

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI PADA
NY.E DENGAN *KATZ INDEX* A DAN INTERVENSI TEKNIK
RENDAM JAHE MERAH HANGAT DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS DTP TAROGONG KABUPATEN GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners
Pada Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Karsa Husada Garut

NAMA : ALIA NURFAJRI RAHMAN, S.Kep

NIM : KHGD24063



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI
PADA NY.E DENGAN *KATZ INDEX A* DAN
INTERVENSI TEKNIK RENDAM JAHE MERAH
HANGAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DTP
TAROGONG KABUPATEN GARUT

NAMA : ALIA NURFAJRI RAHMAN

NIM : KHGD24063

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk menempuh Ujian Akhir pada Program Studi Profesi Ners
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, September 2025
Menyetujui,
Pembimbing Utama



(Wahyudin, S.Kp., M.Kes)

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI
PADA NY.E DENGAN KATZ INDEX A DAN
INTERVENSI TEKNIK RENDAM JAHE MERAH
HANGAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DTP
TAROGONG KABUPATEN GARUT
NAMA : ALIA NURFAJRI RAHMAN
NIM : KHGD24063

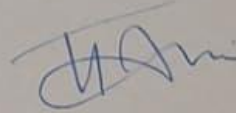
Garut, September 2025
Menyetujui,

Penguji 1



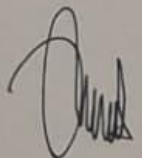
(Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep)

Penguji 2



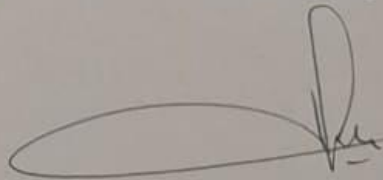
(Tantri Puspita, S.Kep.,Ners.,MNS)

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners



(Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep)

Mengesahkan,
Pembimbing



(Wahyudin, S.Kp.,M.Kes)

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI PADA NY.E DENGAN *KATZ INDEX A* DAN INTERVENSI TEKNIK RENDAM JAHE MERAH HANGAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS DTP TAROGONG KABUPATEN GARUT

(Alia Nurfajri Rahman¹, Wahyudin²)

¹Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

²Dosen STIKes Karsa Husada Garut

Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, September 2025

ABSTRAK

Latar Belakang: Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang banyak dialami lansia akibat perubahan fisiologis berupa penurunan elastisitas pembuluh darah dan peningkatan resistensi perifer yang berdampak pada kualitas hidup. Data WHO (2023) menyebutkan 1 dari 3 orang dewasa usia >60 tahun mengalami hipertensi, sedangkan di Indonesia prevalensi hipertensi pada lansia mencapai 63% (Riskesdas, 2018). Hipertensi yang tidak terkontrol berisiko menimbulkan komplikasi serius seperti stroke, gagal ginjal, dan penyakit jantung. Terapi farmakologis sering menimbulkan efek samping sehingga dibutuhkan alternatif non-farmakologis yang aman, salah satunya rendam kaki air jahe merah hangat yang memiliki kandungan gingerol, shogaol, dan zingeron dengan efek vasodilator dan relaksasi otot polos. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan menganalisis asuhan keperawatan pada Ny.E dengan hipertensi menggunakan Katz Index A serta mengevaluasi efektivitas intervensi rendam kaki jahe merah hangat di wilayah kerja Puskesmas DTP Tarogong Kabupaten Garut. **Metode:** Penelitian menggunakan desain studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Intervensi dilakukan dengan merendam kaki menggunakan air rebusan jahe merah hangat selama 15–20 menit secara rutin. **Hasil:** Hasil menunjukkan adanya penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik, berkurangnya keluhan nyeri kepala, rasa pegal, serta peningkatan relaksasi. Pasien juga tetap mandiri dalam aktivitas sehari-hari sesuai penilaian Katz Index A. **Kesimpulan:** Terapi rendam kaki jahe merah hangat efektif sebagai intervensi non-farmakologis yang sederhana, murah, aman, dan sesuai prinsip keperawatan holistik untuk membantu menurunkan tekanan darah pada lansia penderita hipertensi.

Kata Kunci: Hipertensi, Lansia, Asuhan Keperawatan, Katz Index, Rendam Jahe Merah Hangat

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR HYPERTENSION IN MRS. E WITH KATZ INDEX A AND INTERVENTION OF WARM RED GINGER FOOT SOAK TECHNIQUE AT DTP TAROGONG COMMUNITY HEALTH CENTER, GARUT REGENCY

(Alia Nurfajri Rahman¹, Wahyudin²)

¹Student, STIKes Karsa Husada Garut

²Lecturer, STIKes Karsa Husada Garut

**Nursing Professional Education Program
Karsa Husada Institute of Health Sciences Garut
Garut, September 2025**

ABSTRACT

Background: Hypertension is a chronic disease commonly experienced by the elderly due to physiological changes such as decreased vascular elasticity and increased peripheral resistance, which negatively impact quality of life. WHO data (2023) indicate that 1 in 3 adults over the age of 60 suffers from hypertension, while in Indonesia the prevalence among the elderly reaches 63% (Risksedas, 2018). Uncontrolled hypertension may lead to severe complications such as stroke, kidney failure, and heart disease. Pharmacological therapy often causes side effects, thus safe non-pharmacological alternatives are needed, one of which is a warm red ginger foot soak containing active compounds such as gingerol, shogaol, and zingerone with vasodilatory and smooth muscle relaxation effects. **Objective:** This study aimed to analyze nursing care for Mrs. E with hypertension using Katz Index A and to evaluate the effectiveness of a warm red ginger foot soak intervention at DTP Tarogong Community Health Center, Garut Regency. **Method:** This study employed a case study design with a nursing process approach including assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. The intervention involved soaking the feet in warm boiled red ginger water for 15–20 minutes on a routine basis. **Results:** The findings showed a gradual decrease in systolic and diastolic blood pressure, reduced complaints of headache, muscle tension, and fatigue, as well as improved relaxation. The patient also remained independent in daily activities according to Katz Index A. **Conclusion:** Warm red ginger foot soak is an effective, simple, inexpensive, safe, and holistic non-pharmacological intervention to help lower blood pressure in elderly patients with hypertension.

Keywords: Hypertension, Elderly, Nursing Care, Katz Index, Warm Red Ginger Foot Soak

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim, dengan memanjatkan puji serta syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya. Shalawat serta salam semoga selalu tecurahkan kepada baginda kita yakni Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabatnya serta sampai kepada kita selaku umatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Hipertensi Pada Ny.E Dengan *Katz Index A* Dan Intervensi Teknik Rendam Jahe Merah Hangat Di Wilayah Kerja Puskesmas DTP Tarogong Kabupaten Garut”.

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Proram Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini penulis telah mendapat bantuan dan dukungan dari beberapa pihak yang terlibat, maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak DR. H. Hadiat., MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE., M.Si selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kp.,Ns.,M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut dan selaku penguji 1 yang telah memberikan banyak masukan terkait penyusunan KIA-N ini.
5. Ibu Tantri Puspita, S.Kep.,Ns.,MNS selaku penguji 2 yang telah memberikan banyak masukan terkait penyusunan KIA-N ini.
6. Bapak Wahyudin, S.Kp.,M.Kes, selaku pembimbing yang telah memberikan arahan dan bimbingannya dalam penyusunan KIA-N ini.
7. Staf dan Dosen Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan arahan dalam menyelesaikan KIA-N ini.
8. Kepada kedua orang tua saya Umi Taty Rohayati, S.Pd.I dan Abah Arif Rahman Hakimulloh. Terima kasih karena telah memberikan kasih sayang, do'a dan dukungan baik moril maupun materil yang tiada habisnya. Terima kasih selalu mengusahakan memberikan apapun yang terbaik untuk penulis hingga saat ini, berkat umi dan abah penulis bisa ada di titik ini. Sehat selalu dan hiduplah lebih lama lagi agar bisa selalu menemani penulis di setiap perjalanan dan pencapaian hidup penulis.
9. Kepada Adik-adik saya terutama adik perempuan saya Kayla Fauzia Rahman dan Salma Salmia Ma'ayisya Azhar yang penulis anggap sebagai adik penulis sendiri, terima kasih telah memberikan support dan motivasi kepada penulis hingga saat ini.

10. Kepada sahabat-sahabat saya Diana Noviyanti, S.Kep, Ai Resti, S.Kep, Puput Sri Rahayu, S.Kep, dan Hairani Rahayu, S.Kep yang telah memberikan saya dukungan dan memberikan motivasi dalam penyusunan KIA-N ini, senang bisa bersama kalian, *see you on top guys!*
11. Kepada Rifky Putra Sukandi, A.Md.Pi. Terima kasih karena telah berkontribusi banyak dalam penyusunan KIA-N ini, meluangkan baik tenaga, waktu, pikiran, materi, serta selalu bersedia menjadi tempat berbagi keluh dan kesah penulis. Terima kasih telah menjadi bagian awal dari perjalanan kuliah penulis hingga saat ini.
12. Teman teman seperjuangan mahasiswa dan mahasiswi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut Angkatan XIV yang telah membersamai perjalanan penulis selama menjalani Profesi Ners hingga saat ini.
13. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu dalam penyusunan KIA-N ini.
14. Terakhir terima kasih untuk diri sendiri karena telah berhasil bertahan dan mampu melawan pahit dan manisnya perjalanan selama menempuh pendidikan 5 tahun lamanya meskipun kadang terselip kata malas tapi, terima kasih masih tetap mau untuk belajar dengan sungguh-sungguh. *You've done a good job, thank you for being kind to yourself!*

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan KIA-N ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mangharapkan segala masukan baik berupa saran maupun kritik demi perbaikan penelitian selanjutnya. Akhir kata, penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat berguna dan bermanfaat baik bagi penulis maupun pembaca.

Garut, September 2025

Penulis,

Alia Nurfajri Rahman

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan	4
1.2.1 Tujuan Umum.....	4
1.2.2 Tujuan Khusus	4
1.3 Manfaat Penulisan	5
1.4 Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Lansia	8
2.1.1 Pengertian Lansia.....	8
2.1.2 Batasan Usia Lansia.....	9
2.1.3 Ciri-Ciri Lansia.....	10
2.1.4 Karakteristik Lansia.....	11
2.1.5 Perubahan yang Terjadi Pada Lansia.....	12

2.2	Konsep Dasar Hipertensi	16
2.2.1	Pengertian Hipertensi.....	16
2.2.2	Klasifikasi Hipertensi	18
2.2.3	Etiologi Hipertensi.....	18
2.2.4	Manifestasi Klinis Hipertensi	21
2.2.5	Patofisiologi Hipertensi	22
2.2.6	Komplikasi Hipertensi	23
2.2.7	Pemeriksaan Penunjang.....	24
2.2.8	Penatalaksanaan Hipertensi	25
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan pada Lansia.....	32
2.3.1	Pengkajian.....	32
2.3.2	Analisa Data.....	50
2.3.3	Diagnosis Keperawatan	61
2.3.4	Perencanaan Keperawatan	63
2.3.5	Implementasi Keperawatan	90
2.3.6	Evaluasi Keperawatan	90
2.4	Konsep Rendam Jahe Merah	92
2.4.1	Definisi Jahe	92
2.4.2	Manfaat Jahe	92
2.4.3	Definisi Rendam Kaki Air Jahe Hangat	93
2.4.4	Manfaat Terapi Rendam Kaki Air Jahe Hangat	94
2.4.5	Pengaruh Rendam Kaki Air Jahe Untuk Menurunkan Tekanan Darah	94
2.4.6	Mekanisme Rendam Kaki Air Jahe Hangat.....	94
2.4.7	<i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	96

2.4.8	Standar Operasional Prosedur (SOP) Rendam Air Jahe Merah Hangat	107
-------	---	-----

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	109
3.1 Pengkajian.....	109
3.2 Analisa Data.....	139
3.3 Diagnosis Keperawatan	144
3.4 Intervensi Keperawatan	146
3.5 Implementasi Keperawatan	154
3.6 Catatan Perkembangan	166
3.7 Pembahasan	171
3.7.1. Pengkajian.....	171
3.7.2. Diagnosis Keperawatan	172
3.7.3. Intervensi Keperawatan	174
3.7.4. Implementasi Keperawatan	175
3.7.5. Evaluasi Keperawatan	177
3.7.6. Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i>	179
BAB IV PENUTUP	183
4.1 Kesimpulan.....	183
4.2 Saran	185
DAFTAR PUSTAKA.....	187

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi	18
Tabel 2.2 Pengkajian <i>Katz Indeks</i>	40
Tabel 2.3 Pengkajian SPMSQ.....	41
Tabel 2.4 Pengkajian MMSE	43
Tabel 2.5 Pengkajian Inventaris Depresi	45
Tabel 2.6 Pengkajian TUG Test.....	50
Tabel 2.7 Analisa Data.....	51
Tabel 2.8 Perencanaan Keperawatan	63
Tabel 2.9 <i>Evidence Based Practice</i>	96
Tabel 3.1 Nutrisi Metabolik.....	114
Tabel 3.4 Pola Istirahat Tidur	119
Tabel 3.5 Apgar Keluarga.....	125
Tabel 3.6 Pengkajian Fungsi Kognitif	127
Tabel 3.7 Format Pengkajian MMSE	129
Tabel 3.8 Indeks Kemandirian <i>Katz</i>	132
Tabel 3.9 <i>Screening Faal Fungtional Reach (FR) Test</i>	135
Tabel 3.11 Skala Depresi	137
Tabel 3.12 Analisa Data.....	139
Tabel 3.13 Intervensi Keperawatan	146
Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan.....	154
Tabel 3.15 Catatan Perkembangan.....	166

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan (SAP).....	191
Lampiran 2 Lembar Bimbingan.....	201
Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup	204

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan masalah kesehatan global yang terus meningkat prevalensinya dari tahun ke tahun. PTM berkontribusi besar terhadap angka morbiditas dan mortalitas di berbagai negara, termasuk Indonesia. Salah satu PTM dengan prevalensi tertinggi adalah hipertensi. Hipertensi dikenal sebagai *silent killer* karena sering tidak bergejala, namun dapat menimbulkan komplikasi serius seperti stroke, gagal jantung, penyakit ginjal kronis, maupun penyakit jantung koroner. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 melaporkan prevalensi hipertensi pada penduduk usia ≥ 18 tahun mencapai 30,8%, meningkat dibandingkan tahun sebelumnya. Data ini menunjukkan bahwa hipertensi masih menjadi tantangan besar dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat PTM di Indonesia (Fitriatussa'adah et al., 2024).

Secara patofisiologi, hipertensi terjadi akibat peningkatan tahanan vaskuler perifer yang dipengaruhi oleh perubahan struktur dan fungsi pembuluh darah. Aktivasi sistem saraf simpatis dan sistem renin-angiotensin-aldosteron turut berperan dalam peningkatan tekanan darah secara kronis. Kondisi ini menyebabkan vasokonstriksi yang berdampak pada menurunnya aliran darah ke jaringan, sehingga kebutuhan oksigen

dan nutrisi tidak terpenuhi dengan baik. Dalam konteks asuhan keperawatan, kondisi tersebut dapat memunculkan diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif yang ditandai dengan nadi perifer lemah, kulit dingin, perubahan warna ekstremitas, dan pengisian kapiler yang melambat (Haryanti et al., 2024).

Intervensi keperawatan untuk mengatasi hipertensi mencakup pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis. Namun, penggunaan obat antihipertensi jangka panjang seringkali menimbulkan efek samping dan beban biaya. Oleh karena itu, terapi nonfarmakologis atau komplementer perlu mendapat perhatian sebagai upaya penanganan yang lebih komprehensif. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang terbukti efektif adalah terapi rendam kaki dengan air jahe merah hangat. Intervensi ini relatif sederhana, aman, murah, dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien di rumah maupun di fasilitas kesehatan (Fahran et al., 2023).

Jahe merah (*Zingiber officinale* var. *rubrum*) mengandung senyawa aktif seperti gingerol, shogaol, dan zingeron yang memiliki efek vasodilatasi, antiinflamasi, serta meningkatkan sirkulasi darah perifer. Selain itu, sensasi hangat dari air rebusan jahe merangsang dilatasi pembuluh darah, memperlancar aliran darah, mengurangi spasme otot, serta menurunkan tahanan vaskuler. Hal ini pada akhirnya berkontribusi terhadap penurunan tekanan darah. Beberapa penelitian terbaru melaporkan bahwa terapi rendam kaki jahe merah hangat efektif

menurunkan tekanan darah sistolik maupun diastolik secara signifikan pada pasien hipertensi (Sani & Fitriyani, 2023; Gallu et al., 2023).

Cara pembuatan rendaman ini cukup mudah, yakni dengan membersihkan jahe merah, kemudian dimemarkan dan direbus dalam air hingga mendidih. Setelah itu, air rebusan didinginkan hingga mencapai suhu sekitar 39–40 °C. Kaki pasien kemudian direndam selama 15–20 menit. Penelitian membuktikan bahwa pemberian terapi ini secara rutin, misalnya selama 5 hari berturut-turut, dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi dengan hasil yang bermakna (Gallu et al., 2023).

Mekanisme fisiologis terapi rendam jahe merah hangat terhadap penurunan tekanan darah melibatkan dua aspek. Pertama, efek vasodilatasi perifer yang ditimbulkan oleh suhu hangat sehingga meningkatkan aliran darah dan menurunkan resistensi pembuluh darah. Kedua, efek farmakologis dari kandungan aktif jahe merah yang berperan dalam menurunkan aktivitas simpatis dan memperbaiki elastisitas pembuluh darah. Kombinasi kedua efek tersebut menjadikan terapi ini relevan untuk diaplikasikan sebagai intervensi keperawatan komplementer pada pasien hipertensi dengan masalah perfusi perifer tidak efektif (Fahran et al., 2023; Sani & Fitriyani, 2023).

Melihat fenomena tersebut, penerapan intervensi rendam kaki jahe merah hangat menjadi penting untuk dikaji di pelayanan kesehatan primer, maka penulis tertarik untuk menganalisa bagaimana “Asuhan Keperawatan Hipertensi Pada Ny.E Dengan *Katz Index* A Dan Intervensi

Teknik Rendam Jahe Merah Hangat Di Wilayah Kerja Puskesmas DTP Tarogong Kabupaten Garut” sebagai salah satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang banyak menangani kasus hipertensi menjadi lokasi yang tepat untuk pelaksanaan penelitian ini. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan *evidence based practice* serta memperkaya alternatif intervensi nonfarmakologis yang dapat diaplikasikan secara luas untuk meningkatkan kualitas hidup pasien hipertensi.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis asuhan keperawatan hipertensi pada Ny.E dengan teknik rendam jahe merah di wilayah kerja Puskesmas DTP Tarogong Kabupaten Garut.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian pada Ny. E dengan hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan yang tepat pada Ny.E dengan hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada Ny.E dengan hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny.E dengan hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.

5. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada Ny.E dengan hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.
6. Melakukan analisis dan mengaplikasikan hasil EBP (*Evidence-Based Practice*) ke dalam asuhan keperawatan pada Ny.E dengan hipertensi dan intervensi terapi rendam jahe merah hangat
7. Melakukan dokumentasikan hasil keperawatan pada Ny.E dengan hipertensi dan intervensi terapi rendam jahe merah hangat

1.3 Manfaat Penulisan

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil laporan kasus ini dapat dijadikan masukan dan informasi bagi seluruh praktisi kesehatan dalam menentukan asuhan keperawatan dan pengenalan teknik rendam jahe merah terhadap pasien penderita Hipertensi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sebagai pustaka atau contoh dalam menangani pada penderita Hipertensi dengan menggunakan teknik rendam jahe merah yang dilakukan.

3. Bagi Masyarakat

Hasil studi kasus yang terdapat pada Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah pengetahuan serta menjadi salah satu tindakan terapi sederhana yang dapat dilakukan masyarakat umum guna menurunkan tekanan darah pada penderita Hipertensi

4. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan, wawasan, dan menerapkan teknik rendam jahe merah pada pasien penderita Hipertensi.

1.4 Sistematika Penulisan

Untuk mempermudah melihat dan mengetahui pembahasan yang ada pada Karya Ilmiah Akhir Ners ini secara menyeluruh, maka perlu dikemukakan sistematika yang merupakan kerangka dan pedoman penulisan skripsi. Adapun sistematika penulisannya adalah sebagai berikut:

1. Bagian Awal

Bagian awal memuat halaman sampul depan, halaman judul, halaman persetujuan dosen pembimbing, kata pengantar, daftar isi.

2. Bagian utama terbagi atas bab dan sub bab yaitu sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat, sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSATAKA

Bab tinjauan pustaka ini meliputi konsep dasar lansia, konsep dasar penyakit hipertensi, konsep dasar asuhan keperawatan dan konsep EBP (Rendam Jahe Merah).

BAB III HASIL ASUHAN DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis mengemukakan tentang tinjauan kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, diagnosis

keperawatan, intervensi, pengkajian khusus lansia, implementasi dan catatan perkembangan. Pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dan kasus, dan yang terakhir pembahasan mengenai EBP yaitu penerapan teknik rendam jahe merah untuk menurunkan hipertensi.

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

Dalam bab ini membahas tentang kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Lansia merupakan salah satu fase hidup yang dimana akan dialami oleh setiap manusia, meskipun umur bertambah dengan diiringi proses penurunan fungsi organ tubuh tetapi lanjut usia akan tetap dapat menjalani hidup sehat. Salah satu yang menjadi hal penting yaitu merubah kebiasaan menurut (Lembaga Kemanusiaan Nasional, 2017). Menurut organisasi kesehatan dunia, *World Health Organization* (WHO), seorang disebut lansia jika berumur 60-70 tahun. Berdasarkan pengertian lanjut usia secara umum, seseorang dapat dikatakan lanjut usia apabila usianya telah mencapai 65 tahun keatas (Zulfiana, 2019).

Lansia merupakan suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya bisa dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang akan melewati tiga tahap dalam kehidupannya yaitu masa anak, dewasa dan juga tua (Mawaddah, 2020).

Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun ke atas baik pria ataupun wanita yang masih aktif dalam beraktivitas dan bekerja ataupun mereka yang telah tidak berdaya untuk mencari nafkah sendiri

sehingga bergantung kepada orang lain untuk menghidupi dirinya (Zulfiana, 2019). Lanjut usia didefinisikan sebagai orang telah tua yang menunjukkan ciri fisik seperti kerutan

kulit, hilangnya gigi, dan rambut beruban. Dalam hidup bermasyarakat tidak bisa lagi dapat melaksanakan fungsi peran sebagai orang dewasa, seperti halnya pria yang tidak lagi terikat dalam kegiatan ekonomi produktif, dan untuk wanita tidak dapat memenuhi tugas yang terkait dalam rumah tangga.

Dari beberapa pengertian yang telah diuraikan dapat disimpulkan bahwa lansia adalah fase alamiah kehidupan manusia saat fungsi tubuh menurun seiring usia, umumnya mulai usia 60 tahun ke atas, ditandai perubahan fisik dan peran sosial, lansia tetap dapat hidup sehat dengan kebiasaan yang baik.

2.1.2 Batasan Usia Lansia

Menurut pendapat berbagai ahli dalam Efendi dalam Sunaryo (2016), batas-batasan umur yang mencakup batas umur lansia sebagai berikut:

- 1) Menurut undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas”.
- 2) Menurut *World Health Organization* (WHO), usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut:
 - a. Usia pertengahan (*middle age*) ialah 45-59 tahun.

- b. Lanjut usia (*elderly*) ialah 60-74 tahun.
 - c. Lanjut usia tua (*old*) ialah 75-90 tahun.
 - d. Usia sangat tua (*very old*) ialah di atas 90 tahun.
- 3) Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) terdapat empat fase, yaitu:
- a. Pertama (fase inventus) ialah 25-40 tahun.
 - b. Kedua (Fase virilities) ialah 40-55 tahun
 - c. Ketiga (fase presenium) ialah 55-65 tahun.
 - d. Keempat (fase senium) ialah 65 sampai tutup usia.
- 4) Menurut Setyonegoro dalam muhith dan sitoyo (2016) masa lanjut usia (*geriatric age*) > 65 tahun, atau 70 tahun. Masa lanjut usia (*getiatric age*) itu sendiri dibagi menjadi tiga batasan umur, yaitu *young old* (70-75 tahun), *old* (75- 80 tahun), dan *very old* (> 80 tahun). (Zulfiana, 2019).

Batasan lansia yang ada di Indonesia adalah 60 tahun keatas. Pernyataan tersebut dipertegas dalam Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usian pada Bab 1 pasal 1 ayat 2 adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. (Zulfiana, 2019).

2.1.3 Ciri-Ciri Lansia

Menurut Oktora & Purnawan (2018) adapun ciri dari lansia diantaranya:

- a. Lansia merupakan periode kemunduran Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis sehingga motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.
- b. Penyesuaian yang buruk pada lansia perilaku yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh: lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

2.1.4 Karakteristik Lansia

Karakteristik lansia menurut (Kemenkes.RI, 2017) yaitu:

- 1) Seseorang dikatakan lansia ketika telah mencapai usia 60 tahun keatas.

- 2) Status pernikahan Berdasarkan Badan Pusat Statistik RI SUPAS 2015, penduduk lansia ditilik dari status perkawinannya sebagian besar berstatus kawin (60 %) dan cerai mati (37 %). Adapun perinciannya yaitu lansia perempuan yang berstatus cerai mati sekitar 56,04 % dari keseluruhan yang cerai mati, dan lansia laki-laki yang 13 berstatus kawin ada 82,84 %. Hal ini disebabkan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki, sehingga presentase lansia perempuan yang berstatus cerai mati lebih banyak dan lansia laki-laki yang bercerai umumnya kawin lagi.
- 3) Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, kebutuhan biopsikososial dan spiritual, kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
- 4) Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.1.5 Perubahan yang Terjadi Pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lanjut usia Menurut Suiroaka, (2015), penyakit degeneratif adalah istilah medis untuk menjelaskan suatu penyakit yang muncul akibat proses kemunduran fungsi sel dalam tubuh yaitu dari keadaan normal menjadi lebih buruk. Ada beberapa perubahan yang akan terjadi pada lansia diantaranya adalah perubahan fisik, intelektual, dan keagamaan:

- 1) Perubahan fisik

- a. Sel saat seseorang memasuki usia lanjut keadaan sel dalam tubuh akan berubah, seperti jumlahnya yang menurun, ukuran lebih besar sehingga mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan proposi protein di otak, otot, ginjal, darah.
- b. Sistem persyarafan, keadaan system persyarafan pada lansia akan mengalami perubahan, seperti mengecilnya syaraf panca indra. Pada indra pendengaran seperti hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga, pada indra penglihatan akan terjadi seperti kekeruhan kornea, hilangnya daya akomodasi dan menurunnya lapang pandang. Pada indra peraba akan terjadi seperti respon terhadap nyeri menurun dan kelenjer keringat berkurang. Pada indra pembau akan terjadinya seperti menurunnya kekuatan otot pernapasan, sehingga kemampuan membau juga berkurang.
- c. Sistem gastrointestinal, pada lansia akan terjadi menurunnya selera makan, seringnya terjadi konstipasi, menurunnya produksi air liur (saliva) dan era peristaltic usus juga menurun.
- d. Sistem genitourinaria, pada lansia ginjal akan mengalami pengecilan sehingga aliran darah ke ginjal menurun.
- e. Sistem musculoskeletal, kehilangan cairan pada tulang dan makin rapuh, keadaan tubuh akan lebih pendek, persendian kaku dan tendon mengerut.

- f. Sistem kardiovaskuler, pada lansia jantung akan mengalami pompa darah yang menurun, ukuran jantung secara keseluruhan menurun dengan tidanya penyakit klinis, denyut jantung menurun, katup jantung pada lansia akan lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistolik meningkat pada lansia karena hilangnya distensibility arteri. Tekanan darah diastolic tetap sama atau meningkat.

2) Perubahan Psikologis

Sebagian orang yang akan mengalami hal ini dikarenakan berbagai masalah hidup ataupun yang kali ini dikarenakan umur seperti:

- a. Kesepian, terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.
- b. Gangguan cemas, dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

c. Gangguan tidur juga dikenal sebagai penyebab morbiditas yang signifikan. Ada beberapa dampak serius gangguan tidur pada lansia misalnya mengantuk berlebihan di siang hari, gangguan atensi dan memori, mood depresi, sering terjatuh, penggunaan hipnotik yang tidak semestinya, dan penurunan kualitas hidup. Angka kematian, angka sakit jantung dan kanker lebih tinggi pada seseorang yang lama tidurnya lebih dari 9 jam atau kurang dari 6 jam per hari bila dibandingkan dengan seseorang yang lama tidurnya antara 7-8 jam per hari. Berdasarkan dugaan etiologinya, gangguan tidur dibagi menjadi empat kelompok yaitu, gangguan tidur primer, gangguan tidur akibat gangguan mental lain, gangguan tidur akibat kondisi medik umum, dan gangguan tidur yang diinduksi oleh zat.

3) Perubahan Kognitif

Banyak lansia mengalami perubahan kognitif, tidak hanya lansia biasanya anak-anak muda juga pernah mengalaminya seperti: Memori (Daya ingat).

4) Perubahan Intelektual

Akibat proses penuaan juga akan terjadi kemunduran pada kemampuan otak seperti perubahan intelegensi quotient (IQ) yaitu fungsi otak kanan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami penurunan sehingga lansia

akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi nonverbal, pemecahan masalah, konsentrasi dan kesulitan mengenal wajah seseorang. Perubahan yang lain adalah perubahan ingatan, karena penurunan kemampuan otak maka seorang lansia akan kesulitan untuk menerima rangsangan yang diberikan kepadanya sehingga kemampuan untuk mengingat pada lansia juga menurun (Mujahidullah, 2014).

5) Perubahan Keagamaan

Pada umumnya lansia akan semakin teratur dalam kehidupan keagamaannya, hal tersebut bersangkutan dengan keadaan lansia yang akan meninggalkan kehidupan dunia.

2.2 Konsep Dasar Hipertensi

2.2.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung coroner) dan otak (menyebabkan stroke) bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai. Banyak pasien hipertensi dengan tekanan darah tidak terkontrol dan jumlahnya terus meningkat (Kemenkes RI, 2013).

Hipertensi adalah keadaan seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal sehingga mengakibatkan peningkatan angka morbiditas maupun mortalitas, tekanan darah fase sistolik 140 mmHg menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 mmHg menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2014).

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya (Price, 2015).

Tekanan darah tinggi atau yang juga dikenal dengan sebutan hipertensi ini merupakan suatu meningkatnya tekanan darah di dalam arteri atau tekanan systole > 140 mmHg dan tekanan diastole sedikitnya 90 mmHg. Secara umum, hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, di mana tekanan yang abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya resiko terhadap stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal.

Hipertensi adalah kondisi tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg yang berlangsung terus-menerus tanpa gejala khusus, tetapi meningkatkan risiko serius seperti stroke, gagal jantung, penyakit jantung, kerusakan ginjal, dan pembuluh darah jika tidak diobati dengan baik.

2.2.2 Klasifikasi Hipertensi

Secara klinis hipertensi dapat di klasifikasikan menjadi beberapa kelompok yaitu:

(Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi)

No	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	Optimal	< 120	< 80
2	Normal	120 – 129	80 – 84
3	<i>High</i> Normal	130 – 139	85 – 89
4	Hipertensi		
	Grade 1 (Ringan)	140-159	90-99
	Grade 2 (Sedang)	160-179	100-109
	Grade 3 (Berat)	180- 209	100-119
	Grade 4 (Sangat Berat)	>210	>120

(Menurut Nurarif, 2015)

2.2.3 Etiologi Hipertensi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang memengaruhi terjadinya hipertensi:

- 1) Genetik: respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.

- 2) Obesitas: terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- 3) Stress karena lingkungan.
- 4) Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah (Aspiani, 2016).

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan antara lain:

1) Hipertensi Primer (Esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya, diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh karena itu, penelitian dan pengobatan lebih ditunukan bagi penderita esensial. Hipertensi primer disebabkan oleh faktor berikut ini:

- a. Faktor keturunan Dari data statistic terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.
- b. Ciri perseorangan Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dari perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih).
- c. Kebiasaan hidup Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g), kegemukan atau makan berlebih, stress, merokok,

minum alcohol, minum obat-obatan (efedrin, prednisone, epinefrin).

2) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vascular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat aterosklerosis stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin, dan pembentukan angiotensin II. Angiotensin II secara langsung meningkatkan tekanan darah tekanan darah, dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis andosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau apabila ginjal yang terkena di angkat, tekanan darah akan kembali ke normal.

Penyebab lain dari hipertensi sekunder, antara lain ferokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrin di kelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit cushing, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensitivitas system saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosteron tanpa diketahui

penyebab- nya) dan hipertensi yang berkaitan dengan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder (Aspiani, 2016).

2.2.4 Manifestasi Klinis Hipertensi

Menurut Aspiani (2015) manifestasi klinis yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

1) Tidak ada gejala

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

2) Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Namun secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut:

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh
- d. Berdebar atau detak jantung terasa cepat

- e. Telinga berdenging
- f. Kesemutan pada kaki dan tangan
- g. Mual muntah
- h. Kejang atau koma
- i. Penurunan kesadaran
- j. Sesak nafas
- k. Nyeri dada
- l. Perubahan penglihatan

2.2.5 Patofisiologi Hipertensi

Kontriksi dan relaksasi pembuluh darah dikendalikan oleh pusat vasomotor di medulla otak. Impuls dari saraf simpatis menyebabkan pelepasan norepineprin yang memicu penyempitan pembuluh darah. Faktor emosional seperti stres dan ketakutan dapat meningkatkan respons ini, terutama pada penderita hipertensi yang sensitif terhadap norepineprin. Rangsangan emosi juga memicu kelenjar adrenal melepaskan epineprin dan kortisol, yang memperkuat vasokonstriksi. Penurunan aliran darah ke ginjal merangsang pelepasan renin, membentuk angiotensin II dan aldosteron, yang meningkatkan retensi cairan dan volume darah, sehingga tekanan darah naik (Padila, 2013).

Menurut Brunner & Suddarth (2002), Pada lansia, perubahan struktur dan fungsi pembuluh darah seperti aterosklerosis dan hilangnya elastisitas menyebabkan penurunan kemampuan pembuluh darah dalam

menampung darah. Hal ini meningkatkan tahanan perifer dan tekanan darah.

Jadi kesimpulannya mekanisme konstriksi dan relaksasi pembuluh darah dikendalikan oleh pusat vasomotor melalui sistem saraf simpatis serta dipengaruhi oleh faktor hormonal dan emosional, yang dapat meningkatkan tekanan darah melalui vasokonstriksi dan retensi cairan. Pada lansia, perubahan struktur pembuluh darah seperti aterosklerosis dan berkurangnya elastisitas semakin memperburuk peningkatan tahanan perifer, sehingga risiko terjadinya hipertensi semakin tinggi.

2.2.6 Komplikasi Hipertensi

Menurut Trianto (2014) komplikasi yang terjadi pada penderita hipertensi diantaranya:

- 1) Penyakit jantung, Komplikasi berupa infark miokard, angina pectoris, dan gagal jantung.
- 2) Ginjal, Terjadinya gagal ginjal dikarenakan kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal dan nefron akan terganggu sehingga menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema.

- 3) Otak, Komplikasi berupa stroke dan serangan iskemik. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal sehingga aliran darah ke daerahdaerah yang diperdarahi berkurang.
- 4) Mata, Komplikasi berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan, hingga kebutaan.
- 5) Kerusakan pada pembuluh darah arteri, Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteri atau yang sering disebut dengan aterosklerosis dan arterosklerosis (pengerasan pembuluh darah).

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Aspiani (2016) pemeriksaan yang sering dilakukan pada pasien Hipertensi diantaranya:

- 1) Laboratorium
 - a. Hb/Ht: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viscositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagulabilitas, anemia.
 - b. BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/ fungsi ginjal.
 - c. Glukosa: hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat di akibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
 - d. Urinalisa: darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan adanya DM

2) EKG

- a. Hipertrofi ventrikel kiri
- b. Iskemia atau infark miokard
- c. Peninggian gelombang P
- d. Gangguan konduksi

3) Foto Rontgen

- a. Bentuk dan besar jantung Noothing dari iga pada koarktasi aorta.
- b. Pembendungan, lebar paru
- c. Hipertrofi parenkim ginjal
- d. Hipertrofi vascular ginjal

2.2.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan risiko penyakit kardiovaskular dan mortalitas serta morbiditas yang berkaitan. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan distolik dibawah 90 mmHg dan mengontrol factor risiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat antihipertensi (Aspiani, 2016).

- 1) 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:

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi system renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
- b) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksidanitrat pada dinding vascular.
- c) Diet kaya buah dan sayur
- d) Diet rendah kolestrol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.

b. Penurunan Berat Badan

Mengatasi obesitas pada sebagian orang, dengan cara menurunkan berat badan mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup. Pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan

hipertrofi ventrikel kiri. Jadi, penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah.

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

e. Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alcohol, penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung (Aspiani, 2016).

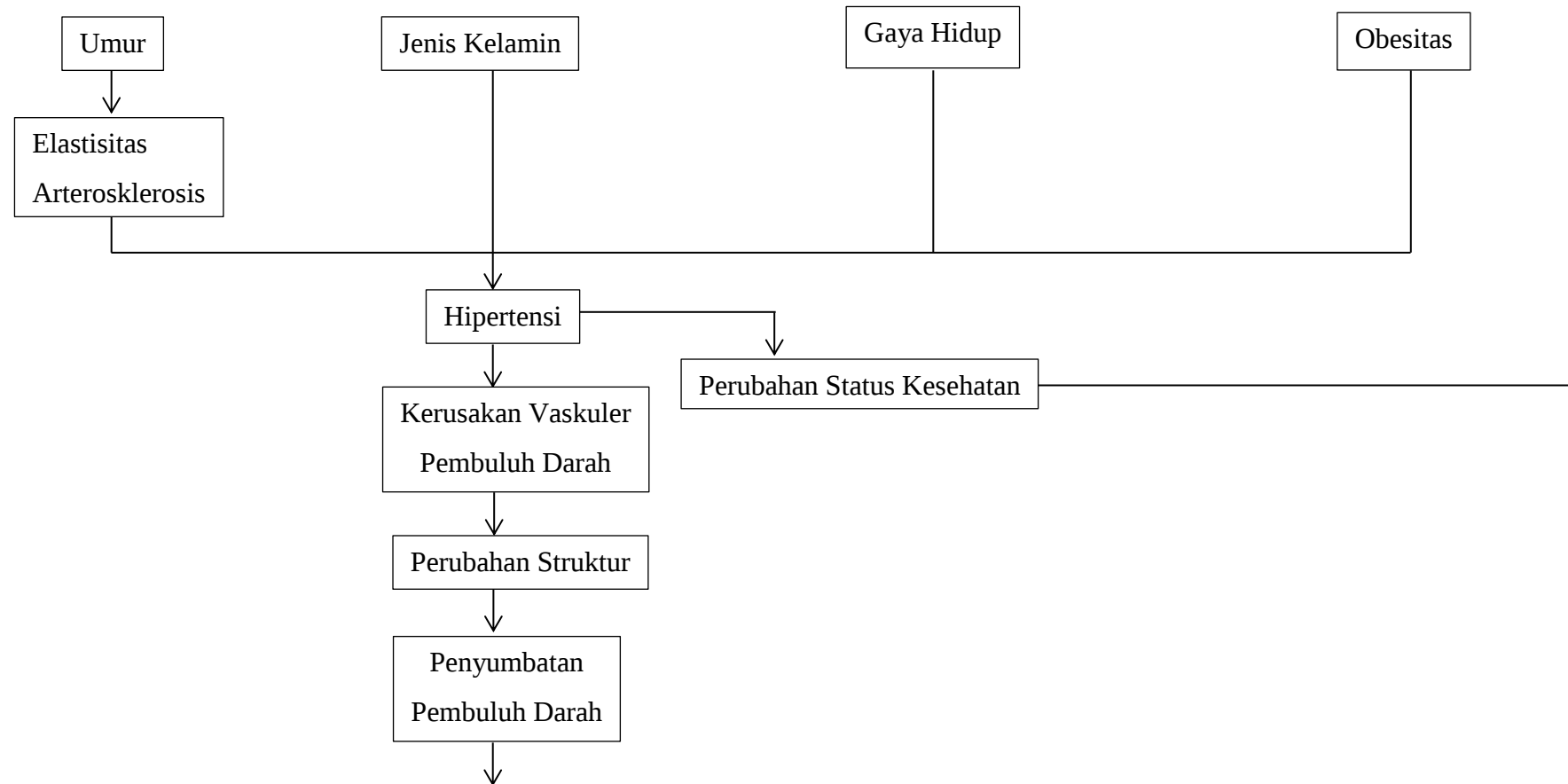
f. Terapi Rendam Kaki Air Hangat

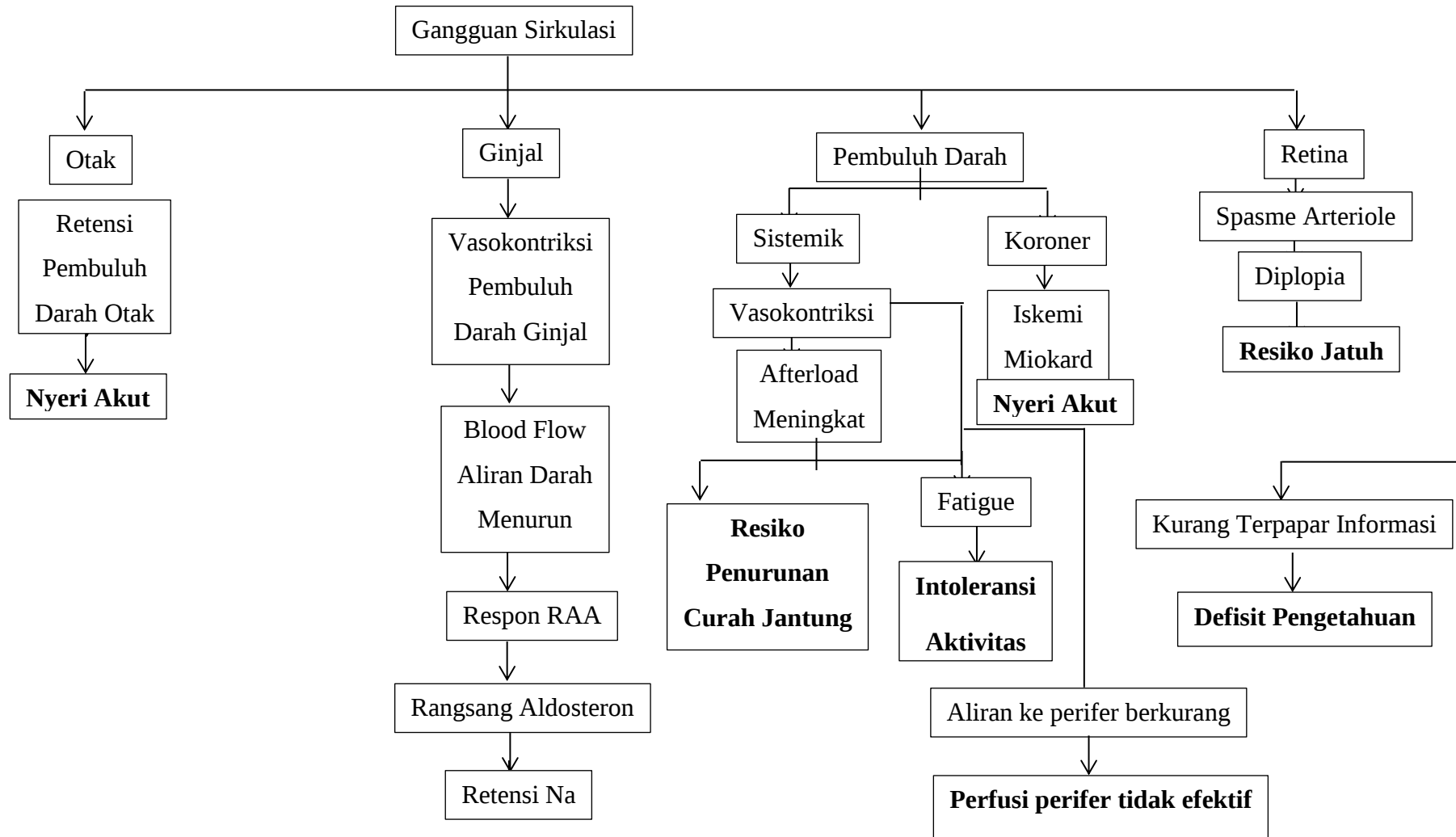
Rendam kaki memakai air hangat bisa memudahkan dalam meningkatkannya sirkulasi yang membantu pelebaran pembuluh darahnya sehingga lebih banyaknya oksigen bisa mencapai jaringan yang mengalami masalah. Merendam kaki dalam air hangat bisa membantu dalam proses vasodilatasi, yang kemudian mampu menurunkan tekanan darah.

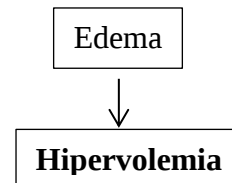
Daripada itu, merendam kaki dalam air panas secara fisiologis dapat mempengaruhi beberapa bagian tubuh manusia. Tekanan hidrostatik air memberikan dorongan pada pergerakan darahnya dari kaki menuju rongga dada, yang akhirnya darah terkumpul pada pembuluh besar jantungnya.

2) Penanganan secara farmakologi

Pemberian obat deuretik, betabloker, antagonis kalsium, golongan penghambat konversi rennin angiotensin (Nurarif & Kusuma, 2015).

Pathway Hipertensi**Bagan 2.1 Pathway Hipertensi**





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

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Lansia

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Wahyuni, 2016).

1) Identitas

Identitas Lansia (nama, alamat, jenis kelamin, umur, status, agama, suku, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, sumber pendapatan, tempat tinggal sekarang, lama tinggal). (Ratnawati, 2017)

2) Riwayat Kesehatan

- a. Status kesehatan saat ini: keluhan terlazim yang dirasakan lansia dengan hipertensi yaitu nyeri kepala bagian belakang, tengkuk terasa pegal, kaku dan sakit. Keluhan yang dirasakan dapat hilang timbul dan timbul saat terjadi peningkatan tekanan darah (Udjianti, 2011). Menurut Mubarak (2008) jika lansia mengatakan nyeri, dapat dikaji dengan pengkajian PQRST sebagai berikut:

- *Provoking* (pemicu) yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri hipertensi yaitu kelelahan/kecapekan.
- *Quality* (kualitas) kualitas nyeri hipertensi berupa nyeri tajam/nyeri tertusuk-tusuk

- *Region* (daerah) daerah nyeri karena hipertensi terdapat pada kepala bagian belakang, leher dan pundak.
 - *Severity* (skala) skala nyeri hipertensi tergantung pada pasien menunjuk skala nyeri.
 - *Time* (waktu) seberapa lama nyeri berlangsung, nyeri hipertensi berupa nyeri hilang timbul dan kadang-kadang menetap.
- b. Masalah kesehatan kronis: lansia diajarkan dan diminta untuk mengisi format pengkajian masalah kesehatan kronis untuk mengetahui riwayat kesehatan kronis pasien. Instrument yang digunakan yaitu pengkajian masalah kesehatan kronis.
- c. Riwayat kesehatan masa lalu: bertanya kepada pasien bagaimana riwayat penyakit hipertensi, apakah pasien memiliki penyakit penyerta seperti jantung, DM, stroke, ginjal dan lain-lain. Bagaimana gaya hidup sehari-hari pasien, pola dan kondisi makan pasien, apakah pasien merokok atau tidak, pekerjaan pasien dan perlu ditanyakan juga riwayat jatuh/kecelakaan, riwayat dirawat di Rumah Sakit, riwayat pemakaian obat pasien dengan hipertensi biasanya mengonsumsi antihipertensi (Aspiani, 2014).
- d. Riwayat Kesehatan Keluarga: bertanya kepada pasien apakah ada didalam keluarga yang mempunyai riwayat penyakit genetik/keturunan seperti hipertensi, jantung, DM, stroke, dan

ginjal. Perlu ditanyakan juga silsilah keluarga pasien dan bagaimana pola dan kondisi makanan yang dikonsumsi oleh keluarga, apakah sudah melakukan diet Hipertensi dengan benar (Aspiani,2014).

3) Status Fisiologis

a. Pola Kesehatan Sehari-hari

a) Nutrisi

Mengkaji jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi lansia, kebiasaan makan, makanan yang tidak disukai dan disukai, pantangan makan dan keluhan saat makan. Makanan yang dapat menyebabkan hipertensi mencakup makanan yang tinggi garam, lemak dan kolesterol. Pola makan perlu diwaspadai, pembatasan asupan natrium (komponen utama garam) sangat dianjurkan karena baik untuk kesehatan penderita hipertensi (Nurhidayat, 2015). Pasien hipertensi dengan keluhan nyeri kepala kadang-kadang merasakan mual/muntah saat makan, penurunan berat badan dan riwayat pemakaian diuretik (Nurhidayat, 2015).

b) Eliminasi

Mengkaji frekuensi, konsistensi, kebiasaan dan keluhan pasien saat buang air besar dan buang air kecil.

c) Istirahat/tidur

Pasien hipertensi sering mengalami kesukaran untuk istirahat karena nyeri kepala.

d) Aktivitas Sehari-hari

Pasien dengan hipertensi mengalami kesukaran untuk beraktivitas karena mudah lelah saat melakukan aktivitas dan nyeri kepala dapat mengganggu aktivitas. Mengkaji kemandirian dan keseimbangan lansia dalam beraktivitas dengan menggunakan instrumen format index katz, indeks barthel dan format keseimbangan lansia.

e) Personal Hygiene

Adanya kesukaran untuk melakukan perawatan diri karena pasien dengan hipertensi lebih sering mengalami nyeri kepala dan mudah lelah.

f) Reproduksi dan seksual

Pasien lansia terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan hipertensi.

b. Pemeriksaan Fisik

a) Tanda-tanda Vital dan Status Gizi

Keadaan umum: keadaan umum pasien hipertensi dengan keluhan nyeri kepala umumnya lemah.

Kesadaran: kesadaran klien Composmentis, Apatis sampai Somnolen. TTV: suhu normal (36-37°C), nadi

meningkat pada arteri korotis, jugularis, dan pulsasi radialis ($>80x/menit$), tekanan darah meningkat ($>140/90$ mmHg) dan pernafasan meningkat $>20x/menit$.

b) Sistem Respirasi

Inspeksi: bila melibatkan sistem pernafasan, umumnya ditemukan kesimetrisan rongga dada, klien tidak sesak napas, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan.

Palpasi: fremitus antara kanan dan kiri seimbang.

Perkusi: suara resonan pada seluruh lapang paru.

Auskultasi: suara napas hilang atau melemah pada sisi yang sakit biasanya didapatkan suara ronki dan mengi.

c) Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung cepat, tekanan darah meningkat, pengisian kapiler kurang dari 1 detik, sering ditemukan keringat dingin dan pusing karena nyeri. Suara S1 dan S2 tunggal, kulit pucat, sianosis.

d) Sistem Neurosensori

Gejala: keluhan nyeri kepala (terjadi saat bangun tidur dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam, terjadi gangguan penglihatan secara spontan setelah beberapa jam, terjadi gangguan penglihatan). Tanda: status mental terjadi perubahan keterjagaan, dan disorientasi.

e) Sistem Pencernaan

Gejala: ketidakmampuan dalam mengkonsumsi makanan atau cairan yang tidak adekuat karena mual, muntah, anoreksia, dan kesulitan untuk mengunyah makanan. Tanda: penurunan berat badan, membrane mukosa tidak lembab.

f) Sistem Muskuloskeletal

Terjadi kelemahan fisik, respon motorik terjadi penurunan gengaman, biasanya terjadi perubahan gaya berjalan.

g) Sistem genitourinaria

Produksi urine dalam batas normal serta tidak ada keluhan pada sistem perkemihan, kecuali sudah menderita penyakit hipertensi yang sudah komplikasi ke ginjal.

c. Status Kognitif

Pemeriksaan status kognitif dapat menunjukkan perilaku dan kemampuan mental dalam fungsi intelektual. Pemeriksaan singkat terstandarisasi ditujukan untuk mendeteksi gangguan kognitif sehingga fungsi intelektual dapat teruji melalui satu/ dua pertanyaan untuk masing-masing area. Saat instrument skrining mendeteksi terjadinya gangguan, maka pemeriksaan lebih lanjut akan dilakukan. Pengujian status mental saat klien masuk perawatan/panti lansia

berfungsi membangun dasar dan mengidentifikasi klien yang beresiko mengalami delirium.

Pengkajian yang dilakukan pada pasien lansia dengan hipertensi sebaiknya pasien yang tidak mengalami demensia, agar data yang diperoleh lengkap. Instrumen yang digunakan untuk pemeriksaan status mental lansia yaitu *Short Portable Mental Status Questioner* (SPMSQ), *Mini Mental State Exam* (MMSE) (Kushariyadi, 2012).

d. Status Psikososial dan Spiritual

a) Psikologis

Persepsi lansia terhadap proses menua yang sedang dihadapinya, apakah lansia menerima atau menolak, kebanyakan lansia menolak terhadap proses menua yang mereka hadapi. Harapan lansia terhadap proses menua yang mereka hadapi kebanyakan ingin menghabiskan waktu dengan orang terdekat. Lansia dengan hipertensi kebanyakan mengalami nyeri kepala yang mengganggu aktivitas, nyeri yang tidak kunjung sembuh membuat lansia mengalami depresi.

Perawat harus mengkaji status depresi lansia dengan meminta lansia mengisi format pengkajian tingkat depresi lansia. Instrumen yang digunakan Inventaris Depresi

Geriatric dan Inventaris Depresi Beck (Kushariyadi, 2012).

b) Sosial

Hubungan lansia dengan orang terdekat disekitarnya yaitu petugas kesehatan dan teman satu wisma sebagai peran sentral pada tingkat kesehatan dan kesejahteraan. Pengkajian sistem sosial dapat menghasilkan tentang jaringan pendukung. Instrument yang digunakan yaitu format Apgar Lansia (Kushariyadi, 2012).

c) Spiritual

Kegiatan keagamaan yang lansia ikuti, keyakinan terhadap kematian, semakin tua usia umumnya lansia semakin takut akan kematian, dan biasanya lansia lebih sering mengikuti kegiatan keagamaan dan taat dalam beribadah.

e. Fungsional Klien

1) Pengkajian *Katz Indeks*

Pengkajian status fungsional lansia menggunakan indeks Katz (ini dilakukan pada aktivitas kehidupan sehari-hari lanjut usia berdasarkan evaluasi fungsi mandiri atau tergantung dari lansia itu sendiri dalam melakukan

aktivitas seperti mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, berpindah, kontinen dan makan.

(Tabel 2.2 Pengkajian *Katz Indeks*)

SKORE	KRITERIA
A	Kemandirian dalam hal makan, minum, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi Tambahan
G	Ketergantungan pada ke enam fungsi tersebut

Keterangan :

Mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain. Lansia yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia dianggap mampu.

Termasuk/kategori manakah klien ?

KATZ INDEKS KLIEN : A/B/C/D/E/F/G

- 2) *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) Digunakan untuk mengetahui fungsi intelektual lansia.

(Tabel 2.3 Pengkajian SPMSQ)

SKORE		No	PERTANYAAN	JAWABAN
B	S			
		1	Tanggal berapa hari ini?	Hari Tgl Th
		2	Hari apa sekarang ini?	
		3	Apa nama tempat ini?	
		4	a. Berapa nomor telpon Anda? b. Dimana alamat Anda? (tanyakan bila tidak memiliki telpon)	

		5	Berapa umur Anda?	
		6	Kapan Anda lahir?	
		7	Siapa Presiden Indonesia sekarang?	
		8	Siapa Presiden sebelumnya?	
		9	Siapa nama kecil ibu Anda?	
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun?	
		Jumlah benar dan salah		
Skor Klien				
Kesimpulan				

Keterangan :

- a) Kesalahan 0-2 : Fungsi Intelektual Utuh
- b) Kesalahan 3-4 : Kerusakan Intelektual Ringan
- c) Kesalahan 5-7 : Kerusakan Intelektual Sedang
- d) Kesalahan 8-10 : Kerusakan Intelektual Berat

3) *Mini Mental State Examination* (MMSE)

Mini Mental State Examination atau MMSE adalah sebuah tes yang digunakan untuk mengukur gangguan kognitif pada

orang dewasa yang lebih tua. MMSE menilai subset yang berbeda dari status kognitif termasuk perhatian, bahasa, memori, orientasi, kemampuan visuospasial. Ini juga telah direkomendasikan untuk skrining kognisi pada pasien depresi.

(Tabel 2.4 Pengkajian MMSE)

NILAI MAKSIMUM	NILAI PASIEN	PERTANYAAN
ORIENTASI		
5		(Tahun, Musim, Tgl, Hari, Bulan, apa sekarang ?)
5		Dimana kita : (Negara Bagian, Wilayah, Kota) di RS, Lantai?)
REGISTRASI		
3		Nama 3 Obyek (1 detik untuk mengatakan masing- masing) tanyakan klien ke 3 obyek setelah anda mengatakan. Beri 1 point untuk tiap jawaban yang benar
PERHATIAN & KALKULASI		
5		Seri 7's (1 point tiap benar, berhenti setelah 5 jawaban, berganti eja kata

		ke belakang) (7 kata dipilih eja dari belakang) ATAU minta klien untuk menyebut dari angka 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 kali/tingkat
MENINGAT		
3		Minta untuk mengulangi ke 3 obyek diatas, beri 1 point untuk tiap kebenaran.
9		Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien - o (misal jam tangan) - o (misal pensil) Minta klien untuk mengulang kata berikut: “tak ada jika, dan, atau, tetapi”. Bila benar, nilai satu point. - o Pernyataan benar 2 buah: tak ada, tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah: “Ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai”. - o Ambil kertas di tangan anda

K e t e r a n g		o Lipat dua o Taruh di lantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 point) o “Tutup mata Anda” Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar o Tulis satu kalimat
a	30	Nilai Total
K	Kesimpulan	

e

terangan :

>23 : Aspek Kognitif dari Fungsi Mental Baik

18-22 : Kerusakan Aspek Fungsi Mental Ringan

<17 : Kerusakan Aspek Fungsi Mental Berat

4) Inventaris Depresi *Beck*

Penilaian Tingkat Depresi Lansia dari Beck & Decle, 1972

(Tabel 2.5 Pengkajian Inventaris Depresi)

SKORE	URAIAN
A	KESEDIHAN

3	Saya sangat sedih/tidak bahagia, dimana saya tidak dapat menghadapinya
2	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan tidak dapat keluar darinya
1	Saya merasa sedih/galau
0	Saya tidak merasa sedih
B	PESIMISME
3	Merasa masa depan adalah sia-sia & sesuatu tidak dapat membaik
2	Merasa tidak punya apa-apa & memandang ke masa depan
1	Merasa kecil hati tentang masa depan
0	Tidak begitu pesimis / kecil hati tentang masa depan
C	RASA KEGAGALAN
3	Merasa benar-benar gagal sebagai orang tua (suami/istri)
2	Bila melihat kehidupan kebelakang, semua yang dapat saya lihat kegagalan
1	Merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Tidak merasa gagal
D	KETIDAK PUASAN
3	Tidak puas dengan segalanya

2	Tidak lagi mendapat kepuasan dari apapun
1	Tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Tidak merasa tidak puas
E	RASA BERSALAH
3	Merasa seolah sangat buruk / tidak berharga
2	Merasa sangat bersalah
1	Merasa buruk/tidak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Tidak merasa benar-benar bersalah
F	TIDAK MENYUKAI DIRI SENDIRI
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
G	MEMBAHAYAKAN DIRI SENDIRI
3	Saya akan bunuh diri jika saya punya kesempatan
2	Saya punya rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak punya pikiran tentang membahayakan diri sendiri
H	MENARIK DIRI DARI SOSIAL
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang

	lain & tidak peduli pada mereka semuanya
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain & mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I	KERAGU-RAGUAN
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mengambil keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik
J	PERUBAHAN GAMBARAN DIRI
3	Merasa bahwa saya jelek / tampak menjijikan
2	Merasa bahwa ada perubahan yang permanen dalam penampilan
1	Saya khawatir saya tampak tua / tidak menarik & ini membuat saya tidak menarik
0	Tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk daripada sebelumnya
K	KESULITAN KERJA
3	Tidak melakukan pekerjaan sama sekali

2	Telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat berkerja $\pm$ sebaik-baiknya
L	KELETIHAN
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya
0	Saya tidak merasa lebih lelah biasanya
M	ANOREKSIA
3	Saya tidak lagi punya nafsu makan sama sekali
2	Nafsu makan saya sangat buruk sekarang
1	Saya khawatir saya tampak tua / tidak menarik & ini membuat saya tidak menarik
0	Tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk daripada sebelumnya

5) Pengkajian Tes TUG (*Timed Up and Go*)

(Tabel 2.6 Pengkajian TUG Test)

No	Langkah
1	Posisi pasien duduk di kursi
2	Minta pasien berdiri di kursi, berjalan 10 langkah (3 meter) kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi:

Score:

<10 detik : *low risk of falling*

11-19 detik : *low to moderate risk for falling*

20-29 detik : *moderate to high risk for falling*

>30 detik : *impaired mobility and is at high risk of falling*

2.3.2 Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Wahyuni, 2016). Analisa data terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif diisi berdasarkan perkataan klien dan analisa data diperoleh dari pengkajian. Keluhan yang dirasakan lansia dengan hipertensi yaitu nyeri kepala bagian belakang,

tenguk terasa pegal, kaku dan sakit. Data objektif diisi berdasarkan hasil observasi dan pengukuran perawat yang diperoleh dari format pengkajian.

Data objektif yang dapat dikaji dari pasien hipertensi dengan keluhan nyeri yaitu mengkaji tanda-tanda vital, menurut WHO (2015) dan Nurhidayat (2015) hipertensi yaitu tekanan darah meningkat >140/90 mmHg sedangkan pada lansia peningkatan tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg, suhu normal 36-37°C, nadi meningkat >80 x/menit pada arteri karotis, jugularis, dan pulsasi radialis, pernafasan mengalami peningkatan >20 x/menit. Setelah itu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif terdiri dari Provoking: terjadi karena kelelahan/ kecapean, Quality: nyeri seperti ditusuk-tusuk, Region: kepala bagian belakang, leher dan pundak, Severity: tergantung pasien menunjuk skala nyeri. Time: hilang timbul/ menetap.

(Tabel 2.7 Analisa Data)

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif</i> 1) Mengeluh Nyeri <i>Objektif</i>	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓	Nyeri Akut (D.0077)

	1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Gejala dan Tanda Minor Objektif 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola napas berubah 3) Nafsu makan	Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah otak ↓ Nyeri akut	
--	---	---	--

	berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis		
2	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif <i>(tidak tersedia)</i> Objektif 1) Pengisian kapiler >3 detik. 2) Nadi perifer menurun atau tidak teraba. 3) Akral teraba dingin. 4) Warna kulit pucat. 5) Turgor kulit menurun.	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)

	Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1) Parastesia. 2) Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten). Objektif 1) Edema. 2) Penyembuhan luka lambat. 3) Indeks <i>ankle-brachial</i> < 0,90. 4) Bruit femoral.	↓ Otak ↓ Suplai O² otak menurun ↓ Perfusi perifer tidak efektif	
3	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1) Ortopnea 2) Dispnea 3) <i>Paroxysmal nocturnal</i>	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah	Hipervolemia (D.0022)

	<i>dyspnea</i> (PND)	↓	
	Objektif	Perubahan struktur	
	1) Edema anasarka dan/atau edema perifer	↓ Penyumbatan pembuluh darah	
	2) Berat badan meningkat dalam waktu singkat	↓ Vasokonstriksi	
	3) <i>Jugular Venous Pressure</i> (JVP) dan/atau <i>Cental Venous Pressure</i> (CVP) meningkat	↓ Gangguan sirkulasi ↓ Ginjal ↓ Vasokonstriksi	
	4) Refleks hepatojugular positif	pembuluh darah ginjal ↓ Blood flow darah menurun ↓	
	Gejala dan Tanda Minor		
	Subjektif (tidak tersedia)	Respon RAA ↓	
	Objektif	Rangsang aldosteron	
	1) Distensi vena	↓	

	jugularis 2) Terdengar suara nafas tambahan 3) Hepatomegali 4) Kadar Hb/Ht turun 5) Oliguria 6) Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) 7) Kongesti paru	Retensi Na ↓ Edema ↓ Hipervolemia	
4	Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif</i> (tidak tersedia) <i>Objektif</i> (tidak tersedia) Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> (tidak tersedia)	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan	Risiko Penurunan Curah Jantung (D.0011)

	Objektif <i>(tidak tersedia)</i>	pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Pembuluh darah ↓ Sistemik ↓ Vasokonstriksi ↓ Afterload meningkat ↓ Resiko penurunan curah jantung	
5	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1) Mengeluh lelah Objektif 1) Frekuensi jantung meningkat >20%	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah	Intoleransi Aktivitas (D.0056)

	dari kondisi istirahat	↓ Perubahan struktur	
	Gejala dan Tanda Minor	↓ Penyumbatan pembuluh darah	
	Subjektif	↓ Vasokonstriksi	
	1) Dispnea saat/setelah aktivitas	↓ Gangguan sirkulasi	
	2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas	↓ Pembuluh darah	
	3) Merasa lemah	↓ Sistemik	
	Objektif	↓ Vasokonstriksi	
	1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat	↓ Afterload meningkat	
	2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas	↓ Fatigue ↓ Intoleransi aktivitas	

	3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4) Sianosis		
6	Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif</i> (tidak tersedia) <i>Objektif</i> (tidak tersedia) Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> (tidak tersedia) <i>Objektif</i> (tidak tersedia)	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Retina ↓	Risiko Jatuh (D.0143)

		Spasme arteriole ↓ Diplopia ↓ Risiko Jatuh	
7	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1) Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif 1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan Tanda	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Paparan informasi kurang ↓ Defisit pengetahuan	Defisit Pengetahuan tentang <i>(Spesifikkan)</i> (D.0111)

	Minor Subjektif <i>(tidak tersedia)</i> Objektif 1) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)		
--	--	--	--

2.3.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berikut adalah uraian yang timbul bagi klien pada penderita Hipertensi:

- 1) Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)

- 2) Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)
- 3) Hipervolemia b.d kelebihan asupan natrium (D.0022)
- 4) Resiko Penurunan Curah Jantung b.d perubahan afterload (D.0011)
- 5) Intoleransi Aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)
- 6) Resiko Jatuh b.d gangguan penglihatan (D.0143)
- 7) Defisit Pengetahuan tentang (*spesifikkan*) b.d kurang terpapar informasi (D.0111)

2.3.4 Perencanaan Keperawatan

(Tabel 2.8 Perencanaan Keperawatan)

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077) Definisi Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x kunjungan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : • Keluhan nyeri menurun (5) • Meringis menurun (5) • Gelisah menurun (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan

	atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab 1) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) 2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3) Agen pencedera fisik	• Frekuensi nadi membaik (5) • Tekanan darah membaik (5)	tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi
--	--	---	---

	(mis. abses amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1) Mengeluh Nyeri Objektif 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)		terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12) Fasilitasi istirahat dan tidur 13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15) Jelaskan strategi meredakan nyeri 16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17) Anjurkan menggunakan analgesik secara
--	--	--	--

	3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif <i>(tidak tersedia)</i> Gejala dan Tanda Minor Objektif 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola napas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir		tepat 18) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	---	--	---

	terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis		
2	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009) Definisi Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x kunjungan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : • Denyut nadi perifer meningkat (5) • Nyeri ekstremitas menurun (5)	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1) Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau

	Penyebab 1) Hiperglikemia 2) Penurunan konsentrasi hemoglobin 3) Peningkatan tekanan darah 4) Kekurangan volume cairan 5) Penurunan aliran arteri dan/atau vena 6) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis.	• Parastesia menurun (5) • Akral membaik (5) • Turgor kulit membaik (5)	bengkak pada ekstremitas Terapeutik 4) Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 7) Lakukan pencegahan infeksi 8) Lakukan perawatan kaki dan kuku 9) Lakukan hidrasi Edukasi 10) Anjurkan berhenti merokok
--	---	---	--

	merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas) 7) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes mellitus, hiperlipidemia) 8) Kurang aktivitas fisik Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif</i> <i>(tidak tersedia)</i>		11) Anjurkan berolahraga rutin 12) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 13) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 14) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 15) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 16) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki) 17) Anjurkan program rehabilitasi vaskular
--	--	--	--

	Objektif 1) Pengisian kapiler >3 detik. 2) Nadi perifer menurun atau tidak teraba. 3) Akral teraba dingin. 4) Warna kulit pucat. 5) Turgor kulit menurun. Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1) Parastesia. 2) Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten).		18) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 19) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
--	---	--	--

	Objektif 1) Edema. 2) Penyembuhan luka lambat. 3) Indeks <i>ankle-brachial</i> < 0,90. 4) Bruit femoral.		
3	Hipervolemia b.d kelebihan asupan natrium (D.0022) Definisi Peningkatan volume cairan intravascular, interstisial,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x kunjungan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : • Asupan cairan meningkat	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi 1) Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)

	dan/atau intraselular. Penyebab 1) Gangguan mekanisme regulasi 2) Kelebihan asupan cairan 3) Kelebihan asupan natrium 4) Gangguan aliran balik vena 5) Efek agen farmakologis (mis. kortikosteroid, <i>chlorpropamide</i>,	(5) • Keluaran urin meningkat (5) • Kelembapan membran mukosa meningkat (5) • Edema menurun (5) • Tekanan darah membaik (5) • Mata cekung membaik (5)	2) Identifikasi penyebab hypervolemia 3) Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia 4) Monitor intake dan output cairan 5) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 6) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat) 7) Monitor kecepatan infus secara ketat 8) Monitor efek samping diuretic (mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia,
--	---	--	---

	<i>tolbutamide,</i> <i>vincristine,</i> <i>tryptilinescarbamazepine)</i> Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1) Ortopnea 2) Dispnea 3) <i>Paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND) Objektif 1) Edema anasarka dan/atau edema perifer		hipokalemia, hiponatremia) Terapeutik 9) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 10) Batasi asupan cairan dan garam 11) Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat Edukasi 12) Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 13) Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari 14) Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi
--	--	--	---

	2) Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3) <i>Jugular Venous Pressure</i> (JVP) dan/atau <i>Central Venous Pressure</i> (CVP) meningkat 4) Refleks hepatojugular positif Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> <i>(tidak tersedia)</i>		15) Kolaborasi pemberian diuretic 16) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic 17) Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT) jika perlu
--	---	--	--

	Objektif 1) Distensi vena jugularis 2) Terdengar suara nafas tambahan 3) Hepatomegali 4) Kadar Hb/Ht turun 5) Oliguria 6) Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) 7) Kongesti paru		
--	--	--	--

4	Risiko Penurunan Curah Jantung b.d perubahan afterload (D.0011) Definisi Berisiko mengalami pemompaaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Faktor Risiko 1) Perubahan <i>afterload</i> 2) Perubahan frekuensi jantung 3) Perubahan irama	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x kunjungan diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : • Kekuatan nadi perifer meningkat (5) • Palpitasi menurun (5) • Takikardia menurun (5) • Edema menurun (5) • Dispnea menurun (5) • Tekanan darah membaik (5)	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 4) Monitor intake dan output cairan 5) Monitor berat badan setiap hari pada waktu
---	--	---	---

	jantung 4) Perubahan kontraktilitas 5) Perubahan <i>preload</i> Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif (tidak tersedia) Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif (tidak tersedia)		yang sama 6) Monitor saturasi oksigen 7) Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) 8) Monitor EKG 12 sadapan 9) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 10) Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) 11) Monitor fungsi alat pacu jantung 12) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
--	--	--	---

			13) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik 14) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 15) Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 16) Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi 17) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
--	--	--	--

			18) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 19) Berikan dukungan emosional dan spiritual 20) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% Edukasi 21) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 22) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 23) Anjurkan berhenti merokok 24) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian 25) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian
--	--	--	--

			Kolaborasi 26) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 27) Rujuk ke program rehabilitasi jantung
5	Intoleransi Aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056) Definisi Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x kunjungan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : • Frekuensi nadi meningkat (5) • Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5)	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah

	Penyebab 1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2) Tirah baring 3) Kelemahan 4) Imobilitas 5) Gaya hidup monoton Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1) Mengeluh lelah Objektif 1) Frekuensi jantung meningkat >20% dari	• Keluhan lelah menurun (5) • Dispnea saat aktivitas menurun (5) • Dispnea setelah aktivitas menurun (5)	stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9) Anjurkan tirah baring 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi
--	--	--	---

	kondisi istirahat Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> 1) Dispnea saat/setelah aktivitas 2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3) Merasa lemah <i>Objektif</i> 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2) Gambaran EKG menunjukan aritmia		kelelahan Kolaborasi 13) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--	---

	saat/setelah aktivitas 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4) Sianosis		
6	Risiko Jatuh b.d gangguan penglihatan (D.0143) Definisi Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh Faktor Risiko 1) Usia ≥ 65 tahun (pada	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x kunjungan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : • Jatuh saat berdiri menurun (1) • Jatuh saat berjalan menurun (1)	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1) Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi

	dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak) 2) Riwayat jatuh 3) Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4) Penggunaan alat bantu berjalan 5) Penurunan tingkat kesadaran 6) Perubahan fungsi kognitif 7) Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan		3) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 6) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 8) Pasang handrail tempat tidur
--	---	--	---

	asing) 8) Kondisi pasca operasi 9) Hipotensi ortostatik 10) Perubahan kadar glukosa darah 11) Anemia 12) Kekuatan otot menurun 13) Gangguan pendengaran 14) Gangguan keseimbangan 15) Gangguan penglihatan (mis.		9) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 10) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 11) Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 12) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 13) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 14) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
--	---	--	---

	glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16) Neuropati 17) Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anestesi umum)		15) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 16) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 17) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
7	Defisit Pengetahuan tentang (spesifikasikan) b.d kurang terpapar informasi (D.0111) Definisi Ketiadaan atau kurangnya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x kunjungan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : • Perilaku sesuai anjuran	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi

	informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Penyebab 1) Keterbatasan kognitif 2) Gangguan fungsi kognitif 3) Kekeliruan mengikuti anjuran 4) Kurang minat dalam belajar 5) Kurang mampu mengingat 6) Ketidakmampuan	meningkat (5) • Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5)	perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 3) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya 6) Beli vitamin dan suplemen Edukasi 7) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 8) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 9) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih
--	---	---	--

	menemukan sumber informasi Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif</i> 1) Menanyakan masalah yang dihadapi <i>Objektif</i> 1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah		dan sehat
--	--	--	-----------

	Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> <i>(tidak tersedia)</i> <i>Objektif</i> 1) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)		
--	--	--	--

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi/pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik atas pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan dalam mengatasi masalah yang muncul pada pasien/keluarga. Ukuran intervensi yang diberikan kepada pasien/keluarga dapat berupa dukungan pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi baik kesehatan fisik maupun mental, pendidikan kesehatan dan lainnya untuk mencegah masalah keperawatan yang muncul. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Melizza, 2018).

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, intervensi keperawatan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi juga merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang terjadi dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif).

1) Evaluasi Formatif

Evaluasi Formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

2) Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna yang berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan meliputi Subjek, Objek, Assesment, Planinning, Intervensi, Evaluasi-Revisi (SOAPIE-R)(Melizza,2018).

2.4 Konsep Rendam Jahe Merah

2.4.1 Definisi Jahe

Jahe (*Zingiber officinale* Rosc) termasuk rempah asli Asia Selatan yang telah menyebar di seluruh dunia, termasuknya Indonesia. Jahe dibedakan jadi tiga variasi yakni jahe sunti/merah (*Z. officinale* var. *rubrum*), jahe gajah (*Z. officinale* var. *officinarum*) serta jahe (*Z. officinale* var. *amarum*) (D. Sari & Nasuha, 2021). Jahe merupakan tumbuhan yang mampu beradaptasi terhadap perbedaan suhu, termasuk kelompok herba atau tumbuhan tahunan, mempunyai batang semu setinggi 30-70 cm, hidup bergerombol, berkembang biak dan menghasilkan berbagai rimpang. Habitatnya di dataran tinggi maupun dataran rendah (D. Sari & Nasuha, 2021).

2.4.2 Manfaat Jahe

Jahe mempunyai kandungan kation serta anion meliputi kalsium, magnesium, serta fosfor. Mineral pada jahe memberikan manfaat dalam mengangani kejang otot, tekanan darah tinggi, kelemahan otot. Jahe pula mempunyai kandungan potasium dalam jumlah tinggi yang berperan dalam mengatur tekanan darah (Shaban et al., 2017).

Jahe digunakan sebagai obat herbal dikarenakan mempunyai kandungan minyak atsiri dan senyawa kimia aktif meliputi zingiberin, kamper, limonin, borneol, shogaol, cineole, felandrene, zingiberol,

gingerol serta zingerone yang memberikan khasiat pada pencegahan serta pengobatan banyak penyakit (Redi Aryanta, 2019).

2.4.3 Definisi Rendam Kaki Air Jahe Hangat

Terapi Rendam (Hidroterapi) asalnya dari kata Yunani “*hydrotherapia*” secara harafiah artinya “pengobatan dengan air”. Pendekatan ini mempergunakan air dalam mempertahankan kesehatan, pencegahan serta mengobati penyakit yang mentransfer suhunya serta memberi penekanan terhadap tubuh, yaitu memakai bak mandi air panas, yang bisa memberikan rangsangan pada ujung saraf serta memberikan efek refleksi. Efek refleksi mempengaruhi pembuluh darah sedemikian rupa sehingga menyebabkan perubahan sirkulasi dan metabolismenya (Almassmoum et al., 2018).

Merendam kaki dalam air hangat bisa dikombinasikan bersama ramuan herbal yang lain, salah satunya jahe. Jenis jahe yang umum dikenali antara lain jahe emprit (jahe kuning), jahe gajah (jahe badak) serta jahe merah (jahe sunti), namun jahe obat yang umumnya dipergunakan yakni jahe merah dikarenakan jahe merah mengandung minyak atsiri yang terbilang tinggi daripada jahe lain (Nurahmandani et al., 2018).

Jahe didalamnya mengandung lemak, protein, pati, resin (zingierol) serta minyak atsiri. Sensasi hangatnya serta aroma pedasnya jahe dikarenakan minyak atsiri (volatil) serta senyawa oleoresinnya (gingerol). Sensasi hangat jahe bisa membantu pelebaran pembuluh

darah yang kemudian darahnya mengalir dengan baik (Nurahmandani et al., 2018).

2.4.4 Manfaat Terapi Rendam Kaki Air Jahe Hangat

Rendam kaki dalam air jahe hangat bisa memudahkan dalam membantu sirkulasi dengan melebarkan pembuluh darahnya sehingga lebih banyaknya oksigen bisa mencapai jaringan. (Redi Aryanta, 2019). Menurut manfaat dari terapi tersebut adalah:

- 1) Mengurangi nyeri rheumatoid arthritis
- 2) Mengurangi gejala asam urat
- 3) Menurunkan tekanan darah
- 4) Mengatasi insomnia

2.4.5 Pengaruh Rendam Kaki Air Jahe Untuk Menurunkan Tekanan Darah

Rendam kaki air jahe hangat ini dapat memperlancar peredaran darah karena senyawa oleoresin dan minyak atsiri yang terdapat pada jahe yang menghasilkan rasa hangat. Efek biologis hangat pada tubuh bisa menimbulkan dilatasi pembuluh darahnya yang berakibat meningkatnya sirkulasi darah. (Wijayanti et al., 2022).

2.4.6 Mekanisme Rendam Kaki Air Jahe Hangat

Terapi rendam kaki air jahe hangat menghasilkan efek sensasi hangatnya yang menyebar ke seluruh tubuh serta memperlebar pembuluh darahnya serta mengurangi tegang otot sehingga bisa

melancarkan sirkulasi darah yang memberikan pengaruh terhadap tekanan arteri melalui baroreseptor terhadap sinus kortikal serta lengkung aorta. Selain itu, membawa serabut saraf yang mengirimkan sinyal dari keseluruhan bagian tubuh dan memberitahu seluruh tubuh apa yang dibutuhkan tubuh ke pusat saraf simpatis dan kemudian ke medula kemudian memberikan rangsangan pada tekanan sistolik. (M Muksin, S. B. Syukur, 2023)

Saat dilakukan perendaman akan menstimulasi saraf pada telapak kaki dalam memberikan rangsangan pada baroreseptor, dimana baroreseptor termasuk refleks terpenting saat mengatur detak jantung serta tekanan darahnya. Baroreseptor menerima stimulasi dari regangan yang terletak pada lengkung aorta serta sinus karotis, ketika tekanan arteri mengalami peningkatan serta peregangan, reseptor ini secara cepatnya mengirimkan impulsnya ke pusat vasomotor, yang menyebabkan terjadinya vasodilatasi terhadap arteri, vena serta perubahan tekanan darah (M Muksin, S. B. Syukur, 2023).

2.4.7 Evidence Based Practice (EBP)

(Tabel 2.9 Evidence Based Practice)

No	Nama/ Tahun	Judul	Tujuan	Design	Sampel	Hasil	Kesimpulan
1	Fakhrudin Nasrul Sani, Noor Fitriyani. (2021)	Rendam Kaki Rebusan Air Jahe Merah Berpengaruh terhadap Penurunan Tekanan Darah Penderita	Mengetahui pengaruh merendam kaki dalam air rebusan jahe merah pada penurunannya tekanan darah pada penderita	Quasi eksperimen dengan rancangan <i>One Group Pretest – Posttest Design.</i>	42 responden	Penelitiannya menunjukkan rata- rata tekanan darah responden sebelumnya serta sesudahnya diberikannya terapi, tekanan darah sistoliknya	Rendam kaki dalam air jahe hangat menunjukkan adanya penurunan tekanan darah sistoliknya serta diastoliknya sebelumnya serta sesudahnya

		Hipertensi	hipertensi di Posyandu Ngudi Rahayu RT 01/ RW 14, Bolon, Colomadu Karanganyar.			sebesar 149,05 mmHg hingga 135,83 mmHg serta tekanan darah diastoliknya sebesar 78,69 mmHg hingga 75,95 mmHg. Hasil analisis uji korelasinya membuktikan bahwasanya merendam rebusan	merendam kaki dalam air jahe hangat.
--	--	------------	--	--	--	---	---

						kaki dalam air jahe merah memberikan pengaruh pada tekanan darah pasien hipertensi, disertai p-value = 0.0001 (p-value < 0,05).	
2	Widiya Ningsih, Asep Rusman (2022)	Efektivitas Terapi Pasien Hipertensi Dengan Intervensi	Mengetahui efektivitas pengobatan pasien hipertensi	Penelitian kuantitatif	30 orang	Uji Wilcoxon matched pairs test menunjukkan rerata skor pra intervensi sebesar	Terapi rendam kaki air jahe light massage secara signifikkannya Membantu menurunkan tekanan

		Inovasi Rendam Kaki Air Jahe Kombinasi Light Massage Di Ruang Rawat Inap Dewasa RSI PKU Muhammadiyah Palangkaraya	RSI PKU Muhammadiyah Palangkaraya dengan inovasi rendam kaki air jahe dengan pijatan ringan.			3,00. Dibandingkan rata-rata skor sesudah dilakukannya intervensi turun dengan rata-rata 1,57 serta diperoleh sig.(2-tailed) = 0,000 dan 0,05.	darah, penelitian lebih lanjut bisa mengetahui klasifikasi perubahan yang didapatkan sebelumnya serta sesudah perawatan.
3	Marlin Muksin, Sabirin B. Syukur,	Pengaruh Terapi Rendam Kaki Air Hangat Jahe Terhadap	Untuk mengetahui apakah terapi rendam kaki	Jenis penelitiannya kuantitatif dengan Quasi	30 responden	Menunjukkan rata-ratanya tekanan darah sebelumnya kelompok	Air jahe panas mempunyai kandungan minyak atsiri serta bisa

	Fadli Syamsuddin (2023)	Penurunan Tekanan darah pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Limboto	berbahan dasar air jahe hangat berpengaruh terhadap tekanan darah pada pasien hipertensi	eskperimental pre-post test.		intervensi sistoliknya 154,67 mmHg, diastoliknya 96,67 mmHg serta setelah rata-rata tekanan darah sistoliknya 124,67 mmHg serta diastoliknya 82,00 mmHg, sedangkan kelompok kontrol rata-rata tekanan	melancarkan peredaran darah, terdapatnya senyawa gingerol yang memperlebar pembuluh darah serta melancarkan peredaran darah sehingga terjadi penurunan tekanan darah. Oleh karena itu, terapi merendam kaki dengan air jahe panas diharapkan
--	-------------------------------	--	--	---------------------------------	--	--	---

						darah sistoliknya 143,33 mmHg, diastoliknya setelah sistolik 124, 67 mmHg, diastolik setelah 82,00 mmHg 0,00 mmHg, diastolik 96,00 mmHg. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa kelompok intervensi	dapat diberikan pada pasien hipertensi agar tekanan darahnya dapat diturunkan.
--	--	--	--	--	--	--	---

						mempunyai p-value yakni 0,000 (<0,05) sedangkan kelompok kontrolnya mempunyai p-value yakni 0,096 (<0,05) Intervensi berpengaruh signifikan terhadap penurunan tekanan	
4	Fitryani, Miko Eka	<i>Effect of Hydrotherapy</i>	<i>The purpose of this study was</i>	<i>Research method with</i>	<i>20 people</i>	<i>Univariate analysis of the</i>	<i>It can be an alternative treatment</i>

	Putri, Dede Nasrullah (2020)	<i>Warm Red Ginger to Reduce Blood Pressure on Elderly at Panti Werdha Budi Luhur, Jambi</i>	<i>to see the picture of blood pressure before and after warm red ginger water therapy and its effect on blood pressure.</i>	<i>pre-post test one group design.</i>		<i>data yielded a mean systole of 153.1 mmHg before the procedure and 138.85 mmHg after the procedure. In addition, mean diastole was 86.8 mmHg before the procedure and 83.0 mmHg after. Bivariate analysis</i>	<i>for hypertensive patients in healthy settings.</i>
--	------------------------------------	--	--	--	--	--	---

						for pre-post-systole gave a p-value of 0.000 and for pre-post-diastole p-value of 0.041, p-value of <0.05. Warm red ginger hydrotherapy reduced blood pressure in the elderly with hypertension.	
5	Sabtria	<i>The Effect of</i>	<i>The aim of this</i>	<i>The research</i>	20	<i>The research</i>	<i>There is an effect of</i>

	Winda Sari, Erika, Awaluddin, Winda Ulan Sari (2023)	Warm Ginger Water Foot Bath on Blood Pressure Reduction in Hypertensive Elderly at Sialang Baru	research is to know the effect of warm ginger water foot bath on blood pressure reduction in hypertensive elderly at Sialang Baru.	design used is pre experimental with pre and post-test designs. The technique of sampling purposive	respondents	results were obtained from the respondent's average blood pressure before and after giving ginger warm water foot bath (systolic blood pressure 165.50 mmhg becomes 158,55 mmHg and diastolic	soaking the feet in warm red ginger on the decrease in blood pressure, p -value = 0.000 or p -value <0.005. In elderly hypertension in Sialang Baru Village.
--	--	--	---	---	-------------	--	---

						<i>98.05 mmHg becomes 90,15 mmHg).</i>	
--	--	--	--	--	--	--	--

2.4.8 Standar Operasional Prosedur (SOP) Rendam Air Jahe Merah

Hangat

1. Persiapan Alat

- a. Rebusan air hangat 5 liter
- b. Baskom/ember
- c. Handuk
- d. Jahe merah
- e. Pisau/parutan

2. Pelaksanaan

- a. Memberikan salam kepada responden
- b. Memperkenalkan diri kepada responden
- c. Menanyakan nama dan panggilan nama kepada responden
- d. Menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan
- e. Rebus air hangat kira-kira 5 liter dengan suhu 39° dan masukan irisan/geprek/parutan jahe merah
- f. Siapkan tensi, handuk dan baskom/ember
- g. Kemudian anjurkan responden duduk di kursi dengan rileks dan bersandar. Dan lakukan tensi kepada responden
- h. Kemudian tuangkan air hangat dan jahe merah tersebut ke dalam baskom/ember dan tunggu hingga air menjadi hangat
- i. Setelah itu rendam kaki kedalam ember/baskom tersebut sampai pergelangan kaki selama 15 menit
- j. Setelah itu angkat kedua kaki, bilas dengan air dingin dan

keringkan dengan handuk kemudian tensi ulang responden.

- k. Lalu observasi Kembali tekanan darah responden setelah dilakukan perendaman
- l. Memberikan reinforcement positif terhadap responden yang mengalami penurunan tekanan darah.
- m. Rencanakan tindak lanjut kepada pasie

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Pengkajian

A. Identitas

1. Nama : Ny.E
2. Tempat,tgl,lahir/Usia : Garut, 07 Januari 1954
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Status Perkawinan : Cerai Mati
5. Agama : Islam
6. Suku : Sunda

B. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

1. Pekerjaan saat ini : IRT
2. Pekerjaan sebelumnya : Tidak bekerja
3. Sumber pendapatan : Anak-anaknya

C. Lingkungan tempat tinggal

1. Kebersihan dan kerapian ruangan :
Ruangan terlihat rapih dan bersih
2. Penerangan :
Penerangan di kamar klien kurang terang

3. Sirkulasi udara :

Terdapat 1 jendela kamar yang kecil dan 1 pintu masuk

4. Keadaan kamar mandi & WC :

Terlihat bersih, tetapi keramik licin

5. Pembuangan air kotor :

Dialirkan ke septitank

6. Sumber air minum :

Sumber air minum didapatkan dari air yang dimasak

7. Pembuangan sampah :

Untuk sampah basah dibuang ke kolam ikan dan sampah kering
dibuang ke sungai

8. Sumber pencemaran :

Tidak ada sumber pencemaran

9. Privasi :

Terdapat 3 kamar yang dilengkapi pintu yang ditutupi oleh gordan

10. Risiko injuri :

Lantai WC licin

D. Riwayat Kesehatan

1. Status Kesehatan saat ini

1) Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir :

Klien mengatakan tekanan darahnya selalu tinggi saat diperiksa

2) Gejala yang dirasakan :

Klien mengatakan sering kesemutan dan penglihatan terasa buram

3) Faktor pencetus :

Usia dan riwayat hipertensi

4) Timbulnya keluhan : () Mendadak (✓) Bertahap

5) Upaya mengatasi :

Kaki tidak dalam posisi dilipatkan

6) Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktek/bidan/perawat :

Jarang memeriksakan diri jika ada posyandu

7) Mengonsumsi obat-obatan sendiri :

Klien tidak mengonsumsi obat-obatan

2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah diderita :

Klien pernah didiagnosis hipertensi oleh dokter $\pm$ 6 tahun yang lalu

2) Riwayat alergi (obat, makanan, binatang, debu dll) :

Klien tidak memiliki riwayat alergi obat, makanan, binatang maupun debu

3) Riwayat kecelakaan :

Klien pernah terpeleset di WC 2 bulan yang lalu

4) Riwayat pernah dirawat di RS :

Klien tidak pernah dirawat di Rumah Sakit

5) Riwayat pemakaian obat :

Klien tidak ada mengkonsumsi obat apapun

E. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama :

Klien mengatakan tekanan darahnya selalu tinggi saat diperiksa

2. Riwayat penyakit sekarang :

Klien mengatakan sebelumnya mempunyai riwayat tekanan darah tinggi atau hipertensi. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 02 Juni 2025, klien mengeluhkan sering mengalami kesemutan pada kedua kakinya. Keluhan ini biasanya muncul atau bertambah berat saat klien melakukan aktivitas fisik seperti berjalan atau saat posisi kaki dilipat, dan berkurang saat klien duduk terlentang atau beristirahat. Sensasi yang dirasakan klien berupa rasa kesemutan disertai kebas. Lokasi keluhan terutama berada di kedua kaki tanpa menjalar ke bagian tubuh lain. Klien mengaku keluhan ini cukup mengganggu aktivitas sehari-hari, terutama saat berjalan dan berdiri lama. Selain itu, klien juga mengatakan sering merasa nyeri kepala dengan skala nyeri 4, disertai penglihatan buram dan riwayat jatuh akibat lantai licin. Kesemutan ini telah dirasakan sejak 5 bulan terakhir dan semakin sering muncul, terutama setelah klien beraktivitas.

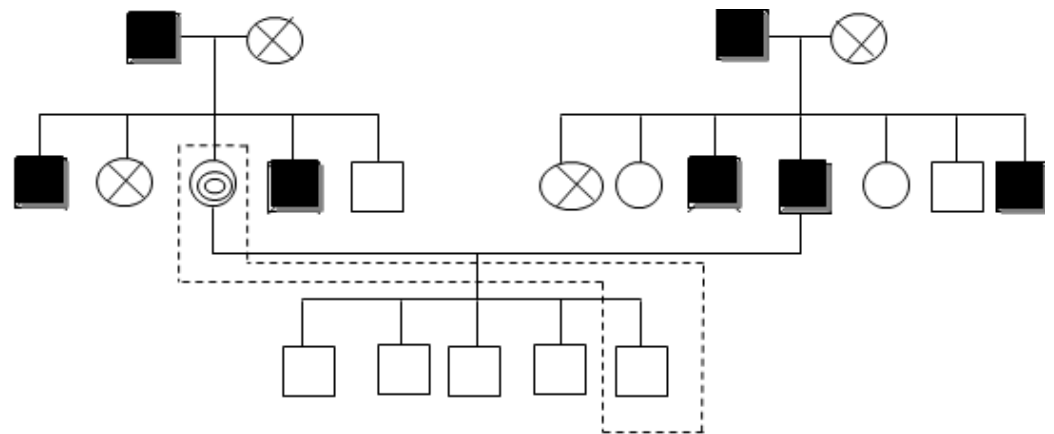
3. Riwayat penyakit dahulu :

Klien mengatakan pernah didiagnosa hipertensi $\pm$ 6 tahun yang lalu oleh dokter.

4. Riwayat penyakit keluarga :

Klien mengatakan di keluarganya tidak ada yang menderita penyakit hipertensi, diabetes, dll.

Genogram



Keterangan :

◻ : Laki – Laki

◯ : Perempuan

⊙ : Klien / Pasien

----- : Tinggal Serumah

| | : Garis Perkawinan

| | : Garis Keturunan

◼ : Meninggal

F. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

1. Pemeliharaan Kesehatan

Hasil Kajian :

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan dirinya jarang memeriksakan tekanan darahnya jika ada kegiatan di posyandu atau ke puskesmas, klien juga merasa kebingungan mengapa dirinya sering merasakan kesemutan dan tidak tahu bagaimana cara mengontrol tekanan darahnya.

2. Nutrisi Metabolik

(Tabel 3.1 Nutrisi Metabolik)

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	Pola Makan	Dihabiskan	Dihabiskan
	Jenis	Nasi, tahu, ikan asin, sambal, kangkung	Nasi, sayur bening, ikan asin
	Frekuensi	2 kali/hari	2 kali/hari
	Diet Khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Makanan Disukai	Ikan asin, receuh bonteng	Ikan asin, receuh bonteng
	Kesulitan Menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi Palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Napsu Makan	Baik	Baik

2	Pola Minum		
	Jenis	Air teh dan air putih	Air teh dan air putih
	Frekuensi	5-6 gelas/hari	6-7 gelas/hari
	Jumlah	1000-1200 ml/hari	1000-1200 ml/hari
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang Disukai	Air teh	Air teh

3. Pola Eliminasi

(Tabel 3.2 Pola Eliminasi)

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	BAB		
	Frekuensi	1 kali/hari	1 kali/hari
	Warna	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada
2	BAK		
	Frekuensi	± 5-6 kali/hari	± 5-6 kali/hari
	Jumlah	Tidak terkaji	Tidak terkaji
	Warna	Kuning bening	Kuning bening
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada

4. Pola Aktivitas Sehari-hari

(Tabel 3.3 Pola Aktivitas Sehari-hari)

No	Jenis	Sehat					Sakit				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	Mandi	✓					✓				
2	Berpakaian	✓					✓				
3	Eliminasi	✓					✓				
4	Mobilisasi di tempat tidur	✓					✓				
5	Berpindah	✓					✓				
6	Berjalan	✓					✓				
7	Berbelanja	✓							✓		
8	Memasak	✓					✓				
9	Naik tangga	✓							✓		
10	Pemeliharaan rumah/ruangan	✓							✓		

Keterangan :

0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Dibantu orang lain

3 = Dibantu orang lain – alat

4 = Tergantung/tidak mampu

No	Jenis	Sehari-hari
1	Mandi	
	Frekuensi	2 kali/hari
	Jenis	Mandi menggunakan air dingin
2	Berpakaian	
	Frekuensi	2 kali/hari
3	Mobilisasi tempat tidur	
	Frekuensi	Sering

5. Pola Persepsi Kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian

a) Fungsi penglihatan :

Klien mengatakan penglihatannya buram

b) Fungsi pendengaran :

Klien mengatakan pendengarannya kurang berfungsi dengan baik

c) Fungsi perasaan :

Klien mengatakan senang dengan keadaannya saat ini, karena anaknya masih bisa mengurus dan menemani klien

d) Fungsi pembau dan kompensasinya terhadap tubuh :

Klien masih mampu membedakan terhadap bau kayu putih

Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan

- a) Daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi :

Klien sedikit sulit mengingat kejadian yang telah lama namun dapat mengingat kejadian yang baru terjadi.

- b) Kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang atau benda yang lain) :

Orientasi terhadap waktu klien baik, orientasi tempat klien mengenal tempat yang disinggahnya, dan sulit untuk mengingat nama orang baru.

- c) Tingkat pendidikan :

Klien mengatakan tingkat pendidikannya hanya sampai SD.

- d) Pemakaian alat bantu dengar :

Klien tidak memakai alat bantu dengar

- e) Penglihatan :

Klien mengatakan penglihatannya sedikit buram

- f) Kehilangan bagian tubuh atau fungsinya :

Klien memiliki bagian tubuh yang lengkap dan tidak memiliki kecacatan.

- g) Tingkat kesadaran :

Tingkat Kesadaran klien composmentis.

- h) Orientasi pasien :

Orientasi klien baik

i) Pendengaran, persepsi sensori (nyeri) :

Pendengaran klien kurang baik, persepsi terhadap nyeri klien mampu mengekspresikanya melalui mimik wajah

j) Berbicara :

Klien dapat berkomunikasi dengan baik dan jelas

k) Bahasa :

Klien biasa berbiacara menggunakan bahasa sunda dan indonesia, dan dapat berkomunikasi dengan baik

l) Kemampuan membaca :

Klien dapat membaca tulisan yang diberikan oleh penulis

m) Tingkat ansietas :

Klien tidak dalam keadaan cemas.

n) Kemampuan berinteraksi :

Klien mampu berorientasi dengan baik, dan dapat berinteraksi dengan orang baru maupun lingkungan baru.

6. Pola Istirahat Tidur

(Tabel 3.4 Pola Istirahat Tidur)

No	Jenis	2 hari sebelumnya	1 hari sebelumnya
1	Tidur Siang	Kadang-kadang	Kadang-kadang
	Lama Tidur	1-2 jam	1-2 jam

	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2	Tidur Malam	Teratur	Teratur
	Lama Tidur	6-7 jam	6-7 jam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

7. Pola Konsep Diri

Konsep Diri :

a) Ideal Diri :

Klien berharap agar tubuhnya selalu sehat

b) Harga Diri :

Klien ingin selalu dihargai sebagai orang tua, nenek oleh anak-anaknya. Klien mengatakan tidak minder dengan keadaanya yang sekarang, dan menyadari bahwa dirinya sudah menua dan banyak perubahan penurunan fungsi organ dalam dirinya.

c) Identitas Diri :

Klien adalah seorang wanita, yang dulunya adalah seorang guru ngaji di sebuah masjid di dekat rumahnya.

d) Peran Diri :

Klien adalah seorang nenek dan seorang ibu bagi anak-anaknya.

8. Pola Peran dan Hubungan

Hasil Kajian :

Klien sekarang hanya berperan sebagai ibu rumah tangga, dan yang mencari nafkah di rumahnya adalah anaknya yang terakhir. Hubungan klien dengan anak-anak maupun dengan tetangga di lingkungan sekitarnya baik.

9. Pola Reproduksi dan seksual

Hasil Kajian :

Pada saat dikaji klien mengatakan sudah tidak memiliki suami dari tahun 2018 karena suami meninggal dan sudah menopause saat usianya 51 tahun.

10. Pola Pertahanan Diri atau Koping

Hasil Kajian :

Pada saat dikaji klien mengatakan lebih banyak berdzikir untuk menghilangkan stress, dan berinteraksi dengan orang lain.

11. Pola Keyakinan dan Nilai

Hasil kajian :

Pada saat dikaji klien mengatakan dirinya beragama islam, masih melaksanakan shalat 5 waktu, klien juga mengatakan selalu mengusahakan untuk shalat tahajud setiap harinya untuk lebih mendekatkan diri kepada sang pencipta.

12. Pemeriksaan Status Mental dan spiritual

Kondisi emosi / perasaan klien

- a. Apa suasana hati yang menonjol pada klien (gembira)
- b. Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya (ya)

Kebutuhan Spiritual Klien :

- a. Kebutuhan untuk beribadah (terpenuhi)
- b. Masalah - masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual :
Tidak ada
- c. Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan spiritual :
Klien tidak mengeluh dengan kondisi saat ini untuk beribadah

G. Pemeriksaan Fisik

- 1. Keadaan Umum : Baik
- 2. GCS : E=4, V=5, M=6 Total = 15
- 3. Tingkat kesadaran : Composmentis
- 4. Tanda-Tanda Vital :

Suhu : 36,5°C

Tekanan darah : 160/100 mmHg

Nadi : 114 x/mnt

RR : 21 x/mnt

SPO2 : 98%

Tinggi Badan : 151 cm

BB : 40 Kg

IMT : $(BB : TB (m) \times TB (m) = 40 : 1,51 \times 1,51 = 17,5$ (Berat Badan Kurang))

5. Kepala : Rambut tampak beruban, rambut terlihat bersih, tidak ada luka, dan keadaan rambut rontok, tidak ada nyeri tekan pada daerah kepala

6. Mata, Telinga, Mulut dan Leher

Mata : bentuk mata simetris, konjungtiva tampak anemis, sclera tidak icterus, pupil melambat, penglihatan kabur, tidak ada peradangan, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan/ masa.

Telinga : bentuk telinga simetris, tidak ada luka, tidak tampak serumen, tidak ada tanda-tanda peradangan Tidak ada nyeri tekan pada bagian belakang telinga (mastoides), tidak ada benjolan/ massa.

Hidung : Bentuk tampak simetris, tidak ada luka, tidak ada peradangan, tidak ada serum pada hidung, penciuman masih cukup baik, tidak ada nyeri tekan

Mulut : Mulut tampak sedikit kotor, mukosa mulut tampak kering, tidak ada peradangan, gigi tampak kuning, tampak caries gigi, tidak mengalami kesulitan untuk mengunyah dan tidak ada kesulitan saat menelan.

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada luka, tidak ada bendungan vena jugularis tidak teraba benjolan atau

masa pada leher, pada saat dipalpasi pada bagian leher klien mengatakan tidak terasa sakit.

7. Dada dan punggung

Dada : Tampak simetris, tidak ada retraksi dada, dan tidak ada benjolan tidak ada nyeri tekan

Punggung : Tidak ada luka dibagian tubuh belakang atau punggung, tidak ada nyeri tekan pada area punggung

8. Abdomen : Bentuk abdomen simetris, tidak ada luka dan tidak ada pembesaran perut, Tidak ada nyeri tekan pada area perut bising usus 10x/mnt

9. Ekstremitas atas dan bawah : Keadaan turgor kulit baik, tidak sianosis, tidak ikterik, ada edema pada bagian

bawah kaki sebelah kanan , kekuatan otot baik,

CRT > 3 detik

5	5
5	5

10. Genetalia : Tidak terdapat masalah pada genitalia.

H. Apgar Keluarga

(Tabel 3.5 Apgar Keluarga)

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-Kadang (1)	Tidak Pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	✓		
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	✓		
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau	✓		

	arah baru.			
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	✓		
5	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon	✓		
	JUMLAH	10		

Analisis Hasil :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai : 7-10 : Disfungsi keluarga ringan/tidak ada

Hasil Kajian :

Hasil pengkajian apgar keluarga klien **tidak memiliki disfungsi keluarga.**

I. Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

(Tabel 3.6 Pengkajian Fungsi Kognitif)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab : Jam 13.45 WIB	✓	
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab : 2025	✓	
3	Kapan Bapak/Ibu lahir ? Jawab : 07 Januari 1955		✓
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : 70 Tahun		✓
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : Kp. Cicariu		✓
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang		

	tinggal berasama Bapak/Ibu ? Jawab : 1 Orang	✓	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab : Abdul	✓	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab : 1945	✓	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab : Prabowo Subianto	✓	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 : Jawab : 20,19,18,17,16,15,14,13,12,11,10,9,8,7,6,5,4 ,3,2,1	✓	
	JUMLAH	7	3

Analisis Hasil

Skore Salah 0-2 : Fungsi Intelektual Utuh

Skore Salah 3-4 : Kerusakan Intelektual Ringan

Skore Salah 5-7 : Kerusakan Intelektual Sedang

Skore salah 8-10 : Kerusakan Intelektual Berat

Hasil Kajian :

Hasil fungsi kognitif klien termasuk ke dalam **kerusakan intelektual ringan** dengan skor salah 3

J. Format Pengkajian MMSE (*Mini Mental State Examination*)

(Tabel 3.7 Format Pengkajian MMSE)

No	Item Penilaian	Benar	Salah
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang ?	✓	
	2. Musim apa sekarang ?	✓	
	3. Tanggal berapa sekarang ?		✓
	4. Hari apa sekarang ?	✓	
	5. Bulan apa sekarang ?	✓	
	6. Di negara mana anda tinggal ?	✓	
	7. Di provinsi mana anda tinggal ?	✓	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?	✓	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?	✓	
	10. Di desa mana anda tinggal ?	✓	

2	REGISTRASI		
	Minta Klien Menyebutkan 3 Objek ! Gelas TV Buku	 ✓ ✓ ✓	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta Klien Mengeja 5 kata dari Belakang, Misal “BAPAK” 1. K 2. A 3. P 4. A 5. B	 ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	
4	MENGINGAT		
	Minta Klien untuk Mengulang 3 Objek Diatas ! Pulpen Buku TV	 ✓ ✓	 ✓
5	BAHASA		
	a. Penamaan Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		

	1. Jam tangan	✓	
	2. Kertas	✓	
	b. Pengulangan		
	Minta Klien Mengulangi 3 Kalimat		
	Berikut :		
	“Tak ada jika, dan, atau tetapi”		✓
	c. Perintah 3 Langkah		
	1. Ambil kertas !	✓	
	2. Lipat dua !	✓	
	3. Taruh di lantai !	✓	
	d. Turuti Hal Berikut		
	1. Tutup mata	✓	
	2. Tulis satu kalimat	✓	
	3. Salin gambar	✓	
	JUMLAH	27	3

Analisis hasil :

Nilai 26-30 : Normal/Tidak ada Gangguan Kognitif

Nilai 21-25 : Gangguan Kognitif Ringan

Nilai 10-20 : Gangguan Kognitif Sedang

Nilai 0-9 : Gangguan Kognitif Berat

Hasil Kajian :

Hasil MMSE klien yaitu klien **tidak ada gangguan kognitif**

K. Pengakajian Situs Fungsional (Indeks Kemandirian *Katz*)(Tabel 3.8 Indeks Kemandirian *Katz*)

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	✓	
2	Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung :	✓	

	Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		
3	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	✓	
4	Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	✓	
5	Kontinen Mandiri :		

	BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter,pispot, enema dan pembalut (pampers)	✓	
6	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	✓	

Analisis Hasil :

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Hasil Kajian :

Hasil Katz Indeks klien yaitu klien berada pada **Katz Indeks A** yaitu Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian.

L. Screening Faal Fungtional Reach (FR) Test

(Tabel 3.9 *Screening Faal Fungtional Reach (FR) Test*)

No	Langkah
1	Minta Pasien Berdiri di Sisi Tembok Dengan Tangan Dientangkan Kedepan
2	Beri Tanda Letak Tangan I
3	Minta Pasien Condong Kedepan Tanpa Melangkah Selama 1-2 Menit, Dengan Tangan Dientangkan Ke Depan
4	Beri Tanda Letak Tangan Ke II Pada Posisi Condong

5	Ukur Jarak Antara Tanda Tangan I & Ke II
---	--

Interpretasi :

Usia Lebih 70 Tahun : Kurang 6 Inchi : Risiko Roboh

Hasil Pemeriksaan : Klien tidak mampu berdiri dan tangan direntangkan

M. The Timed Up and Go (TUG) Test(Tabel 3.10 *The Timed Up and Go (TUG) Test*)

No	Langkah
1	Posisi Pasien Duduk Dikursi
2	Minta Pasien berdiri Dari Kursi, Berjalan 10 Langkah (3meter), Kembali Ke Kursi, Ukur Waktu Dalam Detik

Interpretasi :

Score:

≤ 10 detik : Mobilitas Berat

11 - 19 Detik : *Mositly Independent*

20 – 29 Detik : *Variable Mobility*

≥ 30 Detik : Gangguan Mobilitas

Hasil Kajian :

Hasil TUG test klien yaitu waktu klien berjalan 10 langkah lalu kembali lagi ke kursi yaitu 28 detik, yang artinya klien termasuk ke dalam **Variable Mobility**

N. Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

(Tabel 3.11 Skala Depresi)

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda?	Tidak	Ya
2	Apakah Anda Telah Meninggalkan Banyak Kegiatan dan Minat/ Kesenangan Anda ?	Tidak	Ya
3	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?	Tidak	Ya
4	Apakah Anda Sering Merasa Bosan?		Ya
5	Apakah Anda Mempunyai Semangat Yang Baik Setiap Saat?	Tidak	Ya
6	Apakah Anda Merasa Takut Sesuatu Yang Buruk Akan Terjadi Pada Anda?	Tidak	Ya
7	Apakah Anda Merasa Bahagia Untuk Sebagian Besar Hidup Anda?	Tidak	Ya

8	Apakah Anda Merasa Sering Tidak Berdaya?	Tidak	Ya
9	Apakah Anda Lebih Sering Dirumah Daripada Pergi Keluar Dan Mengerjakan Sesuatu Hal Yang Baru?		Ya
10	Apakah Anda Merasa Mempunyai Banyak Masalah Dengan Daya Ingat Anda Dibandingkan Kebanyakan Orang ?	Tidak	Ya
11	Apakah Anda Pikir Bahwa Kehidupan Anda Sekarang Menyenangkan?	Tidak	Ya
12	Apakah Anda Merasa Tidak Berharga Seperti Perasaan Anda Saat Ini?	Tidak	Ya
13	Apakah Anda Merasa Penuh Semangat?	Tidak	Ya
14	Apakah Anda Merasa Bahwa Keadaan Anda Tidak Ada Harapan?	Tidak	Ya
15	Apakah Anda Pikir Bahwa Orang Lain, Lebih Baik Keadaannya Daripada Anda?	Tidak	Ya

*) Setiap Jawaban Yang SESUAI Mempunyai Skor “1 “ (Satu)

*) Kata yang diberi tanda tebal merupakan jawaban klien

Analisis Hasil :

Skor 0-4 : Normal

Skor 5-8 : Depresi Ringan

Skor 9-11 : Depresi Sedang

Skor 12-15 : Depresi Berat

Hasil Kajian :

Hasil skala depresi klien yaitu dengan skor 2 yang artinya klien dalam **keadaan normal.**

3.2 Analisa Data

(Tabel 3.12 Analisa Data)

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	DS : - Klien mengatakan tekanan darahnya selalu tinggi saat diperiksa - Klien mengatakan sering kesemutan DO : - Edema pada bagian bawah kaki sebelah	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)

	kanan • CRT > 3 detik • TD : 160/100 mmHg • N : 114 x/menit • Kesemutan biasanya muncul atau bertambah berat saat klien melakukan aktivitas fisik seperti berjalan atau saat posisi kaki dilipat, dan berkurang saat klien duduk terlentang atau beristirahat. • Sensasi yang dirasakan klien berupa rasa kesemutan disertai kebas. • Lokasi keluhan terutama berada di	Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Aliran darah ke perifer berkurang ↓ Perfusi perifer tidak efektif	
--	--	--	--

	kedua kaki tanpa menjalar ke bagian tubuh lain. • Kesemutan ini telah dirasakan sejak 5 bulan terakhir dan semakin sering muncul, terutama setelah klien beraktivitas.		
2	DS : • Klien mengatakan sering merasa nyeri kepala DO : • Skala nyeri 4 • TD : 160/100 mmHg • N : 114 x/menit	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓	Nyeri Akut (D.0077)

		Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah otak ↓ Nyeri akut	
3	DS : - Klien juga merasa kebingungan mengapa dirinya sering merasakan kesemutan dan tidak tahu bagaimana cara mengontrol tekanan darahnya. DO : - Menu makan klien saat sakit yaitu nasi, sayur bening, ikan	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Paparan informasi kurang ↓ Defisit pengetahuan	Defisit Pengetahuan tentang Hipertensi (D.0111) Diit

	asin		
4	DS : - Klien mengatakan penglihatannya buram DO : - Hasil TUG test klien yaitu waktu klien berjalan 10 langkah lalu kembali lagi ke kursi yaitu 28 detik, yang artinya klien termasuk ke dalam <i>Variable Mobility</i> - Hasil FR test klien tidak mampu berdiri dan tangan direntangkan - Lantai WC klien licin - Klien pernah terpeleset di WC 2 bulan yang lalu	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Retina ↓ Spasme arteriole ↓ Diplopia	Risiko Jatuh (D.0143)

		↓ Risiko Jatuh	
--	--	-------------------	--

3.3 Diagnosis Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah d.d

DS :

- Klien mengatakan tekanan darahnya selalu tinggi saat diperiksa
- Klien mengatakan sering kesemutan

DO :

- Edema pada bagian bawah kaki sebelah kanan
- CRT > 3 detik
- TD : 160/100 mmHg
- Kesemutan biasanya muncul atau bertambah berat saat klien melakukan aktivitas fisik seperti berjalan atau saat posisi kaki dilipat, dan berkurang saat klien duduk terlentang atau beristirahat.
- Sensasi yang dirasakan klien berupa rasa kesemutan disertai kebas.
- Lokasi keluhan terutama berada di kedua kaki tanpa menjalar ke bagian tubuh lain.

- Kesemutan ini telah dirasakan sejak 5 bulan terakhir dan semakin sering muncul, terutama setelah klien beraktivitas.

2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d

DS :

- Klien mengatakan sering merasa nyeri kepala

DO :

- Skala nyeri 4
- TD : 160/100 mmHg
- N : 114 x/menit

3. Defisit pengetahuan tentang diet hipertensi b.d kurang terpapar informasi d.d

DS :

- Klien juga merasa kebingungan mengapa dirinya sering merasakan kesemutan dan tidak tahu bagaimana cara mengontrol tekanan darahnya.

DO :

- Menu makan klien saat sakit yaitu nasi, sayur bening, ikan asin

4. Risiko Jatuh d.d lingkungan tidak aman (lantai licin), usia >65 tahun, riwayat jatuh

3.4 Intervensi Keperawatan

(Tabel 3.13 Intervensi Keperawatan)

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009) d.d DS : Klien mengatakan tekanan darahnya selalu tinggi saat diperiksa	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : - Paratesia menurun (5) - Edema menurun (5) - Turgor kulit membaik (5) - Tekanan darah sistolik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi - Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) - Monitor bengkak pada ekstremitas

	• Klien mengatakan sering kesemutan DO : • Edema pada bagian bawah kaki sebelah kanan • CRT > 3 detik • TD : 160/100 mmHg • N : 114x/menit • Kesemutan biasanya muncul atau bertambah berat saat klien melakukan aktivitas fisik seperti	membaik (5) • Tekanan darah diastolik membaik (5)	Terapeutik 4) Lakukan rendam air jahe merah hangat Edukasi 5) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
--	--	--	---

	berjalan atau saat posisi kaki dilipat, dan berkurang saat klien duduk terlentang atau beristirahat. • Sensasi yang dirasakan klien berupa rasa kesemutan disertai kebas. • Lokasi keluhan terutama berada di kedua kaki tanpa		
--	--	--	--

	menjalar ke bagian tubuh lain. • Kesemutan ini telah dirasakan sejak 5 bulan terakhir dan semakin sering muncul, terutama setelah klien beraktivitas.		
2	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077) d.d	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri

	DS : • Klien mengatakan sering merasa nyeri kepala DO : • Skala nyeri 4 • TD : 160/100 mmHg • N : 114 x/menit	• Keluhan nyeri menurun (5) • Frekuensi nadi membaik (5) • Tekanan darah membaik (5)	3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 4) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam) 5) Fasilitasi istirahat dan tidur 6) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 7) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
3	Defisit Pengetahuan tentang diet hipertensi b.d kurang terpapar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan diharapkan tingkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan

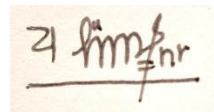
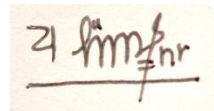
	informasi (D.0111) d.d DS : • Klien juga merasa kebingungan mengapa dirinya sering merasakan kesemutan dan tidak tahu bagaimana cara mengontrol tekanan darahnya. DO : • Menu makan klien saat sakit yaitu nasi, sayur bening, ikan	pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : • Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) • Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5)	menerima Terapeutik 2) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 3) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 4) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 5) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
--	---	--	--

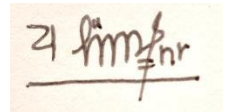
	asin		
4	Risiko Jatuh d.d lingkungan tidak aman (lantai licin), usia >65 tahun, riwayat jatuh (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : • Jatuh saat berdiri menurun (1) • Jatuh saat berjalan menurun (1)	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 2) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale) Terapeutik 3) Gunakan alat bantu berjalan (mis: tongkat) Edukasi 4) Anjurkan memanggil keluarga jika

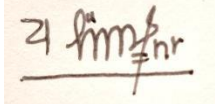
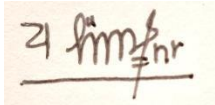
			membutuhkan bantuan untuk berpindah 5) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
--	--	--	--

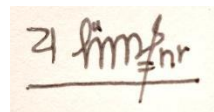
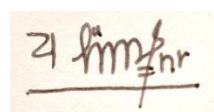
3.5 Implementasi Keperawatan

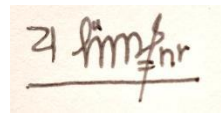
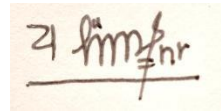
(Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan)

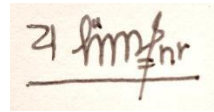
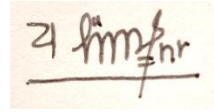
No Dx	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf/Nama Jelas
1	02 Juni 2025 10.35 WIB	1) Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema) Respon :Nadi 114 x/menit, terdapat edema pada bagian bawah kaki sebelah kanan	S : Klien mengatakan masih merasakan kesemutan di kakinya O : Td : 160/100 mmHg, edema di kaki kanan klien A : perfusi perifer tidak efektif belum teratasi	 Alia Nurfajri Rahman
	10.40 WIB	2) Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi,	P : Lanjutkan intervensi	 Alia Nurfajri

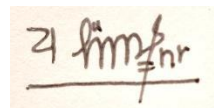
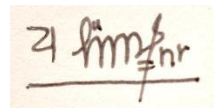
		dan kadar kolesterol tinggi) Respon :Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak $\pm$ 6 tahun yang lalu		Rahman
2	02 Juni 2025 11.00 WIB 11.15 WIB	1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri Respon :Klien mengatakan mersa sakit kepala seperti tertekan benda berat 2) Mengidentifikasi skala nyeri Respon : Skala nyeri 4 dari skala 1-10 3) Mengidentifikasi faktor yang	S : Klien mengatakan masih merasakan nyeri kepala O : Skala nyeri 4, TD : 160/100 mmHg, N : 114 x/menit A : Nyeri Akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	 Alia Nurfajri Rahman

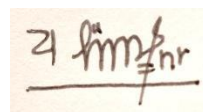
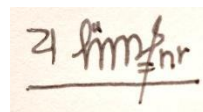
		memperberat dan memperingan nyeri Respon :Klien mengatakan nyeri bertambah saat dirinya telah memakan ikan asin, berkurang jika diistirahatkan		 Alia Nurfajri Rahman
3	02 Juni 2025 11.30 WIB	1) Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan (kontrak waktu dengan klien)	S : Klien masih merasa kebingungan mengapa dirinya sering merasakan kesemutan dan tidak tahu bagaimana	

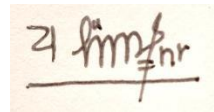
		Respon :Klien mengatakan bersedia diberikan pendidikan kesehatan	cara mengontrol tekanan darahnya. O : Klien mengkonsumsi ikan asin A : Defisit pengetahuan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Alia Nurfajri Rahman
4	02 Juni 2025 11.50 WIB 11.55 WIB	1) Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) Respon :Faktor yang meningkatkan risiko jatuh di rumah klien adalah lantai kamar mandi yang licin 2) Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis:	S : Klien mengatakan penglihatannya sedikit buram O : Hasil FR test klien tidak mampu berdiri dan tangan direntangkan, lantai WC klien licin, klien pernah terpeleset di WC 2 bulan yang lalu A : Risiko jatuh belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	 Alia Nurfajri Rahman 

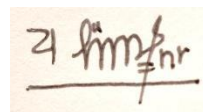
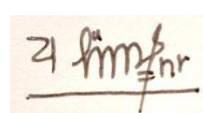
		<i>screening faal fungsional reach test)</i> Respon : Hasil FR test klien tidak mampu berdiri dan tangan direntangkan		Alia Nurfajri Rahman
1	05 Juni 2025 09.00 WIB 09.05 WIB	1) Memeriksa tekanan darah klien Respon : Tekanan darah klien 150/100 mmHg 2) Melakukan rendam air jahe merah hangat Respon : Dilakukan selama 15 menit 3) Mengajarkan meminum obat pengontrol tekanan darah sesuai resep dokter	S : Klien mengeluhkan kesemutan pada kaki kanannya saja O : Td : 150/90 mmHg, tidak ada edema pada kaki A : Perfusi Perifer tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	 Alia Nurfajri Rahman 

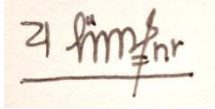
	09.20 WIB	Respon : Klien telah mendapatkan obat pengontrol tekanan darah dari puskesmas terdekat yaitu amlodipine 1 x 5 mg 4) Memeriksa tekanan darah klien post rendam air jahe merah hangat Respon : Tekanan darah klien 150/90 mmHg		Alia Nurfajri Rahman  Alia Nurfajri Rahman
2	05 Juni 2025 09.30 WIB	1) Mengidentifikasi skala nyeri Respon : skala nyeri 4 2) Memberikan terapi non farmakologis untuk mengatasi nyeri (relaksasi nafas dalam)	S : Klien mengatakan nyeri di kepala berkurang O : Skala nyeri 3, Td : 150/90 mmHg, N: 105 x/menit A : Nyeri akut belum teratasi	 Alia Nurfajri Rahman

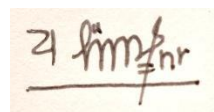
		Respon : Klien melakukan relaksasi nafas dalam	P : Lanjutkan intervensi	
3	05 Juni 2025 10.00 WIB	1) Menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2) Memberikan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan tentang diet hipertensi Respon : Klien dan keluarga mengikuti pendidikan kesehatan dari awal hingga akhir	S : Klien dan keluarga mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang diberikan dan akan melakukannya dimulai esok hari O : Klien dan keluarga tampak memperhatikan A : Defisit pengetahuan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	 Alia Nurfajri Rahman
	10.30 WIB	3) Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon : Keluarga bertanya apakah boleh jika sesekali klien memakan		 Alia Nurfajri Rahman

		ikan asin ?		
4	05 Juni 2025 10.30 WIB	1) Mengajukan menggunakan alat bantu berjalan (mis: tongkat) Respon : Keluarga mengatakan untuk sementara akan membuat tongkat dari kayu dan dialaskan oleh karet ban supaya tidak licin	S : Keluarga mengatakan siap melakukan apapun untuk menurunkan risiko jatuh klien O : Keluarga dan klien tampak kooperatif A : Risiko Jatuh belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi	 Alia Nurfajri Rahman
	10.15 WIB	2) Mengajukan memanggil keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 3) Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin Respon : Keluarga mengatakan akan memakaikan sandal yang tidak licin		 Alia Nurfajri Rahman

		untuk klien		
1	06 Juni 2025 13.30 WIB 13.35 WIB	1) Memeriksa tekanan darah klien Respon : Tekanan darah klien berada pada nilai 150/90 mmHg 2) Melakukan rendam air jahe merah hangat Respon : Dilakukan selama 30 menit 3) Mengajarkan meminum obat pengontrol tekanan darah sesuai resep dokter Respon : Klien telah mengkonsumsi obat pengontrol tekanan darah dari	S : Klien mengatakan sudah tidak merasakan kesemutan O : Td : 140/90 mmHg, tidak ada edema pada kaki A : Perfusi Perifer tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	 Alia Nurfajri Rahman

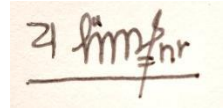
	13.50 WIB	puskesmas terdekat yaitu amlodipine 1 x 5 mg 4) Memeriksa tekanan darah klien post rendam air jahe merah hangat Respon : Tekanan darah klien 140/90 mmHg		 Alia Nurfajri Rahman
2	06 Juni 2025 14.00 WIB	1) Mengidentifikasi skala nyeri Respon : skala nyeri 2 2) Memberikan terapi non farmakologis untuk mengatasi nyeri (relaksasi nafas dalam) Respon : Klien melakukan relaksasi	S : Klien mengatakan nyeri di kepala berkurang O : Skala nyeri 2, Td : 140/90 mmHg, N: 97 x/menit A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lnjutkan intervensi	 Alia Nurfajri Rahman

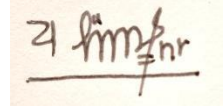
		nafas dalam		
3	06 Juni 2025 14.30 WIB	4) Mengevaluasi materi tentang diet hipertensi yang telah diberikan sebelumnya Respon : Klien dan keluarga mengingat apa saja pendidikan kesehatan yang diberikan sebelumnya meskipun terkadang masih melihat poster yang diberikan 5) Menanyakan perubahan perilaku makan yang telah dilakukan oleh klien Respon : Menu makan klien hari ini adalah (Sayur sop, tempe) dan mulai	S : Klien dan keluarga mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang diberikan dan akan melakukannya dimulai esok hari dan seterusnya O : Klien dan keluarga kooperatif dalam mengatasi masalah kesehatan A : Defisit pengetahuan teratasi P : Hentikan Intervensi	 Alia Nurfaejri Rahman

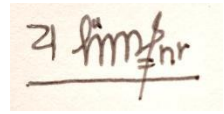
		tidak mengkonsumsi ikan asin		
4	06 Juni 2025 15.00 WIB	4) Menganjurkan menggunakan alat bantu berjalan (mis: tongkat) Respon : Tongkat sudah dibuat oleh keluarga tetapi belum memakai alas karetnya 5) Menganjurkan memanggil keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 6) Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin Respon : Klien sudah memakai sandal yang tidak licin	S : Keluarga mengatakan semoga dari intervensi yang telah dilakukan bersama klien bisa terbantu dalam melakukan kegiatan di rumah O : Keluarga tampak sangat kooperatif dalam menurunkan risiko jatuh klien A : Risiko Jatuh teratasi P : Hentikan Intervensi	 Alia Nurfajri Rahman

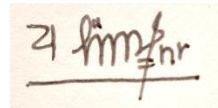
3.6 Catatan Perkembangan

(Tabel 3.15 Catatan Perkembangan)

No Dx	Tanggal/Jam	Evaluasi	Paraf>Nama Jelas
1	07 Juni 2025 10.15 WIB	S : Klien mengatakan sudah tidak merasakan kesemutan O : Td : 140/90 mmHg, tidak ada edema pada kaki A : Perfusi Perifer tidak efektif teratasi sebagian P : 1) Monitor tekanan darah klien 2) Lakukan rendam air jahe merah hangat 3) Monitor jadwal minum obat pengontrol tekanan darah sesuai resep dokter secara rutin I : 1) Memonitor tekanan darah klien	 Alia Nurfajri Rahman

		2) Melakukan rendam air jahe merah hangat 3) Memonitor jadwal minum obat pengontrol tekanan darah sesuai resep dokter secara rutin E : Hentikan Intervensi	
2	07 Juni 2025 10.30 WIB	S : Klien mengatakan nyeri di kepala berkurang O : Skala nyeri menjadi 1 dari (1-10), Td : 140/90 mmHg, N: 95 x/menit A : Nyeri akut teratasi P : 1) Identifikasi skala nyeri 2) Berikan terapi non farmakologis untuk mengatasi nyeri (relaksasi nafas dalam) I : 1) Mengidentifikasi skala nyeri	 Alia Nurfajri Rahman

		2) Memberikan terapi non farmakologis untuk mengatasi nyeri (relaksasi nafas dalam) E : Hentikan Intervensi	
3	07 Juni 2025 10.45 WIB	S : Klien dan keluarga mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang diberikan dan akan melakukannya dimulai esok hari dan seterusnya O : Klien dan keluarga kooperatif dalam mengatasi masalah kesehatan A : Defisit pengetahuan teratasi P : 1) Evaluasi materi tentang diet hipertensi yang telah diberikan sebelumnya 2) Evaluasi perubahan perilaku makan yang telah dilakukan oleh klien I :	 Alia Nurfaejri Rahman

		1) Mengevaluasi materi tentang diet hipertensi yang telah diberikan sebelumnya 2) Mengevaluasi perubahan perilaku makan yang telah dilakukan oleh klien E : Hentikan Intervensi	
4	07 Juni 2025 11.00 WIB	S : Keluarga mengatakan semoga dari intervensi yang telah dilakukan bersama klien bisa terbantu dalam melakukan kegiatan di rumah O : Keluarga tampak sangat kooperatif dalam menurunkan risiko jatuh klien A : Risiko Jatuh teratasi P : 1) Anjurkan menggunakan alat bantu berjalan (mis: tongkat) 2) Anjurkan memanggil keluarga jika	 Alia Nurfaejri Rahman

		membutuhkan bantuan untuk berpindah 3) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin I : 4) Menganjurkan menggunakan alat bantu berjalan (mis: tongkat) 5) Menganjurkan memanggil keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 6) Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin E : Hentikan Intervensi	
--	--	--	--

3.7 Pembahasan

Proses keperawatan yang dilaksanakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ny.E telah dilaksanakan selama 3 hari. Selama dilapangan penulis tidak mengalami kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien. Setelah penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan dan intervensi berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP) yang berhubungan dengan kasus luka bakar ternyata mendapat hasil yang positif terhadap masalah keperawatan yang dialami pasien. Maka dari itu penulis akan membahas fakta di lapangan mengenai kasus yang diperoleh adalah sebagai berikut :

3.7.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama proses keperawatan yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Pengkajian dilakukan dengan cara *alloanamnesa* dan *autoanamnesa* dimulai dari biodata pasien, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, aspek psikologis, *Activity Daily living*, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi dan terapi pengobatan (Ekawati 2021).

Pengkajian dilakukan di Desa Jati wilayah kerja Puskesmas Tarogong Kaler pada tanggal 1 Juni 2025 Dalam melaksanakan pengkajian didapatkan data Ny. E Tempat Tanggal Lahir Garut 7 Januari 1954, berjenis kelamin Perempuan dan alamat di Desa Jati, Kecamatan Tarogong Kaler dengan Keluhan utama pasien mengatakan tekanan

darahnya selalu tinggi saat diperiksa, Riwayat penyakit sekarang Klien mengatakan sebelumnya mempunyai riwayat tekanan darah tinggi atau hipertensi. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 02 Juni 2025, klien mengeluhkan sering mengalami kesemutan pada kedua kakinya. Keluhan ini biasanya muncul atau bertambah berat saat klien melakukan aktivitas fisik seperti berjalan atau saat posisi kaki dilipat, dan berkurang saat klien duduk terlentang atau beristirahat. Sensasi yang dirasakan klien berupa rasa kesemutan disertai kebas. Lokasi keluhan terutama berada di kedua kaki tanpa menjalar ke bagian tubuh lain. Klien mengaku keluhan ini cukup mengganggu aktivitas sehari-hari, terutama saat berjalan dan berdiri lama. Hal ini sesuai dengan teori (Triyanto, 2014). yang menguraikan bahwa keluhan utama pasien hipertensi adalah kesemutan yang diakibatkan oleh rendahnya suplai oksigen ke bagian ekstremitas di karenakan tekanan darah yang melebihi 170/80 mmHg, selain itu, usia menjadi salah satu faktor dimana saat ini usia Ny.E berusia 71 tahun.

3.7.2. Diagnosis Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, penulis mulai merumuskan masalah keperawatan, pada tahap ini penulis menemukan kesenjangan, dimana masalah keperawatan menurut tinjauan teoritis berbeda dengan yang ditemukan pada klien, yaitu ada beberapa diagnosis yang tidak diangkat karena tidak cukupnya atau tidak ada data subjektif dan objektif yang memadai untuk diangkat sebagai diagnosis keperawatan. Diagnosis yang

tidak diangkat yaitu hipervolemia, risiko penurunan curah jantung, dan intoleransi aktivitas.

Diagnosis pertama Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah d.d, karena pada saat pengkajian data subjektif Klien mengatakan tekanan darahnya selalu tinggi saat diperiksa dan Klien mengatakan sering kesemutan kemudian data objektif terdapat Edema pada bagian bawah kaki sebelah kanan, CRT > 3 detik, TD : 160/100 mmHg, klien merasa Kesemutan biasanya muncul atau bertambah berat saat klien melakukan aktivitas fisik seperti berjalan atau saat posisi kaki dilipat, dan berkurang saat klien duduk terlentang atau beristirahat. Sensasi yang dirasakan klien berupa rasa kesemutan disertai kebas. Lokasi keluhan terutama berada di kedua kaki tanpa menjalar ke bagian tubuh lain. Kesemutan ini telah dirasakan sejak 5 bulan terakhir dan semakin sering muncul, terutama setelah klien beraktivitas.

Diagnosis kedua yaitu Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis masalah ini penulis angkat karena pada saat pengkajian penulis menemukan data subjektif Klien mengatakan sering merasa nyeri kepala dengan Skala nyeri 4, klien juga tampak meringis

Diagnosis ketiga yaitu Defisit pengetahuan tentang diet hipertensi b.d kurang terpapar informasi. Pada saat pengkajian penulis menemukan data Klien merasa kebingungan mengapa dirinya sering merasakan kesemutan dan tidak tahu bagaimana cara mengontrol tekanan darahnya, Menu makan klien saat sakit yaitu nasi, sayur bening, ikan asin

Diagnosis keempat yaitu Risiko Jatuh d.d lingkungan tidak aman (lantai licin), penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data usia klien >65 tahun, riwayat jatuh, Klien mengatakan penglihatannya buram, Hasil TUG test klien yaitu waktu klien berjalan 10 langkah lalu kembali lagi ke kursi yaitu 28 detik, yang artinya klien termasuk ke dalam *variable mobility*, Hasil FR test klien tidak mampu berdiri dan tangan direntangkan, Lantai WC klien licin, Klien pernah terpeleset di WC 2 bulan yang lalu

3.7.3. Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi, penulis menemukan kesulitan dan hambatan hal ini dikarenakan diagnosis keperawatan yang ada pada teori sebagian tidak muncul pada kasus ini, sehingga perencanaan yang sudah terdapat pada teori tidak bisa semuanya dilaksanakan pada kasus yang terdapat di lapangan. Karena apabila perencanaan tidak sesuai dengan masalah yang di alami klien maka rencana tersebut tidak akan memperbaiki kondisi yang dialami oleh klien secara optimal.

Oleh karena itu, perencanaan yang penulis rumuskan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang didapatkan pada kasus di lapangan. Langkah langkah dalam perencanaan disesuaikan dengan panduan dari organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dengan buku yang digunakan yaitu SDKI, SLKI, dan SIKI untuk menentukan diagnosis keperawatan, sasaran dan tujuan keperawatan, rencana

keperawatan dan untuk mengevaluasi tindakan yang diberikan kepada klien tersebut.

Fokus rencana penulis akan dilakukan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.E berfokus pada pemberian rendam kaki menggunakan rebusan jahe merah dan relaksasi napas dalam untuk meningkatkan perfusi jaringan, menurunkan nyeri dan untuk menurunkan tekanan darah. Hal tersebut dilakukan karena klien mengalami kesemutan pada daerah kaki dan mengalami tekanan darah tinggi. Tindakan yang penulis lakukan berdasarkan pada hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, dari beberapa hasil penelitian yang telah penulis telaah dari berbagai jurnal ilmiah membuktikan bahwa pemberian terapi rendam kaki menggunakan rebusan jahe merah memberikan pengaruh yang signifikan terhadap penurunan tekanan darah.

Rencana tindakan untuk masalah Defisit pengetahuan dan Risiko jatuh adalah dengan memberikan edukasi Kesehatan dengan Pendidikan Kesehatan dan pencegahan jatuh terkait dengan hal-hal yang akan menyebabkan jatuh dan terkait dengan hipertensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018).

3.7.4. Implementasi Keperawatan

Dalam tahap ini, penulis melakukan implementasi sesuai intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya dengan persetujuan klien. Implementasi menggunakan keterampilan yang dimiliki oleh penulis dan sumber daya klien, serta implementasi yang dilakukan berdasarkan

evidence based practice (EBP) Maka dari itu penulis telah melaksanakan semua rencana tindakan keperawatan yang telah disusun, semua tindakan tersebut tidak sempurna, karena banyak faktor lainnya.

Diagnosis utama perfusi perifer tidak efektif, implementasi yang diterapkan oleh penulis pada hari pertama tanggal 2 juni 2025 penulis melakukan implementasi memeriksa sirkulasi perifer, dan mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, kemudian pada pertemuan ke 2 dan ke 3 tanggal 5-6 juni 2025 implementasi yang diterapkan adalah memeriksa tekanan darah, melakukan rendam air jahe, dan menganjurkan meminum obat pengontrol tekanan darah sesuai resep dokter.

Diagnosis kedua nyeri akut, implementasi yang diterapkan oleh penulis adalah hari pertama tanggal 2 juni 2025 penulis melakukan implementasi mengidentifikassi lokasi dan karakteristik nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, dan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri kemudian pada pertemuan ke 2 dan ke 3 tanggal 5-6 juni 2025 implementasi yang diterapkan adalah memberikan terapi non farmakologis relaksai napas dalam, dan mengkaji skala nyeri

Diagnosis ketiga yaitu defisit pengetahuan dengan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, melakukan pendidikan kesehatan mengenai penyakit yang diderita klien yaitu

hipertensi meliputi pengertian hipertensi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta perawatan hipertensi. Selain itu, penulis menerapkan intervensi komplementer untuk menurunkan tekanan darah pada klien yaitu dengan terapi rendam kaki menggunakan rebusan air jahe merah.

Diagnosis keempat yaitu resiko jatuh dengan mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan klien berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh dan menganjurkan klien untuk menyimpan barang pribadinya ditempat yang mudah dijangkau oleh klien.

Dari implementasi yang diberikan kepada Ny. E di dapatkan setelah dilakukannya terapi rendam kaki dengan jahe merah 2x dengan durasi 15 menit selama 1 minggu di dapatkan tekanan darah pada Ny. E Menjadi 140/90 mmHg.

3.7.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi juga merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang terjadi dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif) (Suriadi, 2020)

Evaluasi disusun menggunakan format SOAP yaitu diantaranya:

S: Berupa perasaan ungkapan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif

A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis

Evaluasi hasil dari diagnosa perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah bisa disimpulkan bahwa masalah teratasi karena hampir semua hasil yang diharapkan dapat terselesaikan yaitu keluhan kesemutan menghilang, tekanan darah menurun dari 160/100 mmHg menjadi 140/90 mmHg.

Evaluasi hasil dari diagnosa nyeri akut bisa disimpulkan bahwa masalah teratasi karena hampir semua hasil yang diharapkan dapat terselesaikan yaitu keluhan nyeri berkurang, skala nyeri dari 4 menjadi 1 tekanan darah menurun dari 160/100 mmHg menjadi 140/90 mmHg.

Evaluasi hasil dari diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi disimpulkan bahwa masalah keperawatan klien teratasi didapatkan hasil hampir semua sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan suatu topik meningkat dan pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, klien juga dapat menjelaskan kembali terkait edukasi dan pendidikan kesehatan yang diberikan terkait dengan penyakit hipertensi, klien juga dapat mencoba

sendiri untuk menurunkan tekanan darah dengan teknik non farmakologi yang diberikan yaitu dengan rendam kaki menggunakan rebusana jahe merah disaat tekanan darahnya sedang meningkat.

Evaluasi hasil dari diagnosa keperawatan resiko jatuh disimpulkan bahwa masalah keperawatan klien teratasi karena hampir semua sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu keluarga mengatakan mengerti akan membantu pasien dalam melakukan kegiatan di rumah, keluarga tampak kooperatif dalam menurunkan risiko jatuh klien.

3.7.6. Pembahasan *Evidence Based Practice*

Pada saat melakukan studi kasus dilapangan ada beberapa masalah keperawatan yang muncul dengan beberapa tanda dan gejala yang mendukung terhadap masalah keperawatan yang dialami klien diantaranya yaitu perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, defisit pengetahuan, dan risiko jatuh. Pada saat dilakukan pengkajian diketahui bahwa klien menderita hipertensi dan diagnosis utama yang muncul yaitu perfusi perifer tidak efektif ditandai dengan klien mengatakan tekanan darahnya selalu tinggi saat diperiksa. Intervensi utama yang menjadi fokus kelolaan yaitu perfusi perifer tidak efektif yang merupakan diagnosis pertama karena klien mengatakan tekanan darahnya tinggi dan kesemutan pada kaki. Oleh karena itu, penulis memberikan intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan perfusi perifer tersebut dengan teknik rendam kaki menggunakan rebusan air jahe merah hangat dan

intervensi tersebut sudah berbasis bukti atau sesuai dengan *evidence based practice*.

Implementasi yang diberikan kepada Ny. E yaitu rendam kaki dengan air rebusan jahe merah hangat. Instrumen yang digunakan berupa tensimeter. Rebusan air jahe merah dibuat dengan perbandingan jahe : air yaitu 1 : 30 dengan kadar jahe 50 gram (berbentuk rimpang utuh), selanjutnya digeprek kasar dan direbus sampai mendidih. Lalu diamkan selama beberapa menit dan aplikasikan pada suhu 39°- 40°C. Rendam kaki dilakukan selama 15 menit dengan pemeriksaan tekanan darah pasien dilakukan sebelum dan sesudah terapi berlangsung. Rebusan jahe merah hangat diberikan sampai menutup mata kaki, untuk menjaga suhu air tetap stabil baskom ditutup menggunakan handuk. Setelah intervensi selesai, keringkan kaki dengan menggunakan handuk. Rendam kaki dengan rebusan jahe merah hangat dilakukan sebanyak 6 kali dalam 2 minggu (Fithriyani,et.al.,2020).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rusman, dkk (2022) Terapi rendam kaki air jahe *light massage* secara signifikkannya Membantu menurunkan tekanan darah, penelitian lebih lanjut bisa mengetahui klasifikasi perubahan yang didapatkan sebelumnya serta sesudah perawatan.

Dalam penelitian yang dilakukan syamsudin dkk., (2023) pengaruh terapi rendam kaki menggunakan jahe merah terhadap penurunan tekanan darah pasien hipertensi di Puskesmas Limboto hasil

menunjukkan Air jahe panas mempunyai kandungan minyak atsiri serta bisa melancarkan peredaran darah, terdapatnya senyawa gingerol yang memperlebar pembuluh darah serta melancarkan peredaran darah sehingga terjadi penurunan tekanan darah. Oleh karena itu, terapi merendam kaki dengan air jahe panas diharapkan dapat diberikan pada pasien hipertensi agar tekanan darahnya dapat diturunkan.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nashrullah et al., (2020) dengan judul *Effect Hydrotherapy* menggunakan jahe merah untuk penurunan hipertensi pada lansia di dapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh pemberian *hydrotherapy* kaki dengan rebusan jahe merah hangat terhadap tekanan darah sistolik dan diastolik sebelum maupun sesudah diberikan terapi rendam kaki dengan jahe merah pada lansia yang mengalami hipertensi. Dibuktikan dengan menunjukkan rata-rata penurunan tekanan darah sistolik sebesar 20 mmHg dan tekanan diastolik sebesar 10 mmHg. Air hangat memiliki dampak fisiologis bagi tubuh. Tekanan hidrostatik air terhadap tubuh akan mendorong pembesaran pembuluh darah dari kaki menuju ke rongga dada dan darah akan berakumulasi di pembuluh darah jantung. Air hangat akan menyebabkan dilatasi pembuluh darah, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas.

Dengan demikian pemberian terapi rendam kaki menggunakan jahe merah pada lansia dapat menurunkan tekanan darah. Pada saat

penatalaksanaan/pemberian intervensi terhadap klien dengan masalah keperawatan yang muncul pada klien ini di batasi oleh waktu dan tempat, pemberian intervensi yang seharusnya diberikan selama 6 hari namun dilakukan sebanyak 3 hari, dan diimbangi dengan intervensi keperawatan lainnya seperti, melakukan kontrol rutin ke faskes terdekat, meminum obat pengotrol darah secara rutin sesuai resep dokter, dan melakukan gaya hidup yang sehat sesuai intervensi keperawatan yang telah diberikan pada materi penkes tentang diet hipertensi pada lansia.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis asuhan keperawatan pada Ny. E dengan hipertensi menggunakan intervensi terapi rendam kaki air jahe merah di wilayah kerja Puskesmas DTP Tarogong Kabupaten Garut, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis dapat melaksanakan pengkajian didapatkan data Ny. E mengatakan tekanan darahnya selalu tinggi saat diperiksa, klien mengatakan sebelumnya mempunyai riwayat tekanan darah tinggi atau hipertensi, klien mengeluhkan sering mengalami kesemutan pada kedua kakinya. Keluhan ini biasanya muncul atau bertambah berat saat klien melakukan aktivitas fisik seperti berjalan atau saat posisi kaki dilipat, dan berkurang saat klien duduk terlentang atau beristirahat. Sensasi yang dirasakan klien berupa rasa kesemutan disertai kebas. Lokasi keluhan terutama berada di kedua kaki tanpa menjalar ke bagian tubuh lain. Klien mengaku keluhan ini cukup mengganggu aktivitas sehari-hari, terutama saat berjalan dan berdiri lama.
2. Penulis dapat menegaskan diagnosis keperawatan dan menentukan prioritas masalah berdasarkan analisa data. Pada pasien Ny. E penulis menemukan diagnosis keperawatan sebagai berikut :

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
 - b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
 - c. Defisit pengetahuan tentang diet hipertensi berhubungan dengan kurang terpapar informasi
 - d. Risiko Jatuh berhubungan dengan lingkungan tidak aman (lantai licin), usia >65 tahun, riwayat jatuh.
3. Penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan dengan dengan Hipertensi sesuai dengan masalah yang muncul berdasarkan prioritas yaitu Pada tahap perencanaan, Intervensi keperawatan yang diberikan pada Ny.A yaitu dengan perawatan sirkulasi, manajemen nyeri, edukasi kesehatan, dan pencegahan jatuh.
4. Penulis dapat melakukan implementasi keperawatan yang telah dibuat untuk mengatasi masalah kesehatan yang timbul pada pasien dengan Hipertensi dalam menurunkan tekanan darah yaitu dengan rendam kaki menggunakan air rebusan jahe merah yang dilakukan sesuai dengan *Evidence Based Practice* (EBP).
5. Penulis dapat melakukan evaluasi keperawatan berdasarkan tindakan yang telah dilakukan. Setelah dievaluasi didapatkan kesimpulan yaitu perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, defisit pengetahuan tentang diet hipertensi, dan risiko jatuh telah teratasi semua. Hal tersebut dapat terlaksana dikarenakan klien dapat bekerja sama dalam

melakukan tindakan keperawatan dan dapat melaksanakan saran yang telah dianjurkan oleh penulis dengan baik.

6. Berdasarkan hasil dan tahapan *Evidence Based Practice* (EBP) yang telah dilakukan yaitu penerapan rendam air jahe merah hangat pada Ny.E dengan Hipertensi didapatkan hasil evaluasi untuk menurunkan tekanan darah menggunakan teknik rendam kaki menggunakan air jahe merah terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah dari 160/100 menjadi 140/80 selama 3 hari dan diimbangi oleh melakukan kontrol rutin ke faskes terdekat, meminum obat pengotrol darah secara rutin sesuai resep dokter, dan melakukan gaya hidup yang sehat sesuai intervensi keperawatan yang telah diberikan pada materi penkes tentang diit hipertensi pada lansia.

4.2 Saran

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan tenaga kesehatan, khususnya perawat, dapat menjadikan terapi rendam kaki air jahe merah sebagai salah satu alternatif intervensi non-farmakologis dalam upaya pengendalian tekanan darah pada pasien hipertensi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah ini dapat menjadi referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan terkait penerapan terapi komplementer, serta sebagai bahan pembelajaran mahasiswa dalam praktik klinik.

3. Bagi Masyarakat

Terapi rendam kaki air jahe merah dapat dipraktikkan secara mandiri di rumah sebagai tindakan sederhana untuk membantu menurunkan tekanan darah, dengan tetap memperhatikan pola hidup sehat dan pengobatan medis yang dianjurkan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Disarankan untuk melakukan penelitian dengan jumlah responden lebih banyak, durasi terapi yang lebih lama, serta membandingkan efektivitasnya dengan intervensi non-farmakologis lain agar hasil penelitian lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung, S. D. (2015). *Pengaruh Terapi Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi*.
- Armilawaty, Amalia H, Amirudin R (2017). Hipertensi Dan Faktor Resikonya Dalam Kajian Epidemiologi. Bagian Epidemiologi Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin Makassar.
- Aspiani, R. (2016). Asuhan keperawatan pada pasien hipertensi. Jakarta: EGC.
- Dewi Tri Haryanti, E. D. Noorratri, & N. Haryani. (2024). Penerapan Teknik Rendam Kaki Air Hangat dengan Jahe Merah terhadap Perubahan Tekanan Darah di Kelurahan Joyotakan Kota Surakarta. Indonesian Journal of Health.
- Ekawati. (2021). Proses pengkajian keperawatan: Teori dan praktik. Yogyakarta: Deepublish.
- Fakhrudin N,S., Noor F. (2021). Rendam Kaki Rebusan Air Jahe Merah Berpengaruh terhadap Penurunan Tekanan Darah Penderita Hipertensi. Jurnal Ilmiah Kesehatan Vol 14, No 1, Maret 2021, ISSN 1978-3167, E-ISSN 2580-135X.
- Fitriatussa'adah, R. Udiyani, & F. Putra. (2024). Pengaruh Rendam Kaki Air Jahe Hangat terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Lansia Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Empat Kabupaten Tanah Bumbu. Jurnal Mahasiswa Kesehatan.
- Fithriyani, Putri, M. E., & Nasrullah, D. (2020). *Effect of Hydrotherapy Warm Red Ginger to Reduce Blood Pressure on Elderly at Panti Werdha Budi Luhur , Jambi*. Indian Journal of Public Health Research & Development, 11(03), 1968–1972.
- Hardianti, I., Nisa, K., & Wahyudo, R. (2018). *Manfaat Metode Perendaman dengan Air Hangat dalam Menurunkan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi*. Jurnal Medula, 8(1), 61–64.
- Kadir, A. (2018). Hubungan Patofisiologi Hipertensi dan Hipertensi Renal. Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma, 5(1), 15. <https://doi.org/10.30742/jikw.v5i1.2>
- Kholifah, S. N. (2016). Keperawatan Gerontik. Pusat Pendidikan Sumber Daya.
- Lidia Hawa Gallu, W. Paju, S. D. R. P. Santoso, & H. Hariawan. (2023). Terapi Komplementer Rendam Kaki Air Jahe Hangat untuk Penurunan Tekanan Darah Pasien Hipertensi di Puskesmas Puu Weri Kabupaten Sumba Barat. Jurnal Keperawatan Sumba.

- Marlin Muksin, Sabirin B. Syukur, & Fadli Syamsuddin. (2023). Pengaruh Terapi Rendam Kaki Air Hangat Jahe Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Limboto. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 2(1), 91–101.
- Melizza. (2018). Implementasi dan evaluasi keperawatan dalam praktik klinik. Bandung: Refika Aditama.
- Mujahidullah. (2017). Konsep dasar keperawatan medikal bedah. Yogyakarta: Deepublish.
- Nasrul Sani, F., & Fitriyani, N. (2021). Rendam Kaki Rebusan Air Jahe Merah Berpengaruh terhadap Penurunan Tekanan Darah Penderita Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 14(1), 67–76.
- Nasution, R., Simanjuntak, A., & Sari, N. (2022). Efek terapi farmakologis terhadap kepatuhan lansia hipertensi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(1), 45–52.
- Nurahmandani, A. R., Hartati, E., & Supriyono, M. (2016). Efektivitas Pemberian Terapi Rendam Kaki Air Jahe Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Panti Werdha Pucang Gading Semarang. *Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 1–13.
- Putri, A., Santoso, H., & Dewi, R. (2020). Faktor risiko hipertensi pada lansia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(2), 89–97.
- Ratnawati, E. (2017). Asuhan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sabtria, W. S, et all. (2023). *The Effect of Warm Ginger Water Foot Bath on Blood Pressure Reduction in Hypertensive Elderly at Sialang Baru*. *KnE Medicine*, 11–24. 10.18502/kme.v3i1.12694
- Sucipto, Muhamad Bayu, et all. (2019). Efektifitas Terapi Rendam Kaki Dengan Air Jahe Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Kecamatan Cempaka Putih Jakarta Pusat. 53(9), 1689–1699.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat

- Wahyuni, N., & Lestari, D. (2023). Pengaruh rendam kaki jahe merah terhadap tekanan darah lansia hipertensi. *Jurnal Keperawatan Holistik*, 7(2), 120–128.
- Widiya, N, Rusman, A. (2022). *Efektivitas Terapi Pasien Hipertensi dengan Intervensi Inovasi Rendam Kaki Air Jahe Kombinasi Light Massage di Ruang Rawat Inap Dewasa RSI PKU Muhammadiyah Palangkaraya. J Pendidik Dan Konseling*. 2022:394–405.
- Wulandari, T., Susilo, H., & Fitriani, A. (2020). Terapi komplementer pada lansia hipertensi: Rendam kaki jahe merah. *Jurnal Keperawatan Medisurg*, 6(1), 15–23.
- Zaeni Fahrhan, S. Gunardi, & S. Kamillah. (2023). Pengaruh Terapi Rendam Kaki Air Hangat Jahe Merah terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Lansia Penderita Hipertensi di Kampung Bayabang Desa Talaga Kecamatan Cugenang Kabupaten Cianjur. *Interdisciplinary Explorations in Research Journal*.
- Zulfiana, A. (2019). *Lanjut usia: Konsep dan perawatan*. Surabaya: Airlangga University Press.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

*Lampiran 1***SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

Topik/Materi	: Diit Hipertensi
Sasaran	: Ny.E dan Keluarga
Hari/Tgl	: 05 Juni 2025
Lokasi Waktu	: 30 menit
Tempat	: Rumah Ny.E

A. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan selama 30 menit, pasien dapat memahami tentang diit hipertensi

B. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan, peserta penyuluhan dapat:

1. Mengerti dan memahami pengertian hipertensi.
2. Mengerti dan memahami diet penderita hipertensi
3. Mengerti dan memahami penyebab hipertensi.
4. Mengerti dan memahami tanda dan gejala hipertensi.
5. Mengerti dan memahami komplikasi hipertensi.

C. Pokok Bahasan

Diit Hipertensi

D. Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Tahap Kegiatan Pendidikan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Media Penyuluhan
Pendahuluan (5 menit)	1. Memberi salam, memperkenalkan diri, dan membuka penyuluhan. 2. Menjelaskan materi secara umum. 3. Menjelaskan tentang TIU dan TIK	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan 4. Menerima	Poster
Penyajian (10 menit)	Menjelaskan: 1. Diet hipertensi	Mendengarkan dan bertanya	Poster

Penutup (10 menit)	1. Memberi pertanyaan pada peserta tentang materi yang telah dijelaskan. 2. Meminta peserta mengulang kembali materi yang telah diberikan 3. Menutup pertemuan dan memberi salam.	1. Menjawab pertanyaan 2. Mengulang 3. Memperhatikan dan menjawab salam.	
-----------------------	---	--	--

E. Media Penyuluhan

Poster

F. Metode Penyuluhan

Ceramah dan diskusi

G. Evaluasi

1. Struktur

a. Persiapan Penyuluh

- 1) Penyuluh menyiapkan diri untuk membawakan materi yang akan disampaikan kepada peserta penyuluhan.
- 2) Penyuluh mampu menyiapkan satuan acara penyuluhan (SAP)

b. Media

Media yang digunakan berupa poster

c. Peserta

- 1) Peserta bersedia mengikuti acara penyuluhan

d. Tempat

Tempat penyuluhan berada dalam suasana yang nyaman dan kondusif untuk mendukung pelaksanaan penyuluhan.

2. Proses

- a. Penyuluhan membuat kontrak dengan peserta untuk waktu pelaksanaan kegiatan penyuluhan.
- b. Peserta mengikuti kegiatan penyuluhan sejak awal hingga akhir kegiatan.
- c. Penyuluh mampu menarik perhatian peserta terhadap materi yang disampaikan.
- d. Peserta diharapkan berperan aktif selama kegiatan penyuluhan.
- e. Kegiatan penyuluhan berjalan secara sistematis.

3. Hasil

- a. Penyuluh mampu memberikan materi penyuluhan yang telah dibuat minimal 90% dari materi penyuluhan.
- b. Peserta diharapkan mengerti mengenai materi penyuluhan minimal 90%
- c. Saat penyuluh melakukan evaluasi kepada peserta diharapkan peserta dapat memberikan umpan balik yang positif misalnya peserta dapat menjawab pertanyaan

penyuluh

- d. Media dapat terdistribusi kepada peserta penyuluhan

I. Lampiran

1. Materi
2. Media yang digunakan (poster)

MATERI PENYULUHAN

Diit Hipertensi Pada Lansia

1. Rendah Lemak Jenuh dan Kolesterol

Lemak jenuh dan kolesterol dapat menyumbat pembuluh darah, memperparah hipertensi, serta meningkatkan risiko serangan jantung dan stroke.

Contoh makanan yang boleh dikonsumsi:

- Ikan (salmon, kembung – kaya omega-3)
- Dada ayam tanpa kulit
- Tahu, tempe
- Minyak zaitun atau canola (dalam jumlah kecil)
- Susu rendah lemak (low-fat)

Contoh makanan yang harus dihindari:

- Jeroan (hati, usus, otak)
- Daging merah berlemak
- Gorengan
- Santan kental
- Mentega dan margarin padat

2. Tinggi serat

Serat membantu mengontrol tekanan darah, menurunkan kolesterol, dan memperlancar pencernaan.

Contoh makanan tinggi serat:

- Sayuran hijau (bayam, brokoli, kangkung)
- Buah segar (apel, pir, jeruk, pepaya, pisang)
- Biji-bijian utuh (beras merah, oatmeal, roti gandum)
- Kacang-kacangan tanpa garam (kacang hijau, kacang merah)

3. Tinggi kalium, magnesium, dan kalsium

Ketiga mineral ini membantu relaksasi pembuluh darah dan menyeimbangkan tekanan darah.

Contoh sumber makanan:

- Kalium: pisang, ubi, alpukat, tomat
- Magnesium: bayam, kacang almond, biji bunga matahari
- Kalsium: brokoli, yoghurt plain, susu rendah lemak

4. Cukup cairan dan bebas alkohol

Hidrasi cukup membantu sirkulasi darah yang sehat, sementara alkohol memperburuk tekanan darah.

Contoh minuman yang dianjurkan:

- Air putih minimal 6–8 gelas/hari
- Infused water (air putih dengan potongan lemon, mentimun, dsb.)
- Jus buah segar tanpa gula

Yang harus dihindari:

- Alkohol
- Minuman bersoda
- Minuman manis kemasan
- Kopi berlebihan (maksimal 1 cangkir/hari)

5. Menghindari makanan olahan tinggi natrium (garam)

Garam (natrium) berlebih dapat meningkatkan tekanan darah. Batas konsumsi maksimal adalah sekitar 1 sendok teh garam dapur (2.000 mg natrium) per hari.

Contoh makanan yang harus dihindari:

- Mie instan
- Sarden atau daging kalengan
- Makanan cepat saji (nugget, sosis, kentang goreng)
- Camilan asin (kerupuk, keripik)

- Bumbu instan, kecap asin, saus botol, terasi

Alternatif sehat:

Masak dengan bumbu alami (bawang putih, jahe, kunyit, daun salam, perasan jeruk/lemon)



Makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi oleh penderita tekanan darah tinggi:

Atur Pola Makanmu!

1 Rendah Lemak Jenuh dan Kolesterol. Makanan yang boleh: Ikan Kembung, dada ayam, tahu, tempe. Makanan yang tidak boleh: Jeroan (hati, usus), daging merah berlemak, gorengan, santan kental.

2 Tinggi serat, seperti: sayuran hijau (bayam, kangkung), buah segar (jeruk, pepaya, pisang), kacang-kacangan tanpa garam (kacang hijau, kacang merah)

3 Cairan yang Cukup: air putih minimal 6–8 gelas/hari, jus buah segar tanpa gula. Yang harus dihindari: Minuman bersoda, minuman manis kemasan, kopi berlebihan (maksimal 1 cangkir/hari).

4 Menghindari makanan tinggi (garam). Batas konsumsi garam dalam makanan maksimal adalah sekitar 1 sendok teh/hari. Contoh makanan yang harus dihindari: Mie instan, sarden, camilan asin (kerupuk, keripik), terasi, ikan asin.



Lampiran 2

LEMBAR BIMBINGAN

LEMBAR BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Nama : Alia Nurfajri Rahman
 Nim : KHGD24063
 Pembimbing : Wahyudin, S.Kep.,M.Kes
 Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Hipertensi pada Ny. E dengan Katz Index A dengan Teknik Rendam Jahe Merah Hangat Di Wilayah Kerja Puskesmas DTP Tarogong Kabupaten Garut

NO	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	TTD
	Masuk	keluar			
1	19/09/25	19/09/25	Judul	- Acc judul - Lanjut EBP	W
2	25/02/25	25/02/25	EBP	- Tambahkan artikel intervensi - Lanjut BAB 1	W

3	12/25 03	12/25 03	BAB 1	- Tambahkan sistematika penulisan - Lanjut BAB 2	W
4	17/25 04	17/25 04	- BAB 1 - BAB 2	- ACC BAB 1 - Perbaiki penulisan BAB 2 - Lengkapi materi dan SOP	W
5	6/25 06	6/25 06	BAB 2	- ACC BAB 2 - Lanjut BAB 3	W
6	02/2025 07	02/2025 07	BAB 3	- Lengkapi pembahasan - Lanjut BAB 4	W

7	17/2015 05	17/2015 05	- BAB 3 - BAB 4	- ACC bab 3 - Perbaiki kesimpulan BAB 4	W
8	23/2015 05	23/2015 05	- BAB 4 - Abstrak	- ACC BAB 4 - Lengkapi draft sidang - ACC sidang.	W

*Lampiran 3***DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

- **Identitas Diri**

Nama	: Alia Nurfajri Rahman
NIM	: KHGD24063
Tempat, Tanggal Lahir	: Garut, 03 Maret 2001
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Segleng RT.02 RW.08 Desa Paas Kec. Pameungpeuk Kab. Garut Prov. Jawa Barat

- **Riwayat Pendidikan**

2006-2007	: TK Aisyiyah Bustanul Athfal Pameungpeuk
2007-2013	: SDN 2 Pameungpeuk
2013-2016	: SMPN 1 Pameungpeuk
2016-2019	: MAN 3 Garut
2020-2024	: STIKes Karsa Husada Garut Prodi S1 Keperawatan
2024-2025	: STIKes Karsa Husada Garut Prodi Profesi Ners

- **Riwayat Penelitian/Karya Tulis**

1. Studi Fenomenologi : Strategi Koping Ibu dalam Pengasuhan Anak *Down Syndrome* Di SLB Negeri B Garut
2. Analisis Asuhan Keperawatan Hipertensi pada Ny.E dengan *Katz Index A* Dan Intervensi Teknik Rendam Jahe Merah Hangat Di Wilayah Kerja Puskesmas DTP Tarogong Kabupaten Garut