

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA HIPERTENSI
DAN INTERVENSI PADA Ny.I DENGAN RENDAM KAKI AIR
HANGAT DI WILAYAH KERJA PANTI WERDA
KABUPATEN GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

ISMAIL MAULANA IBRAHIM, S.Kep

KHGD22092



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2023**

LEMBAR PENGESAHAN

NAMA : ISMAIL MAULANA IBRAHIM
NIM : KHGD 22092
**JUDUL : ANALISIS ASUIAN KEPERAWATAN LANSIA
DENGAN HIPERTENSI DAN INTERVENSI PADA
Ny. I DENGAN RENDAM KAKI AIR HANGAT DI
WILAYAH KERJA PANTI WERDA KABUPATEN
GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR - NERS

KIA ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji Program Studi Profesi
Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Mengetahui,

Pembimbing Utama



Sri Yekti Widadi,S.Kp.M.Kep

Ketua

Program Studi Profesi Ners



Sri Yekti Widadi,S.Kp.M.Kep

**Program Studi Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut Garut, Agustus 2023**

Ismail Maulana Ibrahim¹, Sri Yekti Widadi²

**¹Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut, ²Dosen STIKes Karsa Husada
Garut**

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA HIPERTENSI DAN INTERVENSI PADA Ny.I DENGAN RENDAM KAKI AIR HANGAT DI WILAYAH KERJA PANTI WERDA KABUPATEN GARUT

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyakit kelainan jantung dan pembuluh darah yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah. Faktor yang berpengaruh pada kejadian hipertensi diantaranya genetik, ras, regional, sosio budaya dan gaya hidup yang tidak sehat. Penelitian ini bertujuan umum untuk mengetahui analisis asuhan keperawatan dengan Hipertensi dan Intervensi Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Di Wilayah Kerja Panti Werda Kabupaten Garut. Metode penelitian yang dilakukan pada penelitian ini berupa deskriptif kualitatif dalam bentuk studi kasus dengan melakukan asuhan keperawatan lansia yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, serta evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 02-06 Maret 2023. Berdasarkan hasil pengkajian, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang dilakukan oleh peneliti ditemukan 3 masalah keperawatan yaitu diantaranya nyeri akut, risiko jatuh, dan defisit pengetahuan. Peneliti merencanakan manajemen nyeri dengan mengimplementasikan Rendam kaki air hangat dengan berbasis *Evidence Based Practice* yang bertujuan untuk menurunkan kadar tekanan darah dan melancarkan sirkulasi darah perifer. Setelah dilakukan 3 hari implementasi didapatkan tekanan darah menurun. Rekomendasi: Saran yang diberikan adalah penelitian ini diharapkan dapat menjadi tolak ukur dan referensi untuk meningkatkan pengetahuan & kualitas asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi.

Kata Kunci : *hipertensi, lansia, rendam kaki air hangat*

**Nurse Professional Education Study Program Karsa Husada High School of
Health Sciences Garut Garut, August 2023**

Ismail Maulana Ibrahim¹, Sri Yekti Widadi²

**1Student of STIKes Karsa Husada Garut, 2Lecturers of STIKes Karsa
Husada Garut**

ABSTRACT

ANALYSIS OF HYPERTENSION ELDERLY NURSING CARE AND INTERVENTION IN Mrs. I WITH WARM FOOT SOATS IN THE WORKING AREA OF PANTI WERDA, GARUT DISTRICT

Hypertension or high blood pressure is a disease of the heart and blood vessels which is characterized by an increase in blood pressure. Factors that influence the incidence of hypertension include genetics, race, regional, socio-cultural and unhealthy lifestyles. This study has a general aim to determine the analysis of nursing care with hypertension and foot soak therapy interventions using warm water in the working area of the Nursing Home, Garut Regency. The research method used in this research is in the form of qualitative descriptive in the form of a case study by conducting nursing care for the elderly which includes assessment, nursing diagnoses, interventions, implementation, and evaluation of nursing which was carried out on March 2-6, 2023. Based on the results of the assessment, enforcement of the diagnosis, intervention, implementation, and evaluation carried out by researchers found 3 nursing problems, namely acute pain, risk of falling, and knowledge deficits. Researchers plan pain management by implementing warm water foot soaks based on Evidence Based Practice which aims to reduce blood pressure levels and improve peripheral blood circulation. After 3 days of implementation, the blood pressure decreased. Recommendation: The advice given is that this research is expected to be a benchmark and reference for increasing knowledge & quality of nursing care in the elderly with hypertension.

Keywords: hypertension, elderly, warm water foot soak

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Allah SWT, Atas limpahan Rahmat dan Karunia-Nya yang telah diberikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini. Sholawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada Rosululloh SAW, Serta keluarga dan umatnya sepanjang zaman. Adapun Judul yang diangkat dalam pembuatan penelitian ini adalah ” **ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA HIPERTENSI DAN INTERVENSI PADA Ny.I DENGAN RENDAM KAKI AIR HANGAT DI WILAYAH KERJA PANTI WERDA KABUPATEN GARUT** ”. Pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) dilaksanakan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan tugas akhir dalam Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN-N) ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Bapak DR. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak dr. H. Kurnadi, selaku Wakil Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H.D. Saepudin, S.Sos, M.M.Kes, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

4. Bapak Drs. H.M. Adjidin, M Si, selaku pengawas Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
5. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep., M.Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
6. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Prodi Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
7. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep selaku pembimbing utama yang telah menyediakan waktu, arahan, masukan, motivasi dan bimbingan bagi penyusun.
8. Seluruh Staf Dosen dan staf pengajar STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali penulis dengan berbagai ilmu yang sangat bermanfaat (khususnya staf dosen program studi profesi ners).
9. Yang paling berharga kedua orang tua penulis tersayang terimakasih untuk do'a, pengorbanan dan kasih sayangnya yang tidak akan bisa terbalaskan oleh penulis hingga kapanpun, semoga Allah SWT. Selalu memberikan kesehatan, perlindungan dan selalu di lancarkan dalam segala urusan.
10. Teruntuk teman-teman yang telah menemani saya selama ini yang bersedia menemani dalam keadaan apapun, yang telah menjadi support system terbaik, membantu memberikan ide, dan yang selalu perhatian dalam menemani pembuatan KIA ini.

Penyusun menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan KIA ini sangat diharapkan.

Garut, Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA HIPERTENSI DAN INTERVENSI PADA Ny.I DENGAN RENDAM KAKI AIR HANGAT DI WILAYAH KERJA PANTI WERDA KABUPATEN GARUT	
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
BAB I PENDAHULUAN	Error! Bookmark not defined.
1.1 Latar Belakang	Error! Bookmark not defined.
1.2 Tujuan Penulisan	Error! Bookmark not defined.
1.2.1 Tujuan Umum	Error! Bookmark not defined.
1.2.2 Tujuan Khusus	Error! Bookmark not defined.
1.3 Manfaat Penulisan	7
1.3.1 Manfaat Teoritis	7
1.3.2 Manfaat praktis.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Lansia.....	10
2.1.1 Definisi Lansia	10
2.1.2 Ciri-Ciri Lansia.....	10
2.1.3 Batasan Usia Lansia	Error! Bookmark not defined.
2.1.4 Perubahan yang terjadi pada lansia	Error! Bookmark not defined.
2.2 Konsep Hipertensi	Error! Bookmark not defined.
2.2.1 Definisi Hipertensi.....	22
2.2.2 Etiologi.....	23
2.2.3 Klasifikasi	23

2.2.4	Patofisiologi.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.5	Pathway Hipertensi.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.6	Manifestasi Klinis.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.7	Pemeriksaan Penunjang	Error! Bookmark not defined.
2.2.8	Penatalaksanaan	Error! Bookmark not defined.
2.2.9	Komplikasi	Error! Bookmark not defined.
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi	Error! Bookmark not defined.
2.3.1	Pengkajian.....	Error! Bookmark not defined.
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
2.3.3	Intervensi Keperawatan.....	41
2.3.4	Implementasi Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
2.3.5	Evaluasi.....	Error! Bookmark not defined.
2.4	Konsep <i>Hydrotheraphy</i> /Rendam Kaki Air Hangat.....	Error! Bookmark not defined.
2.4.1	Definisi <i>Hydrotheraphy</i> /Rendam Kaki Air Hangat.	Error! Bookmark not defined.
2.4.2	Efektifitas <i>Hydrotheraphy</i> /Rendam Kaki Air Hangat....	Error! Bookmark not defined.
2.4.3	Prosedur <i>Therapy</i> Rendam Kaki Air Hangat....	Error! Bookmark not defined.
2.4.4	<i>Evidance Based Practice</i> (EBP)	Error! Bookmark not defined.
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....		
Error! Bookmark not defined.		
3.1	TINJAUAN KASUS.....	Error! Bookmark not defined.
3.1.1	Pengkajian.....	Error! Bookmark not defined.
3.1.2	Riwayat Kesehatan	Error! Bookmark not defined.
3.1.3	Pemeriksaan Fisik.....	Error! Bookmark not defined.
3.1.4	Pemeriksaan Diagnostik.....	82
3.1.5	Terapi Obat	82

3.1.6	Analisa Data	82
3.1.7	Diagnosis Keperawatan	84
3.1.8	Intervensi Keperawatan.....	86
3.1.9	Evaluasi	91
3.2	Pembahasan.....	99
3.2.1	Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan	99
3.2.2	Analisis Pembahasan <i>Evidence Based Practice</i>	114
BAB IV PENUTUP		119
4.1	Kesimpulan.....	1Error! Bookmark not defined.
4.2	Saran.....	Error! Bookmark not defined.
4.2.1	Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
4.2.2	Bagi Pelayanan Kesehatan.....	Error! Bookmark not defined.
4.2.3	Bagi Masyarakat	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR PUSTAKA		123

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Pathway Diabetes Mellitus.....	17
Tabel 2.1 Tabel Katz Indeks.....	34
Tabel 2.2 Pengkajian Status Sosial.....	34
Tabel 2.3 Pengkajian Status kognitif SPSMQ	35
Tabel 2.4 Pengkajian MMSE.....	36
Tabel 2.5 Pengkajian Skala Depresi Geriatric.....	38

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi adalah seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang ditunjukkan dengan angka sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan istirahat/tenang Menurut (Nursakinah. Y., & Handayani. 2021). Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyakit kelainan jantung dan pembuluh darah yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah Faktor yang berpengaruh pada kejadian hipertensi diantaranya genetik, ras, regional, sosio budaya dan gaya hidup yang tidak sehat. (Nursakinah. Y., & Handayani. 2021).

Data *World Health Organization* (WHO 2019) ada sekitar satu milyar orang di dunia yang mengalami hipertensi dan berada di negara berkembang dan diprediksi tahun 2025 akan menjadi 29 % atau 1,6 miliar orang di seluruh dunia mengalami hipertensi. Tahun 2022 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia memiliki hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Prevalensi hipertensi di Asia Tenggara menempati posisi ke-3 dengan persentase 25% dari penduduk Asia Tenggara (Kemenkes RI, 2019).

Prevalensi kejadian hipertensi pada lansia di Indonesia sebesar 45,9% pada usia 55-64 tahun, 57,6% pada usia 65-74 tahun dan 63,8% pada usia >75 tahun (Kemenkes 2019). Sedangkan prevalensi hipertensi di Jawa Barat, yang didapat melalui sensus pada data provinsi Jawa Barat di dapatkan hasil

bahwa Jawa Barat menempati posisi ke-4 dengan kasus hipertensi terbanyak yaitu sebesar (29,4%) setelah Bangka Belitung yaitu sebesar (30,9%), Kalimantan Selatan sebesar (30.8%), dan Kalimantan Timur sebesar (29.6%) (Riskesdas, 2013). Pada tahun 2018, Jawa Barat menduduki urutan ke dua sebagai provinsi dengan kasus hipertensi tertinggi di Indonesia yaitu sebesar 44.1% (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2019 mencatat prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di Jawa Barat tahun 2019 yaitu sebesar 41,6% warga Jawa Barat terdiagnosis hipertensi. (Profil Kesehatan Jawa Barat, 2019). Sedangkan di Kabupaten Garut pada tahun 2021 jumlah penderita hipertensi sebanyak 861.324 orang. Hal tersebut menunjukkan bahwa kesadaran penderita hipertensi untuk menurunkan tekanan darahnya masih kurang, untuk itu pengobatan hipertensi salah satunya bisa dilakukan dengan pengobatan nonfarmakologi yaitu dengan terapi rendam kaki menggunakan air hangat.

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

memperbanyak konsumsi buah, bila memiliki berat badan lebih dapat melakukan diet, latihan fisik dan terapi komplementer (Corwin,2009).

Terapi komplementer merupakan terapi pengobatan alami yang salah satu yang dapat dilakukan untuk menurunkan dan mengontrol tekanan darah yaitu dengan hidroterapi (Joseph E. 2020). Intervensi hidroterapi adalah bentuk pengobatan fisik menggunakan terapi air dengan berbagai cara baik internal maupun eksternal dan bentuk hidroterapi tersebut bisa menggunakan air dingin, hangat, kompres, uap ataupun mandi (Joseph E. 2020). Hidroterapi merupakan terapi pengobatan menggunakan air untuk mengobati ataupun meringankan kondisi yang menyakitkan karena sifat dari air tersebut yang dapat meningkatkan sensasi relaksasi. Hidroterapi memiliki efek relaksasi sehingga merangsang hormon endorfin dalam tubuh dan menekan hormon adrenalin (Doughty & Wahler, 2020). Tujuan dari hidroterapi adalah untuk meningkatkan sirkulasi dan kualitas darah, hal ini sangatlah penting karena darah bertugas mengalirkan asupan oksigen dan nutrisi ke berbagai organ dan bagian tubuh lain, selain itu darah juga berperan dalam membuang zat sisa metabolisme atau senyawa buruk yang terdapat di dalam sel sel tubuh (Chowdhury dkk, 2021).

Terapi rendam air hangat merupakan terapi non farmakologi yang dapat menurunkan tekanan darah. Pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, rendam kaki dengan air hangat termasuk kedalam intervensi kompres panas (L08235) karena metode yang digunakan pada intervensi ini bersentuhan secara langsung dengan objek tanpa ada perantara lain, metode ini sesuai dengan definisi yang dijelaskan di buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

bahwa kompres panas dilakukan untuk menstimulasi kulit dan jaringan dengan panas untuk mengurangi nyeri, spasme otot, dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan panas (PPNI, 2018).

Metode perendaman kaki menggunakan air hangat memberikan efek fisiologis terhadap beberapa bagian tubuh seperti jantung, tekanan hidrostatik air terhadap tubuh mendorong aliran darah dari kaki menuju ke rongga dada dan darah akan berakumulasi di pembuluh darah besar jantung (Fildayanti, 2020). Kerja air hangat adalah meningkatkan aktivitas sel dengan cara mengalirkan energi melalui konveksi (mengalir melalui media cair). Selain itu dengan terapi perendaman kaki air hangat dapat terjadi mekanisme konduksi dimana perpindahan panas atau air hangat dari air hangat ke dalam tubuh menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan penurunan ketegangan otot untuk memperlancar peredaran darah. Kemudian air hangat akan merangsang saraf di telapak kaki untuk merangsang baroreseptor yang merupakan refleks utama dalam menentukan kontrol regulasi pada detak jantung dan tekanan darah. Saat tekanan darah arteri meningkat dan arteri meregang, reseptor ini dengan cepat mengirimkan implannya ke pusat vasomotor yang mengakibatkan vasodilatasi vena dan perubahan tekanan (Widiati dkk., 2021).

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

140/80 mmHg, sementara klien 2 tekanan darah awal 160/100 mmHg menjadi 140/70 mmhg (Arifin & Mustofa, 2021).

Berdasarkan penjelasan latar belakang di atas penulis tertarik untuk mengetahui tentang pengaruh rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah tinggi pada lansia dengan hipertensi di Wilayah Kerja Panti Werda Kabupaten Garut.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

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

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny.I dengan hipertensi dan intervensi terapi rendam kaki menggunakan air hangat.
- b. Penulis mampu melakukan diagnosis keperawatan pada Ny.I dengan hipertensi dan intervensi terapi rendam kaki menggunakan air hangat.
- c. Penulis mampu melakukan rencana keperawatan pada Ny.I dengan hipertensi dan intervensi terapi rendam kaki menggunakan air hangat.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny.I dengan hipertensi dan intervensi terapi rendam kaki menggunakan air hangat.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.I dengan hipertensi dan intervensi terapi rendam kaki menggunakan air hangat.

- f. Penulis mampu menganalisis dan mengaplikasikan hasil EBP (*Evidenc-Based Practice*) ke dalam asuhan keperawatan pada Ny.I dengan hipertensi dan intervensi terapi rendam kaki menggunakan air hangat.
- g. Penulis mampu mendokumentasikan hasil keperawatan pada Ny.I dengan hipertensi dan intervensi terapi rendam kaki menggunakan air hangat

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teoritis

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan mampu menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya di bidang Keperawatan gerontik terutama mengenai intervensi terapi rendam kaki menggunakan air hangat pada penderita Hipertensi.

1.3.2 Manfaat Praktis

- a. Manfaat Bagi Institut Pendidikan

Mengenal penelitian keperawatan Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.I Dengan Hipertensi Dan Intervensi Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Di Wilayah Kerja Panti Werda Kabupaten Garut, serta sebagai acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan gerontik bagi peserta didik khususnya Prodi Profesi Ners Stikes Karsa Husada Garut. Hasil ini diproses dapat menjadi dasar atau data yang mendukung untuk pengajaran ilmu keperawatan gerontik.

- b. Manfaat Bagi Pelayanan Kesehatan

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

c. Manfaat Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat yang mengidap penyakit hipertensi dapat melakukan pengobatan nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah tinggi atau hipertensi dengan terapi rendam kaki menggunakan air hangat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia merupakan salah satu proses perkembangan dari makhluk hidup akibat proses penuaan Menurut (Afriansyah et al., 2019). Proses penuaan merupakan hal wajar yang akan dialami oleh masing- masing individu ,dan ketika memasuki usia 60 tahun lebih maka di katakan lansia sudah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupan manusia. Secara biologis, lansia akan mengalami proses penuaan secara terus- menerus yang ditandai dengan penurunan daya tahan fisik dan rentan terhadap serangan penyakit (Akbar, 2021). Secara perlahan kemampuan tubuh untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita(World Health Organization, 2019). Berdasarkan pengertian di atas dapat di simpulkan bahwa lansia merupakan proses penuaan ketika sudah memasuki usia 60 tahun lebih .

2.1.2 Ciri- ciri Lansia

Karakteristik lansia atau ciri-ciri dari lansia diantaranya yaitu terjadinya penurunan produktifitas atau terjadinya penurunan fungsi fisik, sosial dan psikologis, sebagaimana dijelaskan oleh Hurlock terdapat beberapa ciri orang lanjut usia yaitu:

1. Usia lanjut merupakan periode kemunduran

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Kemunduran dapat berdampak pada psikologis lansia. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Kemunduran pada lansia semakin cepat apabila memiliki motivasi yang rendah, sebaliknya jika memiliki motivasi yang kuat maka kemunduran itu akan lama terjadi.

2. Orang lanjut usia memiliki status kelompok minoritas

Lansia memiliki status kelompok minoritas karena sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap orang lanjut usia dan diperkuat oleh pendapat-pendapat klise yang jelek terhadap lansia. Pendapat-pendapat klise itu seperti: lansia lebih senang mempertahankan pendapatnya daripada mendengarkan pendapat orang lain.

3. Lansia membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap orang lanjut usia membuat lansia cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk. Lansia lebih memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Karena perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk.

Di samping itu menurut Santrock, karakteristik dari lansia adalah sebagai berikut: Perubahan fisik-biologi, perubahan psikis, perubahan sosial, dan perubahan kehidupan keluarga.

2.1.3 Batasan Usia Lansia

Tabel 2. 1 Batasan Usia Lansia

No.	Kategori	Usia
1.	Usia pertengahan (middle age)	45-54 tahun
2.	Lansia (elderly)	55-65 tahun.
3.	Lansia muda (young old)	66-74 tahun
4.	Lansia tua (old)	75-90 tahun.
5.	Lansia sangat tua (very old)	>90 tahun.

Sumber: WHO, 2013

2.1.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia Menurut (Kholifah, 2016) ada beberapa macam beserta penjelasan dari perubahan yang dialami lansia, diantaranya sebagai berikut:

1. Perubahan Fisik
 - a. Sistem Indra

Pada system pendengaran biasanya terjadi masalah pendengaran yang disebut Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga bagian dalam. Pada usia 60 tahun keatas, 50% kemungkinan terjadi berkurangnya kemampuan pendengaran terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, kata-kata yang sulit dimengerti.

- b. Sistem Integumen

Pada kulit lansia akan akan mengalami atropi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan

memiliki banyak bercak. Warna coklat yang timbul sebagai pigmen pada kulit disebut dengan liver spot.

c. Sistem Musculoskeletal

Pada musculoskeletal terdapat jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, yang mengakibatkan kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan. Pada tulang akan mengalami berkurangnya kepadatan tulang, hal tersebut merupakan bagian dari penuaan fisiologi yang akan menyebabkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur. Pada otot akan mengalami perubahan struktur otot yang ditandai dengan penurunan jumlah dan ukuran serat otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negative. Pada sendi lansia jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

d. Sistem Kardiovaskuler

Pada lansia massa jantung akan bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

e. Sistem Respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap akan tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru. udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang,

f. Sistem Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada system pencernaan. seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi,indra pengecap menurun, rasa lapar menurun, liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan dan berkurangnya aliran darah.

g. Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

h. Sistem Saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

i. Sistem Reproduksi

Perubahan system reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara perlahan.

2. Perubahan Kognitif

Perubahan kognitif meliputi daya ingat (memory), IQ (Intelligent Quotient), kemampuan belajar (Learning), kemampuan pemahaman (Comprehension), pemecahan masalah (Problem Solving), pengambilan keputusan (Decision Making), kebijaksanaan (Wisdom), kinerja (Performance), dan motivasi (Motivation). Pemeliharaan fungsi kognitif pada lansia menjadi hal yang sangat penting untuk kesejahteraan lansia. Lansia yang dalam kondisi sehat dapat melaksanakan aktivitas sehari-hari baik aktivitas fisik, sosial dan spiritual. Hal ini sesuai yang disampaikan oleh Nugroho (2010) bahwa dengan menjaga kesehatan fisik, mental, spiritual dan sosial maka seseorang dapat memilih masa tua yang lebih membahagiakan dan terhindar dari banyak masalah kesehatan sehingga akan tercapai kualitas hidup yang baik.

3. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah perubahan fisik. khususnya organ perasa, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (hereditas), lingkungan, gangguan saraf panca indra, gangguan konsep diri, rangkaian dari kehilangan, hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, dan perubahan konsep diri.

4. Perubahan Spritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (mature) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

5. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial diantaranya ialah kesepian, duka cita (Bereavement). depresi, gangguan cemas, parafrenia (suatu bentuk skizofrenia pada lansia). dan sindroma diogenes yang merupakan suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

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

Hipertensi adalah penyakit kelainan jantung dan pembuluh darah yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah. Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan keadaan perubahan dimana tekanan darah meningkat secara kronik (Fildayanti, 2020). Faktor yang berpengaruh pada kejadian hipertensi diantaranya genetik, ras, regional, sosio budaya dan gaya hidup yang tidak sehat.(Nursakinah. Y., & Handayani. 2021).

Penulis dapat menyimpulkan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah meningkatnya tekanan darah dari batas normal pada seseorang dengan nilai sistolik lebih dari 120 mmhg dan diastolic lebih dari 90 mmhg.

2.2.2 Etiologi

Menurut Smeltzer dan Bare (2000) dalam (Syarli & Arini, 2021) penyebab hipertensi dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Hipertensi Essensial atau Primer

Hipertensi primer adalah suatu kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder dari hipertensi tidak ditemukan. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. Onset hipertensi primer terjadi pada usia 30-50 tahun. Pada hipertensi primer tidak ditemukan penyakit renovaskuler, aldosteronism, pheochromocytoma, gagal ginjal dan penyakit lainnya. Genetik dan ras merupakan bagian yang menjadi penyebab timbulnya hipertensi primer, termasuk faktor lain yang diantaranya adalah faktor stress, intake alkohol moderat, merokok, lingkungan, demografi dan gaya hidup.

2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme). Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensia esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditunjukkan ke penderita esensial.

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :

- a. Elastisitas dinding aorta menurun.
- b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku.

- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1%, setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemungkinan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

2.2.3 Klasifikasi

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

Tabel 2. 2 Klasifikasi Tekanan Darah (Hipertensi)

Kategori	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
Normal	<120	Dan	<80
Pra-Hipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi tingkat 1	140-159	Atau	90-99
Hipertensi tingkat 2	>160	Atau	>100
Hipertensi sistolik Terisolasi	>140	Dan	<90

2.2.4 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar

dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

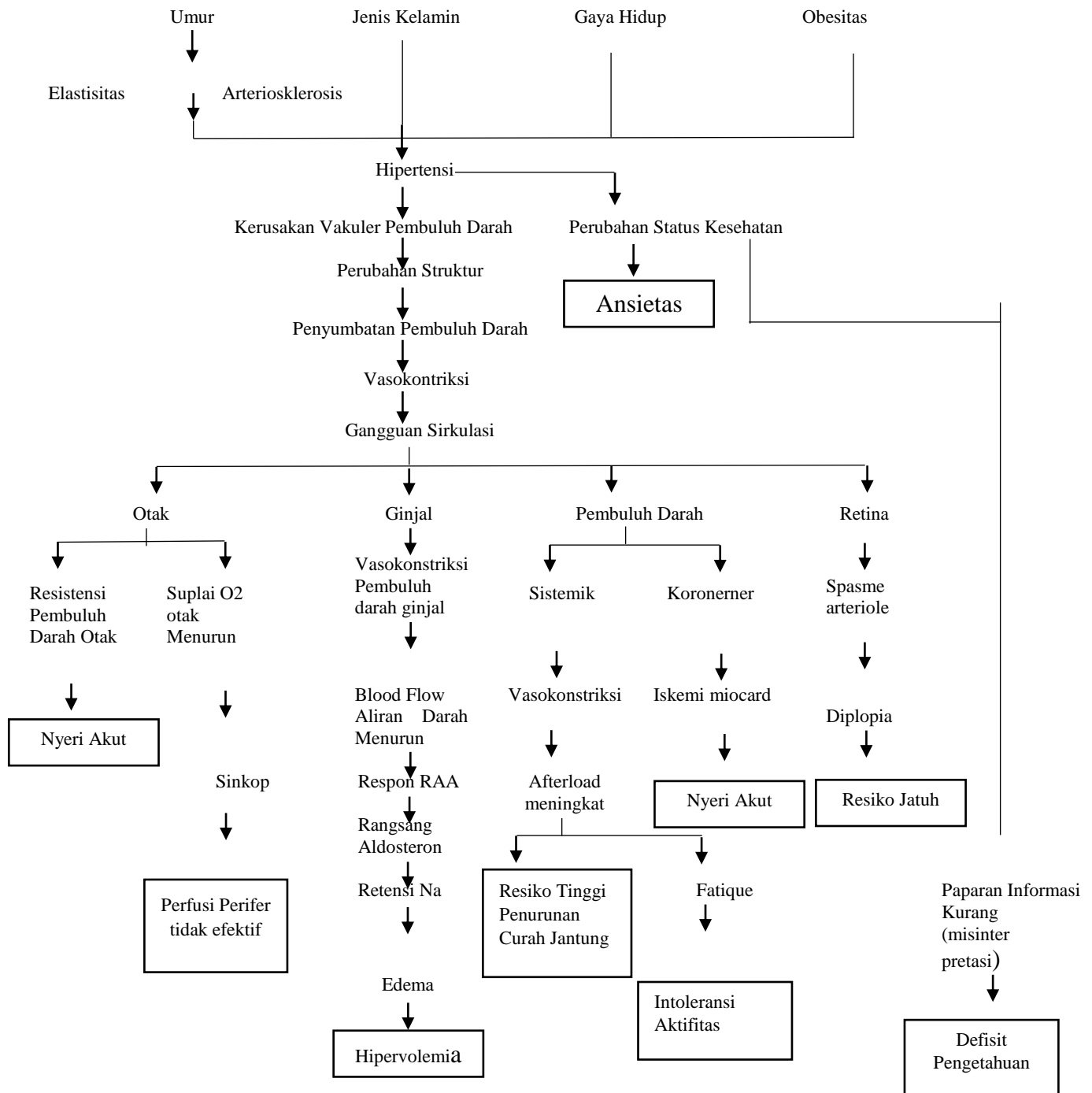
Pada saat bersamaan dimana system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin.

Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. Untuk pertimbangan gerontologi perubahan struktural dan

fungsional pada system pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer (Nopidrawati, 2018).

2.2.5 Pathway Hipertensi

Bagan 2. 1 Pathway Hipertensi



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

2.2.6 Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif & Kusuma (2013) dalam (Safitri & Ismawati, 2018), tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

1. Tidak Ada Gejala

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

2. Gejala Yang Lazim

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

Menurut Rokhaeni (2013), manifestasi klinis beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

- a. Peningkatan tekanan darah $> 140/90$ mmHg
- b. Sakit kepala
- c. Pusing/migraine
- d. Rasa berat tengkuk
- e. Penyempitan pembuluh darah
- f. Sulit tidur
- g. Lemah dan lelah
- h. Mual dan Muntah
- i. Penurunan Kesadaran

- j. Epitaksis
- k. Nokturia

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan dua cara menurut Amin & Hardhi (2015) dalam (Zaenurrohmah & Riris Diana Rachmayanti, 2017) yaitu :

1. Pemeriksaan yang segera seperti :
 - a. Darah rutin (Hematokrit/Hemoglobin) : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viscositas) dan dapat menindikasikan faktor resiko seperti : hipokoagulabilitas, anemia.
 - b. Bood Unit Nitrogen/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
 - c. Glukosa : Hiperglimi (Diabetes Melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin (meningkatkan hipertensi)
 - d. Kalium serum : Hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretic
 - e. Kalsium serum : Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi
 - f. Kolesterol dan trigiserid serum : Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk / adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler)
 - g. Pemeriksaan tiroid : Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi

- h. Kadar aldosteron urin/serum : untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)
 - i. Urinalisa : Darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan diabetes mellitus
 - j. Asam urat : Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi
 - k. Steroid urin : Kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme
 - l. EKG : 12 Lead, melihat tanda iskemi, untuk melihat adanya hipertropi ventrikel kiri ataupun gangguan koroner dengan menunjukkan pola regangan, dimana luas peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
 - m. Foto dada : Apakah ada oedema paru (dapat ditunggu setelah pengobatan terlaksana) untuk menunjukkan destruksi pada area katub, pembesaran jantung
2. Pemeriksaan lanjutan (tergantung dari keadaan klinis dan hasil pemeriksaan yang pertama) :
- a. IVP : Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter
 - b. CT Scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati
 - c. USG : Untuk melihat struktur ginjal dilaksanakan sesuai kondisi klinis pasien.
 - d. Menyingkirkan kemungkinan tindakan bedah neurologis.

2.2.8 Penatalaksanaan

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg (Brunner & Suddart, 2015) dalam (Pancawati, 2018). Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi :

1. Terapi Tanpa Obat (Nonfarmakologi)

Modifikasi gaya hidup dalam penatalaksanaan nonfarmakologi sangat penting untuk mencegah tekanan darah tinggi. Penatalaksanaan nonfarmakologis pada penderita hipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah tinggi dengan cara memodifikasi faktor resiko yaitu :

a. Mempertahankan berat badan ideal

Mempertahankan berat badan yang ideal sesuai Body Mass Index dengan rentang 18,5 – 24,9 kg/m². BMI dapat diketahui dengan rumus membagi berat badan dengan tinggi badan yang telah dikuadratkan dalam satuan meter. Obesitas yang terjadi dapat diatasi dengan melakukan diet rendah kolesterol kaya protein dan serat. Penurunan berat badan sebesar 2,5-5 kg dapat menurunkan tekanan darah diastolik sebesar 5 mmHg.

b. Mengurangi asupan natrium (sodium)

Mengurangi asupan sodium dilakukan dengan diet rendah garam yaitu tidak lebih dari 100 mmol/hari (kira-kira 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam/hari), atau dengan mengurangi konsumsi garam hingga 2300 mg setara dengan satu sendok teh setiap harinya. Penurunan tekanan darah sistolik

sebesar 5 mmHg dan tekanan darah diastolik sebesar 2,5 mmHg dapat dilakukan dengan cara mengurangi asupan garam menjadi $\frac{1}{2}$ sendok teh/hari.

c. Batasi konsumsi alkohol

Mengonsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau lebih dari 1 gelas per hari pada wanita dapat meningkatkan tekanan darah, sehingga membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol dapat membantu dalam penurunan tekanan darah.

d. Menghindari merokok

Merokok meningkatkan resiko komplikasi pada penderita hipertensi seperti penyakit jantung dan stroke. Kandungan utama rokok adalah tembakau, didalam tembakau terdapat nikotin yang membuat jantung bekerja lebih keras karena mempersempit pembuluh darah dan meningkatkan frekuensi denyut jantung serta tekanan darah

e. Makan K dan Ca yang cukup dari diet

Kalium menurunkan tekanan darah dengan cara meningkatkan jumlah natrium yang terbuang bersamaan dengan urin. Konsumsi buah-buahan setidaknya sebanyak 3-5 kali dalam sehari dapat membuat asupan potasium menjadi cukup. Cara mempertahankan asupan diet potasium (>90 mmol setara 3500 mg/hari) adalah dengan konsumsi diet tinggi buah dan sayur.

f. Penurunan stress

Stress yang terlalu lama dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah sementara. Menghindari stress pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara relaksasi seperti relaksasi otot, yoga atau meditasi yang dapat

mengontrol sistem saraf sehingga menurunkan tekanan darah yang tinggi (Hartono, 2017).

g. Terapi relaksasi progresif

Di Indonesia, penelitian relaksasi progresif sudah cukup banyak dilakukan. Terapi relaksasi progresif terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi (Erviana, 2019). Teknik relaksasi menghasilkan respon fisiologis yang terintegrasi dan juga mengganggu bagian dari kesadaran yang dikenal sebagai “respon relaksasi Benson”. Respon relaksasi diperkirakan menghambat sistem saraf otonom dan sistem saraf pusat serta meningkatkan aktivitas parasimpatis yang dikarakteristikan dengan menurunnya otot rangka, tonus otot jantung dan mengganggu fungsi neuroendokrin. Agar memperoleh manfaat dari respons relaksasi, ketika melakukan teknik ini diperlukan lingkungan yang tenang, posisi yang nyaman.

2. Terapi Dengan Obat (Farmakologi)

Penatalaksanaan farmakologi merupakan penanganan menggunakan obat-obatan, antara lain :

- a. Penghambat syaraf simpatis : golongan obat ini bekerja dengan menghambat aktifitas syaraf simpatis sehingga mencegah naiknya tekanan darah. Contoh : Metildopa, Clonidin, Catapres, Reserpin
- b. Beta Bloker Bekerja dengan menurunkan daya pompa jantung sehingga pada gilirannya dapat menurunkan tekanan darah. Contoh : Propanolol, Atenolol, Bisoprolol

- c. Vasodilator Bekerja langsung pada pembuluh darah dengan merelaksasi otot pembuluh darah
- d. Angiotensin Converting Enzim (ACE) Inhibitor Golongan ini bekerja menghambat zat angiotensin II (zat yang dapat menyebabkan meningkatkan tekanan darah)
- e. Calcium antagonis Golongan obat ini bekerja menurunkan daya pompa jantung dengan cara menghambat kontraksi jantung (kontraktilitas)
Contoh: Nifedipin (Adalat, codalat, farmalat), Diltiazem (Herbeser, farmabes)
- f. Antagonis Reseptor Angiotnsin II Cara kerjanya adalah dengan menghalangi penempelan zat angiotensin II pada reseptonya yang mengakibatkan ringannya daya pompa jantung. Contoh : Valsartan, davon
- g. Diuretic Obat ini bekerja dengan cara mengeluarkan mengeluarkan cairan tubuh (melalui urine) sehingga volume cairan tubuh berkurang dan mengakibatkan ringannya daya pompa jantung.

2.2.9 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada Hipertensi (Agustina et al., 2020) :

1. Stroke

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami

aterosklerosis dapat menjadi lemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma. Gejala terkena stroke adalah sakit kepala secara tiba-tiba, seperti orang bingung, limbung atau bertingkah laku seperti orang mabuk, salah satu bagian tubuh terasa lemah atau sulit digerakan (misalnya wajah, mulut, atau lengan terasa kaku, tidak dapat berbicara secara jelas) serta tidak sadarkan diri secara mendadak.

2. Infark miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri coroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi distritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan .

3. Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya membrane glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

4. Gagal jantung

Tekanan darah yang terlalu tinggi memaksa otot jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah yang menyebabkan pembesaran otot jantung kiri sehingga jantung mengalami gagal fungsi. Pembesaran pada otot jantung kiri disebabkan kerja keras jantung untuk memompa darah.

5. Kerusakan pada mata

Tekanan darah yang terlalu tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan saraf pada mata (Ningrum, 2021).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi

2.3.1 Pengkajian

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

1. Identitas

Identitas Lansia (nama, alamat, jenis kelamin, umur, status, agama, suku, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, sumber pendapatan, tempat tinggal sekarang, lama tinggal). Identitas klien yang biasa di kaji pada penyakit hipertensi adalah usia karena penyakit hipertensi sering terjadi pada lansia dengan usia diatas 50 tahun.

2. Riwayat Kesehatan

Status kesehatan saat ini : keluhan terlazim yang dirasakan lansia dengan hipertensi yaitu nyeri kepala bagian belakang, tengkuk terasa pegal, kaku dan sakit. Keluhan yang dirasakan dapat hilang timbul dan timbul saat terjadi

peningkatan tekanan darah (Udjianti, 2011). Menurut Mubarak (2008) jika lansia mengatakan nyeri, dapat dikaji dengan pengkajian PQRST sebagai berikut:

- a. Provoking (pemicu) yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri hipertensi yaitu kelelahan/kecapekan.
- b. Quality (kualitas) kualitas nyeri hipertensi berupa nyeritajam/nyeri tertusuk-tusuk
- c. Region (daerah) daerah nyeri karena hipertensi terdapat pada kepala bagian belakang, leher dan pundak.
- d. Severity (skala) skala nyeri hipertensi tergantung pada pasien menunjuk skala nyeri.
- e. Time (waktu) seberapa lama nyeri berlangsung, nyeri hipertensi berupa nyeri hilang timbul dan kadang-kadang menetap.

3. Status Fisiologis

a. Pola Kesehatan Sehari-hari

1) Nutrisi

Mengkaji jenis makanan dan minuman yang di konsumsi lansia, kebiasaan makan, makanan yang tidak disukai dan disukai, pantangan makan dan keluhan saat makan. Makanan yang dapat menyebabkan hipertensi mencakup makanan yang tinggi garam, lemak dan kolesterol. Pola makan perlu diwaspadai, pembatasan asupan natrium (komponen utama garam) sangat dianjurkan karena baik untuk kesehatan penderita hipertensi. Pasien hipertensi dengan keluhan nyeri kepala kadang-kadang

merasakan mual/ muntah saat makan, penurunan berat badan dan riwayat pemakaian diuretik (Nurhidayat, 2015).

2) Eliminasi

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

3) Istirahat/tidur

Pasien hipertensi sering mengalami kesukaran untuk istirahat karena nyeri kepala.

4) Aktivitas Sehari-hari

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

Tabel 2. 3 indeks kemandirian Katz

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri		

2	<p>Berpakaian Mandiri :</p> <p>Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikatpakaian.</p> <p>Tergantung :</p> <p>Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian</p>		
3	<p>Ke Kamar Kecil Mandiri :</p> <p>Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri</p> <p>Tergantung :</p> <p>Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		
4	<p>BerpindahMandiri :</p> <p>Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Tergantung :</p> <p>Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>		
5	<p>KontinenMandiri :</p> <p>BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p>Tergantung :</p> <p>Inkontinensia parsial atau total penggunaan kateter,pispot, enema dan pembalut (pampers)</p>		
6	<p>Makan Mandiri :</p> <p>Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Tergantung:</p> <p>Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral(NGT)</p>		

Analisa Hasil :

- Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian
- Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.
- Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan
- Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

5) Pola Hubungan dan Peran

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

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

Penilaian :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

6) Pola Sensori dan Kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan dan pembau. Pada klien katarak dapat ditemukan gejala gangguan penglihatan perifer, kesulitan memfokuskan kerja dengan merasa diruang gelap. Sedangkan tandanya adalah tampak kecoklatan atau putih susu pada pupil, peningkatan air mata. Pengkajian status mental menggunakan Tabel Short Portable Mental Status Questionere (SPMSQ).

Tabel 2. 5 Short Portable Mental Status Questionere (SPMSQ)

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

Analisis hasil:

Skore salah : 0-2 (fungsi intelektual utuh)

Skore salah : 3-4 (kerusakan intelektual ringan)

Skore salah : 5-7 (kerusakan intelektual sedang)

Skore salah : 8-10 (kerusakan intelektual berat)

Tabel 2. 6 Format Pengkajian MMSE

NO	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?		
	2. Musim apa sekarang ?		
	3. Tanggal berapa sekarang ?		
	4. Hari apa sekarang ?		
	5. Bulan apa sekarang ?		
	6. Dinegara 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 tiga obyek		
	11.		
	12.		
	13.		
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata daribelakang, misal” BAPAK “		
	14. K		
	15. A		
	16. P		

17. A

18. B

4 **MENGINGAT**

Minta klien untuk mengulang 3 obyek

Diatas

19.

20.

21.

5 **BAHASA**

a. Penamaan

Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan

22. Jam tangan

23. Pensil

b. Pengulangan

Minta klien mengulangi tigakalimat 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

Analisis hasil :

Nilai ≤ 21 : Kerusakan kognitif

7) Skrining Resiko Jatuh

Tabel 2. 7 Screening Faal Fungtional Reach (Fr) Test

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

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

Tabel 2. 8 The Timed Up And Go (Tug) Test

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

Interpretasi :

Score:

≤ 10 detik : 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

8) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambarandiri, harga diri, peran, identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka dan makhluk bio-psiko-sosio-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit, pengkajian tingkat depresi.

Tabel 2. 9 Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda?	Tidak
2	Apakah Anda Telah Meninggalkan Banyak Kegiatan dan Minat/ Kesenangan Anda	Ya
3	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?	Ya
4	Apakah Anda Sering Merasa Bosan?	Ya
5	Apakah Anda Mempunyai Semangat Yang Baik Setiap Saat?	Tidak
6	Apakah Anda Merasa Takut Sesuatu Yang Buruk Akan Terjadi Pada Anda?	Ya
7	Apakah Anda Merasa Bahagia Untuk Sebagian Besar Hidup Anda?	Tidak
8	Apakah Anda Merasa Sering Tidak Berdaya?	Ya
9	Apakah Anda Lebih Sering Dirumah Daripada Pergi Keluar Dan Mengerjakan Sesuatu Hal Yang Baru?	Ya
10	Apakah Anda Merasa Mempunyai Banyak Masalah Dengan Daya Ingat Anda Dibandingkan Kebanyakan	Ya

Orang ?		
11	Apakah Anda Pikir Bahwa Kehidupan Anda Sekarang Menyenangkan?	Tidak
12	Apakah Anda Merasa Tidak Berharga Seperti Perasaan Anda Saat Ini?	Ya
13	Apakah Anda Merasa Penuh Semangat?	Tidak
14	Apakah Anda Merasa Bahwa Keadaan Anda Tidak Ada Harapan?	Ya
15	Apakah Anda Pikir Bahwa Orang Lain, Lebih Baik Keadaannya Daripada Anda?	Ya

Setiap Jawaban Yang Sesuai Mempunyai Sko“1 “ (Satu) :

Skor 5-9 : Kemungkinan Depresi

Skor 10 > : Depresi

9) Personal Hygiene

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

10) Reproduksi dan seksual

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

a. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda Vital dan Status Gizi

Keadaan umum: keadaan umum pasien hipertensi dengan keluhan nyeri kepala umumnya lemah. Kesadaran: kesadaran klien Composmentis, Apatis sampai Somnolen. TTV: suhu normal (36-37°C), nadi meningkat pada arteri korotis, jugularis, dan pulsasi

radialis ($>80x/\text{menit}$), tekanan darah meningkat ($>140/90$ mmHg) dan pernafasan meningkat $>20x/\text{menit}$.

2) Sistem respirasi

- a) Inspeksi: bila melibatkan sistem pernafasan, umumnya ditemukan kesimetrisan rongga dada, klien tidak sesak napas, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan.
- b) Palpasi: fremitus antara kanan dan kiri seimbang.
- c) Perkusi: suara resonan pada seluruh lapang paru.
- d) Auskultasi: suara napas hilang atau melemah pada sisi yang sakit biasanya didapatkan suara ronki dan mengi.

3) Sistem Cardiovaskuler

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

4) Sistem Neurosensori

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

5) Sistem Pencernaan

Gejala: ketidakmampuan dalam mengkonsumsi makanan atau cairan yang tidak adekuat karena mual, muntah, anoreksia,

dan kesulitan untuk mengunyah makanan. Tanda: penurunan berat badan, membran mukosa tidak lembab.

6) Sistem Metabolisme-integumen

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

7) Sistem Muskuloskeletal

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

8) Sistem genitourinaria

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

b. Status Kognitif

Pemeriksaan status kognitif dapat menunjukkan perilaku dan kemampuan mental dalam fungsi intelektual. Pemeriksaan singkat terstandarisasi ditujukan untuk mendeteksi gangguan kognitif sehingga fungsi intelektual dapat teruji melalui satu/dua pertanyaan untuk masing-masing area. Saat instrument skrining mendeteksi terjadinya gangguan, maka pemeriksaan lebih lanjut akan dilakukan. Pengujian status mental saat klien masuk perawatan/panti lansia berfungsi membangun dasar dan mengidentifikasi klien yang beresiko mengalami delirium. Pengkajian yang dilakukan pada pasien lansia dengan

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

c. Status Psikososial dan Spiritual

1) Psikologis Persepsi

lansia terhadap proses menua yang sedang dihadapinya, apakah lansia menerima atau menolak, kebanyakan lansia menolak terhadap proses menua yang mereka hadapi. Harapan lansia terhadap proses menua yang mereka hadapi kebanyakan ingin menghibiskan waktu dengan orang terdekat. Lansia dengan hipertensi kebanyakan mengalami nyeri kepala yang mengganggu aktivitas, nyeri yang tidak kunjung sembuh membuat lansia mengalami depresi. Perawat harus mengkaji status depresi lansia dengan meminta lansia mengisi format pengkajian tingkat depresi lansia. Instrumen yang digunakan Inventaris Depresi Geriatrik dan Inventaris Depresi Beck (Kushariyadi, 2012).

2) Sosial

Hubungan lansia dengan orang terdekat disekitarnya yaitu petugas kesehatan dan teman satu wisma sebagai peran sentral pada tingkat kesehatan dan kesejahteraan. Pengkajian sistem sosial dapat

menghasilkan tentang jaringan pendukung. Instrument yang digunakan yaitu format Apgar Lansia (Kushariyadi, 2012).

3) Spiritual

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

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard.

Ds : klien mengeluh lelah

Do : Tekanan darah meningkat atau menurun,

Nadi perifer teraba lemah

CRT >3 detik

- b. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.

Ds : - klien mengatakan nyeri kepala

Do :

- Klien tampak meringis
- Klien tampak gelisah
- N : 102 x/mnt
- TD : 160/90 mmHg
- RR : 21 x/mnt
- Skala nyeri 5 (sedang)

- c. Hipervolemia berhubungan dengan peningkatan retensi Na

Ds : ortopnea, dispnea

Do : edema perifer

JPV meningkat

Distensi vena jugularis

Hepatomegaly

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

Ds : mengeluh lelah, merasa lemah

Do : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat

Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas

- e. Resiko jatuh berhubungan dengan kesulitan gaya berjalan

Ds : - Klien mengatakan sempat jatuh di lantai WC

Do :

- Klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat)
- Klien mengatakan penglihatannya buram
- Kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4
- TUG (+) \geq 30 detik

- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

Ds : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur

Do : -

- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri

Ds : Menanyakan masalah yang dihadapi

Do : menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

- h. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

Ds : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi

Do : tampak gelisah

Tampak tegang

Sulit tidur

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 10 Intervensi Keperawatan

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<p>(D0008)Penurunan Curah Jantung</p> <p>Definisi Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan irama jantung 2. Perubahan frekuensi jantung 3. Perubahan kontraktilitas 4. Perubahan preload 5. Perubahan afterload <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan irama jantung <ol style="list-style-type: none"> 1) Palpitasi 2. Perubahan preload <ol style="list-style-type: none"> 1) Lelah 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x pertemuan diharapkan ketidakadekuatan jantung memompa darah meningkat dengankriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah normal : 120/80mmHg 2. CRT membaik : < 3 detik 3. Palpitasi menurun 4. Bradikardi menurun : 60-100x/menit 5. Takikardi menurun : 60-100x/menit 6. Distensi vena jugularis menurun : < 8cmH2O. 7. Lelah menurun 	<p>Perawatan Jantung</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> 5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 6. Monitor saturasi oksigen 7. Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, durasi presivitasi yang menguramgi nyeri) 8. Monitor EKG 12 sadapan 9. Monitor aritmia (kelainan irama danfrekuensi) 10. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 11. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat

3. Perubahan afterload

- 1) Dispnea

4. Perubahan kontraktilitas

- 1) Paroxysmal nocturnal (PND) dyspnea
- 2) Ortopnea
- 3) Batuk

Objektif

1. Perubahan irama jantung

- 1) Bradikardia/takikardia
- 2) Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi

2. Perubahan preload

- 1) Edema
- 2) Distensi vena jugularis
- 3) Central venous pressure (CVP) meningkat/menurun
- 4) Hepatomegali

3. Perubahan afterload

- 1) Tekanan darah meningkat/menurun
- 2) Nadi perifer teraba lemah
- 3) Capillary refill time >3 detik
- 4) Oliguria
- 5) Warna kulit pucat dan/atau sianosis

4. Perubahan kontraktilitas

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

Terapeutik :

12. Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
13. Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan yang tinggi lemak)
14. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
15. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
16. Berikan dukungan emosional dan spiritual

Edukasi :

17. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
18. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
19. Anjurkan berhenti merokok
20. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
21. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur *intake* dan *output* cairan harian

Kolaborasi :

22. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
-

Gejala dan Tanda Minor**Subjektif**

1. Perubahan preload (tidak tersedia)
2. Perubahan afterload (tidak tersedia)
3. Perubahan kontraktilitas (tidak tersedia)
4. Perilaku/emosional
 - 1) Cemas
 - 2) Gelisah

Kondisi Klinis Terkait

1. Stenosis mitral
2. Regurgitasi mitral
3. Stenosis aorta
4. Regurgitasi aorta
5. Regurgitasi trikuspidal
6. Stenosis pulmonal
7. Aritmia
8. Penyakit jantung bawaan
9. Gagal jantung kongestip
10. Sindrom koroner akut

Objektif

1. Perubahan preload
 - 1) Murmur jantung
 - 2) Berat badan bertambah
 - 3) Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun

 2. Perubahan afterload
-

<p>1) Pulmonary vascular resistance (PVR) meningkat/menurun</p> <p>2) Systemic vascular resistance (SVR) meningkat/menurun</p> <p>3. Perubahan kontraktilitas</p> <p>1) Cardiac index CI) menurun</p> <p>2) Left ventricular stroke work index (LVSWI) menurun 923) Stroke volume index (SVI) menurun</p> <p>4. Perilaku/emosional (tidak tersedia)</p>	<p>2 (D.0077) Nyeri akut</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x pertemuan diharapkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Ketegangan otot menurun 5. Frekuensi nadi membaik : 60-100x/menit 6. Tekanan darah membaik : 120/80mmHg 7. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p>
---	--	--

Gejala dan Tanda Mayor

<p>Subjektif :(tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. pola napas berubah 3. nafsu makan berubah 4. proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis 		<ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 11. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakannya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>3 (D.0023) Hipervolemia</p> <p>Definisi : Peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehilangan cairan aktif 2. Kegagalan mekanisme regulasi 3. Peningkatan permeabilitas kapiler 	<p>Status Cairan (L.03028)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang telah ditentukan diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urin meningkat 3. Membran mukosa lembab meningkat 4. Ortopnea menurun 5. Dispnea menurun 6. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun 	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah), jika tersedia

-
4. Kekurangan intake cairan
 5. Evaporasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif :

1. Frekuensi nadi meningkat
2. Nadi teraba lemah
3. Tekanan darah menurun
4. Tekanan Nadi menyempit
5. Turgor kulit menyempit
6. Membran mukosa kering
7. Voluem urin menurun
8. Hemtokrit meningkat

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Merasa lemah
2. Mengeluh haus

Objektif

1. Pengisian vena menurun
 2. Status mental berubah
 3. Suhu tubuh meningkat
 4. Konsentrasi urin meningkat
 5. Berat badan turun tiba-tiba
-

7. Edema anasarka menurun
8. Edema perifer menurun
9. Frekuensi nadi membaik
10. Tekanan darah membaik
11. Turgor kulit membaik
12. Jugular venous pressure membaik
13. Hemoglobin membaik
14. Hematokrit membaik

4. Monitor *intake* dan *output* cairan
5. Monitor kecepatan infus secara ketat
6. Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)

Terapeutik :

7. Timbang berta badan setiap hari pada waktu yang sama
8. Batasi asupan cairan dan garam
9. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Edukasi :

10. Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam
11. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari
12. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin
13. Ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi :

14. Kolaborasi pemberian diuretik
 15. Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik
-

4	(D.0056) Intoleransi aktivitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan x pertemuan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat : kekuatan otot normal adalah 5 3. Keluhan lelah menurun 4. Dispnea saat aktivitas menurun 5. Perasaan lemah menurun 6. Tekanan darah membaik : 120/80mmHg Frekuensi napas membaik : 12-20x/menit 	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/ atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
---	---------------------------------------	--	--

Definisi : Ketidacukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari
Penyebab :

1. antara suplai dan kebutuhan oksigen
2. Tirah baring
3. Kelemahan
4. Imobilitas
5. Gaya hidup monoton

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh lelah Objektif
2. frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Dispnea saat/setelah aktivitas
2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
3. Merasa lemah

Objektif

1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia
4. Sianosis

5	(0055) Gangguan Pola Tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kualitas dan kuantitas tidur membaik dengan kriteria hasil :	Dukungan Tidur
	Definisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6. Kemampuan beraktivitas membaik 	Observasi :
	Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.		<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan / atau psikologi) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sbelum tidur)
	Etiologi		Terapeutik :
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, pemantauan/pemeriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. Restraint fisik 5. Ketiadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan peralatan tidur 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu ,matras dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan perosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misal: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga
	Gejala dan Tanda Mayor		Edukasi :
	Subjektif		9. Jelaskan tidur cukup selama sakit
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup 		10. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
	Gejala dan Tanda Minor		11. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
	Subjektif		4. Ajarkan faktor-faktor yang

<p>1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</p> <p>Objektif</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri/kolik 2. Hipertiroidisme 3. Kecemasan 4. Penyakit paru obstruktif kronis 5. Kehamilan 6. Periode pasca partum 7. Kondisi pasca operasi 		<p>berkontribusi terhadap gangguan polatidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shift</i> bekerja)</p> <p>5. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmokologi lainnya, jika perlu</p>
<p>6 (D.0143) Resiko Jatuh</p> <p>Definisi</p> <p>Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.</p> <p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prostesis (buatan) 4. Penggunaan alat bantu berjalan 5. Penurunan tingkat kesadaran 6. Perubahan fungsi kognitif 7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing) 8. Kondisi pasca operasi 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x pertemuan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. Jatuh saat naik tangga menurun 6. Jatuh saat di kamar mandimenurun 	<p>Pencegah Jatuh</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap <i>shift</i> atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 4. Monitor kemampuan berpindah daritempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 6. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

-
9. Hipotensi ortostatik
 10. Perubahan kadar glukosa darah
 11. Anemia
 12. Kekuatan otot menurun
 13. Gangguan pendengaran
 14. Gangguan keseimbangan
 15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
 16. Neuropati
 17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)

Kondisi Klinis Terkait

1. Osteoporosis
 2. Kejang
 3. Penyakit sebrovaskuler
 4. Katarak
 5. Glaukoma
 6. Demensia
 - 7 Hipotensi
 8. Amputasi
 9. Intoksikasi
 10. Preeklampsia
-

Edukasi :

7. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
8. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
9. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri

7	(D.0111) Defisit pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x pertemuan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :	Edukasi Kesehatan
	Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Penyebab	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 6. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 7. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun 	Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu mengingat 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi 		
	Gejala dan Tanda Mayor		
	Subjektif :(tidak tersedia)		
	Objektif		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah 		
	Gejala dan Tanda Minor		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjalani pemeriksaan yang tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria) 		

8	Ansietas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x pertemuan diharapkan tingkat ansietas menurudengan kriteria hasil :	Reduksi Ansietas
	Definisi		Observasi :
	Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objektip yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsentrasi meningkat 2. Pola tidur meningkat 3. Perilaku gelisah menurun 4. Verbalisasi kebingungan menurun 5. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 6. .Perilaku tegang menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda tanda ansietas
	Etiologi		Terapeutik :
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Krisis situasional 2. Kebutuhan tidak terpenuhi 3. Krisis maturasional 4. Ancaman terhadap konsep diri 5. Ancaman terhadap kematian 6. Kehawatiran menghadapi kegagalan 7. Disfungsi sistem keluarga 8. Hubungan orang tua – anak tidak memuaskan 9. Terpapar bahaya lingkungan 10. Kurang paparan informasi 		<ol style="list-style-type: none"> 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurngi kecemasan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 9. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan motivasi mengidentivikasi situasi yang menyebabkan kecemasan
	Gejala dan tanda mayor		
	Subjektip		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mearas bingung 2. Merasa khwatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi 3. Sulit berkonsentrasi 		
	Objektif		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 		

-
3. sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Mengeluh pusing
2. Anoreksia
3. Palpitasi
4. Merasa tidak berdaya

Objektif

1. Frekuensi napas meningkat
2. Frekuensi nadi meningkat
3. Tekanan darah meningkat
4. Diaforesis
5. Tremor
6. Muka tampak pucat
7. Suara bergetar
8. Kontak mata buruk
9. Sering berkemih
10. Berorientasi pada masa lalu

Kondisi Klinis Terkait

1. Penyakit kronis progresif (mis. kanker/penyakit autoimun)
 2. Penyakit akut
-

2.3.4 Implementasi Keperawatan

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

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

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

1. Evaluasi Formatif

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

2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi Sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna yang berorientasi pada masalah

keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan, meliputi Subjek, Objek, Assesment, Planning (SOAP) atau Subjek, Objek, Assesment, Planning, Intervensi, Evaluasi-Revisi (SOAPIE-R) (Melizza, 2018).

2.4 Konsep *Hydrotherapy*/Rendam Kaki Air Hangat

2.4.1 Definisi *Hydrotherapy*/Rendam kaki air hangat

Hydrotherapy merupakan salah satu terapi nonfarmakologi dengan metode pengobatan menggunakan air hangat dimana terjadi perpindahan panas dari air hangat ke tubuh sehingga akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah yang dapat meringankan kondisi yang menyakitkan serta memberikan efek relaksasi pada tubuh dan dapat menurunkan ketegangan otot. dan merupakan metode terapi dengan pendekatann lowtech yang mengandalkan pada respon respon tubuh terhadap air (Morgan, 2019). Menurut Setyoadi dan Kusharyadi (2011), hydrotherapy adalah penggunaan air untuk menyembuhkan dan meringankan berbagai keluhan. Hydrotherapy memberikan efek relakasasi, menurunkan rasa nyeri, meningkatkan kemampuan alat gerak. Terapi rendam kaki air hangat memberikan respon terhadap panas, melalui stimulasi yang mentransmisikan impuls dari perifer ke hipotalamus. Ketika reseptor panas di hipotalamus dirangsang, sistem efektor menghasilkan sinyal untuk memulai berkeringat dan vasodilatasi perifer. Perubahan ukuran pembuluh darah dimediasi oleh pusat vasomotor dari kanal meduler batang otak, yang di bawah pengaruh hipotalamus anterior, menyebabkan vasodilatasi. Adanya vasodilatasi

mengakibatkan peningkatan aliran darah ke jaringan individu terutama yang meradang dan nyeri sehingga terjadi penurunan (Masi & Rottie, 2017).

2.4.2 Efektifitas Hydroterapy

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

2.4.3 Prosedur Therapy Rendam Kaki Dengan Air Hangat

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

1. Persiapan alat Kursi, Baskom, Termometer, Air panas, Air dingin, Handuk, Stopwatch, Tensi meter, Stetoskop
2. Tahap orientasi
 - a. Memberikan salam dan memperkenalkan diri
 - b. Menjelaskan tujuan prosedur dan lamanya tindakan kepada klien
3. Tahap kerja
 - a. Dekatkan alat dan bahan kepada klien

- b. Memposisikan klien duduk diatas kursi
- c. Mengukur tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki
- d. Jika kaki tampak kotor, bersihkan dan keringkan
- e. Masukkan air hangat kedalam baskom dengan suhu 38-40 °C
- f. Celupkan dan rendam kaki sampai mata kaki biarkan selama 10 – 15 menit, jika suhu air turun maka tambahkan kembali
- g. Setelah selesai angkat kaki lalu keringkan dengan handuk
- h. Rapikan alat.

2.4.4 Evidence Based Practice (EBP)

Berdasarkan hasil pencarian artikel pada database Google Scholar, dan GARUDA (Garda Rujukan Digital) dengan kata kunci hipertensi, penurunan tekanan darah, rendam kaki dengan air hangat, didapatkan sebanyak 230 artikel, sesuai dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah diterapkan, maka jumlah akhir artikel yang diriview sebanyak 5 artikel. Hasil telaah terhadap 5 artikel dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat pada Lansia dalam Menurunkan Tekanan Darah, penelitian ini ditelaah oleh Ajeng Nurmaulina dan Hendiyanto(2021), dengan jenis penelitian menggunakan deskriptif kualitatif dengan strategi studi kasus, menggunakan satu partisipasi. Populasi menggunakan satu partisipan usia 60 tahun yang mengalami hipertensi, belum mendapatkan terapi rendam kaki dan tidak sedang mengkonsumsi obat hipertensi. Berdasarkan hasil asuhan keperawatan gerontik yang dilakukan yaitu penerapan terapi rendam kaki menggunakan air hangat dalam

menurunkan tekanan darah pada klien dengan hipertensi dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan terapi rendam kaki diperoleh adanya penurunan tekanan darah sesudah dilakukan terapi satu kali selama tiga hari berturut-turut. Hasil yang didapatkan setelah melakukan terapi terdapat penurunan tekanan darah dari 150/100 mmHg menjadi 130/90 mmHg. Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan ada pengaruh yang signifikan dari pemberian terapi rendam kaki menggunakan air hangat terhadap penurunan tekanan darah. Terapi rendam kaki menggunakan air hangat diharapkan dapat digunakan sebagai terapi non-farmakologi bagi lansia dengan hipertensi.

2. Rendam Kaki Dengan Air Hangat Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi(2020), penelitian ini ditelaah oleh Try Putra Farmana, Edison Siringoring, dan Safrudin, dengan jenis penelitian True-Eksperimen dengan rancangan penelitian Pre and post test control group design. Populasi pada penelitian ini sebanyak 34 responden kelompok eksperimen yang diambil dengan metode simple random sampling. Kelompok eksperimen mendapatkan terapi rendam kaki dengan air hangat selama 5 kali perlakuan dengan durasi 15 menit . Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji statistik uji Wilcoxon. Hasil penelitian didapatkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara tekanan darah sebelum dan setelah rendam kaki dengan air hangat pada pasien hipertensi diwilayah kerja pustu kelurahan benjala.
3. Pengaruh Rendam Kaki Dengan Menggunakan Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Pattasang Kab.Takalar (2019), artikel ini ditelaah oleh Salmah Arafah,

dengan jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian Eksperiment Design dengan rancangan One Group Times Series, dengan cara pengukuran Tekanan darah sebelumnya kemudian diberikan intervensi Rendam kaki dengan menggunakan air hanga dan setelah itu melakukan pengukuran tekanan darah kembali sebanyak 3 kali. Sampelnya adalah klien yang mengalami hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Pattallassang Kab Takalar yang memenuhi criteria inklusi, tehnik pengambilan sampel menggunakan teknik random sampling dengan metode purposive sampling, dengan subyek penelitian sebanyak 15 orang. Hasil penelitian menggunakan uji Friedman diperoleh nilai $p=0,000 < \alpha=0,05$, maka ada pengaruh yang signifikan antara hasil pengukuran tekanan darah sistolik setelah rendam kaki menggunakan air hangat. Dan berdasarkan hasil uji Wilcoxon, ada pengaruh yang signifikan terhadap penurunan tekanan darah ($p\text{-value} = 0,000$), Dari hasil penelitian ini, rendam kaki dengan menggunakan air hangat sangat efektif menurunkan tekanan darah pada kasus hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Pattallassang Kab. Takalar.

4. Penerapan Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Dalam Menurunkan Tekanan Darah (2019), ditelaah oleh Siti Utami Dewi dan Putri Rahmawati. Metode penilitian menggunakan menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan keluarga diwilayah kerja Puskesmas Kecamatan Pancoran Jakarta Selatan. Instrumen yang digunakan untuk mendapatkan hasil dari variabel independen dengan menggunakan sphygmomanometer dan stetoskop, sedangkan variabel dependen

menggunakan thermometer air, baskom, handuk, dan wadah air atau termos air hangat selama 5 hari . Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah lembar observasi dengan 2 responden dengan klasifikasi hipertensi sedang dan ringan, hasil penelitian didapatkan terapi rendam kaki cukup efektif dalam menurunkan tekanan darah pada penyakit hipertensi. Saran yang dianjurkan keluarga dan subjek dapat melakukan penerapan terapi rendam kaki, perawatan hipertensi dan kontrol ke fasilitas kesehatan.

5. Pengaruh Terapi Rendam Kaki Dengan Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Dengan Hipertensi di Puskesmas Bahu Manado (2017), yang ditelaan oleh Gresty NM dan Julia V Rottie, dengan desain penelitian menggunakan metode penelitian quasi eksperiment designs dengan rancangan one group time series, dilakukan observasi pretest kemudian perlakuan (terapi rendam kaki air hangat) dan observasi posttest sebanyak tiga kali. Sampel pada penelitian ini adalah penderita hipertensi di Puskesmas Bahu yang memenuhi kriteria inklusi, menggunakan teknik non random sampling dengan metode purposive sampling didapatkan 17 orang. Hasil penelitian berdasarkan uji Friedman didapatkan bahwa $P\text{-value} = 0,689 > (\alpha = 0,05)$, maka tidak terdapat perbedaan antara hasil tekanan darah sistolik setelah terapi rendam kaki dengan air hangat O2, O3, O4. Berdasarkan uji Wilcoxon, terdapat pengaruh sebelum dan sesudah dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat terhadap penurunan tekanan darah ($P\text{-value} = 0,000$). Kesimpulan dari penelitian ini, terapi rendam kaki dengan air hangat tidak

efektif menurunkan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi di Puskesmasbahumanado.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan kasus

3.1.1 Pengkajian

A. Identitas

1. Nama : Ny. I
2. Tempat /tgl lahir : Tasikmalaya, 11 januari 1957
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Status Perkawinan : Cerai Mati
5. Agama : Islam
6. Suku : Sunda/Indonesia

B. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

1. Pekerjaan saat ini : Tidak Bekerja
2. Pekerjaan sebelumnya : Karyawan Warung Nikmat
3. Sumber pendapatan : klien mengtakan kadang dikasih oleh pihak panti
4. Kecukupan pendapatan : -

C. Lingkungan tempat tinggal

1. Kebersihan dan kerapihan ruangan : Ruang terlihat rapih dan bersih
2. Penerangan : Penerangan di kamar klien cukup terang
3. Sirkulasi udara : Terdapat 1 jendela kamar yang

cukup besar dan satu pintu masuk

4. Keadaan kamar mandi & WC : Terlihat bersih, tetapi keramik licin
5. Pembuangan air kotor : Dialirkan kedalam sumur Pembuangan
6. Sumber air minum : Sumber air minum didapatkan dari air gallon isi ulang
7. Pembuangan sampah : Terdapat tong sampah didalam ruangan
8. Sumber pencemaran : Tidak ada
9. Privasi : Ruang dan setiap kamar khusus Perempuan dan per 1 orang
10. Risiko injuri : Lantai WC yang licin

D. Riwayat Kesehatan

1. Status Kesehatan saat ini

- 1) Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir : tekanan darah naik
- 2) Gejala yang dirasakan : Pusing dan penglihatan terasa buram
- 3) Faktor pencetus : Usia dan riwayat hipertensi
- 4) Timbulnya keluhan : () Mendadak (✓) Bertahap
- 5) Upaya mengatasi : minum obat menurunkan tekanan darah,
Duduk dan berdiam diri di tempat tidur
- 6) Pergi ke RS/Klinik pengobatan/ dokter praktek/bidan/perawat :
Perawat Panti
- 7) Mengonsumsi obat-obatan sendiri : Obat penurun tekanan darah
Amlodipin
- 8) Obat tradisional : Tiada ada

9) Lain-lain : Tidak ada

2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah diderita : Hipertensi Dan sakit lambung

2) Riwayat alergi

a) Obat : Tidak

b) Makanan : Tidak

c) Binatang : Tidak

d) Debu : Tidak

e) Dll : Tidak

3) Riwayat kecelakaan : Riwayat jatuh dikamar mandi

4) Riwayat pernah dirawat di RS : Tidak Pernah

5) Riwayat pemakaian obat : Obat penurun tekanan darah Amlodipin

E. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri kepala

2. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengatakan sebelumnya tidak mempunyai riwayat tekanan darah tinggi atau hipertensi. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 mei 2023, klien mengatakan nyeri kepala, nyeri kepala bertambah apabila banyak beraktivitas seperti berjalan kekamar mandi, dan berkurang apabila berdiam dan duduk di tempat tidur, nyeri kepala seperti dihentikan ketempat yang keras, nyeri dirasakan dikepala dengan skala 5 (nyeri

sedang), nyeri dirasakan hilang timbul. Klien juga mengatakan penglihatannya buram dan pernah mengalami jatuh di kamar mandi 1 kali.

3. Riwayat penyakit dahulu







Klien mengatakan pernah mengalami penyakit lambung dan ada riwayat jantung.

4. Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan di keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan klien.

F. Genogram

Keterangan :

	: Laki – Laki
	: Perempuan
	: Suami
	: Istri
	: Klien / Pasien
	: Tinggal Serumah
	: Garis Perkawinan
	: Garis Keturunan

G. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

1. Pemeliharaan Kesehatan

Hasil Kajian :

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan kesehatan begitu penting terhadap perubahan kehidupannya, oleh karena itu ketika sakit suka

ingin diperiksa kepada perawat yang ada di panti, dan selalu merasa senang ketika perawat panti memeriksanya. Pengetahuan tentang praktik kesehatan klien mengatakan kurang mengetahui tentang praktik kesehatan

2. Nutrisi Metabolik

Tabel 3. 1 Nutrisi Metabolik

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	Pola Makan	Dihabiskan	Dihabiskan
	Jenis	Nasi, tahu, sayuran, buah-buahan	Nasi, tahu, sayuran, buah-buahan
	Porsi	1 porsi makanan	1 porsi makanan
	Frekuensi	3x sehari	3x sehari
	Diet Khusus	Tidak ada	Membatasi garam
	Makanan Disukai	Tidak ada	Tidak ada
	Kesulitan Menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi Palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Napsu Makan	Baik	Baik
	2	Pola Minum	2 gelas/hari
Jenis		Kopi dan air putih	Air putih
Frekuensi		7-8 gelas/hari	2 gelas besar /hari
Jumlah		± 2000 ml	± 1200 ml atau dua botol aqua
Pantangan		Tidak ada	Tidak ada
Minuman yang disukai		Kopi	Tidak ada

3. Pola Eliminasi

Tabel 3. 2 Pola Eliminasi

No	Jenis	Sebelum dirawat	Selama dirawat
1	BAB		
	Frekuensi	1x/hari	1x/hari
	Warna	Khas feses	Khas feses
	Masalah	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah

2	BAK		
	Frekuensi	5-6x/hari	7-8x/hari
	Jumlah	Tidak diketahui	Tidak diketahui
	Warna	Khas urine	Khas urine
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada

4. Pola Aktifitas Sehari-hari

Tabel 3. 3 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

No	Jenis	Sehari – hari
1.	Mandi	Frekuensi : 1x/hari Jenis: mandi pakai air dingin
2.	Berpakaian	Frekuensi : 2x/hari
3.	Mobilisasi Tempat Tidur	Frekuensi : sering

5. Pola Persepsi Kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian

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

6. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan

- a) Daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi : klien sedikit sulit mengingat kejadian yang telah lama namun dapat mengingat kejadian yang baru terjadi.
- b) Kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang, atau benda yang lain): Orientasi terhadap waktu klien baik, orientasi tempat klien mengenal tempat yang disinggahinya, dan sulit untuk mengingat nama orang baru.
- c) Tingkat pendidikan : SD kelas 4

- d) Persepsi nyeri dan penanganan nyeri: klien mengatakan ketika datang nyeri kepala klien suka berdiam diri dan duduk ditempat tidur tidak banyak aktivitas.
- e) Kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10: klien mampu mehami terkait penilai skala nyeri dan mampu menyebut skala nyeri yang dirasakan, klien mengatakan nyeri di skala 5 (nyeri sedang)
- f) Pemakaian alat bantu dengar : Klien tidak terpasang alat bantu pendengaran
- g) Melihat : Klien mengatakan buram
- h) Kehilangan bagian tubuh atau fungsinya : Klien memiliki bagian tubuh yang lengkap dan tidak memiliki kecacatan.
- i) Tingkat kesadaran : Composmentis
- j) Orientasi pasien : Orientasi klien baik
- k) Pendengaran, persepsi sensori (nyeri) : Pendengaran klien baik, presepsi terhadap nyeri klien mampu mengekspresikanya melalu mimic wajah
- l) Berbicara : Klien mampu berbicara dengan jelas
- m) Bahasa : Klien menggunakan bahasa sunda dan indonesia dan dapat berkomunikasi dengan baik
- n) Kemampuan membaca : Klien dapat membaca tulisan yang diberikan oleh perawat
- o) Tingkat ansietas : Klien tidak dalam keadaan sedang cemas

- p) Kemampuan Berinteraksi : Klien mampu berorientasi dengan baik, dan dapat berinteraksi dengan orang baru maupun lingkungan baru

7. Pola Istirahat Tidur

Tabel 3. 4 Pola Istirahat Tidur

No	Jenis	2 hari sebelumnya	1 hari sebelumnya
1.	Tidur Siang Lama Tidur Keluhan	Kadang-kadang 1 jam/hari Tidak ada	Kadang-kadang 1 jam/hari Tidak ada
2.	Tidur Malam Lama Tidur Keluhan	Teratur 7-8 jam/hari Tidak ada	Teratur 7-8 jam/hari Tidak ada

8. Pola Konsep Diri

Konsep Diri :

- a) Ideal Diri : Klien berharap agar tubuhnya sehat selalu
- b) Harga Diri : Klien ingin selalu dihargai sebagai orang tua, nenek oleh anak-anaknya. Klien mengatakan tidak minder dengan keadaanya yang sekarang, dan menyadari bahwa dirinya sudah menua dan banyak perubahan penurunan fungsi organ dalam dirinya
- c) Identitas Diri : Klien adalah seorang wanita, yang dulunya adalah seorang juru masak di sebuah restoran. Dan saat ini klien hanya seorang lansia yang tinggal di panti
- d) Peran Diri : Klien mengatakan sebagai nenek dan seorang ibu bagi anak-anaknya

9. Pola Peran dan Hubungan

Hasil Kajian :

Hubungan klien dengan lingkungan di panti cukup baik

10. Pola Reproduksi dan seksual

Hasil Kajian :

Pada saat dikaji klien mengatakan sudah tidak memiliki suami dari tahun 2010 karena suami meninggal.

11. Pola Pertahanan Diri atau Koping

Hasil Kajian :

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

12. Pola Keyakinan dan Nilai

Hasil kajian :

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

13. Pemeriksaan Status Mental dan spiritual

Kondisi emosi / perasaan klien

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

Kebutuhan Spiritual Klien :

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

H. Pemeriksaan Fisik

Tinjauan sistem

1. Keadaan Umum : Sadar penuh/ baik
2. GCS : V5 M6 E4
3. Tingkat kesadaran : Composmentis
4. Suhu : 36,5°C
- Tekanan darah : 160/90 mmHg
- Nadi : 102 x/mnt
- RR : 21 x/mnt
- SPO2 : 97%
- Tinggi Badan : 155 cm
- BB : 40 Kg
- IMT : 17,7 (Berat Badan Kurang)
5. Kepala : Rambut tampak beruban, rambut terlihat bersih, tidak ada luka, dan keadaan rambut rontok, tidak ada nyeri tekan pada daerah kepala
6. Mata, telinga dan mulut
Mata : bentuk mata simteris, konjungtivas tampak anemis, sclera Tidak icterus, pupil melambat, penglihatan kabur, tidak ada peradangan dan terdapat putih pada mata, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan/ masa.

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

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

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

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada luka, tidak ada bendungan vena jugularis tidak teraba benjolan atau masa pada leher, pada saat dipalpasi pada bagian leher klien mengatakan tidak terasa sakit.

7. Dada dan punggung

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

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

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

10x/mnt

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

5	5
4	4

10. Genitalia : Tidak terdapat masalah pada genitalia

I. Apgar Keluarga

Tabel 3. 5 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		
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	2		
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.			1

4	<p>A : Afek</p> <p>Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.</p>	2
---	---	---

5	<p>R : Resolve</p> <p>Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon</p>	1
---	--	---

JUMLAH

Penilaian :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

J. Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

Tabel 3. 6 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab : Klien mengatakan dengan benar	✓	
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab : Klien mengatakan tahun 2002		✓
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab : Klien mengatakan tahun 1957	✓	
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : Klien mengatakan 67 tahun	✓	
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : Klien menjawab di panti daerah garut	✓	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : Klien menjawab 6 orang	✓	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama	✓	

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
	Bapak/Ibu ? Jawab :		
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab : Klien mengatakan lupa		✓
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab : Klien mengatakan presiden pertama Jokowi Dodo	✓	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab : Klien menjawab dengan benar dari 20-1 Analisis Hasil	✓	
JUMLAH		8 benar	2 salah

Analisis Hasil

Skore Salah	: 0-2	: Fungsi Intelektual Utuh
Skore Salah	: 3-4	: Kerusakan Intelektual Ringan
Skore Salah	: 5-7	: Kerusakan Intelektual Sedang
	: 8-10	: Kerusakan Intelektual Berat

K. Format Pengkajian MMSE

Tabel 3.7 Format Pengkajian MMSE

No	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?		✓
	2. Musim apa sekarang ?	✓	
	3. Tanggal berapa sekarang ?		✓
	4. Hari apa sekarang ?	✓	
	5. Bulan apa sekarang ?		✓
	6. Dinegara mana anda tinggal ?	✓	
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?	✓	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?	✓	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?	✓	

No	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
	10. Di desa mana anda tinggal ?		✓
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek	✓	
	Gelas	✓	
	Tongkat	✓	
	Bantal	✓	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien meneja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “	✓	
	14. K		
	15. A		
	16. P		
	17. A		
	18. B		
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek Diatas	✓	
	Sandal	✓	
	Kursi	✓	
	Pulpen	✓	
5	BAHASA	✓	
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan	✓	
	23. kertas	✓	
	b. Pengulangan		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		✓

No	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
	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		

Analisis hasil : kognitif klien baik

Nilai ≤ 21 : kerusakan kognitif

L. Pengkajian Situs Fungsional (Indeks Kemandirian *Katz*)

Tabel 3. 8 Pengkajian Situs Fungsional

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi		
	Mandiri :		
	Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya	✓	
	Tergantung:		
	Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi,		

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
	serta tidak mandi sendiri		
2	Berpakaian		
	Mandiri :		
	Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung :	✓	
	Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		
3	Ke Kamar Kecil		
	Mandiri :		
	Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri	✓	
	Tergantung :		
	Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		
4	Berpindah		
	Mandiri :		
	Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri	✓	
	Bergantung :		
	Bantuan dalam naik atau turun dari tempat		

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
	tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan		
5	Kontinen		
	Mandiri :		
	BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri		
	Tergantung :	✓	
	Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)		
6	Makan		
	Mandiri :		
	Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri		
	Bergantung:	✓	
	Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)		

Keterangan :

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

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

- Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
- Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

M. Screening Faal Fungcional Reach (FR) Test

Tabel 3. 9 Screening Faal Fungcional Reach (FR) Test

No	Langkah
1	Minta Pasien Berdiri di Sisi Tembok Dengan Tangan Direntangkan Kedepan
2	Beri Tanda Letak Tangan I
3	Minta Pasien Condong Kedepan Tanpa Melangkah Selama 1-2 Menit, Dengan Tangan Direntangkan Ke Depan
4	Beri Tanda Letak Tangan Ke Ii Pada Posisi Condong
5	Ukur Jarak Antara Tanda Tangan I & Ke II

Interpretasi :

Usia Lebih 70 Tahun : Kurang 6 Inchi : Resiko Roboh

Hasil Pemeriksaan : Klien tidak mampu berdiri dan tangan direntangkan

N. The Timed Up And Go (TUG) Test

Tabel 3. 10 The Timed Up And Go (TUG) Test

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

Interpretasi :

Score:

- ≤ 10 detik : Mobilitas Berat
- 11 - 19 Detik : Mostly Independt
- 20 – 29 Detik : Variable Mobility
- ≥ 30 Detik : Gangguan Mobilitas

O. *Geriatric Depression Scale* (Skala Depresi)

Tabel 3. 11 Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

No	Perta	Jawaban
1	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda?	Ya
2	Apakah Anda Telah Meninggalkan Banyak Kegiatan dan Minat/ Kesenangan Anda	Ya
3	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?	Tidak
4	Apakah Anda Sering Merasa Bosan?	Ya
5	Apakah Anada Mempunyai Semangat Yang Baik Setiap Saat?	Tidak
6	Apakah Anda Merasa Takut Sesuatu Yang Buruk Akan Terjadi Pada Anda?	Tidak
7	Apakah Anda Merasa Bahagia Untuk Sebagian Besar Hidup Anda?	Ya
8	Apakah Anda Merasa Sering Tidak Berdaya?	Tidak
9	Apakah Anda Lebih Sering Dirumah Daripada Pergi Keluar Dan Mengerjakan Sesuatu Hal Yang Baru?	Ya
10	Apakah Anda Merasa Mempunyai Banyak Masalah Dengan Daya Ingat Anda Dibandingkan Kebanyakan Orang ?	Ya

11	Apakah Anda Pikir Bahwa Kehidupan Anda Sekarang Menyenangkan?	Ya
12	Apakah Anda Merasa Tidak Berharga Seperti Perasaan Anda Saat Ini?	Tidak
13	Apakah Anda Merasa Penuh Semangat?	Ya
14	Apakah Anda Merasa Bahwa Keadaan Anda Tidak Ada Harapan?	Tidak
15	Apakah Anda Pikir 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

3.1.2 Analisa Data

Tabel 3. 12 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Ds : - klien mengatakan nyeri kepala Do : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - N : 102 x/mnt - TD :160/90 mmHg - RR : 21 x/mnt - Skala nyeri 5 (sedang)	Riwayat hipertensi ↓ Kerusakan vesikuler pembuluh darah ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Gangguan sirkulasi keotak ↓ Resistensi pembuluh darah keotak ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut

2.	Ds : - klien mengatakan sempat jatuh di lantai WC Do :	Faktor lingkungan	Risiko jatuh
	- klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat) - klien mengatakan penglihatannya buram - kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4	Pandangan mata kabur, lantai licin	
		↓ Terpeleset	
		↓ Jatuh	
		↓ Risiko jatuh	
3.	Ds :	Kurang terpapar informasi mengenai Hipertensi	Defisit pengetahuan
	- Klien mengatakan tidak tahu makanan yang baik untuk penderita tekanan darah tinggi Do :	Pola makan yang tidak sehat	
	- Klien tampak bingung ketika ditanya makanan yang baik untuk penderita hipertensi	↓ Ketidaktahuan mengenai makanan yang harus dikonsumsi penderita hipertensi	
	- Klien tidak mengetahui cara untuk mengurangi rasa nyeri	↓ Defisit Pengetahuan	

A. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan dibuktikan dengan

Ds : - klien mengatakan nyeri kepala

Do :

- Klien tampak meringis
- Klien tampak gelisah
- N : 102 x/mnt
- TD : 160/90 mmHg

2. Risiko jatuh berehubungan dengan usia >65 tahun, riwayat jatuh, penggunaan alat bantu berjalan dan gangguan penglihatan dibuktikan dengan

Ds : - Klien mengatakan sempat jatuh di lantai WC

Do :

- Klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat)
- Klien mengatakan penglihatannya buram
- Kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4
- TUG (+) \geq 30 detik

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan

Ds :

- Klien mengatakan tidak tahu makanan yang baik untuk penderita tekanan darah tinggi

Do :

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

B. *Nursing Care Planning*Tabel 3. 13 *Nursing Care Planning*

SDKI	SLKI	SIKI
<p data-bbox="315 448 459 480">Nyeri Akut</p>	<p data-bbox="987 448 1288 480">Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p data-bbox="987 504 1503 624">Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri dapat Menurun, dengan Kriteria Hasil</p> <ol data-bbox="987 655 1243 839" style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri (5) 2. Meringis (5) 3. Gelisah (5) 4. Frekuensi nadi (5) 5. Pola napas (5) 6. Tekanan darah (5) 	<p data-bbox="1503 448 1848 480">Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p data-bbox="1503 480 1646 504">Observasi</p> <ol data-bbox="1503 512 2002 1031" style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p data-bbox="1503 1031 1668 1054">Terapeutik</p> <ol data-bbox="1503 1094 2002 1339" style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu

SDKI	SLKI	SIKI
		<p>ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>Risiko jatuh</p>	<p>Tingkat Jatuh (L.14138)</p> <p>Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8jam diharapkan tingkat jatuh dapat Menuru, Dengan Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur (5) 2. Jatuh saat berjalan (5) 3. Jatuh saat naik tangga (5) 4. Jatuh saat di kamar mandi (5) 	<p>Pencegahan Jatuh (L.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)

SDKI	SLKI	SIKI
		<ol style="list-style-type: none"> 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
		<p>Terapeutik</p>
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrall tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
		<p>Edukasi</p>
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua

SDKI	SLKI	SIKI
		kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
Defisit pengetahuan	Tingkat Pengetahuan Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8jam diharapkan tingkat pengetahuan dapat meningkat dengan Kriteria Hasil 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5) 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5) 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit hipertensi dan makanan yang baik untuk dikonsumsi penderita hipertensi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat Terapeutik : 1. Sediakan materi mengenai hipertensi dan makanan yang harus dikonsumsi penderita hipertensi 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih sehat

C. Implementasi

Hari ke-1

SDKI	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Nyeri Akut	09 mei 23 08.30	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri dibagian kepala, nyeri kepala bertambah apabila banyak beraktivitas seperti berjalan ke kamar mandi, dan berkurang apabila berdiam dan duduk di tempat tidur, nyeri kepala seperti dihentikan ketempat yang keras, nyeri dirasakan di kepala dengan skala 5 (nyeri sedang), nyeri dirasakan hilang timbul.	S : - klien mengatakan masih nyeri kepala - Klien mengatakan sudah melakukan terapi rendam kaki menggunakan air hangat saat nyeri kepala dirasakan O :	Ismail
	08.35	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : klien tampak meringis menahan sakit, klien tampak gelisah.	A: nyeri akut	
	08.40	3. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Hasil : klien mengatakan nyeri mengganggu aktivitas klien	P: masalah belum teratasi sebagian	
	09.05	4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri: Terapi rendam kaki menggunakan air hangat.		
	10.30	5. Memfasilitasi istirahat dan tidur		
	12.30	6. Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri Hasil : klien mengatakan paham dengan informasi yang diberikan		
		7. Menganjurkan klien minum obat penurun		

SDKI	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
	14.30	TD secara rutin		
Resiko jatuh	9 mei 23 07.20	1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Hasil : usia klien 67 tahun, gangguan penglihatan, kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4	S : - klien meminta bantuan perawat untuk mendampingi klien saat berjalan menuju aula panti O:	Ismail
	07.35	2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh Hasil : lantai kamar mandi dan kamar mandi licin	- Klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat)	
	07.45	3. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Hasil : klien sering melakukan aktivitas berpindah dari tempat tidur secara mandiri menggunakan alat bantu berjalan (tongkat)	- Klien mengatakan penglihatannya buram - Kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4 - Hasil tes resiko jatuh (+)	
	08.00	4. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Hasil : klien dapat mengerti	A: resiko jatuh P: masalah teratasi sebagian	
	08.05	5. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin		
	08.10	6. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh		
Defisit pengetahuan	9 mei 23 08.15	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit hipertensi dan makanan yang baik untuk dikonsumsi penderita hipertensi Hasil: klien bersedia dan siap untuk menerima informasi yang akan diberikan	S: - klien mengatakan sudah mengetahui dan memahami tentang hipertensi dan makanan yang baik dikonsumsi untuk penderita tekanan darah tinggi - Klien mengatakan sudah mencoba teknik rendam kaki menggunakan air hangat.	
	08.45	2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang		

SDKI	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
		dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat Hasil: klien mengatakan mau dan akan berperilaku hidup sehat setelah diberikan informasi dan motivasi	O: - klien tampak sudah tidak bingung ketika ditanya makanan yang baik untuk penderita hipertensi	
	09.15	4. Sediakan materi mengenai hipertensi dan makanan yang harus dikonsumsi penderita hipertensi	- Klien mengatakan akan lebih memperhatikan kesehatannya dari sekarang A: defisit pengetahuan	
	10.10	5. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan Hasil: klien mengatakan kapan saja bisa	P: masalah sudah teratasi	
	10.15	6. Memberikan kesempatan untuk bertanya		
	10.30	7. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan		
	13.20	8. Menjelaskan pengertian hipertensi, penyebab, tanda gejala, dan makanan yang baik untuk dikonsumsi penderita hipertensi Hasil: klien tampak mendengarkan dan memperhatikan materi yang diberikan.		
		9. Mengajarkan klien cara meringankan nyeri dengan teknik terapi nonfarmakologi rendam kaki menggunakan air hangat.		

Hari ke-2

SDKI	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Nyeri Akut	10 mei 23	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S : - klien mengatakan masih nyeri kepala	Ismail
	08.35	Hasil : klien mengatakan nyeri dibagian kepala, nyeri kepala bertambah apabila banyak beraktivitas seperti berjalan ke kamar mandi, dan berkurang apabila berdiam dan duduk di tempat tidur, nyeri kepala seperti dihentikan ketempat yang keras, nyeri dirasakan di kepala dengan skala 5 (nyeri sedang), nyeri dirasakan hilang timbul.	- Klien mengatakan sudah melakukan terapi rendam kaki menggunakan air hangat saat nyeri kepala dirasakan	
	08.40		O :	
	08.45	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : klien tampak meringis menahan sakit, klien tampak gelisah.	- Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - N : 94 x/mnt - TD :150/90 mmHg	
	09.10	3. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Hasil : klien mengatakan nyeri mengganggu aktivitas klien	- RR : 20 x/mnt - Skala nyeri 4 (sedang)	
	10.40	4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri: Terapi rendam kaki menggunakan air hangat. 5. Memfasilitasi istirahat dan tidur 6. Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri Hasil : klien mengatakan paham dengan	A: nyeri akut P: masalah belum teratasi sebagian	

SDKI	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
	12.40	informasi yang diberikan		
		7. Mengajukan klien minum obat penurun TD secara rutin		
	14.40			
Resiko jatuh	10 mei 23	1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Hasil : usia klien 67 tahun, gangguan penglihatan, kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4	S : - klien meminta bantuan perawat untuk mendampingi klien saat berjalan menuju aula panti	
	07.30		O:	
	07.40	2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh Hasil : lantai kamar mandi dan kamar mandi licin	- Klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat)	
	07.50	3. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya	- Klien mengatakan penglihatannya buram	Ismail
	08.15	Hasil : klien sering melakukan aktivitas berpindah dari tempat tidur secara mandiri menggunakan alat bantu berjalan (tongkat)	- Kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4	
	08.20	4. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	- Hasil tes resiko jatuh (+)	
	08.15	Hasil : klien dapat mengerti	A: resiko jatuh	
		5. Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin	P: masalah teratasi sebagian	

SDKI	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
		6. Mengajukan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh		
Defisit pengetahuan	10 mei 23	3. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit hipertensi dan makanan yang baik untuk dikonsumsi penderita hipertensi	S: - klien mengatakan sudah mengetahui dan memahami tentang hipertensi dan makanan yang baik dikonsumsi untuk penderita tekanan darah tinggi	
	08.20			
		Hasil: klien bersedia dan siap untyk menerima informasi yang akan diberikan	- Klien mengatakan sudah mencoba teknik rendam kaki menggunakan air hangat.	
	08.50	4. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat	O: - klien tampah sudah tidak bingung ketika ditanya makanan yang baik untuk penderita hipertensi	
		Hasil: klien mengatakan mau dan akan berperilaku hidup sehat setelah diberikan informasi dan motivasi	- Klien mengatakan akan lebih memperhatikan kesehatannya dari sekarang	
	09.20	1. Sediakan materi mengenai hipertensi dan makanan yang harus dikonsumsi penderita hipertensi	A: defisit pengetahuan	
		2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan	P: masalah sudah teratasi	
		Hasil: klien mengatakan kapan saja bisa		
	10.15	3. Memberikan kesempatan untuk bertanya		
		4. Menjelaskan faktor risiko yang		

SDKI	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
	10.20	<p>dapat mempengaruhi Kesehatan</p> <p>5. Menjelaskan pengertian hipertensi, penyebab, tanda gejala, dan makanan yang baik untuk dikonsumsi penderita hipertensi</p> <p>Hasil: klien tampak mendengarkan dan memperhatikan materi yang diberikan.</p>		
	10.35			
	13.25	<p>6. Mengajarkan klien cara meringankan nyeri dengan teknik terapi nonfarmakologi rendam kaki menggunakan air hangat .</p>		

Hari ke-3

SDKI	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Nyeri Akut	12 mei 23 08.40	8. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S : - klien mengatakan masih nyeri kepala - Klien mengatakan sudah melakukan terapi rendam kaki menggunakan air hangat saat nyeri kepala dirasakan	Ismail
	08.45	Hasil : klien mengatakan nyeri dibagian kepala, nyeri kepala bertambah apabila banyak beraktivitas seperti berjalan ke kamar mandi, dan berkurang apabila berdiam dan duduk di tempat tidur, nyeri kepala seperti dihentikan ketempat yang keras, nyeri dirasakan di kepala dengan skala 5 (nyeri sedang), nyeri dirasakan hilang timbul.	O : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - N : 87 x/mnt - TD :145/90 mmHg - RR : 22 x/mnt - Skala nyeri 3 (sedang)	
	08.50	9. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	A: nyeri akut P: masalah belum teratasi sebagian	
	09.10	Hasil : klien tampak meringis menahan sakit, klien tampak gelisah.		
	10.35	10. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup		
	12.40	Hasil : klien mengatakan nyeri mengganggu akitivas klien		
	14.45	11. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri: Terapi rendam kaki menggunakan air hangat. 12. Memfasilitasi istirahat dan tidur 13. Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri		
		Hasil : klien mengatakan paham dengan informasi yang diberikan		
		14. Menganjurkan klien minum obat penurun TD secara rutin		

SDKI	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Resiko jatuh	9 mei 23 07.25	7. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Hasil : usia klien 67 tahun, gangguan penglihatan, kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4	S : - klien meminta bantuan perawat untuk mendampingi klien saat berjalan menuju aula panti O:	Ismail
	07.40	8. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh Hasil : lantai kamar mandi dan dikamar mandi licin	- Klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat)	
	07.50	9. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Hasil : klien sering melakukan aktivitas berpindah dari tempat tidur secara mandiri menggunakan alat bantu berjalan (tongkat)	- Klien mengatakan penglihatannya buram - Kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4 - Hasil tes resiko jatuh (+)	
	08.15	10. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Hasil : klien dapat mengerti	A: resiko jatuh P: masalah teratasi sebagian	
	08.20	11. Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin		
	08.25	12. Mengajukan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh		
	Defisit pengetahuan	9 mei 23 08.20	5. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit hipertensi dan makanan yang baik untuk dikonsumsi penderita hipertensi Hasil: klien bersedia dan siap untuk menerima informasi yang akan diberikan	
		6. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup	O: - klien tampak sudah tidak bingung ketika ditanya makanan yang baik	

SDKI	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
		sehat	untuk penderita hipertensi	
	09.00	Hasil: klien mengatakan mau dan akan berperilaku hidup sehat setelah diberikan informasi dan motivasi	- Klien mengatakan akan lebih memperhatikan kesehatannya dari sekarang	
	09.15	10. Sediakan materi mengenai hipertensi dan makanan yang harus dikonsumsi penderita hipertensi	A: defisit pengetahuan P: masalah sudah teratasi	
	10.05	11. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan Hasil: klien mengatakan kapan saja bisa		
	10.20	12. Memberikan kesempatan untuk bertanya 13. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan		
	10.40	14. Menjelaskan pengertian hipertensi, penyebab, tanda gejala, dan makanan yang baik untuk dikonsumsi penderita hipertensi		
	13.20	Hasil: klien tampak mendengarkan dan memperhatikan materi yang diberikan. 15. Mengajarkan klien cara meringankan nyeri dengan teknik terapi nonfarmakologi rendam kaki menggunakan air hangat .		

SDKI	TGL/JAM	EVALUASI	PARAF
Nyeri akut	13 mei 2023 08.30	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala sudah berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi meringis menurun - Ekspresi gelisah menurun - N : 87 x/mnt - TD : 145/90 mmHg - RR 20 x/mnt - Skala nyeri 3 (sedang) <p>A: nyeri akut</p> <p>P: berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (terapi rendam kaki menggunakan air hangat) <p>E : Nyeri masih dirasakan</p> <p>R : lanjutkan intervensi</p>	Ismail
Resiko jatuh	13 mei 2023 08.30	<p>S:- klien mengatakan pusing ketika berjalan</p> <p>O: - Klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan penglihatannya buram - Kekuatan otot ekstremitas bagaian bawah 4/4 - Hasil tes resiko jatuh (+) <p>A: resiko jatuh</p> <p>P: modifikasi lingkungan</p> <p>I : - menganjurkan menyesuaikan pencahayaan di ruangan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memastikan lantai tidak licin <p>E : risiko jatuh belum teratasi</p> <p>R : lanjutkan intervensi</p>	Ismail

3.2 Pembahasan

3.2.1 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 (Wicaksono, 2019).

Pengkajian dilakukan pada tanggal 08 Mei 2023 di Graha Lansipanti perawat pada pasien Ny.i yang berusia 66 tahun dengan diagnosa medis Hipertensi. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 Mei 2023, klien mengatakan nyeri kepala, nyeri kepala bertambah apabila banyak beraktivitas seperti berjalan ke kamar mandi, dan berkurang apabila beristirahat dan duduk di tempat tidur, nyeri kepala seperti dihentakan ketempat yang keras, nyeri dirasakan dikepala dengan skala 5 (nyeri sedang), nyeri dirasakan hilang timbul. Pada teori yang tercantum dalam (Rokhaeni, 2013), manifestasi klinis ataupun tanda dan gejala yang dapat timbul pada penderita. Hipertensi yaitu seperti Peningkatan tekanan darah > 140/90 mmHg, Sakit kepala, Pusing/migraine, Rasa berat tengkuk, Penyempitan pembuluh darah, Sulit tidur, Lemah dan lelah.

Dari hasil pengkajian, didapatkan dimana tanda dan gejala yang dialami oleh klien terdapat kesamaan dengan tanda dan gejala yang ada dalam teori adalah (Nurarif & Kusuma 2022), yaitu diantaranya klien mengalami nyeri kepala.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu terhadap permasalahan kesehatan dalam proses penghidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan berupa interpretasi ilmiah atau data hasil pengkajian yang digunakan untuk menyusun rencana, melakukan implementasi, dan menjadi bahan evaluasi. Dalam menyusun diagnosa keperawatan yang tepat, dibutuhkan data berupa batasan karakteristik, berapa ukuran normal dari masalah tersebut, serta kemampuan dalam memahami penanganan masalah, berpikir kritis, dan membuat kesimpulan dari masalah.

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

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis pada

kasus Ny.I ada 3 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: Nyeri akut, Resiko jatuh, dan defisit pengetahuan. Diagnosa- diagnosa yang diangkat pada kasus yaitu berdasarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien, Dari delapan diagnosa yang ada pada teori penulis hanya mengangkat 3 diagnosa pada kasus dikarenakan dari hasil pengkajian yang telah dilakukan hanya menemukan permasalahan di 3 diagnosa tersebut.

Pada saat bersamaan dimana system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. (Nopidrawati, 2018). Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan pada umumnya meliputi tiga komponen yaitu komponen P (Problem), E (Etiologi) dan S (Symptom atau dikenal sebagai batasan karakteristik). Maka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yaitu sebagai berikut :

a. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia

b. Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 8 mei 2023 didapatkan klien mengatakan nyeri kepala , Klien tampak meringis, Klien tampak gelisah, N : 102 x/mnt, TD :160/90 mmHg, RR : 21 x/mnt, Skala nyeri 5 (sedang) sejalan dengan teori yang terdapat dalam (SDKI, 2017) Hipertensi adalah seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang ditunjukkan oleh angka systolic dan distolic pada pemeriksaan tensi darah. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan istirahat/tenang (Pudiastuti, 2019).

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

c. Resiko jatuh berhubungan dengan kesulitan gaya berjalan

Berdasarkan hasil pengkajia pada tanggal 08 mei 2023 didapatkan data berupa Klien mengatakan sempat jatuh di lantai WC Klien berjalan

dengan menggunakan alat bantu (tongkat), Klien mengatakan penglihatannya buram, Kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4-TUG (+) \geq 30 detik (SDKI, 2017) Dari data diatas penulis menemukan beberapa data yang termasuk data minor yaitu kekuatan otot menurun Hal ini sejalan dengan penelitian Nurarif & Kusuma (2015), yaitu Hipertensi yang berlangsung lama apabila tidak ditangani dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah di jantung. Kerusakan pada pembuluh darah jantung akan menyebabkan aliran darah menuju otot-otot jantung akan terhambat. Hal ini dapat meningkatkan resiko jatuh.

- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 08 mei 2023 didapatkan data klien, Klien mengatakan tidak tahu makanan yang baik untuk penderita tekanan darah tinggi, Klien tampak bingung ketika ditanya makanan yang baik untuk penderita hipertensi, Klien tidak mengetahui cara untuk mengurangi rasa nyeri

Penulis mengangkat diagnosa ini di karenakan data yang didapat terpacu pada diagnosa defisit pengetahuan dimana klien mengatakan tidak tau makanan yang bagi penderita darah tinggi hal ini sejalan dengan SDKI (2017) dimana data mayor yang terdapat pada diagnosa defisit pengetahuan adalah menanyakan masalah yang dihadapi. Walaupun di WOC tidak terdapat diagnosa defisit pengetahuan, tetapi hal ini penting untuk ditegakkan karena berhubungan juga dengan usia klien 66 tahun (lansia) dimana diagnosa ini penting untuk diangkat.

3.2.3 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 akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia

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

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor

efek samping penggunaan analgetik (SIKI, 2018).

b. Resiko jatuh berhubungan dengan kesulitan gaya berjalan

Intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang), Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Untuk Terapeutik : Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah untuk Edukasi : Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan yaitu Jatuh saat di kamar mandi menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Berdasarkan diagnose resiko syok (D.0039). maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan menggunakan intervensi utama yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan

untuk bertanya, Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Penentuan intervensi keperawatan dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan referensi dengan mempertimbangkan jenis intervensi/tindakan yang sesuai dengan kemampuan perawat, kondisi klien, penilaian efektivitas dan efisiensi keberhasilan mengatasi masalah klien. Terdapat beberapa intervensi yang penulis lakukan pada saat pemberian asuhan keperawatan untuk pemberian intervensi penulis hanya memberikan beberapa intervensi yang sifat menurunkan nyeri seperti terapi non farmakologi yaitu rendam kaki menggunakan air hangat dimana terapi ini adalah dengan menggunakan air hangat yang bersuhu 38-40°C selama 15 menit secara konduksi dimana terjadi perpindahan panas dari air hangat ke tubuh sehingga akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan dapat menurunkan ketegangan otot. Tujuan dari terapi ini adalah untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi edema, meningkatkan relaksasi otot, menenangkan jantung, mengendorkan otot-otot, menghilangkan stress, meringankan rasa sakit, meningkatkan permeabilitas kapiler, memberikan kehangatan pada tubuh sehingga saat bermanfaat untuk terapi penurunan tekanan darah pada kasus hipertensi.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan yaitu implementasi/pelaksanaan dari rencana

tindakan untuk mencapai kriteria hasil ataupun tujuan yang telah ditentukan. Dan penulis mampu mengimpelentasikan tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan kriteria hasil, kemudian implementasi yang diberikan berupa tindakan keperawatan sesuai intervensi yaitu diantaranya :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia

Pada diagnosa yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama manajemen nyeri yang telah ditentukan Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri dibagian kepala, nyeri kepala bertambah apabila banyak beraktivitas seperti berjalan ke kamar mandi, dan berkurang apabila berdiam dan duduk di tempat tidur, nyeri kepala seperti dihentakan ketempat yang keras, nyeri dirasakan di kepala dengan skala 5 (nyeri sedang), nyeri dirasakan hilang timbul. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : klien tampak meringis menahan sakit, klien tampak gelisah. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Hasil : klien mengatakan nyeri mengganggu aktivitas klien Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri: Terapi rendam kaki menggunakan air hangat. Memfasilitasi istirahat dan tidur Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri Hasil : klien mengatakan paham dengan informasi yang diberikan. Menganjurkan klien minum obat penurun TD secara rutin. Pemberian terapi rendam kaki menggunakan air hangat bisa

menurunkan tekanan darah hal ini sejalan dengan penelitian Ajeng Nurmaulina dan Hendiyanto(2021) disimpulkan bahwa pelaksanaan terapi rendam kaki diperoleh adanya penurunan tekanan darah sesudah dilakukan terapi satu kali selama tiga hari berturut-turut. Hasil yang didapatkan setelah melakukan terapi terdapat penurunan tekanan darah dari 150/100 mmHg menjadi 130/90 mmHg. Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan ada pengaruh yang signifikan dari pemberian terapi rendam kaki menggunakan air hangat terhadap penurunan tekanan darah. Terapi rendam kaki menggunakan air hangat diharapkan dapat digunakan sebagai terapi non-farmakologi bagi lansia dengan hipertensi.

b. Resiko Jatuh berhubungan dengan kesulitan gaya berjalan

Pada diagnosa kedua dirumuskan dalam perumusan masalah diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Hasil : usia klien 67 tahun, gangguan penglihatan, kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4, Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh Hasil : lantai kamar mandi dan kamar mandi licin, Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Hasil : klien sering melakukan aktivitas berpindah dari tempat tidur secara mandiri menggunakan alat bantu berjalan (tongkat), Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Hasil : klien dapat mengerti, Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

- c. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri

Pada diagnosa ketiga maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit hipertensi dan makanan yang baik untuk dikonsumsi penderita hipertensi, Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat, Sediakan materi mengenai hipertensi dan makanan yang harus dikonsumsi penderita hipertensi, Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan, Mengajarkan klien cara meringankan nyeri dengan teknik terapi nonfarmakologi rendam kaki menggunakan air hangat.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan (Santa, 2019).

Evaluasi disusun menggunakan format SOAP yaitu diantaranya :

S : Berupa perasaan ungkapan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif
O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif

A : Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif
P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis

Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan

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

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

3.2.6 Dokumentasi

Pada saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Ny.I penulis mendapatkan kesulitan tetapi dengan adanya teori dan berbagai artikel, jurnal penelitian sebelumnya serta bimbingan dari dosen pembimbing penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.I dengan diagnosa

Hipertensi di Panti Werdha ini dari tahap pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan , implementasi, evaluasi, serta menentukan EBP yang sesuai untuk mengatasi masalah utama pada klien.

3.2.7 Evidence based practice (EBP)

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.I dengan diagnose medis Hipertensi dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu Nyeri akut. Untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi rendam kaki menggunakan air hangat sebagai salah satu terapi untuk menurunkan tekanan darah. Hydrotherapy memberikan efek relaksasi, menurunkan rasa nyeri, meningkatkan kemampuan alat gerak. Terapi rendam kaki air hangat memberikan respon terhadap panas, melalui stimulasi yang mentransmisikan impuls dari perifer ke hipotalamus. Ketika reseptor panas di hipotalamus dirangsang, sistem efektor menghasilkan sinyal untuk memulai berkeringat dan vasodilatasi perifer. Perubahan ukuran pembuluh darah dimediasi oleh pusat vasomotor dari kanal meduler batang otak, yang di bawah pengaruh hipotalamus anterior, menyebabkan vasodilatasi. Adanya vasodilatasi mengakibatkan peningkatan aliran darah ke jaringan individu terutama yang meradang dan nyeri sehingga terjadi penurunan (Masi & Rottie, 2017).

Penulis melakukan implementasi rendam kaki menggunakan air hangat pada selama 3 hari dengan frekuensi satu kali sehari selama 10-15 menit, dilakukan dengan cara mengukur tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki , Jika kaki tampak kotor, bersihkan dan keringkan, Masukkan air hangat kedalam baskom dengan suhu 38-40 °C, Celupkan dan rendam kaki sampai mata

kaki biarkan selama 10 – 15 menit, jika suhu air turun maka tambahkan kembali , Setelah selesai angkat kaki lalu keringkan dengan handuk.

Berdasarkan hasil dari telaah 5 jurnal yang didapatkan oleh penulis telah terbukti hasilnya efektif bahwa ada pengaruh rendam kaki menggunakan air hangat terhadap penurunan hipertensi (Tri Putra Permana, 2020). Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Salmah Arifah (2019).

Hasil penelitian menggunakan uji Friedman diperoleh nilai $p=0,000 < \alpha=0,05$, maka ada pengaruh yang signifikan antara hasil pengukuran tekanan darah sistolik setelah rendam kaki menggunakan air hangat. Dan berdasarkan hasil uji Wilcoxon, ada pengaruh yang signifikan terhadap penurunan tekanan darah ($p\text{-value} = 0,000$). Dari hasil penelitian ini, rendam kaki dengan menggunakan air hangat sangat efektif menurunkan tekanan darah pada kasus hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Pattalassang Kab. Takalar. Hal ini juga berkaitan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hendyanto (2021) dengan hasil yang didapatkan setelah melakukan terapi terdapat penurunan tekanan darah dari 150/100 mmHg menjadi 130/90 mmHg. Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan ada pengaruh yang signifikan dari pemberian terapi rendam kaki menggunakan air hangat terhadap penurunan tekanan darah. Terapi rendam kaki menggunakan air hangat diharapkan dapat digunakan sebagai terapi non-farmakologi bagi lansia dengan hipertensi

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Ny. I dengan Hipertensi dari tanggal 08 – 13 Mei 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. I dengan Hipertensi di Wilayah Panti Werda Kabupaten Garut , secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny. I .
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Ny. I di Wilayah Kerja Panti Werda Kabupaten Garut, adapun diagnosa yang muncul pada Ny. I yaitu sebanyak 3 diagnosa keperawatan :
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan Vaskuler serebral dan iskemia.
 - b. Resiko jatuh berhubungan dengan kesulitan gaya berjalan
 - c. Defisit pengetahuan dibuktikan dengan kurang terpaparnya informasi
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. I dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Panti Werda Kabupaten Garut , 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. I dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Panti Werda Kabupaten Garut dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny.I dengan *Hipertensi di Wilayah Kerja Panti Werda Kabupaten Garut*, 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 mendokumentasikan hasil dari Asuhan Keperawatan pada Ny. I dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Panti Werda Kabupaten Garut, di mulai dari pengkajian, diagnosa, intrvensi, implementasi dan evaluasi.
7. Penulis mampu menganalisa *Evidence Based Practice* tentang salah satu diagnosa keperawatan yaitu Nyeri Akut dengan terapi *Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat*.

4.2 Saran

4.2.1 Panti Werda

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang Hipertensi di Panti Werda, dan dapat menerapkan terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat sebagai salah satu penanganan penyakit hipertensi .

4.2.2 Instansi Perguruan Tinggi

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

4.2.3 Mahasiswa Peneliti

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya peneliti selanjutnya agar dapat mengaplikasikan terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat pada pasien *hipertertensi*.



DAFTAR PUSTAKA



- Poltekkes-Solo*. (2017, July). Retrieved July 20, 2023, from https://adminlib.poltekkes-solo.ac.id/download.php?task=download&folder=dl_file&subfolder=penelitian&file=repo_file_111707_20210803_112435.pdf
- Open Data Jabar*. (2021). Retrieved July 20, 2023, from DISKES: <https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-penderita-hipertensi-berusia--15-tahun-berdasarkan-kabupatenkota-di-jawa-barat>
- Ajeng Anisa Putri, L. S. (2023). PENERAPAN RENDAM KAKI AIR HANGAT TERHADAP TEKANAN DARAH PADA PASIEN HIPERTENSI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS RAWAT INAP BANJARSARI KOTA METRO. *Cendikia Muda*, 24-29.
- Alifia Nabila, Y. A. (2022). SELF MANAGEMENT PENDERITA HIPERTENSI. *JIM FKep*, 88-90.
- Augin, A. I. (2022). Penurunan tekanan darah pasien hipertensi menggunakan rendam kaki air hangat dengan campuran garam dan serai. *Ners Muda*, 194-200.
- Berta Afriani, R. C. (2023). ANALISIS KEJADIAN HIPERTENSI PADA LANSIA. *Gawat Darurat*, 2-5.
- Elny Lorensi Silalahi, Y. (2022). SOSIALISASI TERAPI RENDAM KAKI DENGAN AIR HANGAT UNTUK MENURUNKAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA . *PKM-CSR*, 1-7.
- Loke, K. B. (2023). PENGARUH RENDAM KAKI AIR HANGAT DENGAN CAMPURAN GARAM. 1-3.
- Nasution, Y. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER: HIPERTENSI DENGAN TERAPI PEMBERIAN LABU SIAM*. PADANGSIDIMPUAN: UNIVERSITAS AUFA ROYHAN.
- Rezeki, N. S. (2023). *ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN HIPERTENSI PADA NY.I DENGAN RENDAM KAKI MENGGUNAKAN AIR HANGAT DI RUANG CEMPAKA GRIYA LANSIA KABUPATEN GARUT*. Garut: STIKes Karsa Husada Garut.

- Ricky Zainuddin, E. H. (2022). Efektivitas Terapi Zikir Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 256-259.
- Sari, L. N. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S DENGAN DIAGNOSIS HIPERTENSI DI UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN SURABAYA*. SURABAYA: SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH.
- SUPUTRA, I. P. (2020). *ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA KLIEN Ny. A DENGAN HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS 1 DENPASAR SELATAN*. BALI: INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI.
- Suryana, A. A. (2022). *PENGARUH INTERVENSI RENDAM KAKI AIR HANGAT TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH PADA PRA LANSIA DENGAN HIPERTENSI*. Bandung: UPI Repository.

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : ISMAIL MAULANA IBRAHIM, S.Kep
NIM : KHGD22092
Pembimbing : Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep
Judul : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN
HIPERTENSI DAN INTERVENSI PADA NY. I DENGAN
RENDAM KAKI AIR HANGAT DIWILAYAH KERJA
PANTI WERDA KABUPATEN GARUT

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf Pembimbing
1				
2				

3				
4				
5				