

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN HIPERTENSI
PADA NY.E (KATZ INDEX A) DENGAN RENDAM KAKI
MENGUNAKAN AIR HANGAT DI RUANG BUOGENVILE GRIYA
LANSIA 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

DISUSUN OLEH :

SILVI SRI WAHYUNI, S.Kep.

KHGD23007



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

TAHUN 2024

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi
Pada Ny.E (*Katz Index A*) Dengan Rendam Kaki
Menggunakan Air Hangat Di Ruang Bougenvile Griya
Lansia Kabupaten Garut

NAMA : Silvi Sri Wahyuni

NIM : KHGD23007

Garut, 30 Juli 2024

Mengetahui,

Pembimbing



Tantri Puspita, S.Kep.,Ns.,MNS.

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi
Pada Ny.E (*Katz Index A*) Dengan Rendam Kaki
Menggunakan Air Hangat Di Ruang Bougenvile Griya
Lansia Kabupaten Garut

NAMA : Silvi Sri Wahyuni

N I M : KHGD23007

Garut, 30 Juli 2024

Mengetahui,

Pembimbing



Tantri Puspita,S.Kep.,Ns.,MNS.

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN SIDANG

JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi
Pada Ny.E (*Katz Index A*) Dengan Rendam Kaki
Menggunakan Air Hangat Di Ruang Bougenvile Griya
Lansia Kabupaten Garut

NAMA : Silvi Sri Wahyuni

N I M : KHGD23007

Menyatakan bahwa mahasiswa di atas telah melaksanakan perbaikan
sidang akhir Karya Ilmiah Akhir

Garut, Agustus 2024

Mengetahui,

Pembimbing

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

Penguji I

Penguji II

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

(Rudi Alfiansah, S.Kep., M.Pd)

**Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, 29 Juli 2024**

Silvi Sri Wahyuni,S.Kep¹), Tantri Puspita,S.Kep.,Ns,MNS²)

- 1) Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut
- 2) Dosen STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRAK

Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Pada Ny. E (*Katz Index A*) Dengan Hipertensi dan Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Di Ruang Bougenvile Griya Lansia Kabupaten Garut

Latar Belakang : Kualitas hidup penderita hipertensi yang buruk akan mengakibatkan komplikasi penyakit lain seperti stroke, gagal ginjal, infark miokard bahkan terjadinya kerusakan otak. Nyeri merupakan gejala yang muncul akibat tekanan darah tinggi, salah satu terapi non farmakologis yang dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah dan menurunkan nyeri secara langsung dan tekanan darah secara tidak langsung adalah *Hydrotherapy*. **Tujuan :** Studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai penerapan Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Nyeri kepala pada lansia. **Metode :** Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medis. Partisipan dalam penelitian ini adalah lansia penderita hipertensi dan tekanan darah diukur oleh Sphygmomanometer. **Hasil :** berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan kepada Ny.E didapatkan hasil bahwa tekanan darah klien dapat teratasi dengan melakukan rendam kaki menggunakan air hangat untuk menurunkan tekanan darah, tekanan darah awal klien yaitu 177/116 mmHg dan turun menjadi 140/90 mmHg. Pemberian *hydrotherapy* dilakukan selama 3 hari pemberian dalam 1 hari 1 kali dengan durasi 20 menit. **Kesimpulan :** Berdasarkan analisis kasus dari artikel didapatkan *Hydrotherapy* efektif dalam menurunkan nyeri dan tekanan darah pada penderita hipertensi.

Kata Kunci : Hipertensi, Rendam Kaki

**Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, 29 Juli 2024**

Silvi Sri Wahyuni,S.Kep¹), Tantri Puspita,S.Kep.,Ns,MNS²)

- 1) Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut
- 2) Dosen STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRACT

*Analysis of Elderly Nursing Care in Mrs. E With Hypertension (Katz Index A) and
Foot Soak Using Warm Water in the Bougenvile Room Griya Elderly, Garut
Regency*

Background: *The poor quality of life of hypertensive patients will result in complications from other diseases such as stroke, kidney failure, myocardial infarction and even brain damage. Pain is a symptom that arises due to high blood pressure, one of the non-pharmacological therapies that can be used to lower blood pressure and reduce pain directly and blood pressure indirectly is Hydrotherapy.*

Purpose: *This case study aims to determine the effectiveness of foot soaks using warm water to reduce blood pressure in hypertensive patients. **Method :** The method used is a descriptive case study by taking anamnesis, observation, physical examination and medical records. The participants in this study were hypertension sufferers and blood pressure was measured by a sphygmomanometer. **Results:** based on the results of the study conducted on Mrs.E, it was found that the client's blood pressure can be overcome by soaking the feet in warm water to lower blood pressure, the client's initial blood pressure is 177/116 mmHg and drops to 140/90 mmHg. Provision of Hydrotherapy is carried out for 3 days of administration in 1 day 1 time with a duration of 20 minutes. **Conclusion:** Based on the case analysis from the article, it was found that Hydrotherapy is effective in reducing blood pressure in hypertensive patients.*

Keywords: *Hypertension, Foot Soak*

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini yang berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi Pada Ny.E Dengan Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Di Ruang Bougenvile Griya Lansia Kabupaten Garut” Penulis menyadari selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ini banyak sekali kesulitan, hambatan, kendala serta tidak lepas dari dukungan, saran dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan kali ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada semua pihak yang terlibat dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA selaku Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M. Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut dan pembimbing.
4. Penghargaan terbesar kepada suami, anak, orang tua dan mertua tercinta yang selalu memberikan dukungan moril, materil dan doa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Teman seperjuangan dan Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan

satupersatu yang telah memberikan support, do'a dan membantu dalam menyusun karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari dalam penulisan karya ilmiah akhir ini masih banyak kekurangan namun penulis berharap semoga karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat bagi pihak yang membacanya.

Garut, 30 Juli 2024

Silvi Sri Wahyuni

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN SIDANG.....	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.3 Manfaat Penulisan	6
BAB II.....	7
TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Penyakit.....	7
2.1.1 Definisi Hipertensi.....	7
2.1.2 Etiologi dan Faktor Resiko Hipertensi	8
2.1.3 Klasifikasi Hipertensi	11
2.1.4 Manifestasi Klinis Hipertensi	11
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang.....	12
2.1.6 Patofisiologi.....	12
2.1.7 Penatalaksanaan Hipertensi	16
2.1.9 Komplikasi.....	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi.....	21
2.2.1 Pengkajian.....	21
2.2.1 Analisa Data	34
2.2.2 Diagnosis Keperawatan	35
2.2.3 Intervensi Keperawatan	36
2.2.2 Implementasi Keperawata	42
2.2.3 Evaluasi Keperawatan	43
2.3 Konsep <i>Hydrotherapy</i> /Rendam Kaki Air Hangat.....	44

Tabel 2.7 <i>Evidence Based Practice</i>	47
BAB III.....	52
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	52
3.1 Tinjauan Kasus	52
3.2 Pembahasan	87
BAB IV	108
PENUTUP	108
4.1 KESIMPULAN	108
4.2 SARAN.....	109
DAFTAR PUSTAKA.....	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Pengkajian Status Fungsional (KATZ Indeks)	28
Tabel 2. 2 Pengkajian Status Kognitif SPMSQ	29
Tabel 2. 3 Pengkajian <i>Mini Mental State Exam</i> (MMSE)	30
Tabel 2. 4 Pengkajian <i>Geriatric Depression Scale</i>	30
Tabel 2. 5 Pengkajian <i>Morse Fall Scale</i>	31
Tabel 2. 6 Intervensi Keperawatan.....	36
<u>Tabel 2. 7 <i>Evidence Based Practice (EBP)</i>.....</u>	<u>47</u>
Tabel 3. 1 Nutrisi metabolik	55
Tabel 3. 2 Pola Eliminasi	55
Tabel 3. 3 Pola Aktivitas Sehari-hari	56
Tabel 3. 4 <i>Personal Hygiene</i>	57
Tabel 3. 5 Pola Istirahat Tidur.....	58
Tabel 3. 6 Apgar Keluarga	63
Tabel 3. 7 Pengkajian Fungsi Kognitif	64
Tabel 3. 8 Pengkajian <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	65
Tabel 3. 9 Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kemandirian Katz).....	67
Tabel 3. 10 <i>Screening Faal Fungcional Reach (FR) Test</i>	69
Tabel 3. 11 <i>The Time Up and Go (TUG) Test</i>	70
Tabel 3. 12 <i>Geriatric Depression Scale</i> (Skala Depresi).....	70
Tabel 3. 13 Analisa Data.....	72
Tabel 3. 14 Intervensi Keperawatan/Nursing Care Planning.....	75
Tabel 3. 15 Implementasi Keperawatan.....	77

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada lanjut usia terjadi kemunduran fungsi tubuh dimana salah satunya adalah kemunduran fungsi kerja pembuluh darah. Penyakit yang sering dijumpai pada golongan lansia yang disebabkan karena kemunduran fungsi kerja pembuluh darah yaitu salah satunya hipertensi atau tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi merupakan salah satu penyakit degenerative yang mempunyai tingkat morbiditas dan mortalitas tinggi. Tekanan darah tinggi merupakan suatu penyakit akibat meningkatnya tekanan darah arterial sistemik baik sistolik maupun diastolik (Arlita, 2014).

Seiring berjalannya waktu dan perkembangan zaman, pada saat ini kasus hipertensi di dunia terutama di Indonesia terus meningkat. Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyebab kematian dan kesakitan yang tertinggi, penyakit hipertensi bisa menyebabkan komplikasi, obat-obatan efektif banyak tersedia namun angka penderita tetap meningkat. Gaya hidup gemar makan *fast food* yang kaya lemak, asin, malas berolahraga dan mudah tertekan ikut berperan dalam menambah jumlah pasien hipertensi (Paduastuti, 2015).

Hipertensi adalah suatu keadaan di mana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (mordibitas) dan angka kematian (mortalitas). Hipertensi seringkali disebut sebagai *the silent killer*. Proses penyakit ini sangat perlahan dan bahkan hipertensi bisa tidak menunjukkan gejala sampai terjadinya

kerusakan organ seperti stroke atau serangan jantung (Kemenkes RI, 2014). Menurut *American Heart Association* atau AHA dalam Kemenkes (2018), hipertensi mempunyai gejala yang sangat bermacam-macam pada setiap individu dan hampir sama dengan penyakit lain. Gejala-gejala tersebut adalah sakit kepala atau rasa berat ditengok, vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging atau tinnitus dan mimisan.

Hipertensi merupakan faktor resiko penyakit kardiovaskuler aterosklerosis, gagal jantung, stroke dan gagal ginjal ditandai dengan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg, berdasarkan pada dua kali pengukuran atau lebih (Smeltzer, dkk, 2015). Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah tinggi persisten dimana tekanan sistoliknyanya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknyanya diatas 90 mmHg. Pada populasi manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Brunner & Suddarth, 2016).

Kasus hipertensi sangat sering dijumpai diberbagai belahan dunia. Asia Tenggara berada diposisi ke-3 tertinggi dengan prevalensi sebesar 25% terhadap total penduduk (WHO, 2019). Angka prevalensi hipertensi pada penduduk >18 tahun berdasarkan pengukuran secara nasional sebesar 34,11% (Riskesdas, 2018). Prevalensi hipertensi tahun 2020 diperoleh dari data riskesdas tahun 2018 dimana angka prevalensi provinsi Jawa Barat meningkat dari 34,11% menjasdi 39,6% (DinKes Jabar, 2016). Penyakit hipertensi menempati dari 10 kasus penyakit terbanyak sekitar 147.442 jiwa di Garut pada tahun 2021 (Badan Pusat Statistik Kabupaten Garut, 2021).

Penderita hipertensi di wilayah kerja Griya Lansia Kabupaten Garut sebanyak 98% sehingga kualitas hidup penderita hipertensi menjadi buruk yang kemungkinan mengakibatkan komplikasi penyakit lain seperti *stroke*, gagal ginjal, infark miokard bahkan terjadinya kerusakan otak. Menurunkan tekanan darah dengan cara nofarmakologi seperti *Hydrotherapy* mampu di implementasikan oleh lansia secara mandiri dengan mudah.

Peran perawat dalam penanganan hipertensi pada lansia dapat dilakukan dengan pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier. Pencegahan primer merupakan pencegahan yang terjadi sebelum sakit. Kegiatan pada tahap ini berupa perlindungan khusus (*specific protection*) dan promosi kesehatan seperti pemberian pendidikan kesehatan, kebersihan dini, olahraga, imunisasi, dan perubahan gaya hidup. Pencegahan sekunder pencegahan untuk masyarakat yang masih dalam keadaan sakit dengan melakukan deteksi dini dan melakukan penanganan yang tepat. Pencegahan tersier yaitu pencegahan terhadap masyarakat yang sudah sembuh dari sakit, dengan tujuan mencegah komplikasi serta meminimalkan ketunadayaan dan memaksimalkan fungsi melalui *rehabilitation* (Nasrul & Noor, 2021).

Tanda dan gejala akibat hipertensi yaitu dapat berupa sakit kepala, gelisah, jantung berdebar, penglihatan kabur, rasa sakit di dada, mudah lelah dan pusing. Penderita hipertensi biasanya cenderung mengalami gejala yang paling umum dijumpai yaitu sakit kepala/pusing (Melani & Beba, 2021). Nyeri kepala/pusing yang ditimbulkan pada penderita hipertensi yaitu karena terjadi penyempitan pembuluh darah (vasokonstriksi) sehingga aliran darah ke perifer

dan otak mengalami penurunan yang dapat menimbulkan sakit kepala.

Oleh karena itu, salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk menurunkan nyeri/sakit kepala akibat dari gejala hipertensi yang ditimbulkan yaitu dengan *hydrotheraphy*. Penelitian tersebut ada hubungan dengan hasil penelitian yang dilakukan alverarendo *et. al.*,(2021) mengungkapkan bahwa, setelah dilakukan pemberian terapi didapatkan skala nyeri dan tekanan darah klien mengalami penurunan nyeri dari 4 menjadi 1 dan penurunan tekanan darah dari 160/100 mmHg menjadi 130/90 mmHg.

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).

Hydrotherapy adalah penggunaan air untuk menyembuhkan dan meringankan berbagai keluhan. Terapi rendam kaki air hangat memberikan respon terhadap panas, melalui stimulasi yang mentransmisikan impuls dari perifer ke hipotalamus (Setyoadi dan Kusharyadi, 2017). 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). Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi Pada Ny. E Dengan Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Di Ruang Bougenvil Griya Lansia Kabupaten Garut” dalam bentuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) bertujuan untuk menganalisa kasus kelolaan pada pasien dengan intervensi rendam kaki menggunakan air hangat terhadap penurunan tekanan darah di Ruang Bougenvil Griya Lansia Kabupaten Garut

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. E dengan Hipertensi Di Griya Lansia
2. Penulis mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada Ny. E dengan Hipertensi Di Griya Lansia
3. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny. E dengan Hipertensi Di Griya Lansia
4. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny. E dengan Hipertensi Di Griya Lansia
5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. E dengan hipertensi Di Griya Lansia

6. Penulis mampu menganalisa Asuhan Keperawatan pada Ny. E dengan *evidence based practice* rendam kaki menggunakan air hangat.
7. Penulis mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada Ny. E di Griya Lansia.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teoritis

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi ilmu pengetahuan dan informasi bagi keperawatan tentang asuhan keperawatan hipertensi dengan pemberian *Hydrotherapy* dan hasil studi kasus ini juga bisa dijadikan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya.

1.3.2 Manfaat Praktis

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan bisa memberikan referensi dan masukan bagi pelayanan keperawatan sebagai salah satu alternatif pengobatan hipertensi karena bisa meminimalisir penggunaan obat-obatan kimia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala kardiovaskuler yang progresif sebagai akibat dari kondisi lain yang kompleks dan saling berhubungan (*American Society of Hypertension*, dalam Rahmatika, 2021). Hipertensi atau yang biasa disebut tekanan darah tinggi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik di atas batas normal yaitu lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg (WHO, 2015). Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah makin besar resikonya (Price, 2015).

Penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah salah satu jenis penyakit yang mematikan di dunia dan faktor risiko paling utama terjadinya hipertensi yaitu faktor usia sehingga tidak heran penyakit hipertensi sering dijumpai pada usia senja/ usia lanjut (Fauzi, 2014).

Berdasarkan pengertian dari beberapa sumber maka dapat disimpulkan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu faktor resiko penyakit kardiovaskuler dengan tekanan darah sistolik lebih dari 140

mmHg dan tekanan darah diastolik 90 mmHg. Faktor risiko paling utama terjadinya hipertensi yaitu faktor usia sehingga tidak heran jika penderita hipertensi yaitu rata-rata usia senja/lansia.

2.1.2 Etiologi dan Faktor Resiko Hipertensi

a. Etiologi

1) Hipertensi Primer (esensial)

Hipertensi Primer (esensial) disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhinya yaitu genetik, lingkungan, hiperaktivitas saraf simpatis sistem renin angiotensin dan peningkatan Na + Ca intraseluler. Faktor-faktor yang meningkatkan resiko yaitu obesitas, merokok, alkohol dan polisitemia.

2) Hipertensi Sekunder

Penyebab hipertensi sekunder yaitu penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

b. Faktor resiko

1) Faktor resiko yang bisa dirubah

a) Lingkungan (stres)

Faktor lingkungan seperti stres juga memiliki pengaruh terhadap hipertensi. Hubungan antara stres dengan hipertensi melalui saraf simpatis, dengan adanya peningkatan aktivitas saraf simpatis

akan meningkatkan tekanan darah secara intermitten (Triyanto, 2014).

b) Obesitas

Faktor lain yang dapat menyebabkan hipertensi adalah kegemukan atau obesitas. Penderita obesitas dengan hipertensi memiliki daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan penderita yang memiliki berat badan normal (Triyanto, 2014).

c) Rokok

Kandungan rokok yaitu nikotin, nikotin dapat menstimulus pelepasan katekolamin. Katekolamin yang mengalami peningkatan dapat menyebabkan peningkatan denyut jantung, iritabilitas miokardial serta terjadi vasokonstriksi yang dapat meningkatkan tekanan darah (Adriansyah, 2012).

d) Kopi

Substansi yang terkandung dalam kopi adalah kafein. Kafein sebagai anti-adenosine (adenosine berperan untuk mengurangi kontraksi otot jantung dan relaksasi pembuluh darah sehingga menyebabkan tekanan darah turun dan memberi efek rileks) menghambat reseptor untuk berikatan dengan adenosin sehingga menstimulus sistem saraf simpatis dan menyebabkan pembuluh darah mengalami konstriksi disusul dengan terjadinya peningkatan tekanan darah (Blush, 2014).

2) Faktor risiko yang tidak bisa dirubah

a) Genetik

Penderita hipertensi esensial sekitar 70-80% lebih banyak pada kembar monozigot (satu telur) dari pada heterozigot (beda telur). Riwayat keluarga yang menderita hipertensi juga menjadi pemicu seseorang menderita hipertensi, oleh karena itu hipertensi disebut penyakit turunan (Triyanto, 2014).

b) Ras

Orang berkulit hitam memiliki resiko lebih besar untuk menderita hipertensi primer ketika predisposisi kadar renin plasma yang rendah mengurangi kemampuan ginjal untuk mengekskresikan kadar natrium yang berlebih (Kowalak, Weish & Mayer, 2016).

c) Usia

Faktor usia merupakan salah satu faktor risiko yang berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya usia maka semakin tinggi pula resiko menderita hipertensi. Insiden hipertensi meningkat seiring dengan bertambahnya usia, hal ini disebabkan oleh perubahan alamiah dalam tubuh yang mempengaruhi pembuluh darah, hormon serta jantung (Triyanto, 2014).

2.1.3 Klasifikasi Hipertensi

2.2 Tabel Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan darah sistolik	Tekanan darah diastolic
Normal	<120 mmHg	<80 mmHg
Prehipertensi	120-139 mmHg	80-89 mmHg
Hipertensi stadium I	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi stadium II	>160 mmHg	>100mmHg

2.1.4 Manifestasi Klinis Hipertensi

Pada pemeriksaan fisik akan didapatkan hasil tidak ada abnormalitas yang didapat selain tekanan darah tinggi. Pada kasus hipertensi berat akan ditemukan perubahan pada retina disertai adanya hemoragi, penyempitan arterioli, eksudat (Brunner & Suddarth, 2015). Gejala biasanya mengidentifikasi kerusakan vaskuler yang terdapat hubungannya dengan sistem organ yang dialirkan ke pembuluh darah yang terganggu (Brunner & Suddarth, 2015).

Tanda & gejala yang biasanya muncul menurut (Pudiastuti, 2016), yaitu :

- a. Penglihatan kabur karena kerusakan retina
- b. Nyeri pada kepala
- c. Mual dan muntah akibat meningkatnya tekanan intracranial
- d. Edema dependent
- e. Adanya pembengkakan karena meningkatnya tekanan kapiler

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

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

b. EKG

- 1) Hipertrofi ventrikel kiri
- 2) Iskemia atau infark miocard
- 3) Peninggian gelombang P

c. Foto Rontgen

- 1) Bentuk dan besar jantung Noothing dari iga pada koarktasi aorta.
- 2) Pembendungan, lebar paru
- 3) Hipertrofi parenkim ginjal (Aspiani, 2016).

2.1.6 Patofisiologi

Berbagai teori yang menjelaskan tentang terjadinya hipertensi, teori-teori tersebut antara lain (Kowalak, 2016):

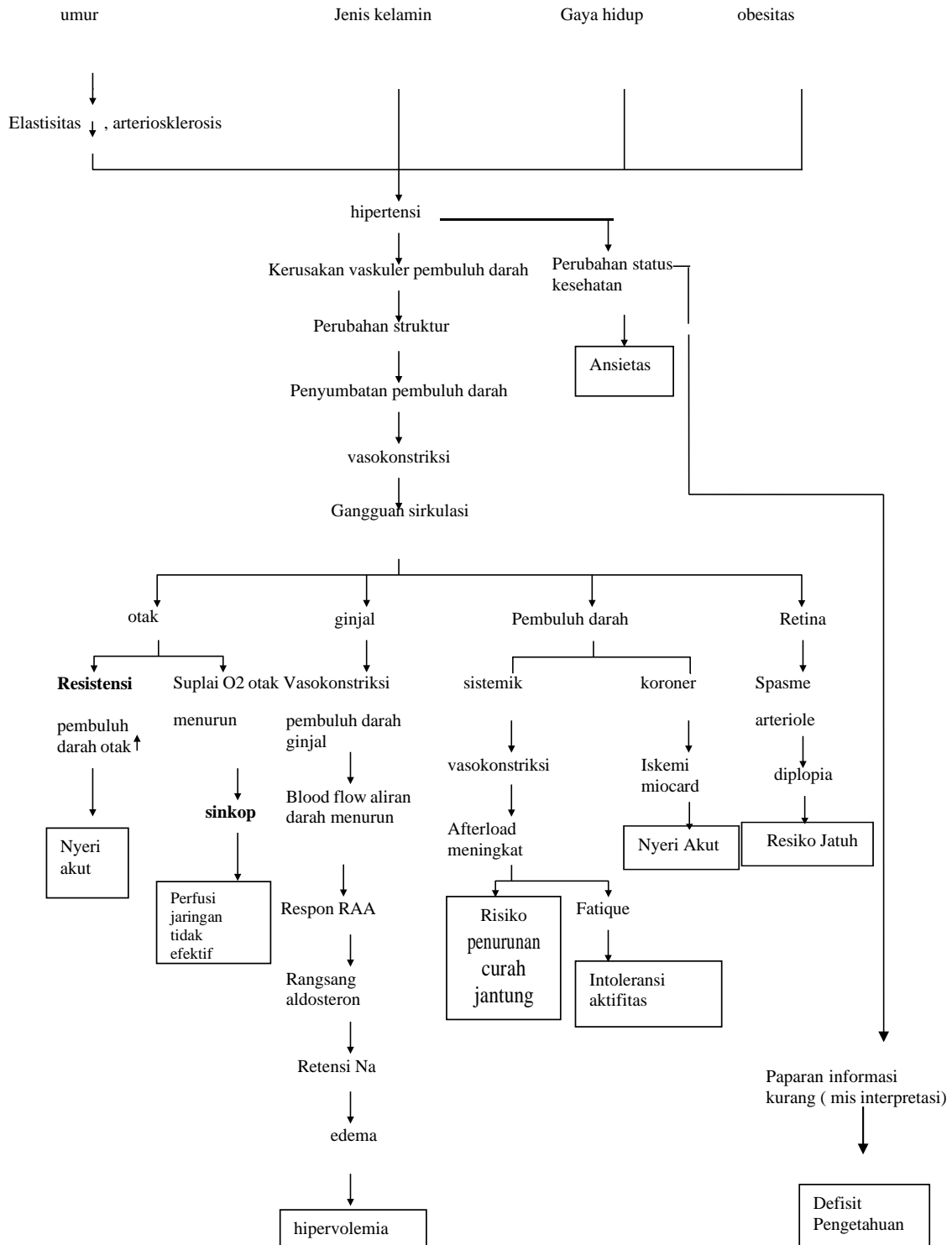
1. Perubahan yang terjadi pada bantalan dinding pembuluh darah arteri yang

mengakibatkan retensi perifer meningkat.

2. Terjadi peningkatan tonus pada sistem saraf simpatik yang abnormal dan berasal dalam pusat vasomotor, dapat mengakibatkan peningkatan retensi perifer.
3. Bertambahnya volume darah yang disebabkan oleh disfungsi renal atau hormonal.
4. Peningkatan penebalan dinding arteriol akibat faktor genetik yang disebabkan oleh retensi vaskuler perifer.
5. Pelepasan renin yang abnormal sehingga membentuk angiotensin II yang menimbulkan konstriksi arteriol dan meningkatkan volume darah.

Tekanan darah yang meningkat secara terus-menerus pada pasien hipertensi dapat menyebabkan beban kerja jantung akan meningkat. Hal ini terjadi karena peningkatan resistensi terhadap ejeksi ventrikel kiri. Agar kekuatan kontraksi jantung meningkat, ventrikel kiri mengalami hipertrofi sehingga kebutuhan oksigen dan beban kerja jantung juga meningkat. Dilatasi dan kegagalan jantung bisa terjadi, jika hipertrofi tidak dapat mempertahankan curah jantung yang memadai. Karena hipertensi memicu aterosklerosis arteri koronaria, maka jantung bisa mengalami gangguan lebih lanjut akibat aliran darah yang menurun menuju ke miokardium, sehingga timbul angina pekrotis atau infark niokard. Hipertensi juga mengakibatkan kerusakan pada pembuluh darah yang semakin mempercepat proses ateroklerosis dan kerusakan organ-organ vital seperti stroke, gagal ginjal, aneurisme dan cedera retina (Kowalah,2016)

Bagan 2.1 Pathway Hipertensi



2.1.7 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi meliputi terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Terapi farmakologi dapat diberikan berupa obat-obatan kimia antihipertensi tunggal maupun kombinasi. Terapi non farmakologi berupa modifikasi gaya hidup meliputi pola diet, aktivitas fisik, larangan merokok, pembatasan konsumsi alkohol, herbal dan juga terapi.

a. Farmakologi

1) Diuretik

Diuretik adalah obat anti hipertensi yang efeknya mempengaruhi ginjal dengan memperlancar urin untuk meningkatkan ekskresi natrium, klorida dan air yang ada didalam tubuh sehingga mengurangi volume plasma dan cairan ekstra sel. Dengan demikian maka tekanan darah akan turun akibat berkurangnya curah jantung dan resistensi perifer berkurang serta diikuti oleh vasodilatasi perifer dan berkurangnya volume cairan interstitial yang mengakibatkan berkurangnya kekakuan dinding pembuluh darah dan bertambahnya daya lentur vaskular (Dekker, 2016 ; Ganiswara, 2015).

2) Penghambat adrenergic

Mekanisme kerja obat ini sebagai antihipertensi yaitu dengan cara mengurangi kegiatan memompa dari otot jantung dan mengurangi denyut jantung serta kontraktilitas miokard sehingga menyebabkan curah jantung berkurang dan menurunkan jumlah darah yang dikeluarkan

jantung maka dengan demikian darah yang dialirkan melalui pembuluh darah ke seluruh tubuh akan berkurang dan mengakibatkan tekanan darah menurun (Giniswara, 2015).

3) Vasodilator

Obat untuk memperlebar pembuluh darah (vasodilator) dapat menurunkan tekanan darah secara langsung dengan mempengaruhi pembuluh darah untuk melebar dengan cara merelaksasikan otot-otot sehingga menurunkan resistensi perifer dan juga yang secara tidak langsung dengan merangsang kegiatan otak atau mempengaruhi jaringan saraf untuk menurunkan tekanan darah (Ganiswara, 2015).

4) Penghambat enzim konversi angiotensin

Cara kerja obat ini mengurangi pembentukan angiotensin sehingga terjadi vasodilatasi dan penurunan sekresi hormon yang menyebabkan terjadinya sekresi natrium dan air serta retensi kalium sehingga menyebabkan penurunan tekanan darah (Ganiswara, 2015).

5) Antagonis kalsium

Obat ini bekerja dengan cara menghambat kalsium untuk masuk ke dalam sel jantung dan dinding pembuluh darah. Cara kerja ini akan memudahkan jantung untuk memompa darah dan melebarkan pembuluh darah. Akibatnya, akan terjadi penurunan tekanan darah (Bartlett & Walker, 2019).

b. Non Farmakologi

1) Penurunan berat badan

Target penurunan berat badan perlahan, hingga mencapai berat badan ideal dengan cara terapi nutrisi medis dan peningkatan aktivitas fisik dengan latihan jasmani.

2) Mengurangi asupan garam

Garam sering digunakan sebagai bumbu masak serta terkandung dalam makanan kaleng maupun makanan cepat saji. Diet tinggi garam akan meningkatkan retensi cairan tubuh. Asupan garam sebaiknya tidak melebihi 2 gr/ hari.

3) Diet

Diet DASH merupakan salah satu diet yang direkomendasikan. Diet ini pada intinya mengandung makanan kaya sayur dan buah, serta produk rendah lemak (*Whelton, 2017*). Pemerintah merekomendasikan diet hipertensi berupa pembatasan pemakaian garam dapur $\frac{1}{2}$ sendok teh per hari dan penggunaan bahan makanan yang mengandung natrium seperti soda kue. Makanan yang dihindari yakni otak, ginjal, paru, jantung, daging kambing, makanan yang diolah menggunakan garam natrium (crackers, kue, kerupuk, kripik dan makanan kering yang asin), makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, kornet, buah-buahan dalam kaleng), makanan yang diawetkan, mentega dan keju, bumbu-bumbu tertentu (kecap asin, terasi, petis, garam, saus tomat, saus sambal, tauco

dan bumbu penyedap lainnya) serta makanan yang mengandung alkohol (durian, tape).

4) Olahraga

Rekomendasi terkait olahraga yakni olahraga secara teratur sebanyak 30 menit/hari, minimal 3 hari/ minggu.

5) Mengurangi konsumsi alkohol

Pembatasan konsumsi alkohol tidak lebih dari 2 gelas/hari pada pria dan 1 gelas/hari pada wanita dapat menurunkan hipertensi (*Whelton, 2017*).

6) Berhenti merokok

Merokok termasuk faktor risiko penyakit kardiovaskular. Oleh karena itu penderita hipertensi dianjurkan untuk berhenti merokok demi menurunkan risiko komplikasi penyakit kardiovaskular.

7) Terapi Komplementer

8) Herbal

Tanaman herbal memiliki kelebihan dalam pengobatan hipertensi karena umumnya tanaman herbal memiliki fungsi selain mengobati hipertensi juga mengobati penyakit komplikasi sebagai akibat tekanan darah tinggi dan mempunyai efek samping yang sangat kecil (*Xingjiang et.al., 2017*).

2.1.9 Komplikasi

Menurut Ardiansyah. (2017), komplikasi dari hipertensi adalah :

1. Stroke

Stroke akibat dari pecahnya pembuluh yang ada di dalam otak atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh otak. Stroke bisa terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan pembuluh darah sehingga aliran darah pada area tersebut berkurang. Arteri yang mengalami aterosklerosis dapat melemah dan meningkatkan terbentuknya aneurisma.

2. Infark Miokardium

Infark miokardium terjadi saat arteri koroner mengalami arterosklerotik tidak pada menyuplai cukup oksigen ke miokardium apabila terbentuk thrombus yang dapat menghambat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Karena terjadi hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel maka kebutuhan oksigen miokardium tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark.

3. Gagal Ginjal

Kerusakan pada ginjal disebabkan oleh tingginya tekanan pada kapiler-kapiler glomerulus. Rusaknya glomerulus membuat darah mengalir ke unit fungsional ginjal, neuron terganggu, dan berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya glomerulus menyebabkan protein keluar melalui urine dan terjadilah tekanan osmotik koloid plasma berkurang sehingga terjadi edema pada penderita hipertensi kronik.

4. Ensefalopati

Ensefalopati (kerusakan otak) terjadi pada hipertensi maligna (hipertensi yang mengalami kenaikan darah dengan cepat). Tekanan yang

tinggi disebabkan oleh kelainan yang membuat peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium diseluruh susunan saraf pusat. Akibatnya neuro-neuro disekitarnya terjadi koma dan kematian.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi

2.2.1 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, 2015). Menurut Mubarak (2016) jika lansia mengatakan nyeri, dapat dikaji dengan pengkajian PQRST sebagai berikut:

Provoking (pemicu) yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri hipertensi yaitu kelelahan/kecapekan.

Quality (kualitas) kualitas nyeri hipertensi berupa nyeri tajam/nyeri tertusuk-tusuk

Region (daerah) daerah nyeri karena hipertensi terdapat pada kepala bagian belakang, leher dan pundak.

Severity (skala) skala nyeri hipertensi tergantung pada pasien menunjuk skala nyeri.

Time (waktu) seberapa lama nyeri berlangsung, nyeri hipertensi berupa nyeri hilang timbul dan kadang-kadang menetap.

- a. Masalah kesehatan kronis : lansia diajarkan dan diminta untuk mengisi format pengkajian masalah kesehatan kronis untuk mengetahui riwayat kesehatan kronis pasien. Instrumen yang digunakan yaitu pengkajian masalah kesehatan kronis.
- b. Riwayat kesehatan masa lalu : bertanya kepada pasien apakah pernah memiliki riwayat penyakit hipertensi, jantung, DM, stroke, dan ginjal dan lain-lain. Perlu ditanyakan juga riwayat jatuh/kecelakaan, riwayat dirawat di Rumah Sakit, Riwayat pemakaian obat pasien dengan hipertensi biasanya mengonsumsi antihipertensi (Aspiani, 2014).
- c. Riwayat Kesehatan Keluarga : bertanya kepada pasien apakah ada didalam keluarga yang mempunyai riwayat penyakit genetik/keturunan seperti hipertensi, jantung, DM, stroke, dan ginjal. Perlu ditanyakan juga silsilah keluarga pasien (Aspiani, 2014).

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 beraktivitas dengan menggunakan instrumen format *index katz*, *indek barthel* dan format keseimbangan lansia.

5) *Personal Hygiene*

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

6) Reproduksi dan seksual

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

b. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda Vital dan Status Gizi

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

Kesadaran: kesadaran klien *Composmentis*, Apatis sampai Somnolen.

TTV: suhu normal (36-37°C), nadi meningkat pada arteri korotis, jugularis, dan pulsasi radialis (>80x/menit), tekanan darah meningkat (>140/90 mmHg) dan pernafasan meningkat >20x/menit.

2) Sistem respirasi

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

Palpasi: fremitus antara kanan dan kiri seimbang.

Perkusi: suara resonan pada seluruh lapang paru.

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

3) Sistem Kardiovaskuler

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

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 kewaspadaan dan disorientasi.

5) Sistem Pencernaan

Gejala: ketidakmampuan dalam mengonsumsi 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 genggaman, 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.

c. Status Kognitif

Pemeriksaan status kognitif dapat menunjukkan perilaku dan kemampuan mental dalam fungsi intelektual. Pemeriksaan singkat terstandarisasi ditujukan untuk mendeteksi gangguan kognitif sehingga fungsi intelektual dapat teruji melalui satu/dua pertanyaan untuk masing-masing area. Saat instrument skrining mendeteksi terjadinya gangguan, maka pemeriksaan lebih lanjut akan dilakukan. Pengujian status mental saat klien masuk perawatan/panti lansia berfungsi membangun dasar dan mengidentifikasi klien yang beresiko mengalami delirium. Pengkajian yang dilakukan pada pasien lansia dengan hipertensi sebaiknya pasien yang tidak mengalami demensia, agar data yang diperoleh lengkap. Instrumen yang digunakan untuk pemeriksaan status mental lansia yaitu *Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)*, *Mini Mental State Exam (MMSE)* (Kushariyadi, 2016)

d. 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, 2015).

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, 2015).

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.

1. Pengkajian Status Fungsional (*KATZ Indeks*)**Tabel 2. 1 Pengkajian Status Fungsional (*KATZ Indeks*)**

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

2. Pengkajian Status Sosial

Status sosial lansia dapat diukur dengan menggunakan APGAR Keluarga. Penilaian: jika pertanyaan-pertanyaan yang dijawab selalu (poin 2), kadang- kadang (poin 1), hampir tidak pernah (poin 0).

3. Pengkajian Status Kognitif dan Afektif

Tabel 2. 2 Pengkajian Status Kognitif SPMSQ

<i>Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)</i>				
Skore		No	Pertanyaan	Jawaban
+	-			
V	-	1.	Tanggal berapa hari ini?	
		2.	Hari apa sekarang ini? (hari, tanggal, tahun)	
		3.	Apa nama tempat ini?	
		4.	Berapa nomor telpon Anda?	
		4a.	Dimana alamat Anda? (tanyakan hanya bila klien tidak mempunyai telepon)	
		5.	Berapa umur Anda?	
		6.	Kapan Anda lahir?	
		7.	Siapa presiden Indonesia sekarang?	
		8.	Siapa presiden sebelumnya?	
		9.	Siapa nama kecil ibu Anda?	
		10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun	
		Jumlah kesalahan total		

Penilaian SPMSQ

- | | |
|--------------------|--------------------------------|
| (1) Kesalahan 0-2 | fungsi intelektual utuh fungsi |
| (2) Kesalahan 3-4 | intelektual ringan |
| (3) Kesalahan 5-7 | fungsi intelektual sedang |
| (4) Kesalahan 8-10 | Fungsi intelektual sedang |

4. *Mini Mental State Exam (MMSE)***Tabel 2. 3 Pengkajian *Mini Mental State Exam (MMSE)***

<i>Mini Mental State Exam (MMSE)</i>		
Nilai	Pasien	Pertanyaan
Orientasi		
5		(tahun) (musim) (tanggal) (hari) (bulan) apa sekarang?

5		Dimana kita: (Negara bagian) (wilayah) (kota) rumah sakit) (lantai)
Registrasi		
3		Nama 3 objek: 1 detik untuk mengatakan masing-masing. Kemudian tanyakan klien ketiga objek setelah anda telah mengatakannya. Beri 1 poin untuk setiap jawaban yang benar. Kemudian ulangi sampai ia mempelajari ketiganya. Jumlahkan percobaan dan catat.
Perhatian dan Kalkulasi		
5		Seri 7"s. 1 poin untuk setiap kebenaran.
		Berhenti setelah 5 jawaban. Bergantian eja "kata" ke belakang
Mengingat		
3		Minta untuk mengulang ketiga objek di atas Berikan 1 poin untuk setiap kebenaran
Bahasa		
9		Nama pensil, dan melihat (2 poin) Mengulang hal berikut: "tak ada jika, dan, atau tetapi" (1 poin)
		Nilai total

Interpretasi Hasil

24 – 30 : Tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : Gangguan kognitif sedang

: Gangguan kognitif sedang

Tabel 2. 4 Pengkajian Geriatric Depression Scale

No.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?		
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/ kesenangan Anda?		
3	Apakah Anda merasa kehidupan anda hampa?		
4	Apakah anda sering bosan?		

5	Apakah anda mempunyai semangat baik sepanjang waktu?		
6	Apakah anda takut sesuatu menjadi buruk akan terjadi pada anda?		
7	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar waktu anda?		
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?		
9	Apakah anda senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar mengerjakan sesuatu hal yang baru ?		
10	Apakah Anda mempunyai banyak masalah dengan daya ingat Anda dibanding kebanyakan orang ?		
11	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?		
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan Anda saat ini?		
13	Apakah anda merasa anda penuh semangat?		
14	Apakah Anda merasa bahawa keadaan anda tidak ada harapan?		
15	Apakah anda pikir bahwa keadaan orang lain lebih baik daripada anda		

Tabel 2. 5 Pengkajian Morse Fall Scale

NO.	PENGAJIAN	SKALA	NILAI
1.	Riwayat jatuh; apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak 0 Ya 25	
2.	Diagnosa sekunder; apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak 0 Ya 15	

3.	Alat bantu jalan; – Bed rest/ dibantu perawat – Kruk/ tongkat/ walker – Berpegangan pada benda-benda disekitar (kursi, lemari, meja)	0 15 30	
4.	Terapi intravena; Apakah saat ini klien terpasang selang invus?	Tidak 0 Ya 20	
5.	Gaya berjalam/cara berpindah – Normal/ bedrest/ immobile (tidak dapat bergerak sendiri) – Lemah (tidak bertenaga) – Gangguan/ tidak normal (pincang, diseret)	0 10 20	
6.	Status mental – Lansia menyadari kondisi dirinya sendiri – Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	0 15	
	TOTAL SKALA		

2.2.1 Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Wahyuni, 2016). Analisa data terdiri dari data subjektif dan data objektif.

Data Subjektif di isi berdasarkan perkataan klien dan analisa data diperoleh dari pengkajian. Keluhan yang dirasakan lansia dengan hipertensi yaitu nyeri kepala bagian belakang, tengkuk terasa pegal, kaku dan sakit. Data Objektif diisi berdasarkan hasil observasi dan pengukuran perawat yang diperoleh dari format pengkajian.

Data Objektif yang dapat kaji dari pasien hipertensi dengan keluhan nyeri yaitu mengkaji Tanda-Tanda Vital, menurut WHO (2015) dan Nurhidayat (2015) hipertensi yaitu tekanan darah meningkat $>140/90$ mmHg sedangkan pada lansia peningkatan tekanan sistolik diatas 160 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg, suhu normal $36-37^{\circ}\text{C}$, nadi meningkat >80 x/menit pada arteri korotis, jugularis, dan pulsasi radialis, pernafasan mengalami peningkatan >20 x/menit. Setelah itu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif terdiri dari *Provoking*: terjadi karena kelelahan/kecapekan, *Quality*: nyeri seperti tetusuk-tusuk/tajam, *Region*: Kepala bagian belakang, leher dan pundak, *Severity*: tergantung pasien menunjuk skala nyeri, *Time*: hilang timbul/menetap.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.
- c. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- e. Risiko jatuh ditandai dengan gangguan keseimbangan
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.
- h. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 6 Intervensi Keperawatan

No	Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x pertemuan diharapkan ketidakadekuatan jantung memompa darah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah normal : 120/80 mmHg 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 mengurangi nyeri) 8. Monitor EKG 12 sadapan 9. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 10. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 11. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Posisikan pasien <i>semi fowler</i> atau <i>fowler</i> 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

			<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan harian <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 22. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 23. Rujuk ke program rehabilitasi jantung
2.	Nyeri Akut b.d peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x pertemuan diharapkan tingkat nyeri menurun 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 8. Frekuensi nadi membaik : 60-100x/menit 5. Tekanan darah membaik : 120/80 mmHg 6. 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> <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

			<p>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>18. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
3.	Hipervolemia b.d kelebihan asupan natrium.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x pertemuan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat : 0,5-1cc/kg/jam 3. Kelembaban membran mukosa meningkat 4. Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Takanan darah membaik : 120/80 mmHg 7. Membran mukosa membaik 8. Turgor kulit membaik 	<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. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 5. Monitor kecepatan infus secara ketat 6. Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Timbang berta badan setiap hari pada waktu yang sama 8. Batasi asupan cairan dan garam 9. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

			<p>Kolaborasi :</p> <p>14. Kolaborasi pemberian diuretik 15. Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik</p>
4.	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<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 : 120/80 mmHg 7. 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
5.	Gangguan Pola Tidur b.d berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax pertemuan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan / atau psikologi)

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Keluhan tidur tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6. Kemampuan beraktivitas meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sbelum tidur) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu , matras dan tempat tidur) 5. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 6. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 7. Tetapkan jadwal tidur rutin 8. Lakukan perosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misal: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 9. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Jelaskan tidur cukup selama sakit 11. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 12. Anjurkanmenghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 13. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shift</i> bekerja) 14. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmokologi lainnya, jika perlu
6.	Risiko Jatuh d.d nyeri kaki	<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 	<p>Pencegahan 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

		<p>6. Jatuh saat di kamar mandi menurun</p>	<p>3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik :</p> <p>5. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>6. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>Edukasi :</p> <p>7. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>8. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>9. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p>
7.	<p>Defisit Pengetahuan b.d kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x pertemuan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <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 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi :</p> <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 <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <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

8.	Ansietas b.d kurang terpapar informasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x pertemuan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <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 	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda tanda ansietas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi 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 mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kecemasan
----	--	--	--

(PPNI, 2018).

2.2.2 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).

2.2.3 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) (Meliza, 2018).

2.3 Konsep *Hydrotherapy*/Rendam Kaki Air Hangat

2.3.1 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 pendekatannya *lowtech* yang mengandalkan pada respon-respon tubuh terhadap air (Morgan, 2019).

Hydrotherapy didefinisikan juga sebagai penggunaan air untuk menyembuhkan dan meringankan berbagai keluhan. *Hydrotherapy* memberikan efek relaksasi, menurunkan rasa nyeri, meningkatkan kemampuan alat gerak menurut Setyoadi dan Kusharyadi (2016). 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).

2.3.2 Efektifitas *Hydroterapy*

Prinsip kerja dari terapi ini adalah dengan menggunakan air hangat yang bersuhu 38-40°C selama 15-20 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

2.3.3 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 (Mila Febri Astutik, Mariyam Mariyam) :

1. Persiapan alat

Sphygmanometer, stetoskop, baskom, air dingin, air hangat, handuk kecil, termometer, timer.
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– 20 menit, jika suhu air turun maka tambahkan kembali
- g. Setelah selesai angkat kaki lalu keringkan dengan handuk
- h. Rapikan alat.

2.3.4 Evidence Based Practice (EBP)

Tabel 2.7 Evidence Based Practice

No.	Nama Penulis	Judul	Metode	Sample	Tujuan Penelitian	Hasil dan Kesimpulan	Teori	Instrument
1.	Nur Arifin, Akhmad Mustofa (2021)	Penerapan rendam kaki air hangat untuk menurunkan tekanan darah pada lansia hipertensi	<i>Deskriptif</i>	2 Responden	Tujuannya yaitu untuk mengimplem entasikan terapi secara mandiri rendam kaki air hangat untuk menurunkan tekanan darah.	Dari hasil studi kasus tekanan darah dari kedua klien terdapat penurunan sesudah terapi rendam kaki air hangat. Klien 1 tekanan darahnya menurun dari 180/100 mmHg menjadi 140/80 mmHg. Sementara klien 2 dari 160/100 mmHg menjadi 140/70 mmHg. Studi kasus ini membuktikan bahwa pemberian terapi rendam kaki air hangat efektif guna penurunan tekanan darah pada lansia hipertensi	Secara ilmiah bagi tubuh air hangat berdampak fisiologis yakni menstabilkan aliran darah, kerja jantung serta sirkulasi darah menjadi lancar. Rendam air hangat ini prinsip kerjanya mempergunakan air yang sudah dihangatkan di suhu 39-40 derajat, suhu air hangat yang masuk tubuh akan membuat pembuluh darah melebar.	Dalam penatalaksanaan ini tekanan Darah diukur menggunakan <i>sphygmanomete r</i> , baskom dan air hangat untuk terapi rendam kaki adapun alat lainnya yaitu kursi, handuk, <i>stopwatch</i> , <i>thermometer</i> . Rendam kaki dilakukan 2 kali dalam seminggu dalam waktu 20 menit selama 3 minggu

2.	Reny Aulia Kurnia (2022) Chaidir, Putri, Yantri	Pengaruh terapi rendam kaki air hangat terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi	<i>Two group pretest-posttest design</i>	40 responden	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah pasien dengan hipertensi di Puskesmas Kolok	Hasil penelitian diperoleh nilai penurunan tekanan darah sistolik sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi rendam kaki air hangat adalah 10 mmHg dan tekanan darah diastolik sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi rendam kaki air hangat adalah 9 mmHg. Berdasarkan uji statistik Paired T Test didapatkan bahwa responden yang mengikuti intervensi terapi rendam kaki air hangat mengalami penurunan tekanan darah yang signifikan dengan nilai (<i>P value</i> 0,000 < 0,05) yang artinya ada pengaruh terapi rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada hipertensi	Pada dasarnya, air hangat dan air panas memperbesar pembuluh darah kapiler, sehingga mempermudah pembagian nutrisi dan oksigen ke semua organ dan jaringan tubuh. Rangsangan-rangsangan tersebut dapat meningkatkan system kekebalan, merangsang perbaikan sirkulasi darah dan getah bening, mengurangi kepekaan saraf pengantar rasa sakit dan mengurangi stres	<i>Sphygnomanometer</i> , lembar observasi. Dilakukan dalam satu hari sekali selama 3 hari
----	--	---	--	--------------	--	---	--	--

3.	Nur Uyuun I . Biahimo, Sigit Mulyono, Lily Herlinah (2020)	Perubahan Tekanan Darah Lansia Hipertensi Melalui Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat	<i>one group pre test post test</i>	18 respnden	Penelitian bertujuan untuk mengidenti- fikasi pengaruh terapi rendam kaki menggunaka- n air hangat terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi	Hasil penelitian, terdapat pengaruh yang signifikan terapi rendam kaki menggunakan air hangat terhadap tekanan darah pada lansia.	Prinsip kerja dari terapi ini adalah dengan menggunakan air hangat yang bersuhu 39-40°C selama 20-30 menit secara konduksi dimana terjadi perpindahan panas dari air hangat ke tubuh sehingga akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan dapat menurunkan ketegangan otot.	<i>Sphygmanomete- r, termometer, baskom, handuk, air hangat dengan suhu 39°C - 40°C dilakukan 2 kali seminggu dalam 3 minggu</i>
----	---	--	---	-------------	--	--	--	--

4.	Lesiana Lestari, Dedi Pahrul, Asih Fatriansaril, Helsy Desvitasari (2023)	Pengaruh Terapi Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertens	<i>One group pre and post test</i>	39 responden	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi redam kaki air hangat terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi di Puskesmas Merdeka Palembang	Didapatkan rerata tekanan darah sistolik sebelum dilakukan terapi rendam kaki air hangat yaitu 142 dan tekanan darah diastolik yaitu 90. Rerata tekanan darah sistolik setelah dilakukan terapi rendam kaki air hangat yaitu 130 dan tekanan darah diastolik yaitu 80. Hasil uji statistik diketahui diperoleh nilai p value sebesar $0,000 < \alpha < 0,05$. ada pengaruh terapi redam kaki air hangat terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi di Puskesmas Merdeka Palembang.	Secara ilmiah air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh. Hangatnya air membuat sirkulasi darah menjadi lancar. Oleh karena itu, penderita hipertensi dalam pengobatannya tidak hanya menggunakan obat-obatan, tetapi bisa menggunakan alternatif non farmakologis dengan menggunakan metode yang lebih mudah dan murah yaitu dengan menggunakan terapi rendam kaki air hangat yang bisa dilakukan dirumah.	Lembar observasi
----	---	--	------------------------------------	--------------	---	---	--	------------------

5.	Mila Febri Astutik, Mariyam Mariyam (2021)	Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Terapi Rendam Kaki Dengan Air Hangat	Deskriptif kasus	2 responden	untuk mengetahui pengaruh terapi rendam kaki dengan air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi	Hasil studi kasus penerapan rendam kaki menggunakan air hangat yang telah dilakukan pada kedua responden hipertensi diperoleh hasil adanya penurunan tekanan darah, sebelum dan sesudah dilakukan terapi rendam kaki selama 3 hari, dengan hasil 160/100 mmHg menjadi 130/90 mmHg dan 170/90 mmHg menjadi 130/90 mmHg	Mekanisme kerja terapi rendam kaki dengan air hangat meningkatnya sirkulasi darah dengan cara memperlebar pembuluh darah sehingga oksigen masuk ke jaringan dan dapat menurunkan ketegangan, jika rendam kaki air hangat dilakukan secara rutin maka dapat terjadi perubahan tekanan darah karena efek dari rendam kaki menggunakan air hangat menghasilkan energi kalor yang bersifat mendilatasi dan melancarkan peredaran darah juga merangsang saraf yang ada pada kaki untuk mengaktifkan saraf parasimpatik sehingga menyebabkan perubahan tekanan darah. Terapi rendam kaki dengan air hangat dapat digunakan sebagai terapi non farmakologi untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.	<i>Sphymanometer</i> , stetoskop, baskom, air hangat bersuhu 40oC, handuk kecil, termometer, timer. Pemberian terapi rendam kaki air hangat dilakukan 3 kali pertemuan selama 20 menit
----	--	--	------------------	-------------	--	---	--	--

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

3.1.1.1 Identitas Pasien

Nama	: Ny. E
Tempat Tanggal Lahir	: Garut, 18 Juli 1949 (75 Tahun)
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Cerai mati
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Tanggal Pengkajian	: 13 Februari 2024

Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

Pekerjaan saat ini	: Klien tidak bekerja
Pekerjaan sebelumnya	: IRT
Sumber pendapatan	: Dari Anak
Kecukupan pendapatan	: Cukup

Lingkungan dan Tempat Tinggal

Kebersihan dan kerapian ruangan	: Ruangan tampak bersih dan rapih
Penerangan	: Penerangan menggunakan lampu listrik dan jika di siang hari kamar cukup penerangan.
Sirkulasi udara	: Sirkulasi udara rumah sudah cukup baik

Keadaan kamar mandi dan WC : Kamar mandi dan WC terletak diluar kamar dengan keadaan bersih namun tampak licin dan sedikit gelap.

Pembuangan air kotor : Pembuangan air kotor di septic tank.

Sumber air minum : Sumber air minum yang dipakai yaitu air galon.

Pembuangan sampah : Sampah diangkut oleh truk sampah

Sumber pencemaran : Tidak ada

3.1.2 Riwayat Kesehatan

3.1.2.1 Keluhan Utama

Nyeri kepala

3.1.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Februari 2024 pukul 10.00, klien mengatakan nyeri kepala bagian atas, nyeri bertambah jika melakukan aktifitas dan berkurang jika beristirahat, nyeri dirasakan seperti ditimpa beban berat dan menyebar ke punggung, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul sejak 3 bulan yang lalu dan nyeri dirasakan saat klien sering mengonsumsi makanan tinggi garam, pola tidur yang tidak baik dan stress.

3.1.2.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

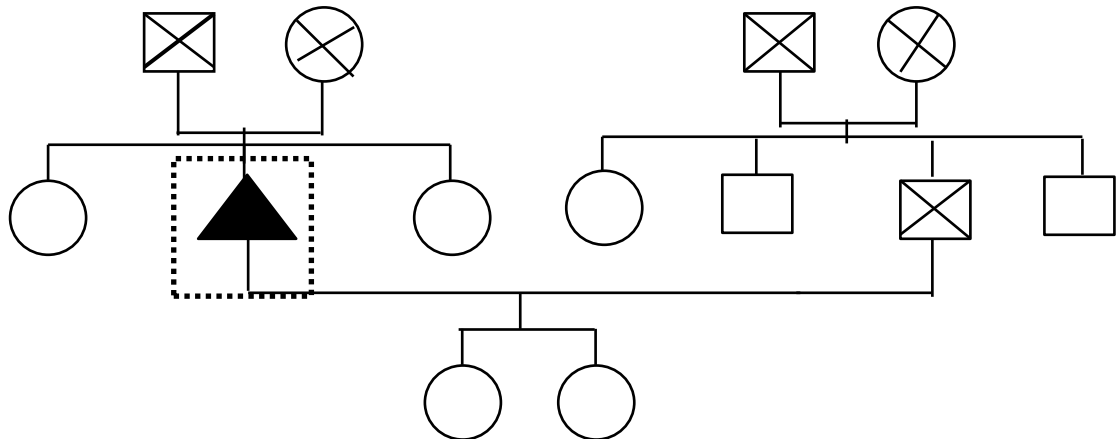
Klien mempunyai riwayat Hipertensi dan mengonsumsi obat antihipertensi (amlodipin 10mg) .

3.1.2.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan Ibu nya mempunyai penyakit hipertensi namun pada

anggota keluarga yang lain tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan penyakit lainnya.

Genogram :



Keterangan :

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- ▲ : Klien
- ┌──┐ : Garis perkawinan
- ┌──┐ : Garis keturunan
- : Tinggal serumah

a. Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan selalu menjaga kesehatan, sering berolahraga di akhir pekan, jarang makan makanan *junkfood* dan bersantan. Klien setiap hari mengkonsumsi daging ayam atau ikan, sayuran, buah-buahan dan susu karena dengan makan makan-an bergizi klien bisa lebih sehat. Klien menyadari kesehatan itu penting, Ketika sakit klien memeriksakan diri ke klinik panti.

b. Nutrisi metabolik

Tabel 3. 1 Nutrisi Metabolik

No	Jenis	Kebiasaan
1.	Pola Makan	
	Jenis	Nasi dan lauk pauk
	Porsi	1 porsi
	Frekuensi	3x/hari
	Diet khusus	Tidak ada
	Makanan yang disukai	Ikan, daging, semua jenis buah-buahan
	Makanan yang tidak disukai	Tidak ada
	Kesulitan Menelan	Tidak ada
	Gigi palsu	Tidak ada
	Napsu makan	Baik
	Pola Minum	
	Jenis	Air putih
	Frekuensi	5-8 x/hari
	Jumlah	± 2 liter
	Pantangan	Tidak ada
	Minuman yang disukai	Susu

c. Pola Eliminasi

Tabel 3. 2 Pola Eliminasi

No	Jenis	Kebiasaan
1.	BAB	
	Frekuensi	1 x/hari
	Warna	Kuning, khas feses

	Masalah	Tidak ada
2.	BAK Frekuensi Warna Masalah	6-8 x/hari Kuning/bening, jernih Tidak ada

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis	Kebiasaan				
		0	1	2	3	4
1.	Mandi	√				
2.	Berpakaian	√				
3.	Eliminasi	√				
4.	Mobilisasi dari tempat tidur	√				
5.	Berpindah	√				
6.	Berjalan	√				
7.	Berbelanja	√				
8.	Memasak	√				
9.	Naik tangga	√				
10.	Pemeliharaan rumah/ruangam	√				

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Alat bantu

2 : Dibantu orang lain

3 : Dibantu orang lain dan alat

4 : Tergantung/tidak mampu

Kesimpulan : Aktivitas sehari-hari klien dilakukan secara mandiri tanpa dibantu orang lain ataupun alat bantu.

Tabel 3. 4 Personal Hygiene

No	Jenis	Kebiasaan Sehari-hari
1.	Mandi	Frekuensi : 2x/hari
2.	Berpakaian	Frekuensi : 2x/hari
3.	Mobilisasi tempat tidur	Mandiri tanpa bantuan

e. Pola Persepsi Kognitif

Klien mengalami gangguan sensori penglihatan namun jika klien merasa sakit kepala berat pandangan klien terkadang buram, pendengaran, penciuman dan peraba semuanya dalam batas normal.

Klien mengatakan nyeri kepala (nyeri sedang dengan skala nyeri 5) menurut klien nyeri kepala tersebut mengganggu klien untuk beraktivitas. Klien tidak mengalami gangguan dalam berkomunikasi. Klien tidak mengalami gangguan proses pikir, hal ini ditunjukkan dengan kemampuan pasien dalam menjawab pertanyaan.

Berbicara : Klien berbicara dengan baik, jelas dan dapat dimengerti

Bahasa : Bahasa yang digunakan oleh klien yaitu bahasa sunda.

Kemampuan membaca : Klien mampu membaca dengan baik dan menggunakan kacamata jika tulisan/bacaan terlalu kecil

Tingkat ansietas : Klien tidak merasa cemas

Kemampuan berinteraksi : klien dapat berinteraksi dengan baik, mengobrol dengan santai dan kooperatif.

f. Pola Istirahat Tidur

Tabel 3. 5 Pola Istirahat Tidur

No.	Jenis	2 hari sebelumnya	1 hari sebelumnya
1.	Tidur Siang Lama Tidur Keluhan	45 menit Mudah lelah	45 menit Mudah lelah
2.	Tidur Malam Lama tidur Keluhan	5 jam Sulit tidur dan sering terjaga karena nyeri kepala	5 jam Sulit tidur dan sering terjaga karena nyeri kepala

g. Pola Konsep Diri

Konsep Diri : Klien mengatakan puas terhadap dirinya dan bersyukur hidupnya.

Ideal Diri : Klien berharap sehat agar dapat melakukan banyak hal dan tidak merepotkan anaknya.

Harga Diri : Klien mengatakan puas dengan keadaannya saat ini

Identitas Diri : Klien sebagai seorang janda yang mempunyai 2 orang anak, klien tinggal di panti, suaminya sudah meninggal.

Peran Diri : Klien seorang ibu dan nenek.

h. Pola Peran dan Hubungan

Hubungan klien dengan keluarga dan tetangga di sekitar panti sangat baik. Klien mempunyai 2 orang anak yang masih hidup dan semua anaknya sudah berumah tangga, klien sering mengikuti kegiatan lansia

i. Pola Reproduksi dan Seksual

Klien mempunyai 2 orang anak. Klien sudah menopause, suami sudah meninggal, klien tidak mempunyai riwayat penyakit seksual dan klien merasa baik-baik saja dengan keadaan reproduksinya.

j. Pola Pertahanan Diri dan Koping

Jika klien mempunyai masalah ataupun sedang banyak hal yang dipikirkan, klien selalu membicarakan masalahnya dengan petugas panti.

k. Pola Keyakinan dan Nilai

Klien baragama islam, klien selalu menjalankan kewajibannya yaitu sholat 5 waktu, klien rutin mengaji al-qur'an setelah solat magrib dan klien juga rutin mengikuti pengajian 1 minggu sekali dimesjid panti.

l. Pemeriksaan Status Mental dan Spiritual

Kondisi emosi/perasaan klien :

- 1) Apakah suasana hati yang menonjol pada pasien? Gembira
- 2) Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi klien ? 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 :
Tidak ada

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Kesadaran : Compos mentis E : 4 V: 5 M: 6 = 15
2. Tanda – tanda vital
 - a. Tekanan darah : 177/116 mmHg
 - b. Nadi : 97 x/ menit
 - c. Suhu : 36,5 °C
 - d. Respirasi : 20 x/ menit
 - e. SPO2 : 99%
3. Keadaan umum : pasien dengan keadaan baik.
4. Pemeriksaan fisik
 - a. Kepala

Bentuk kepala bulat, pertumbuhan rambut merata, rambut berwarna putih beruban, rambut bersih tidak ada ketombe, tidak ada nyeri tekan.
 - b. Mata

Kedua mata simetris, pergerakan mata dapat digerakan ke kanan dan ke kiri, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, gerakan bola mata baik terbukti ketika klien di minta untuk mengikuti gerakan yang perawat intruksikan mata klien dapat digerakan kesegala arah, fungsi penglihatan kurang baik, klien selalu menggunakan kacamata jika membaca dikarenakan sudah rabun dekat.

c. Hidung

Letak hidung simetris antara hidung kiri dan hidung kanan, keadaan hidung tampak bersih, tidak ada secret, tidak ada hambatan pernafasan cuping hidung, fungsi penciuman baik dapat membedakan bau minyak kayu putih dan bau jeruk.

d. Telinga

Kedua telinga tampak simetris, keadaan telinga tampak bersih, fungsi pendengaran baik terbukti dengan klien dapat berespon dan menjawab ketika diberi pertanyaan.

e. Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir lembab, keadaan mulut bersih, gigi tidak utuh, reflek menelan baik, fungsi pengecapan baik terbukti klien dapat membedakan rasa asin dan manis, serta tidak ada nyeri saat menelan.

f. Leher

Pergerakan leher baik terbukti dapat menggerakkan leher kearah kiri, kanan, bawah, samping, dan juga atas. Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada nyeri tekan.

g. Dada dan jantung

Bentuk dada simetris dan normal, pergerakan dada

simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada nyeri tekan, suara nafas vasikuler, irama nafas reguler dengan frekuensi 20x/menit. Tidak ada pembesaran vena jugularis, irama jantung reguler, bunyi jantung reguler.

h. Abdomen

Bentuk abdomen tampak simetris, bising usus 10x/menit, saat diperkusi terdengar timpani, tidak ada nyeri tekan.

i. Integumen

Warna kulit kuning langsung, kulit teraba hangat, tidak ada gatal, turgor kulit elastis <2 detik, CRT <2 detik.

j. Anus dan Rektum

Tidak ada benjolan, atau tanda hemoroid, tidak ada fistula.

k. Genetalia

Pada genetalia terdapat jenis kelamin perempuan, tidak ada lesi, tidak ada kemerahan, tidak ada nyeri tekan, klien sudah menopause.

l. Ekstremitas

1) Atas : Anggota gerak lengkap, tidak ada kelainan

2) Bawah : Anggota gerak lengkap tapi sering nyeri pada saat berdiri terlalu lama, berjalan menggunakan

alat bantu.

Tabel 3. 6 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 dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	2		
4.	A= Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti : marah, sedih, atau mencintai.	2		
5.	R= Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan bersama-sama	2		

	mengekspresikan afek dan berespon.			
Jumlah		10		

Penilaian :

1. Nilai 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi
2. Nilai 4-6 : Disfungsi keluarga sedang
3. Nilai 7-10 : Baik

Kesimpulan : Setelah dikaji di dapatkan nilai 10 yang termasuk dalam kategori **baik**.

Tabel 3. 7 Pengkajian Fungsi Kognitif

No	Items Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Jam berapa sekarang? Jawab : 10.40	√	
2.	Tahun berapa sekarang? Jawab : 2024	√	
3.	Kapan ibu lahir? Jawab : Tidak tahu		√
4.	Berapa umur ibu sekarang? Jawab : 72 tahun		√
5.	Dimana alamat ibu sekarang? Jawab : Ciburial, Leles	√	
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama ibu? Jawab : 2 orang	√	
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama ibu?	√	

	Jawab : Risna, Fitri		
8.	Tahun berapa hari Kemerdekaan Indonesia? Jawab : 1945	√	
9.	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang? Jawab : Jokowi	√	
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 sampai 1? Jawab : 20, 19, 18, 17,15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1		√
Jumlah skor salah		3	

Analisis hasil :

Skor salah 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Skor salah 2-4 : Fungsi intelektual ringan

Skor salah 5-7 : Kerusakan intelektual sedang

Skor salah 8-10 : Kerusakan intelektual berat

Kesimpulan : Setelah dikaji di dapatkan skor salah 3 yang termasuk dalam kategori **fungsi intelektual ringan**.

Tabel 3. 8 Pengkajian Mini Mental State Examination (MMSE)

No	Items 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) Di Negara mana anda tinggal?	√	
	7) Di Provinsi mana anda tinggal?	√	
	8) Di Kabupaten mana anda tinggal?	√	
	9) Di Kecamatan mana anda tinggal?	√	
	10) Di Desa mana anda tinggal?	√	

termasuk dalam kategori **tidak ada kerusakan kognitif**.

Tabel 3. 9 Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kemandirian Katz)

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	<p>Mandi</p> <p>Mandiri :</p> <p>Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.</p> <p>Tergantung :</p> <p>Bantuan lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.</p>	√	
2.	<p>Berpakaian</p> <p>Mandiri :</p> <p>Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/ mengikat pakaian.</p> <p>Tergantung :</p> <p>Tidak dapat memakai baju sendiri/ hanya sebagian.</p>	√	
3.	<p>Ke Kamar Kecil</p> <p>Mandiri :</p> <p>Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri.</p> <p>Tergantung :</p> <p>Menerima bantuan untuk masuk ke kamar mandi dan menggunakan pispot.</p>	√	
4.	<p>Berpindah</p> <p>Mandiri :</p>		

	Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri. Tergantung : Bantuan dalam naik/turun dari tempat tidur/ kursi, tidak melakukan satu atau lebih perpindahan.	√	
5.	Kontinen Mandiri : BAB dan BAK seluruhnya di kontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial/ total, penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pempers).	√	
6.	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapi sendiri. Tergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapi, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT).	√	

Keterangan : Beri tanda (√) pada point yang sesuai kondisi pasien

Analisi Hasil :

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

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.

Kesimpulan : Klien termasuk dalam **kategori A** karena semuanya masih bisa dilakukan secara mandiri tanpa pengawasan , pengarahan atau bantuan dari orang lain di antaranya yaitu makan, kontinensia (BAK,BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi, pasien tidak menggunakan alat bantu berjalan

Tabel 3. 10 Screening Faal Fungsional Reach (FR) Test

No	Langkah
1.	Minta pasien berdiri disisi tembok dengan tangan direntangkan kedepan
2.	Beri tanda letak tangan I
3.	Minta pasien condong ke depan 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 dan II

Interpretasi : Usia lebih 70 tahun : Kurang 6 inchi : Resiko roboh

Hasil pemeriksaan :

1. Lansia dapat berdiri sendiri tanpa bantuan / mandiri.
2. Hasil pemeriksaan diperoleh < 6 ichi (5 inchi)

Kesimpulan : Dari hasil skoring pada klien diperoleh hasil skoring total = 5 inchi, maka dapat dikatakan bahwa **klien memiliki resiko jatuh.**

Tabel 3. 11 The Time Up and Go (TUG) Test

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

Interpretasi :

Score \leq 10 detik : *Low risk of falling*

Score 11-19 detik : *Low to moderate risk of falling*

Score 20-29 detik : *Moderate to high risk of falling*

Score \geq 30 detik : *Impaired mobility and is at high risk of falling*

Hasil pemeriksaan : Berdasarkan pengkajian, didapatkan data bahwa klien masuk dalam kategori *low to moderate risk of falling/resiko jatuh rendah hingga sedang* yaitu dengan jumlah score 19 detik.

Tabel 3. 12 Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

No	Pemeriksaan	Jawaban	
1.	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?	Tidak	0
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/ kesenangan anda?	1	Ya
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	0	Ya
4.	Apakah anda sering merasa bosan?	0	Ya
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Tidak	0
6.	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	0	Ya

7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	Tidak	0
8.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	0	Ya
9.	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	0	Ya
10.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	0	Ya
11.	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda sekarang menyenangkan?	Tidak	0
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	0	Ya
13.	Apakah anda merasa penuh semangat?	Tidak	0
14.	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	0	Ya
15.	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?	0	Ya

Setiap jawaban yang sesuai mempunyai skor 1 (satu)

Skor 5-9 : Kemungkinan depresi

Skor 10 > : Depresi

Kesimpulan : Skor yang didapatkan dari hasil pengkajian yaitu 1 sehingga

disimpulkan klien **tidak depresi**.

3.1.4 Analisa Data

Tabel 3. 13 Analisa Data

No.	Tanggal	Data	Etiologi	Problem
1.	13/02/24	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan panas dibagian tengkuk -Klien mengatakan nyeri dirasakan ketika melakukan aktivitas terlalu berat. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien tampak meringis -Klien tampak sering memegang kepala dan tengkuk -Skala nyeri 5 (0-10) - Klien sulit tidur -TD : 177/116 mmHg 	<p>Hipertensi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan vesikuler pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penyumbatan pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan sirkulasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Resistensi pembuluh darah otak meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik ditandai dengan :</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan panas dibagian tengkuk -Klien mengatakan nyeri dirasakan ketika melakukan aktivitas terlalu berat. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Skala nyeri 5 (0-10) - Klien sulit tidur - TD : 177/116 mmHg
2.	13/02/24	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengeluh sering sulit tidur -Klien mengeluh sering terbangun pada malam dan sulit untuk tidur lagi 	<p>Hipertensi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan vesikuler pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Gangguan Pola Tidur b.d nyeri kepala ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengeluh sulit tidur

		<p>-Klien mengeluh tidak puas tidur</p> <p>Do :</p> <p>-Klien tidur 5 jam/hari</p> <p>-TD : 177/116 mmHg</p>	<p>Penyumbatan pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Gangguan sirkulasi</p> <p>↓</p> <p>Resistensi pembuluh darah otak meningkat</p> <p>↓</p> <p>Gangguan pola tidur</p>	<p>-Klien mengeluh sering terbangun pada malam dan sulit untuk tidur lagi</p> <p>-Klien mengeluh tidak puas tidur</p> <p>DO :</p> <p>- Klien tidur 5 jam/hari</p> <p>- TD : 177/116 mmHg.</p>
3.	13/02/24	<p>Ds:</p> <p>Klien mengatakan pandangan buram</p> <p>Klien mengatakan kaki sering tiba-tiba lemas.</p> <p>Do:</p> <p>-Hasil reach test <6 inchi</p> <p>-Hasil TUG Test 19 detik</p> <p>-Lantai kamar mandi tampak licin</p> <p>- Area kamar mandi sedikit gelap</p>	<p>Hipertensi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan vesikuler pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Penyumbatan pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Gangguan sirkulasi</p> <p>↓</p> <p>Menekan retina</p> <p>↓</p> <p>Spasme arteriole</p> <p>↓</p> <p>Pandangan buram</p> <p>↓</p> <p>Resiko jatuh</p>	<p>Risiko Jatuh d.d :</p> <p>DS :</p> <p>-Klien mengatakan pandangan buram</p> <p>-Klien mengatakan kaki sering tiba-tiba lemas</p> <p>DO :</p> <p>- Hasil reach test <6 inchi</p> <p>- Hasil TUG Test 19 detik</p> <p>- Lantai kamar mandi tampak licin dan gelap</p>

3.1.5 Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik ditandai dengan :

DS: - Klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan panas dibagian tengkuk

DO : - Klien tampak meringis

- Skala nyeri 5 (0-10)

- Klien sulit tidur

- TD : 177/116 mmHg

2. Gangguan pola tidur b.d nyeri kepala ditandai dengan :

DS : -Klien mengeluh sulit tidur

- Klien mengeluh sering terbangun pada malam dan sulit untuk tidur lagi

-Klien mengeluh tidak puas tidur

DO : - Klien tidur 5 jam/hari

- TD : 177/116 mmHg

3. Resiko jatuh ditandai dengan :

DS : - Klien mengatakan pandangan buram

- Klien mengatakan kaki sering tiba-tiba lemas

DO : - Hasil reach test <6 inchi

- Hasil TUG Test 19 detik

- Lantai kamar mandi tampak licin dan gelap

3.1.6 Intervensi Keperawatan/*Nursing Care Planning*

Tabel 3. 14 Intervensi Keperawatan/*Nursing Care Planning*

No	Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <p>ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan panas dibagian tengkuk - Klien mengatakan nyeri dirasakan ketika melakukan aktivitas terlalu berat. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien tampak sering memegang kepala dan tengkuk - Skala nyeri 5 (0-10) - Klien sulit tidur - TD : 177/116 mmHg 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x pertemuan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Tekanan darah membaik 5. 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 faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah dan rasa nyeri (<i>Hydrotherapy</i>) 7. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 10. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
2.	<p>Gangguan pola tidur b.d nyeri kepala</p> <p>ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengeluh sering sulit tidur -Klien mengeluh sering terbangun pada 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x pertemuan diharapkan pola tidur membaik dengan kereteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi :</p> <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 sebelum tidur)

	<p>malam dan sulit untuk tidur lagi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh tidak puas tidur <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidur 5 jam/hari - TD : 177/116 mmHg 	<p>menurun</p>	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 5. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 6. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 7. Tetapkan jadwal tidur rutin <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 9. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
3.	<p>Resiko jatuh ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pandangan buram - Klien mengatakan kaki sering tiba-tiba lemas. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil <i>reach test</i> <6 inchi - Hasil TUG Test 19 detik - Lantai kamar mandi tampak licin - Area kamar mandi sedikit gelap 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x pertemuan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh saat berdiri menurun 2. Jatuh saat berjalan menurun 3. Jatuh saat di kamar mandi menurun 	<p>Pencegahan 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 faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 5. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 6. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri

3.1.7 Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 15 Implementasi Keperawatan

Tgl/Jam	Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
14/02/2024 09.00	<p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik ditandai dengan :</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan panas dibagian tengkuk <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Skala nyeri 5 (0-10) - Klien sulit tidur - TD : 177/116 mmHg 	1.Mengidentifikasi lokasi nyeri (R : Klien mengatakan nyeri di bagian kepala dan panas dibagian tengkuk)	14/02/2024 Pukul 14.00	<p>Silvi Sri Wahyuni, S.Kep.</p>
09.15		2.Mengidentifikasi skala nyeri (R : Klien mengatakan skala nyeri 5 (0-10))	S :klien mengatakan nyeri kepala sedikit berkurang	
09.20		3.Memeriksa tanda-tanda vital (R : TD :170/105, R : 20X/mnt, N : 97X/mnt, SPO2: 99%)	O : -Klien tampak tenang -Skala nyeri 4 (1-10) -TD : 157/80 -N : 97X/mnt	
09.25		4.Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (R: Klien mengatakan hal yang memperberat nyeri yaitu beraktivitas terlalu berat dan yang mengurangi nyeri adalah istirahat)	-S : 36,5 C -R : 20X/mnt	
09.30		5.Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah (Rendam Kaki menggunakan air hangat) (R: Klien mengatakan mengerti dan mau melakukan terapi rendam air hangat)	A : Masalah Teratasi Sebagian P: Lanjutkan Intervensi -Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri -Identifikasi skala nyeri -Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	
09.40		6.Memfasilitasi istirahat tidur (R : Klien mengatakan akan tidur ketika mengantuk)	-Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	

09.45		<p>7.Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya</p> <p>(R: Klien mengatakan bersedia untuk dikunjungi di hari berikutnya)</p>	<p>-Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>-Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Pemberian Terapi rendam kaki air hangat)</p> <p>-Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>-Fasilitasi istirahat dan tidur</p>	
14/02/2024 10.00	<p>Gangguan pola tidur b.d nyeri kepala ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <p>-Klien mengeluh sering sulit tidur</p> <p>-Klien mengeluh sering terbangun pada malam dan sulit untuk tidur lagi</p> <p>- Klien mengeluh tidak puas tidur</p> <p>Do :</p> <p>- Klien tidur 5 jam/hari</p> <p>- TD : 177/116 mmHg</p>	<p>1.Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>(R: Klien mengatakan sehari-hari aktifitas rumah tangga dan mengikuti kegiatan di panti,klien mengeluh pola tidur tidak teratur karena sering sulit tidur, sering terbangun pada malam hari dan sulit untuk tidur lagi,klien tidur 5 jam/hari)</p> <p>2.Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>(R : Klien mengeluh terganggu tidurnya karena sakit kepala yang dirasakan)</p> <p>3.Mengidentifikasi makanan/minuman yang sering di konsumsi/ yang menyebabkan sulit tidur</p> <p>(R : Klien mengatakan jarang meminum kopi dan jarang makan/minum yang dapat membuat sulit tidur)</p> <p>4.Membatasi waktu tidur siang</p>	<p>14/02/2024</p> <p>Pukul : 14.05</p> <p>S : Klien Mengatakan ingin beristirahat (tidur siang)</p> <p>O : klien izin tidur siang dan kembali ke kamar tidur</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>-Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>-Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan / atau psikologi)</p> <p>-Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sbelum tidur)</p> <p>-Modifikasi</p>	<p>Silvi Sri Wahyuni, S.Kep</p>
10.10				
10.15				
10.20				

10.25		<p>(R : Klien mengatakan tidur siang hanya 45 menit)</p> <p>5.Menerapkan jadwal tidur rutin</p> <p>(R: Klien mengatakan akan mencoba untuk tidur sesuai jadwal, tidur pada pukul 21.00 WIB dan bangun pada pukul 04.00 WIB)</p>	<p>lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)</p> <p>-Batasi waktu tidur siang, jika perlu</p> <p>-Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>-Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>-Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>-Anjurkan menghindari makanan/minumanyan g mengganggu tidur</p>	
<p>14/02/2024 11.05</p> <p>11.10</p> <p>11.15</p> <p>11.20</p>	<p>Resiko jatuh ditandai dengan:</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pandangan buram - Klien mengatakan kaki sering tiba-tiba lemas. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil <i>reach test</i> <6 inchi - Hasil TUG Test 19 detik - Lantai kamar mandi tampak licin dan sedikit gelap 	<p>1.Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>(R : Klien mengatakan pandangan buram dan kaki sering tiba-tiba lemas)</p> <p>2.Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</p> <p>(R: Klien mengatakan area kamar mandi sedikit gelap dan licin)</p> <p>3.Menganjurkan untuk menyalakan lampu pada siang hari agar rumah tidak gelap</p> <p>(R : Klien mengatakan akan menyalakan lampu walau disiang hari).</p> <p>4.Menganjurkan untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin</p>	<p>14/02/2024</p> <p>Pukul 14.10</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang serta pandangan klien masih kabur - Klien mengatakan tidak jatuh saat berdiri - Klien mengatakan tidak jatuh saat berjalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien tampak rileks -Klien Tampak mengikuti kegiatan senam sambil duduk 	<p>Silvi Sri Wahyuni S.Kep.</p>

11.25		<p>(R : Klien mengatakan selalu menggunakan alas kaki yang tidak licin)</p> <p>5.Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>(R :Klien mengatakan akan,melebarkan jarak kedua kaki, Hasil reach test <6 inchi,Hasil TUG Test 19 detik)</p> <p>6. Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya</p>	<p>-Klien menggunakan alat bantu jalan</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>-Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>-Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>-Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>-Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>-Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>-Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p>	
15/02/2024 09.00	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik ditandai dengan : DS:	1.Mengidentifikasi lokasi nyeri (R : Klien mengatakan nyeri di bagian kepala dan panas dibagian tengkuk)	Pukul 14.05 S :	Silvi Sri Wahyuni S.Kep

09.05	-Klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan panas dibagian tengkuk	2.Mengidentifikasi skala nyeri (R : Klien mengatakan skala nyeri 4 (0-10))	- klien mengatakan nyeri kepala sedikit berkurang	
09.10	DO : - Klien tampak meringis - Skala nyeri 5 (0-10) - Klien sulit tidur - TD : 177/116 mmHg	3.Memeriksa tanda-tanda vital (R : TD :160/100, R : 20X/mnt,N : 97X/mnt, SPO2: 99%)	- Klien mengatakan masih sulit tidur O : -Klien tampak tenang -Skala nyeri 4 (1-10) -TD : 150/95 -N : 96X/mnt	
09.15		4.Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (R: Klien mengatakan hal yang memperberat nyeri yaitu beraktivitas terlalu berat dan yang mengurangi nyeri adalah istirahat)	A : Masalah Teratasi Sebagian P: Lanjutkan Intervensi	
09.20		5.Mengajarkan dan mendemonstrasikan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah (Rendam kaki menggunakan air hangat) (R: Klien mau melakukan terapi rendam air hangat dan tampak rileks)	-Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri -Identifikasi skala nyeri -Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri -Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	
09.40		6.Memfasilitasi istirahat tidur (R : Klien mengatakan akan tidur ketika mengantuk)	-Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan -Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Pemberian Terapi rendam kaki air hangat) -Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri	

			-Fasilitasi istirahat dan tidur	
15/02/2024	Gangguan pola tidur b.d nyeri kepala ditandai dengan : Ds : -Klien mengeluh sering sulit tidur -Klien mengeluh sering terbangun pada malam dan sulit untuk tidur lagi	1.Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur (R: Klien mengatakan sehari-hari aktifitas rumah tangga dan mengikuti kegiatan di panti,klien mengeluh pola tidur tidak teratur karena terbangun pada malam hari dan sulit untuk tidur lagi,klien tidur 5 jam/hari)	Pukul 14.10 S : - Klien mengatakan masih terjaga malam dan sulit tidur kembali - Klien mengatakan ingin beristirahat (tidur siang) - Klien mengatakan tidur jam 21.00 bangun jam 02.00	Silvi Sri Wahyuni, S.Kep
09.41		2.Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (R : Klien mengeluh terganggu tidurnya karena sakit kepala yang dirasakan)	O : Klien izin tidur siang dan kembali ke kamar tidur A : Masalah Teratasi sebagian	
09.45	- Klien mengeluh tidak puas tidur Do : - Klien tidur 5 jam/hari - TD : 177/116 mmHg	3.Mengidentifikasi makanan/minuman yang sering di konsumsi/ yang menyebabkan sulit tidur (R : Klien mengatakan jarang meminum kopi dan jarang makan/minum yang dapat membuat sulit tidur)	P: Lanjutkan Intervensi -Identifikasi pola aktivitas dan tidur -Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan / atau psikologi) -Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) -Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)	
09.50		4.Membatasi waktu tidur siang (R : Klien mengatakan tidur siang hanya 25 menit)		
09.55		5.Menerapkan jadwal tidur rutin (R: Klien mengatakan akan mencoba untuk tidur sesuai jadwal,tidur pada pukul 21.00 WIB dan bangun pada pukul 04.00 WIB)		
10.00				

			<ul style="list-style-type: none"> -Batasi waktu tidur siang, jika perlu -Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur -Tetapkan jadwal tidur rutin -Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur -Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 	
15/02/2024	Resiko jatuh ditandai dengan:	1.Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	15/02/2024	Silvi Sri wahyuni, S.Kep.
10.10	Ds :	(R : Klien mengatakan pandangan buram dan kaki sering tiba-tiba lemas)	Pukul : 14.10	
10.15	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pandangan buram - Klien mengatakan kaki sering tiba-tiba lemas. 	2.Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh	S :	
10.20	Do:	(R: Klien mengatakan area kamar mandi sedikit gelap dan licin)	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak jatuh saat berdiri - Klien mengatakan tidak jatuh saat berjalan 	
10.25	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil <i>reach test</i> <6 inchi - Hasil TUG Test 19 detik - Lantai kamar mandi tampak licin dan sedikit gelap 	3.Menganjurkan untuk menyalakan lampu pada siang hari agar rumah tidak gelap	O :	
10.30		(R : Klien mengatakan akan menyalakan lampu walau disiang hari).	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak rileks -Klien Tampak mengikuti kegiatan senam sambil duduk -Klien menggunakan alat bantu jalan 	
		4.Menganjurkan untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin	A :	
		(R : Klien mengatakan selalu menggunakan alas kaki yang tidak licin)	Masalah teratasi sebagian	
		5.Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk	P: Lanjutkan Intervensi	

		<p>meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>(R :Klien mengatakan akan,melebarkan jarak kedua kaki, Hasil reach test <6 inchi,Hasil TUG Test 19 detik)</p>	<p>-Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>-Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>-Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>-Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>-Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>-Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p>	
<p>16/02/2024</p> <p>09.00</p> <p>09.05</p> <p>09.10</p>	<p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik ditandai dengan :</p> <p>DS:</p> <p>-Klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan panas dibagian tengkuk</p> <p>DO :</p>	<p>1.Mengidentifikasi lokasi nyeri</p> <p>(R : Klien mengatakan nyeri di bagian kepala dan panas dibagian tengkuk)</p> <p>2.Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>(R : Klien mengatakan skala nyeri 3 (0-10))</p> <p>3.Memeriksa tanda-tanda vital</p>	<p>16/02/2024</p> <p>Pukul : 13.00</p> <p>S :</p> <p>- Klien mengatakan nyeri kepala berkurang</p> <p>- Pola tidur membaik</p> <p>O :</p>	<p>Silvi Sri Wahyuni, S.Kep.</p>

09.15	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Skala nyeri 5 (0-10) - Klien sulit tidur - TD : 177/116 mmHg 	<p>(R : TD :165/100, R : 19X/mnt, N : 95X/mnt, SPO2: 99%)</p> <p>4.Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>(R: Klien mengatakan hal yang memperberat nyeri yaitu beraktivitas terlalu berat dan yang mengurangi nyeri adalah istirahat)</p> <p>5.Mengajarkan dan mendemonstrasikan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah (Rendam kaki menggunakan air hangat)</p> <p>(R: Klien mau melakukan terapi rendam air hangat dan tampak rileks)</p> <p>6.Memfasilitasi istirahat tidur</p> <p>(R : Klien mengatakan akan tidur ketika mengantuk)</p>	<p>-Klien tampak tenang</p> <p>-Skala nyeri 2 (1-10)</p> <p>-TD : 140/90</p> <p>-N : 95X/mnt</p> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	
16/02/2024 09.40	<p>Gangguan pola tidur b.d nyeri kepala ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengeluh sering sulit tidur -Klien mengeluh sering terbangun pada malam dan sulit untuk tidur lagi - Klien mengeluh tidak puas tidur 	<p>1.Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>(R: Klien mengatakan sehari-hari aktifitas rumah tangga dan mengikuti kegiatan di panti,klien mengeluh pola tidur tidak teratur karena sering sulit tidur, klien tidur 7 jam/hari)</p> <p>2.Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>(R : Klien mengeluh terganggu tidurnya karena sakit kepala yang dirasakan)</p>	<p>16/02/2024</p> <p>Pukul : 13.05</p> <p>S : Klien Mengatakan dapat tidur jam 21.00 bangun jam 04.00 dan tidak terjaga malam</p> <p>O : Klien terlihat lebih segar</p> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	<p>Silvi Sri Wahyuni, S.Kep.</p>

09.50	Do : - Klien tidur 5 jam/hari -TD : 177/116 mmHg	3.Mengidentifikasi makanan/minuman yang sering di konsumsi/ yang menyebabkan sulit tidur (R : Klien mengatakan jarang meminum kopi dan jarang makan/minum yang dapat membuat sulit tidur)		
09.55		4.Membatasi waktu tidur siang (R : Klien mengatakan tidur siang hanya 25 menit)		
10.00		5.Menerapkan jadwal tidur rutin (R: Klien mengatakan akan mencoba untuk tidur sesuai jadwal,tidur pada pukul 21.00 WIB dan bangun pada pukul 04.00 WIB)		
16/02/2024 10.10	Resiko jatuh ditandai dengan: Ds : - Klien mengatakan pandangan buram - Klien mengatakan kaki sering tiba-tiba lemas. Do: - Hasil <i>reach test</i> <6 inchi - Hasil TUG Test 19 detik - Lantai kamar mandi tampak licin dan sedikit gelap	1.Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (R : Klien mengatakan pandangan buram dan kaki sering tiba-tiba lemas) 2.Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (R: Klien mengatakan area kamar mandi sedikit gelap dan licin) 3.Menganjurkan untuk menyalakan lampu pada siang hari agar rumah tidak gelap (R : Klien mengatakan akan menyalakan lampu walau disiang hari).	16/02/2024 Pukul : 13.15 S : - Klien mengatakan nyeri berkurang serta pandangan klien masih kabur - Klien mengatakan tidak terjatuh saat berjalan - Klien mengatakan tidak terjatuh saat berderi - Klien mengatakan tidak jatuh saat di kamar mandi O :	Silvi Sri Wahyuni, S.Kep.

10.25		<p>4.Menganjurkan untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>(R : Klien mengatakan selalu menggunakan alas kaki yang tidak licin)</p>	<p>-Klien tampak rileks</p> <p>-Klien Tampak mengikuti kegiatan senam sambil duduk</p> <p>-Klien menggunakan alat bantu jalan</p>	
10.30		<p>5.Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>(R :Klien mengatakan akan,melebarkan jarak kedua kaki, Hasil reach test <6 inchi,Hasil TUG Test 19 detik)</p>	<p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	

3.2 Pembahasan

Proses keperawatan telah dilaksanakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ny. E selama 4 hari. Selama dilapangan penulis tidak ada kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien Setelah penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan dan intervensi berdasarkan *evidence based practice* (EBP) yang berhubungan dengan kasus hipertensi ternyata mendapatkan hasil positif dimana masalah keperawatan pada klien dapat teratasi dengan baik. Maka dari itu, penulis akan membahas fakta dilapangan mengenai kasus yang diperoleh adalah sebagai berikut :

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan serta sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan, dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses

keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh klien (Kemenkes, 2017).

Pengkajian dilakukan hari selasa 13 februari 2024 di panti werdha griya lansia. dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.E usia 75 tahun dan sudah tidak bekerja Ny.E menderita hipertensi sejak 2 tahun yang lalu dan mengkonsumsi obat antihipertensi (Aamlodipin 10mg) sejak 3 bulan yang lalu. Didapatkan bahwa penyebab hipertensi pada Ny.E yaitu faktor usia saat ini mencapai 75 tahun dan klien memiliki riwayat penyakit hipertensi dari keluarganya. Ny.E berolahraga 1 minggu sekali pada akhir pekan, berjalan santai bersama dengan lansia disekitar halaman panti. Menurut teori yang tercantum (riyanto, 2014) faktor resiko terjadinya hipertensi terbagi menjadi 2 yaitu, faktor resiko yang bisa dirubah penyebabnya seperti usia yang obesitas (kegemukan), merokok, alkohol dan polisitemia, lalu untuk faktor resiko yang tidak dapat dirubah seperti riwayat keluarga yang mengalami hipertensi, ras, dan usia yang lebih dari 60 tahun.

Pada teori yang tercantum (Fudiastuti, 2016) manifestasi klinis atau tanda gejala yang dapat dirasakan oleh penderita hipertensi yaitu diantaranya penderita mengalami penglihatan kabur karena kerusakan retina, merasakan nyeri pada kepala, mual dan muntah akibat meningkatnya tekanan intrakranial, adanya edema dependent, adanya pembengkakan karena meningkatnya tekanan kapiler. Dari Hasil pengkajian, didapatkan data dimana tanda dan gejala yang dirasakan oleh klien terdapat kesamaan dengan beberapa tanda dan gejala yang ada dalam teori (Fudiastuti, 2016) yaitu diantaranya klien mengeluh nyeri dibagian kepala dan panas dibagian tengkuk dan pandangan klien buram. Keluhan lain yang dirasakan

oleh klien yaitu klien mengeluh sulit tidur karena nyeri kepala. Data lanjutan yang didapatkan saat pemeriksaan fisik terdapat peningkatan tekanan darah dengan hasil 177/116 mmHg.

Dari hasil pengkajian khusus gerontik yang terdiri dari Apgar Keluarga didapatkan bahwa Ny.E memiliki nilai 10 yang termasuk kategori baik, terdapat pengkajian Fungsi Kognitif didapatkan skor salah 3 yang termasuk kategori fungsi intelektual ringan, terdapat pengkajian *Mini Mental State Examination* (MMSE) didapatkan nilai benar 26 dan nilai salah 4 termasuk kategori tidak ada kerusakan kognitif, terdapat pengkajian Status Fungsional (Indeks Kemandirian Katz) Ny.E termasuk dalam katogori A dikarenakan klien masih bisa dilakukan secara mandiri tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan dari orang lain diantaranya yaitu makan, kontinensia (BAK, BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi, pasien tidak menggunakan alat bantu berjalan. Terdapat pengkajian *Sreening Faal Fungcional Reach* (FR) Test didapatkan hasil klien memiliki skor 5 *inchi*, maka dapat disimpulkan bahwa klien memiliki risiko jatuh, terdapat pengkajian *The Time Up and Go* (TUG) Test berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan data bahwa klien termasuk dalam kategori *low to moderete risk og falling* yaitu dengan score 19 detik. Terdapat pengkajian *Geriactic Depression Scale* (Skala Depresi) didapatkan skor 1 sehingga disimpulkan klien tidak depresi.

Klasifikasi hipertensi berdasarkan tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik Ny.E berada pada kategori stadium II (sedang) yaitu 177/116 mmHg. Pada kasus Ny.E tanda gejala yang dirasakan yaitu nyeri kepala, panas tengkuk, sulit tidur dan pandangan buram.

3.2.2 Diagnosis Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian, penulis mulai merumuskan masalah keperawatan. Pada tahap ini penulis menemukan kesenjangan, dimana masalah keperawatan menurut tinjauan teoritis ada 8 masalah keperawatan, sementara yang ditunjukkan pada Ny.E ada 4 masalah keperawatan yang muncul. Berikut rumusan diagnosa keperawatan yang muncul sesuai teori:

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- c. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- e. Risiko jatuh ditandai dengan gangguan keseimbangan
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala
- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.
- h. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Dari ke delapan diagnosis keperawatan, tidak semua diagnosis diangkat karena data pada klien tidak memenuhi kriteria data mayor dan data minornya setiap diagnosis, terdapat 3 diagnosis keperawatan yang ditemukan pada kasus hipertensi Ny.E, yaitu :

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan panas dibagian tengkuk, klien tampak meringis, tekanan darah klien 177/116 mmHg.

Masalah ini penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data bahwa klien mengeluh nyeri kepala dan panas tengkuk, nyeri seperti tertindih benda berat. Skala nyeri 5 (0-10), nyeri berkurang jika di istirahatkan dan bertambah jika melakukan aktivitas, tekanan darah: 177/116 mmHg sejalan dengan teori yang tepat (SDKI, 2018). Nyeri akut ini menjadi salah satu masalah utama karena keadaan nantinya akan menimbulkan terganggunya sistem kardiovaskuler atau kerusakan organ apabila jika segera tidak ditangani akan mengakibatkan komplikasi seperti nyeri hebat, stroke, penyakit jantung, kerusakan ginjal, dan tekanan darah menjadi meningkat. Dari data diatas penulis menemukan data yang termasuk dalam data mayor yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis dan mengeluh sulit tidur maka dapat ditegakan diagnosis nyeri akut.

- b. Gangguan pola tidur b.d nyeri kepala dibuktikan dengan klien mengatakan sering sulit tidur dan sering terbangun pada malam dan sulit untuk tidur lagi, klien tidur 5 jam/hari, tekanan darah 177/116 mmHg.

Masalah ini penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data bahwa klien mengeluh sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari dan sulit untuk tidur lagi, klien tidur 5jam/hari, tekanan darah 177/116 mmHg sejalan dengan teori yang terdapat dalam (SDKI, 2018). Gangguan pola tidur ini akan terganggu jika terjadinya nyeri tidak ditangani.

Dari data diatas penulis menemukan beberapa data yang termasuk data mayor yaitu klien mengeluh sulit tidur, sering terbangun malam hari dan tidak bisa tidur lagi, mengeluh tidak puas tidur karena klien hanya tidur 5jam/hari, maka dapat ditegakan diagnosis gangguan pola tidur.

- c. Resiko jatuh dibuktikan dengan klien mengatakan pandangan buram, klien mengatakan kaki sering tiba-tiba lemas, hasil *reach test* <6 *inchi*, Hasil TUG Test 19 detik dan area kamar mandi tampak gelap dan sedikit licin. Masalah ini penulis angkat karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data klien mengeluh pandangan buram, kaki klien sering tiba-tiba lemas ketik berdiri lama, dan lingkungan klien yang tidak aman seperti area kamar mandi yang licin dan gelap, hasil *reach test* <6 *inchi*, hasil TUG *test* 19 detik, sejalan dengan teori yang terdapat dalam (SDKI, 2018). Untuk menegakan diagnosis terdapat faktor resiko yaitu usia 75 tahun, pandangan buram, kaki klien sering tiba-tiba lemas ketik berdiri lama, dan lingkungan klien yang tidak aman seperti area kamar mandi yang licin dan gelap. Terkait dengan hasil teori dan data yang ada menunjukkan untuk menegakan diagnosis resiko jatuh diangkat menjadi diagnosis keperawatan klien.

Berdasarkan konsep dari teori diagnosis yang mungkin muncul pada pasien terdapat 8 diagnosis, sedangkan pada pasien kelolaan penulis yang muncul berdasarkan konsep didapatkan 3 diagnosa. Diagnosa yang tidak ditemukan pada kasus kelolaan penulis yaitu penurunan curah jantung. Diagnosis tersebut tidak diangkat oleh penulis karena berdasarkan data hasil pengkajian klien tidak

mengeluh nyeri dada, bengkak pada tubuh dan tidak ada hasil rekaman EKG. Sedangkan berdasarkan teori penurunan curah jantung dapat diangkat masalah jika ditemukan data pada klien seperti ada tanda bradikardi/takikardi, edema, distensi vena jugularis, warna kulit pucat, sedangkan pada pasien kelolaan tidak ditemukan tanda gejala tersebut (SDKI, 2018).

Diagnosis hipervolemia tidak diangkat oleh penulis karena pada kasus kelolaan klien mengatakan tidak pernah sesak napas dengan hasil RR 20x/menit dan SPO2 99%, tidak ada edema ditubuh klien, tidak terdapat peningkatan JPV, sedangkan berdasarkan teori seseorang dikatakan hipervolemia apabila ditemukan tanda dan gejala pada saat pengkajian yaitu klien mengeluh sesak saat berbaring (ortopneu), adanya edema, berat badan meningkat dalam waktu singkat dan peningkatan JPV. Sedangkan pada pasien kelolaan tidak ditemukan tanda gejala tersebut sehingga penulis tidak mengangkat diagnosis tersebut (SDKI, 2018).

Diagnosis intoleransi aktivitas tidak diangkat oleh penulis karena pada kasus kelolaan klien mengatakan tidak pernah sesak napas saat klien beraktivitas, prekuensi jantung tidak meningkat 20% dari kondisi istirahat, dan tidak ada gambaran EKG. Sedangkan berdasarkan teori seseorang dikatakan intoleransi aktivitas apabila ditemukan tanda dan gejala pada saat pengkajian yaitu klien prekuensi jantung meningkat 20% dari kondisi istirahat, tekanan darah lebih 20% dari kondisi istirahat, terdapat hasil EKG aritmia saat/setelah aktivitas dan sianosis. Sedangkan pada pasien kelolaan tidak ditemukan tanda gejala tersebut sehingga penulis tidak mengangkat diagnosis tersebut (SDKI, 2018).

Diagnosis defisit pengetahuan tidak diangkat oleh penulis karena pada

kasus kelolaan klien mengatakan klien mempunyai penyakit hipertensi dan selalu minum obat saat merasakan nyeri kepala dan tekanan darah tinggi. Sedangkan berdasarkan teori seseorang dikatakan defisit pengetahuan apabila ditemukan tanda dan gejala pada saat pengkajian yaitu klien menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan. Sedangkan pada pasien kelolaan tidak ditemukan tanda gejala tersebut sehingga penulis tidak mengangkat diagnosis tersebut (SDKI, 2018).

Diagnosis ansietas tidak diangkat oleh penulis karena pada kasus kelolaan klien tidak tampak bingung dengan penyakitnya dan tidak merasa khawatir dengan akibat dari penyakitnya. Sedangkan berdasarkan teori seseorang dikatakan ansietas apabila ditemukan tanda dan gejala pada saat pengkajian yaitu klien merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapinya, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah dan tegang, dan sulit tidur. Sedangkan pada pasien kelolaan tidak ditemukan tanda gejala tersebut sehingga penulis tidak mengangkat diagnosis tersebut (SDKI, 2018).

3.2.3 Tahap Perencanaan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI,2018). Dimana tindakan keperawatan setelah semua data yang terkumpul semua selesai dilakukan prioritas masalah. Pada tahap intervensi, penulis menemukan kesulitan dan hambatan hal ini dikarenakan diagnosis keperawatan yang ada pada teori sebagian tidak muncul pada kasus ini,

sehingga perencanaan yang sudah terdapat pada teori tidak bisa semuanya dilaksanakan pada kasus yang terdapat di lapangan. Karena apabila perencanaan tidak sesuai dengan masalah yang di alami klien maka rencana tersebut tidak akan memperbaiki kondisi yang dialami oleh klien secara optimal.

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

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Diagnosis utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, maka intervensi utama yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan dilakukannya identifikasi lokasi, katrakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, indentifikasi skala nyeri, indentifikasi respon nyeri verbal, indentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, dan memberikan klien teknik rendam kaki menggunakan air hangat selama 20 menit dengan suhu air 40 derajat selsius, kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (SIKI, 2018). Adapun kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan yaitu tingkat nyeri menurun dengan kriteria

hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, tekanan darah membaik, pola tidur membaik (SLKI, 2018).

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala

Diagnosis kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala. Maka intervensi yang diberikan intervensi dukungan tidur berupa identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/psikologi), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, modifikasi lingkungan, batasi waktu tidur siang, jika perlu, tetapkan jadwal tidur rutin, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur (SIKI, 2018). Adapun kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan yaitu pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun (SLKI, 2018).

c. Resiko jatuh ditandai dengan pandangan buram

Diagnosis ke tiga yaitu resiko jatuh ditandai dengan pandangan buram maka intervensi yang dilakukan yaitu menggunakan intervensi utama yaitu pencegahan jatuh berupa tindakan yang dilakukan identifikasi faktor jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, hitung resiko jatuh menggunakan skala, gunakan alat bantu berjalan, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan berdiri (SIKI, 2018). Adapun kriteria hasil intervensi keperawatan yang telah ditentukan yaitu tingkat jatuh menurun

dengan kriteria hasil jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat di kamar mandi menurun (SLKI, 2018).

Intervensi yang di lakukan kepada Ny. E yaitu dengan mendemonstrasikan cara merendamkan kaki menggunakan air hangat sesuai anjuran EBP dimana intervensi ini bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, Prinsip kerja dari terapi ini adalah dengan menggunakan air hangat yang bersuhu 38-40 derajat selsius selama 20 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.

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 tubuh terhadap air (Morgan, 2019).

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam tahap ini, penulis melakukan implementasi sesuai intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya dengan persetujuan klien. Implementasi menggunakan keterampilan yang dimiliki oleh penulis dan sumber daya klien. Maka dari itu penulis telah melaksanakan semua rencana tindakan keperawatan yang telah disusun, semua tindakan tersebut tidak sempurna, karena banyak faktor lainnya. Berikut diagnosis yang telah dilakukan implementasi keperawatan:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Berdasarkan diagnosis pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, sesuai dengan perumusan diagnosis keperawatan maka intervensi utama yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri dengan hasil klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan panas dibagian tengkuk, mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil klien mengatakan skala nyeri 5 (0-10), memeriksa tanda-tanda vital dengan hasil TD :170/105, R : 20X/mnt, N : 97X/mnt, SPO2: 99%, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil hal yang memperberat nyeri yaitu beraktivitas terlalu berat dan yang mengurangi nyeri adalah istirahat, mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah (Rendam Kaki menggunakan air hangat) dengan hasil klien mau melakukan terapi rendam air hangat, memfasilitasi istirahat tidur dengan hasil klien mengatakan akan tidur ketika mengantuk, Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya dengan hasil klien mengatakan bersedia untuk dikunjungi di hari berikutnya.

Adapun Instrumen yang digunakan pada saat pemberian implementasi rendam kaki dengan air hangat yaitu : *sphygmanometer*, air hangat, *thermometer*, handuk, *stopwatch*, baskom. Rendam kaki air hangat dilakukan setiap pagi selama 3 kali (1 hari 1 kali) berturut turut dengan suhu air 38-40°C dengan batas diatas mata kaki selama 20 menit (Astutik & Mariyam, 2021), dengan pemeriksaan tekanan darah pasien dilakukan sebelum dan sesudah terapi berlangsung. Setelah intervensi selesai, keringkan kaki dengan menggunakan handuk. Implementasi keperawatan diatas dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan menyesuaikan kondisi klien sehingga tindakan keperawatan ini dapat mencapai hasil yang maksimal, dan mencapai kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya.

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala

Berdasarkan diagnosis kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala, sesuai dengan perumusan diagnosis keperawatan maka intervensi utama yang dilakukan yaitu dengan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur dengan hasil klien mengatakan sehari-hari aktifitas rumah tangga dan mengikuti kegiatan di panti,klien mengeluh pola tidur tidak teratur karena sering sulit tidur, sering terbangun pada malam hari dan sulit untuk tidur lagi, klien tidur 5 jam/hari, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil klien mengeluh terganggu tidurnya karena sakit kepala yang dirasakan, mengidentifikasi makanan/minuman yang sering di konsumsi/ yang menyebabkan sulit tidur dengan hasil klien mengatakan jarang meminum kopi dan jarang makan/minum yang dapat membuat sulit tidur, membatasi waktu

tidur siang dengan hasil klien mengatakan tidur siang hanya 45 menit, menerapkan jadwal tidur rutin dengan hasil klien mengatakan akan mencoba untuk tidur sesuai jadwal, tidur pada pukul 21.00 WIB dan bangun pada pukul 04.00 WIB.

Implementasi keperawatan diatas dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan menyesuaikan kondisi klien sehingga tindakan keperawatan ini dapat mencapai hasil yang maksimal, dan mencapai kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya.

c. Resiko jatuh ditandai dengan pandangan buram

Berdasarkan diagnosis ketiga yaitu Resiko jatuh ditandai dengan pandangan buram, sesuai dengan perumusan diagnosis keperawatan maka intervensi utama yang dilakukan yaitu dengan mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil klien mengatakan pandangan buram dan kaki sering tiba-tiba lema, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh dengan hasil klien mengatakan area kamar mandi sedikit gelap dan licin, menganjurkan untuk menyalakan lampu pada siang hari agar rumah tidak gelap dengan hasil klien mengatakan akan menyalakan lampu walau disiang hari, menganjurkan untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin dengan hasil klien mengatakan selalu menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri dengan hasil klien mengatakan akan,melebarkan jarak kedua kaki, Hasil reach test <6 inchi, Hasil TUG Test 19 detik.

Implementasi keperawatan diatas dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan menyesuaikan kondisi klien sehingga tindakan keperawatan ini dapat mencapai hasil yang maksimal, dan mencapai kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakan pada akhir proses keperawatan (Kemenkes RI, 2017).

Evaluasi disusun menggunakan format SOAP yaitu diantaranya:

S : berupa perasaan ungkapan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif oleh klien setelah diberikan implementasi keperawatan.

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 analisa.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x pertemuan, evaluasi pada diagnosis nyeri akut yaitu klien mengatakan nyeri kepala berkurang dengan skala nyeri 2 (1-10) , meringis berkurang, TD : 140/90mmHg. Hasil dari *therapy* rendam kaki menggunakan air hangat selama 3 hari (1x/hari) didapatkan tekanan darah Ny.E menurun, dari hari ke 1 tekanan darah klien 170/105 mmHg setelah dilakukan *therapy non farmakologi* rendam kaki menggunakan air hangat tekanan darah klien berangsur turun menjadi 157/80, hari ke 2 setelah dilakukan *therapy non*

farmakologi tekanan darah klien berangsur membaik menjadi 150/95. Setelah dilakukan therapy nonfarmakologi rendam kaki menggunakan air hangat hari ke 3 tekanan darah klien sangat baik dan memenuhi target yaitu 140/90 mmHg.

Klien mengatakan bahwa setelah dilakukan *therapy* nonfarmakologi ini sangat membantu menurunkan nyeri yang dirasakannya dan mampu merubah pola tidurnya. Sejalan dengan tujuan yang sudah ditetapkan yaitu tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, tekanan darah membaik, pola tidur membaik, sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosis nyeri kronis masalah teratasi.

Evaluasi pada diagnosis yang kedua yaitu gangguan pola tidur klien mengatakan dapat tidur jam 21.00 dan bangun jam 04.00 serta tidak terjaga malam, klien juga tampak terlihat segar, sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosis ganggua pola tidur masalah teratasi.

Evaluasi pada diagnosis yang ketiga yaitu resiko jatuh klien mengatakan nyeri berkurang serta pandangan masih buram karena klien mengalami penurunan fungsi penglihatan, klien tidak terjatuh saat berjalan, klien tidak terjatuh saat berdiri, klien tidak jatuh saat dikamar mandi, dan kriteria dari tingkat jatuh menurun tercapai, sehingga dapat disimpulkan untuk diagnosis resiko jatuh masalah teratasi.

3.2.6 Analisis Asuhan Keperawatan Berdasarkan *Evidence Based Practice*

Pada saat melakukan studi kasus dilapangan ada beberapa masalah keperawatan yang muncul dengan beberapa tanda dan gejala yang mendukung terhadap masalah keperawatan yang dialami klien diantaranya yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, dan resiko jatuh.

Pada saat dilakukan pengkajian diketahui bahwa klien menderita hipertensi sejak 2 tahun yang lalu dan diagnosis utama yang muncul yaitu nyeri akut ditandai dengan klien mengeluh sakit kepala karena tekanan darah klien yang tinggi, penulis memberikan intervensi untuk mengatasi masalah tersebut dengan rendam kaki menggunakan air hangat dan intervensi tersebut sudah berbasis bukti atau sesuai dengan *evidence based practice*.

Salah satu terapi non farmakologis bagi penderita hipertensi adalah *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).

Berdasarkan penelitian ini ditelaah oleh Arifin dan Mustofa (2021), Populasi menggunakan dua partisipan yang mengalami hipertensi dengan usia 60-70 tahun, belum mendapatkan terapi rendam kaki dan sedang mengkonsumsi obat hipertensi. Berdasarkan hasil asuhan keperawatan 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 2 kali dalam satu minggu selama 3 minggu. Dari hasil studi kasus tekanan darah dari kedua klien terdapat penurunan

sesudah terapi rendam kaki air hangat. Klien 1 tekanan darahnya menurun dari 180/100 mmHg menjadi 140/80 mmHg. Sementara klien 2 dari 160/100 mmHg menjadi 140/70 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.

Implementasi yang diberikan kepada Ny. E yaitu dengan rendam kaki menggunakan air hangat. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Astutik dan Mariyam (2021), dengan jenis penelitian *deskriptif* kasus. Populasi pada penelitian ini sebanyak 2 responden. Rendam kaki air hangat dilakukan setiap pagi selama 3 kali (1 minggu 1 kali) berturut turut dengan suhu air 38-40°C dengan batas diatas mata kaki selama 20 menit. Hasil studi kasus penerapan rendam kaki menggunakan air hangat yang telah dilakukan pada kedua responden hipertensi diperoleh hasil adanya penurunan tekanan darah, sebelum dan sesudah dilakukan terapi rendam kaki selama 3 hari, dengan hasil 160/100 mmHg menjadi 130/90 mmHg dan 170/90 mmHg menjadi 130/90 mmHg.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Uyun, dkk (2020), dengan cara pengukuran Tekanan darah sebelumnya kemudian diberikan intervensi Rendam kaki dengan menggunakan air hangat dan setelah itu melakukan pengukuran tekanan darah kembali sebanyak 3 kali. Sampelnya adalah klien yang mengalami hipertensi yang memenuhi kriteria inklusi, tehnik pengambilan sampel menggunakan teknik random sampling dengan metode *purposive sampling*,

dengan subyek penelitian sebanyak 18 orang. Hasil analisa data menggunakan *uji statistik Paired T- Test* diperoleh nilai p value = 0,001 artinya ada pengaruh terapi rendam kaki menggunakan air hangat terhadap tekanan darah. Dari hasil penelitian ini, rendam kaki dengan menggunakan air hangat sangat efektif menurunkan tekanan darah pada kasus hipertensi.

Penurunan tekanan darah dapat dipengaruhi juga oleh usia. Bagi kebanyakan orang, tekanan darah meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Bagi kaum pria, resiko ini lebih cepat terjadi, yaitu saat usia 45-50 tahun. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Hidayah (2018) tentang usia yang didapatkan sebanyak 100% berusia diatas 45 tahun. Hal ini berarti Hipertensi dapat dipengaruhi oleh pertambahan usia. Penurunan tekanan darah dapat dipengaruhi juga oleh jenis kelamin. Pada umumnya lebih banyak pria menderita Hipertensi dibandingkan dengan perempuan dan didapatkan hasil penelitian diatas tentang jenis kelamin yang didapatkan sebanyak 53.3% berjenis kelamin laki-laki. Hal ini berarti Hipertensi dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lestari, dkk (2023). Metode penelitian menggunakan menggunakan metode *One group pre and post test*. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah lembar observasi dengan 39 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.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Chaidir¹,dkk (2022) Populasi dalam penelitian ini adalah penderita hipertensi dengan sampel sebanyak 40 orang diambil secara purposive sampling. Data dikumpulkan sebanyak dua kali, sebelum dan setelah melakukan terapi rendam kaki air hangat satu kali sehari selama 3 hari berturut-turut, Instrumen fisiologis itu adalah tensimeter digital. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi, terapi rendam kaki air hangat di lakukan pada pasien hipertensi yang memiliki tekanan darah sistole 140-159 mmhg dan diastole 90-95 mmHg. Untuk memperoleh data dilakukan dengan dua tahap pengukuran tekanan darah (pre) sebelum dilakukan terapi rendam kaki air hangat, mengukur tekanan darah secara langsung dengan menggunakan tensimeter digital. Apabila tekanan darah responden sesuai dengan kriteria sampel maka dilakukan inform consent. Tahap kedua (post) setelah dilaku tahap kedua (post) setelah dilakukan terapi rendam kaki air hangat dengan suhu 42°C selama 30 menit, Pengukuran tekanan darah dengan cara pengukuran langsung menggunakan tensimeter digital yang dilakukan pada masing-masing responden.

Setelah dilakukan penelitian terhadap 40 orang responden mengenai pengaruh terapi rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Kolok Kota Sawahlunto Tahun 2019, diperoleh kesimpulan sebagai berikut: Nilai rata-rata (mean) tekanan darah sistol sebelum dilakukan terapi rendam kaki air hangat adalah 148 mmHg dan diastol sebelum dilakukan terapi rendam kaki air hangat adalah 91 mmHg pada penderita hipertensi di Puskesmas Kolok Kota Sawahlunto Tahun 2019. Nilai rata-rata (mean) tekanan darah sistol sesudah dilakukan terapi rendam kaki air hangat adalah 137 mmHg

dan diastol sesudah dilakukan terapi rendam kaki air hangat adalah 82 mmHg pada penderita hipertensi di Puskesmas Kolok Kota Sawahlunto Tahun 2019. Nilai rata-rata (mean) tekanan darah sistol pada kelompok kontrol yang tidak dilakukan terapi rendam kaki air hangat pada H 1 adalah 144,30 mmHg dan diastole pada kelompok kontrol yang tidak dilakukan terapi rendam kaki air hangat pada H1 adalah 92,00 mmHg pada penderita hipertensi di Puskesmas Kolok Kota Sawahlunto Tahun 2019. Nilai rata-rata (mean) tekanan darah sistol pada kelompok kontrol yang tidak dilakukan terapi rendam kaki air hangat pada H3 adalah 144,60 mmHg dan diastol pada kelompok yang tidak dilakukan terapi rendam kaki air hangat pada H3 adalah 92,60 mmHg pada penderita hipertensi di Puskesmas Kolok Kota Sawahlunto Tahun 2019. Ada perbedaan yang signifikan antara nilai rata-rata tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukan terapi rendam kaki air hangat yaitu sistolik 10 mmHg dan diastolik 9 mmHg pada penderita hipertensi di Puskesmas Kolok Kota Sawahlunto Tahun 2019.

Secara ilmiah air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh. Hangatnya air membuat sirkulasi darah menjadi lancar. Oleh karena itu, penderita hipertensi dalam pengobatannya tidak hanya menggunakan obat-obatan, tetapi bisa menggunakan alternatif non farmakologis dengan menggunakan metode yang lebih mudah dan murah yaitu dengan menggunakan terapi rendam kaki air hangat yang bisa dilakukan di rumah.

BAB IV

PENUTUP

4.1 KESIMPULAN

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. E dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Panti Griya Lansia Kabupaten Garut. Dalam tahap ini penulis dapat menjalin kerjasama dengan klien dengan perawat panti dalam mengumpulkan data sehingga masalah-masalah yang ada pada klien dapat digali dan ditemukan oleh penulis.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada Ny. E dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Panti Griya Lansia Kabupaten Garut. Diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny. I yaitu : Nyeri akut, gangguan pola tidur, dan resiko jatuh.
3. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny. E dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Panti Griya Lansia sesuai dengan prioritas masalah yang muncul.
4. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny. E dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Panti Griya Lansia Kabupaten Garut sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan
5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. E dengan hipertensi Di Wilayah Kerja Panti Griya Lansia Kabupaten Garut dengan cara melihat langsung kondisi umum klien serta melakukan pemeriksaan dan wawancara kepada klien mengenai perkembangan klien.

6. Penulis mampu menganalisa Asuhan Keperawatan pada Ny. E dengan *evidence based practice* (EBP) Rendam Kaki Menggunakan air Hangat pada hipertensi.
7. Penulis mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan secara sistematis dan teoritis dapat penulis lakukan dengan semaksimal mungkin berdasarkan petunjuk teknis yang berlaku.

4.2 SARAN

4.2.1 Bagi akademik

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi dan tambahan ilmu pengetahuan untuk melakukan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan cara menurunkan tekanan darah pada klien dengan hipertensi.

4.2.2 Bagi perawat

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu penatalaksanaan asuhan keperawatan untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.

4.2.3 Bagi masyarakat

Disarankan bagi masyarakat terutama dengan masalah tekanan darah tinggi untuk dapat menurunkan tekanan darah dengan cara nonfarmakologi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arlita, M. 2014. *Medikal Bedah*. Yogyakarta: DIVA Press.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Garut , 2021. Jumlah Kasus 10 Penyakit Terbanyak di Kabupaten Garut, 2021. Garut: Badan Pusat Statistik Kabupaten Garut
- Bakris GL, Sorrentino MJ. Hypertension: A companion to Braunwald's Heart Disease, 3rd ed. Philadelphia: 2018, p 33-49.
- Bartlett, J.W. & Walker, P.L. (2019). Management of Calcium Channel Blocker Toxicity in the Pediatric Patient. *J Pediatr Pharmacol Ther.*, 24(5), pp. 378–389.
- Blush, A. J. (2014). *Integrative treatment of hypertension, clinical and mechanistic approach*. USA: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Brunner & Suddarth. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8 volume 2. Jakarta EGC
- Dinas Kesehatan JABAR. Profil Kesehatan Tahun 2016. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. 2016;(Dinas Kesehatan JABAR):189.
- Drago J, Williams GH, Lilly LS. Hypertension. In: Lilly LS. *Pathophysiology of Heart Disease*, 6th ed. 2016: 311-22.
- Fauzi, I. 2014. *Buku Pintar Deteksi Dini Gejala & Pengobatan Asam Urat, Diabetes & Hipertensi*. Yogyakarta : ARASKA
- Ganiswara SG. *Farmakologi dan Terapi*. 1995;Edisi 4
- Hall EJ, Carmo JM, Silva AA, Wang Z HME. Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms. *Circ Res*. 2015;116(6):991-1006.
- Kemenkes. RI. Infodatin Hipertensi. Infodatin (internet). 2014;(Hipertensi).
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Hasil Utama RISKESDAS 2018. [https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/ Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf)
- PPNI, P. D. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.

- PPNI, P. D. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI, P. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Price S. A & Wilson L. M. Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta : EGC; 2015
- Pudiastuti.(2015). Penyakit Pemicu stroke . Yogyakarta. Nuha Medika
- Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Stiyohadi B, Syam AF.2015. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I. VI*. Jakarta: Interna Publishing : 1132-53.
- Setiawan, Y. (2012). Olahraga Untuk Lansia. <http://www.lkc.or.id/> 2016/05/22/olahraga-untuk-lansia/
- Smeltzer, S. C., Bare, B.C., Hinkle, J., & Cheever, K. (2015). Brunner & Suddarth S textbook of medical-surgical nursing twelfth edition. Wolters Kluwer Health.
- Smeltzer & Bare.2017. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth (Ed.8, Vol. 1,2)*. Jakarta : EGC.
- Triyanto, E. 2014. Pelayanan Keperawatan bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu. Yogyakarta: Penerbit Graha Ilmu.
- Whelton PK. (2017). Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. Hypertension.
- WHO, 2019. Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Infodatin Hipertensi si Pembunuh Senyap. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- WHO. (2015). Frace: WHO
- Xingjiang X, Xiaochen Y, Wei L, Fuyong C, Pengqian W, and Jie W. (2017). Trends in the Treatment of Hypertension from the Perspective of Traditional Chinese Medicine. Volume 2013.
- Yannutsos A, Levy BI, Safar ME, Slama G, Blaher J. Pathophysiology of hypertension: interactions between macro and microvascular alterations through endothelial dysfunction. J Hypertens. 2014; 32(2):26-24.



YAYASAN DHARMA HUSADA INSANI GARUT
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

SK Mendiknas RI No. : 129/ D / 0 / 2007

Kampus I : Jl. Subyadinata No. 07 Garut – Jawa Barat Kampus II : Jl. Nusa Indah No. 24 Garut – Jawa Barat
Web : [https:// stikeskhg.ac.id](https://stikeskhg.ac.id) E-mail Stikeskarsahusada@yahoo.com

Nomor : 0677/STIKes/ KHG/LP4M/VII/2024
Lampiran : 1 Berkas
Perihal : Permohonan rekomendasi Izin Penelitian

Kepada Yth
Kepala BAKESBANGPOL Kabupaten Garut.
Di
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut, maka dengan ini kami memohon rekomendasi izin melakukan penelitian di Griya Lansia. Adapun nama mahasiswa yang akan melaksanakan penelitian tersebut adalah:

Nama : Silvi Sri Wahyuni
NIM : KHGD 23007
Topik penelitian : Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi Pada Ny. E Dengan Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Di Ruang Bougenvile Griya Lansia.

Data yang dibutuhkan : Data Penelitian

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu kami ucapkan Terima Kasih.

Garut, 10 Juli 2024

Hormat kami,
Ketua STIKes Karsa Husada Garut



H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes
NIK. 043298.1196.014



YAYASAN DHARMA HUSADA INSANI GARUT
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

SK Mendiknas RI No. : 129/ D / 0 / 2007

Kampus I : Jl. Subyadinata No. 07 Garut – Jawa Barat
Kampus II : Jl. Nusa Indah No. 24 Garut – Jawa Barat
Web : [https:// stikeskhg.ac.id](https://stikeskhg.ac.id) E-mail Stikeskarsahusada@yahoo.com

Nomor : 0678 /STIKes/ KHG/LP4M/VII/2024
Lampiran : 1 Berkas
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth
Kepala Griya Lansia Kabupaten Garut.
Di
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut, maka dengan ini kami memohon izin melakukan penelitian di Instansi yang Bapak / Ibu pimpin. Adapun nama mahasiswa yang akan melaksanakan penelitian tersebut adalah:

Nama :Silvi Sri Wahyuni
NIM :KHGD 23007
Topik penelitian :Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi Pada Ny. E Dengan Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Di Ruang Bougenvile Griya Lansia.
Data yang dibutuhkan :Data Penelitian

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu kami ucapkan Terima Kasih.

Garut, 12 Februari 2024






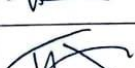


Hormat kami,
Ketua STIKes Karsa Husada Garut



H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes
NIK. 043298.1196.014

LEMBAR BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

NAMA : Silvi Sri Wahyuni
NIM : KHGD23007
PEMBIMBING : Tantri puspita, S.Kep., Ners., MNS
JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi Pada Ny.E Dengan Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat Di Ruang Bougenvile Griya Lansia Kabupaten Garut

No	Tanggal		Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	TTD
	Masuk	Keluar			
1	5 Februari 2024		Konsul judul	ACC	
2	16 Februari 2024		Implementasi		
3	11 Juni 2024		Konsul BAB I	- Tambahkan peran Perawat - Perbaiki penulisan	
4	3 Juli 2024		Konsul BAB I BAB II	- ACC BAB I - Revisi BAB II	
5	8 Juli 2024		Konsul BAB II BAB III	- ACC BAB II - Revisi BAB III	
6	12 Juli 2024		Konsul BAB III	- Revisi BAB III	
7	25 Juli 2024		Konsul BAB III BAB IV	- ACC BAB III	
8	30 Juli 2024		Konsul draft	- ACC sudah	

DOKUMENTASI



Pengkajian



Intervensi ke-1



Intervensi ke-2



Intervensi ke-3