantara*, 3(1), 44–49. <https://doi.org/10.58439/bsn.v3i1.248>
- Suhartini. (2019). Pemenuhan Istirahat – Tidur Pasien melalui Tehnik Relaksasi Progresif di Rumah Sakit Umum Daerah Bima. *Bima Nursing Journal*. 1 (1).
- Sumarni, N., Rosidin, U., Sumarna, U. (2019). Hubungan Demensia dan Kualitas Hidup pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Guntur. *Jurnal Keperawatan BSI*. 7 (1).
- Wahyudi, C. T., Zakiya, R., Adyani, S. A. M., & Tobing, D. L. (2022). Implementasi Senam Hipertensi pada Kelompok Dewasa Penderita Hipertensi. *Jurnal Abdidas*, 3(5), 853–859. <https://doi.org/10.31004/abdidas.v3i5.676>.

