

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI
MELALUI PENERAPAN *HYDROTHERAPY* DI PANTI SOSIAL
TRESNA WERDHA BUDI MULIA 1 CIPAYUNG**



DIAH AYU SAPUTRI

221560311024

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
TAHUN 2023**

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI
MELALUI PENERAPAN *HYDROTHERAPY* DI PANTI SOSIAL
TRESNA WERDHA BUDI MULIA 1 CIPAYUNG**

Karya Ilmiah Akhir Ners

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners



DIAH AYU SAPUTRI

221560311024

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
AGUSTUS 2023**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Diah Ayu Saputri

NPM : 221560311024

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan Judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Melalui Penerapan *Hydrotherapy* Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain. Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian penulisan ini saya buat dengan sesungguhnya di Jakarta pada tanggal 9 Agustus 2023

Bekasi, 9 Agustus 2023

Diah Ayu Saputri

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor dua serta telah
Disetujui untuk Melaksanakan Seminar Hasil

Bekasi, 09 Agustus 2023

Menyetujui,

Penguji I



Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Penguji II



Ns.Andi Pranata, M.Kep
NIK. 122312199221

Mengetahui,

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners



Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Diah Ayu Saputri

NPM : 221560311024

Program Studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir : “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Melalui Penerapan *Hydrotherapy* Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia I Cipayang”

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 10 April 2023

Bekasi, 09 Agustus 2023

Penguji I

Kiki Deniati S. Kep., Ns., M. Kep
NIDN. 0316028302

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Penguji II

Ns. Andi Pranata, M. Kep
NIK. 122312199221

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan
Pendidikan Profesi Ners

Puri Kresna Wati, SST., M.KM
NIDN. 0309049001

Kiki Deniati S. Kep., Ns., M. Kep
NIDN. 0316028302

Disahkan
Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes
NIDN. 0319017902

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Melalui Penerapan *Hydrotherapy* di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayang” sesuai dengan harapan. Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Selesainya Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

- a. Ns.Andi Pranata,S.Kep., M.Kep Selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan arahan, masukan, motivasi dan dukungan selama proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners.
- b. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia sekaligus Penguji I Seminar Karya Ilmiah Akhir Ners yang telah memberikan saran dan masukan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.

- c. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia yang telah memberikan arahan selama Pendidikan profesi ners.
- d. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik yang telah memfasilitasi kebutuhan akademik selama menempuh Pendidikan pada program profesi ners.
- e. Nurti Y.K.Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.A, selaku Koordinator Profesi Ners yang telah membimbing dan memberikan arahan selama menempuh Pendidikan profesi ners.
- f. Kedua orang tua dan saudara penulis yang tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
- g. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan XI STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

Bekasi, 9 Agustus 2023

Diah Ayu Saputri

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Manfaat	6
1. Manfaat Teoritis.....	6
2. Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Hipertensi	7
1. Pengertian	7
3. Etiologi.....	9
4. Patofisiologi.....	10
5. Manifestasi Klinis	12
7. Pemeriksaan Penunjang	12
B. Konsep Lansia.....	14
1. Definisi Lanjut Usia (Lansia).....	14
2. Karakteristik Lansia	14
3. Batasan Usia Lanjut	15
4. Tipe-tipe lanjut usia	16
5. Perubahan yang terjadi pada orang lanjut usia (Lansia)	17

C.	Terapi Rendam kaki Air Hangat	21
1.	Definisi rendam kaki air hangat	21
2.	Manfaat rendam kaki air hangat	22
3.	Prosedur rendam kaki air hangat.....	22
D.	Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi.....	23
1.	Pengkajian.....	23
2.	Pemeriksaan Fisik	26
3.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	30
4.	Intervensi Keperawatan	31
5.	Implementasi Keperawatan.....	31
4.	Evaluasi Keperawatan.....	31
BAB III	ASUHAN KEPERAWATAN.....	33
A.	Asuhan Keperawatan Pada Pasien ke 1	33
B.	Asuhan Keperawatan Pada pasien 2	68
BAB IV	PEMBAHASAN	102
A.	Pengkajian	102
2.	Menurut Kasus	104
3.	Analisa Peneliti	106
4.	<i>Evidence Based</i>	106
B.	Diagnosis Keperawatan.....	107
1.	Menurut Teori	107
2.	Menurut Kasus	108
3.	Analisa Peneliti	108
4.	Evidence Based	109
C.	Intervensi Keperawatan.....	110
1.	Menurut Teori	110
2.	Menurut Kasus	111
4.	<i>Evidence based</i>	112
D.	Implementasi Keperawatan.....	113
1.	Menurut Teori	113
2.	Menurut Kasus	114

3. Tindakan <i>evidence based</i>	114
E. Evaluasi Keperawatan	114
1. Menurut Teori	114
2. Menurut Kasus	115
BAB V PENUTUP	117
A. Simpulan	117
B. Saran.....	118
DAFTAR PUSTAKA	120

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi Menurut <i>JNC</i>	8
Tabel 3. 1 KATZ Indeks	40
Tabel 3. 2 Barthel Indeks	42
Tabel 3. 3 Status Mental Gerontik	43
Tabel 3. 4 MMSE (Mini Mental Status Exam).....	44
Tabel 3. 5 The Timed Up and Go (TUG) Test.....	50
Tabel 3. 6 Geriatric Depression Scale (GDS)	51
Tabel 3. 7 Analisa Data	53
Tabel 3. 8 Diagnosa Keperawatan	54
Tabel 3. 9 Intervensi Keperawatan.....	54
Tabel 3. 10 Implementasi Keperawatan (Hari Pertama).....	56
Tabel 3. 11 Implementasi Keperawatan (Hari Kedua).....	60
Tabel 3. 12 Implementasi Keperawatan (Hari Ketiga)	63
Tabel 3. 13 Evaluasi Keperawatan.....	66
Tabel 3. 14 KATZ Indeks	75
Tabel 3. 15 Barthel Indeks	77
Tabel 3. 16 Status Mental Gerontik	78
Tabel 3. 17 MMSE (Mini Mental Status Exam).....	78
Tabel 3. 18 The Timed Up and Go (TUG) Test.....	84
Tabel 3. 19 Geriatric Depression Scale (GDS)	86
Tabel 3. 20 Analisa Data	87
Tabel 3. 21 Diagnosa Keperawatan	88
Tabel 3. 22 Rencana Keperawatan.....	88
Tabel 3. 23 Implementasi Keperawatan (Hari Pertama).....	90
Tabel 3. 24 Implementasi Keperawatan (Hari Kedua).....	94
Tabel 3. 25 Implementasi Keperawatan (Hari Ketiga)	97
Tabel 3. 26 Evaluasi Keperawatan.....	100

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Kegiatan Bimbingan.....	122
Lampiran 2 Lembar Dokumentasi	124
Lampiran 3 Standar Oprasional Prosedur Hydrotherapy	125
Lampiran 4 Biografi Penulis.....	138

BAB I

PENDAHULUAN

Bab ini berisi penjelasan tentang latar belakang, rumusan masalah dan tujuan serta manfaat penelitian, bagian ini memuat alasan pentingnya dilakukan hydrotherapy rendam kaki air hangat yang didukung dengan data dan fakta-fakta penelitian lainnya terkait kasus hipertensi.

A. Latar Belakang

Tekanan darah tinggi seringkali disebut sebagai *silent killer* yang merupakan penyebab kematian seseorang karena biasanya terjadi tanpa gejala apapun dan hanya terjadi saat tubuh mengalami gangguan. Masalah yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi sangat kompleks mencakup penyakit jantung, stroke dan penyakit ginjal yang dapat berakibat kematian pada seseorang (WHO, 2018).

Hipertensi memiliki arti sebagai tekanan darah sistolik yang lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg, didasarkan pada 2 kali pengukuran atau lebih. Sering kali penderita tidak merasakan gejala pada awal penyakit hipertensi atau darah tinggi, namun tekanan darah tinggi dapat mengganggu fungsi jantung bahkan meyebabkan stroke dan kemungkinan tekanan darah tinggi akan semakin tinggi saat usia semakin bertambah (Hastuti, 2019).

Badan kesehatan dunia atau *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwasanya 39,6% orang didunia mengalami

hipertensi. Pada tahun 2009, data jumlah penderita hipertensi sebanyak 972 juta orang dengan jumlah penderita yang terbanyak adalah laki-laki yaitu sebesar 76,6% (Nazaruddin, 2021).

Data penderita hipertensi di Indonesia pada tahun 2013 dari 25,8% menjadi 34,1%. Sedangkan jumlah Prevalensi penderita hipertensi pada Provinsi DKI Jakarta sebesar 13,4%, pada daerah Kalimantan Selatan sebesar 13,3%, Sulawesi Barat sebesar 12,3% , dan Jawa Barat merupakan provinsi dengan prevalensi terbesar kedua setelah Kalimantan Selatan dengan prevalensi 39,6%. Provinsi Papua memiliki prevalensi hipertensi yang terendah sebesar 22,2%, diikuti Maluku Utara sebesar 24,65% dan Sumatra Barat 25,16% (Kemenkes RI, 2019). Prevalensi hipertensi yang didapatkan berdasarkan hasil pengukuran di DKI Jakarta, Jakarta Pusat menduduki peringkat pertama sebesar 39,05%, Jakarta Timur menjadi kota dengan prevalensi terbesar kedua sebanyak 35,45%. Jakarta Selatan memiliki prevalensi terendah sebesar 29,93% (Kemenkes RI, 2019).

Menurut data tabulasi dari praktek mahasiswa profesi Ners STIKes Medistra Indonesia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Jakarta Timur pada bulan februari 2023 dengan total lansia Wisma Bugenvile 36 lansia dan Asoka terdapat 37 lansia dan terdapat 26 lansia menderita hipertensi . Perawat klinik PSTW Budi Mulia 1 mengatakan bahwa selama ini untuk pengobatan lansia penderita hipertensi hanya menggunakan terapi farmakologi saja,

sedangkan untuk terapi non farmakologi hanya melakukan senam hipertensi yang dilakukan setiap pagi dan untuk terapi non farmakologi yang lainnya tidak dilakukan.

Untuk menurunkan tekanan darah yang tinggi atau hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan 2 cara yaitu dengan terapi farmakoterapi dan non-farmakoterapi. Terapi farmakoterapi dilakukan dengan menggunakan obat-obatan kimia yang dianggap efektif dan mampu menurunkan tekanan darah. Terapi nonfarmakoterapi merupakan pengobatan tanpa obat dalam proses terapinya. Salah satu terapi tradisional yang dipakai untuk menurunkan tekanan darah yaitu terapi rendam kaki menggunakan air hangat (Dilianti, Candrawati and Adi, 2017).

Terapi dengan merendam kaki menggunakan air hangat ialah terapi dengan cara penderita merendam kaki hingga batas waktu 10-15 cm diatas mata kaki dengan menggunakan air hangat, merendam kaki dengan air hangat memiliki manfaat dengan cara mengambil alih fungsi herbal untuk memanaskan tubuh dari luar, serta meningkatkan sirkulasi darah ke tubuh pada bagian atas (Sari and Aisah, 2022). Secara fisiologis, air hangat memiliki efek menguntungkan bagi kesehatan seperti meningkatkan sirkulasi jantung dan meningkatkan oksigen dalam darah dan meningkatkan volume aliran darah ke dan dari jantung, sehingga diantisipasi bahwa air hangat dapat mengurangi

tekanan darah penderita yang tinggi (Ferayanti, Erwanto and Sucipto, 2017).

Organisasi Dunia di bidang kesehatan atau *World Health Organization* (WHO), merekomendasikan penggunaan *Hydrotherapy* atau rendam kaki air hangat sebagai terapi nonfarmakologi untuk dapat menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Hasil penelitian Dilianti, Candrawati and Adi (2017) bahwa *hydrotherapy* rendam kaki dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi karena air yang hangat menyebabkan sirkulasi darah pada tubuh menjadi lancar.

Tekanan darah penderita hipertensi sebelum dilakukan *hydrotherapy* rendam kaki pada air hangat yaitu tekanan darah sistolik minimal 120 mmHg sampai dengan maksimal 160 mmHg dan tekanan diastolik minimal 80 mmHg sampai dengan maksimal 110 mmHg. Setelah diberikan terapi *hydrotherapy* hasil pengukuran menunjukkan bahwa terdapat penurunan sistolik minimal 110 mmHg sampai dengan maksimal 130 mmHg dan tekanan diastolik minimal 80 mmHg dan maksimal 100 mmHg (Arifin and Mustofa, 2021). Pelaksanaan *Hydrotherapy* rendam kaki dengan suhu 39 C – 40 C dapat dilakukan sebanyak 3x jika tekanan darah masih tinggi (Ferayanti, Erwanto and Sucipto, 2017).

Berdasarkan dengan latar belakang di atas, penulis menjadi tertarik untuk menyusun Asuhan Keperawatan pada klien dengan Hipertensi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengaplikasikan Asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi melalui penerapan *Hydrotherapy* di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada lansia dengan hipertensi
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada lansia dengan Hipertensi
- c. Membuat rencana tindakan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi
- d. Mengaplikasikan *Hydrotherapy* pada lansia dengan Hipertensi
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pada lansia dengan Hipertensi.
- f. Mendeskripsikan kesenjangan antara teori dengan praktik dilapangan pada lansia dengan Hipertensi.

C. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini penulis diharapkan dapat berguna sebagai acuan untuk mengembangkan teori keperawatan khususnya dalam bidang keperawatan dapat menjadi bahan informasi untuk peneliti lain.

2. Manfaat Praktis

a. Klien

Hasil penulisan ini diharapkan dapat untuk menambah wawasan pengetahuan pendidikan kesehatan mengenai Hipertensi dan tindakan yang bisa menjadi pilihan bagi klien untuk menurunkan Tekanan Darah.

b. Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat digunakan penulis lain sebagai referensi tambahan bagi mahasiswa keperawatan yang sedang menyusun tugas akhir, yang akan mengangkat tema penulisan tentang Hipertensi.

c. Peneliti

Penelitian ini dapat menambah wawasan bagi peneliti lain, sehingga dapat mengguakan teori yang baru dan menggunakannya sebagai dasar untuk peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas tentang konsep hipertensi , konsep lansia, konsep hydrotherapy rendam kaki air hangat dapat menurunkan tekanan darah serta cara mengaplikasikanya dan menjelaskan konsep asuhan keperawatan hipertensi pada lansia.

A. Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi adalah kondisi medis yang sangat berbahaya yang meningkatkan risiko penyakit hati, otak, ginjal, jantung, dan penyakit lainnya. Kondisi ini dapat terjadi ketika tekanan darah lebih tinggi dari dinding arteri dan pembuluh darah (WHO, 2019).

Orang yang tekanan darahnya naik di atas normal, yang ditunjukkan oleh angka sistolik (atas) dan bawah (diastolik) yang ditampilkan saat pemeriksaan tekanan darah menggunakan alat pengukur tekanan darah (cuuf mercury (sphygmomanometer) atau bentuk alat digital lainnya), dikenal dengan tekanan darah tinggi (hipertensi). Pasien dengan tekanan darah istirahat minimal 140/90 mmHg dianggap hipertensi (Hastuti, 2019).

2. Klasifikasi

Joint Commite On Prevention, Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Preassure (JNC) pada tabel dibawah ini yang dikaji oleh 33 orang ahli hipertensi nasional Amerika Serikat (Jafar, N. 2019).

Tabel 2. 1 Klasifikasi Menurut JNC

Kategori Tekanan Darah Menurut JNC 7	Kategori Tekanan Darah Menurut JNC 6	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Dan/Atau	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Normal	Optimal	< 120	Dan	< 80
Pra-Hipertensi		120-139	Atau	80-89
-	Normal	<130	Dan	< 85
-	Normal-Tinggi	130-139	Atau	83-89
Hipertensi	Hipertensi			
Tahap 1	Tahap 1	140-159	Atau	90-99
Tahap 2	Tahap 2	160-179	Atau	100-109
Tahap 3	Tahap 3	≥ 180	Atau	≥ 110

Berikut adalah tekanan darah atau tensi normal berdasarkan kelompok usia:

Usia	Sistolik Normal	Diastolik Normal
Bayi > 1 tahun	65-100 mmHg	35-65 mmHg
Anak 1-5 tahun	80-115 mmHg	55-80 mmHg
Anak 6-13 tahun	80-120 mmHg	45-80 mmHg
Remaja 14-18 tahun	90-120 mmHg	50-80 mmHg
Dewasa 19-40 tahun	95-135 mmHg	60-80 mmHg
Dewasa 41-60 tahun	110-145 mmHg	70-90 mmHg
Lansia > 60 tahun	95-145 mmHg	70-90 mmHg

3. Etiologi

Menurut (Dalmartha *et al.*, 2015), didasarkan pada penyebabnya hipertensi terbagi menjadi 2, yaitu:

a. Hipertensi Essensial (Primer)

Hingga 90%-95% dari populasi orang dewasa dengan tekanan darah tinggi memiliki hipertensi primer (esensial), suatu kondisi yang tidak memiliki penyebab medis yang jelas dan bersifat multifaktorial dan genetik. Hipertensi mungkin disebabkan oleh peningkatan respon terhadap rangsangan simpatis, peningkatan penyerapan natrium ginjal, peningkatan aktivitas sistem renin-angiotensin-aldosteron, penurunan vasodilatasi arteriol, atau resistensi terhadap kerja insulin

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan berhubungan dengan penyebab spesifik, seperti arteritis ginjal, penyakit parenkim ginjal, dan hiperaldosteronisme (hipertensi mineralokortikoid), obat-obatan tertentu, kehamilan, dan koarktasio aorta. Hipertensi juga dapat diklasifikasikan sebagai hipertensi akut, yang menunjukkan gangguan yang menyebabkan perubahan resistensi perifer atau perubahan curah jantung.

Tekanan darah tinggi pada orang dewasa yang lebih tua dapat menyebabkan perubahan berikut:

- 1) Penurunan elastisitas dinding aorta.
- 2) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
- 3) Setelah usia 20 tahun, kapasitas pemompaan jantung berkurang 1% per tahun, dan penurunan kapasitas pemompaan jantung menyebabkan penurunan kontraktilitas dan volume.
- 4) Hilangnya elastisitas pembuluh darah, yang terjadi akibat kurangnya ketersediaan oksigenasi pada pembuluh perifer.
- 5) Peningkatan resistensi pembuluh darah perifer

4. Patofisiologi

Tekanan darah sistolik dan diastolik meningkat seiring bertambahnya usia. Tekanan darah sistolik meningkat secara bertahap hingga usia 70-80 tahun, dan tekanan darah diastolik meningkat hingga usia 50-60 tahun, kemudian stabil atau sedikit menurun. Kombinasi dari perubahan ini kemungkinan mencerminkan peningkatan pengendalian pembuluh darah dan penurunan kepatuhan arteri, yang menghasilkan peningkatan tekanan nadi sesuai usia.

Etiologi hipertensi pada lansia tidak diketahui. Efek utama dari penuaan normal pada sistem kardiovaskular

meliputi perubahan pada aorta dan pembuluh darah sistemik. Seiring bertambahnya usia, dinding aorta dan pembuluh darah besar berangsur-angsur menebal dan elastisitas pembuluh darah berkurang. Perubahan ini mengakibatkan penurunan komplians aorta dan pembuluh darah besar serta menyebabkan peningkatan tekanan darah sistolik. Sensitivitas baroreseptor juga berubah seiring bertambahnya usia karena penurunan plastisitas pembuluh darah, yaitu peningkatan resistensi pembuluh darah perifer.

Perubahan mekanisme refleks baroreseptor dapat menjelaskan variasi tekanan darah dalam pemantauan serial. Sensitivitas baroreseptor yang berkurang juga dapat menyebabkan kegagalan refleks postural, yang menyebabkan hipotensi ortostatik yang sering terjadi pada orang dewasa hipertensi yang lebih tua. Perubahan keseimbangan antara vasodilatasi α -adrenergik dan vasokonstriksi α -adrenergik menghasilkan kecenderungan vasokonstriksi, menimbulkan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer dan tekanan darah.

Resistensi natrium karena peningkatan asupan dan penurunan sekresi juga berperan dalam perkembangan hipertensi. Sistem renin-angiotensin tidak memainkan peran utama dalam hipertensi pada orang tua, meskipun respon renin

dan renin plasma terhadap asupan garam ditemukan berkurang. Perubahan ini mengakibatkan penurunan curah jantung, penurunan denyut jantung, penurunan kontraktilitas miokard, hipertrofi ventrikel kiri, dan disfungsi diastolik. Hal ini menyebabkan penurunan fungsi ginjal dan perfusi ginjal dan laju filtrasi glomerulus.

5. Manifestasi Klinis

Berdasarkan (Hastuti, 2019) tekanan darah tinggi ada beberapa gejala klinis sebagai berikut:

- a. Sakit kepala dan pusing
- b. Lemas dan kelehan
- c. Sesak nafas
- d. Gelisah
- e. Mual dan Muntah
- f. mimisan
- g. penurunan kesadaran

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan dasar yang seharusnya dilakukan oleh penderita hipertensi primer yaitu :

- a. Pemeriksaan Laboratorium
 - 1) Hb/Ht : Untuk mengetahui keterkaitan dari sel-sel tubuh terhadap volume cairan (Viskossitas) dan

juga dapat memberikan informasi mengenai factor resiko seperti hipokoagulabilitas, dan anemia.

2) BUN/Kreatinin : Memberikan informasi mengenai perfusi atau fungsi dari ginjal penderita hipertensi primer.

3) Glukosa : Hiperglikemi atau diabetes melitus (DM merupakan salah satu pencetus hipertensi) bisa diakibatkan oleh ekskresi dari kadar ketokolamin.

4) Analisa urin : bahan-bahan seperti darah, protein bahkan glukosa dalam urin mengisaratkan penurunan dari fungsi ginjal dan adanya penyakit diabetes

b. CT Scan

Digunakan untuk mengetahui adanya tumor di otak dan encephalopati.

c. Elektrokardiograph (EKG)

Digunakan untuk melihat dimana luas peninggi gelombang P yang mana adalah salah satu tanda penyakit jantung atau hipertensi.

d. IUP

Mengidentifikasi berbagai penyebab dari hipertensi seperti : Batu ginjal, dan adanya perbaikan pada ginjal

e. Photo dada

Menunjukkan kerusakan klasifikasi pada aera katub, dan pembesaran pada jantung/ cardiomegali (Sya'idah, 2019).

B. Konsep Lansia

1. Definisi Lanjut Usia (Lansia)

Menurut World Health Organization (WHO), lansia adalah seseorang yang berusia di atas 60 tahun dan mengalami penurunan fungsi biologis, psikologis, sosial, dan ekonomi (Muhith, Abdul, 2017).

"Lansia" adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan kelompok orang yang memasuki usia pertengahan dari fase kehidupan. Pada tahap ini, terjadi proses penuaan. Seseorang dikatakan lanjut usia ketika mereka lebih dari enam puluh tahun dan karena faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan fisik, mental, dan sosial mereka yang dasar (Sya'idah, 2019).

2. Karakteristik Lansia

Menurut (Nu'a, Rua and Nahak, 2023), lanjut usia memiliki ciri-ciri, yaitu :

- a. Berusia >60 tahun
- b. Ada berbagai kebutuhan dan masalah, mulai dari sehat hingga sakit, dari kebutuhan bi-psikososial hingga

kebutuhan spiritual, dan juga ada perbedaan antara kondisi yang diterima dan tidak diterima.

c. Lingkungan tempat tinggal lansia yang beragam.

3. Batasan Usia Lanjut

Batasan umur pada usai lanjut berdasarkan *World Health Organization* (WHO) meliputi:

- a. Usia lanjut (*Eldery*) anantara dari umur 60-70 tahun
- b. Lanjut usia (*Old*) anantara umur 75-89 tahun
- c. Sangat lanjut usia (*Very old*) diatas usia >90 tahun

Sedangkan, menurut Kemenkes RI penggolongan Lansia yaitu:

- a. Pra-lansia yaitu orang yang memiliki umur dari antara 45 tahun S/D 59 tahun
- b. Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- c. Lansia dengan risiko tinggi adalah orang yang telah berusia 60 tahun sampai dengan 70 tahun atau lebih, yang memiliki masalah pada kesehatannya.
- d. Lansia potensial merupakan orang yang telah lanjut usia namun masih mampu untuk melakukan kegiatan agar menghasilkan barang atau jasa.
- e. Lansia tidak potensial merupakan orang lanjut usia yang tidak memiliki daya untuk mencari nafkah sehingga

memerlukan bantuan dari orang lain sekadar menyambung hidup.

4. Tipe-tipe lanjut usia

Menurut (Sya'idah, 2019), Beberapa penggolongan lansia diantaranya meliputi:

a. Tipe Bijaksana

Lanjut usia ini luwes, beradaptasi dengan perubahan zaman, ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi ajakan, dan menjadi panutan.

b. Tipe mandiri

Lansia ini senang mengikuti ajakan, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman sosial, dan mengganti aktivitas yang hilang dengan yang baru.

c. Tipe tidak puas

Lanjut usia selalu mengalami konflik lahir batin, mengalami proses menua yang menyebabkan kehilangan kecantikan, daya tarik fisik, kekuasaan, status, sahabat yang dicintai, menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit melayani, dan kritik.

d. Tipe menyerah

Lansia yang ringan kaki, melakukan berbagai pekerjaan, mengikuti ibadah, dan selalu menerima dan menunggu rezeki

e. Tipe bingung

Lanjut usia sering merasa kaget, kehilangan identitas, dan terisolasi, merasa rendah diri, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

5. Perubahan yang terjadi pada orang lanjut usia (Lansia)

Proses degeneratif pada lansia memiliki berdampak pada perubahan fisik, kognitif, sosial, dan seksual (Muhith, Abdul, 2017).

a. Perubahan pada Fisik

1) Sistem Panca Indra

Sistem pendengaran: Tuli anterior adalah gangguan pendengaran yang disebabkan oleh kehilangan daya dengar (daya dengar) di telinga bagian dalam, terutama terhadap suara atau nada tinggi, suara yang tidak jelas, dan kesulitan memahami kata. Setengah dari kasus ini terjadi pada orang di atas usia 60 tahun.

2) Sistem Integumen/ Kulit

Kulit yang lebih tua mengalami atrofi, kendur, tidak elastis, kering, dan berkerut. Kulit kehilangan cairan, yang menyebabkan tipis dan bercak. Atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera menyebabkan liver spot muncul di kulit.

3) Sistem Otot Rangka

Dengan bertambahnya usia, jaringan penghubung kolagen dan elastin, kartilago, tulang otot, dan sendi mengalami perubahan, yang membentuk bentangan yang tidak teratur di kulit, tendon, tulang, kartilago, dan jaringan peningkat. Permukaan sendi menjadi rata saat jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi.

Kekuatan regenerasi kartilago menurun dan degenerasi yang timbul cenderung meningkat secara bertahap, sehingga kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan. Setelah dipelajari, padatan tulang menurun, yang merupakan konsekuensi fisiologis penuaan, menyebabkan osteoporosis, yang berujung pada deformitas dan nyeri faktur. Penuaan menyebabkan perubahan bentuk otot yang beragam, termasuk penurunan ukuran dan jumlah serabut otot serta peningkatan jaringan lemak dan jaringan penghubung. Dengan bertambahnya usia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament, dan fasia menyusut.

4) Sistem Kardiovaskular

Perubahan jaringan ikat yang disebabkan oleh penumpukan lipofusin menyebabkan perubahan pada

sistem kardiovaskular orang tua, termasuk massa jantung yang bertambah, hipertropi ventrikel kiri, dan penurunan peregangan jantung. Baik jaringan konduksi maupun klasifikasi SA Node berubah menjadi jaringan ikat.

5) Sistem Pernapasan

Selama penuaan, jaringan ikat paru berubah, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru meningkat untuk mengimbangi ruang, paru, dan aliran udara yang berkurang. Gerakan pernapasan terganggu karena perubahan pada otot, kartilago, dan sendi torak. Akibatnya, kemampuan peregangan tiraks berkurang.

6) Sistem Pencernaan Dan Sistem Metabolisme Tubuh

Sistem pencernaan mengalami perubahan, termasuk penurunan produksi, yang merupakan penurunan fungsi sebenarnya akibat kehilangan gigi, pengurangan indra pengecap, penurunan rasa lapar, penurunan kepekaan rasa lapar, pengurangan hati (hati), penurunan tempat penyimpanan, dan penurunan aliran dalam darah.

7) Sistem Perkemihan

Banyak fungsi yang dikurangi oleh sistem perkemihan, termasuk laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi ginjal.

8) Sistem Persarafan

Dengan bertambahnya usia, sistem saraf mengalami perubahan anatomis dan atrofi yang progresif pada serabut saraf. Ini dapat menyebabkan kehilangan koordinasi dan kemampuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari.

9) Sistem Reproduksi

Pada wanita lanjut usia, perubahan yang terjadi ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus serta munculnya atrofi payudara. Pada laki-laki lanjut usia, produksi spermatozoa masih dapat dilakukan, meskipun penurunan ini secara bertahap.

b. Perubahan Kognitif

1) Memori (Daya ingat, ingatan)

2) IQ (*Intelligent Quotient*)

3) Kemampuan untuk belajar (*Learning*)

4) Kemampuan Memahami (*Comprehension*)

5) Pemecahan masalah (*Problem Solving*)

6) Pengambilan keputusan (*Decision Making*)

7) Kebijaksanaan (*Wisdom*)

8) Kinerja (*Performance*)

9) Motivasi

c. Perubahan Pada Mental

Perubahan mental dapat dipengaruhi oleh beberapa factor berikut :

- 1) Perubahan fisik
- 2) Kesehatan Tubuh
- 3) Tingkatan pendidikan
- 4) Keturunan/*Herediter*
- 5) Lingkungan/*Environment*
- 6) Gangguan syaraf penglihatan
- 7) Gangguan konsep diri karena hilangnya jabatan
- 8) Rangkaian dari kehilangan, hilangnya hubungan dengan keluarga dan teman.
- 9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri

C. Terapi Rendam kaki Air Hangat

1. Definisi rendam kaki air hangat

Terapi rendam kaki dengan air hangat berarti merendam kaki dengan air hangat sekitar sepuluh hingga lima belas sentimeter di atas mata kaki. Ini dapat membuat tubuh menjadi hangat dan meningkatkan sirkulasi darah ke bagian atas tubuh (Sari and Aisah, 2022).

2. Manfaat rendam kaki air hangat

Selain pengobatan farmakologi, merendam kaki dengan air hangat dapat menurunkan tekanan darah tinggi. Air hangat memiliki efek fisiologis pada tubuh, termasuk membantu melancarkan pembuluh darah. Faktor pembebanan di dalam air juga dapat memperkuat otot dan ligament, yang berdampak pada sendi. Selain itu, vasodilatasi aliran darah membantu meredakan kaki dengan air hangat, yang diharapkan dapat menurunkan tekanan darah (Sari and Aisah, 2022).

3. Prosedur rendam kaki air hangat

Menurut Nurmaulina and Hadiyanto (2021) persiapan sebelum dilakukan terapi rendam kaki dengan air hangat, sebagai berikut :

Persiapan alat :

Kursi, Baskom, alat pengukur suhu (termometer), Air panas, Air dingin, Handuk, Stopwatch, spigmomanometer, Stetoskop

a. Tahap Orientasi

- a) Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
- b) Menjelaskan tujuan, prosedur dan melakukan kontrak lamanya tindakan kepada klien.

b. Tahap Kerja

- a) Membawa peralatan ke dekat klien
- b) Memposisikan klien untuk duduk diatas kursi

- c) Mengukur tekanan darah pasien sebelum dilakukan terapi non farmakologi rendam kaki
 - d) Cuci kaki pasien jika terlihat kotor
 - e) Masukkan air hangat dengan suhu 38-40°C
 - f) Rendam kaki pasien sampai mata kaki dan biarkan selama 15-30 menit, tambahkan air hangat sampai suhu kembali jika turun
 - g) Setelah selesai, angkat kaki lalu keringkan
 - h) Rapihkan perlengkapan
- c. Tahap terminasi
- Melakukan pengukuran kembali tekanan darah setelah dilakukan terapi nonfarmakotherapi rendam kaki

D. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

1. Pengkajian

a. Data Diri

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara menyeluruh, nama klien harus diidentifikasi. Alamat yang harus dihubungi harus disebutkan dengan jelas. Untuk mencegah kesalahan dalam pemberian obat dan mempercepat proses kesembuhan pasien di layanan kesehatan, penting untuk mengetahui usia pasien saat ini. Untuk mengetahui kondisi keuangan selama perawatan pasien di fasilitas kesehatan, perlu dilakukan penyelidikan

tentang identitas pekerjaan pasien. Tanggal masuk klien dan alasan masuk karena suami meninggal harus diketahui.

b. Riwayat Keluarga

Untuk pasangan yang masih hidup, masukkan status kesehatan mereka, usia, dan pekerjaan, dan untuk anak-anak yang masih hidup, masukkan nama dan alamat mereka.

c. Riwayat Pekerjaan

Sumber pendapatan dan kecukupan kebutuhan. Status pekerjaan saat ini, Pekerjaan sebelumnya.

d. Riwayat Lingkungan Hidup

Jenis tempat tinggal (sewa atau milik sendiri), Jumlah kamar tidur, Jumlah lantai, banyaknya orang yang tinggal dirumah yang sama, tingkat privasi, dan juga hubungan dengan tetangga terdekat.

e. Riwayat Rekreasi

Hobi/minat yang sering dilakukan, Liburan/perjalanan yang sering dilakukan.

f. Sumber/ sistem pendukung yang digunakan :

1) Dokter umum/rumah sakit

2) Pengawasan dan pelayanan kesehatan dari rumah sakit

3) Klinik

g. Riwayat kesehatan Lansia terkini

1) Penyakit yang telah dirasakan dalam satu tahun terakhir.

2) Penyakit terkini.

3) Keluhan yang telah dirasakan dalam satu tahun terakhir.

4) Keluhan terkini

5) Pengetahuan, pemahaman dan manajemen mengenai kesehatan.

6) Penggunaan obat, nama, dosis obat.

7) Bagaimana atau kapan menggunakan.

8) Dokter yang menginstruksikan.

9) Tanggal resep.

h. Riwayat Alergi (pencatat agen dan reaksi spesifik) : obat-obatan, makanan, kontak zat dan faktor lingkungan.

i. Riwayat turun naik BB. IMT, Pola konsumsi makanan (misal frekuensi, sendiri/bersama orang lain) .

- j. Pola istirahat dan tidur, durasi tidur, gangguan dari tidur yang sering pasien dialami.
- k. Riwayat kesehatan Lansia pada masa lalu. : penyakit pada masa lalu, penyakit serius kronis, trauma, pembedahan, dan riwayat kehamilan.
- l. Riwayat Keluarga : Silsilah keluarga (identitas kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara kandung, pasangan, anak), Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga.

2. Pemeriksaan Fisik

Untuk menyelidiki sistem ini, penulis melakukan pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai kaki menggunakan metode auto dan allo anamnesa serta Inpeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA). Pertama, penulis menilai tingkat kesadaran dengan nilai normal 15, terdiri dari nilai spontan untuk membuka mata, nilai untuk kemampuan berbicara secara verbal, dan nilai untuk kemampuan klien untuk menunjukkan bagian yang sakit, dilanjutkan dengan pengukuran TTV: Tekanan darah, Nadi, Suhu, RR.

a. Kepala

Penulis hanya menggunakan metode palpasi dan inspeksi untuk memeriksa area kepala, mata, hidung,

telinga, dan leher., pada pemeriksaan dapat dilihat bentuk kepala, warna rambut,lesi, ketombe pada rambut dan kebersihan kepala pada bentuk mata,simetris mata kiri dan kanan, konjungtiva bentuk telinga kiri dan kanan, kelainan pada telinga. kelainan hidung,mimisan, kotor atau bersih,adanya kelainan pada leher, adanya lesi, edema, kemerahan dan palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, dan JVP, sedangkan saat palpasi dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat nodul,apakah terjadi edema atau pembengkakan mata.apakah ada nyeri tekan dan kotoran diarea telinga,di daerah sinus hidung apakah terjadi nyeri tekan dan pengukuran vona jugolari pada leher.

b. Dada

Dapat dilakukan dengan Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA) , selama inspeksi terlihat bentuk dada, kesimetrisan, retraksi dinding dada terlihat saat bila dipalpasi untuk menentukan batas jantung atas setinggi iga 2, perkusi untuk menentukan batas jantung dengan bunyi ketukan yang padat menandakan adanya jantung bagian dalam, sedangkan auskultasi untuk mendengarkan bunyi jantung I terdengar pada S1 dan S2 bunyi jantung 2 terdengar pada S3 dan S4 bunyi janutng tambahan.

c. Abdomen

Inspeksi bagian abdomen apakah terjadi kelainan dan lesi. Palpasi dilakukan dengan cara ringan atau dalam, tergantung pada tujuan; palpasi ringan dilakukan untuk mengetahui bentuk, ukuran, dan konsistensi organ dan struktur perut; palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui kondisi hati, limpa, ginjal, dan kandung kemih. Berikan perkusi empat kuadran dan perhatikan suara yang muncul saat melakukannya. Organ berongga seperti lambung, usus, kandung kemih berbunyi timpani, sedangkan bunyi pekak terdapat pada hati, limfa, pankreas, ginjal.

Metode perkusi berjalan sebagai berikut: tangan pemeriksa harus hangat sebelum menyentuh perut pasien. Kemudian, letakkan tangan kiri dengan hanya jari tengah menempel kuat pada dinding perut, lalu tekan dengan jari tengah kanan dua atau tiga kali. Untuk mengetahui distribusi suara timpani dan redup, lakukan perkusi di keempat kuadran.

Gas di saluran pencernaan menghasilkan suara timpani yang lebih dominan, tetapi feses dan cairan menghasilkan suara yang redup. Perhatikan area di perut di mana suara timpani menjadi redup. Periksa daerah suprapublik untuk

kandung kemih yang teregang atau uterus yang membesar. Karena gelembung udara di lambung dan limpa usus besar, Anda akan mendengar suara redup hepar di sebelah kanan dan suara timpani di sebelah kiri ketika Anda perkusi dada bagian bawah, tepat antara paru-paru dan arkus costa.

Jika Anda mendengar suara redup di kedua sisi perut Anda, Anda mungkin memiliki asites. Auskultasi usus dengan interval 15-35 kali per menit. Di daerah kuadran kiri bawah, letakkan kepala stetoskop di sisi diafragma yang telah dipanaskan. Pasien harus diberikan tekanan ringan dan diminta untuk tidak berbicara. Sebelum pemeriksaan, diperlukan 5 menit terus menerus untuk mendengar jika memungkinkan untuk memastikan tidak adanya bising usus. Untuk mengetahui apakah bising usus normal, hiperaktif, atau hipoaktif, atau tidak ada, dengarkan bising usus dan perhatikan frekwensi dan karakternya. Jika tidak jelas, lanjutkan pemeriksaan dengan cermat dan dengarkan setiap kuadran abdomen. Selanjutnya, gunakan sisi bel stetoskop untuk mendengarkan bunyi desiran di bagian epigastrik dan di tiap kuadran di atas arteri aortik, femoral, iliaka, aorta torakal, dan ginjal. Gerakan peristaltik usus atau denyutan aorta dapat diamati pada orang kurus.

d. Ekstremitas

Inspeksi bentuk ekstremitas untuk deformitas, lesi, edema, dan kemerahan. Palpasi apakah ada bengkak dan nyeri tekan pada daerah ekstremitas atas dan bawah.

3. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang bagaimana klien, keluarga, dan komunitas menanggapi masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami. Tujuan diagnose keperawatan adalah untuk mengetahui bagaimana klien, keluarga, dan komunitas menanggapi masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penderita terkanan darah tinggi menurut SDKI dalam penelitian (Ningrum *et al.*, 2021) yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler serebral (D.0077)
- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0008)
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D.0055)
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- f. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0011)

4. Intervensi Keperawatan

Setelah pengumpulan, pengorganisasian, dan pembentukan diagnose keperawatan selesai, perencanaan keperawatan dilakukan. Pada tahap ini, perawat membuat rencana perawatan dan menentukan solusi untuk masalah klien. Menentukan prioritas tindakan, menentukan tujuan, dan merencanakan tindakan adalah tiga tahap intervensi keperawatan.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan perencanaan keperawatan untuk mencapai hasil yang efektif. Untuk mencapai tujuan ini, setiap perawat harus memiliki kemampuan, keterampilan, dan pengetahuan yang diperlukan.

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian proses dan hasil. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dalam setiap

tahapan proses, mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai hasil dari tindakan.

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN
PASIEEN DENGAN HIPERTENSI DENGAN PENERAPAN
HYDROTHERAPY

A. Asuhan Keperawatan Pada Pasien ke 1 dengan Hipertensi Melalui Penerapan Terapi *Hydrotherapy*

1. Pengkajian

a. Data Diri Pasien

- 1) Nama : Ny. S
- 2) Tempat/tanggal Lahir : Salatiga , 23 Febuari 1941
- 3) Jenis Kelamin : Perempuan
- 4) Status Perkawinan : Cerai meninggal
- 5) Agama : Islam
- 6) Suku : Jawa
- 7) Tanggal masuk PSTW : 05 maret 2020
- 8) Tanggal pengkajian : 07-02-2023
- 9) Diagnosa Medis : Hipertensi

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan mudah lelah dan pusing saat setelah melakukan aktivitas

c. Kkeluhan saat ini

1) Gejala yang dirasakan

Subjektif : Klien mengatakan mudah lelah dan pusing saat setelah melakukan aktivitas, Klien mengatakan sulit tidur di malam hari; klien mengatakan bahwa dia hanya tidur sebentar dan sering

terbangun, klien mengatakan tidur malam kurang lebih 4 jam, dimulai dari jam 1 pagi sampai dengan jam 5 pagi, klien tidur siang sering, tapi sebentar,

Objektif : klien tampak, gelisah, lemas, dan lesu.

2) Faktor pencetus

Klien mengatakan dia memiliki hipertensi selama dua tahun dan jarang berolahraga, dan hanya melakukan aktifitas sehari-hari seperti biasa, klien juga tidak pernah menjaga makanannya.

3) waktu Timbulnya keluhan

Klien berkata timbulnya keluhan secara berangsur terus menerus

4) Upaya untuk mengatasi

Rutin minum obat-obatan darah tinggi dan istirahat yang cukup

d. Riwayat kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah diderita :

Subjektif : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes dan hipertensi

2) Riwayat alergi

Subjektif : Klien mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki alergi

3) Riwayat kecelakaan :

Subjektif : Klien mengatakan pernah tertabrak mobil dan mengalami luka luka pada tangan terkena serpihan kaca

4) Riwayat dirawat di RS :

Subjektif : Klien mengatakan bahwa dirinya pernah dirawat karena penyakit typus

5) Riwayat pemakaian obat :

Subjektif : Klien berkata amlodiphine 10mg dan metformin 2x500mg

e. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi klien

- 1) Pekerjaan saat ini : klien mengatakan sudah tidak memiliki pekerjaan
- 2) Pekerjaan sebelumnya : klien mengatakan dulu kerja sebagai ART
- 3) Sumber pendapatan : Klien mengatakan tidak memiliki sumber pendapatan
- 4) Kecukupan pendapatan : Klien mengatakan cukup

f. Lingkungan rumah

Klien mengatakan bahwa ruangan cukup bersih dan rapi, dan bahwa wisma Bugenvile memiliki jumlah cahaya yang cukup., Keadaan toilet dan kamar mandi cukup bersih, lantai tidak licin dan tidak berbau dan terdapat pegangan di kamar mandi dan wc untuk mengurangi risiko jatuh. klien minum air mineral Aqua yang di ambil di pojok kamar bugenvile. Pembuangan sampah pada tempat sampah

g. Riwayat Masuk Panti

Klien mengatakan tinggal sendirian setelah suami meninggal ,sebelumnya klien bekerja sebagai asisten rumah tangga kemudian setelah tidak menjadi asisten rumah tangga klien mencari rongsokan dengan teman-temanya kemudia dibawa petugas mengguakan mobil dan di bawa ke PSTW Cipayung

h. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : Baik, Tingkat kesadaran Composmentis (E4 M5 V6)
- 2) TTV : TD: 150/100 mmHg, N: 98x/m, S: 36,6C, RR: 21x/m, CRT >3 detik, Turgor tidak elastis

3) BB 76 kg TB 148 cm

4) Kepala :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Bentuk kepala mesosepal tidak ada luka atau kelainan apapun.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada deformitas dan benjolan.

a) Rambut :

Subjektif : Klien mengatakan rambutnya sudah mulai rontok

Objektif : Rambut tampak ada yang rontok saat disisir

b) Mata :

Subjektif : Klien mengatakan fungsi penglihatan sudah mulai menurun

Objektif :

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan menurun, klien tidak pakai kaca mata

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembengkakan

c) Telinga :

Subjektif : Klien mengatakan pendengaran sudah mulai menurun

Objektif :

Inspeksi : Telinga bersih, tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan dibelakang telinga

d) Mulut dan tenggorokan :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Mukosa lembab, gigi tidak utuh (ompong), tidak terdapat kesulitan peradangan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, dan tidak teraba pembengkakan

5) Payudara :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada benjolan dan tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan , tidak terdapat benjolan, tidak teraba pembengkakan

6) Sistem pernafasan :

Subjektif : Klien mengatakan mudah lelah saat aktivitas, tapi tidak ada sesak

Objektif :

Inspeksi : Pergerakan dada simetris, tidak ada jejas, tidak ada retraksi dada, tidak ada penggunaan otot bantu nafas

Palpasi : tidak ada peningkatan atau pengurangan taktil fremitus, tidak ada krepitasi tulang dada

Perkusi : Suara perkusi dada sonor

Auskultasi : Suara paru vesikuler

7) Sistem kardiovaskuler :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan.

Objektif :

Inspeksi : Kedua belah dada simetris, tidak ada pembengkakan

Palpasi : Denyut apeks teraba kencang, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran organ. CRT >3 detik, Turgor tidak elastis

Perkusi : Bunyi pekak.

Auskultasi : Bunyi Jantung I dan II, Bunyi reguler.

8) Sistem gastrointestinal :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan.

Objektif :

Inspeksi : Bentuk datar, Tidak ada luka, benjolan pada abdomen ataupun kelainan

Auskultasi : Bising usus 15x/menit

Palpasi : Tidak terdapat massa pada bagian abdomen dan tidak ada nyeri tekan, abdomen tidak supel

Perkusi : Suara perkusi abdomen timpani.

9) Sistem perkemihan :

Subjektif : Klien mengatakan BAK 4-5 x/perhari dengan volume yang sedikit, tidak ada nyeri saat berkemih

Objektif :

Inspeksi : Warna urine kuning jernih, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada perdarahan pada urine.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran pada abdomen bawah, dan oedema pada ekstremitas.

10) Sistem genitoreproduksi :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

Objektif : Tidak dikaji

11) Sistem muskuloskeletal :

Subjektif : Klien mengatakan kekuatan otot kaki dan tangannya sudah mulai berkurang

Objektif :

Inspeksi : Tidak ada kelainan ekstremitas, hasil pemeriksaan tonus

otot : 4444		4444
4444		4444

Reflek fisiologis : +1 +1

+1 +1

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

12) Sistem saraf pusat :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

Objektif :

Inspeksi : Tingkat Kesadaran Composmentis, Pupil Isokor, Koordinasi gerak baik

Perkusi : Refleks sendi dan tendon baik

13) Sistem endokrin :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran liver.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

i. Pengkajian psikososial dan spiritual

1) Psikosial

Klien mudah bergaul dengan para wbs lainnya saat berada di lingkungan panti dan di dalam wisma . klien tampak ramah.

2) Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

a) Apakah klien mengalami sukar tidur? YA

b) Apakah klien sering merasa gelisah? TIDAK

c) Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? TIDAK

d) Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir? TIDAK



Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan 1 jawaban “YA”

PERTANYAAN TAHAP 2

- a) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan? YA
- b) Ada masalah atau banyak pikiran? TIDAK
- c) Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain? TIDAK
- d) Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? TIDAK
- e) Apakah cenderung mengurung diri? TIDAK



Bila lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya “YA”

MAKA
EMOSIONAL
POSITIF (+)

Interpretasi :Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Ny. S Emosional positif

3) Spiritual

Ny.S beragama islam, klien sering mengikuti solat berjamaah di masjid dan terkadang kalau ia sedang kambuh sakit kepala atau pusing klien hanya bisa melaksanakan solat di wisma.

j. Pengkajian Fungsional klien KATZ

Tabel 3. 1 KATZ Indeks

No.	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	<p>Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p>Tergantung :</p>	✓	

	Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri		
	<p>Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian</p>	✓	
	<p>Ke kamar kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan Pispot.</p>	✓	
	<p>Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih Perpindahan</p>	✓	
	<p>Kontinen Mandiri BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p>Bergantung Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers</p>	✓	
	<p>Makan Mandiri Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)</p>	✓	

Keterangan :

Beri tanda (✓) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil: Mandiri

Keterangan : Mandiri daalam makan, berpakaian, kontinensia (BAK dan BAB), pergi ketoilet berpindah dan mandi.

k. Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 3. 2 Barthel Indeks

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5	10 ✓	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : Sedang Jenis Nasi putih dan lauk pauk
2.	Minum	5	10 ✓	Frekuensi : Sering Jumlah : 7-8 gelas Jenis : Air putih
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15 ✓	Tidak memakai kursi roda
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 ✓	Frekuensi 2x/hari
5.	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10 ✓	Membuka pakaian dan menyiram tubuhnya sendiri
6.	Mandi	5	15 ✓	Frekuensi 2x/hari
7.	Jalan di permukaan datar	0	5 ✓	Berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain ataupun tongkat
8.	Naik turun tangga	5	10 ✓	Naik turun tangga sendiri tanpa dibantu oleh orang lain
9.	Mengenakan pakaian	5	10 ✓	Mengenakan pakainya sendiri tanpa bantuan orang lain
10.	Kontrol bowel (BAB)	5	10 ✓	Frekuensi : 1 x/hari Konsistensi : Lembek kuning kecoklatan
11.	Kontrol Bladder (BAK)	5	10 ✓	Frekuensi : 5-6x/hari Warna : Kuning Jernih
12.	Olahraga/Latihan	5 ✓	10	Frekuensi : 1x/hari Jenis : Senam Rutin
13.	Rekreasi/Pemanfaatan Waktu Luang	5	10 ✓	Jenis : Klien biasanya bersosialisasi dengan wbs lain dan tidur siang

Interpretasi hasil : skor 125 dengan kategori Ny.S melakukan secara ketergantungan sebagian

- 1) 130 : Mandiri
- 2) 60 - 125 : Ketergantungan sebagian
- 3) 55 : Ketergantungan total

I. Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ) Instruksi : Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dan masukkan dalam interpretasi.

Tabel 3. 3 Status Mental Gerontik

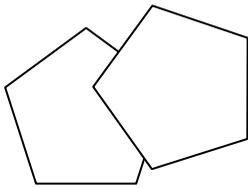
Benar	Salah	No	Pertanyaan
	1	01	Tanggal berapa hari ini?
1		02	Hari apa sekarang?
1		03	Apa nama tempat ini?
1		04	Dimana alamat anda?
1		05	Berapa umur anda?
1		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
1		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?
1		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
1		09	Siapa nama Ibu anda?
1		10	Kurangi 3 dari 20 dan setiap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Interpretasi hasil : didapatkan skor 1 kesalahan dengan kategori Ny.S fungsi intelektual utuh

m. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Tabel 3. 4 MMSE (Mini Mental Status Exam)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Musim <input type="checkbox"/> Tanggal <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <input type="checkbox"/> Negara Indonesia <input type="checkbox"/> Propinsi Jawa Barat <input type="checkbox"/> Kota DKI Jakarta <input type="checkbox"/> PSTW Budi Mulia 1 Cipayung <input type="checkbox"/> Wisma Bugenvil
2	Registrasi	3	5	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <input type="checkbox"/> Obyek (Jam) ✓ <input type="checkbox"/> Obyek (Meja) ✓ <input type="checkbox"/> Obyek (Buku) ✓
3	Perhatian dan Kalkulasi	5	5	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, "BAPAK"
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek. <input type="checkbox"/> Meja (✓) <input type="checkbox"/> Jam (✓) <input type="checkbox"/> Buku (✓)

5	Bahasa	9	2	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <p><input type="checkbox"/> (Gelas) (√)</p> <p><input type="checkbox"/> (Pulpen) (√)</p>
			1	<p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.” Bila benar, nilai satu poin.</p> <p><input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah (tak ada, tetapi)</p>
			3	<p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.”</p> <p><input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda (√)</p> <p><input type="checkbox"/> Lipat dua (√)</p> <p><input type="checkbox"/> Taruh di lantai(√)</p>
			1	<p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <p><input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda” (√) Perintahkan pada</p>
			2	<p>klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <p><input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat (√)</p> <p><input type="checkbox"/> Menyalin gambar(√)</p> 

Total Nilai	30	30	
-------------	----	----	--

Interpretasi hasil : 30 Aspek kognitif dan fungsi mental baik

26 – 30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik

21 – 25 : Aspek kognitif dan fungsi mental ringan

11 – 20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang

0 – 10 : Terdapat aspek fungsi mental berat

n. Pengkajian Keseimbangan

1) Pengkajian keseimbangan dapat dinilai dengan dua komponen dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

a) Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Jika klien tidak dapat melakukan gerakan di bawah ini beri skor 0, dan beri skor 1 jika melakukan gerakan berikut ini :

- Bangun dari tempat duduk dengan mata terbuka
Bangun dari tempat tidur dengan mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu dan tidak seimbang pada saat berdiri pertama kali (1)
- Duduk ke kursi dengan mata terbuka
Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi (0)
- Bangun dari tempat duduk dengan mata tertutup
Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan

tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu,
tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (1)

- Duduk ke kursi dengan mata tertutup
Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi (1)
Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan
- Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka
Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. (1)
- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup
Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. (1)
- Perputaran leher (klien sambil berdiri)
Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil (0)
- Gerakan menggapai sesuatu
Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan (1)
- Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil barang-barang kecil seperti pulpen di lantai, memegang objek untuk bisa berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun (0)

2) Komponen gaya berjalan atau pergerakan

- Jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini beri skor 0 dan beri skor 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :
- Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan (0)
- Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah), Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm) (0)
- Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien) Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai (1)
- Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit (0)

- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi (1) □
- Berbalik, Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. (1)

0 – 5 resiko jatuh rendah

6 – 10 resiko jatuh tingi

11 – 15 resiko jatuh sangat tinggi

Interpretasi Hasil : Didapatkan hasil skor 9 dengan kategori Ny.S mengalami resiko jatuh tinggi.

o. The timed up and go (tug) Test

Tabel 3. 5 The Timed Up and Go (TUG) Test

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

Interpretasi Hasil : Didapatkan skor 15 detik dengan kategori Ny.S mengalami resiko jatuh sedang.

< 10 detik : resiko jatuh rendah

11 – 19 detik : resiko jatuh sedang

20 – 29 detik : resiko jatuh tinggi

>30 detik : gangguan mobilitas dan resiko jauh tinggi

p. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita : Ny.S

Umum :

1) Baik 4

2) Lumayan 3

3) Buruk 2

4) Sangat buruk 1

Kesadaran :

1) Komposmentis 4

2) Apatis 3

3) Sopor 2

4) Koma 1

Aktifitas :

- 1) Ambulasi 4
- 2) Ambulasi dengan bantuan 3**
- 3) Hanya bisa duduk 2
- 4) Tiduran 1

Inkontinen

- 1) Tidak 4**
- 2) Kadang-kadang 3
- 3) Sering Inkontinesia urin 2
- 4) Inkontinensia alvi & urin 1

Interpretasi Hasil : Didapatkan skor 15 dengan kategori Ny.S
kemungkinan terjadi dekubitus

16 – 20 : kecil sekali/tidak terjadi

12 – 15 : kemungkinan terjadi

<12 : kemungkinan besar terjadi

q. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 3. 6 Geriatric Depression Scale (GDS)

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

7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	1	
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya		0
9	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru		0
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		0
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda saat ini Menyenangkan	1	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		0
13	Apakah anda merasa penuh semangat		0
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada Harapan		0
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda		0

Interpretasi Hasil : Didapatkan skor 3 dengan kategori normal

1) Skor 0 – 5 : normal

2) skor >6 : depresi

Tabel 3. 7 Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah dari 2 tahun yang lalu. DO : <ul style="list-style-type: none"> • TD: 150/100 mmHg, S:36,6°C, HR: 98x/menit, RR: 21x/menit • CRT > 3 Detik • Turgor kulit tidak elastis • Nadi apeks teraba kencang • Intensitas Bunyi jantung I dan II meningkat 	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Peningkatan Tekanan Darah
2	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari • Klien mengatakan tidurnya hanya sebentar dan sering terbangun • Klien mengatakan tidur malam hanya 4 jam, dari jam 1 sampai jam 5 • Klien tidur siang sering, tapi sebentar. DO: <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemas • Klien tampak sering menguap 	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Kurang Kontrol Tidur
3	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas • Klien mengatakan kekuatan ototnya menurun • Hasil pemeriksaan tonus otot, Kekuatan : 4444 4444 4444 4444 Reflek fisiologis +1 +1 +1 +1 DO: <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pengkajian keseimbangan menunjukkan resiko jatuh klien tinggi • Hasil pengkajian TUG Test menunjukkan resiko jatuh sedang 	Resiko Jatuh (D.0143)	>65 Tahun

Tabel 3. 8 *Diagnosa Keperawatan*

No	Diagnosa Keperawatan	Kode
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah	D.0009
2	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur	D.0055
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun	D.0143

Tabel 3. 9 *Intervensi Keperawatan*

No	Tanggal& Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	16-02-2023 13.00 WIB	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan Perfusi Perifer (L.02011) membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah sistolik membaik (5) 2. Tekanan darah diastolik membaik (5) 3. Pengisian kapiler membaik(5) 4. Turgor kulit membaik (5) 	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor TTV • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah • Lakukan hidrasi Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berolahraga rutin • Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah
2	13-02-2023 08.05 WIB	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan Pola Tidur (L.05045) membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur membaik (5) 2. Keluhan sering terjaga (5) 	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Fasililtasi menghilangkan stres sebelum tidur Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan

				menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur
3	16-02-2023 13.00 WIB	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x7 jam diharapkan Tingkat Jatuh (L.12111) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh saat berdiri menurun (5) 2. Jatuh saat berjalan menurun (5) 	Pencegahan Jatuh (I.14540) Obesrvasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor risiko jatuh Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Tempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat • Berikan alat bantu jalan Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

Tabel 3. 10 Implementasi Keperawatan (Hari Pertama)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal / jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	13-02-2023 08.05 08.10 08.15 08.30	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor TTV <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan hidrasi 	S : Tidak ada keluhan terkait O: TD : 160/100 mmHg, S:36,6°C, HR: 98x/menit, RR: 21x/menit CRT > 3 Detik S: Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu O: TD : 160/100 mmHg, S:36,6°C, HR: 98x/menit, RR: 21x/menit S: Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi nonfarmakologis O: Klien diberikan terapi rendam kaki air hangat S: Klien mengatakan akan meminum lebih banyak air putih O: Klien dianjurkan dan	

		08.35	Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan berolahraga rutin 	diberikan minum air putih lebih sering S: Klien mengatakan akan mengikuti kegiatan olahraga lebih sering	
		08.40	<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	O: Klien terlihat kooperatif S : Klien mengatakan meminum Amplodiphine 10 mg O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat	
2	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	13-02-2023 08.05 08.09 10.05	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi 	S: Klien melakukan aktivitas pada siang hari dan mengalami sulit tidur dimalam hari O: Pasien tampak lemas S: Klien mengatakan sulit tidur karena tidak nyaman, terkadang kedinginan dan banyak nyamuk dan terkadang karena pusing. O: Klien tampak gelisah S: Klien mengatakan	

		10.15	<p>menghilangkan stres sebelum tidur</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 	<p>akan menggunakan selimut dan berdoa sebelum tidur</p> <p>O: Klien disarankan sebelum tidur membaca doa dan klien diberikan lingkungan yang nyaman</p> <p>S: Klien mengatakan penjelasan yang diberikan perawat sudah dimengerti</p> <p>O: Klien tampak mengerti terkait penjelasan tidur cukup yang diberikan perawat</p>	
		10.20	<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur 	<p>S: Klien mengatakan sering mengkonsumsi kopi</p> <p>O: klien dianjurkan untuk tidak atau mengurangi mengkonsumsi kopi.</p>	
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	13-02-2023 10.25	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Obesrvasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 	<p>S: Klien mengatakan umurnya sudah 81 Tahun, kekuatan ototnya menurun</p>	

		10.28	<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat 	<p>O: Hasil pengkajian risiko jatuh klien tinggi</p> <p>S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat</p>	
		10.35	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan alat bantu jalan 	<p>O: Klien masih dalam pantauan perawat</p> <p>S: Klien mengatakan mau menggunakan alat bantu, tetapi tidak mau kursi roda</p>	
		10.38	<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 	<p>O: Klien klien diberikan tongkat untuk membantu jalan</p> <p>S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p>	
		10.40	<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 	<p>O: Klien terlihat kooperatif</p> <p>S: Klien mengatakan hanya memiliki sandal jepit biasa</p> <p>O: Klien terlihat memakai sandal jepit</p>	

Tabel 3. 11 Implementasi Keperawatan (Hari Kedua)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	14-02-2023 13.00 13.05 13.15 13.20	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor TTV <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah • Melakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berolahraga rutin 	<p>S : Tidak ada keluhan terkait</p> <p>O: TD : 150/100 mmHg, S:36,5°C, HR: 93x/menit, RR: 21x/menit CRT > 3Detik</p> <p>S: Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi nonfarmakologis</p> <p>O: Klien diberikan terapi rendam kaki air hangat</p> <p>S: Klien mengatakan sudah minum air putih lebih banyak</p> <p>O: Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering</p> <p>S: Klien mengatakan sudah melakukan olahraga seperti berjalan jalan dan pemanasan</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p>	

		13.27	<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>S : Klien mengatakan meminum Amplodiphine 10 mg</p> <p>O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat</p>	
2	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	14-02-2023 13.00	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 	<p>S: Klien mengatakan masih mengalami sulit tidur</p> <p>O: Pasien tampak lesu</p>	
		13.05	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak terlalu dingin karena sudah memakai selimut tetapi masih sulit mengantuk pada malam hari.</p> <p>O: Klien tampak gelisah</p>	
		13.10	<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 	<p>S: Klien mengatakan akan menggunakan selimut dan berdoa sebelum tidur</p> <p>O: Klien disarankan sebelum tidur membaca doa dan klien diberikan</p>	

				lingkungan yang nyaman	
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	14-02-2023	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Obesrvasi :</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat 	<p>S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat</p> <p>O: Klien masih dalam pantauan perawat</p>	
		15.10			
		15.15	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan alat bantu jalan 	<p>S: Klien mengatakan lebih mudah saat menggunakan tongkat</p> <p>O: Klien terlihat lebih mudah saat berjalan</p>	
		15.20	<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 	<p>S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p>	
		15.25	<ul style="list-style-type: none"> Meganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 	<p>S: Klien mengatakan hanya memiliki sandal jepit biasa</p> <p>O: Klien diberikan sandal anti selip</p>	

Tabel 3. 12 Implementasi Keperawatan (Hari Ketiga)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal /jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	15-02-2023 08.05 08.10 08.15 08.30	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor TTV Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan hidrasi Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berolahraga rutin 	S : Tidak ada keluhan terkait O: TD : 140/90 mmHg, S:36,3°C, HR: 95x/menit, RR: 23x/menit CRT > 3 Detik S: Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi nonfarmakologis O: Klien diberikan terapi rendam kaki air hangat S: Klien mengatakan sudah minum air putih lebih banyak O: Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering S: Klien mengatakan sudah melakukan olahraga seperti berjalan jalan dan pemanasan O: Klien terlihat kooperatif	

		08.35	<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>S : Klien mengatakan meminum Amplodiphine 10 mg</p> <p>O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat</p>	
2	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	15-02-2023	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi :		
		08.05	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 	<p>S: Klien mengatakan sudah bisa tidur lebih cepat dari biasanya.</p> <p>O: Pasien tampak lebih nyaman.</p>	
		08.09	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 	<p>S: Klien mengatakan sudah lebih nyaman karena memakai selimut sebelum tidur.</p> <p>O: Klien tampak nyaman saat mau tidur.</p>	
		10.05	<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 	<p>S: Klien mengatakan akan menggunakan selimut dan berdoa sebelum tidur</p> <p>O: Klien disarankan sebelum tidur membaca doa dan klien diberikan</p>	

				lingkungan yang nyaman	
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	15-02- 2023	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540) Obesrvasi : Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat 	<p>S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat</p> <p>O: Klien masih dalam pantauan perawat</p>	
		10.25			
		10.28	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan alat bantu jalan 	<p>S: Klien mengatakan lebih mudah saat menggunakan tongkat</p> <p>O: Klien terlihat lebih mudah saat berjalan</p>	
		10.35	<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 	<p>S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p>	

Tabel 3. 13 Evaluasi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	15-02-2023 08.05	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi rendam kaki air hangat • Klien mengatakan sudah minum air putih lebih banyak • Klien mengatakan sudah melakukan olahraga seperti berjalan jalan dan pemanasan • Klien mengatakan meminum Amplodiphine 10 mg Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • TD : 140/90 mmHg, S:36,3°C, HR: 95x/menit, RR: 23x/menit • CRT > 3 detik • Klien diberikan terapi rendam kaki air hangat • Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering • Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat Assesment : Masalah Belum Teratasi Planning : Intervensi Dilanjutkan	
2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	15-02-2023 08.10	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah bisa tidur lebih cepat dari biasanya. • Klien mengatakan sudah lebih nyaman karena memakai selimut sebelum tidur. • Klien mengatakan akan menggunakan selimut dan berdoa sebelum tidur Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih nyaman. 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak nyaman saat mau tidur. • Klien disarankan sebelum tidur membaca doa dan klien diberikan lingkungan yang nyaman <p>Assesment : Masalah Teratasi</p> <p>Planning : Intervensi Dihentikan</p>	
3.	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	15-02-2023 10.25	<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat • Klien mengatakan lebih mudah saat menggunakan tongkat • Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih dalam pantauan perawat • Klien terlihat lebih mudah saat berjalan • Klien terlihat kooperatif <p>Assesment : Masalah Belum Teratasi</p> <p>Planning : Intervensi Dilanjutkan</p>	

B. Asuhan Keperawatan Pada pasien 2 dengan Hipertensi Melalui Penerapan Terapi *Hydrotherapy*

1. Pengkajian

a. Identitas

- 1) Nama : Ny. N
- 2) Tempat/tanggal Lahir : Bogor , 23 Maret 1952
- 3) Jenis Kelamin : Perempuan
- 4) Status Perkawinan : Cerai meninggal
- 5) Agama : Islam
- 6) Suku : Sunda
- 7) Tanggal masuk PSTW : 13 oktober 2019
- 8) Tanggal pengkajian : 13-02-2023
- 9) Diagnosa Medis : Hipertensi

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan sering merasakan sakit kepala

c. Keluhan Saat Ini

- 1) Gejala yang dirasakan :

Subjektif : Klien mengatakan sering mengeluh pusing dan sakit kepala, mata terasa berkunang-kunang, kepala terasa berat saat kepala ditekek. klien mengatakan jalan nya harus pelan-pelan, klien mengatakan saat naik tangga dan turun tangga sambil pegangan sisi tangga.

Objektif : Klien tampak gelisah, klien tampak lemas, tampak meringis. Setelah dilakukan pengkajian nyeri, didapatkan hasil :

P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala

Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala

S : Klien megatkan skala nyeri 5

T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul

2) Faktor pencetus

Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi karena sering makan-makan dengan kadar garam yang tinggi.

3) Timbulnya keluhan

Klien mengatakan keluhannya timbul secara bertahap

4) Upaya mengatasi

Klien mengatakan meminum obat dari panti dan istirahat

d. Riwayat kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah diderita : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi

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

3) Riwayat kecelakaan : Klien tidak pernah mengalami kecelakaan

4) Riwayat pernah dirawat di RS : Klien mengatakan tidak pernah dirawat dirumah sakit.

e) Riwayat pemakaian obat : Amlodiphine 5 mg

e. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

1) Pekerjaan saat ini : Klien mengatakan tidak bekerja

2) Pekerjaan sebelumnya : Klien mengatakan sebelumnya menjadi Ibu Rumah Tangga

3) Sumber pendapatan :Klien mengatakan tidak ada sumber pendapatan

4) Kecukupan pendapatan : Klien mengatakan Cukup

f. Lingkungan tempat tinggal

Klien mengatakan Kebersihan dan kerapihan ruangan cukup bersih dan rapi, penerangan dalam wisma Asoka cukup, keadaan kamar mandi dan wc cukup bersih lantai tidak licin dan tidak berbau dan terdapat pegangan di kamar mandi dan wc untuk mengurangi risiko jatuh. klien minum air mineral Aqua yang di ambil di pojok kamar asoka. Pembuangan sampah pada tempat sampah

g. Riwayat Masuk Panti

Klien mengatakan tinggal sendirian dirumah kontrakan karena suami meninggal dan anak kerja di luarkota tidak pernah pulang lalu di bawa ke PSTW Cipayung oleh ketua RT.

h. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : Baik, Tingkat Kesadaran Composmentis (E4 M5 V6)
- 2) TTV : TD: 140/100 mmHg, N: 97x/m, S: 36,5C, RR: 23x/m, CRT >3 Detik, Turgor kulit tidak elastis
- 3) BB 74 kg TB 158 cm
- 4) Kepala :

Subjektif : Klien mengatakan sering sakit dikepala belakang, di waktu yang tidak menentu

Objektif :

Inspeksi : Bentuk kepala mesosepal tidak ada luka atau kelainan apapun.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak teraba benjolan.

a) Rambut :

Subjektif : Klien mengatakan rambutnya sudah mulai rontok

Objektif : Rambut tampak ada yang rontok saat disisir

b) Mata :

Subjektif : Klien mengatakan penglihatan sudah mulai kabur

Objektif :

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan menurun, klien tidak pakai kaca mata

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat pembengkakan

c) Telinga :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Telinga bersih, tidak ada kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan dibelakang telinga

d) Mulut dan tenggorokan :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Mukosa lembab, gigi tidak utuh (ompong), tidak terdapat kesulitan menelan dan peradangan

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, dan tidak teraba pembengkakan

5) Payudara :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada benjolan dan kelainan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan , tidak terdapat benjolan, tidak teraba pembengkakan

6) Sistem pernafasan :

Subjektif : Klien mengatakan mudah lelah saat aktivitas tetapi tidak sampai sesak

Objektif :

Inspeksi : Pergerakan dada simetris, tidak ada jejas, tidak ada retraksi dada

Palpasi : tidak ada peningkatan atau pengurangan taktil fremitus, tidak ada krepitasi tulang dada

Perkusi : Suara perkusi dada sonor

Auskultasi : Suara paru vesikuler.

7) Sistem kardiovaskuler :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan.

Objektif :

Inspeksi : Kedua belah dada simetris, tidak ada pembengkakan

Palpasi : Denyut apeks teraba kencang, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembesaran organ.

Perkusi : Bunyi pekak.

Auskultasi : Bunyi Jantung I dan II , Suara regular.

8) Sistem gastrointestinal :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : Bentuk datar, Tidak ada luka, benjolan ataupun kelainan

Auskultasi : Bising usus 15x/menit

Palpasi : Tidak terdapat massa pada bagian abdomen dan tidak ada nyeri tekan, tidak supel.

Perkusi : Suara perkusi abdomen timpani

9) Sistem perkemihan :

Subjektif : Klien mengatakan BAK 6-7 x/perhari dengan volume yang sedikit, tidak ada nyeri saat berkemih

Objektif :

Inspeksi : Warna urine kuning jernih, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada perdarahan pada urine.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak teraba pembesaran pada abdomen bawah, dan tidak ada oedema ekstremitas.

10) Sistem genitoreproduksi :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

Objektif : Tidak dikaji

11) Sistem muskuloskeletal :

Subjektif : Klien mengatakan kekuatan otot kaki dan tangannya sudah mulai berkurang

Objektif :

Inspeksi : Tidak ada kelainan ekstremitas, hasil pemeriksaan tonus

otot :	4444		4444
	4444		4444

Reflek fisiologis : +1 +1

+1 +1

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

12) Sistem saraf pusat :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

Objektif :

Inspeksi : Tingkat Kesadaran Composmentis, Pupil Isokor, Koordinasi gerak baik

Perkusi : Refleks sendi dan tendon normal

13) Sistem endokrin :

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif :

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan liver

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

i. Pengkajian psikososial dan spiritual

1) Psikosial

Klien mengatakan mudah bergaul dengan para wbs lainnya saat berada di lingkungan panti dan di dalam wisma . klien tampak ramah

2) Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur? TIDAK
- b) Apakah klien sering merasa gelisah? TIDAK
- c) Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? TIDAK
- d) Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir? TIDAK



Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan 1 jawaban “YA”

PERTANYAAN TAHAP 2

- a) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan?
TIDAK
- b) Ada masalah atau banyak pikiran? TIDAK
- c) Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain? TIDAK

d) Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? TIDAK

e) Apakah cenderung mengurung diri? TIDAK



Bila lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya
“YA”

MAKA
EMOSIONAL
POSITIF (+)

Interpretasi : Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Ny. N tidak memiliki masalah emosional

3) Spiritual

Klien mengatakan beragama islam, klien sering mengikuti solat berjamaah di masjid dan terkadang kalau ia sedang kambuh sakit kepala atau pusing klien hanya bisa melaksanakan solat di wisma.

j. Pengkajian Fungsional klien KATZ

Tabel 3. 14 KATZ Indeks

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

	<p>Ke kamar kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan Pispot.</p>	✓	
	<p>Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p>Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih Perpindahan</p>	✓	
	<p>Kontinen Mandiri BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p>Bergantung Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers</p>	✓	
	<p>Makan Mandiri Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p>Bergantung Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)</p>	✓	

Keterangan :

Beri tanda (✓) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil: Mandiri

Keterangan : Mandiri daalam makan, berpakaian, kontinensia (BAK dan BAB), pergi ketoilet berpindah dan mandi.

j. Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 3. 15 Barthel Indeks

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5	10 ✓	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : Sedang Jenis Nasi putih dan lauk pauk
2.	Minum	5	10 ✓	Frekuensi : Sering Jumlah : 7-8 gelas Jenis : Air putih
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15 ✓	Tidak memakai kursi roda
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 ✓	Frekuensi 2x/hari
5.	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10 ✓	Membuka pakaian dan menyiram tubuhnya sendiri
6.	Mandi	5	15 ✓	Frekuensi 2x/hari
7.	Jalan di permukaan datar	0	5 ✓	Berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain ataupun tongkat
8.	Naik turun tangga	5	10 ✓	Naik turun tangga sendiri tanpa dibantu oleh orang lain
9.	Mengenakan pakaian	5	10 ✓	Mengenakan pakaiannya sendiri tanpa bantuan orang lain
10.	Kontrol bowel (BAB)	5	10 ✓	Frekuensi : 1 x/hari Konsistensi : Lembek kuning kecoklatan
11.	Kontrol Bladder (BAK)	5	10 ✓	Frekuensi : 6-7x/hari Warna : Kuning Jernih
12.	Olahraga/Latihan	5 ✓	10	Frekuensi : 1x/hari Jenis : Senam Rutin
13.	Rekreasi/Pemanfaatan Waktu Luang	5	10 ✓	Jenis : Bersosialisasi dengan WBS yang lain

Interpretasi hasil : skor 125 dengan kategori Ny.S melakukan secara ketergantungan sebagian

1) 130 : Mandiri

2) 60 - 125 : Ketergantungan sebagian

3) 55 : Ketergantungan total

k. Pengkajian Status Mental Gerontik

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ) Instruksi : Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dan masukkan dalam interpretasi.

Tabel 3. 16 Status Mental Gerontik

Benar	Salah	No	Pertanyaan
1		01	Tanggal berapa hari ini?
1		02	Hari apa sekarang?
1		03	Apa nama tempat ini?
1		04	Dimana alamat anda?
1		05	Berapa umur anda?
1		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
1		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?
1		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
1		09	Siapa nama Ibu anda?
1		10	Kurangi 3 dari 20 dan setiap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Interpretasi hasil : didapatkan skor 10 dengan kategori Ny.N fungsi intelektual utuh

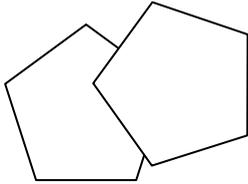
- 1) Salah 0 -2 : Fungsi intelktual utuh
- 2) Salah 3- 4 : Kerusakan intelektual ringan
- 3) Salah 5 – 7 : Kerusakan intelektual sedang
- 4) Salah > 8 : Kerusakan intelektual berat

l. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Tabel 3. 17 MMSE (Mini Mental Status Exam)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Musim <input type="checkbox"/> Tanggal

				<input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <input type="checkbox"/> Negara Indonesia <input type="checkbox"/> Propinsi Jawa Barat <input type="checkbox"/> Kota DKI Jakarta <input type="checkbox"/> PSTW Budi Mulia 1 Cipayung <input type="checkbox"/> Wisma Bugenvil
2	Registrasi	3	5	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <input type="checkbox"/> Obyek (Jam) ✓ <input type="checkbox"/> Obyek (Meja) ✓ <input type="checkbox"/> Obyek (Buku) ✓
3	Perhatian dan Kalkulasi	5	5	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, "BAPAK"
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek. <input type="checkbox"/> Meja (✓) <input type="checkbox"/> Jam (✓) <input type="checkbox"/> Buku (✓)
5	Bahasa	9	2	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. <input type="checkbox"/> (Gelas) (✓) <input type="checkbox"/> (Pulpen) (✓)
			1	Minta klien untuk mengulang kata berikut : "Tak ada jika, dan, atau, tetapi." Bila benar, nilai satu poin.

			3	<input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah (tak ada, tetapi) Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.” <input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda (√) <input type="checkbox"/> Lipat dua (√) <input type="checkbox"/> Taruh di lantai(√)
			1	Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) <input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda” (√) Perintahkan pada
			2	klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar. <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat (√) <input type="checkbox"/> Menyalin gambar(√)
				
Total Nilai		30	30	

Interpretasi hasil : 30 Aspek kognitif dan fungsi mental baik

26 – 30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik

21 – 25 : Aspek kognitif dan fungsi mental ringan

11 – 20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang

0 – 10 : Terdapat aspek fungsi mental berat

m. Pengkajian Keseimbangan

1) Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan

1 bila menunjukkan kondisi berikut ini.

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka

Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (1)

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi (0)

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (1)

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi (1) Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan □
- Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka
Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. (1) □
- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup
Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. (1) □
- Perputaran leher (klien sambil berdiri)
Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil (0)
- Gerakan menggapai sesuatu
Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan (1)
- Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun (0)

2) Komponen gaya berjalan atau pergerakan

- Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :
- Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan (0)
- Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah), Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm) (0)
- Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien) Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai (1)
- Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit (0)

- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi (1) □
- Berbalik, Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. (1)

Interpretasi Hasil : Didapatkan hasil skor 9 dengan kategori Ny.S mengalami resiko jatuh tinggi.

n. The timed up and go (tug) Test

Tabel 3. 18 The Timed Up and Go (TUG) Test

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

Interpretasi Hasil : Didapatkan skor 15 detik dengan kategori Ny.S mengalami resiko jatuh sedang.

< 10 detik : resiko jatuh rendah

11 – 19 detik : resiko jatuh sedang

20 – 29 detik : resiko jatuh tinggi

>30 detik : gangguan mobilitas dan resiko jauh tinggi

o. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita : Ny.S

Umum :

1) Baik 4

2) Lumayan 3

3) Buruk 2

4) Sangat buruk 1

Kesadaran :

1) Komposmentis 4

2) Apatis 3

3) Sopor 2

4) Koma 1

Aktifitas :

1) Ambulasi 4

2) Ambulasi dengan bantuan 3

3) Hanya bisa duduk 2

4) Tiduran 1

Inkontinen

1) Tidak 4

2) Kadang-kadang 3

3) Sering Inkontinesia urin 2

4) Inkontinensia alvi & urin 1

Interpretasi Hasil : Didapatkan skor 15 dengan kategori Ny.S
kemungkinan terjadi dekubitus

16 – 20 : kecil sekali/tidak terjadi

12 – 15 : kemungkinan terjadi

<12 : kemungkinan besar terjadi

p. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 3. 19 Geriatric Depression Scale (GDS)

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	1	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda		0
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong		0
4	Apakah anda sering merasa bosan		0
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat		0
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	1	
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya		0
9	Apakah anda lebih sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru		0
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		0
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda saat ini Menyenangkan	1	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		
13	Apakah anda merasa penuh semangat		
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada Harapan		0
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda		0

Interpretasi Hasil : Diapatkan skor 3 dengan kategori normal

Tabel 3. 20 Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Klien sering mengeluh pusing dan sakit kepala. DO : <ul style="list-style-type: none"> • TTV : TD: 140/100 mmHg, N: 97x/m, S: 36,5C, RR: 23x/m • CRT > 3 Detik • Turgor kulit tidak elastis • Nadi apeks teraba kencang • Intensitas BJ I dan II meningkat 	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Peningkatan Tekanan Darah
2	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Klien sering mengeluh pusing dan sakit kepala. Pengkajian Nyeri: P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala S : Klien megatkan skala nyeri 5 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul DO: <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sering memegangi kepala nya • Klien tampak gelisah 	Nyeri Akut (D.0077)	Agen Pencedera Fisiologis
3	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas • Klien mengatakan kekuatan ototnya menurun • Hasil pemeriksaan tonus otot Kekuatan otot 4444 4444 4444 4444 Reflek Fisiologis +1 +1 +1 +1 DO: <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pengkajian keseimbangan menunjukkan resiko jatuh klien tinggi • Hasil pengkajian TUG Test menunjukkan resiko jatuh sedang 	Resiko Jatuh (D.0143)	>65 Tahun

Tabel 3. 21 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kode
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah	D.0009
2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	D.0077
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun	D.0143

Tabel 3. 22 Rencana Keperawatan

No	Tanggal & Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	16-02-2023 13.00 WIB	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan Perfusi Perifer (L.02011) membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah sistolik membaik (5) 2. Tekanan darah diastolik membaik (5) 3. Pengisian kapiler membaik (5) 4. Turgor kulit membaik (5) 	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor TTV • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah • Lakukan hidrasi Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berolahraga rutin • Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah
2	16-02-2023 13.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam diharapkan Tingkat Nyeri (L.0065) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

				<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
3	16-02-2023 13.00 WIB	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x7 jam diharapkan Tingkat Jatuh (L.12111) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh saat berdiri menurun (5) 2. Jatuh saat berjalan menurun (5) 	Pencegahan Jatuh (I.14540) Obesrvasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor risiko jatuh Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Tempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat • Berikan alat bantu jalan Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

Tabel 3. 23 Implementasi Keperawatan (Hari Pertama)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal /jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	16-02-2023 13.00 13.05 13.10 13.25 13.27	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : • Memonitor TTV • Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik : • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah • Melakukan hidrasi Edukasi : • Menganjurkan berolahraga rutin	S : Tidak ada keluhan terkait O: TD : 140/100 mmHg, S:36,5°C, HR: 97x/menit, RR: 23x/menit CRT > 3 Detik S: Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi O: TD : 140/100 mmHg, S:36,5°C, HR: 97x/menit, RR: 23x/menit S: Klien mengatakan merasa nyaman saat diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat O: Klien diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat S: Klien mengatakan akan meminum lebih banyak air putih O: Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering S: Malas mengikuti olahraga karena capek O: Klien terlihat lebih senang menonton tv di wisma	

		13.30	<ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>S : Klien mengatakan meminum Amplodiphine 5 mg</p> <p>O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat</p>	
2	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077)	16-02-2023 13.00	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 	<p>S: Pengkajian Nyeri: P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala S : Klien megatkan skala nyeri 5 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak memegang bagian kepala yang nyeri</p>	
		13.05	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi skala nyeri 	<p>S: Skala nyeri 5</p> <p>O: Klien tampak memegang bagian kepala yang nyeri</p>	
		13.10	<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis untuk 	<p>S: Klien diberikan teknik acupressure untuk mengurangi nyeri kepala</p>	

			<p>mengurangi rasa nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 	<p>O: Klien mengatakan lebih nyaman saat diberikan terapi</p> <p>S: Klien klien mengatakan akan istirahat jika pusing nya muncul</p> <p>O: Klien difasilitasi istirahat dan tidur saat nyerinya muncul</p> <p>S: Klien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif dan mengerti dengan teknik yang diajarkan</p>	
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	16-02-2023	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Obesrvasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat • Memberikan alat bantu jalan <p>Edukasi :</p>	<p>S: Klien mengatakan umurnya sudah 79 Tahun, kekuatan ototnya menurun</p> <p>O: Hasil pengkajian risiko jatuh klien tinggi</p> <p>S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat</p> <p>O: Klien masih dalam pantauan perawat</p> <p>S: Klien mengatakan tidak mau menggunakan alat bantu jalan karena menyulitkan</p> <p>O: klien menolak diberikan alat bantu jalan</p>	

		15.24	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 	<p>S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p>	
		15.28	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 	<p>S: Klien mengatakan hanya memiliki sandal jepit biasa</p> <p>O: Klien terlihat memakai sandal jepit</p>	

Tabel 3. 24 Implementasi Keperawatan (Hari Kedua)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	17-02-2023 08.05 08.10 08.15 08.20 08.24	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> Memonitor TTV Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah Melakukan hidrasi Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan berolahraga rutin Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	S : Tidak ada keluhan terkait O: TD : 150/100 mmHg, S:36,7°C, HR: 97x/menit, RR: 23x/menit CRT > 3 Detik S: Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi nonfarmakologis O: Klien diberikan terapi rendam kaki air hangat S: Klien mengatakan akan meminum lebih banyak air putih O: Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering S: Klien mengatakan akan mencoba mengikuti kegiatan olahraga dari panti O: Klien terlihat kooperatif S : Klien mengatakan meminum	

				Amplodiphine 5 mg O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat	
2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0074)	17-02-2023 08.05	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 	S: Pengkajian Nyeri: P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala S : Klien megatkan skala nyeri 3 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul O: Pasien tampak memegang bagian kepala yang nyeri	
		08.09	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi skala nyeri 	S: Skala nyeri 3 O: Klien tampak memegang bagian kepala yang nyeri	
		10.05	Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	S: Klien diberikan teknik acupressure untuk mengurangi nyeri kepala O: Klien mengatakan lebih nyaman saat diberikan terapi	

		10.15	<ul style="list-style-type: none"> Memfasilitasi istirahat dan tidur 	<p>S: Klien klien mengatakan akan istirahat jika pusing nya muncul</p> <p>O: Klien difasilitasi istirahat dan tidur saat nyerinya muncul</p>	
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	17-02-2023	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 	<p>S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat</p> <p>O: Klien masih dalam pantauan perawat</p> <p>S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p> <p>S: Klien mengatakan senang telah diberi sandal baru</p> <p>O: Klien diberikan sandal baru yang tidak licin</p>	
		10.18			
		10.22			
		10.28			

Tabel 3. 25 Implementasi Keperawatan (Hari Ketiga)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	18-02-2023 13.00 13.05 13.10 13.25 13.27	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor TTV Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan hidrasi Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan berolahraga rutin <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan menggunakan obat penurun 	S : Tidak ada keluhan terkait O: TD : 130/90 mmHg, S:36,5°C, HR: 92x/menit, RR: 20x/menit CRT > 3 Detik S: Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi rendam kaki dengan air hangat O: Klien diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat S: Klien mengatakan akan minum lebih banyak air putih O: Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering S: Klien mengatakan tadi pagi sudah mengikuti senam yang diadakan di aula O: Klien terlihat kooperatif S : Klien mengatakan minum	

			tekanan darah	Amplodiphine 5 mg O: Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat	
2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	18-02-2023 13.00	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : <ul style="list-style-type: none">Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: Pengkajian Nyeri: P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala S : Klien megatkan skala nyeri 2 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul	
		13.05	<ul style="list-style-type: none">Mengidentifikasi skala nyeri	O: Pasien tampak lebih nyaman S: Skala nyeri 2, Klien mengatakan nyeri kepalanya sudah mulai berkurang O: Klien tampak lebih nyaman	
		13.10	Terapeutik : <ul style="list-style-type: none">Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	S: Klien diberikan teknik acupressure untuk mengurangi nyeri kepala O: Klien mengatakan lebih nyaman saat diberikan terapi	

		13.15	<ul style="list-style-type: none"> • Memfasilitasi istirahat dan tidur 	<p>S: Klien klien mengatakan akan istirahat jika pusing nya muncul</p> <p>O: Klien difasilitasi istirahat dan tidur saat nyerinya muncul</p>	
3	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	18-02-2023 15.10	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540) Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menempatkan pasien dekat dengan pantauan perawat <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 	<p>S: Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat</p> <p>O: Klien masih dalam pantauan perawat</p> <p>S: Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p> <p>O: Klien terlihat kooperatif</p>	

Tabel 3. 26 Evaluasi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0009)	18-02-2023 13.00	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan merasa nyaman saat di berikan terapi rendam kaki dengan air hanagt • Klien mengatakan sudah minum air putih lebih banyak • Klien mengatakan tadi pagi sudah mengikuti senam yang diadakan diaula • Klien mengatakan meminum Amplodiphine 5 mg Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • TD : 130/90 mmHg, • S:36,5°C, HR: 92x/menit, • RR: 20x/menit • CRT > 3 Detik • Klien diberikan terapi Hydroterapi • Klien dianjurkan dan diberikan minum air putih lebih sering • Klien terlihat meminum obat saat waktunya diberikan obat Assesment : Masalah Belum Teratasi Planning : Intervensi Dilanjutkan	
2.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	18-02-2023 13.00	Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Pengkajian Nyeri: P : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala Q : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Klien mengatakan nyeri dirasakan pada kepala S : Klien megatkan skala nyeri 2 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul • Klien mengatakan nyeri kepalanya sudah mulai berkurang 	

			<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih nyaman. <p>Assesment : Masalah Teratasi</p> <p>Planning : Intervensi Dihentikan</p>	
3.	Resiko Jatuh d.d Usia > 65 Tahun (D.0143)	18-02-2023 15.10	<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat • Klien mengatakan akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan • Klien senang diberi sandal baru <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih dalam pantauan perawat • Klien terlihat lebih mudah saat berjalan • Klien terlihat kooperatif <p>Assesment : Masalah Belum Teratasi</p> <p>Planning : Intervensi Dilanjutkan</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari BAB II dengan kasus 1 dan 2 di BAB III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

1. Menurut Teori

Pengkajian keperawatan adalah catatan tentang hasil pengkajian yang dilakukan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, mengumpulkan data dasar tentang pasien, dan mencatat respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, dan logis akan mengarah dan mendukung identifikasi masalah pasien. Hasil observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan hasil laboratorium adalah sumber data. Semua masalah keperawatan pasien dapat diidentifikasi dengan data yang lengkap.

Menurut (Ibrahim, 2020) Penanganan hipertensi pada orang tua termasuk: Pengkajian: 1) Memiliki riwayat keluarga positif, kegemukan, peningkatan kadar lipid serum, merokok rokok berat, penyakit ginjal, terapi hormon jangka panjang,

gagal jantung, dan kehamilan. 2) Gejala aktivitas atau istirahat seperti kelelahan, kelelahan, nafas pendek, dan gaya hidup yang monoton. Tanda-tandanya termasuk peningkatan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, dan takipnea. 3) Sirkulasi, gejalanya termasuk riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup, dan penyakit cerebroaskuler, serta episode palpitasi. Tanda-tanda termasuk kenaikan tekanan darah tinggi, nadi denyutan yang jelas dari arteri karotis, jugularis, dan radialis, takikardi, murmur stenosis valvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, dan suhu dingin (vasokonstriksi perifer). 4) Integritas Ego, gejalanya termasuk riwayat perubahan kepribadian, ansietas, dan berbagai faktor stres, seperti masalah keuangan, hubungan, dan pekerjaan.

Tanda-tandanya termasuk suasana hati yang bergejolak, gelisah, penyempitan perhatian yang berkelanjutan, tangisan yang meledak, otot muka yang tegang, pernafasan yang tenang, dan peningkatan pola bicara. 5) Gejala eliminasi: gangguan ginjal saat ini, seperti obstruksi atau penyakit ginjal sebelumnya. 6) Gejala makanan/cairan: makanan yang disukai, termasuk makanan yang tinggi garam, lemak, dan kolesterol, mual, muntah, dan perubahan BB akhir-akhir ini, seperti peningkatan atau penurunan, serta riwayat penggunaan

diuretik. Tanda-tanda termasuk berat badan normal atau obesitas, edema, dan glikosuria, 7) Gejala neurosensori termasuk pening, pusing, berdenyut, sakit kepala, sub oksipital (terjadi saat bangun dan hilang secara spontan setelah beberapa jam), dan gangguan penglihatan seperti diplobia, penglihatan kabur, dan epistaxis. Status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, dampak, proses pikir, dan pengurangan kekuatan genggaman tangan adalah tandanya. 8) Nyeri atau ketidaknyamanan, gejalanya termasuk angina (penyakit arteri koroner atau komplikasi jantung), sakit kepala. 9) Gejala pernafasan: kehilangan napas yang terkait dengan kativitas atau fungsi takipnea, ortopnea, kehilangan napas, batuk yang memiliki atau tanpa sputum, dan riwayat merokok. Tanda-tanda termasuk pernafasan yang tertekan atau penggunaan alat pernafasan otot dan bunyi nafas tambahan. (krakties/mengi), sianosis 10) Gejala keamanan termasuk gangguan koordinasi dan berjalan serta hipotensi postur.

2. Menurut Kasus

Penulis melakukan pengkajian klien pertama Ny. S pada tanggal 07 Februari 2023 hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien mengeluh mudah kelelahan dan pusing saat setelah beraktivitas, Klien juga mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah 2 tahun. Selain itu, Klien mengeluh sulit tidur

pada malam hari dan tidurnya hanya sebentar dan sering terbangun, dan klien tampak lemas, klien mengatakan jalannya harus pelan-pelan, klien mengatakan saat naik tangga dan turun tangga sambil pegangan sisi tangga. Setelah dikaji faktor pencetus hipertensinya adalah pola makan dan pola aktifitas yang kurang baik. Klien mengatakan belum mengetahui jika hal tersebut (makan-makanan yang mengandung garam tinggi) akan mempengaruhi kesehatannya. Hasil pengukuran TTV didapatkan hasil TD: 150/100 mmHg, S:36,6°C, HR: 98x/menit, RR: 21x/menit CRT > 3 Detik. Berdasarkan hasil pengkajian KATZ Indeks didapatkan hasil bahwa klien mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi. Hasil pengkajian keseimbangan didapatkan hasil klien mengalami risiko jatuh tinggi.

Hasil pengkajian selanjutnya penulis melakukan pengkajian pada klien kedua Ny. N pada tanggal yang sama yaitu 13 Februari 2023 didapatkan hasil klien sering mengeluh sakit kepala dan pusing, tampak memegangi kepalanya di bagian yang terasa sakit, klien tampak lelah, setelah pengkajian nyeri didapatkan hasil : klien mengeluh nyeri pada bagian belakang kepala, nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk dengan skala 5 (1-10) dan timbul hilang. Hasil pemeriksaan

TTV didapatkan hasil TD: 140/100 mmHg, S:36,5oC, HR: 97x/menit, RR: 23x/menit CRT > 3 Detik. Berdasarkan hasil pengkajian KATZ Indeks didapatkan hasil bahwa klien mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi. Hasil pengkajian keseimbangan didapatkan hasil klien mengalami risiko jatuh tinggi.

3. Analisa Peneliti

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami tekanan darah yang tinggi, dan terjadi penurunan pada fungsi otot. Namun, terdapat pula perbedaan pada kedua klien yaitu klien Ny. S mengalami gangguan pola tidur dan Ny. N mengalami nyeri kepala yang disebabkan oleh hipertensi nya. Data yang ditemukan pun sesuai dengan teori, seperti terjadi nya kenaikan tekanan darah, pengisian kapiler yang lebih dari 3 detik, dan pola hidup yang kurang sehat.

4. *Evidence Based*

Sesuai dengan studi yang dilakukan oleh (Nazaruddin, 2021) dimana hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien mengatakan mudah lelah dan pusing saat setelah melakukan aktivitas, Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah 2 tahun. Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari, klien

mengatakan tidurnya hanya sebentar dan sering terbangun, dan klien tampak lemas, klien mengatakan jalan nya harus pelan-pelan, klien mengatakan saat naik tangga dan turun tangga sambil pegangan sisi tangga. Setelah dikaji faktor pencetus hipertensi nya adalah pola makan dan pola aktifitas yang kurang baik. Klien mengatakan belum mengetahui jika hal tersebut (makan-makanan yang mengandung garam tinggi) akan mempengaruhi kesehatannya. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD: 150/100 mmHg, S:36,6oC, HR: 98x/menit, RR: 21x/menit CRT > 3 Detik. Berdasarkan hasil pengkajian KATZ Indeks didapatkan hasil bahwa klien mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi. Hasil pengkajian keseimbangan didapatkan hasil klien mengalami risiko jatuh tinggi.

B. Diagnosis Keperawatan

1. Menurut Teori

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang bagaimana klien, keluarga, dan komunitas menangani masalah kesehatan atau proses kehidupan yang mereka alami, baik yang nyata maupun yang mungkin terjadi. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk menemukan bagaimana klien menangani masalah kesehatan (PPNI, 2017).

Berdasarkan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada lansia dengan hipertensi/Tekanan darah tinggi yaitu nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur, dan defisit pengetahuan.

2. Menurut Kasus

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas sama yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Lalu pada diagnosa kedua diangkat diagnosa yang berbeda pada kedua klien, pada Ny. S diangkat diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, sedangkan pada Ny. N diangkat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Diagnosa ketiga yang diangkat pada kedua klien adalah resiko jatuh, dikarenakan pada saat pengkajian pada kedua didapatkan kedua klien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitasnya, sehingga resiko jatuhnya tinggi.

3. Analisa Peneliti

Kesamaan kasus yang terjadi adalah perfusi perifer tidak efektif dan resiko jatuh dikarenakan pada kedua kasus tersebut memiliki kesamaan gejala yang dialami dan seperti mengalami tekanan darah yang tinggi, waktu pengisian kapiler diatas normal (>3 detik), serta tanda-tanda ketidak efektifan

perfusi perifer lainnya, ditambah lagi faktor degeneratif. Pada diagnosa yang berbeda penulis berasumsi hal ini dikarenakan keluhan lain yang dialami kedua klien juga berbeda. Pada Ny. S mengeluh mengalami kesulitan tidur pada malam hari dan sering terbangun, sedangkan pada Ny. N klien mengeluh nyeri kepala dengan skala 5, hal ini dikarenakan nyeri kepala adalah salah satu manifestasi klinis dari hipertensi, maka diangkatlah diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Diagnosa yang diangkat beberapa sesuai teori hipertensi seperti perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur, dan gangguan rasa nyaman/nyeri, tetapi resiko jatuh tidak dapat dalam teori, karena resiko jatuh adalah diagnosa yang diangkat karena kekuatan otot klien mengalami degenerasi.

4. Evidence Based

Hasil perumusan diagnosa ini serupa dengan yang dilakukan oleh (Ningrum et al., 2021) Diagnosa utama yang diangkat yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Lalu diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Diagnosa selanjutnya yang dapat diambil adalah resiko jatuh, dikarenakan pada saat pengkajian pada kedua didapatkan

kedua klien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitasnya, sehingga resiko jatuhnya tinggi.

C. Intervensi Keperawatan

1. Menurut Teori

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk meningkatkan, mencegah, dan pemulihan kesehatan klien, keluarga, dan komunitas disebut dengan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Untuk memenuhi kebutuhan pasien, keluarga pasien dan perawat ruangan harus berpartisipasi dalam rencana keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indoensia (SLKI).

Intervensi pada tinjauan teori mencakup tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, dan rencana tindakan yang akan dilakukan. Intervensi atau perencanaan yang dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) di mana tindakan yang akan dilakukan termasuk observasi, terapi, pembelajaran, dan kolaborasi. Untuk setiap diagnosis, jangka waktu yang sama ditetapkan untuk mencapai kriteria hasil.

Adapun intervensi yang sesuai pada lansia dengan hipertensi adalah manajemen nyeri, dukungan tidur, perawatan sirkulasi dan edukasi kesehatan.

2. Menurut Kasus

Pada kasus Ny.S penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x7 jam. Penulis berencana mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif pada pasien dengan tujuan yang diharapkan perfusi perifer membaik, masalah gangguan pola tidur pada pasien dengan tujuan yang diharapkan pola tidur membaik dan masalah resiko jatuh pada pasien dengan tujuan yang diharapkan tingkat jatuh menurun. Pada kasus Ny.N penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x7 jam. Penulis berencana mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif dengan tujuan yang diharapkan perfusi perifer membaik, masalah nyeri akut dengan tujuan yang diharapkan tingkat nyeri menurun, dan masalah resiko jatuh pada pasien dengan tujuan yang diharapkan tingkat jatuh menurun.

Intervensi yang dilakukan pada Ny.S dan Ny.N dilakukan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif adalah perawatan sirkulasi, gangguan pola tidur adalah

dukungan tidur, resiko jatuh adalah pencegahan jatuh, dan nyeri akut adalah manajemen nyeri.

4. *Evidence based*

Pada kasus diatas selain terapi farmakologis penulis juga melakukan terapi nonfarmakologis yaitu *Hydrotherapy*. Hidroterapi (*hydrotherapy*) adalah pengobatan yang memanfaatkan air untuk mengobati atau mengurangi kondisi yang menyakitkan, menggunakan pendekatan "lowtech" yang bergantung pada reaksi tubuh terhadap air. Terapi air dapat mencegah flu dan demam, meningkatkan fertilitas, mengurangi kelelahan, meningkatkan sistem kekebalan tubuh, meningkatkan energi tubuh, dan membantu melancarkan sirkulasi darah.

Hidroterapi rendam air hangat dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi karena meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi edema, meningkatkan relaksasi otot, menyehatkan jantung, mengendorkan otot, menghilangkan stres, mengurangi nyeri otot, meringankan rasa sakit, meningkatkan permeabilitas kapiler, dan memberi kehangatan pada tubuh, dan prinsip hidroterapi ini bekerja dengan menggunakan air hangat (bersuhu 40,5–430 °C) sebagai konduktor, yang membuat panas berpindah ke tubuh,

melebarkan pembuluh darah dan mengurangi ketegangan otot. (Mooventhana and Nivethitha, 2020).

Dari studi yang dilakukan oleh Dilianti, Candrawati and Adi (2019) didapatkan hasil bahwa sebelum dilakukannya hidroterapi 70,0% orang dengan lanjut usia mengalami hipertensi derajat II dan setelah dilakukannya hidroterapi 50,0% lansia mengalami tekanan darah normal. Hasil independent t test didapatkan nilai p-value = (0,000) < (0,050). Hasil penelitian di Panti Wreda Al-Islah Malang menunjukkan bahwa hidroterapi menurunkan tekanan darah pada orang tua dengan hipertensi. Menurut hasilnya, keluarga yang memiliki orang tua dengan hipertensi disarankan untuk melakukan hidroterapi selama sepuluh menit setiap pagi dan sore sampai tekanan darah mereka kembali normal..

D. Implementasi Keperawatan

1. Menurut Teori

Proses implementasi keperawatan adalah tahap keempat dari proses keperawatan, di mana tindakan perawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan. Menciptakan hubungan percaya diri adalah tujuan utama dari tahap implementasi ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilakukan dapat dianggap sebagai upaya untuk memecahkan masalah.

2. Menurut Kasus

Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny.N yang dimulai dari tanggal 7 Februari 2023 sampai dengan 9 Februari 2023 dan Ny.S dimulai pada tanggal 13 Februari 2023 sampai dengan 15 Februari 2023. Pada kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi kondisi dan keadaan klien setiap harinya sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan yang telah disusun.

3. Tindakan *evidence based*

Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa *evidence based nursing* pada klien. *Evidence based nursing* yang diterapkan pada klien yaitu *Hydrotherapy* (Mooventhan and Nivethitha, 2020). Penulis menerapkan terapi nonfarmakologis tersebut karena terapi tersebut sederhana dan efektif untuk membantu mengatasi keluhan klien.

E. Evaluasi Keperawatan

1. Menurut Teori

Setelah tindakan keperawatan telah dilakukan, evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses asuhan keperawatan. Pada tahap ini, evaluasi menentukan apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan telah berhasil atau

apakah perlu menggunakan metode tambahan. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan). Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari pada kedua kasus tersebut yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam praktik dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir praktik.

2. Menurut Kasus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, didapatkan evaluasi pada Ny. N pada gangguan perfusi perifer tidak efektif, klien mengatakan merasa lebih nyaman saat dan sesudah diberikan terapi rendam kaki air hangat, klien sudah minum air putih lebih banyak, klien mengatakan sudah melakukan olahraga seperti berjalan-jalan dan pemanasan, dan klien mengkonsumsi obat Amplodiphine 10 mg, dengan hasil TTV, TD : 140/90 mmHg, S; 36, o3, HR: 95x/menit, RR: 23x/menit, CRT>3 detik, hasil evaluasi klien masalah belum teratasi, dan intervensi dilanjutkan. Pada gangguan pola tidur, klien mengatakan sudah bisa tidur lebih cepat dari biasanya, klien mengatakan sudah lebih nyaman karena memakai selimut sebelum tidur, dan klien tampak lebih nyaman saat mau tidur, hasil evaluasi klien masalah teratasi, dan intervensi dihentikan. Pada masalah resiko jatuh, klien akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat, klien juga mengatakan

lebih mudah bergerak saat menggunakan tongkat dan klien akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan, klien terlihat kooperatif, hasil evaluasi klien masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

Pada kasus Ny. S, setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, didapatkan pada masalah gangguan perfusi perifer klien mengatakan merasa nyaman saat dan setelah diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat, klien sudah minum lebih banyak air putih, dan klien mencoba untuk mengikuti olahraga senam yang diadakan di aula, klien juga meminum Amplodipine 5 mg, hasil TTV didapatkan TD 130/90 mmHg, S: 36.5°C, HR: 92x/menit, RR: 20x/menit, CRT>3 Detik, hasil evaluasi masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada masalah nyeri akut, klien mengatakan nyeri pada bagian kepala nya berkurang, skala yang dirasakan sekarang 2, hilang timbul, dan klien tampak lebih nyaman, hasil evaluasi masalah teratasi, intervensi dihentikan. Pada masalah resiko jatuh, klien mengatakan akan duduk dan beraktivitas di dekat ruang perawat, klien akan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan, klien terlihat kooperatif, hasil evaluasi klien masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami tekanan darah yang tinggi, dan terjadi penurunan pada kekuatan otot. Diagnosa yang diangkat pada kedua klien memiliki kesamaan yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, dan resiko jatuh ditandai dengan usia klien diatas 65 tahun. Pada diagnosa kedua pasien memiliki perbedaan diagnosa, pada Ny.N diangkat diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, sedangkan pada Ny.S diagnosa yang diangkat yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan terapi nonfarmakologis yaitu Hydrotherapy. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang dibuat oleh penulis. Perawatan diberikan kepada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang direncanakan serta didukung dengan terapi nonfarmakologi. Pada tindakan implementasi yang telah dilakukan minimal 3 hari untuk mendapatkan perbaikan pada lansia dengan

hipertensi. Kedua pasien bekerja sama dengan baik, kooperatif, dan memahami apa yang disampaikan penulis.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, didapatkan evaluasi pada Ny. N hasil evaluasi klien masalah pada Ny.N belum teratasi, dan intervensi dilanjutkan. Pada gangguan pola tidur, hasil evaluasi klien masalah teratasi, dan intervensi dihentikan. Pada masalah resiko jatuh, hasil evaluasi klien masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada kasus Ny. S, setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, didapatkan pada masalah gangguan perfusi perifer klien hasil evaluasi masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada masalah gangguan rasa nyaman, hasil evaluasi masalah teratasi, intervensi dihentikan. Pada masalah resiko jatuh, hasil evaluasi klien masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan.

B. Saran

1. Klien

Penulis berharap tulisan ini dapat digunakan sebagai referensi oleh klien dan masyarakat untuk melakukan melakukan terapi nonfarmakologis, khususnya Hydrotherapy.

2. Institusi Pendidikan

Penulis berharap dalam penulisan ini dapat memberikan informasi kepada mahasiswa STIKes Medistra Indonesia untuk menambah pengetahuan dan wawasan tentang Keperawatan Gerontik,

sehingga kita dapat membangun atau memanfaatkan fasilitas Keperawatan Gerontik tanpa bergantung pada terapi farmakologi kita bisa memberikan terapi nonfarmakologi dalam hal ini adalah *Hydrotherapy*.

3. Peneliti

Penulis berharap penelitian ini akan memberikan pengetahuan baru kepada peneliti sehingga mereka dapat menerapkan teori mereka dan menggunakan temuan ini sebagai data dasar untuk peneliti berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, N. and Mustofa, A. (2021) 'Penerapan rendam kaki air hangat untuk menurunkan tekanan darah pada lansia hipertensi', *Ners Muda*, 2(3), p. 106. doi:10.26714/nm.v2i3.8133.
- Dalmartha, S. et al. (2015) *Care Your Self, Hipertensi*. Jakarta: Penebar Plus+.
- Dilianti, I.E., Candrawati, E. and Adi, W.R.C. (2017) 'Efektivitas Hidroterapi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Di Panti Wreda Al-Islah Malang', *Nursing News*, 2(3), pp. 193–206. Available at: <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fikes/article/view/579>.
- Ferayanti, N.M., Erwanto, R. and Sucipto, A. (2017) 'The Effectiveness Of Warm Water Therapy And Deep Breathing Relaxation In Blood Pressure', *Nurscope: Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 3(2), p. 38. doi:10.30659/nurscope.3.2.38-45.
- Hastuti, A.P. (2019) *HIPERTENSI. I*. Edited by I.M. Ratih R. Klaten: Lakeisha.
- Ibrahim (2020) 'ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI Nursing Care with Hypertension in The Elderly Hypertension akhirnya menjadi istilah kedokteran yang populer untuk menyebut penyakit tekanan darah tinggi . Tekanan yang dipompakan dari jantung untuk tajam da', *Idea Nursing Jurnal*, II(1), pp. 60–70. Available at: file:///C:/Users/user/Downloads/6360-13298-1-SM (1).pdf.
- Kemenkes RI (2019) 'Hipertensi Si Pembunuh Senyap. Kementerian Kesehatan RI, 1–5. Kholifah, D. (2016). *Keperawatan Gerontik*.'
- Mooventhan, A. and Nivethitha, L. (2014) 'Scientific evidence-based effects of hydrotherapy on various systems of the body', *North American Journal of Medical Sciences*, 6(5), pp. 199–209. doi:10.4103/1947-2714.132935.
- Muhith, Abdul, D. (2017) *Pendidikan Keperawatan Jiwa*.
- Nazaruddin (2021) 'Pengaruh Terapi Rendam Kaki Dengan Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Kota Kendari', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 16, pp. 2302–2531.
- Ningrum, I.C. et al. (2021) *Asuhan Keperawatan Pada Ny H Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Hipertensi Di Desa Balong Kecamatan*
- Nu'a, F.J., Rua, Y.M. and Nahak, M.P.M. (2023) 'ASUHAN

KEPERAWATAN GERONTIK PADA KLIEN YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN MASALAH GANGGUAN RASA NYAMAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS HALIWEN', (1), pp. 1–76.

Nurmaulina, A. and Hadiyanto, H. (2021) 'Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat pada Lansia dalam Menurunkan Tekanan Darah', *Jurnal Lentera*, 4(1), pp. 36–39. doi:10.37150/jl.v4i1.1399.

PPNI, T.P.S.D. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1)*. Jagakarsa, Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, T.P.S.D. (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Definisi dan Tindakan Keperawatan (Edisi 1 Cetakan II)*. Jagakarsa, Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Sari, S.M. and Aisah, S. (2022) 'Terapi Rendam Kaki Air Hangat Pada Penderita Hipertensi', *Ners Muda*, 3(2). doi:10.26714/nm.v3i2.8262.

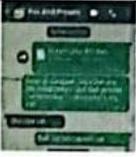
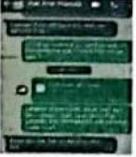
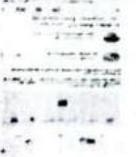
Sya'idah, H. (2019) *KEPERAWATAN LANJUT USIA : Teori dan Aplikasi*. I. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

Lampiran 1 Lembar Kegiatan Bimbingan

 <p style="text-align: center;">SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA</p> <p style="text-align: center;">PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN - PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)</p> <p style="text-align: center;">Jl. Cut Mutia Raya No. BBA-Kel.Sepanjang Jaya - Bekasi Telp.(021) 02431375-77 Fax (021) 02431374 Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id</p>			
FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR			
Nomor Dokumen	: FM.058/A.004/PROF.NERS/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	: 18 November 2022
Revisi	: 0	Igl efektif	: 28 November 2022

Lampiran 1 Lembar Kegiatan Bimbingan

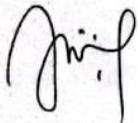
KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

TANGGAL	KEGIATAN BIMBINGAN	KETERANGAN	PARAF PEMBIMBING
10-02-2023		Konsul judul KIAN (ACC)	
14-02-2023		Konsul BAB 1 dan BAB 2	
25-02-2023		Konsul BAB 1,2 dan 3	
05-03-2023		Konsul BAB 1,2 dan 3	
12-03-2023		Konsul revisi BAB 3,4,5	

18-03-2023		Konsul revisi BAB 3,4,5	
10-04-2023		Sidang Hasil	
24-07-2023	Offline	Revisi full BAB 1,2,3,4,5	
06-08-2023		ACC HC oleh penguji I	
09-08-2023	Offline	ACC HC oleh penguji II	

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)



Kiki Deniati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN.0316028302

Lampiran 2 Lembar Dokumentasi

LEMBAR DOKUMENTASI



Lampiran 3 Standar Operasional Prosedur Hydrotherapy

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

RENDAM KAKI AIR HANGAT

A. Pengertian Rendam Kaki Air Hangat

Rendam kaki dengan air hangat adalah teknik terapi dengan merendam kaki dengan air hangat sekitar 10–15 cm di atas mata kaki. Merendam kaki dengan air hangat memiliki efek herbal yang meningkatkan suhu tubuh dan meningkatkan sirkulasi darah ke bagian atas tubuh (Sari and Aisah, 2022).

B. Manfaat rendam kaki air hangat

Selain pengobatan farmakologi, terapi rendam kaki dengan air hangat dapat digunakan secara mandiri untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Air hangat memiliki dua efek fisiologis pada tubuh. Pertama, itu melebarkan pembuluh darah. Kedua, itu membebani air, menguatkan otot dan ligament, yang berdampak pada sendi tubuh. Untuk mengurangi tekanan darah, rendam kaki dengan air hangat dapat membantu melancarkan aliran darah (Sari and Aisah, 2022).

C. Prosedur Rendam Kaki air hangat

Untuk menurunkan tekanan darah, ini adalah persiapan alat dan prosedur yang dilakukan untuk terapi rendam kaki dengan air hangat menurut (Nurmaulina and Hadiyanto, 2021).

Persiapan alat :

1. Kursi
2. Baskom
3. Termometer
4. Air panas
5. Air dingin
6. Handuk

7. Stopwatch
8. Tensi meter
9. Stetoskop

Tahap Orientasi :

1. Memberikan salam dan memperkenalkan nama perawat.
2. Menjelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan kepada klien.

Tahap Kerja :

1. Membawa peralatan mendekati klien
2. Memposisikan klien duduk diatas kursi
3. Mengukur tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki
4. Jika kaki tampak kotor cuci
5. Masukkan air hangat ke dalam baskom dengan suhu 38-40°C
6. Celupkan dan rendam kaki sampai mata kaki biarkan selama 15-30 menit, jika suhu turun maka tambahkan air hangat sampai sesuai kembali
7. Setelah selesai, angkat kaki lalu keringkan dengan handuk
8. Rapikan alat

Tahap Terminasi :

Ukur kembali tekanan darah setelah dilakukan terapi rendam kak

Lampiran 4 Biografi Penulis

BIOGRAFI PENULIS



I. Data Pribadi

Nama Lengkap : Diah Ayu Saputri
TTL : Sidodadi, 31 Desember 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat : Sidomulyo, Lampung Selatan
Email : diahayusptr02@gmail.com
Motto : *Stay positive in any situation*

II. Riwayat Pendidikan

SD : SDN 05 Sidorejo 2012
SMP : MTS Al-Khairiyah Sidomulyo 2015
SMA : SMK Kesehatan Hampar Baiduri Kalianda
Lampung Selatan 2015-2018
Perguruan Tinggi : STIKes Medistra Indonesia
Tahun 2018-2022 (S1 Ilmu Keperawatan)
STIKes Medistra Indonesia
Tahun 2022-2023 (Profesi Ners)