

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK
HIPERTENSI PADA TN.A DENGAN INTERVENSI RENDAM
KAKI AIR HANGAT DI DESA JATI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TAROGONG KALER GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

Fachri Muhamad Husen

KHGD24056



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

2025

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya mengatakan bahwa:

1. Karya Ilmiah Akhir Ners ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Ners keperawatan dari STIKes Karsa Husada Garut maupun diperguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah murni gagasan, rumusan dan analisa saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak dapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di publishkan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan dalam Daftar Pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh, dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar akademik yang diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, September 2025

Yang membuat Pernyataan

FACHRI MUHAMAD H

KHGD24056

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK
HIPERTENSI PADA TN.A DENGAN INTERVENSI
RENDAM KAKI AIR HANGAT DI DESA JATI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG KALER
GARUT**

NAMA : FACHRI MUHAMAD HUSEN
NIM : KHGD24056

KARYA ILMIAH AKHIR-NERS

Diajukan untuk menempuh Ujian Akhir pada Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, September 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Wahyudin, S.Kep..M.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK
HIPERTENSI PADA TN.A DENGAN INTERVENSI
RENDAM KAKI AIR HANGAT DI DESA JATI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG KALER
GARUT**

NAMA : FACHRI MUHAMAD HUSEN

NIM : KHGD24056

Garut, September 2025

Menyetujui,

Penguji 1

Penguji 2

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

Tantri Puspita, S.Kep.,Ners,.M.NS

Mengetahui,

Mengesahkan,

Ketua Program Studi Profesi Ners

Pembimbing

STIKes KARSA HUSADA GARUT

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

Wahyudin, S.Kep..M.Kes

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

Fachri muhamad Husen
¹, Wahyudin,²

¹Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

²Dosen STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRAK

Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik Hipertensi Pada Tn.A Dengan Intervensi Rendam Kaki Air Hangat Di Desa Jati Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kaler Garut

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah gangguan jantung dan pembuluh darah yang ditandai oleh peningkatan tekanan darah. Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi meliputi genetic ras kondisi regional budaya social dan gaya hidup yang kurang sehat. Analisis ini bertujuan untuk menganalisis asuhan keperawatan pada pasien hipertensi serta intervensi terapi rendam kaki menggunakan air hangat di wilayah Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang mencakup pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi, dilaksanakan antara 28 Juni hingga 1 Juli 2024. Hasil pengkajian menunjukkan tiga masalah keperawatan: nyeri kronis, risiko jatuh, dan defisit pengetahuan. Penulis merencanakan manajemen nyeri melalui intervensi rendam kaki dengan air hangat berdasarkan Evidence-Based Practice, bertujuan untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki sirkulasi darah perifer. Setelah tiga hari dilakukan tindakan, tekanan darah pasien menunjukkan adanya penurunan. Rekomendasi dari analisis ini adalah agar dapat menjadi acuan dan referensi untuk meningkatkan pengetahuan dan kualitas asuhan keperawatan bagi lansia dengan hipertensi.

Kata Kunci : Nyeri, Hipertensi , Rendam kaki air hangat

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

Fachri Muhamad Husen¹
Wahyudin²

¹Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

²Dosen STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRACT

Analysis of Geriatric Hypertension Nursing Care for Mr. K with Warm Foot Soak Intervention in Jati Village, Tarogong Kaler Health Center, Garut

Hypertension or high blood pressure is a cardiovascular disorder characterized by an increase in blood pressure. Several factors contribute to the occurrence of hypertension, including genetics, race, regional conditions, social culture, and unhealthy lifestyles. This analysis aims to evaluate nursing care for patients with hypertension and the therapeutic intervention of warm foot soaks at the Tarogong Health Center in Garut Regency. The research method used is descriptive qualitative with a case study approach, covering assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation, and evaluation, conducted from June 28 to July 1, 2024. The assessment results identified three nursing problems: acute pain, risk of falls, and knowledge deficit. The author planned pain management through warm foot soak interventions based on Evidence-Based Practice, aiming to reduce blood pressure and improve peripheral blood circulation. After three days of intervention, the patient's blood pressure showed a decrease. The author's recommendation is for this to serve as a reference to enhance knowledge and the quality of nursing care for elderly patients with hypertension.

Keywords : Pain, Hypertension, Foot Soaking with Warm Water

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Ilahi Robbi yang maha sempurna Allah SWT, karena dengan rahmat, karunia dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan salah satu tugas Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul "**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK HIPERTENSI PADA TN.A DENGAN INTERVENSI RENDAM KAKI AIR HANGAT DI DESA JATI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG KALER GARUT**"

Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis menyadari sepenuhnya akan segala kesalahan dan kekurangan, baik dalam penggalan materi maupun bahasanya, untuk itu penulis mohon kritik dan saran sebagai masukan yang bersifat membangun.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak terlepas dari bantuan, pengarahan, dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Dr. H. Hadiat MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, SE, M. Si., selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Dr.Iwan Wahyudi, S Kep, M.Kep. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Prodi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
5. Wahyudin, S.Kep..M.Kes selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan serta saran kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners.
6. Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep selaku penguji 1 pada saat sidang Karya Ilmiah Akhir Ners sehingga penulis dapat mengetahui segala kekurangan dari Karya Ilmiah Akhir Ners.
7. Tantri Puspita, S.Kep.,Ners.,M.NS selaku penguji 2 pada saat sidang Karya Ilmiah Akhir Ners sehingga penulis dapat mengetahui segala kekurangan dari Karya Ilmiah Akhir Ners.
8. Para Dosen dan Staf Kependidikan dan Tata Usaha di lingkungan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Kepada Tn. A yang telah bersedia berpartisipasi dan membantu dalam penyusunan laporan kasus ini.
10. Kepada kepala Desa Jati, sebagai lahan praktik pengkajian kasus Karya Ilmiah Akhir Ners.
11. Yang teristimewa yaitu keluarga penulis, teruntuk alm ayahanda , Ibunda, dan kakak-kakaku tersayang, yang telah memberikan dukungan, terima kasih atas dorongan do'a, nasihat, dan pengorbanan baik materi serta moril selama

penulis menempu studi, penulis ucapkan terima kasih banyak dan sangat bersyukur menjadi bagian keluarga yang sangat sayang kepada penulis.

12. Semua rekan-rekan seperjuangan Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis belajar banyak dari pengalaman yang kita lalui bersama.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang turut membantu sehingga karya tulis ini dapat diselesaikan. Akhir kata kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan ini, penulis mengucapkan terimakasih dan semoga Allah senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua, aamiin.

Garut, September 2025

Fachri Muhamad H
KHGD24056

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT	x
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	x
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. Metode Pengumpulan data.....	5
1.4. Manfaat Penulisan.....	5
1.4.1. Bagi Pasien Hipertensi.....	5
1.4.2. Bagi Profesi Keperawatan	5
1.4.3. Bagi Mahasiswa	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
2.1. Lansia.....	6
2.1.1. Pengertian	6
2.1.2. Batasan Usia Lansia	7
2.1.3. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	7
2.2. Konsep Hipertensi.....	9
2.2.1. Pengertian	9
2.2.2. Klasifikasi	9
2.2.3. Patofisiologi	11
2.2.4. Pathway.....	13
2.2.5. Manifestasi Klinis.....	14

2.2.6. Penatalaksanaan	14
2.2.7. Komplikasi.....	17
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi	19
2.3.1. Pengkajian.....	19
2.3.2. Diagnosa Keperawatan	35
2.3.3. Intervensi Keperawatan	36
2.3.4. Implementasi Keperawatan.....	43
2.3.5. Evaluasi Keperawatan.....	46
2.4. Konsep Rendam Air Hangat	49
2.4.1. Pengertian	49
2.4.2. Tujuan	50
2.4.3. Standar Prosedur Operasional (SPO).....	50
2.4.4. Evidence Based Practice	53
2.4.5. Pengertian	53
2.4.6. Tujuan EBP	53
2.4.7. Jurnal Terkait	55
BAB III TINJAUAN KASUS	58
3.1. Pengkajian.....	58
3.1.1. Riwayat Kesehatan	60
3.1.2. Pemeriksaan Fisik	64
3.2. Analisa Data.....	77
3.3. Diagnosa Keperawatan	78
3.4. Perencanaan	80
3.5. Implementasi.....	87
3.6. Catatan Perkembangan	89
3.7. Pembahasan	91
3.7.1. Pengkajian Data dan Analisa Data.....	92
3.8.1. Diagnosis Keperawatan	93
3.8.2. Perencanaan Keperawatan	97
3.8.3. Implementasi Keperawatan.....	100

3.8.4. Evaluasi Keperawatan.....	103
3.8. Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i> (EBP)	104
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	107
3.9. Kesimpulan	107
3.10. Saran	108
3.10.1. Puskesmas	108
3.10.2. Instansi Perguruan Tinggi	108
3.10.3. Mahasiswa Peneliti	108
DAFTAR PUSTAKA.....	x
LAMPIRAN	xv

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway.....	13
------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Katz index	21
Tabel 2.2 Short Portable Mental Status Quesioner SPMSQ	25
Tabel 2.3 Mini Mental Status Exam (MMSE)	26
Tabel 2.4 Skreening resiko jatuh.....	29
Tabel 2.5 The time up and Go (TUG) test	29
Tabel 2.6 Tabel Tingkat Depresi.....	30
Tabel 2.7 Tabel Intervensi Keperawatan	36
Tabel 2.8. SPO Rendam Kaki Air Hangat	52
Tabel 2.9 Jurnal.....	55
Tabel 3.1 Nutrisi metabolik.....	61
Tabel 3.2 Pola Eliminasi	62
Tabel 3.3 APGAR Keluarga	67
Tabel 3.4 SPMSQ.....	68
Tabel 3.5 MMSE	69
Tabel 3.6 KATZ Indeks	72
Tabel 3.7 Fungsional reach	74
Tabel 3.8 The Timed Up And Go (TUG)	75
Tabel 3.9 Skala depresi	75
Tabel 3.10 Analisa Data	77
Tabel 3.11 Perencanaan	80
Tabel 3.12 Implementasi.....	87
Tabel 3.12 Catatan Perkembangan.....	89

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Hipertensi merupakan penyakit dimana tekanan darah pada seseorang melebihi ambang batas normal yang telah ditentukan. Menurut WHO, tekanan darah dapat dikatakan tinggi jika tekanan darah sistoliknya berada diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastoliknya berada di atas 90mmHg (WHO, 2023).

Data *World Health Organization* (WHO, 2023) ada sekitar satu milyar orang di dunia yang mengalami hipertensi dan berada di negara berkembang dan diprediksi tahun 2025 akan menjadi 29 % atau 1,6 miliar orang di seluruh dunia mengalami hipertensi. Tahun 2022 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia memiliki hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Prevalensi hipertensi di Asia Tenggara menempati posisi ke-3 dengan persentase 25% dari penduduk Asia Tenggara (Kemenkes RI, 2022).

Prevalensi kejadian hipertensi pada lansia di Indonesia sebesar 45.9% pada usia 55-64 tahun, 57,6% pada usia 65-74 tahun dan 63,8% pada usia >75 tahun (Kemenkes 2023). Sedangkan prevalensi hipertensi di Jawa Barat, yang didapat melalui sensus pada data provinsi Jawa Barat di dapatkan bahwa Jawa Barat menempati posisi ke-4 dengan kasus hipertensi terbanyak yaitu sebesar (29,4%) (Riskesdas, 2013). Pada tahun 2018, Jawa Barat menduduki urutan ke dua sebagai provinsi dengan kasus hipertensi tertinggi di Indonesia yaitu sebesar 44.1% (Riskesdas, 2018).

Dinas Kesehatan Sedangkan di Kabupaten Garut pada tahun 2023 jumlah penderita hipertensi sebanyak 861.324 orang (Dinkes Garut,2023). Hal tersebut menunjukkan bahwa kesadaran penderita hipertensi untuk pengobatan menurunkan tekanan darahnya masih kurang.

Pengobatan hipertensi sangat perlu ditingkatkan tujuannya untuk mencegah kenaikan hipertensi yang mengakibatkan terjadinya komplikasi penyakit lain. Pada umumnya penatalaksanaan tekanan darah tinggi terbagi dua yaitu meliputi terapi farmakologi (obat anti hipertensi, diuretic, penyekat beta, penghambat enzim konversi angiotensin, penghambat reseptor angiotensin dan antagonis kalsium). Sedangkan pengobatan nonfarmakologis dilakukan dengan cara mengubah pola hidup menjadi lebih sehat seperti berhenti merokok, mengurangi konsumsi alkohol, mengurangi konsumsi garam dan lemak, memperbanyak konsumsi buah, bila memiliki berat badan lebih dapat melakukan diet, latihan fisik dan terapi komplementer (Corwin,2009).

Terapi komplementer merupakan terapi pengobatan alami yang salah satu yang dapat dilakukan untuk menurunkan dan mengontrol tekanan darah yaitu dengan rendam kaki air hangat (Joseph E. 2020). Terapi rendam air hangat merupakan terapi non farmakologi yang dapat menurunkan tekanan darah. Pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, rendam kaki dengan air hangat termasuk kedalam intervensi kompres panas karena metode yang digunakan pada intervensi ini bersentuhan secara langsung dengan objek tanpa ada perantara lain, metode ini sesuai dengan definisi yang dijelaskan di buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia bahwa kompres panas dilakukan untuk menstimulasi kulit

dan jaringan dengan panas untuk mengurangi nyeri, spasme otot, dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan panas (PPNI, 2018). Teknik rendam kaki air hangat sendiri merupakan terapi ini merupakan terapi non-farmakologis yang dapat menurunkan tekanan darah. Selain itu, metode ini dianggap sebagai intervensi kompres panas yang memiliki efek terapeutik dengan menstimulasi kulit dan jaringan melalui panas. Hal ini bermanfaat untuk mengurangi nyeri, spasme otot, dan memberikan efek terapeutik lainnya.

Metode perendaman kaki menggunakan air hangat memberikan efek fisiologis pada tubuh, terutama pada jantung. Tekanan hidrostatik air mendorong aliran darah dari kaki menuju rongga dada, menyebabkan akumulasi darah di pembuluh darah besar jantung (Fildayanti, 2020). Air hangat meningkatkan aktivitas sel dengan mengalirkan energi melalui konveksi. Selain itu, perendaman kaki dalam air hangat menyebabkan perpindahan panas (konduksi) yang memperlebar pembuluh darah, menurunkan ketegangan otot, dan melancarkan peredaran darah (Widiati et al., 2021).

Menurut Nur Arifin dan Akhmad Mustofa pada tahun 2021, membuktikan dari hasil yang telah dilakukan implementasi rendam kaki air yang sudah dihangatkan di suhu 39-40 derajat dan kaki dimasukan kedalam air selama 15-20 menit, terdapat penurunan tekanan darah dengan klien I tekanan darahnya menurun dari 180/100 mmHg menjadi (Arifin Nur, 2021).

Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan atau intervensi yang diberikan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien, baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Proses ini mencakup pengkajian kondisi

pasien, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi hasilnya. Tujuan utama asuhan keperawatan adalah meningkatkan, memelihara, atau memulihkan kesehatan pasien, serta mencegah komplikasi atau memburuknya kondisi kesehatan pasien. Rendam air hangat sendiri masuk kedalam proses asuhan keperawatan pada perencanaan dan tindakan keperawatan.

Berdasarkan penjelasan latar belakang di atas penulis tertarik untuk mengetahui tentang analisis asuhan keperawatan gerontik hipertensi pada tn.k dengan intervensi rendam kaki air hangat di desa tanjungkamuning wilayah kerja puskesmas tarogong kaler garut

1.2. Tujuan Penulisan

1.2.1. Tujuan Umum

Tujuan umum untuk mengetahui analisis asuhan keperawatan dengan Hipertensi dan Intervensi Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut..

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Tn. A dengan hipertensi.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. A dengan hipertensi.
3. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. A dengan hipertensi.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan hipertensi.

5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada Tn.A dengan hipertensi.
6. Mahasiswa mampu menganalisa *Evidence Based Practice* ke dalam asuhan keperawatan pada Tn.A dengan hipertensi.

1.3. Metode Pengumpulan data

Metode penulisan karya ilmiah ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus.

1.4. Manfaat Penulisan

1.4.1. Bagi Pasien Hipertensi

Sebagai tambahan informasi dan dapat menambah pengetahuan tentang penyakit hipertensi, serta dapat menyikapi dan mengatasi hipertensi dengan terapi rendam kaki menggunakan air hangat.

1.4.2. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat dijadikan referensi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan terapi rendam kaki air hangat untuk membantu mengatasi masalah kesehatan pasien.

1.4.3. Bagi Mahasiswa

. Diharapkan mahasiswa dapat menambah pengetahuan dan pengalaman tentang terapi rendam kaki air hangat pada penderita hipertensi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Lansia

2.1.1. Pengertian

Menurut *World Health Organization* (WHO), lanjut usia atau lansia adalah individu yang berusia 60 tahun

dan ke atas, juga membagi kategori lansia menjadi tiga kelompok: usia menengah (45–59 tahun), usia lanjut (60–74 tahun), usia lanjut tua (75–90 tahun), dan usia sangat tua (>90 tahun)(WHO, 2022).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020), lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Lansia dibagi menjadi tiga kategori: pra-lansia (45–59 tahun), lansia (60–69 tahun), dan lansia lanjut (70 tahun ke atas). Kementerian Kesehatan juga menekankan pentingnya kesehatan fisik, mental, dan sosial bagi kelompok usia ini.

Handayani (2021) mendefinisikan lansia sebagai individu yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun. Lansia umumnya mengalami perubahan fisiologis yang memengaruhi kesehatan secara keseluruhan, seperti penurunan fungsi kognitif, kekuatan fisik, dan kapasitas sosial. Oleh karena itu, diperlukan perhatian khusus terhadap kesehatan dan kesejahteraan mereka

2.1.2. Batasan Usia Lansia

Menurut *World Health Organization* (WHO), batasan usia lansia dibagi menjadi beberapa kategori. Usia pertengahan atau middle age mencakup rentang 45 hingga 54 tahun. Setelah itu, seseorang masuk dalam kategori lansia atau elderly ketika berusia 55 hingga 65 tahun. Pada usia 66 hingga 74 tahun, mereka dikategorikan sebagai lansia muda atau young old. Saat mencapai usia 75 hingga 90 tahun, seseorang dianggap sebagai lansia tua atau old. Di atas usia 90 tahun, mereka masuk ke dalam kelompok lansia sangat tua atau very old (WHO, 2022).

2.1.3. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Menurut Kholifah (2016), ada beberapa perubahan yang dialami lansia:

1. Perubahan Fisik:

- 1) Sistem Indra: Penurunan pendengaran (presbiakusis) umum terjadi pada lansia, terutama untuk nada tinggi dan suara yang tidak jelas.
- 2) Sistem Integumen: Kulit menjadi tipis, kering, kendur, tidak elastis, dan muncul bercak coklat (liver spot).
- 3) Sistem Musculoskeletal: Penurunan kepadatan tulang, degenerasi kartilago sendi, dan perubahan struktur otot yang mengakibatkan kelemahan dan risiko osteoporosis.
- 4) Sistem Kardiovaskuler: Jantung mengalami penebalan, ventrikel kiri mengalami hipertrofi, dan ada perubahan pada jaringan ikat serta sistem konduksi.
- 5) Sistem Respirasi: Kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan

paru meningkat, dan gerakan pernapasan terganggu.

- 6) Sistem Pencernaan dan Metabolisme: Penurunan fungsi pencernaan, seperti menurunnya produksi enzim, kehilangan gigi, dan mengecilnya hati.
 - 7) Sistem Perkemihan: Penurunan fungsi ginjal, termasuk laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi.
 - 8) Sistem Saraf: Penurunan koordinasi dan kemampuan motorik akibat perubahan anatomi saraf.
 - 9) Sistem Reproduksi: Terjadi atropi pada organ reproduksi wanita; pada pria, produksi sperma berkurang.
2. Perubahan Kognitif: Terdapat penurunan daya ingat, IQ, kemampuan belajar, dan pemecahan masalah. Pemeliharaan fungsi kognitif sangat penting untuk kesejahteraan lansia agar mereka tetap dapat melakukan aktivitas fisik, sosial, dan spiritual dengan baik.
 3. Perubahan Mental: Perubahan mental dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kesehatan fisik, lingkungan, dan gangguan saraf. Lansia mungkin mengalami penurunan konsep diri dan perubahan dalam gambaran diri.
 4. Perubahan Spiritual: Lansia cenderung lebih matang dalam kehidupan keagamaan dan spiritual, yang semakin terintegrasi dalam pemikiran dan tindakan sehari-hari.
 5. Perubahan Psikososial: Lansia dapat mengalami kesepian, depresi, kecemasan, dan gangguan psikologis lainnya, seperti parafrenia dan sindrom diogenes, yang mempengaruhi perilaku dan interaksi sosial mereka.

2.2. Konsep Hipertensi

2.2.1. Pengertian

Hipertensi adalah seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang ditunjukkan oleh angka systolic dan distolic pada pemeriksaan tensi darah (WHO, 2022). Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan istirahat/tenang (Pudiastuti, 2019).

Hipertensi adalah penyakit kelainan jantung dan pembuluh darah yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah, hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan keadaan perubahan dimana tekanan darah meningkat secara kronik (Fildayanti, 2020).

Kesimpulan kalimat di atas hipertensi adalah kondisi serius yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal, yang dapat diukur melalui angka sistolik dan diastolik. Tekanan darah yang melebihi 140/90 mmHg, jika terdeteksi berulang kali dalam kondisi tenang, menandakan adanya hipertensi.

2.2.2. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi berdasarkan hasil ukur tekanan darah menurut Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Bloods Preassure (JNC) ke-VIII dalam Smeltzer & Bare (2010) yaitu <130 mmHg untuk tekanan darah systole dan <85 mmHg untuk tekanan darah diastole (Nuraisyah & Kusumo, 2021).

Klasifikasi Menurut (WHO, 2023) :

1. Tekanan Darah Normal:

Tekanan darah sistolik di bawah 120 mmHg dan tekanan darah diastolik di bawah 80 mmHg dianggap normal.

2. Pra-Hipertensi (Elevated):

Tekanan darah dalam kisaran 120-129 mmHg untuk sistolik dan di bawah 80 mmHg untuk diastolik dianggap sebagai kondisi yang memerlukan perhatian untuk pencegahan hipertensi lebih lanjut.

3. Hipertensi Derajat 1:

Tekanan darah dalam rentang 130-139 mmHg untuk sistolik dan 80-89 mmHg untuk diastolik diklasifikasikan sebagai hipertensi tahap 1, yang mungkin memerlukan perubahan gaya hidup atau obat-obatan ringan.

4. Hipertensi Derajat 2:

Tekanan darah 140-159 mmHg untuk sistolik dan 90-99 mmHg untuk diastolik dikategorikan sebagai hipertensi tahap 2. Pasien ini biasanya memerlukan pengobatan medis yang lebih intensif.

5. Hipertensi Derajat 3 (Hipertensi Berat):

Ketika tekanan darah sistolik mencapai ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 100 mmHg, kondisi ini dianggap hipertensi berat yang memerlukan penanganan segera.

6. Hipertensi Krisis

Jika tekanan darah melebihi 180/120 mmHg, kondisi ini adalah keadaan darurat medis, yang dapat menyebabkan komplikasi serius seperti serangan jantung, stroke, atau gagal ginjal. Intervensi medis darurat diperlukan

2.2.3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah berada di pusat vasomotor, yang terletak di medula otak. Dari pusat vasomotor ini, jalur saraf simpatis bermula, kemudian berlanjut ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis menuju ganglia simpatis di daerah toraks dan abdomen. Rangsangan dari pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis menuju ganglia simpatis. Di sini, neuron pra-ganglion melepaskan asetilkolin, yang merangsang serabut saraf pasca-ganglion ke pembuluh darah. Pelepasan norepinefrin dari serabut ini menyebabkan konstriksi pembuluh darah. Faktor-faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat memengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor. Pada individu dengan hipertensi, terdapat sensitivitas yang lebih tinggi terhadap norepinefrin, meskipun mekanismenya belum sepenuhnya dipahami.

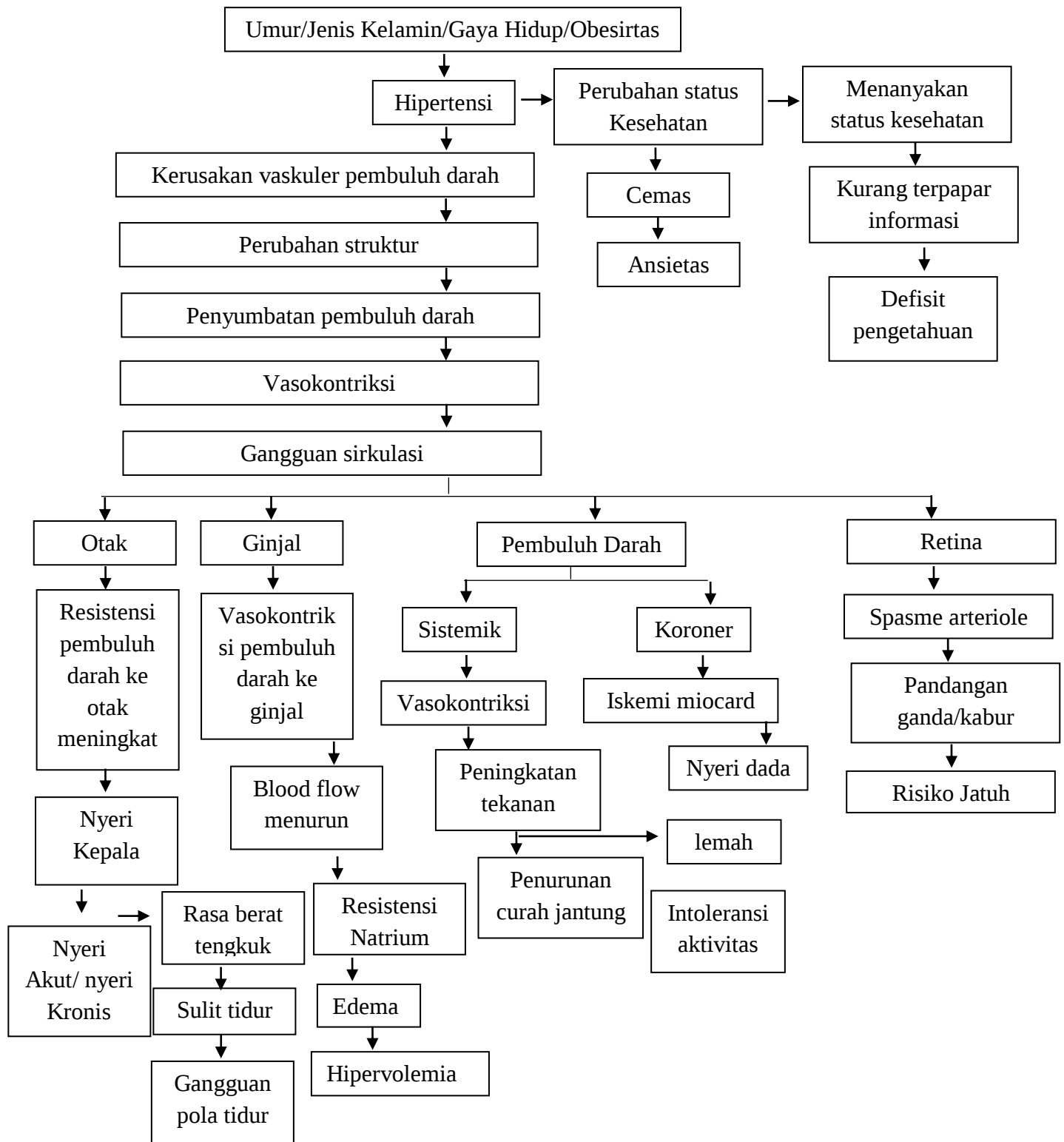
Selain itu, ketika sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons terhadap rangsangan emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, meningkatkan aktivitas vasokonstriktor. Medula adrenal mengeluarkan epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi, sementara korteks adrenal mengeluarkan

kortisol dan steroid lain yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor. Vasokonstriksi ini menurunkan aliran darah ke ginjal, yang kemudian memicu pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I, yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat yang juga merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Aldosteron menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, yang meningkatkan volume intravaskular dan berkontribusi pada hipertensi.

Dalam konteks gerontologi, perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer berperan dalam perubahan tekanan darah pada lansia. Perubahan ini meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan kemampuan relaksasi otot polos pembuluh darah, yang mengurangi distensi dan daya regang pembuluh darah. Akibatnya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya untuk mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), yang menyebabkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Nopidrawati, 2018).

2.2.4. Pathway

Bagan 2.1 Pathway



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

Menurut Nurarif & Kusuma (2013) dalam (Safitri & Ismawati, 2018), manifestasi klinis pada hipertensi :

1. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg
2. Sakit kepala/ sakit dada
3. Rasa berat tengkuk
4. Penyumbatan pembuluh darah
5. Sulit tidur
6. Edema
7. Lemah
8. Pandangan ganda/ kabur

2.2.6. Penatalaksanaan

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskular dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah di bawah 140/90 mmHg Brunner & Suddart, 2015 dalam (Pancawati, 2018). Prinsip pengelolaan hipertensi meliputi:

1. Terapi Tanpa Obat (Nonfarmakologi)

Modifikasi gaya hidup sangat penting dalam penatalaksanaan nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah tinggi.

Penatalaksanaan ini meliputi:

- 1) Mempertahankan Berat Badan Ideal

Mempertahankan berat badan ideal dengan BMI antara 18,5–24,9 kg/m². BMI dihitung dengan membagi berat badan (kg) dengan tinggi badan (m) yang dikuadratkan. Diet rendah kolesterol yang kaya protein dan serat dapat membantu menurunkan berat badan. Penurunan berat badan 2,5–5 kg dapat menurunkan tekanan darah diastolik sebesar 5 mmHg.

2) Mengurangi Asupan Natrium (Sodium)

Diet rendah garam (tidak lebih dari 100 mmol/hari atau 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam/hari) dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 5 mmHg dan diastolik sebesar 2,5 mmHg. Mengurangi konsumsi garam hingga 1/2 sendok teh per hari juga efektif.

3) Membatasi Konsumsi Alkohol

Mengonsumsi lebih dari 2 gelas alkohol per hari pada pria atau lebih dari 1 gelas pada wanita dapat meningkatkan tekanan darah. Pembatasan konsumsi alkohol dapat membantu menurunkan tekanan darah.

4) Menghindari Merokok

Merokok meningkatkan risiko komplikasi hipertensi seperti penyakit jantung dan stroke. Nikotin dalam tembakau menyebabkan jantung bekerja lebih keras, mempersempit pembuluh darah, dan meningkatkan denyut jantung serta tekanan darah.

5) Asupan Kalium (K) dan Kalsium (Ca) yang Cukup

Kalium membantu menurunkan tekanan darah dengan meningkatkan ekskresi natrium melalui urin. Mengonsumsi buah dan sayur setidaknya 3-5 porsi sehari dapat mencukupi asupan kalium (>90 mmol atau 3500 mg/hari).

6) Mengelola Stres

Stres berkepanjangan dapat menyebabkan peningkatan sementara tekanan darah. Relaksasi seperti yoga, meditasi, dan relaksasi otot dapat mengontrol sistem saraf dan menurunkan tekanan darah (Hartono, 2017).

7) Terapi Relaksasi Rendam Kaki

Puspitasari (2020): Menyatakan bahwa terapi rendam kaki menggunakan air hangat dapat digunakan sebagai metode nonfarmakologis untuk mengatasi hipertensi. Air hangat yang digunakan dalam terapi ini bekerja dengan meningkatkan suhu tubuh dan aliran darah, sehingga membantu mengurangi ketegangan pada pembuluh darah dan otot. Ini bermanfaat dalam menjaga stabilitas tekanan darah pada lansia atau individu yang berisiko.

2. Terapi dengan Obat (Farmakologi)

Penatalaksanaan farmakologi melibatkan penggunaan obat-obatan, antara lain:

- 1) Penghambat Saraf Simpatis: Menghambat aktivitas saraf simpatis untuk mencegah kenaikan tekanan darah. Contoh: Metildopa, Clonidin, Catapres, Reserpin.

- 2) Beta Bloker: Mengurangi daya pompa jantung sehingga menurunkan tekanan darah. Contoh: Propanolol, Atenolol, Bisoprolol.
- 3) Vasodilator: Merelaksasi otot pembuluh darah untuk menurunkan tekanan darah.
- 4) Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitor: Menghambat angiotensin II, zat yang meningkatkan tekanan darah.
- 5) Calcium Antagonis: Menghambat kontraksi jantung untuk menurunkan tekanan darah. Contoh: Nifedipin (Adalat, Codalat, Farmalat), Diltiazem (Herbeser, Farmabes).
- 6) Antagonis Reseptor Angiotensin II: Menghalangi efek angiotensin II pada reseptornya untuk mengurangi beban jantung. Contoh: Valsartan, Davon.
- 7) Diuretik: Mengeluarkan cairan tubuh melalui urin untuk mengurangi volume darah dan menurunkan beban jantung.

2.2.7. Komplikasi

Kompilasi menurut Agustina et al. (2020) menyebutkan bahwa komplikasi hipertensi sebagai berikut:

1. Stroke

Stroke dapat terjadi akibat perdarahan yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi di otak atau embolus yang terlepas dari pembuluh darah di luar otak yang mengalami tekanan tinggi. Pada hipertensi kronis, arteri-arteri yang menyuplai darah ke otak dapat mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area yang diperdarahi berkurang. Arteri otak yang mengalami aterosklerosis juga dapat menjadi lemah,

meningkatkan risiko terbentuknya aneurisma. Gejala stroke meliputi sakit kepala mendadak, kebingungan, kehilangan keseimbangan, kelemahan atau kesulitan menggerakkan bagian tubuh tertentu (seperti wajah, mulut, atau lengan terasa kaku), kesulitan berbicara secara jelas, dan kehilangan kesadaran secara tiba-tiba.

2. Infark Miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang mengalami aterosklerosis tidak dapat menyediakan oksigen yang cukup ke miokardium, atau jika terjadi pembentukan trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Pada kondisi hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi, yang dapat menyebabkan iskemia jantung dan infark miokard. Hipertrofi ventrikel juga dapat menyebabkan perubahan dalam konduksi listrik di ventrikel, yang dapat mengakibatkan aritmia, hipoksia jantung, dan meningkatkan risiko pembentukan bekuan darah.

3. Gagal Ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi akibat kerusakan progresif yang disebabkan oleh tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal dan glomerulus. Kerusakan pada membran glomerulus dapat menyebabkan gangguan aliran darah ke unit-unit fungsional ginjal (nefron), yang berpotensi menyebabkan hipoksia dan kematian sel. Ketika membran glomerulus rusak, protein dapat keluar melalui urin, mengurangi tekanan osmotik koloid plasma,

yang pada gilirannya menyebabkan edema, kondisi yang sering ditemui pada hipertensi kronis.

4. Gagal Jantung

Tekanan darah yang sangat tinggi memaksa otot jantung untuk bekerja lebih keras dalam memompa darah, yang menyebabkan hipertrofi (pembesaran) otot jantung kiri dan akhirnya gagal jantung. Pembesaran otot jantung kiri disebabkan oleh beban kerja yang berlebihan akibat tekanan darah tinggi.

5. Kerusakan pada Mata

Tekanan darah yang terlalu tinggi dapat merusak pembuluh darah dan saraf di mata, yang dapat menyebabkan gangguan penglihatan dan komplikasi lainnya (Ningrum, 2021).

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi

2.3.1. Pengkajian

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

1. Identitas

Identitas lansia mencakup informasi seperti nama, alamat, jenis kelamin, umur, status pernikahan, agama, suku, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, sumber pendapatan, tempat tinggal saat ini, dan lama tinggal. Pada kasus hipertensi, identitas yang paling relevan adalah usia, karena hipertensi sering terjadi pada lansia yang berusia di atas 50 tahun.

2. Riwayat Kesehatan

Status Kesehatan Saat Ini: Lansia dengan hipertensi sering mengeluhkan nyeri kepala bagian belakang, tengkuk terasa pegal, kaku, dan sakit. Keluhan ini dapat muncul secara berkala dan sering kali meningkat saat tekanan darah tinggi (Udjianti, 2011). Menurut Mubarak (2020), jika lansia melaporkan nyeri, pengkajian dapat dilakukan dengan metode PQRST sebagai berikut:

- 1) Provoking (Pemicu): Faktor pemicu nyeri hipertensi termasuk kelelahan atau kecapekan.
- 2) Quality (Kualitas): Kualitas nyeri pada hipertensi biasanya berupa nyeri tajam atau tertusuk-tusuk.
- 3) Region (Daerah): Daerah nyeri akibat hipertensi umumnya terletak di kepala bagian belakang, leher, dan pundak.
- 4) Severity (Skala): Skala nyeri hipertensi tergantung pada penilaian pasien.
- 5) Time (Waktu): Durasi nyeri dapat bervariasi; nyeri hipertensi bisa bersifat hilang timbul atau kadang-kadang menetap.

3. Status Fisiologis

1) Pola Kesehatan Sehari-hari:

Nutrisi: Mengkaji jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi lansia, kebiasaan makan, makanan yang disukai dan tidak disukai, pantangan makan, serta keluhan saat makan. Makanan yang mengandung garam, lemak, dan kolesterol tinggi dapat mempengaruhi hipertensi. Pembatasan asupan natrium sangat dianjurkan untuk kesehatan penderita hipertensi. Keluhan seperti nyeri kepala, mual, muntah, penurunan berat badan, dan penggunaan diuretik perlu diperhatikan (Nurhidayat, 2015).

2) Eliminasi: Mengkaji frekuensi, konsistensi, kebiasaan, dan keluhan saat buang air besar dan buang air kecil.

3) Istirahat/Tidur: Pasien hipertensi sering mengalami kesulitan tidur akibat nyeri kepala.

4) Aktivitas Sehari-hari: Lansia dengan hipertensi mungkin mengalami kesulitan beraktivitas karena mudah lelah dan nyeri kepala yang mengganggu aktivitas. Evaluasi kemandirian dan keseimbangan lansia dalam beraktivitas dapat dilakukan menggunakan instrumen seperti indeks Katz, indeks Barthel, dan format keseimbangan lansia.

Tabel 2.1 Katz index

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/mengikatpakaian. 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	BerpindahMandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Tergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur		

	atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan		
5	KontinenMandiri : 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 Tergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral(NGT)		

Interpretasi Hasil :

- 1) Nilai A: Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian
- 2) Nilai B: Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- 3) Nilai C: Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- 4) Nilai D: Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi,berpakaian, dan satu fungsi tambahan

- 5) Nilai E: Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.
- 6) Nilai F: Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan
- 7) Nilai G: Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

4. Pola Hubungan dan Peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah dan masalah keuangan. Pengkajian APGAR keluarga.

- 1) A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatumenyusahkan saya
- 2) P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan
- 3) G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas 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- temansaya dan saya menyediakan waktu bersama – sama.

Interpretasi hasil :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai : 7-10 : Tidak ada disfungsi

5. Pola sensori dan kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan dan pembau. Pada klien katarak dapat ditemukan gejala gangguan penglihatan perifer, kesulitan memfokuskan kerja dengan merasa diruang gelap. Sedangkan tandanya adalah tampak kecoklatan atau putih susu pada pupil, peningkatan air mata.

1) Short Portable Mental Status Quesioner (SPMSQ)

Tabel 2.2

Short Portable Mental Status Quesioner SPMSQ

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ?		
2	Tahun berapa sekarang ?		
3	Kapan Bapak/Ibu lahir?		
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ?		
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ?		

6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu?		
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ?		
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ?		
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ?		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab		

Interpretasi 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)

2) Mini Mental Status Exam (MMSE)

Tabel 2.3

Mini Mental Status Exam (MMSE)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Pertanyaan
1	ORIENTAS	5		Menyebutkan dengan benar : 1. Tahun berapa sekarang ? 2. Musim apa sekarang ? 3. Tanggal berapa sekarang ?

				4. Hari apa sekarang ? 5. Bulan apa sekarang ?
2	REGISTRASI	3		Sebut nama 3 obyek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap obyek yang ditunjukkan), lalu Tanya kembali ketiga obyek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 point untuk tiap jawaban benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat, Pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3), tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali), jika gagal maka tidak dapat dilakukan test pada MENGINAT
3	PERHATIAN & KALKULASI	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban benar) 1)93 2)86 3)79 4)72 5)65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung bisa degan mengeja alimat secara mundur (skor adalah jumlah huruf yang disebutkan dengan benar, 1 point

				untuk setiap hurufnya), misalnya : DUNIA (eja: A-I-N-U-D)
4	MENGINGAT	3		Minta klien mengulangi ketiga obyek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar beri nilai 1 point untuk setiap obyek yang disebutkan
5	BAHASA	9		a. Memberi nama : Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (misa jam tangan atau pensil), point 1 untuk masing-masing jawaban benar (skor=2) b. Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya <i>“namun”, “tanpa”, “bila”</i> atau kata yang lebih sulit lagi : <i>“taka da jika, dan, atau, tetapi”</i> Hanya 1 kali mencoba. Pont 1 jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan. c. Perintah 3 tahap (3stage comment) Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selemba kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai, Nilai 1 untuk masing- masing perintah yang dilakukan dengan benar d. Membaca Dalam selemba kertas kosong tulis “Pejamkan mata Anda” Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya

				dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat) e.Menulis Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/ kata kerja, ejaan/ tanda baca tidak diperhitungkan, Jika benar nilai 1 point. f.Menyalin Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar bernilai 1 point
Nilai				

Interpretasi Hasil:

24-30 : Tidak ada gangguan kognitif

≤ 21 : Peningkatan resiko demensia

18-23 : Gangguan kognitif ringan

0-17 : Gangguan kognitif berat

3) Skreening Resiko Jatuh

Tabel 2.4

Skreening resiko jatuh

No	Langkah
1	Minta Pasien Berdiri di Sisi Tembok Dengan Tangan Direntangkan Kedepan

2	Beri Tanda Letak Tangan I
3	Minta Pasien Condong Kedepan Tanpa Melangkah Selama 1-2 Menit, Dengan Tangan Direntangkan Ke Depan
4	Beri Tanda Letak Tangan Ke II Pada Posisi Condong
5	Ukur Jarak Antara Tanda T I & Ke II

Interpretasi : Usia Lebih 70 Tahun : Kurang 6 Inchi : Resiko Roboh

4) The time up and Go (TUG) test

Tabel 2.5

The time 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 :

- 1) ≤ 10 detik : low risk of falling
- 2) 11 - 19 detik : low to moderate risk for falling
- 3) 20 – 29 detik : moderate to high risk for falling
- 4) ≥ 30 detik : impaired mobility and is at high risk of falling

6. Pengkajian Skala Depresi

Tabel 2.6

Tabel Tingkat Depresi

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda?		
2	Apakah Anda Telah Meninggalkan Banyak Kegiatan Minat/ Kesenangan Anda		
3	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?		
4	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?		
5	Apakah Anda Mempunyai Semangat Yang Baik Setiap Saat?		
6	Apakah Anda Merasa Takut Sesuatu Yang Buruk Akan Terjadi Pada Anda?		
7	Apakah Anda Merasa Bahagia Untuk Sebagian Besar Hidup Anda?		
8	Apakah Anda Merasa Sering Tidak Berdaya?		
9	Apakah Anda Lebih Sering Dirumah Daripada Pergi Keluar Dan Mengerjakan Sesuatu Hal Yang Baru?		
10	Apakah Anda Merasa Mempunyai Banyak Masalah Dengan Daya Ingat Anda Dibandingkan Kebanyakan		
11	Apakah Anda Pikir Bahwa Kehidupan Anda Sekarang Menyenangkan?		
12	Apakah Anda Merasa Tidak Berharga Seperti Perasaan Anda Saat Ini?		
13	Apakah Anda Merasa Penuh Semangat?		
14	Apakah Anda Merasa Bahwa Keadaan Anda Tidak Ada Harapan?		
15	Apakah Anda Pikir Bahwa Orang Lain, Lebih Baik		

	Keadaannya Daripada Anda?		
--	---------------------------	--	--

Interpretasi :

<5 : Normal

5-9 : Kemungkinan besar depresi

10 : Lebih menunjukkan depresi

7. Personal hygiene

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

8. Reproduksi dan seksual

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

9. Pemeriksaan fisik

1) 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.

2) 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.

3) Sistem kardiovaskular

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.

4) 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.

5) 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, membran mukosa tidak lembab.

6) Sistem integumen

Kulit pada pasien hipertensi mengalami keringat yang berlebih, mukosa bibir dan turgor kulit terjadi penurunan karena nafsu makan yang turun, terjadi edema di daerah tertentu.

7) Sistem muskuloskeletal

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

8) Sistem urinaria

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

9) Status Psikososial dan Spiritual

1. 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 Geriatrik dan Inventaris Depresi Beck (Kushariyadi, 2020).

a) 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. Instrumen yang digunakan yaitu format Apgar Lansia (Kushariyadi, 2020).

b) 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.

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
3. Risiko jatuh berhubungan dengan kesulitan gaya berjalan
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit
6. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

2.3.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.7
Tabel Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan keluhan nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi rendam kaki hangat) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur

			• Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat • Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Intoleransi Aktivitas	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan Lelah menurun 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Energi (I.05178) Observasi • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif • Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi

			• Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang • Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
3.	Risiko Jatuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi • Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) • Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi • Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) • Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu • Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik • Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga • Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci • Pasang handrail tempat tidur

			• Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah • Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station • Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) • Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi • Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin • Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri • Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
4.	Risiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) • Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik • Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) • Batasi waktu tidur siang, jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

			• Tetapkan jadwal tidur rutin • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur • Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM • Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
5.	Defisit pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik • Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan • Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi • Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

		menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat - Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun - Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
6.	Ansietas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Konsentrasi membaik - Pola tidur membaik	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi

			• Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami • Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis • Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu • Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan • Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi • Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan • Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat • Latih Teknik relaksasi Kolaborasi • Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
--	--	--	--

2.3.4. 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).

1. Jenis-Jenis Implementasi

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan antara lain:

- 1) *Independent Implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.

2) *Interdependen/Collaborative Implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, *naso gastric tube* (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggungjawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respon klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

3) *Dependent Implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

2. Prinsip Pedoman Implementasi

Ada tiga prinsip pedoman implementasi keperawatan (Haryanto, 2007), yaitu :

1) Mempertahankan keamanan klien dengan Keamanan merupakan focus utama dalam melakukan tindakan. Oleh karena, tindakan yang membahayakan tidak hanya dianggap sebagai pelanggaran etika

standar keperawatan professional, tetapi juga merupakan suatu tindakan pelanggaran hukum yang dapat dituntut.

- 2) Memberikan asuhan yang efektif dengan memberikan asuhan yang efektif adalah memberikan asuhan sesuai dengan yang harus dilakukan semakin baik pengetahuan dan pengalaman seorang perawat, maka semakin efektif asuhan yang diberikan.
- 3) Memberikan asuhan seefisien mungkin dengan memberikan asuhan yang efisien berarti perawat dalam memberikan asuhan dapat menggunakan waktu sebaik mungkin sehingga dapat menyelesaikan masalah klien.

3. Tahap-Tahap Implementasi

Berikut tahap-tahap implementasi antara lain:

- 1) Tahap I: Persiapan merupakan tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan. Meliputi : Review tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada tahap perencanaan, menganalisa pengetahuan dan ketrampilan keperawatan yang diperlukan, mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul, menentukan dan mempersiapkan peralatan yang diperlukan, mempersiapkan lingkungan yang kondusif sesuai dengan tindakan, dan mengidentifikasi aspek hukum dan etik terhadap resiko dari potensi tindakan.

- 2) Tahap II: Intervensi merupakan tahap yang berfokus pada pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan ini meliputi: Independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tipe tindakan independen keperawatan dapat dikategorikan menjadi 4, yaitu tindakan diagnostik, tindakan terapeutik, tindakan edukatif, dan tindakan merujuk, interdependen menjelaskan suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter, dan dependen ini berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan.
- 3) Tahap III: Dokumentasi merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan. Ada 3 tipe sistem pencatatan yang digunakan pada dokumentasi : *Sources-Oriented records*, *Problem-Oriented records*, dan *Computer-Assisted records*.

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui

seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai (Meirisa, 2013).

1. Tipe Evaluasi

Tipe pernyataan evaluasi menurut Setiadi (2012) sebagai berikut:

1) Pernyataan evaluasi sumatif. Evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir.

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan. Tujuannya menjamin asuhan keperawatan secara optimal, meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, mengakhiri rencana tindakan keperawatan, menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, meneruskan rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan dapat menentukan penyebab apabila tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.

2) Pernyataan evaluasi formatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan. Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan perawatan.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

- *S (Subjective)* : adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

- O (*Objective*) : adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- A (*Analisis*) : adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.
- P (*Planning*) : adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.
- I (*Implementaton*) : adalah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang di susun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien.
- E (*Evaluation*) : berupa tafsiran dari efek tindakan yang telah di ambil untuk menilai efektivitas asuhan atau hasil Tindakan
- R (*Revised*) : adalah rencana keperawatan akan dirubah

2. Hasil Evaluasi adalah :

Macam-macam hasil evaluasi adalah :

- 1) Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukan perbaikan/ kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah di tetapkan
- 2) Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasnya.
- 3) Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. Dalam

hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada pasien, seluruh tindakannya harus di dokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan.

2.4. Konsep Rendam Air Hangat

2.4.1. Pengertian

Rendam air hangat merupakan salah satu terapi nonfarmakologi dengan metode pengobatan menggunakan air hangat dimana terjadi perpindahan panas dari air hangat ke tubuh sehingga akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah yang dapat meringankan kondisi yang menyakitkan serta memberikan efek relaksasi pada tubuh dan dapat menurunkan ketegangan otot. dan merupakan metode terapi dengan pendekatan lowtech yang mengandalkan pada respon tubuh terhadap air (Morgan, 2019). Menurut Setyoadi dan Kusharyadi (2020), rendam air hangat adalah penggunaan air untuk menyembuhkan dan meringankan berbagai keluhan. Rendam air hangat memberikan efek relaksasi, menurunkan rasa nyeri, meningkatkan kemampuan alat gerak. Terapi rendam kaki air hangat memberikan respon terhadap panas, melalui stimulasi yang mentransmisikan impuls dari perifer ke hipotalamus. Ketika reseptor panas di hipotalamus dirangsang, sistem efektor menghasilkan

sinyal untuk memulai berkeringat dan vasodilatasi perifer. Perubahan ukuran pembuluh darah dimediasi oleh pusat vasomotor dari kanal meduler batang otak, yang di bawah pengaruh hipotalamus anterior, menyebabkan vasodilatasi. Adanya vasodilatasi mengakibatkan peningkatan aliran darah ke jaringan individu terutama yang meradang dan nyeri sehingga terjadi penurunan (Masi & Rottie, 2017).

2.4.2. Tujuan

Prinsip kerja dari terapi ini adalah dengan menggunakan air hangat yang bersuhu 38-40 derajat Celcius selama 15 menit secara konduksi dimana terjadi perpindahan panas dari air hangat ke tubuh sehingga akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan dapat menurunkan ketegangan otot. Tujuan dari terapi ini adalah untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi edema, meningkatkan relaksasi otot, menyehatkan jantung, mengendorkan otot-otot, menghilangkan stress, meringankan rasa sakit, meningkatkan permeabilitas kapiler, memberikan kehangatan pada tubuh sehingga sangat bermanfaat untuk terapi penurunan tekanan darah pada kasus hipertensi.

2.4.3. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Berikut adalah persiapan alat dan prosedur yang dilakukan untuk terapi rendam kaki dengan air hangat untuk meringankan nyeri dan menurunkan tekanan darah menurut (Andriati & Putri, 2018) :

Indikasi Terapi Rendam Air Hangat:

1. Nyeri otot dan sendi: Terapi ini efektif untuk mengurangi nyeri pada otot dan sendi, terutama bagi mereka yang menderita arthritis atau fibromyalgia.
2. Masalah sirkulasi darah: Air hangat dapat membantu meningkatkan aliran darah dan mengurangi tekanan darah tinggi.
3. Stres dan kecemasan: Merendam dalam air hangat dapat membantu relaksasi, mengurangi stres, dan menenangkan sistem saraf.
4. Gangguan tidur: Mandi air hangat sebelum tidur dapat membantu meningkatkan kualitas tidur.
5. Pemulihan setelah olahraga: Mengurangi ketegangan otot dan mempercepat pemulihan setelah aktivitas fisik berat.
6. Menyembuhkan luka ringan: Dapat membantu mempercepat penyembuhan luka ringan dan mencegah infeksi.

Kontraindikasi Terapi Rendam Air Hangat:

1. Penyakit kardiovaskular: Individu dengan kondisi jantung yang serius, seperti gagal jantung atau angina, sebaiknya menghindari terapi ini karena air hangat dapat menyebabkan vasodilatasi dan mempengaruhi aliran darah.
2. Tekanan darah rendah: Orang dengan tekanan darah rendah mungkin mengalami pingsan atau pusing saat melakukan terapi ini.
3. Infeksi kulit: Mereka yang memiliki infeksi kulit terbuka atau luka bakar parah sebaiknya tidak melakukan terapi ini, karena bisa memperparah kondisi.

4. Diabetes: Pasien diabetes dengan gangguan sirkulasi atau neuropati sebaiknya berhati-hati, karena perubahan suhu bisa mempengaruhi sirkulasi darah dan persepsi rasa sakit.
5. Kehamilan: Wanita hamil harus berhati-hati dengan suhu air yang terlalu panas, karena dapat mempengaruhi janin.
6. Gangguan pernapasan: Orang dengan masalah pernapasan, seperti asma parah, harus berhati-hati karena uap panas bisa memicu sesak napas.
7. Demam tinggi: Terapi ini dapat meningkatkan suhu tubuh lebih lanjut, yang berpotensi memperburuk kondisi pasien dengan demam tinggi.

Tabel 2.8. SPO Rendam Kaki Air Hangat

Persiapan alat	Kursi: Digunakan sebagai tempat duduk klien agar dapat merasa rileks. Baskom: Digunakan sebagai wadah air untuk berendam. Termometer digital: Digunakan untuk mengukur suhu air. Air hangat: Digunakan sebagai media untuk terapi. Handuk: Digunakan untuk mengeringkan kaki. Stopwatch: Digunakan untuk mengukur durasi waktu. Tensi meter dan stetoskop: Digunakan untuk memeriksa tekanan darah.
Tahap Orientasi	1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan prosedur dan lamanya tindakan kepada klien
Tahap Kerja	1. Dekatkan alat dan bahan kepada klien 2. Memposisikan klien duduk diatas kursi

	3. Mengukur tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki 4. Jika kaki tampak kotor, bersihkan dan keringkan 5. Masukkan air hangat kedalam baskom dengan suhu 38-40 °C 6. Celupkan dan rendam kaki sampai mata kaki biarkan selama 10 – 15 menit, jika suhu air turun maka tambahkan kembali 7. Setelah selesai angkat kaki lalu keringkan dengan handuk 8. Rapikan alat.
--	--

Sumber : Ajeng Nurmaulina dan Hendiyanto (2021)

2.4.4. Evidence Based Practice

2.4.5. Pengertian

Evidence Based Practice (EBP) adalah pendekatan sistematis untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan mengumpulkan buku terbaik, Almaskari (2017). Sedangkan menurut (Bostwick, 2014) Evidence based Practice adalah strategi untuk memperoleh pengetahuan skill untuk bisa meningkatkan tingkah laku yang positif sehingga bisa menerapkan EBP didalam praktik.

2.4.6. Tujuan EBP

Tujuan utama di implementasikannya evidence based practice di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan

tingkat kesembuhan pasien bisa lebih cepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al., 2015).

Pendekatan yang dilakukan berdasarkan pada evidence based bertujuan untuk menemukan bukti-bukti terbaik sebagai jawaban dari pertanyaan-pertanyaan klinis yang muncul dan kemudian mengaplikasikan bukti tersebut ke dalam praktek keperawatan guna meningkatkan kualitas perawatan pasien tanpa menggunakan bukti- bukti terbaik, praktek keperawatan akan sangat tertinggal dan seringkali berdampak kerugian untuk pasien.

2.4.7. Jurnal Terkait

Tabel 2.9 Jurnal

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Sampel(N)	Pelaksanaan	Hasil Penelitian
1.	Ajeng Nurmaulina dan Hendiyanto(2021) Indonesia	Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat pada Lansia dalam Menurunkan Tekanan Darah	Penelitian menggunakan deskriptif kualitatif dengan strategi studi kasus, menggunakan satu partisipasi	Populasi menggunakan satu partisipan usia 60 tahun yang mengalami hipertensi	Dilakukan terapi satu kali selama 3 hari 15 menit	Ada pengaruh yang signifikan dari pemberian terapi rendam kaki menggunakan air hangat terhadap penurunan tekanan darah
2.	Pramana, Try Putra,dkk (2020) Indoensia	Rendam Kaki Dengan Air Hangat Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi	Jenis penelitian True-Eksperimen dengan rancangan penelitian Pre and post test control group design	Populasi pada penelitian ini sebanyak 34 responden kelompok eksperimen yang diambil dengan metode simple random sampling.	Kelompok eksperimen mendapatkan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 3 kali perlakuan dengan durasi 15 menit	ada perbedaan yang signifikan antara tekanan darah sebelum dan setelah rendam kaki dengan air hangat pada pasien hipertensi
3.	Arafah Salmah (2019) . Indonesia	Pengaruh Rendam Kaki Dengan Menggunakan Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas	Penelitian Eksperiment Design dengan rancangan One Group Times Series	penelitian sebanyak 15 orang,	Dilakukan selama 3 hari	Dari hasil penelitian ini, rendam kaki dengan menggunakan air hangat sangat efektif menurunkan tekanan darah pada kasus hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Pattallasang Kab. Takalar..

			Pattasang Kab.Takalar						
4.	Siti Utami Dewi dan Putri Rahmawati (2019).	Indonesia	Penerapan Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Dalam Menurunkan Tekanan Darah	metode deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Pancoran Jakarta Selatan	Sampel dalam penelitian ini yaitu berjumlah 2 responden.	Dilakukan selama 3 hari	Hasil penelitian didapatkan terapi rendam kaki cukup efektif dalam menurunkan tekanan darah pada penyakit hipertensi		
5.	Gresty NM dan Julia V Rottie (2017).	Indonesia	Pengaruh Terapi Rendam Kaki Dengan Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Dengan Hipertensi di Puskesmas Bahu Manado	Metode quasi eksperiment designs dengan rancangan one group time series	Sampel dalam penelitian ini yaitu berjumlah 17 orang.	Dilakukan selama 3 hari selama 15 menit	terapi rendam kaki dengan air hangat efektif menurunkan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi di Puskesmasbahumanado.		

Maka dapat disimpulkan bahwa tindakan terapi rendam kaki air hangat dapat mengatasi menurunkan Tekanan darah . Hal ini sesuai dengan tujuan utama dilakukan terapi rendam kaki hangat yaitu mengetahui efektifitas penerapan terapi rendam kaki hangat dan untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Asuhan Keperawatan Lansia Hipertensi Pada Tn.K Dengan Kart Indeks A Melalui Intervensi Rendam Kaki Air Hangat Di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut

Tanggal Pengkajian : 28 mei 2025

Waktu Pengkajian : 13.00 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah

Pengkaji : Fachri muhamad Husen

3.1. Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama : Tn. A

Tanggal Lahir : Garut, 08 Januari 1964

Umur : 60 Tahun

Pendidikan : Sma

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Agama : Islam

Suku Bangsa : Sunda

Alamat : Kp. BULED 02/08 Desa Jati

2. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

1. Pekerjaan saat ini : Tidak bekerja
2. Pekerjaan sebelumnya : Polisi
3. Sumber pendapatan : Pensiunan
4. Kecukupan pendapatan : Cukup

3. Lingkungan tempat tinggal

1. Kebersihan dan kerapian lingkungan : Ruangan rapi dan bersih
2. Penerangan : penerangan ruangan cukup
3. Sirkulasi udara : terdapat 1 jendela kamar yang cukup besar dan 1 pintu masuk
4. Keadaan kamar mandi : Bersih, tetapi keramik licin
5. Pembuangan air kotor : Dialirkan kedalam sumur pembuangan
6. Sumber air minum : air isi ulang
7. Pembuangan sampah : Terdapat tong sampah didalam ruangan
8. Sumber pencemaran : tidak ada
9. Privasi : Kamar tidur
10. Risiko cedera : Lantai WC yang licin

4. Riwayat kesehatan saat ini

1. Keluhan utama dalam satu tahun terakhir : Tekanan darah tinggi
2. Gejala yang dirasakan : Sakit kepala, pusing dan penglihatan terasa buram
3. Faktor pencetus : Usia dan riwayat hipertensi

4. Timbulnya keluhan : bertahap
 5. Upaya mengatasi : meminum obat, dan berdiam diri di tempat tidur
 6. Pergi ke RS/klinik/dokter praktek/perawat: Perawat
 7. Mengkonsumsi obat-obatan sendiri: Amlodipin
 8. Obat Tradisional : Tidak mengkonsumsi
5. Riwayat kesehatan masalalu
1. Penyakit yang pernah diderita : Hipertensi
 2. Riwayat alergi : Tidak ada
 3. Riwayat kecelakaan : Tidak pernah
 4. Riwayat pernah dirawat di RS: Tidak pernah
 5. Riwayat pemakaian obat : Amlodipin

3.1.1. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama: Klien mengatakan nyeri di bagian kepala
2. Riwayat kesehatan saat ini: Pasien mengeluh nyeri kepala karena memiliki riwayat darah tinggi, Nyeri dirasakan pada saat banyak beraktivitas nyeri tidak dirasakan ketika meminum obat, dan berdiam diri di tempat tidur , Nyeri seperti di tusuk-tusuk, Nyeri Terpusat di kepala, Skala nyeri 5 (sedang) dari 0-10, Nyeri datang bertahap
3. Riwayat kesehatan lalu: Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi disaat memasuki lanjut usia.

4. Riwayat kesehatan keluarga: Keluarga belum pernah mengalami penyakit seperti pasien, keluarga tidak memiliki riwayat hipertensi, jantung, stroke.

5. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

1) Pemeliharaan Kesehatan

Hasil : Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan kesehatan begitu penting terhadap perubahan kehidupannya, oleh karena itu ketika sakit suka ingin diperiksa kepada perawat setempat yang ada di lingkungan kampungnya.

2) Nutrisi metabolik

Tabel 3.1 Nutrisi metabolik

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	Pola makan	Dihabiskan	Dihabiskan
	Jenis	Nasi + Lauk	Nasi + Lauk
	Porsi	1 piring	1 piring
	Frekuensi	3x sehari	3x sehari
	Diet khusus	Tidak ada	Batasi garam
	Makanan disukai	Tidak ada	Tidak ada
	Kesulitan menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Nafsu makan	Baik	Baik
2	Pola minum	Baik	Baik
	Jenis	Kopi + Air putih	Air putih
	Frekuensi	7-8 gelas	7-8 gelas

	Jumlah	2 Liter	2 Liter
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman disukai	Kopi	Tidak ada

3) Pola eliminasi

Tabel 3.2 Pola Eliminasi

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	BAB		
	Frekuensi	1x/ hari	1x/hari
	Warna	Khas	Khas
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada
2	BAK		
	Frekuensi	3-4x/ hari	3-4x/ hari
	Warna	Khas	Khas
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada

4) Pola aktivitas sehari-hari

Klien beraktivitas sehari-hari secara mandiri: mandi, berpakaian eliminasi, mobilisasi tempat tidur, berpindah. Klien beraktivitas dibantu orang lain menggunakan alat seperti naik tangga.

5) Pola persepsi kognitif

- a) Fungsi penglihatan : Klien mengatakan penglihatannya buram
- b) Pendengaran : Klien mengatakan pendengarannya berfungsi dengan baik
- c) Perasaan : Klien mengatakan sangat senang dengan keadaannya saat ini
- d) Pembau dan kompensasinya terhadap tubuh : Klien masih mampu membedakan terhadap bau kayu putih

6) Pola istirahat dan tidur

Ketika dalam keadaan sehat, klien kadang-kadang tidur siang selama sekitar 1 jam per hari tanpa keluhan. Ketika sakit, klien tetap menyempatkan tidur siang selama satu jam. Pada malam hari, klien tidur selama 6-7 jam per hari tanpa keluhan ketika sehat. Saat sakit, klien tetap tidur selama 6-7 jam per malam tanpa keluhan.

7) Pola konsep diri

- a) Ideal Diri : Klien berharap agar tubuhnya sehat selalu
- b) Harga Diri : Klien ingin selalu dihargai sebagai orang tua
- c) Identitas Diri : Klien adalah seorang laki laki dan dulu klien seorang abdi negara

d) Peran Diri : Klien mengatakan sebagai seorang ayah dan seorang kepala rumah tangga.

8) Pola Peran dan Hubungan

Hubungan klien dengan lingkungan cukup baik

9) Pola Reproduksi dan seksual

Hasrat berhubungan seksualitas menurun

10) Pola Pertahanan Diri atau Koping

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

11) Pola Keyakinan dan Nilai

Pada saat dikaji klien mengatakan lebih banyak berdzikir dan pendekatan diri kepada sang pencipta.

12) Status Mental dan spiritual

a. Apa suasana hati yang menonjol pada klien (gembira)

b. Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya (ya)

c. Kebutuhan untuk beribadah (terpenuhi)

d. Masalah - masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual:

Tidak ada

d. Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan spiritual: Klien tidak mengeluh dengan kondisi saat ini untuk beribadah

3.1.2. Pemeriksaan Fisik

1. Tingkat Kesadaran : Compos Mentis

GCS : E 4 M 6 V 5

Skala GCS

Mata (Eye) : 4 Spontan
 3 Terhadap perintah / suara
 2 Terhadap nyeri
 1 Tidak ada respon
 Nilai, Eye : 4

Bicara (Verbal) : 5 Terorientasi
 4 Bingung
 3 Kata – kata yang tidak teratur
 2 Tidak dapat dimengerti
 1 Tidak ada
 Nilai, Verbal : 5

Gerak (Motorik) : 6 Mematuhi perintah
 5 Melokalisasi nyeri
 4 Penarikan karena nyeri
 3 Fleksi abnormal
 2 Ekstensi abnormal
 1 Tidak ada respon
 Nilai, Motorik : 6

Tanda vital

Tekanan darah : 180/90 mmHg

Suhu : 36,2 °C

Nadi : 102 X/menit

Pernafasan : RR 21 X/menit,

SPO2 : 97%

BB : 70 Kg

TB : 170 Cm

2. Kepala : Rambut tampak beruban, rambut terlihat bersih, tidak ada luka, dan keadaan rambut rontok, tidak ada nyeri tekan pada daerah kepala, klien terlihat sedikit meringis kesakitan dan terlihat gelisah

3. Mata, telinga dan mulut

Mata : bentuk mata simteris, konjungtivas tampak anemis, sclera Tidak icterus, pupil melambat, penglihatan kabur, tidak ada peradangan dan terdapat putih pada mata, 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, dan gigi tampak ompong, mengalami kesulitan untuk mengunyah dan tidak ada kesulitan saat menelan.

4. 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.

5. 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

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

7. Ekstremitas atas dan bawah : Keadaan turgor kulit baik, tidak sianosis, tidak ikterik, tidak ada oedema

8. Genetalia : Tidak terdapat masalah pada genitalia

9. APGAR keluarga

Tabel 3.3 APGAR Keluarga

No	Item penilaian	Selalu	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu	2		

	sesuatu menyusahkan saya			
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	2		
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.		1	
4	A :Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.		1	
5	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama sama mengekspresikan afek dan berespon	2		
Jumlah	8			

Interpretasi hasil :

Klien tidak ada disfungsi keluarga

10. SPMSQ

Tabel 3.4 SPMSQ

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ?	✓	
2	Tahun berapa sekarang ?	✓	
3	Kapan Bapak/Ibu lahir?	✓	
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ?	✓	
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ?	✓	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu?	✓	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ?	✓	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ?	✓	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ?	✓	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab	✓	
	Jumlah : 10		

Interpretasi hasil :

Fungsi intelektual klien utuh dengan skor 10

11. MMSE

Tabel 3.5 MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Pertanyaamn
1	ORIENTAS	5	5	Menyebutkan dengan benar : 1. Tahun berapa sekarang ?

				2. Musim apa sekarang ? 3. Tanggal berapa sekarang ? 4. Hari apa sekarang ? 5. Bulan apa sekarang ?
2	REGISTRASI	3	3	Sebut nama 3 obyek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap obyek yang ditunjukkan), lalu Tanya kembali ketiga obyek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 point untuk tiap jawaban benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat, Pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3), tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali), jika gagal maka tidak dapat dilakukan test pada MENGINAT
3	PERHATIAN & KALKULASI	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban benar) 1)93 2)86 3)79 4)72 5)65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung bisa dengan mengeja alimat secara mundur (skor adalah jumlah huruf

				yang disebutkan dengan benar, 1 point untuk setiap hurufnya), misalnya : DUNIA (eja:A-I-N-U-D)
4	MENGINAT	3	3	Minta klien mengulangi ketiga obyek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar beri nilai 1 point untuk setiap obyek yang disebutkan
5	BAHASA	9	9	a.Memberi nama : Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (misa jam tangan atau pensil), point 1 untuk masing-masing jawaban benar (skor=2) b.Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya <i>“namun”, “tanpa”, “bila”</i> atau kata yang lebih sulit lagi : <i>“taka da jika, dan, atau, tetapi”</i> Hanya 1 kali mencoba. Pont 1 jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan. c.Perintah 3 tahap (3stage comment) Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembat kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai, Nilai 1 untuk masing- masing perintah yang dilakukan dengan benar d.Membaca Dalam selembat kertas kosong tulis “Pejamkan mata Anda” Ditulis besar dan dapat dibaca jelas

			oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat) e.Menulis Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/ kata kerja, ejaan/ tanda baca tidak diperhitungkan, Jika benar nilai 1 point. f.Menyalin Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar bernilai 1 point
Nilai : 30			

Interpretasi hasil :

Klien tidak mengalami kerusakan kognitif dengan nilai 30

12. KATZ Index

Tabel 3.6 KATZ Indeks

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)	√	
	Jumlah: 6		

Interpretasi hasil :

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

13. Fungsional reach

Tabel 3.7 Fungsional reach

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 hasil :

15-25 cm (6-10 inci): Risiko jatuh sedang.

14. The Timed Up And Go (TUG)

Tabel 3.8 The Timed Up And Go (TUG)

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 hasil :

>20 detik: Mobilitas yang terganggu dan menunjukkan bahwa pasien memiliki risiko jatuh yang lebih tinggi.

15. Skala depresi

Tabel 3.9 Skala depresi

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda?	√	
2	Apakah Anda Telah Meninggalkan Banyak Kegiatan Minat/ Kesenangan Anda	√	
3	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?		√
4	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?	√	
5	Apakah Anda Mempunyai Semangat Yang Baik Setiap Saat?		√

6	Apakah Anda Merasa Takut Sesuatu Yang Buruk Akan Terjadi Pada Anda?		√
7	Apakah Anda Merasa Bahagia Untuk Sebagian Besar Hidup Anda?	√	
8	Apakah Anda Merasa Sering Tidak Berdaya?		√
9	Apakah Anda Lebih Sering Dirumah Daripada Pergi Keluar Dan Mengerjakan Sesuatu Hal Yang Baru?	√	
10	Apakah Anda Merasa Mempunyai Banyak Masalah Dengan Daya Ingat Anda Dibandingkan Kebanyakan	√	
11	Apakah Anda Pikir Bahwa Kehidupan Anda Sekarang Menyenangkan?	√	
12	Apakah Anda Merasa Tidak Berharga Seperti Perasaan Anda Saat Ini?		√
13	Apakah Anda Merasa Penuh Semangat?	√	
14	Apakah Anda Merasa Bahwa Keadaan Anda Tidak Ada Harapan?	√	
15	Apakah Anda Pikir Bahwa Orang Lain, Lebih Baik Keadaannya Daripada Anda?	√	
	Jumlah	10	5

Interpretasi Hasil :

Klien Tidak mengalami depresi dengan jayawab ya 10

3.2. Analisa Data

Tabel 3.10 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1	Ds : - klien mengatakan nyeri kepala Do : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - N : 102 x/mnt - TD :180/90 mmHg - RR : 21 x/mnt - Skala nyeri 5 (sedang)	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah ke otak meningkat ↓ Nyeri kepala ↓ Nyeri Kronis	Nyeri Kronis
2	Ds : - klien mengatakan sempat jatuh di lantai WC Do : - klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat) - klien mengatakan penglihatannya buram	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓	Risiko jatuh

	- kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4 - TUG 20 detik - FR 15-25 cm (6-10 inci)	Gangguan sirkulasi ↓ Retina ↓ Spasme arteriole ↓ Pandangan kabur ↓ Risiko jatuh	
	Ds : - Klien mengatakan tidak tahu makanan yang baik untuk penderita tekanan darah tinggi - Klien tampak bingung ketika ditanya makanan yang baik untuk penderita hipertensi - Klien tidak mengetahui cara untuk mengurangi rasa nyeri Do : - Klien tidak mengetahui tentang penyakitnya	Hipertensi ↓ Perubahan status mental Menanyakan status kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan

3.3. Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri Kronis b.d. peningkatan tekanan vaskular d.d klien tampak meringis klien tampak gelisah, N : 102 x/mnt, TD :180/90 mmHg, RR : 21 x/mnt Skala nyeri 5 (sedang).
2. Risiko jatuh b.d. Penggunaan alat bantu
3. Defisit pengetahuan b.d. kurang terpapar informasi d.d klien mengatakan tidak tahu makanan yang baik untuk penderita tekanan darah tinggi klien

tampak bingung ketika ditanya makanan yang baik untuk penderita hipertensi klien tidak mengetahui cara untuk mengurangi rasa nyeri

3.4. Perencanaan

Tabel 3.11 Perencanaan

NO DP	SLKI	SIKI	RASIONAL
1	Setelah dilakukan asuhan 3x keperawatan, nyeri klien dapat teratasi dengan kriteria hasil : (L.08066) 1. Keluhan nyeri (3) 2. Meringis (3) 3. Gelisah (3) 4. Frekuensi nadi (3) 5. Pola napas (3) 6. Tekanan darah (3)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping	1. Mengidentifikasi aspek-aspek ini membantu perawat memahami sumber dan sifat nyeri pasien, yang penting untuk merancang intervensi yang tepat. 2. Menentukan tingkat nyeri dengan skala numerik atau visual memudahkan penilaian perubahan nyeri dari waktu ke waktu dan efektivitas intervensi. 3. Respon non-verbal, seperti perubahan perilaku atau ekspresi wajah, penting untuk mengidentifikasi nyeri pada pasien yang mungkin kesulitan mengomunikasikan nyerinya secara verbal. 4. Mengetahui faktor-faktor ini memungkinkan perawat untuk memodifikasi lingkungan atau intervensi guna mengurangi nyeri pasien. 5. Memahami persepsi dan keyakinan pasien tentang nyeri membantu perawat dalam memberikan edukasi yang lebih tepat dan menyesuaikan intervensi berdasarkan kebutuhan individu. 6. Budaya dapat mempengaruhi cara seseorang merespon nyeri dan pengobatan, sehingga penting untuk

penggunaan analgetik Terapeutik	memahami latar belakang budaya pasien dalam manajemen nyeri.
• Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Terapi rendam kaki air hangat • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	7. Menilai bagaimana nyeri mempengaruhi aspek-aspek kehidupan sehari-hari pasien memungkinkan perawat untuk memberikan intervensi yang lebih komprehensif dan holistik. 8. Memantau terapi yang telah diberikan membantu mengevaluasi efektivitasnya dan menentukan apakah diperlukan perubahan atau penyesuaian. 9. Pemantauan ini penting untuk mencegah komplikasi yang dapat timbul dari penggunaan analgetik, sehingga terapi nyeri tetap aman dan efektif.
Edukasi • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat • Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi murolal)	10. Terapi rebndam air kaki hangat sebagai intervensi nonfarmakologis dapat memberikan efek relaksasi dan menurunkan persepsi nyeri tanpa efek samping obat. 11. Lingkungan yang tenang dan nyaman dapat mengurangi rangsangan nyeri dan memperbaiki suasana hati pasien, yang berdampak positif pada penurunan nyeri. 12. Istirahat yang cukup penting untuk pemulihan tubuh dan dapat membantu menurunkan persepsi nyeri dengan mengurangi kelelahan dan stres. 13. Pemahaman tentang jenis nyeri (akut atau kronis) dan sumbernya memungkinkan perawat untuk memilih intervensi yang paling efektif, baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis.

			14. Pengetahuan tentang penyebab dan pemicu nyeri membantu pasien memahami kondisinya dan mengurangi kecemasan, yang dapat memperburuk nyeri. 15. Dengan memahami strategi yang tersedia, pasien dapat lebih aktif berpartisipasi dalam manajemen nyeri, yang meningkatkan efektivitas intervensi. 16. Memonitor nyeri secara mandiri memungkinkan pasien untuk mendeteksi perubahan dan menilai kebutuhan akan intervensi lebih lanjut, yang meningkatkan pengelolaan nyeri. 17. Penggunaan analgesik yang tepat membantu mengelola nyeri secara efektif dan mencegah penggunaan berlebihan atau ketergantungan obat. 18. Mengajarkan terapi mural sebagai teknik tambahan membantu pasien mengelola nyeri tanpa ketergantungan pada obat, yang dapat mengurangi risiko efek samping. 19. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik memastikan bahwa pasien menerima dosis yang tepat dan jenis obat yang sesuai dengan kondisi mereka, yang mendukung manajemen nyeri yang aman dan efektif.
2	Tingkat Jatuh (L.14138) Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi • Identifikasi faktor jatuh (mis:	1. Memungkinkan tim perawat untuk melakukan penilaian lebih lanjut dan mengambil tindakan pencegahan yang tepat.

3x8jam diharapkan tingkat jatuh dapat Menurun, Dengan Kriteria Hasil 1. Jatuh dari tempat tidur (3) 2. Jatuh saat berjalan (3) 3. Jatuh saat naik tangga (3) 4. Jatuh saat di kamar mandi (3)	usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) • Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi • Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) • Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu • Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya	2. Memantau risiko jatuh secara berkala (misalnya setiap shift) penting karena kondisi pasien dapat berubah dengan cepat, dan penyesuaian intervensi mungkin diperlukan sesuai dengan kebijakan institusi. 3. Menyadari faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh, seperti lantai licin atau penerangan yang kurang, memungkinkan langkah-langkah pencegahan seperti perbaikan lingkungan segera dilakukan. 4. Menggunakan skala standar (seperti Fall Morse Scale atau Humpty Dumpty Scale) membantu dalam menilai tingkat risiko jatuh secara kuantitatif, yang memungkinkan intervensi lebih tepat sasaran. 5. Mengamati kemampuan pasien untuk bergerak di antara tempat tidur dan kursi roda penting untuk menilai risiko jatuh selama aktivitas yang berisiko tinggi. 6. Memastikan bahwa pasien dan keluarga mengenali lingkungan sekitarnya mengurangi kebingungan dan risiko jatuh akibat tersandung atau salah langkah. 7. Mencegah pergerakan yang tidak diinginkan dari tempat tidur atau kursi roda yang dapat menyebabkan jatuh. 8. Memberikan dukungan tambahan untuk pasien saat bergerak di atau keluar dari tempat tidur, membantu mencegah jatuh. 9. Mengurangi jarak jatuh jika pasien terjatuh dari tempat
	Terapeutik • Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga • Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam	

kondisi terkunci • Pasang handrail tempat tidur • Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah • Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station • Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) • Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien		tidur, sehingga mengurangi risiko cedera serius. 10. Memungkinkan respons cepat dari staf perawat jika pasien memerlukan bantuan atau mengalami jatuh. 11. Menggunakan alat bantu berjalan (seperti kursi roda atau walker) membantu pasien dengan gangguan keseimbangan atau mobilitas untuk tetap aman saat bergerak. 12. Memastikan bahwa pasien dapat dengan mudah meminta bantuan perawat jika mereka membutuhkan bantuan, yang membantu mencegah jatuh 13. Mengedukasi pasien tentang pentingnya meminta bantuan untuk aktivitas berisiko tinggi membantu mencegah jatuh yang tidak disengaja.
Edukasi • Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin • Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri • Ajarkan cara menggunakan		14. Mengurangi risiko tergelincir dengan memastikan bahwa pasien memakai alas kaki yang tepat. 15. Mengajarkan pentingnya fokus dalam menjaga keseimbangan tubuh dapat mengurangi risiko jatuh, terutama bagi pasien dengan masalah keseimbangan. 16. Teknik postural sederhana ini membantu meningkatkan stabilitas saat berdiri dan mengurangi risiko jatuh. 17. Pastikan pasien memahami cara mengoperasikan alat untuk memanggil bantuan, sehingga mereka tidak merasa perlu mencoba aktivitas berisiko sendiri.

		bel pemanggil untuk memanggil perawat	
3	Tingkat Pengetahuan Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8jam diharapkan tingkat pengetahuan dapat meningkat dengan Kriteria Hasil 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (3) 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (3) 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (3) 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik • Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan • Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi • Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat • Ajarkan strategi yang dapat	1. Setiap pasien memiliki tingkat pemahaman dan kesiapan yang berbeda dalam menerima informasi kesehatan. Mengidentifikasi kesiapan ini penting untuk menyesuaikan metode dan konten pendidikan yang efektif. Jika pasien tidak siap atau tidak mampu memahami informasi, pendidikan kesehatan tidak akan efektif. 2. Mengetahui faktor yang mempengaruhi motivasi pasien (seperti keyakinan, dukungan keluarga, atau kondisi kesehatan) memungkinkan tenaga kesehatan untuk menyesuaikan pendekatan yang lebih tepat dalam meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Materi yang jelas dan media yang tepat (seperti poster, video, atau pamflet) dapat membantu pasien memahami informasi lebih baik. Penyediaan materi ini juga memungkinkan pasien untuk belajar dengan kecepatan mereka sendiri. 4. Pendidikan kesehatan harus dilakukan pada waktu yang disepakati bersama dengan pasien agar mereka lebih siap dan termotivasi untuk belajar. Hal ini juga menunjukkan penghargaan terhadap otonomi dan kenyamanan pasien. 5. Mengizinkan pasien untuk bertanya menciptakan

digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	lingkungan belajar yang interaktif dan membantu mengklarifikasi informasi yang mungkin tidak dimengerti. Ini meningkatkan pemahaman dan mendorong partisipasi aktif dalam perawatan kesehatan mereka sendiri.
	6. Mengedukasi pasien tentang faktor risiko (seperti kebiasaan merokok, pola makan buruk, atau kurang olahraga) membantu mereka memahami dampaknya terhadap kesehatan dan mendorong perubahan perilaku yang lebih sehat.
	7. Memberikan edukasi tentang PHBS membantu pasien mengadopsi kebiasaan yang dapat meningkatkan kualitas hidup mereka dan mencegah penyakit.
	8. Strategi praktis seperti teknik mencuci tangan yang benar, menjaga kebersihan lingkungan, atau memilih makanan sehat sangat penting untuk memastikan bahwa pasien dapat menerapkan PHBS dalam kehidupan sehari-hari.

3.5. Implementasi

Tabel 3.12 Implementasi

Tanggal/ Jam	NO. DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
29/05/ 2025 09:00	1	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri Respon : terdapat keluhan nyeri kepala	S : -Klien mengatakan nyeri dibagian kepala -Klien mengatakan nyeri dirasakan pada saat banyak beraktivitas nyeri tidak dirasakan ketika meminum obat, dan berdiam diri di tempat tidur , Nyeri seperti di tusuk-tusuk, Nyeri Terpusat di kepala, Skala nyeri 5 (sedang) dari 0-10, Nyeri datang bertahap O : -Klien tampak melakukan teknik rendam kaki air hangat - Klien tampak meringis -Klien mengeluh akan rasa nyerinya -TD 160/90 mmHg sebelum dilakukan terapi -TD160/80 mmHg setelah dilakukan tindakan N : 20X/mnt RR:98x/mnt S :36,6 °C -Skala nyeri 5 (0-10) sedang A : Nyeri Kronis P : Masalah belum teratasi I : Menejemen nyeri	Fachri
09:05		2. Mengidentifikasi skala nyeri. Respon : Skala yang dirasakan 5 (1-10)		
09:10		3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat da memperingan nyeri. Respon : nyeri banyak beraktivitas nyeri tidak dirasakan ketika meminum obat, dan berdiam diri di tempat tidur		
09: 15		4. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Respon : Klien menjelaskan nyeri datang apabila banyak aktivitas		
09 :20		5. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Respon : dengan adanya nyeri yang dirasakan klien semakin dekat dengan allah		
09 : 25		6. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk meangurangi rasa nyeri teknik rendam air hangat Respon : Klien antusias saat diberikan terapi		
09 : 30		7. Mengajarkan teknik nonfarmakologi terapi rendam air hangat Respon : pasien paham		
29/05/ 2025 09:50	2	1. Mengidentifikasi faktor jatuh Respon : Klien paham	S : -Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena nyeri pada kepala yang menjalar ke belakang kepala -Klien sering memikirkan keberadaan anak-anaknya	Fachri
09:55		2. Mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi Respon : klien tau resiko jatuh		

09:60		3. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Respon : klien paham	-Klien mengatakan tidur sehari 6 jam O : - klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat) - klien mengatakan penglihatannya buram - kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4	
10:05		4. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala Respon : TUG 20 Fr: 15-25	- TUG 20 detik - FR 15-25 cm (6-10 inci)	
10:10		5. Menggunakan alat bantu berjalan Respon: pasien menggunakan alat bantu berjalan	A : Risiko jatuh P : Masalah belum teratasi I : Pencegahan jatuh	
		6. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Respon : klien selalu membawa hp		
		7. Menganjurkan memanggil keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Respon : pasien paham		
		8. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin Respon : pasien paham		
		9. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh Respon : pasien paham		
		10. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri Respon: pasien paham dan melakukan sedikit-sedikit		
29/05/2025	3	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon : Tn.K dan keluarga tampak antusias	S : O : -Klien tampak antusias dalam mendengarkan penjelasan tentang diet hipertensi	Fachri
10:15		2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan diet untuk hipertensi Respon : materi sudah siap	-Klien tampak antusias dalam bertanya -Klien mulai menunjukkan sikap yang tepat sesuai anjuran	
10:20		3. Mengjadwalkan pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan diet hipertensi sesuai kesepakatan Respon : Tn.K dan keluarga membuat jadwal untuk penkes	A: Defisit pengetahuan P: Masalah teratasi I : Edukasi kesehatan	
10:25				

10:30		4. Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon : Tn. K tidak terlalu banyak bertanya		
10:40		5. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi kesehatan Respon : Tn,K dan Keluarga tampak antusias		
10:50		6. Mengajarkan strategi yag dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat Respon : Tn. K dan Keluarga tampak mengerti		

3.6. Catatan Perkembangan

Tabel 3.12 Catatan Perkembangan

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
30/05/2025 10:45	Nyeri Kronis	S : -Klien mengatakan nyeri dibagian kepala -Klien mengatakan nyeri dirasakan pada saat banyak beraktivitas nyeri tidak dirasakan ketika meminum obat, dan berdiam diri di tempat tidur , Nyeri seperti di tusuk-tusuk, Nyeri Terpusat di kepala, Skala nyeri 5 (sedang) dari 0-10, Nyeri datang bertahap O : -Klien tampak melakukan teknik rendam kaki air hangat - Klien tampak meringis -Klien mengeluh akan rasa nyerinya -TD 160/90 mmHg sebelum dilakukan terapi -TD170/110 mmHg setelah dilakukan tindakan - N : 20X/mnt RR:98x/mnt S :36,6 °C -Skala nyeri 5 (0-10) sedang A : Nyeri Kronis P : Masalah belum teratasi I : Menejemen nyeri E : - Nyeri yang dirasakan masih ada - Skala nyeri yang dirasakan belum menurun - Meringis masih ada - Gelisah masih ada	Fachri

30/05/2025 11:20	Risiko jatuh	S : -Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena nyeri pada kepala yang menjalar ke belakang kepala -Klien sering memikirkan keberadaan anak-anaknya -Klien mengatakan tidur sehari 6 jam O : - klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat) - klien mengatakan penglihatannya buram - kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4 - TUG 20 detik - FR 15-25 cm (6-10 inci) A : Risiko jatuh P : Masalah belum teratasi I : Pencegahan jatuh E : - Risiko jatuh dari tempat tidur menurun - Risiko jatuh saat berjalan menurun - Risiko jatuh saat naik tangga menurun - Risiko jatuh saat di kamar mandi menurun	Fachri
30/05/2025 11:50	Defisit pengetahuan	S : O : -Klien tampak antusias dalam mendengarkan penjelasan tentang diet hipertensi -Klien tampak antusias dalam bertanya -Klien mulai menunjukkan sikap yang tepat sesuai anjuran A: Defisit pengetahuan P: Masalah teratasi I : Edukasi kesehatan E : - Perilaku Tn. K belum sesuai anjuran -Tn. K banyak bertanya tentang penkes yang disampaikan -Keluarga Tn. K banyak bertanya tentang penkes yang disampaikan -Persepsi Tn. K membaik -Tn. K menjalani pemeriksaan yang tepat .	Fachri
01/06/2025 10:55	Nyeri Kronis	S : -Klien mengatakan nyeri dibagian kepala -Klien mengatakan nyeri dirasakan pada saat	Fachri

		banyak beraktivitas nyeri tidak dirasakan ketika meminum obat, dan berdiam diri di tempat tidur , Nyeri seperti di tusuk-tusuk, Nyeri Terpusat di kepala, Skala nyeri 3 (sedang) dari 0-10, Nyeri datang bertahap O : -Klien tampak melakukan teknik rendam kaki air hangat - Klien tampak meringis -Klien mengeluh akan rasa nyerinya -TD 160/90 mmHg sebelum dilakukan terapi -TD145/90 mmHg setelah dilakukan tindakan - N : 20X/mnt RR:98x/mnt S :36,6 °C -Skala nyeri 3 (0-10) sedang A : Nyeri Kronis P : Masalah belum teratasi I : Menejemen nyeri E : - Nyeri yang dirasakan masih ada - Skala nyeri yang dirasakan menurun - Gelisah masih ada	
01/062025 11:10	Risiko Jatuh	S : -Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena nyeri pada kepala yang menjalar ke belakang kepala -Klien sering memikirkan keberadaan anak-anaknya -Klien mengatakan tidur sehari 6 jam O : - klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat) - klien mengatakan penglihatannya buram - kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4 - TUG 18 detik - FR 15-25 cm (6-10 inci) A : Risiko jatuh P : Masalah belum teratasi I : Pencegahan jatuh E : - Risiko jatuh dari tempat tidur menurun - Risiko jatuh saat berjalan menurun - Risiko jatuh saat naik tangga menurun - Risiko jatuh saat di kamar mandi menurun	Fachri

3.7. Pembahasan

Berdasarkan pembahasan ini, penulis akan menjelaskan kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn, A dengan hipertensi. Penulis juga akan menyertakan literatur berbasis bukti (EBP) untuk mendukung alasan tersebut. Pembahasan ini mencakup data pustaka yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

3.7.1. Pengkajian Data dan Analisa Data

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh klien (Wicaksono, 2019).

Pengkajian dilakukan di Desa Tanjung Kemuning pada pasien Tn.A yang berusia 60 tahun dengan diagnosa medis Hipertensi. Pada saat dilakukan pengkajian, klien mengatakan nyeri kepala, nyeri kepala bertambah apabila banyak beraktivitas seperti berjalan ke kamar mandi, dan berkurang apabila berdiam dan duduk di tempat tidur, nyeri kepala seperti dihentikan ke tempat yang keras, nyeri dirasakan di kepala dengan skala 5 (nyeri sedang), nyeri dirasakan hilang timbul. Pada teori yang tercantum dalam (Safitri, 2018), manifestasi klinis ataupun tanda dan gejala yang dapat timbul pada penderita. Hipertensi yaitu seperti Peningkatan tekanan darah >

140/90 mmHg, Sakit kepala, Pusing/migraine, Rasa berat tengkuk, Penyempitan pembuluh darah, Sulit tidur, Lemah dan lelah.

Gejala sakit kepala ini adalah salah satu manifestasi umum pada penderita hipertensi, sebagaimana disebutkan dalam teori Safitri (2018), di mana tanda-tanda klinis hipertensi termasuk peningkatan tekanan darah >140/90 mmHg, sakit kepala, pusing, penyempitan pembuluh darah, dan kelelahan. Nyeri kepala yang dialami oleh Tn. A dapat dijelaskan oleh peningkatan tekanan darah, yang menyebabkan beban berlebih pada pembuluh darah di otak, sehingga menimbulkan gejala seperti nyeri kepala. Peningkatan aktivitas fisik juga dapat memicu peningkatan tekanan darah lebih lanjut, yang menjelaskan mengapa nyeri kepala semakin parah saat Tn. K bergerak. Secara rasional, terapi yang bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, seperti istirahat dan mungkin terapi relaksasi atau pengendalian aktivitas, dapat membantu mengurangi gejala ini.

Dari hasil pengkajian, didapatkan dimana tanda dan gejala yang dialami oleh klien terdapat kesamaan dengan tanda dan gejala yang ada dalam teori adalah (Safitri, 2018), yaitu diantaranya klien mengalami nyeri kepala.

3.8.1. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu terhadap permasalahan kesehatan dalam proses penghidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien

mencapai kesehatan yang optimal (SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan berupa interpretasi ilmiah atau data hasil pengkajian yang digunakan untuk menyusun rencana, melakukan implementasi, dan menjadi bahan evaluasi. Dalam menyusun diagnosa keperawatan yang tepat, dibutuhkan data berupa batasan karakteristik, berapa ukuran normal dari masalah tersebut, serta kemampuan dalam memahami penanganan masalah, berpikir kritis, dan membuat kesimpulan dari masalah.

Menurut aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan *web of caution* (WOC) (SDKI DPP PPNI 2017) terdapat 8 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Hipertensi yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, nyeri kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia, hpervolemia berhubungan dengan peningkatan retensi natrium, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, resiko jatuh berhubungan dengan kesulitan gaya berjalan, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi, dan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis pada kasus Tn.A ada 3 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: Nyeri kronis, Resiko jatuh, dan defisit pengetahuan. Diagnosa- diagnosa yang diangkat pada kasus yaitu berdasarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien, Dari delapan diagnosa yang ada pada teori penulis hanya mengangkat 3

diagnosa pada kasus dikarenakan dari hasil pengkajian yang telah dilakukan hanya menemukan permasalahan di 3 diagnosa tersebut.

Pada saat bersamaan dimana system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. (Nopidrawati, 2018).

Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan pada umumnya meliputi tiga komponen yaitu komponen P (Problem), E (Etiologi) dan S (Symptom atau dikenal sebagai batasan karakteristik). Maka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yaitu sebagai berikut :

- a. Nyeri Kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan klien mengatakan nyeri kepala , Klien tampak meringis, Klien tampak gelisah, N : 102 x/mnt, TD :180/90 mmHg, RR : 21 x/mnt, Skala nyeri 5 (sedang) sejalan dengan teori

yang terdapat dalam (SDKI, 2017) Hipertensi adalah seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang ditunjukan oleh angka systolic dan distolic pada pemeriksaan tensi darah. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan istirahat/tenang (Pudiastuti, 2019).

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis adalah nyeri kepala harus segera di tangani, jika tidak ditangani maka akan menimbulkan masalah baru seperti gangguan rasa nyaman yang merupakan kebutuhandasar yang harus terpenuhi. Oleh karena ini nyeri kepala diangkat menjadi diagnosa utama. Nyeri kepala merupakan masalah prioritas pada pasien Hipertensi yang akan berpengaruh pada rasa nyaman dimana rasa nyaman merupakan kebutuhan dasar pada individu yang harus terpenuhi, hal ini sejalan hasil penelitian Murtiningsih, (2022).

b. Resiko jatuh berhubungan dengan penggunaan alat bantu

Berdasarkan hasil pengkajia didapatkan data berupa Klien mengatakan Klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat), Klien mengatakan penglihatannya buram, Kekuatan otot ekstremitas bagaian bawah 4/4-TUG (+) $\geq$ 30 detik (SDKI, 2017) Dari data diatas penulismenemukan beberapa data yang termasuk data minor yaitu kekuatan otot menurun yaitu Hipertensi yang berlangsung lama apabila tidak ditangani dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah di jantung. Kerusakan pada pembuluh darah jantung akan menyebabkan aliran darah

menuju otot-otot jantung akan terhambat. Hal ini dapat meningkatkan resiko jatuh. Hal ini sejalan dengan penelitian Nurarif & Kusuma (2015).

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data klien, Klien mengatakan tidak tahu makanan yang baik untuk penderita tekanan darah tinggi, Klien tampak bingung ketika ditanya makanan yang baik untuk penderita hipertensi, Klien tidak mengetahui cara untuk mengurangi rasa nyeri

Penulis mengangkat diagnosa ini di karenakan data yang didapat terpacu pada diagnosa defisit pengetahuan dimana klien mengatakan tidak tau makanan yang bagi penderita darah tinggi hal ini sejalan dengan SDKI (2017) dimana data mayor yang terdapat pada diagnosa defisit pengetahuan adalah menanyakan masalah yang dihadapi. Walaupun di WOC tidak terdapat diagnosa defisit pengetahuan, tetapi hal ini penting untuk ditegakkan karena berhubungan juga dengan usia klien 60 tahun (lansia) dimana diagnosa ini penting untuk diangkat.

3.8.2. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah proses sistematis untuk menentukan tindakan keperawatan guna mencapai hasil yang diinginkan. Ini melibatkan menetapkan prioritas masalah kesehatan, merumuskan tujuan jangka pendek dan panjang yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu (SMART), memilih intervensi keperawatan, menyusun rencana

tindakan, dan mendokumentasikannya. Tujuannya adalah memberikan perawatan yang terstruktur dan terfokus pada kebutuhan pasien, meningkatkan efektivitas intervensi, dan memastikan panduan yang jelas bagi tim keperawatan (SIKI, 2018).

a. Nyeri Kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular

Intervensi yang akan dilakukan yaitu intervensi utama dalam klasifikasi intervensi keperawatan Nyeri Kronis (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome). Adapun luaran yang digunakan pada pasien dengan nyeri Kronis adalah luaran utama. Luaran utama yaitu manajemen nyeri dengan kriteria hasil meliputi Keluhan nyeri menurun (SLKI, 2019). Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Intervensi keperawatan terdiri dari

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik (SIKI, 2018).

b. Resiko jatuh berhubungan dengan penggunaan alat bantu

Intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitutahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan

keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang), Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Untuk Terapeutik : Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah untuk Edukasi : Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan penggunaan alat bantu maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan menggunakan intervensi utama yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Penentuan intervensi keperawatan dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan referensi dengan mempertimbangkan jenis intervensi/tindakan yang sesuai dengan kemampuan perawat, kondisi klien, penilaian efektivitas dan efisiensi

keberhasilan mengatasi masalah klien. Terdapat beberapa intervensi yang penulis lakukan pada saat pemberian asuhan keperawatan untuk pemberian intervensi penulis hanya memberikan beberapa intervensi yang sifat menurunkan nyeri seperti terapi non farmakologi yaitu rendam kaki menggunakan air hangat dimana terapi ini adalah dengan menggunakan air hangat yang bersuhu 38—40 derajat celcius konduksi dimana terjadi perpindahan panas dari air hangat ke tubuh sehingga akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan dapat menurunkan ketegangan otot. Tujuan dari terapi ini adalah untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi edema, meningkatkan relaksasi otot, menyehatkan jantung, mengendorkan otot-otot, menghilangkan stress, meringankan rasa sakit, meningkatkan permeabilitas kapiler, memberikan kehangatan pada tubuh sehingga saat bermanfaat untuk terapi penurunan tekanan darah pada kasus hipertensi.

3.8.3. Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan sebelumnya. Pelaksanaan implementasi dilakukan pada tanggal 29-1 Juni 2025 jam 09:00 yang sebelumnya sudah kontrak waktu pada saat pengkajian.

- a. Nyeri Kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular

Pada diagnosa yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama manajemen nyeri yang telah ditentukan Mengidentifikasi lokasi,

karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri dibagian kepala, nyeri kepala bertambah apabila banyak beraktivitas seperti berjalan ke kamar mandi, dan berkurang apabila berdiam dan duduk di tempat tidur, nyeri kepala seperti dihentakan ketempat yang keras, nyeri dirasakan di kepala dengan skala 5 (nyeri sedang), nyeri dirasakan hilang timbul. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : klien tampak meringis menahan sakit, klien tampak gelisah. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Hasil : klien mengatakan nyeri mengganggu aktivitas klien Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri: Terapi rendam kaki menggunakan air hangat. Memfasilitasi istirahat dan tidur Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri Hasil : klien mengatakan paham dengan informasi yang diberikan. Menganjurkan klien minum obat penurun TD secara rutin. Pemberian terapi rendam kaki menggunakan air hangat bisa menurunkan tekanan darah hal ini sejalan dengan penelitian Ajeng Nurmaulina dan Hendiyanto (2021) Air hangat menyebabkan pembuluh darah di kaki dan area kulit lain melebar (vasodilatasi). Ketika pembuluh darah melebar, aliran darah menjadi lebih lancar dan tekanan pada dinding arteri berkurang, yang akhirnya menurunkan tekanan darah secara keseluruhan, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan terapi rendam kaki diperoleh adanya penurunan tekanan darah sesudah dilakukan terapi satu kali selama tiga hari berturut-turut. Hasil yang didapatkan setelah melakukan terapi terdapat penurunan tekanan darah dari 180/90 mmHg

menjadi 145/90 mmHg. Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan ada pengaruh yang signifikan dari pemberian terapi rendam kaki menggunakan air hangat terhadap penurunan tekanan darah. Terapi rendam kaki menggunakan air hangat diharapkan dapat digunakan sebagai terapi non-farmakologi bagi lansia dengan hipertensi.

b. Resiko Jatuh berhubungan penggunaan alat bantu

Pada diagnosa kedua dirumuskan dalam perumusan masalah diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Hasil : usia klien 60 tahun, gangguan penglihatan, kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4, Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh Hasil : lantai kamar mandi dan kamar mandi licin, Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Hasil : klien sering melakukan aktivitas berpindah dari tempat tidur secara mandiri menggunakan alat bantu berjalan (tongkat), Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Hasil : klien dapat mengerti, Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Mengajukan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

c. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Pada diagnosa ketiga maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit hipertensi dan makanan yang baik untuk dikonsumsi penderita hipertensi, Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat

meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat, Sediakan materi mengenai hipertensi dan makanan yang harus dikonsumsi penderita hipertensi, Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan, Mengajarkan klien cara meringankan nyeri dengan teknik terapi nonfarmakologi rendam kaki menggunakan air hangat.

3.8.4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakan pada akhir proses keperawatan (Deswani, 2021).

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

Nyeri Kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia Dari studi kasus berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3x24 jam, didapatkan bahwa diagnosa nyeri Kronis masalah teratasi sebagian , dengan Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala sudah berkurang, Ekspresi meringis menurun, Ekspresi gelisah menurun, N : 87 x/mnt, TD : 145/90 mmHg, RR 20 x/mnt, dan kala nyeri 3 (sedang).

Resiko jatuh berhubungan dengan kesulitan gaya berjalan. Dari studi kasus berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi 3x24 jam, didapatkan bahwa diagnosa resiko jatuh belum teratasi, klien mengatakan pusing ketika berjalan, Klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat), Klien mengatakan penglihatannya buram, Kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4, Hasil tes resiko jatuh (+). Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi. Dari studi kasus berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi 3x24 jam, didapatkan bahwa diagnosa defisit pengetahuan teratasi. Berdasarkan evaluasi penulis dari 3 diagnosa keperawatan yang diangkat pada Ny.I setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dari hasil evaluasi menunjukkan bahwa semua 2 diagnosa keperawatan teratasi sebagian antara lain nyeri kronis dan resiko jatuh sedangkan untuk diagnosa defisit pengetahuan sudah teratasi.

3.8. Pembahasan *Evidence Based Practice* (EBP)

Penulis melakukan pengkajian pada Tn.A dengan diagnose medis Hipertensi dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu Nyeri kronis. Untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi rendam kaki menggunakan air hangat sebagai salah satu terapi untuk menurunkan tekanan darah. Rendam air kaki hangat memberikan efek relaksasi, menurunkan rasa nyeri, meningkatkan kemampuan alat gerak. Terapi rendam kaki air hangat memberikan respon terhadap panas, melalui stimulasi yang mentransmisikan impuls dari perifer ke hipotalamus. Ketika reseptor panas di hipotalamus

dirangsang, sistem efektor menghasilkan sinyal untuk memulai berkeringat dan vasodilatasi perifer. Perubahan ukuran pembuluh darah dimediasi oleh pusat vasomotor dari kanal meduler batang otak, yang di bawah pengaruh hipotalamus anterior, menyebabkan vasodilatasi. Adanya vasodilatasi mengakibatkan peningkatan aliran darah ke jaringan individu terutama yang meradang dan nyeri sehingga terjadi penurunan (Masi & Rottie, 2017).

Penulis melakukan implementasi rendam kaki menggunakan air hangat pada selama 3 hari dengan frekuensi satu kali sehari selama 10-15 menit, dilakukan dengan cara mengukur tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki, Jika kaki tampak kotor, bersihkan dan keringkan, Masukkan air hangat kedalam baskom dengan suhu 38-40 °C, Celupkan dan rendam kaki sampai mata kaki biarkan selama 10 – 15 menit, jika suhu air turun maka tambahkan kembali, Setelah selesai angkat kaki lalu keringkan dengan handuk. Berdasarkan hasil dari telaah 5 jurnal yang didapatkan oleh penulis telah terbukti hasilnya efektif bahwa ada pengaruh rendam kaki menggunakan air hangat terhadap penurunan hipertensi (Tri Putra Permana, 2020). Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Salmah Arafah (2019). Hasil penelitian menggunakan uji Friedman diperoleh nilai $p=0,000 < \alpha=0,05$, maka ada pengaruh yang signifikan antara hasil pengukuran tekanan darah sistolik setelah rendam kaki menggunakan air hangat. Dan berdasarkan hasil uji Wilcoxon, ada pengaruh yang signifikan terhadap penurunan tekanan darah, Dari hasil penelitian ini, rendam kaki dengan menggunakan air hangat sangat efektif menurunkan tekanan darah pada kasus hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas

Pattallassang Kab. Takalar. Hal ini juga berkaitan dengan penelitian yang dilakukan oleh hendyanto (2021) dengan hasil yang didapatkan setelah melakukan terapi terdapat penurunan tekanan darah dari 180/100 mmHg menjadi 145/90 mmHg. Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan ada pengaruh dari pemberian terapi rendam kaki menggunakan air hangat terhadap penurunan tekanan darah. Terapi rendam kaki menggunakan air hangat diharapkan dapat digunakan sebagai terapi non-farmakologi bagi lansia dengan hipertensi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

3.9. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Tn. A dengan Post Operasi Apendektomi pada Mei 2025 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. A dengan hipertensi melalui intervensi rendam kaki air hangat di wilayah kerja puskesmas tarogong kabupaten garut, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Tn. A yaitu klien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Tn. A dengan hipertensi melalui intervensi rendam kaki air hangat di wilayah kerja puskesmas tarogong kabupaten garut, adapun diagnosa yang muncul pada Tn. A yaitu sebanyak 3 diagnosa keperawatan:
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. A, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. A, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Tn. A, dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu menganalisa *Evidence Based Practice* tentang salah satu diagnosa keperawatan yaitu nyeri kronis terapi rendam kaki hangat.

3.10. Saran

3.10.1. Puskesmas

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang penanganan nyeri dengan terapi rendam kaki air hangat di puskesmas.

3.10.2. Instansi Perguruan Tinggi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi sebagai salah satu bagian dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

3.10.3. Mahasiswa Peneliti

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya peneliti selanjutnya agar dapat mengaplikasikan terapi rendam kaki air hangat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Sari, D., & Prasetyo, B. (2020). Komplikasi Hipertensi dan Penanganannya dalam Praktek Klinis. *Jurnal Kardiovaskular Indonesia*, 15(2), 110-118.
- Ajeng Nurmalina & Hendri Hadiyanto. (2021). Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat pada Lansia dalam Menurunkan Tekanan Darah. *Jurnal Lentera*, 4(1), 36–39.
- Almaskari, M. (2017). Omani Staff Nurses' and Nurse Leaders' Attitudes toward and Perceptions of Barriers and Facilitators to the Implementation of Evidence - Based Practice. Disertasi
- Andriati, R., & Putri, S. (2018). Persiapan dan Prosedur Terapi Rendam Kaki dengan Air Hangat untuk Meringankan Nyeri dan Menurunkan Tekanan Darah. *Jurnal Terapi Alternatif*, 9(2), 88-95.
- Arafah, Salmah. (2019). Pengaruh Rendam Kaki dengan Menggunakan Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Pattalassang Kab. Takalar. *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*. Vol. 10 No.2
- Arifin, N., & Mustofa, A. (2021). Implementasi Perendaman Kaki dalam Air Hangat pada Suhu 39-40 Derajat Celsius dan Pengaruhnya terhadap Tekanan Darah. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 14(2), 133-140. Penerbit Ilmu Kedokteran.
- Bostwick, L. (2014). Evidence-Based Practice Clinical Evaluation Criteria for Bachelor of Science in Nursing Curricula A Dissertation submitted (PhD Thesis). College of Saint Mary.
- Corwin, EJ 2009, Buku Saku Patofisiologi, Edisi 3, EGC, Jakarta
- Deswani, R. (2021). Evaluasi Keperawatan: Metode dan Praktik dalam Mengukur Respons Klien. *Jurnal Keperawatan Terapan*, 15(1), 45-55.
- Dinkes Garut.(2023).
- Fildayanti. (2020). Hypertension: A Cardiovascular Disease and Its Chronic Nature. Cardio Health Publishing.

- Gresty N. M. Masi Julia V. Rottie. (2017). Pengaruh Terapi Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi Di Puskesmas Dahu Manado. *Jurnal Keperawatan. Home > Vol 5, No 1* (2017).
- Joseph, E. (2020). *Therapeutic Effects of Warm Water Foot Bath in Blood Pressure Control*. Health Science Press.
- Jumariah, T., & Mulyadi, B. (2017). Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7(1), 182–188.
- Jurnal Kesehatan Panrita Husada* 5(1):9–17. doi: 10.37362/jkph.v5i1.174.
- Kementrian kesehatan.(2022). Hipertensi.<https://upk.kemkes.go.id/new/mengenal-penyakit-hipertensi>
- Kementrian kesehatan.(2022). Lansia.<https://ayosehat.kemkes.go.id/kategori-usia/lansia>
- Kementrian kesehatan.(2023). Hipertensi.<https://upk.kemkes.go.id/new/mengenal-penyakit-hipertensi>
- Kholifah, A. (2016). Perubahan yang Dialami Lansia dan Implikasinya terhadap Kesehatan. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(1), 45-52. Penerbit Kesehatan.
- Kushariyadi, R. (2020). Skrining Kognitif pada Lansia: Perbandingan SPMSQ dan Mini Mental State Exam (MMSE). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(2), 120-128.
- Madarshahian, F., Hassanabadi, M., & Khazayi, S. (2015). Effect of evidence-based method clinical education on patients care quality and their satisfaction. *Education Strategies in Medical Sciences*, 4(4), 189-193.
- Masi, L., & Rottie, J. (2017). The Role of Vasodilation in Pain Relief and Tissue Healing. *Journal of Pain Management*, 14(2), 112-119. Pain Research Publications.
- Morgan, J. (2019). Warm Water Immersion: A Low-Tech Approach to Pain Relief and Muscle Relaxation. *Journal of Alternative Therapies in Health and Medicine*, 25(4), 223-230. Health Science Publishers.
- Mubarak, A. (2020). Pendekatan Metode PQRST dalam Pengkajian Nyeri pada Lansia. *Jurnal Keperawatan Modern*, 8(3), 200-208.

- Nopidrawati, I. (2018). Relaksasi Otot Polos Pembuluh Darah dan Dampaknya terhadap Sirkulasi Darah. *Jurnal Kardiovaskular Indonesia*, 10(2), 101-108.
- Nuraisyah, H., & Kusumo, A. (2021). Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan Pengukuran Tekanan Darah Menurut JNC-VIII. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16(3), 120-128.
- Nurhidayat, S. (2015). Pengaruh Nutrisi Terhadap Kesehatan Lansia dengan Hipertensi. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*, 10(2), 105-112.
- Pancawati, E. (2018). Penerapan Konsep Keperawatan dalam Manajemen Hipertensi. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 6(1), 34-42. Penerbit Keperawatan.
- Pramana, Try Putra, Edison Siringoringo, and Safruddin. 2020. "Rendam Kaki Dengan Air Hangat Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi."
- Pudiasuti, R. (2019). Definisi dan Pengukuran Hipertensi. *Jurnal Kardiovaskular Indonesia*, 12(2), 75-82.
- Riskesdas, (2013). Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Riskesdas, (2018). Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Safitri, D., & Ismawati, A. (2018). Analisis Tanda dan Gejala Hipertensi dalam Populasi Lansia. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 14(3), 145-152.
- Setyoadi, D., & Kusharyadi, R. (2020). Efektivitas Terapi Perendaman Air Hangat dalam Meringankan Berbagai Keluhan Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Terapan*, 12(1), 45-52.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2010). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

- Udjianti, R. (2011). Keluhan Umum pada Lansia dengan Hipertensi: Tanda dan Gejala yang Perlu Diperhatikan. *Jurnal Kesehatan Lansia*, 7(2), 65-72.
- Wahyuni, S. (2016). Pengkajian Keperawatan: Konsep dan Penerapan dalam Praktek Klinis. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 9(1), 25-32.
- Wicaksono, A. (2019). Pengkajian keperawatan: Pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi masalah kesehatan. Penerbit Kesehatan.
- Widiati, L., Nugroho, A., & Sari, D. (2021). Effect of Warm Water Foot Bath on Blood Circulation and Muscle Relaxation. *Journal of Complementary and Alternative Medicine*, 15(3), 245-252. Health and Wellness Publishers.
- World Health Organization (WHO). (2022). *World Report on Ageing and Health*. WHO Press.
- World Health Organization (WHO). (2023). *World Report on Ageing and Health*. WHO Press.

LAMPIRAN

Lembar Bimbingan

**LEMBAR BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Nama: Fachri Muhammad Husen
Nim: KHGD24056
Pembimbing: Wahyudin, S.Kep., N.Kes
Judul: Analisis Asuhan Keperawatan Genetik Dengan Hipertensi Pada Tn.A Dengan Intervensi Rendam Kaki Air Hangat Di Desa Jati Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kalor Kabupaten Garut

NO	Tanggal		Materi yang dikonsultasikan	Saran Pembimbing	TID
	Masuk	Keluar			
1	1/Des 2025		DUFU	Pelaksanaan asuhan keperawatan ACC	✓
2	1/Des 2025		BABI	asuhan keperawatan Pah. neri	✓

2	1/11/2026	BAB I	ACC BAB I (consolidated BAB I)	✓
1	1/11/2026	BAB II	Rekening Pendapatan Sementara	✓
5	1/11/2026	BAB II	ACC BAB II (consolidated BAB II)	✓
6	1/11/2026	BAB III	Rekening Pendapatan dan Biaya	✓

7			DEL <u>III</u>	ACC BAG <u>III</u> lasted 6 days 16	W
8			BAG <u>IV</u>	ACC BAG <u>IV</u> 20th lastest Sitting	W