

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI PADA
NY. W (KATZ INDEKS A) DENGAN INTERVENSI
PIJAT REFLEKSI KAKI DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS SILIWANGI**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

NAMA : SITI NUR AZIZAH

NIM : KHGD22023



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

TAHUN 2023

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Hipertensi Pada Ny. W (Katz Indeks A) Dengan Intervensi Pijat Refleksi Kaki Di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi

NAMA : Siti Nur Azizah

NIM : KHGD22023

Garut, Agustus 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Eldessa Vava Rilla, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN : 0427098601

Rudy Alfiyansah, S.Kep.,Ners.,M.Pd
NIDN : 0401048704

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners
STIKes Karsa Husada Garut

Mengetahui,
Pembimbing

Sri Yekti Widadi, S. Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN : 0420017802

Hasbi Taobah Ramdani, S. Kep.,Ners.,M.Pd
NIDN : 0424048901

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nyalah penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang berjudul **“Analisis Asuhan Keperawatan Hipertensi Pada Ny. W (Katz Indeks A) Dengan Intervensi Pijat Refleksi Kaki Di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi”**. Solawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Rasulullah SAW, beserta keluarganya, sahabatnya, dan para pengikutnya hingga akhir zaman, aamiin.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini, penulis banyak dibantu oleh berbagai pihak, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini tepat waktu. Sehingga Allah SWT senantiasa mencatatnya sebagai amal sholeh dan memberi balasan yang melimpah. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE., M.Si., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kep., NS., M.Kep., selaku Ketua Prodi Ners STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak Hasbi Taobah Ramdani, S.Kep., NS., M.Pd., selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah Akhir yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing, memberi motivasi, arahan dan membagi ilmu yang luar biasa kepada penulis.
6. Seluruh staf dosen dan karyawan STIKes Karsa Husada Garut.
7. Kedua orangtua penulis, Bapak Hendar Suhendar dan Ibu Enok Nasibah, juga ketiga adik saya Ratna Ningrum, Larasati dan Rahmawati Nurul Azmi yang telah memberikan do'a serta dorongan baik moril maupun materil.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Penulis menyadari dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari sempurna. Hal ini tidak lepas dari keterbatasan, pengalaman, serta pengetahuan yang penulis miliki. Namun meskipun demikian, penulis mengharapkan peneliti ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Garut, 28 Agustus 2023

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN HIPERTENSI PADA
NY. W (KATZ INDEKS A) DENGAN INTERVENSI
PIJAT REFLEKSI KAKI DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS SILIWANGI**

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

Siti Nur Azizah¹, Hasbi Taobah Ramdani²

Mahasiswa Program Studi Profesi Ners

Dosen STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRAK

Latar Belakang : Salah satu penyakit degeneratif yang paling banyak diderita lansia adalah hipertensi atau tekanan darah tinggi. Hipertensi merupakan suatu kondisi dimana seseorang mengalami kenaikan tekanan darah melebihi batas normal biasanya sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg. Masalah keperawatan yang memerlukan penanganan lebih lanjut pada pasien hipertensi yaitu nyeri kronis. Salah satu tindakan yang dapat dilakukan pada pasien hipertensi yaitu dengan Pijat Refleksi Kaki. **Tujuan :** Untuk mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Ny. W (Kartz Indeks) dengan Hipertensi dan Intervensi Pijat Refleksi Kaki di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi. **Metode :** Penulisan karya akhir ilmiah ini menggunakan metode desain dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan mengumpulkan data-data dengan cara pengkajian, merumuskan diagnosa, menyusun intervensi, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi. **Hasil:** Hasil pengkajian yang didapatkan tidak jauh berbeda dengan pengkajian teoritis, diagnosa yang muncul pada Ny. W yaitu nyeri kronis, gangguan persepsi sensori dan resiko jatuh, penulis dapat menyusun intervensi sesuai dengan permasalahan yang muncul pada pasien, penulis dapat melaksanakan intervensi dan evaluasi yang didapatkan hasil masalah utama nyeri kronis teratasi, terjadi penurunan tekanan darah pada klien setelah dilakukan pijat refleksi kaki. Untuk masalah keperawatan gangguan persepsi sensori teratasi sebagian dan untuk resiko jatuh teratasi.

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan, Hipertensi, Pijat Refleksi Kaki.*

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR.....	ii
ABSTRAK	iv
DAFTAR ISI.....	v

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Sistematika Penulisan	7

BAB II TUJUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lansia.....	8
2.1.1 Definisi Lansia.....	8
2.1.2 Klasifikasi Lansia	9
2.1.3 Ciri-ciri Lansia.....	9
2.1.4 Kualitas Hidup Lansia	10
2.2 Konsep Dasar Hipertensi.....	11
2.2.1 Definisi Hipertensi.....	11
2.2.2 Klasifikasi	12
2.2.3 Etiologi	12

2.2.4 Parofisiologi.....	15
2.2.5 Pathway.....	16
2.2.6 Manifestasi Klinis.....	17
2.2.7 Penatalaksanaan.....	17
2.2.8 Pemeriksaan Penunjang.....	18
2.2.9 Komplikasi.....	19
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi.....	20
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	20
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	34
2.3.3 Intervensi Keperawatan	41
2.3.4 Implementasi Keperawatan	45
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	46
2.4 Konsep Dasar Pijat Refleksi Kaki.....	46
2.4.1 Definisi Pijat Refleksi Kaki	46
2.4.2 Titik Terapi Pijat Refleksi Kaki.....	48
2.4.3 Manfaat Pijat Refleksi Kaki.....	48
2.4.4 Prosedur Pelaksanaan Terapi.....	49
2.5 <i>Evidence Based Practice</i> (EBP).....	51
2.5.1 Definisi EBP	51
2.5.2 Tujuan EBP.....	51
2.5.3 Langkah-Langkah Dalam EBP	52
2.5.4 Hasil Rivew Artikel	54

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus.....	61
3.1.1 Pengkajian Keperawatan	61
3.1.2 Diagnos Keperawatan.....	87
3.1.3 Intervensi Keperawatan	88
3.1.4 Implementasi Keperawatan	92
3.1.5 Catatan Perkembangan	95
3.2 Pembahasan.....	104
3.2.1 Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan.....	104
3.2.2 Analisis Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i> (EBP).....	113

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan.....	116
4.2 Saran.....	117

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi.....	12
Tabel 2.2 APGAR Keluarga	23
Tabel 2.3 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ).....	24
Tabel 2.4 Format Pengkajian MMSE	25
Tabel 2.5 Pengkajian Fungsi Kartz Index	27
Tabel 2.6 <i>Geriatric Depression Scale</i> (Skala Depresi).....	29
Tabel 2.7 <i>The Time Up And Go (TUG) Test</i>	30
Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan.....	41
Tabel 2.9 Standar Operasional Prosedur.....	50
Tabel 2.10 <i>Evidence Based Practice</i> (EBP)	54
Tabel 3.1 APGAR Keluarga	71
Tabel 3.2 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ).....	72
Tabel 3.3 Format Pengkajian MMSE	74
Tabel 3.4 Pengkajian Fungsi Kartz Index	76
Tabel 3.5 <i>Geriatric Depression Scale</i> (Skala Depresi).....	79
Tabel 3.6 <i>The Time Up And Go (TUG) Test</i>	80
Tabel 3.7 Analisa Data.....	83
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan.....	87
Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan.....	91
Tabel 3.10 Catatan Perkembangan.....	94

DAFTAR BAGAN

Tabel 2.1 Pathway Hipertensi	16
------------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lansia merupakan seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Sejalan dengan prediski *World Healt Organization* (WHO) mengenai peningkatan jumlah lansia di berbagai negara di dunia, Indonesia termasuk salah satu negara yang menghadapi hal tersebut. Badan Pusat Statistik merilis data jumlah lansia berdasarkan hasil Survei Penduduk Antara Sensus Tahun 2016 diperkirakan jumlah lansia (usia 60 tahun ke atas) di Indonesia sebanyak 22.630.882 jiwa. Angka ini diperkirakan akan meningkat menjadi 31.320.066 jiwa pada tahun 2022 (Kemenkes RI, 2018).

Seiring bertambahnya usia lansia lebih memiliki resiko atau memungkinkan mengalami berbagai penyakit khususnya penyakit degeneratif, yakni kondisi kesehatan yang terjadi akibat memburuknya suatu jaringan atau organ. Proses penuaan pada lansia akan menimbulkan perubahan baik secara fisik, mental, sosial, ekonomi dan fisiologi. Salah satu perubahan yang terjadi adalah perubahan struktur vena besar yang dapat mengakibatkan terjadinya hipertensi (Kowalak, 2017).

Menurut WHO pada tahun 2022 mengatakan bahwa terdapat 1 milyar orang di dunia menderita Hipertensi dan dua per-tiga diantaranya berada di negara berkembang yang berpenghasilan rendah-sedang. Prevalensi Hipertensi diperkirakan akan terus meningkat, dan diprediksi

pada tahun 2025 sebanyak 29% orang dewasa di seluruh dunia menderita Hipertensi. Hipertensi merupakan penyumbang kematian akibat penyakit tidak menular Prevalensi (PTM) yang meningkat dari 41,7% menjadi 60%. Prevalensi Hipertensi di Indonesia pada lansia cukup tinggi yaitu pada kelompok usia 55-64 tahun sebesar 55,2%, sedangkan pada kelompok usia 65-74 tahun sebesar (63,2%), dan pada kelompok usia >75 tahun sebesar (69,5%) (Nuraisyah & Kusumo, 2021). Hipertensi berkaitan dengan pola hidup, terbukti prevalensi meningkat pada daerah perkotaan sekitar 2-4% dibanding daerah pedesaan. Semua data tersebut menunjukkan bahwa prevalensi Hipertensi meningkat setiap tahunnya (Kemenkes RI, 2022).

Menurut Riset Data Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018 prevalensi Hipertensi di Jawa Barat mencapai 39,6% prevalensi ini naik jika di bandingkan tahun 2013 yaitu hanya 25,3% . Prevalensi Kabupaten Garut pada tahun 2018 menurut laporan Riskesdas Jawa Barat menempati peringkat ke-11 yang mengalami hipertensi dengan angka kejadian mencapai 32,4% walaupun tidak signifikan prevalensi ini meningkat jika dibandingkan tahun 2013 mencapai 29,4% (Kemenkes RI, 2022).

Hipertensi merupakan suatu kondisi dimana meningkatnya darah sistolik berada di atas normal yaitu lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg. Kondisi tersebut menyebabkan pembuluh darah terus mengalami peningkatan tekanan, jika nilai tekanan darah melewati batas normal, maka bisa dikatakan bahwa tekanan darah seseorang

tinggi. Hipertensi sendiri merupakan penyakit yang dikenal dengan istilah silent killer karena gejalanya hanya sedikit, bahkan terkadang tanpa gejala (Nuraini, 2019). Hal ini yang menyebabkan sedikit sekali orang beranggapan bahwa kondisi ini dapat mengancam jiwa padahal hipertensi sendiri merupakan penyebab utama stroke, serangan jantung, gagal jantung, gagal ginjal, disabilitas dan kematian premature. Apabila tidak ditanggapi dengan serius, umur penderitanya bisa berkurang 10-20 tahun (Amalia, 2017).

Secara umum, untuk menurunkan tekanan darah dapat dilakukan dengan cara pendekatan farmakologis (obat-obatan) dan non-farmakologis. Manajemen non-farmakologi merupakan langkah-langkah sederhana dalam menurunkan tekanan darah pada lansia. Terapi non-farmakologis yang dapat mengurangi hipertensi diantaranya akupresur, ramuan cina, terapi herbal, relaksasi nafas dalam, aroma terapi, terapi music klasik, hipnoterapi, meditasi dan pijat kaki (Aditya & Khoiriyah, 2021).

Pijat refleksi kaki merupakan teknik pemijatan yang dilakukan dengan memberikan rangsangan relaksasi pada bagian tubuh yang berhubungan dengan titik syaraf kaki yang dipijat. Telapak kaki manusia memiliki titik-titik syaraf yang berhubungan dengan organ-organ tubuh lainnya yang dapat memperlancar aliran darah, menurunkan kadar norepinephrine, menurunkan kadar hormon cortisol, menurunkan ketegangan otot, sehingga dapat menurunkan stress yang secara tidak langsung menurunkan tekanan darah. (Umamah & Paraswati, 2019)

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sihotang pada tahun 2021 dengan judul “ Pengaruh Pijat Refleksi Kaki Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi” yang menyatakan bahwa hasil penelitian didapatkan setelah diberikan intervensi teknik pijat refleksi kaki sebagian responden laki-laki (60 %) dan perempuan (70%) menunjukkan perubahan terhadap penurunan tekanan darah. Hasil penelitian ini diperkuat oleh penelitian Nugroho pada tahun 2020 yang menunjukkan bahwa pijat refleksi kaki lebih efektif dibandingkan hipnoterapi dalam menurunkan tekanan darah tinggi.

Penelitian ini dilakukan di Desa Muarasanding yang merupakan Wilayah Binaan Puskesmas Siliwangi. Dari 4 wilayah binaan yang di kelola oleh Puskesmas Siliwangi, Desa muarasanding termasuk wilayah yang memiliki prevalensi hipertensi cukup tinggi sehingga wilayah tersebut diambil menjadi tempat praktik. Berdasarkan uraian masalah diatas, maka penulis menarik kesimpulan untuk mengambil judul penelitian “ Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Hipertensi : Hipertensi Pada Ny. W Dengan Terapi Pijat Refleksi Kaki”.

Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, keluhan yang dirasakan, berapa lama keluhan itu muncul, dan riwayat kesehatan keluarga, setelah pengkajian lengkap maka akan muncul masalah keperawatan pada kasus Hipertensi salah satunya Pijat Refleksi Kaki.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Hipertensi pada Ny. W di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum yaitu untuk Mengetahui Analisis Asuhan Keperawatan Hipertensi Ny. W dengan Pijat Refleksi Kaki di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. W dengan Hipertensi dan Intervensi Pijat Refleksi Kaki di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. W dengan Hipertensi dan Intervensi Pijat Refleksi Kaki di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi.
- c. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny. W dengan Hipertensi dan Intervensi Pijat Refleksi Kaki di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi.
- d. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny. W dengan Hipertensi dan intervensi Pijat Refleksi Kaki di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi.

- e. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada Ny. W dengan Hipertensi dan intervensi Pijat Refleksi Kaki di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi.
- f. Penulis mampu menganalisis dan mengaplikasikan hasil *Evidanced Based Practice* ke dalam asuhan keperawatan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan mampu menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya dibidang Keperawatan Gerontik terutama mengenai intervensi terapi modalitas pada penderita Hipertensi.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan landasan untuk melakukan intervensi pada penderita Hipertensi, serta diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pasien hipertensi.

- b. Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat yang mengidap penyakit Hipertensi dapat melakukan pijat refleksi kaki untuk menurunkan tekanan darah tinggi.

1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan bertujuan untuk mempermudah pemahaman dan penelaahan penelitian. Dalam laporan penelitian ini, sistematika penulisan terdiri atas 4 bab, dapat dijelaskan sebagai berikut :

BAB I PENDAHULUAN

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

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini terdiri dari landasan teori yang berisi tentang pembahasan mengenai Lansia, Hipertensi, Pijat Refleksi Kaki, dan Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi.

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMABAHASAN

Bab ini terdiri dari tinjauan kasus berdasarkan format askep yang digunakan dan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Serta terdapat pembahasan mengenai analisis asuhan keperawatan menggunakan EBP (*Eviden Based Paractice*) Pijat Refleksi Kaki.

BAB IV KESIMPULAN

Bab ini merupakan bab akhir dalam penelitian, dan berisikan kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan Lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Process atau proses penuaan (Nugroho, 2016).

Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya, yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap berbagai serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian misalnya pada sistem kardiovaskuler dan pembuluh darah, pernafasan, pencernaan, endokrin dan lain sebagainya. Hal tersebut disebabkan seiring meningkatnya usia sehingga terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ (Amin & Priyono, 2018).

Kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang telah berusia lebih dari 60 tahun, yang mengalami penurunan kemampuan untuk beradaptasi dan tidak berdaya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Menurut (WHO, 2017) kelompok lanjut usia dapat diklasifikasikan menjadi 4 (empat) golongan, yaitu:

1. Usia pertengahan, 45-50 tahun (*Middle age*)
2. Lanjut usia, 60-74 tahun (*Elderly*)
3. Lanjut usia tua, 75-90 tahun (*Old*)
4. Usia sangat tua, lebih dari 90 tahun (*Very Old*)

2.1.3 Ciri-ciri Lansia

Menurut (Damanik & Hasian, 2019) ciri-ciri lansia adalah sebagai berikut:

1. Lansia merupakan periode kemunduran

Kemunduran pada kelompok lansia pada umumnya dipengaruhi oleh faktor fisik dan psikologis. Motivasi berperan sangat penting dalam kemunduran pada lansia.

2. Lansia memiliki status minoritas

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, sebagai contoh, lansia yang mempertahankan pendapatnya mendapat respon negatif dari masyarakat disekitarnya.

3. Menua membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran dibutuhkan oleh lansia yang sebaiknya dilakukan atas keinginan sendiri tidak terdapat unsur paksaan atau tekanan dari lingkungan.

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat kelompok ini cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk.

2.1.4 Kualitas Hidup Lansia

Menurut (WHO, 2017) kualitas hidup lansia terdiri atas 4 (empat) domain, yaitu :

1. Kesehatan fisik

Meliputi kegiatan sehari-hari, ketergantungan terhadap obat maupun bantuan medis, energi dan kelelahan, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja.

2. Kesehatan psikologis

Meliputi mampu atau tidaknya seseorang untuk menyesuaikan diri terhadap tuntutan perkembangan. Domain ini terdiri atas bodily image and appearance, self-esteem, positive and negative emotion, berpikir, belajar memori, konsentrasi.

3. Hubungan sosial

Meliputi cara seseorang berinteraksi satu sama lain dimana interaksi tersebut memiliki pengaruh dalam mengubah perilaku seseorang. Domain ini terdiri dari, personal, dukungan sosial, aktivitas seksual.

4. Aspek lingkungan

Relasi seseorang yang meliputi sumber keuangan, freedom physical, keamanan.

2.2 Konsep Dasar Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik setidaknya 140 mmHg atau tekanan darah diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi adalah peningkatan abnormal tekanan darah pada pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari satu periode. Hipertensi secara umum merupakan penyakit tanpa gejala dimana orang-orang menganggap bahwa gejala yang terjadi merupakan sakit biasa, karena gejala klinis yang biasanya terjadi antara lain tengkuk terasa pegal, pusing, mual, muntah tekanan darah tinggi, sakit kepala (Kowalak, 2017).

Hipertensi merupakan suatu keadaan yang menyebabkan tekanan darah tinggi secara terus-menerus dimana tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg, tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Hipertensi atau penyakit darah tinggi merupakan suatu keadaan peredaran darah meningkat secara kronis. Hal ini terjadi karena jantung bekerja lebih cepat memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi di dalam tubuh (Irianto, 2019).

Kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa hipertensi merupakan suatu kondisi dimana seseorang mengalami kenaikan tekanan darah melebihi batas normal biasanya sistolik lebih dari 140 mmHg dan Diastolik lebih dari 90 mmHg.

2.2.2 Klasifikasi

Menurut Aspiani (2016) hipertensi pada orang dewasa diklasifikasikan sebagai berikut :

Tabel 2.1 klasifikasi hipertensi

KATEGORIK	SISTOLIK mmHg	DIASTOLIK mmHg
Normal	<130	<85
Perbatasan (High normal)	130-139	85-89
Hipertensi		
Derajat 1 ringan	140-159	90-99
Derajat 2 sedang	160-179	100-109
Derajat 3 berat	180-209	110-119
Derajat 4 sangat berat	≥ 210	≥ 120

2.2.3 Etiologi

Hipertensi dapat disebabkan oleh faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi (Made, 2017). Faktor penyebab hipertensi yang tidak dapat dimodifikasi yaitu diantaranya :

1. Usia

Usia merupakan faktor penyebab hipertensi dengan prevalensi tertinggi yaitu rentang usia 50-65 tahun.

2. Jenis kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pria sama dengan wanita. Namun wanita masih cukup aman hingga usia sebelum menopause. Karena setelah menopause, wanita rentan terkena penyakit kardiovaskuler, hipertensi salah satunya. Wanita yang belum menopause terlindungi oleh hormone estrogen yang berperan meningkatkan kadar HDL yang merupakan factor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis.

3. Genetik

Hipertensi rentan terjadi pada seseorang yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat darah tinggi. Hal ini berkaitan dengan adanya peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potassium terhadap sodium individu dengan orang tua dengan hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi daripada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi.

Selain itu, faktor penyebab hipertensi yang dapat di modifikasi/dirubah diantaranya :

1. Obesitas

Berat badan yang mengalami peningkatan pada anak-anak ataupun

usia pertengahan dapat meningkatkan risiko seseorang terkena penyakit hipertensi.

2. Merokok

Zat kimia dalam rokok bisa membuat pembuluh darah menyempit, yang berdampak pada meningkatnya tekanan dalam pembuluh darah dan jantung.

3. Stress

Stress dapat meningkatkan tekanan darah dalam waktu yang relatif singkat, tetapi memiliki kemungkinan tidak menyebabkan tekanan darah meningkat dalam kurun waktu yang lama.

4. Asupan garam

Mengonsumsi garam berefek samping terhadap tekanan darah. Penderita hipertensi yang disebabkan karena keturunan merupakan seseorang dengan kemampuan lebih rendah dalam mengeluarkan garam dari tubuhnya.

5. Aktivitas fisik

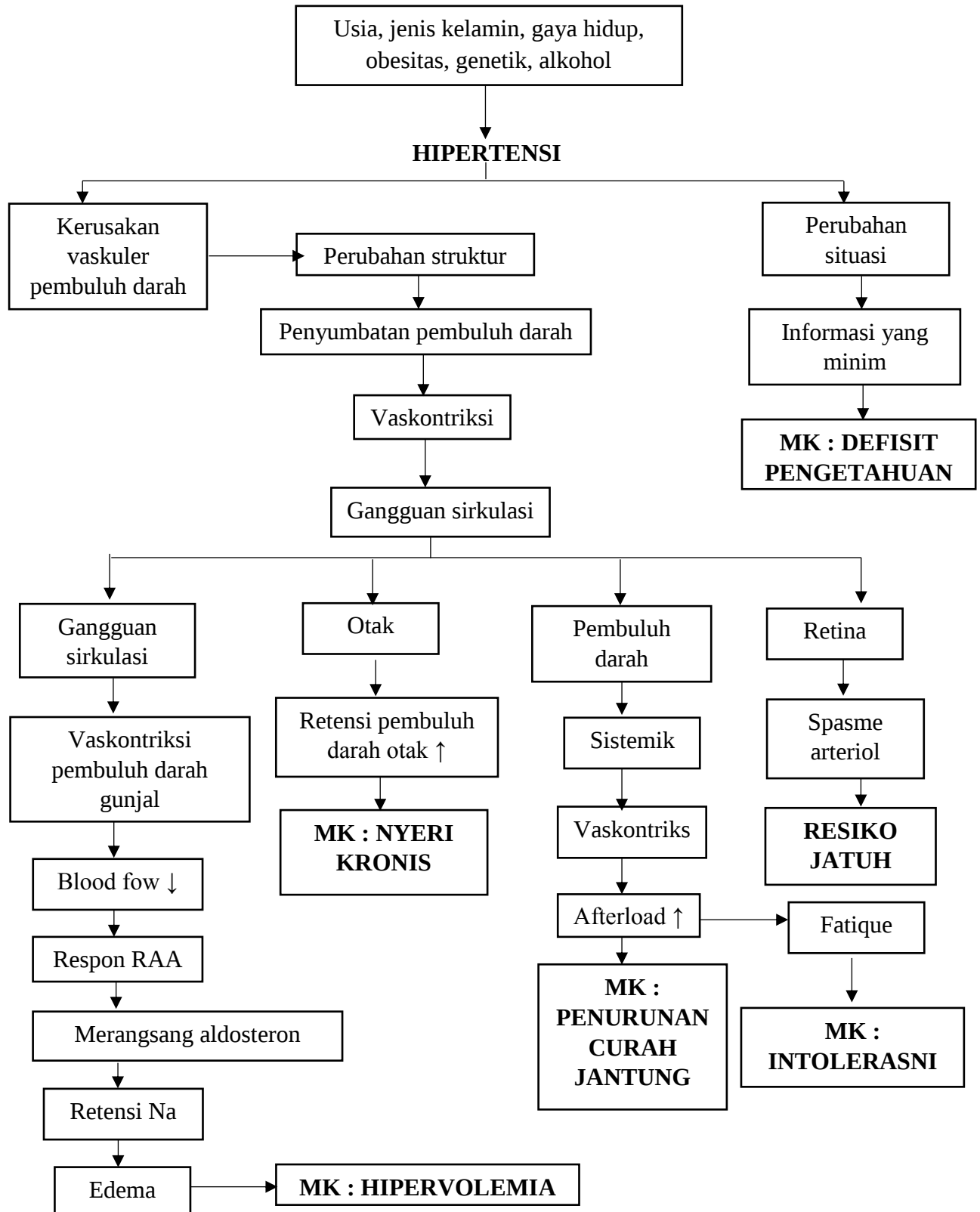
Olahraga atau beraktivitas yang terlalu berat dihubungkan dengan pengelolaan hipertensi karena olahraga isotonik dan teratur dapat menurunkan tekanan darah.

2.2.4 Patofisiologi

Hipertensi secara umum didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah yang dapat berakibat pada timbulnya penyakit serta lainnya. Hipertensi ditandai dengan tekanan darah yang melebihi 140/90mmHg. Hipertensi terjadi karena adanya proses penebalan dinding pembuluh darah dan hilangnya elastisitas dinding arteri. Keadaan ini dapat mempercepat jantung dalam memompa darah guna mengatasiresistensi perifer yang lebih tinggi dan semakin tinggi. Dari seluruh penderita hipertensi, 95% penderitanya memiliki kemungkinan mewariskan atau keturunannya memiliki risiko menderita hipertensi dikemudian waktu, sedangkan 5% lainnya menjadi penyebab penyakit seperti stroke, kardiovaskular, atau gangguan ginjal (Iceu Amira DA, 2018)

2.2.5 Pathway

Bagan 2.1 Pathway Hipertensi



Sumber : (Iceu Amira DA, 2018)

2.2.6 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi 2 diantaranya (Made, 2017) :

1. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri dilakukan dengan pemeriksaan. Maka hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

2. Gejala yang lazim

Sering kali dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. dalam kenyataan ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu: Mengeluh sakit kepala, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epistaxis, kesadaran menurun.

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi pada dasarnya dapat dilakukan melalui 2 cara yaitu : secara farmakologi dan nonfarmakologi. Penatalaksanaan secara farmakologi seperti diketahui menggunakan obat-obatan yang diperoleh melalui resep dokter dengan salah satunya dengan pemberian Angiotensin Converting Enzim Inhibitor golongan ini mampu menghambat

zat angiotensin II (zat yang dapat menyebabkan meningkatkan tekanan darah).

Sedangkan penatalaksanaan secara nonfarmakologi dapat dilakukan melalui berbagai metode diantaranya modifikasi gaya hidup sehat. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi konsumsi garam menjadi 6gr/hari, menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok, dan minuman beralkohol. Olahraga secara rutin dan tidur yang berkualitas dengan 6-8 jam tidur per hari dapat membantu mengurangi stress (Adam, 2019).

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Adam, 2019) :

1. Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Hb/Ht : Untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
 - b. Kreatinin : Memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
 - c. Glukosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
 - d. Urinalisa : Darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal
2. CT scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopathy
3. EKG : Dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

4. IUP : Mengidentifikasi penyebab hipertensi
5. Photo Thorax : Menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.2.9 Komplikasi

Berikut adalah beberapa komplikasi hipertensi:

1. Gangguan Penglihatan

Tekanan darah yang meningkat secara terus menerus dapat mengakibatkan kerusakan pembuluh darah pada retina. Semakin lama seseorang mengidap hipertensi dimana tekanan darah yang terjadi meningkat maka kerusakan yang terjadi pada retina juga semakin berat. Selain itu, gangguan yang bisa terjadi akibat hipertensi ini juga dikenal dengan iskemik optic neuropati atau kerusakan saraf mata. Kerusakan parah dapat terjadi pada penderita hipertensi maligna, dimana tekanan darah meningkat secara tiba-tiba

2. Gagal Ginjal

Penyakit ginjal kronik dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan darah tinggi pada kapiler-kapiler ginjal dan glomerulus. Kerusakan glomerulus ini berakibat pada darah yang mengalir ke unit fungsional ginjal terganggu. Kerusakan pada membrane glomerulus juga berakibat pada keluarnya protein secara menyeluruh melalui urine sehingga sering dijumpai sebagai akibat dari tekanan osmotik koloid

plasma yang berkurang. Gangguan pada ginjal umumnya dijumpai pada penderita hipertensi kronik.

3. Gagal Jantung

Gangguan jantung atau yang dikenal dengan infark miokard terjadi ketika arteri koroner mengalami arteriosklerosis. Akibat dari ini adalah suplay oksigen ke jantung terhambat sehingga oksigen tidak terpenuhi dengan baik yang dapat menyebabkan terjadinya iskemia jantung.

4. Stroke

Stroke terjadi ketika otak mengalami kerusakan yang ditimbulkan dari perdarahan, tekanan intra karnial yang meninggi, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh darah non otak yang terpajan pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang mengalirkan suplai darah ke otak mengalami hipertropi atau penebalan (Amira, 2018).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Hipertensi

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien dan keluarga

Identitas pasien, yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, sumber informasi, dan diagnosa medis masuk. Identitas penanggung jawab meliputi nama dan hubungan dengan pasien.

2. Riwayat Pekerjaan

Identifikasi pekerjaan pasien saat ini, dahulu dan pendapatan yang dihasilkan pasien setiap bulan.

3. Karakteristik lingkungan tempat tinggal

Identifikasi kebersihan ruangan/rumah pasien, penerangan, sirkulasi udara, pembuangan air dan sampah.

4. Riwayat kesehatan

a. Keluhan Utama

Keluhan utama saat MRS dan saat ini, alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini, serta upaya yang dilakukan untuk mengatasinya. Keluhan utama yang paling sering dijadikan alasan pasien merasa nyeri pada sendi

b. Riwayat kesehatan sekarang

Dikaji dimulai dari keluhan yang dirasakan pasien, sebelum masuk rumah sakit, ketika mendapatkan perawatan di rumah sakit sampai dilakukannya pengkajian. Pada pasien penyakit ini biasanyadidapatkan adanya keluhan seperti nyeri pada sendi.

Keluhan nyeri dikaji menggunakan PQRST sebagai berikut :

- Provocatif : nyeri timbul pada saat beraktivitas.
- Quality : nyeri yang dirasakan seperti ditekan, rasa terbakar, ditindih benda berat seperti ditusuk, rasa diperas dan dipelintir.
- Region : nyeri dirasakan di dada dan bisa menyebar kebau.

- Severity : skala nyeri di ukur dengan rentang nyeri 0-10 atau bisa dilihat dengan ekspresi wajah.
- Timing: nyeri timbul secara tiba-tiba dengan durasi ≤ 30 menit

c. Riwayat kesehatan dahulu

Dalam hal ini yang perlu dikaji atau ditanyakan pada klien tentang penyakit apa saja yang pernah diderita seperti hipertensi, DM dan sudah berapa lama menderita penyakit yang dideritanya, tanyakan apakah pernah masuk rumah sakit sebelumnya.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui riwayat penyakit keluarga tanyakan pada pasien mengenai riwayat penyakit yang dialami keluarganya. Seperti penyakit keturunan (diabetes melitus, hipertensi, asma, jantung) dan penyakit menular (TBC, hepatitis).

5. Pola aktivitas sehari-hari

Mengidentifikasi frekuensi dan masalah pola makan, minum, pola eliminasi, pola tidur, pola konsep diri, pola peran dan hubungan, pola koping, pola keyakinan/nilai, dan pola aktivitas sehari-hari meliputi mandi, berpakaian, mobilisasi, berpindah, berjalan, memasak, naik tangga, pemeliharaan ruangan/rumah. Dengan kategori :

0 = mandiri

1 : alat bantu

2 : dibantu orang lain

3 : dibantu orang lain dan alat

4 : tergantung/tidak mampu

6. Format Pengkajian Lansia

a. APGAR Keluarga

Tabel 2.2 APGAR Keluarga

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-Kadang (1)	Tidak pernah (0)
1.	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			
2.	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya			
3.	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru			
4.	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih, atau mencintai			
5.	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon			
	Jumlah			

Penilaian :

0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

4-6 : Disfungsi keluarga sedang

b. Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

Tabel 2.3 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

No	Item Penilaian	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 ?		
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama ?		
8.	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia ?		
9.	Siapa nama presiden Indonesia sekarang ?		
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ?		
	Jumlah		

Analisa hasil skor salah :

0-2 : fungsi intelektual utuh

3-4 : kerusakan intelektual ringan

5-7 : kerusakan intelektual sedang

8-10 : kerusakan intelektual berat

c. Format Pengkajian MMSE

Tabel 2.4 Format Pengkajian MMSE

No	Item Penilaian	Benar	Salah
1.	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang? 2. Musim apa sekarang? 3. Tanggal berapa sekarang? 4. Hari apa sekarang? 5. Bulan apa sekarang? 6. Di Negara mana anda tinggal? 7. Di provinsi mana anda tinggal? 8. Di kabupaten mana anda tinggal? 9. Di kecamatan mana anda tinggal? 10. Di desa mana anda tinggal?		
2.	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan 3 objek 11. 12. 13.		
3.	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta pasien mengeja 5 kata dari belakang seperti: 14. K 15. A 16. P 17. A 18. B		
4.	MENGINGAT		
	Minta klien mengulang 3 objek diatas 19. 20.		

	21.		
5.	BAHASA		
	Tunjukkan 2 benda, minta klien menyebutkan 22. Jam tangan 23. Pensil Minta klie mengulangi 3 kalimat berikut 24. “Tidak ada jika, dan, atau tetapi” Perintah 3 langkah 25. Ambil kertas! 26. Lipat 2! 27. Taruh dilantai! Turuti hal berikut 28. Tutup mata 29. Tulis satu kalimat 30. Salin gambar		
	Jumlah		

Analisa hasil :

< 21 : kerusakan kognitif

d. Pengkajian Fungsional Katz Index

Tabel 2.5 Pengkajian Fungsional Katz Index

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	Mandi Mandiri : bantuan hanya pada 1 bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandiri sendiri sepenuhnya Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan keluar masuk dari bak mandi, dan tidka mandi sendiri		
2.	Berpakaian Mandiri : megambil baju drai lemari, memakai, melepaskan, mengancing/mengikat pakaian Tergantung : tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian		
3.	Ke Kamar Kecil Mandiri : keluar masuk dan membersihkan genitalia sendiri Tergantung : menerima bantuan masuk ke kamar kecil/menggunakan pispot		
4.	Berpindah Mandiri : berpindah dari tempat tidur, lalu duduk, bangkit dan ke kursi sendiri Tergantung : naik turun tempat tidur dibantu, tidak melakukan satu perpindahan		

5.	Kontinen Mandiri : BAB dan BAK dikontrol sendiri Tergantung : inkontinensia parsial atau total		
6.	Makan Mandiri : mengambil makan dan menyuapi sendiri Tergantung : mengambil makan, menyuapi dengan bantuan, tidak makan sama sekali		

Ket :

Nilai A : kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, mandi, dan berpakaian.

Nilai B : kemandirian dalam semua hal, kecuali salah satu dari fungsi di atas.

Nilai C : kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan salah satu dari fungsi di atas.

Nilai D : kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan salah satu dari fungsi di atas.

Nilai E : kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan salah satu dari fungsi di atas.

Nilai F : kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan salah satu dari fungsi di atas.

Nilai G : ketergantungan keenam fungsi tersebut.

e. *Geriatric Depression Scale* (Skala Depresi)Tabel 2.6 *Geriatric Depression Scale* (Skala Depresi)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	
1.	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda ?		YA
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda ?	TIDAK	
3.	Apakah merasa kehidupan anda kosong ?	TIDAK	
4.	Apakah anda sering merasa bosan ?	TIDAK	
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat ?		YA
6.	Apakah anda merasaa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?		YA
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda ?		YA
8.	Apakah anda merasa sering tidak berdaya ?	TIDAK	
9.	Apakah anda lebih sering di rumah dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru ?	TIDAK	
10.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?	TIDAK	
11.	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda sekarang menyenangkan ?	TIDAK	
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini ?	TIDAK	
13.	Apakah anda merasa penuh semangat ?	TIDAK	
14.	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?	TIDAK	

15.	Apakah anda merasa bahwa orang lain, lebih baik keadaannya daripada anda ?	TIDAK	
-----	--	-------	--

Setiap Jawaban Yang Sesuai Mempunyai Skor “1” (Satu)

Skor 5-9 : Kemungkinan Depresi

Skor 10 > : Depresi

f. The Time Up And Go (TUG) Test

Tabel 2.7 *The Time Up And Go (TUG) Test*

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

Interpretasi :

< 10 detik : *low risk of falling*

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

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

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

7. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Keadaan umum klien mulai saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Kesadaran klien juga diamati apakah kompos mentis (GCS : 14-15 = E4,V5, M6), apatis (GCS: 12-13), delirium (GCS : 10-11), samnolen (GCS : 7-9), sopor (GCS : 5-6), semi koma (GCS : 4) atau koma (GCS : 3 = E1,V1, M1).

b. Tanda-tanda Vital (TTV)

Pasien mengalami peningkatan pada tekanan darah, nadi, dan respirasinya. Tekanan darah serkisar antara 124/91 mmHg – 137/97 mmHg, RR sekitar 16-20 x/menit, nadi seerkisar 100- 112 x/menit. Terjadi perubahan sesuai dengan aktivitas dan rasa nyeri yang timbul (Nurhidayat, 2018).

c. Pemeriksaan fisik

- Sistem pernafasan

Inspeksi : dada simetris/tidak, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi naik/turun, irama normal/abnormal, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot bantu pernafasan/tidak), warna kulit merata/tidak, lesi/tidak, edema, pembengkakan/ penonjolan, RR mengalami peningkatan. Palpasi : getaran vocal fremitus kanan dan kiri sama/atau tidak, ada fraktur pada costae/tidak Perkusi : normalnya berbunyi sonor. Auskultasi : normalnya terdengar vasikuler pada kedua paru dan ada suara tambahan/tidak.

- Sistem kardiovaskuler

Inspeksi : ictus cordis tampak atau tidak. Palpasi : teraba atau tidaknya ICS. Perkusi : normalnya terdengar pekak Auskultasi : S1/S2 murmur.

- Sistem persarafan

Kaji nervus cranial XII

- Sistem pencernaan

Inspeksi : luka/tidak, jaringan parut ada/tidak, umbilicus menonjol/masuk kedalam , amati warna kulit merata/tidak. Auskultasi : bising usus normal atau tidak (5-20x/menit). Palpasi : nyeri tekan pada abdomen/tidak. Perkusi : suara timpani atau hipertimpan.

- Sistem pancaindra

- Mata, Inspeksi : mata kanan dan kiri simetris/tidak, mata juling ada/tidak, konjungtiva merah muda/anemis, skleraikterik/putih , pupil kanan dan kiri isokor (normal), reflek pupil terhadap cahaya miosis(mengecil)/ midriasis (melebar)
Palpasi : nyeri/tidak, peningkatan tekanan intraokuler pada kedua bola mata/tidak.
- Telinga, Inspeksi : telinga kanan dan kiri simetris/tidak, menggunakan alat pendengaran/tidak, warna telinga dengan daerah merata/tidak, lesi ada/tidak, perdarahan ada/tidak, serumenada/tidak.
- Hidung, Inspeksi : keberadaan septum tepat di tengah/tidak, secret ada/tidak Palpasi : fraktur ada/tidak dan nyeri ada/tidak.

- Mulut Inspeksi : bibir ada kelainan kogenital (bibir sumbing)/tidak, warna bibir hitam/merah muda, mukosa bibir lembab/kering, sianosis/tidak, odeme/tidak, lesi/tidak, stomatitis ada/tidak, gigi berlubang/tidak, warna gigi putih/kuning, lidah bersih/kotor. Palpasi : nyeri tekan/tidak pada bibir.

- Sistem endokrin

Inspeksi : adanya oedema atau tidak.

Palpasi : adanya pembesaran kelenjar atau tidak.

- System Integumen

Inspeksi : warna kulit hitam/sawo matang, lembap/tidak, amati turgor kulit baik/menurun.

Palpasi : akral hangat /dingin, CRT (*Capillary Refil Time*) pada jari normalnya < 2 detik.

- Sistem musculoskeletal

Inspeksi : tonus otot kuat/tidak, jari-jari lengkap/tidak, fraktur/tidak.

Palpasi : oedema/tidak.

- Sistem reproduksi

Inspeksi : terpasang kateter atau tidak dan adakah masalah pada organ. reproduksi atau tidak.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Terdapat beberapa diagnose keperawatan prioritas yang mungkin muncul pada lansiadengan hipertensi, diantaranya (SDKI, 2018) :

1. Nyeri kronis (D.0078)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

Penyebab :

- Kerusakan sistem saraf
- Penekanan saraf
- Ketidak seimbangan nerotransmitter, neuromodulator dan reseptor
- Gangguan fungsi metabolik

Gejala dan Tanda Mayor

Ds :

- Mengeluh nyeri
- Merasa depresi (tertekan)

Do :

- Tampak meringis
- Gelisah
- Tidak mampu menuntaskan aktivitas

Gejala dan Tanda Minor

- Merasa takut mengalami cedera berulang
- Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri)
- Waspada
- Pola tidur berubah
- Anorekis
- Fokus pada diri sendiri

2. Penurunan curah jantung (D.0008)

Definisi : Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Penyebab :

- Perubahan irama jantung
- Perubahan frekuensi jantung

Gejala dan Tanda Mayor

Ds :

Perubahan irama jantung

- Palpitasi

Perubahan preload

- Lelah

Perubahan afterload

- Dispnea

Perubahan kontraktilitas

- *Paroxymal nocturnal dyspnea* (PND)
- Ortopnea
- Batuk

Do :

Perubahan irama jantung

- Bradikardia/takikardia
- Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi

Perubahan preload

- Edema
- Distensi vena jugularis
- *Central venous pressure* (CVP) meningkat/menurun
- Hepatomegali

Perubahan afterload

- Tekanan darah meningkat/menurun
- Nadi perifer teraba lemah
- *Capillary refill time* >3 detik
- Oliguria
- Warna kulit pucat dan atau sianosis

Perubahan kontraktilitas

- Terdengar suara jantung S3 dan/atau S4
- *Ejection fraction* (EF) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Ds :

Perubahan preload (Tidak tersedia)

Perubahan afterload (Tidak tersedia)

Perubahan kontraktilitas (Tidak tersedia)

Perilaku atau emosional

- Cemas
- Gelisah

Do :

Perubahan preload

- Murmur jantung
- Berat badan bertambah
- *Pulmonary artery wedge pressure (PAWP)* menurun

Perubahan afterload

- *Pulmonary vascular resistance (PVR)* meningkat/menurun
- *Systemic vascular resistance (SVR)* meningkat/menurun

Perubahan kontraktilitas

- *Cardiac index (CI)* menurun
- *Left ventricular stroke work index (LVSWI)* menurun
- *Stroke volume index (SVI)* menurun

Perilaku atau emosional (Tidak tersedia)

3. Hipervolemia (D.0022)

Definisi : Peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler.

Penyebab :

- Kelebihan asupan natrium
- Gangguan aliran balik vena

Gejala dan Tanda Mayor

Ds :

- Ortopnea
- Dispnea
- *Proxymal nocturnal dyspnea* (PND)

Do :

- Edema anasarka dan/atau edema perifer
- Berat badan meningkat dalam waktu singkat
- *Jugular venus pressure* (JVP) dan/atau *Central venouse pressure* (CVP) meningkat
- Refleksi hepatojugular positif

Gejala dan Tanda Minor

Ds: -

Do :

- Distensi vena jugularis
- Terdengar suara nafas tambahan
- Hepatomegali

- Kadar Hb/Ht turun
- Oliguria
- Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif)
- Kongesti paru

4. Intoleransi aktivitas (D.0056)

Definisi : Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab :

- Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- Kelemahan
- Gaya hidup monoton

Gejala dan Tanda Mayor

Ds :

- Mengeluh lelah

Do :

- Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Gejala dan Tanda Minor

Do :

- Dispnea saat/setelah aktivitas
- Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- Merasa lelah

Ds :

- Tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat

- Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
- Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- Sianosis

5. Defisit pengetahuan (D.0111)

Definisi : Ketiadaan atau kekurangan informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Penyebab :

- Keterbatasan kognitif
- Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Ds :

- Menanyakan masalah yang dihadapi

Do :

- Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Ds : -

Do :

- Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
- Menunjukkan perilaku yang berlebihan (mis. Apatis, agitasi, histeria)

6. Resiko jatuh (D.0143)

Definisi : Beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

Faktor Resiko :

- 1) Usia $\geq$ 65 tahun (pada dewasa) atau $\leq$ tahun (pada anak)
- 2) Riwayat jatuh
- 3) Penggunaan alat bantu berjalan
- 4) Perubahan fungsi kognitif
- 5) Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)
- 6) Kekuatan otot menurun
- 7) Gangguan keseimbangan
- 8) Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri kronis	Setelah dilakukan intervensi selama waktu yang telah ditentukan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi membaik 2. Pola nafas membaik	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang

		3. Keluhan nyeri menurun 4. Meringis menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun	memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik 7. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 8. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 9. Fasilitasi istirahat dan tidur 10. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 11. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 12. Jelaskan strategi meredakan nyeri 13. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 14. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Penurunan curah jantung	Setelah dilakukan intervensi selama waktu yang telah ditentukan diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : 1. Dipsnea menurun 2. Lelah menurun 3. <i>Paroximal nocturnal dyspnea</i> menurun	1. Identifikasi tanda gejala penurunan curah jantung (dipsnea, Lelah, edema, ortopnea) 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor intake output cairan 4. Posisikan klien semi fowler 5. Berikan diet jantung (Batasi kafein, natrium, kolestrol dan

			makanan tinggi lemak) 6. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi keluhan 7. Anjurkan pembatasan aktivitas 8. Anjurkan beraktivitas secara bertahap 9. Kolaborasi pemberian medikasi pengobatan
3.	Hipervolemia	Setelah dilakukan intervensi selama waktu yang telah ditentukan menit diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Edema menurun 2. Asites menurun	1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi 6. Timbang berat badan setiap waktu yang sama 7. Batasi asupan cairan dan garam 8. Ajarkan cara membatasi cairan 9. Kolaborasi pemberian diuretik
4.	Intoleransi aktivitas	Setelah dilakukan intervensi selama waktu yang telah ditentukan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Keluhan dyspnea menurun 2. Keluhan Lelah menurun	1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Pantau kelelahan fisik dan emosional 3. Pantau pola dan jam tidur 4. Sediakan lingkungan yang nyaman 5. Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif. 6. Anjurkan untuk membatasi

			aktivitas - Anjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap - Fasilitasi memilih aktivitas yang mampu dilakukan - Ajarkan relaksasi - Edukasi keluarga untuk membantu aktivitas yang dibutuhkan - Kolaborasi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5.	Defisit Pengetahuan	Setelah dilakukan intervensi selama waktu yang telah ditentukan diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Kemampuan menjelaskan pengetahuan sesuai topik meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun - Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun - Menjelaskan yang tidak tepat menurun	- Identifikasi kesipan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan ndan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku bersih dan sehat.

6.	Resiko jatuh	Setelah dilakukan intervensi selama waktu yang telah ditentukan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh saat berdiri menurun 2. Jatuh saat berjalan menurun	1. Identifikasi faktor jatuh (usia, kesadaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan) 2. Identifikasi faktor lingkungan 3. Atur posisi tempat tidur supaya tidak terlalu tinggi 4. Fasilitasi penyediaan alat bantu keamanan lingkungan 5. Anjurkan menggunakan alat bantu berjalan 6. anjurkan keluarga untuk menyediakan perawat lansia jika dibutuhkan anjurkan untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin.
----	--------------	---	---

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan (intervensi) mengkomunikasikan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencapai hasil klien yang diinginkan. Perawat harus merencanakan asuhan dengan klien, karena kedua individu bertanggung gugat terhadap asuhan tersebut untuk mencapai hasil diharapkan. Intervensi tertulis yang membimbing kebutuhan asuhan klien perlu diberi tanggal dan ditandatangani untuk mengidentifikasi seseorang yang melakukan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang berisikan respon klien terhadap asuhan yang diberikan dan pencapaian hasil yang diharapkan. Fase evaluasi perlu untuk menentukan seberapa baik rencana keperawatan tersebut berjalan, dan bagaimana selama proses yang terus menerus. Pada tahap evaluasi terdiri dari evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi formatif dituliskan sebagai hasil dari suatu tindakan yang dicatat dalam format implementasi, sedangkan evaluasi sumatif berupa pemecahan masalah diagnosa keperawatan dalam bentuk catatan perkembangan (SOAPIER) :

S: berupa data subjektif

O: berupa data objektif

A: analisa/assesment

P: berupa planning/perencanaan

I: implementasi

E: evaluasi

R: revisi, re-assesment/ perbaiki

2.4 Konsep Dasar Pijat Refleksi Kaki

2.4.1 Definisi Pijat Refleksi

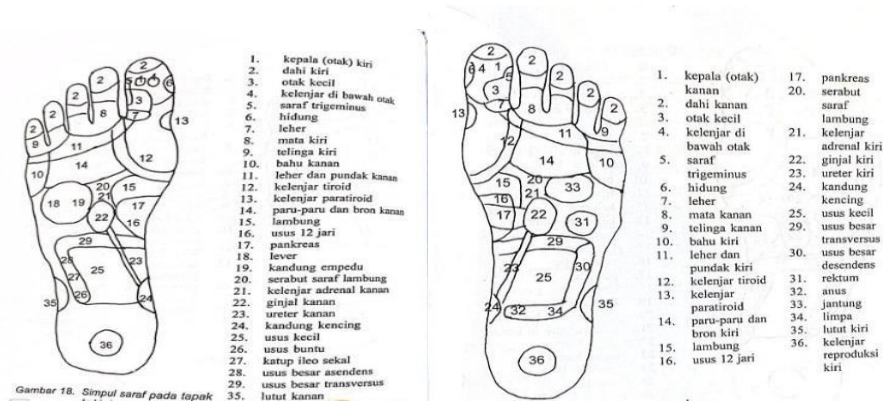
Pijat refleksi merupakan salah satu terapi komplementer yang digunakan untuk pencegahan hipertensi. Pijat refleksi adalah suatu terapi dengan teknik pijatan atau memberikan penekanan di bagian tubuh tertentu

(Amin & Priyono, 2018). Metode yang sering digunakan dalam terapi ini yaitu: mengusap (massase), merambatkan ibu jari, memutar tangan di satu titik, dan melakukan penekanan dan menahan. Dengan diberikan stimulus berupa pijatan dan penekanan akan memancarkan efek relaksasi ke seluruh tubuh. Efek samping setelah dilakukannya terapi pijat refleksi kaki pada responden hipertensi yaitu sering buang air kecil, dan bisa tidur nyenyak saat malam, serta badan dan terasa lebih ringan (Umamah & Paraswati, 2019).

Pijat refleksi merupakan terapi alternatif yang aman, praktis dan tidak ada efek samping yang berbahaya. Pijat refleksi adalah ilmu yang mempelajari mengenai terapi pemijatan di titik titik tertentu. Terapi ini dilakukan dengan menggunakan tangan dan juga bisa menggunakan alat bantu lain seperti kayu, plastik atau karet. Ilmu yang mempelajari refleksi dinamakan refleksiologi. Terapi ini mampu mencegah dan mengobati berbagai penyakit serta mampu memperbaiki keluhan yang ada pada tubuh melalui terapi pemijatan titik refleksi (I. R. N. Azizah et al., 2018).

Dari pemaparan di atas dapat disimpulkan bahwa pijat refleksi kaki suatu alternatif yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah dengan cara melakukan pemijatan pada telapak kaki.

2.4.2 Titik Terapi Pijat Refleksi Kaki



Gambar 2.1 Titik Terapi Pijat Refleksi Kaki (CP, 2005)

Keterangan:

1. Titik nomor 1,2, dan 3 berada di telapak kaki kanan dan kiri dinamakan titik sentral reflek
2. Titik 4 berada disela sela tulang ibu jari dan jari telunjuk kaki kanan dan kiri dinamakan titik taichong

2.4.3 Manfaat pijat refleksi kaki

Manfaat pijat refleksi kaki menurut Wahyuni (2018) :

1. Menurunkan tekanan darah
2. Mengurangi ketergantungan pada obat
3. Membantu mengatasi stress
4. Mengobati sakit kepala dan migrain
5. Menyingkirkan toksin/racun
6. Menjaga kesehatan agar tetap prima
7. Menyehatkan kerja organ tubuh
8. Melancarkan peredaran pada darah

2.4.3 Prosedur Pelaksanaan Terapi

Langkah – langkah terapi pijat refleksi kaki dengan memposisikan pasien terlentang dan senyaman mungkin kemudian dengan standar operasional prosedur keperawatan pemijatan dilakukan selama 15-30 menit bisa lebih dilakukan 1 hari sekali selama 3 hari secara berturut-turut. Masing-masing titik dilakukan selama kurang lebih 3-5 menit. Pemijatan dilakukan pada titik refleksi yaitu titik 1, titik 2, kemudian titik 3 dan 4 yang terdapat dibagian bawah telapak kaki, serta melakukan pemijatan yang memfokuskan penekanan pada ibu jari. Terapi pijat refleksi ini dilakukan dengan teknik merambatkan ibu jari, memutar ibu jari pada satu titik, serta menahan dan penekanan. Selang 20 menit setelah dilakukannya terapi pijat refleksi kaki kemudian dilakukan pengukuran tekanan darah (Muhammad Fandizal et al., 2019).

Alat dan bahan yang digunakan :

1. Baby oil / Body lotion
2. Handuk
3. Stetoskop, sphygmomanometer
4. Kertas mencatat tekanan darah

Prosedur :

Tabel 2.9 SOP (Standar Operasional Prosedur)

Fase Orientasi	
1.	Mengucapkan salam/menyapa klien
2.	Memperkenalkan diri
3.	Menjelaskan tujuan tindakan
4.	Menjelaskan langkah prosedur
5.	Menyakan kesiapan klien
Fase Kerja	
1.	Mencuci tangan
2.	Mempersiapkan alat dan bahan
3.	Membaca basmallah
4.	Mengukur tekanan darah dan TTV pasien
5.	Mengatur posisi klien senyaman mungkin
6.	Memberikan baby oil atau body lotion
7.	Memulai pemijatan pada titik refleksi yaitu titik 1, 2, dan kemudian titik atau disebut dengan titik sentral reflek dengan menggunakan teknik penekanan menggunakan ibu jari
8.	Kemudian melakukan pemijatan dititik 4 atau disebut dengan titik taichong dengan teknik memutarakan ibu jari tangan.
9.	Setelah pemijatan selesai menganjurkan pasien minum air putih sebanyak 2 – 3 gelas ($\pm$ 500 cc) agar kotoran dalam tubuh cepat terbuang
10.	Mencuci tangan
11.	Mengucapkan hamdallah
12.	Merapikan alat dan bahan
Fase Terminasi	
1.	Melakukan evaluasi tindakan : mengukur tekanan darah setelah 20 menit
2.	Menyampaikan rencana tindak lanjut
3.	Mendoakan klien
4.	Berpamitan dengan klien

Indikasi :

1. Pasien menderita hipertensi
2. Pasien yang mengalami setres
3. Pasien yang mengalami peredaran darah tidak lancar
4. Pasien yang mengalami ketergantungan obat

Kontra indikasi :

1. Tidak boleh dilakukan pada pasien yang memiliki tumor pada kaki.
2. Tidak boleh dilakukan pada pasien yang sedang mengalami luka pada kaki.

2.5 *Evidence Based Practice (EBP)*

2.5.1 Pengertian EBP

Evidence based practice (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu up to date atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien. Pentingnya *evidence based practice* dalam kurikulum undergraduate juga dijelaskan didalam (Sin & Bleques, 2017 dalam Novi 2019) menyatakan bahwa pembelajaran *evidence based practice* pada undergraduate student merupakan tahap awal dalam menyiapkan peran mereka sebagai registered nurses (RN).

2.5.2 Tujuan EBP

Tujuan utama di implementasikannya *evidence based practice (EBP)* 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 tepat dan lama perawatan

bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al., 2012 dalam Nofi 2019).

2.5.3 Langkah- langkah dalam EBP

1. Langkah 0 : Kembangkan semangat penelitian. Sebelum memulai dalam tahapan yang sebenarnya di dalam EBP harus ditumbuhkan semangat dalam penelitian sehingga klinikal akan lebih nyaman dan tertarik mengenai pertanyaan-pertanyaan berkaitan dengan perawatan pasien
2. Langkah 1 : Ajukan pertanyaan klinis dalam format PICOT pertanyaan klinis dalam format PICOT untuk menghasilkan *Evidence Based Practice* yang lebih baik dan relevan
 - a. Populasi pasien (P)
 - b. Intervensi (I)
 - c. Perbandingan intervensi atau kelompok (C)
 - d. Hasil/Outcome (O)
 - e. Waktu/Time (T)
3. Langkah 2 : Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan PICO/PICOT.
4. Langkah 3 : Melakukan penelitian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian).

5. Langkah 4 : Mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam membuat keputusan atau perubahan.
6. Langkah 5 : Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti.
7. Langkah 6 : Menyebarkan hasil dari EBP.

2.5.4 Hasil Review Artikel

Berdasarkan hasil pencarian artikel penelitian pada database Google Scholar, Berikut merupakan hasil telaah penelitian yang berkaitan dengan manajemen Pijat Refleksi Kaki terhadap Hipertensi. Artikel yang memenuhi kriteria inklusi dan eklusi berjumlah 5 artikel. Hasil penelitian terdapat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.10
Evidence Based Practice (EBP)

No	Nama Peneliti & Nama Jurnal	Judul	Metode	Sampel (N)	Tujuan	Hasil & kesimpulan	Instrumen
1.	Nizar, A. M., & Farida (2020)	Pengaruh Terapi Pijat Refleksi Kaki Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi Di Kecamatan Campur Darat	Metode penelitian ini bersifat analitik dengan desain penelitian <i>one-group pre-post test design</i>	Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik <i>purposif sampling</i> , berjumlah 116 lansia	Untuk mengetahui pengaruh terapi pijat refleksi kaki terhadap penurunan hipertensi	Berdasarkan data penelitian didapatkan bahwa perbandingan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi sebelum dan sesudah diberikan terapi refleksi kaki rata-rata tekanan darah sistolik 153 mmHg dan diastolik 97 mmHg setelah dilakukan	Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi dengan indikator hasil

		Kabupaten Tulungagung				terapi rata-rata tekanan sistolik 139 mmHg dan diastolik 86 mmHg dengan selisih hasil sistolik 14 mmHg dan diastolik 11 mmHg. Hasil perhitungan berdasarkan uji paired t test didapatkan dimana tingkat kemaknaan atau p (0,05) diperoleh nilai P 0,001 sehingga Nilai P < Nilai p oleh karena itu terdapat Pengaruh Terapi Refleksi Kaki Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi Di Kecamatan Campurdarat Kabupaten Tulungagung.	pemeriksaan tekanan darah sistolik dan bersikan data umum responden seperti inisial, nama, jenis kelamin, usia, pendidikan, berat badan, riwayat merokok/alkohol, pola makan dan lama menderita hipertensi.
2.	Umamah, F., & Paraswati, S. (2019)	Pengaruh Terapi Pijat Refleksi Kaki Dengan Metode Manual	Metode Penelitian ini menggunakan <i>quasi experimental design</i> dengan	Teknik pengambilan sampel menggunakan metode <i>simple random</i>	Untuk mengetahui efektifitas terapi pijat refleksi kaki terhadap	Hasil penelitian menunjukkan tekanan darah sebelum intervensi setengah (50%) responden mengalami Hipertensi derajat 1, setelah intervensi sebagian besar	Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah

		Terhadap Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Karangrejo Timur Wonokromo Surabaya	<i>pendekatan pretest-posttest control group design</i>	<i>sampling</i> dengan jumlah sampel 35 orang	penurunan hipertensi	(72,2%) tekanan darah normal, dan hasil uji wilcoxon didapatkan nilai $p = 0,001$. Simpulan dari penelitian adalah terapi pijat refleksi kaki dengan metode manual berpengaruh menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.	lembar observasi.
3.	Sulaiman, M. A., & Margiyati. (2019)	Pengaruh Pijat Refleksi Kaki Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Rowosari Semarang	Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode studi kasus deskriptif dengan pendekatan studi kasus	Subjek 2 orang dengan kriteria usia 35-65 tahun serta menderita hipertensi grade I dan II. Intervensi yang dilakukan berupa terapi pijat refleksi kaki 30-60 menit	Untuk mengetahui pengaruh pijat refleksi kaki terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi	Hasil studi kasus menunjukkan adanya penurunan tekanan darah dari 160/90 mmHg menjadi 143/83 mmHg pada subjek I, dan pada subjek II dari 180/100 mmHg menjadi 155/87 mmHg.	Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi.

				selama 3 hari berturut-turut.			
4.	Sihotang, E. (2019)	Pengaruh Pijat Refleksi Kaki Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Kecamatan Medan Tuntungan	Metode penelitian ini menggunakan ekperimental dengan bentuk rancangan <i>one-grup pre-post test design</i>	Teknik pengambilan dengan purposive sampling diperoleh sample sebanyak 10 orang.	Untuk mengetahui pengaruh pijat refleksi kaki terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan tekanan darah yang signifikan setelah dilakukan pijat refleksi kaki. Berdasarkan uji pired sampel t-test yang telah dilakukan diperoleh data yang signifikan yaitu nilai $p = 0,000$ pada tekanan darah sistolik post pijat refleksi kaki dan nilai $p = 0,037$ pada tekanan darah diastolik post pijat refleksi kaki , sehingga dapat disimpulkan $p < 0,05$ artinya terdapat perbedaan tekanan darah pre-post pijat refleksi kaki.	Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi dengan indikator hasil pemeriksaan tekanan darah.
5.	Rahmayanti, E. D., &	Pengaruh Terapi Pijat Kaki Terhadap	Metode penelitian ini menggunakan	Teknik pengambilan dengan	Untuk mengetahui pengaruh	Hasil penelitian menunjukkan dengan menggunakan uji wilcoxon	Instrumen penelitian yang digunakan

	Etika, A. N. (2022)	Tingkat Hipertensi Pada Lansia	<i>metode group pre-test and post-test design</i>	probability sampling, sebanyak 17 orang	pijat kaki terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi	didapatkan nilai signifikan sebesar 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh terapi pijat refleksi kaki terhadap tingkat hipertensi pada lansia di kelurahan bujel kota kediri. Terapi refleksi pijat kaki dapat menurunkan tekanan darah karena mampu memberikan efek relaksasi, mengurangi nyeri, sehingga tekanan darah akan memperlancar aliran darah.	yaitu lembar observasi tingkat hipertensi.
--	------------------------	--------------------------------------	---	--	---	--	--

Berdasarkan hasil pembahasan dari 5 jurnal didapatkan bahwa pemberian pijat refleksi kaki untuk pasien hipertensi memberikan pengaruh pada sirkulasi darah ke seluruh tubuh, meningkatkan kenyamanan, memberikan relaksasi secara fisik dan psikis sehingga terjadi penurunan tekanan darah, selain itu juga pijat kaki dapat memberikan penurunan aktivitas sistem saraf simpatis sehingga mengakibatkan penurunan tekanan darah.

Menurut penelitian Nizar, A. M., & Farida (2020) menjelaskan bahwa terdapat penurunan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi sebelum dan sesudah diberikan terapi refleksi kaki rata-rata tekanan darah sistoliknya 150 mmHg dan diastoliknya 97 mmHg setelah dilakukan terapi rata-rata menjadi 139 mmHg dan diastoliknya 86 mmHg.

Menurut Umamah, F., & Paraswati, S. (2019) menunjukkan bahwa tekanan darah sebelum intervensi setengah (50%) responden mengalami hipertensi derajat satu dan setelah intervensi sebagian besar (72,2%) tekanan darah normal. Membuktikan bahwa penerapan pijat refleksi kaki efektif menurunkan tekanan darah pada lansia dan memberikan rasa nyaman, rileks dan dapat melancarkan peredaran darah. Sehingga Pijat refleksi kaki direkomendasikan sebagai pertimbangan intervensi keperawatan dalam merawat lansia dengan masalah hipertensi yang nantinya dapat mencegah komplikasi pada pasien.

Berdasarkan Sulaiman, M. A., & Margiyati (2019), menunjukan adanya penurunan tekanan darah dari 160/90 mmHg menjadi 143/83 mmHg pada subjek pertama I dan subjek II dari 180/100 mmHg menjadi 155/87 mmHg.

Menurut Sihotang, E. (2019) dan Rahmayanti, E. D., & Etika, A. N. (2022) menunjukkan adanya perubahan yang signifikan setelah dilakukan pijat refleksi kaki. Dapat disimpulkan bahwa pijat refleksi kaki dapat menurunkan tekanan darah karena mampu memberikan efek relaksasi, mengurangi nyeri, sehingga akan memperlancar aliran darah.

Dari telaah 5 jurnal yang penulis dapatkan didapatkan hasil yang rata-rata menyatakan bahwa pemberian pijat refleksi kaki untuk pasien hipertensi memberikan pengaruh pada sirkulasi darah ke seluruh tubuh, meningkatkan kenyamanan, memberikan relaksasi secara fisik dan psikis sehingga terjadi penurunan tekanan darah, selain itu juga pijat kaki dapat memberikan penurunan aktivitas sistem saraf simpatis sehingga mengakibatkan penurunan tekanan darah

Pada dasarnya pijat kaki adalah metode untuk memperlancar kembali aliran darah. Adanya pijatan-pijatan terhadap titik sentra refleksi diharapkan terputusnya aliran darah, penyempitan penyumbatan pada pembuluh darah menjadi normal kembali. Pemijatan/penekanan pada titik-titik sentra refleksi jantung dan hypertensionpoint akan merangsang impuls syaraf bekerja pada sistem syaraf autonomik cabang dari parasimpatik. Pemijatan/penekanan dengan irama yang teratur pada kaki akan merefleksi pada organ-organ yang bersangkutan, menstimulasi syaraf tepi lewat alur- alur persyarafan menuju sistem syaraf pusat serta sistem syaraf belakang sehingga terjadi efek relaksasi dan tubuh dalam keadaan homeostasis. Keadaan homeostasis pada tubuh yang mengenai jantung dan pembuluh darah dapat mengembalikan fungsi dan mampu mengembalikan tekanan darah pada ambang normal.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. W dengan diagnosa medis Hipertensi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 08-05-2023 Asuhan keperawatan ini dilakukan dari Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi, Evaluasi dan sampai Catatan Perkembangan.

3.1 Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Pengkajian

3.1.1.1 Identitas

- | | |
|----------------------|--|
| 1. Nama | : Ny. W |
| 2. umur | : 66 Tahun |
| 3. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| 4. Status Perkawinan | : Cerai mati |
| 5. Agama | : Islam |
| 6. Pendidikan | : SD |
| 7. Suku | : Sunda |
| 8. Alamat | : Kp. Cangkuang RT/RW 03/07
Des. Muarasanding Kec. Garut kota |

3.1.1.2 Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

1. Pekerjaan saat ini : Tidak bekerja (IRT)
2. Pekerjaan sebelumnya : Tidak bekerja (IRT)
3. Sumber pendapatan : Dari anak
4. Kecukupan pendapatan : Kurang

3.1.1.3 Lingkungan tempat tinggal

1. Kebersihan dan kerapihan : Tertata rapih dan bersih
2. Penerangan : Baik
3. Sirkulasi udara : Baik
4. Keadaan kamar mandi/ WC : Bersih, cukup terang dan keramik sedikit licin
5. Pembuangan air kotor : Septik tank
6. Sumber air minum : Sumber air minum didapatkan dari air yang dimasak sendiri
7. Pembuangan sampah : Tong sampah/bak sampah
8. Sumber pencemaran : Tidak ada
9. Privasi : Tidak ada
10. Risiko Injury : Lantai WC yang licin, dan ruangan rumah yang sedikit gelap.

3.1.1.4 Riwayat Kesehatan

a. Status Kesehatan saat ini

1. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir : pusing kepala
2. Gejala yang dirasakan : pusing kepala
3. Faktor pencetus : kecapean dan banyak pikiran
4. Timbulnya keluhan : mendadak
5. Upaya mengatasi : minum obat
6. Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktek/bidan/perawat : Saat klien sakit biasanya klien jarang pergi ke pelayanan kesehatan, klien mengatakan hanya membeli obat di warung atau apotek.
7. Mengonsumsi obat-obatan sendiri, obat tradisional : klien mengatakan mengonsumsi obat yang di beli di warung atau apotek

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1. Penyakit yang pernah diderita : gastritis
2. Riwayat alergi : klien mengatakan tidak mempunyai alergi
3. Riwayat kecelakaan/jatuh : klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan atau jatuh
4. Riwayat pernah dirawat di RS : tidak pernah
5. Riwayat pemakaian obat :
 - Amlodiphine
 - Promag

3.1.1.5 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Klien mengatakan terkadang suka mengeluh nyeri kepala.

2. Riwayat penyakit sekarang

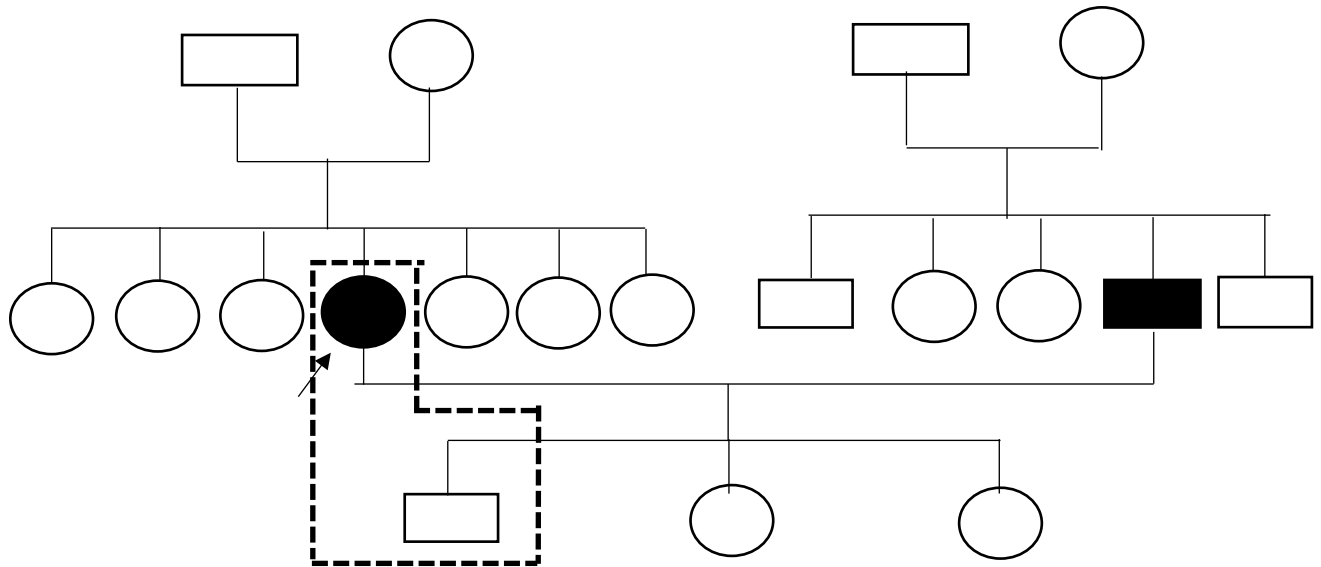
Klien mengatakan terkadang suka mengeluh nyeri kepala, Nyeri bertambah bertambah apabila kelelahan dan banyak pikiran, nyeri berkurang apabila istirahat dan meminum obat. Nyeri dirasakan seperti seperti tertimpa benda berat, skala nyeri 3 (0-10). Klien mengatakan akhir-akhir ini jarang merasakan nyeri. Nyeri dirasakan kadang-kadang atau sewaktu-waktu. Klien mengatakan penglihatannya buram dan seperti berkabut, klien juga mengatakan sudah beberapa hari ini sering mengalami mual dan sakit pada ulu hati.

3. Riwayat penyakit dahulu

Klien mengatakan pernah mempunyai riwayat penyakit gastritis dan memiliki riwayat hipertensi sejak >8 tahun yang lalu.

4. Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan di keluarganya ada yang memiliki penyakit yang sama yaitu hipertensi adik dari klien .

Genogram :**Keterangan :**

: Laki – Laki



: Perempuan



: Suami



: Isteri



: Klien / Pasien



: Tinggal Serumah



: Garis Perkawinan



: Garis Keturunan

3.1.1.6 Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)**a. Pemeliharaan Kesehatan**

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan kesehatan begitu penting terhadap perubahan kehidupannya. Oleh karena itu klien sering mengkonsumsi obat penurun darah tinggi (ketika klien nyeri pada daerah

kepala). Klien mengatakan kalau sakit klien suka pergi ke PKM. Klien juga mengatakan kalau sakit biasa hanya mengkonsumsi obat dari warung atau apotek.

b. Nutrisi Metabolik

No	Jenis	Sehat	Sakit
1.	Pola Makan		
	Jenis	Nasi, sayur, asin, gorengan	Nasi, sayur
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Frekuensi	3x sehari	3x sehari
	Diet Khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Makanan Disukai	Sayuran	Sayuran
	Kesulitan Menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi Palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Napsu Makan	Baik	Baik
2.	Pola Minum		
	Jenis	Air putih dan air teh	Air putih dan air teh
	Frekuensi	6-9 x/hari	5-8x/hari
	Jumlah	6-9 gelas	5-8 gelas
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang disukai	Tidak ada	Tidak ada

c. Pola Eliminasi

No	Jenis	Sebelum sakit	Selama sakit
1.	BAB		
	Frekuensi	2x/hari	2x/hari
	Warna	Khas feses	Khas feses
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada
2.	BAK		
	Frekuensi	5-6x/hari	5-6x/hari
	Jumlah	Banyak	Banyak
	Warna	Khas urine	Khas urin
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada

d. Pola Aktifitas Sehari-hari

No	Jenis	Sehat				
		0	1	2	3	4
1.	Mandi	✓				
2.	Berpakaian	✓				
3.	Eliminasi	✓				
4.	Mobilisasi ditempat tidur	✓				
5.	Berpindah	✓				
6.	Berjalan	✓				
7.	Berbelanja	✓				
8.	Memasak	✓				

9.	Naik tangga			✓		
10.	Pemeliharaan rumah / ruangan	✓				

Ket.: 0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Dibantu orang lain

3 = Dibantu orang lain – alat

4 = Tergantung/tidak mampu

e. Personal hygiene

No	Jenis	Sehari – hari
1.	Mandi	Frekuensi : 2x/ hari (mandiri)
2.	Berpakaian	Frekuensi : 2x/hari (mandiri)
3.	Mobilisasi tempat tidur	Frekuensi : Sering (mandiri)

f. Pola Persepsi Kognitif

1. Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif

a. Pola persepsi sensori meliputi :

1) Penglihatan : Buram/tidak jelas

- 2) Pendengaran : Klien mengatakan masih mampu mendengar dengan baik
 - 3) Perasaan : Klien mengatakan senang dengan adanya mahasiswa yang datang kesini klien dapat diperiksa dan tahu kondisinya saat ini
 - 4) Pembau dan kompensasinya : Klien mengatakan masih bisa membedakan bau makanan dan obat
- b. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan :
- 1) Daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi atau baru terjadi : klien masih mampu mengingat kejadian masa lalu maupun kejadian yang baru terjadi
 - 2) Kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang atau benda yang lain) : orientasi terhadap waktu klien baik, orientasi tempat klien mengenal tempat yang disinggahinya dan mudah mengingat atau mengenal orang baru.
 - 3) Persepsi nyeri dan penanganan nyeri : Klien mengatakan ketika kepala nyeri klien suka berdiam diri, duduk di tempat tidur dan tidak banyak melakukan aktivitas
 - 4) Kemampuan untuk mengikuti, menilai skala nyeri (0-10) : Klien mampu memahami terkait penilaian skala nyeri dan mampu menyebutkan skala nyeri yang dirasakan
 - 5) Pemakaian alat bantu dengar : klien mengatakan tidak memakai alat bantu dengar

- 6) Kehilangan bagian tubuh atau fungsinya : klien memiliki bagian tubuh yang lengkap
- 7) Berbicara : klien mampu berbicara dengan jelas dan mudah di pahami
- 8) Kemampuan membaca : kurang, dikarenakan penglihatan klien buram
- 9) Tingkat ansietas : klien tidak dalam keadaan sedang cemas
- 10) Kemampuan Berinteraksi : Klien mampu berinteraksi dengan baik, baik itu dengan orang baru maupun lingkungan baru.

g. Pola Istirahat Tidur

No	Jenis	2 hari sebelumnya	1 hari sebelumnya
1.	Tidur Siang Lama Tidur Keluhan	1 jam (13:00 – 14:00) Tidak ada	1 jam (13:00 – 14:00) Tidak ada
2.	Tidur Malam Lama Tidur Keluhan	8 jam (20:00-04:00) Tidak ada	8 jam (20:00-04:00) Tidak ada

h. Pola Konsep Diri

Konsep Diri : klien mengatakan hidupnya menyenangkan karena ditemani anak dan cucu-cucunya

Ideal Diri : klien mengatakan ingin sembuh

Harga Diri : klien mengatakan dirinya berharga dan segala cobaan penyakit yang ia derita merupakan ujian dari tuhan yang harus ia terima dengan ihklas

Identitas Diri : klien mengatakan sekarang hidupnya hanya seorang diri

Peran Diri : klien seorang lansia

i. Pola Peran dan Hubungan

Klien tinggal dirumah bersama anaknya yang pertama , klien berhubungan baik dengan orang lain dan sekitarnya

j. Pola Reproduksi dan seksual

Klien mengatakan gairah berkurang karena umur sudah tua dan klien hanya tinggal sendiri

k. Pola Pertahanan Diri atau Koping

Klien saat sakit parah segera memeriksakan diri ke pelayanan terdekat, saat klien mempunyai masalah/stress klien akan berdoa dan berserah kepada Allah SWT.

l. Pola Keyakinan dan Nilai

Klien beragama islam, klien masih mampu beribadah

m. Pemeriksaan Status Mental dan spiritual

Kondisi emosi / perasaan klien

- 1) Apa suasana hati yang menonjol pada klien (sedih / **gembira**)
- 2) Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya (**ya** / tdk)

Kebutuhan Spiritual Klien :

- 1) Kebutuhan untuk beribadah (**terpenuhi** / tidak terpenuhi)
- 2) Masalah - masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual : tidak ada
- 3) Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan spiritual

3.1.1.7 Format Pengkajian Lansia

a. Apgar Keluarga

Tabel 3.1 Apgar keluarga

NO	ITEMS PENILAIAN	SELALU (2)	KADANG-KADANG (1)	TIDAK PERNAH (0)
1.	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya		√	
2.	P : Patnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) asaya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya		√	
3.	G : Growth		√	

	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan 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 merah, sedih atau mencintai		√	
5.	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon		√	
JUMLAH			5	

Penilaian :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Berdasarkan hasil pengkajian APGAR KELUARGA klien memiliki disfungsi

keluarga yang sedang dengan skor 5

b. Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

Tabel 3.2 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

NO	ITEM PERTANYAAN	BENAR	SALAH
1.	Jam berapa sekarang ?	√	

	Jawab : Jam 11.00 WIB		
2.	Tahun berapa sekarang ? Jawab : 2023	√	
3.	Kapan bapak/ibu lahir ? Jawab : 05 Mei 1984	√	
4.	Berapa umur bapak/ibu sekarang ? Jawab : 66 tahun	√	
5.	Dimana alamat bapak/ibu sekarang ? Jawab : Kp. Cangkuang RT/RW 03/07	√	
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama ? Jawab : satu orang	√	
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama bapak/ibu ? Jawab : Tn. R	√	
8.	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia ? Jawab : 1945	√	
9.	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab : Bapak Jokowi	√	
10.	Coba hitung terbalik angka 20-1 ? Jawab : 20, 19, 18, dst.....1	√	
JUMLAH		10	

Analisis Hasil :

Skor 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

Dari hasil analisis di atas didapatkan skor salah 0 dengan fungsi intelektual utuh dengan jumlah benar 10.

c. Format Pengkajian MMSE

Tabel 3.3 Format Pengkajian MMSE

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1.	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang ? 2023	√	
	2. Musim apa sekarang ? musim hujan	√	
	3. Tanggal berapa sekarang ? tanggal 08	√	
	4. Bulan apa sekarang ? bulan mei	√	
	5. Di Negara mana anda tinggal ? Indonesia	√	
	6. Di Provinsi mana anda tinggal ? Jawa Barat	√	
	8. Di Kabupaten mana anda tinggal ? Garut	√	
	9. Di Kecamatan mana anda tinggal ? Garut Kota	√	
	10. Di desa mana anda tinggal ? Muarasanding	√	
2.	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga objek ?		
	11. Kursi	√	
	12. Meja	√	
	13. Lemari	√	
3.	PERHATIAN DAN KALKULASI		

	Minta klien meneja 5 kata dari belakang, misal “BAPAK”		
	14. B	√	
	15. A	√	
	16. P	√	
	17. A	√	
	18. K	√	
4.	MENGINGAT		
	Meminta klien untuk mengulang tiga obyek diatas ?		
	19. Meja	√	
	20. Kursi	√	
	21. Lemari	√	
5.	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan	√	
	23. Pensil	√	
	b. Pengulangan minta klien mengulangi kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi”	√	
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas	√	
	26. Lipat dua	√	
	27. Taruh dilantai	√	
	d. Turuti hal berikut	√	
	28. Tutup mata	√	

	29. Tulis satu kalimat	√	
	30. Salin gambar	√	
JUMLAH		30	

Analisis hasil :

Dari hasil analisis di atas klien tidak mengalami kerusakan kognitif, kognitif klien masih baik.

Nilai < 21 : Kerusakan kognitif

d. Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kemandirian Katz)

Tabel 3.4 Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kemandirian Katz)

NO	AKTIVITAS	MANDIRI	TERGANTUNG
1.	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti peunggung atau ekstermitas 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.	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.	Beribadah Mandiri : 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.	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontensia persial atau total : penggunaan	√	
6.	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan myuapi sendiri Tergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali dan makan	√	

Keterangan :

Beri tanda (√) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

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

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

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

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

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

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

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Analisis Hasil :

Dari hasil pengkajian di atas dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian klien dapat melakukannya dengan mandiri dengan nilai A.

e. Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

Tabel 3.5 Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	
1.	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda ?		YA
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda ?	TIDAK	
3.	Apakah merasa kehidupan anda kosong ?	TIDAK	
4.	Apakah anda sering merasa bosan ?	TIDAK	
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat ?		YA
6.	Apakah anda merasaa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?		YA
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda ?		YA
8.	Apakah anda merasa sering tidak berdaya ?	TIDAK	
9.	Apakah anda lebih sering di rumah dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru ?	TIDAK	
10.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?	TIDAK	
11.	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda sekarang menyenangkan ?	TIDAK	
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini ?	TIDAK	
13.	Apakah anda merasa penuh semangat ?	TIDAK	
14.	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?	TIDAK	

15.	Apakah anda merasa bahwa orang lain, lebih baik keadaannya daripada anda ?	TIDAK	
-----	--	-------	--

Setiap Jawaban Yang Sesuai Mempunyai Skor “1” (Satu)

Skor 5-9 : Kemungkinan Depresi

Skor 10 > : Depresi

Skor 3 : sehingga dapat diartikan klien tidak mengalami depresi

f. The Time Up And Go (TUG) Test

Tabel 3.6 *The Time Up And Go (TUG) Test*

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

Interpretasi :

< 10 detik : *low risk of falling* (resiko jatuh rendah)

11-19 detik : *low to moderate risk for falling* (resiko jatuh rendah sampai sedang)

20-29 detik : *moderate to high risk for falling* (resiko jatuh sedang hingga tinggi)

>30 detik : *impaired mobility and is at high risk of falling* (gangguan mobilitas dan beresiko tinggi jatuh)

Analisis hasil : dari pengkajian di atas di dapatkan hasil 20 detik : moderate to high risk for falling (resiko jatuh sedang hingga tinggi)

3.1.1.8 Pemeriksaan Fisik

1. Kesadaran : Composmentis E : 4 V: 5 M: 6 = 15
2. Tanda – tanda vital
 - a. Tekanan darah : 180/100 mmHg
 - b. Nadi : 97x/menit
 - c. Suhu : 36,5 °C
 - d. Respirasi : 21 x/ menit
 - e. Spo2 : 97%
3. Antropometri : BB : 49 Kg TB : 158 cm IMT : 19,6 (normal/ideal)
3. Keadaan umum : pasien dengan keadaan baik.
 - a. Kepala

Bentuk kepala bulat, rambut putih, penyebaran merata, tampak bersih, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
 - b. Mata

Kedua mata simetris, tampak bersih, bulu alis simetris, penglihatan kurang baik/buram terasa seperti ada kabut, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, sklera putih, kelopak mata baik, iris hitam dan sedikit ada putih, hasil pemeriksaan visus : sinistra 1/9, dextra 0,3.

c. Hidung

Lubang hidung simetris, tidak ada kelainan bentuk, tidak ada penumpukan serum, tidak ada lesi, tidak ada benjolan/sinus, penciuman baik ditandai dengan klien mampu membedakan aroma kayu putih dan kopi.

d. Telinga

Kedua telinga simetris, tidak ada kelainan, tidak ada penumpukan serumen, terlihat bersih, tidak ada lesi tidak ada nyeri tekan, pendengaran baik dengan ditandai dengan klien dapat merespon pembicaraan mahasiswa dengan baik.

e. Mulut

Bentuk bibir normal, bibir lembab, warna merah muda, mukosa bibir lembab dan merah, lidah bersih tidak ada lesi maupun jamur, mengecap dengan baik ditandai dengan klien mampu membedakan asin dan manis.

f. Leher

Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada benjolan kelenjar tiroid

g. Jantung dan paru

Pergerakan dada simetris, bentuk dada simetris, tidak ada keluhan, tidak ada otot bantu napas, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, perkusi sonor, bunyi nafas vesikuler, batuk (+), sekret (-) tidak ada suara nafas tambahan, RR: 21 x/menit. Suara

jantung lup-dup s1-s2, tidak ada bunyi tambahan, tidak ada pembekakan TD 180/100mmHg N: 97x/menit irama reguler.

h. Abdomen

Bentuk perut normal,tidak ada pekak, bising usus 12x/menit, tidak ada nyeri tekan.

i. Genetalia

Klien mengatakan daerah genetalia bersih, tidak adanya keputihan.

j. Ektremitas

Tidak terdapat keluhan

5	5
5	5

3.1.1.9 Analisa Data

Tabel 3.7 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: - Klien mengatakan terkadang suka mengeluh nyeri kepala - Klien mengatakan sudah >8 tahun memiliki riwayat hipertensi DO: 1. Klien tampak tampak meringis	Hipertensi ↓ Kerusakan vesikuler pembuluh darah ↓ Gangguan sirkulasi ↓	Nyeri kronis

	2. Klien tampak memegang kepala dan lehernya 3. Klien tidak mampu menuntaskan aktivitas ketika nyeri muncul 4. Skala nyeri 3 (0-10) 5. TTV (tanda-tanda vital) TD : 180/100 mmHg N : 97 x/menit RR : 21x/menit SPO2 : 97%	Resistensi pembuluh darah ke otak meningkat ↓ Nyeri kronis	
2.	DS: klien mengatakan jika beraktivitas atau jalan menjadi terhambat karena penglihatannya yang buram DO: 1. Klien beraktivitas dan berjalan secara perlahan	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Menekan retina ↓ Spasme arteriole ↓	Gangguan persepsi sensori : penglihatan

	2. Klien merasakan sesuatu dengan menggunakan indera peraba 3. Kurang dalam membaca dan melihat. 4. Visus : - Sinistra : 1/9 - Dextra : 0,3	Pandangan buram ↓ Gangguan persepsi sensoris : penglihatan	
3.	DS: penglihatan buram atau tidak jelas DO: 1. Klien beraktivitas dan berjalan secara perlahan 2. Lingkungan tidak aman (kondisi rumah yang sedikit gelap dan lantai kamar mandi yang licin) 3. TTV (Tanda-tanda vital) TD : 180/100 mmHg 4. Test TUG di dapatkan hasil 20 detik moderate to high risk for falling.	Hipertensi ↓ Kerusakan vesikuler pembuluh darah ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Spasme arteriole ↓ Pandangan buram ↓ Resiko jatuh	Resiko jatuh

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik :

DS:

Klien mengatakan terkadang suka mengeluh nyeri kepala

Klien mengatakan sudah >8 tahun memiliki riwayat hipertensi

DO:

Klien tampak tampak meringis

Klien tidak mampu menuntaskan aktivitas ketika nyeri muncul

Klien tampak memegang kepala dan lehernya

Skala nyeri 3 (0-10)

TTV (Tanda-tanda vital) : TD : 180/100 mmHg, N : 97 x/menit, RR :

21x/menit, SPO2 : 97%

2. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan.

Disertai dengan :

DS: klien mengatakan jika beraktivitas atau jalan menjadi terhambat karena penglihatannya yang buram

DO:

Klien beraktivitas dan berjalan secara perlahan

Klien merasakan sesuatu dengan menggunakan indera peraba

Visus : sinistra 1/9, dextra 0,3

3. Resiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan disertai dengan :

DS: penglihatan buram atau tidak jelas

DO:

Klien beraktivitas dan berjalan secara perlahan

Lingkungan tidak aman (kondisi rumah yang sedikit gelap dan lantai kamar mandi yang licin)

TTV (Tanda-tanda vital) : TD : 180/100 mmHg

Test TUG di dapatkan hasil 20 detik moderate to high risk for falling.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
Nyeri kronis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 5 jam, maka Nyeri kronis menurun, dengan kriteria hasil: 1. Nyeri kepala menurun 2. Tekanan darah membaik 3. Tekanan nadi membaik	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri. 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 4. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis : TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain, teknik

		relaksasi nafas dalam) 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur 7. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 8. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
Gangguan persepsi sensori	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3 x 5 jam diharapkan fungsi sensori membaik dengan kriteria hasil: 1. Ketajaman melihat 3 (sedang)	1. Identifikasi faktor resiko delirium (mis. usia >75 tahun, disfungsi kognitif, gangguan penglihatan atau pendengaran, penurunan kemampuan fungsional, infeksi, hipo atau hipertermia, hipoksia, malnutrisi, efek obat, toksin, gangguan tidur, stress) 2. Identifikasi tipe delirium (mis.hipoaktif, hiperaktif, campuran) 3. Berikan pencahayaan yang baik

		4. Sediakan jam dan kalender yang mudah terbaca 5. Hindari stimulus sensorik berlebih (mis. televisi, pengumuman interkom) 6. Lakukan pengekangan fisik, sesuai indikasi 7. Sediakan informasi tentang apa yang terjadi dan apa yang dapat terjadi selanjutnya 8. Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten 9. Gunakan isyarat lingkungan untuk stimulasi memori, reorientasi, dan meningkatkan perilaku yang sesuai (mis. tanda, gambar, jam, kalender, dan kode warna pada lingkungan) 10. Berikan informasi baru secara perlahan, sedikit demi sedikit, diulang-ulang 11. Anjurkan penggunaan alat bantu sensorik (mis. kacamata, alat bantu dengar, dan gigi palsu)
Resiko jatuh	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 5 jam, maka	1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan

	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	keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya 6. Pasang handrail tempat tidur, jika perlu 7. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 8. Anjurkan memanggil mahasiswa jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 9. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 10. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
--	---	--

		11. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
--	--	---

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan

TGL/JAM	NO Dx	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Selasa, 09-05-23 10.00 10.05 10.10	1	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri R: banyak pikiran, kelelahan, pusing 2. Memonitor TTV klien R: TD : 155/100 mmHg, N : 86 x/menit, RR : 21 x/menit, SPO2 : 97% 3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri/pusing pada klien R : Klien dapat beristirahat dengan baik, pusing	S: Klien mengatakan nyeri sudah berkurang O: - Keadaan umum klien baik - Skala nyeri berkurang 2 (0-10) - TTV (Tanda-tanda vital) TD : 155/100 mmHg N : 86 x/menit RR : 21x/menit SPO2 : 97% A:Masalah belum teratasi	

10.15		berkurang	P: Lanjutkan intervensi	
		4. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri : teknik relaksasi nafas dalam		
10.20		R : Klien merasa nyaman dan rileks		
		5. Mengkolaborasikan kesehatan klien dengan pihak puskesmas		
Selasa, 09-05-23	2	1. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan penglihatan	S : klien mengatakan beraktivitas sedikit terganggu	
10.20		R : usia 66 tahun		
10.25		2. Memberikan pencahayaan yang baik	O:	
		3. Menyediakan alat tulis dan menggambar	- Klien beraktivitas dan berjalan secara perlahan	
		R : pensil, kertas HVS, dan pensil warna	- Klien merasakan sesuatu dengan menggunakan indera peraba	
10.35		4. Menghindari stimulus sensorik berlebih		
		R : televisi, cahaya lampu		

10.40		5. Melakukan pengekangan fisik, sesuai indikasi R : ROM	- Kurang dalam membaca dan melihat	
10.45		6. Menyediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten R : terjadwal di dalam keseharian	A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
10.50		7. Memberikan informasi baru secara perlahan, sedikit demi sedikit, diulang-ulang		
11.00		8. Menganjurkan penggunaan alat bantu sensorik R : kacamata		
Selasa, 09-05-23	3	1. Mengidentifikasi faktor jatuh R : usia 66 tahun dan gangguan penglihatan	S : penglihatan buram atau tidak jelas O:	
13.00				
13.05		2. Mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi	- Klien beraktivitas dan berjalan secara perlahan - Klien merasakan	
13.10		3. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan	sesuatu dengan	

13.15		risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga R : Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah	menggunakan indera peraba A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
13.30		5. Menggunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker), jika perlu 6. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 7. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh		

3.1.5 Catatan Perkembangan

Tabel 3.10 Catatan Perkembangan

TGL/JAM	Dx	EVALUASI	PARAF
Rabu,10-05-23	Nyeri Kronis	S: Klien mengatakan nyeri kepala berkurang, klien mengeluh nyeri ulu hati dan mual O: - Keadaan umum klien baik	

		- Klien tampak rileks - TTV (Tanda-Tanda Vital) TD : 160/80mmHg N: 95 x/menit RR : 21x/menit SPO2 : 98% A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi I : - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Memberikan edukasi terkait diet makanan pada penderita hipertensi - Mengajarkan teknik pijat refleksi kaki - Melakukan pemeriksaan TD dan nadi sesudah dan sebelum pijat - Kolaborasi pemberian amlodipin dan obat mual E : klien mampu mengikuti	
Rabu,10-05-23	Gangguan persepsi sensoris	S: klien mengeluh sulit melihat objek secara jelas O: - Usia 66 tahun - Pencahayaan kamar baik	

		- Klien mampu mengingat kejadian masalalu atau kemari yang baru terjadi dan jadwal besok ada kegiatan apa A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi I: - Menghindari stimulus sensorik berlebih seperti lampu, televisi. - Menyediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten E: Klien dapat mengikuti	
Rabu, 10-05-23	Resiko Jatuh	S : penglihatan klien buram atau tidak jelas O : - Beraktivitas dengan berhati hati - Menggunakan sendal atau sepatu yang anti slip P : Lanjutkan intervensi A : Masalah teratasi sebagian I : - Mengidentifikasi faktor jatuh (sering pusing, gangguan penglihatan)	

		- Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh - Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri E : Pasien dapat mengikuti	
--	--	---	--

TGL/JAM	Dx	EVALUASI	PARAF
Kamis,11-05-23	Nyeri Kronis	S: Klien mengatakan nyeri kepala berkurang, nyeri ulu hati dan mual berkurang O: - Keadaan umum klien baik - Klien tampak rileks - TTV (Tanda-Tanda Vital) TD sebelum dipijat : 165/90mmHg TD sesudah dipijat : 150/80 mmHg N: 79 x/menit RR : 20x/menit	

		SPO2 : 97% A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi I : - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Mengajarkan teknik pijat refleksi kaki agar dapat dilakukan sendiri oleh klien - Melakukan pemeriksaan TD dan nadi sesudah dan sebelum pijat - Kolaborasi pemberian amlodipin dan obat untuk mual E : klien mampu mengikuti	
Kamis, 11-05-23	Gangguan persepsi sensoris	S: klien mengeluh sulit melihat objek secara jelas O: - Usia 66 tahun - Pencahayaan kamar baik - Klien mampu mengingat kejadian masalalu atau kemari yang baru terjadi dan jadwal besok ada kegiatan apa A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	

		I: - Menghindari stimulus sensorik berlebih seperti lampu, televisi. - Menyediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten E: Klien dapat mengikuti	
Kamis, 11-05-23	Resiko Jatuh	S : penglihatan klien buram atau tidak jelas O : - Beraktivitas dengan berhati hati - Menggunakan sandal atau sepatu yang anti slip A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi oleh pasien I : - Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri E : Pasien dapat mengikuti	

TGL/JAM	Dx	EVALUASI	PARAF
Jumat,12-05-23	Nyeri Kronis	S: Klien mengatakan nyeri kepala berkurang, mual dan nyeri ulu hati berkurang O: - Keadaan umum klien baik - Klien tampak rileks - TTV (Tanda-Tanda Vital) TD : 155/80mmHg (sebelum di pijat) TD : 147/80 mmHg (setelah dipijat) N: 79 x/menit RR : 20x/menit SPO2 : 98% A: masalah teratasi P: lanjutkan intervensi oleh pasien I : - Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Mengajarkan teknik pijat refleksi kaki agar dapat dilakukan sendiri oleh klien - Kolaborasi pemberian amlodipin E : klien mampu mengikuti	

Jumat, 12-05-23	Gangguan persepsi sensori	S: klien mengeluh sulit melihat objek secara jelas O: - Usia 66 tahun - Pencahayaan kamar baik - Klien mampu mengingat kejadian masalalu atau kemari yang baru terjadi dan jadwal besok ada kegiatan apa A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi oleh pasien I: - Menghindari stimulus sensorik berlebih seperti lampu, televisi. - Menyediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten E: Klien dapat mengikuti	
Jumat, 12-05-23	Resiko Jatuh	S : penglihatan klien buram atau tidak jelas O : - Beraktivitas dengan berhati hati - Menggunakan sendal atau sepatu yang anti slip A : Masalah teratasi	

		P : Lanjutkan intervensi oleh pasien I : - Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri E : Pasien dapat mengikuti	
--	--	---	--

3.2 Pembahasan

3.2.1 Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan

Dalam bab ini penulis akan melihat apakah asuhan yang telah diberikan pada Ny. W dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi di Desa Muarasanding yang dilakukan mulai 08-05-2023 sesuai dengan tinjauan pustaka.

Pembahasan ini dibuat berdasarkan teori dan asuhan yang nyata dengan pendekatan proses keperawatan, dengan ini penulis akan membahas melalui tahapan-tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

3.2.1.1 Tahap Pengkajian

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 (Kemenkes, 2017).

Pengkajian dilakukan Senin, 08-05-2023 di Wilayah Binaan Puskesmas Siliwangi di Desa Muarasanding pada klien Ny. W yang berdomisili dari Kp. Cangkuang RT/RW 03/07 Desa Muarasanding, berusia 66 tahun, pendidikan terakhir SD, dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga

dengan diagnosa Hipertensi. Saat dilakukan pemeriksaan klien mengatakan terkadang suka mengeluh pusing, disertai nyeri pada daerah kepala. Pusing dirasakan sewaktu-waktu.

Pada teori yang tercantum dalam (Made, 2017). Manifestasi klinis ataupun tanda dan gejala yang dapat timbul pada penderita hipertensi yaitu diantaranya : ada yang menunjukkan tanpa gejala dan hanya dapat dilakukan dengan pemeriksaan dan ada yang menunjukkan dengan gejala, gejala yang sering muncul biasanya Mengeluh sakit kepala, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epitakis, tekanan darah meningkat sistolik > 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg, kesadaran menurun.

Dari hasil pengkajian, didapatkan data dimana tanda dan gejala yang dialami oleh klien terdapat kesamaan dengan tanda dan gejala yang ada dalam teori (made, 2017), yaitu diantaranya klien mengalami sakit pada bagian kepala, lemas, dan saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah didapatkan hasil 180/100 mmHg.

3.2.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman 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 (PPNI, 2017).

a. Nyeri Kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik

Berdasarkan teori yang terdapat dalam (SDKI, 2017), nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan sehingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Hasil pengkajian pada Senin, 08 Mei 2023 didapatkan data klien mengeluh lemas, pusing disertai nyeri pada daerah kepala, pusing dirasakan sewaktu-waktu dan dirasakan sudah lebih dari 3 bulan, dengan hasil pemeriksaan darah klien 180/100 mmHg.

b. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan

Berdasarkan teori yang terdapat dalam (SDKI, 2017), gangguan persepsi sensori merupakan perubahan persepsi terhadap stimulasi baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. Berdasarkan hasil pengkajian pada Senin, 08 Mei 2023 didapatkan data klien : klien mengatakan jika beraktivitas atau jalan menjadi terhambat karena penglihatannya yang buram, aktivitas dan berjalan secara perlahan, terkadang merasakan sesuatu dengan menggunakan indera peraba klien juga mengatakan kurang jelas dalam membaca dan melihat, maka penulis menegakan diagnosa gangguan persepsi sensori : gangguan penglihatan.

c. Resiko jatuh ditandai gangguan penglihatan

Berdasarkan teori yang terdapat dalam (SDKI, 2017), resiko jatuh merupakan kondisi yang beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Berdasarkan hasil pengkajian Senin, 08 Mei 2023 penglihatan klien buram atau tidak jelas, aktivitas dan berjalan klien secara perlahan Klien merasakan sesuatu dengan menggunakan indera peraba, dan berdasarkan hasil Test TUG di dapatkan hasil 20 detik moderate to high risk for falling.

Berdasarkan data hasil pengkajian asuhan keperawatan diatas didapatkan 3 diagnosa keperawatan yang sama dengan teori yaitu nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolisme, gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan, resiko jatuh diuktikan dengan >65 tahun. Dari hal tersebut dapat disimpulkan tidak semua diagnosa muncul pada kasus Ny. W, diagnosa keperawatan yang tidak muncul pada kasus Ny. W yaitu pertama penurunan curah jantung dikarenakan pada pasien tidak ditemukan data seperti pasien mengeluh nyeri dada, tidak ada peningkatan atau penurunan CVP, pasien tidak cemas/gelisah, suara jantung normal s1-s2 reguler. Yang kedua Hipervolemia, untuk mengangkat diagnosa keperawatan ini tidak ditemukan data adanya edema, BB tidak mengalami peningkatan dalam waktu singkat, dispnea. Yang ketiga, intoleransi aktivitas karena tidak ditemukan pasien mengeluh lelah saat melakukan aktivitas, tidak mengalami peningkatan frekuensi jantung >20% saat istirahat, dispnea

saat/setelah melakukan aktivitas. Yang ke empat defisit pengetahuan, tidak ditemukan data pasien tidak memahami penyakit yang di derita, klien memahami pentingnya meminum obat hipertensi dan menjaga makanan.

3.2.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan. Dimana tindakan keperawatan setelah semua data yang terkumpul semua selesai dilakukan prioritas masalah. Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah :

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik.

Berdasarkan Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik. Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu : manajemen nyeri berupa Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik relaksasi nafas dalam dan terapi pijat refleksi kaki untuk membantu menurunkan tekanan darah tinggi dan memberikan kenyamanan pada klien (SIKI, 2018). Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan dan dipertimbangkan yaitu : sakit kepala

menurun, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik (SLKI, 2018).

b. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan

Berdasarkan gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan. Maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu: Identifikasi faktor resiko delirium (mis. usia >75 tahun, disfungsi kognitif, gangguan penglihatan atau pendengaran, penurunan kemampuan fungsional, infeksi, hipo atau hipertermia, hipoksia, malnutrisi, efek obat, toksin, gangguan tidur, stress), berikan pencahayaan yang baik, Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten, anjurkan penggunaan alat bantu sensorik (mis. kacamata, alat bantu dengar, dan gigi palsu) untuk membantu memudahkan penglihatan klien (SIKI, 2018). Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan dan dipertimbangkan yaitu : ketajaman melihat benda (sedang) (SLKI, 2018).

c. Resiko Jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan

Berdasarkan resiko jatuh, maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu : identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang), anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki

untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri yang bertujuan untuk membantu mengurangi resiko jatuh pada pasien dan linatkan keluarga dalam membantu pasien ketika akan melakukan aktivitas yang dapat mengakibatkan resiko jatuh (SIKI, 2018). Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan dan dipertimbangkan yaitu : jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri, duduk dan berjalan menurun (SLKI, 2018).

3.2.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yaitu implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai kriteria hasil ataupun tujuan yang telah ditentukan. Dan penulis mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan kriteria hasil, kemudian implementasi yang diberikan berupa tindakan berupa tindakan keperawatan sesuai intervensi yaitu diantaranya :

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik.

Pada diagnose pertama yaitu Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan dalam manajemen peningkatan tekanan intrakranial maka yang dilakukan yaitu berupa mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, Memonitor tanda-tanda vital terutama tekanan darah

klien, memberikan terapi non-farmakologi salah satunya teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri klien selain itu memberikan terapi pijat refleksi kaki yang bertujuan untuk menurunkan tekanan, melancarkan peredaran darah dan membantu mengurangi pusing dan rasa nyeri klien.

b. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan

Pada diagnosa kedua yaitu diagnosa gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah dilakukan yaitu : mengidentifikasi faktor resiko gangguan penglihatan, memberikan pencahayaan yang cukup, menghindari stimulus sensori yang berlebih, mengajukan penggunaan alat bantu sensorik salah satunya dengan kacamata untuk membantu klien dalam melihat lebih jelas.

c. Resiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan

Pada diagnosa ketiga yaitu resiko jatuh yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yang telah ditentukan yaitu : mengidentifikasi faktor jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang dapat mengakibatkan klien mengalami resiko jatuh seperti pencahayaan ruangan, lantai kamar mandi yang licin, menganjurkan klien menggunakan alat bantu ketika berjalan, jika diperlukan.

3.2.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan klien yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya, dengan menggunakan metode SOAP (Putriani, 2019).

Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan yang dilakukan maka implementasi selama 3 x 5 jam, didapatkan bahwa nyeri kronis teratasi. Yang ditandai dengan pusing atau nyeri pada daerah kepala berkurang, tekanan darah menurun. Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu diantaranya monitor tanda-tanda vital, pertahankan pijat refleksi kaki dan kolaborasi terkait pemberian obat amlodifin.

Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan. Dari hasil studi kasus ini berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3 x 5 jam, didapatkan bahwa gangguan persepsi sensori teratasi sebagian. Yang ditandai dengan klien dapat melihat dengan sedikit jelas menggunakan alat bantu kacamata. Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu diantaranya memberikan pencahayaan yang cukup, menghindari stimulus sensori yang berlebih, mengajukan penggunaan alat bantu sensorik salah satunya dengan kacamata untuk membantu klien dalam melihat lebih jelas.

Resiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan, berdasarkan hasil studi kasus pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3 x 5 jam, didapatkan bahwa resiko jatuh teratasi

ditandai dengan jatuh saat berjalan atau saat melakukan aktivitas menurun/berkurang. Dengan intervensi yang dipertahankan yaitu menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

3.2.2 Pembahasan *Evidence Based Practice (EBP)*

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. W dengan Hipertensi dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri kronis. Untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi pijat refleksi kaki yang bertujuan untuk mengurangi pusing dan nyeri kepala klien dan membantu menurunkan tekanan darah pada klien. Manfaat terapi pijat refleksi kaki yaitu untuk mengurangi rasa sakit ditubuh, mencegah bermacam penyakit, selain itu dapat meningkatkan imun tubuh, membantu mengatasi stres, mengurangi migrain, dan meminimalisir ketergantungan penggunaan obat-obatan. (Marisna et al., 2017). Manfaat lain dari terapi ini yaitu dapat melancarkan peredaran darah dan aliran getah bening. Rangsangan yang ditimbulkan pada reseptor saraf akan mengakibatkan pelebaran pada pembuluh darah secara refleks sehingga akan melancarkan aliran darah (Fauzan et al., 2019).

Penulis melakukan implementasi terapi pijat refleksi kaki pada klien selama 3 hari dengan frekuensi 1 x sehari selama $\pm$ 15-30 menit atau lebih, dilakukan dengan cara memijat telapak kaki pada titik-titik pemijatan. Pada dasarnya pijat kaki adalah metode untuk memperlancar kembali aliran darah. Adanya pijatan-pijatan terhadap titik sentra refleks diharapkan terputusnya aliran darah, penyempitan penyumbatan pada pembuluh darah

menjadi normal kembali. Pemijatan/penekanan pada titik-titik sentra refleks jantung dan hypertensionpoint akan merangsang impuls syaraf bekerja pada sistem syaraf autonomik cabang dari parasimpatik. Pemijatan/penekanan dengan irama yang teratur pada kaki akan merefleksi pada organ-organ yang bersangkutan, menstimulasi syaraf tepi lewat alur- alur persyarafan menuju sistem syaraf pusat serta sistem syaraf belakang sehingga terjadi efek relaksasi dan tubuh dalam keadaan homeostasis. Keadaan homeostasis pada tubuh yang mengenai jantung dan pembuluh darah dapat mengembalikan fungsi dan mampu mengembalikan tekanan darah pada ambang normal.

Menurut penelitian Nizar, A. M., & Farida (2020) menjelaskan bahwa terdapat penurunan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi sebelum dan sesudah diberikan terapi refleksi kaki rata-rata tekanan darah sistoliknya 150 mmHg dan diastoliknya 97 mmHg setelah dilakukan terapi rata-rata menjadi 139 mmHg dan diastoliknya 86 mmHg.

Menurut Umamah, F., & Paraswati, S. (2019) menunjukkan bahwa tekanan darah sebelum intervensi setengah (50%) responden mengalami hipertensi derajat satu dan setelah intervensi sebagian besar (72,2%) tekanan darah normal. Membuktikan bahwa penerapan pijat refleksi kaki efektif menurunkan tekanan darah pada lansia dan memberikan rasa nyaman, rileks dan dapat melancarkan peredaran darah. Sehingga Pijat refleksi kaki direkomendasikan sebagai pertimbangan intervensi keperawatan dalam merawat lansia dengan masalah hipertensi yang nantinya dapat mencegah komplikasi pada pasien.

Berdasarkan Sulaiman, M. A., & Margiyati (2019), menunjukkan adanya penurunan tekanan darah dari 160/90 mmHg menjadi 143/83 mmHg pada subjek pertama I dan subjek II dari 180/100 mmHg menjadi 155/87 mmHg.

Menurut Sihotang, E. (2019) dan Rahmayanti, E. D., & Etika, A. N. (2022) menunjukkan adanya perubahan yang signifikan setelah dilakukan pijat refleksi kaki. Dapat disimpulkan bahwa pijat refleksi kaki dapat menurunkan tekanan darah karena mampu memberikan efek relaksasi, mengurangi nyeri, sehingga akan memperlancar aliran darah.

Dari telaah 5 jurnal yang penulis dapatkan didapatkan hasil yang rata-rata menyatakan bahwa pemberian pijat refleksi kaki untuk pasien hipertensi memberikan pengaruh pada sirkulasi darah ke seluruh tubuh, meningkatkan kenyamanan, memberikan relaksasi secara fisik dan psikis sehingga terjadi penurunan tekanan darah, selain itu juga pijat kaki dapat memberikan penurunan aktivitas sistem saraf simpatis sehingga mengakibatkan penurunan tekanan darah. Berdasarkan hasil implementasi dan evaluasi rasa pusing dan nyeri pada kepala pasien berkurang, tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukan pemijatan berkurang dari awalnya 165/90 menjadi 150/80 mmHg.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Ny. W dengan Hipertensi dari tanggal 08 – 12 Mei 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. W dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi Desa Muarasanding secara komperhensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny. W yaitu klien mengeluh pusing disertai nyeri pada daerah kepala, pusing dirasakan sewaktu-waktu.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Ny. W dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi Desa Muarasanding, adapun diagnosa yang muncul pada Ny. W yaitu sebanyak 3 diagnosa keperawatan :
 - a. Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik
 - b. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan
 - c. Resiko jatuh
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. W dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi Desa Muarasanding, 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 Ny. W dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi Desa Muarasanding, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny. W dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Siliwangi Desa Muarasanding, 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 menganalisis *Evidence Based Practice* (EBP) tentang salah satu diagnosa keperawatan yaitu nyeri kronis dengan terapi pijat refleksi kaki.

4.2 Saran

4.2.1 Puskesmas

Disarankan hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang hipertensi di pelayanan kesehatan dan dapat memberikan terpai pijat refleksi kaki.

4.2.2 Instansi Perguruan Tinggi

Disarankan hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu bagain dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi

4.2.3 Mahasiswa Peneliti

Disarankan bagi mahasiswa khususnya peneliti selanjutnya agar dapat mengaplikasikan terpi pijat refleksi kaki pada pasien Hipertensi sehingga tekanan darah klien dapat berkurang.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, R., & Khoiriyah, K. (2021). *Aplikasi Terapi Pijat Refleksi Kaki Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Kecamatan Lowokwaru Kota Malang*. 1(1), 34–38.
- Anwar, N., Irwan, A. M., & Saleh, A. (2019). Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Pengaruh Intervensi Pijat Kaki Terhadap Penurunan Tekanan Darah : Systematic Review. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 4(2).
- Ayu Nur Annisya, Joice, L., & Ayu Nur Annisya, O. (2019). Pengaruh Pijat Kaki Terhadap Tekanan darah Penderita Hipertensi. *Jurnal Kesehatan*, 8(2).
- CP, P. W. (2005). *Pengobatan Alternatif 1* (Ed 1). Kanisius.
- Dewi, F. U., Sugiyanto, & C, Y. W. (2017). Pengaruh Pemberian Diet Dash Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Puskesmas Pahandut Palangka Raya Fretika. *Jurnal Forum Kesehatan*
- Indonesia, U. K., (2019). MODUL BAHAN AJAR KEPERAWATAN GERONTIK.
- Nisa, K. (2017). Menentukan Diagnosa Dan Askep Pada Pasien Hipertensi. *Hypertension, Clinical Manifestations, Investigations, Nursing Care, Medication.*, 1–9. <https://doi.org/10.31219/Osf.Io/6vfje>.
- Ramayanti, E. D., & Etika, A. N. (2022). Pengaruh Terapi Refleksi Pijat Kaki Terhadap Tingkat Hipertensi Pada Lansia. *Jurnal Medika : Karya Ilmiah Kesehatan*, 7(2), 1. <https://doi.org/10.35728/jmkik.v7i2.1017>.
- Sari, N. W., Margiyati, & Rahmanti, A. (2020). Efektifitas Metode Self-Help Group (SHG) Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi. *Keperawatan*, 03(03), 10–16.
- Setiyo Adi Nugroho. Ns., M. K. (N.D.). *Analisis Kasus Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi*. <https://osf.io/C63b7/download>.

- Sihotang, E. (2021). Pengaruh Pijat Refleksi Kaki Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Kecamatan Medan Tuntungan Tahun 2020. *Jurnal Pandu Husada*, 2(2), 98–102.
- Sulaiman, M. A., & Margiyati. (2019). Pengaruh Pijat Refleksi Kaki Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi di Wilayah Puskesmas Rowosari Semarang. *Jurnal Keperawatan Sishana*, 4(1).
- Sylvestris, A. (2017). Hipertensi Dan Retinopati Hipertensi. *Saintika Medika*, 10(1), 1. <https://doi.org/10.22219/Sm.V10i1.4142>.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Umamah, F., & Paraswati, S. (2019). Pengaruh Terapi Pijat Refleksi Kaki Dengan Metode Manual Terhadap Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Karangrejo Timur Wonokromo Surabaya. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2), 295.
- Urzia, U., & Jannah, N. (2020). *Persepsi Pasien Terhadap Perilaku Caring Perawat Dirumah Sakit Patient Perception Toward The Nurse Caring At Hospital*. IV(2), 132–140.
- Yanti, S. E., Asyrofi, A., & Arisdiani, T. (2020). Hubungan Tingkat Pengetahuan Komplikasi Hipertensi Dengan Tindakan Pencegahan Komplikasi. *Jurnal Keperawatan*, 12(3), 439–448.
<https://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan/Article/Download/794/493/> (Diakses : 6 Juli 2023)

Lampiran

LEMBAR BIMBINGAN

NAMA : Siti Nur Azizah
 NIM : KHGD22023
 PEMBIMBING : Hasbi Taobah Ramdhani S. Kep., Ners., M.Pd
 JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Hipertensi pada Ny. W (kardinal)
 Dengan intervensi pijat Refleksi kaki di aslinya kerja puskesmas diwangi

NO	TANGGAL BIMBINGAN	MATERI YANG DI KONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	21 Juni 2023.	Pengajuan judul	Acc	
2.	6 Juli 2023	BAB I " II " III	perbaiki perbaiki update tahun B. aslinya adalah miring tabel struktur penulisan	
3.	14 Juli 2023	BAB 1-3	perbaiki penulisan tabel tabel berikan identitas tabel dan cek Do.Bs sekalian	
4.	28 Juli 2023.	BAB I BAB II " III " IV	lihat lagi rumus rumus di EBP. tambahkan di pembahasan tentang DX yg lain tabel ditambah.	
5.	28 Juli 2023.	Bab 1 - IV Abstrak, dan di	pembahasan di Bab 2 urutkan satu paragraf perbaiki penulisan	
C.	31. Juli 2023 -	Acc sedang.	Acc	