

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. I DENGAN HIPERTENSI
DAN NY. M DENGAN HIPERTENSI DALAM PENERAPAN RENDAM KAKI
AIR HANGAT UNTUK MENURUNKAN TEKANAN DARAH DI SEKOLAH
LANSIA CEMPAKA MEDISTRA INDONESIA TAHUN 2024**



Disusun Oleh
Anasthasya Selda Patasik, S.Kep.
23.156.03.11.006

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
TAHUN 2024

LAPORAN KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. I DENGAN HIPERTENSI
DAN NY. M DENGAN HIPERTENSI DALAM PENERAPAN RENDAM KAKI
AIR HANGAT UNTUK MENURUNKAN TEKANAN DARAH DI SEKOLAH
LANSIA CEMPAKA MEDISTRA INDONESIA TAHUN 2024

KARYA ILMIAH AKHIR NERS
Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners



Disusun Oleh
Anasthasya Selda Patasik, S.Kep.
23.156.03.11.006

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
MARET 2024

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Anasthasya Selda Patasik

NPM : 231560311006

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners dengan Judul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. I dan Ny. M dengan Penerapan Rendam Kaki Air Hangat untuk Menurunkan Tekanan Darah di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia 2024” adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidak sesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 25 Maret 2024

Yang menyatakan

Anasthasya Selda Patasik

LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir Ners Diperiksa Oleh Preseptor Satu Dan Preseptor Dua
Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Lisna Agustina, S.Kep.Ners., M.Kep.

NIDN. 0404088405

Lisna Nuryanti, S.Kep., Ners., M.Kep.

NIDN. 0420078101

Mengetahui,

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)

Dan Profesi Ners

Kiki Denianti, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIDN. 0316028302

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa bahwasannya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada ny. I dan ny. M dengan Penerapan Rendam Kaki Air Hangat untuk Menurunkan Tekanan Darah di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia 2024” dapat diselesaikan tepat waktu. Karya Ilmiah Akhir Ners ini ditujukan sebagai syarat memperoleh gelar Ners pada Program Studi Profesi Keperawatan STIKes Medistra Indonesia. Dengan hormat peneliti menyampaikan terima kasih kepada :

1. Saver Masadar Ompusunggu, S.E., selaku Ketua Yayasan STIKes Medistra Indonesia.
2. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia.
3. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik.
4. Sinda Ompusunggu, S.H, selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan.
5. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni.
6. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia
7. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An , selaku Koordinator Profesi Ners yang telah memberikan izin kami dalam melakukan praktik profesi ners.
8. Lisna Nuryanti, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku dosen pembimbing yang sudah membimbing saya dari awal hingga akhir sidang kami.

9. Lisna Agustina. S.Kep.,Ners.,M.Kep Selaku dosen penguji I
10. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu.
11. (Sekolah lansia) yang telah memberikan izin penulis melakukan karya ilmiah ini.
12. Orang tua dan keluarga, yang telah memberikan dukungan baik moral maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
13. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan XII STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners.

Bekasi, 25 Maret 2024

Anasthasyas Selda Patasik

DAFTAR ISI

COVER	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	4
BAB II TINJAUAN KASUS	5
A. Konsep Hipertensi.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Klasifikasi	6
3. Etiologi.....	6
4. Pathways	8
5. Patofisiologi	9
6. Manifestasi Klinis	10
7. Komplikasi	10
8. Therapy	11
9. Pemeriksaan Penunjang	13

B.	Konsep Lansia	14
1.	Definisi Lansia	14
2.	Batasan Lanjut Usia	14
3.	Tiper-tipe Lanjut Usia	15
4.	Perubahan yang Terjadi Pada Lanjut Usia	16
C.	Terapi Rendam Kaki Dengan Air Hangat	17
1.	Definisi Rendam Kaki Dengan Air Hangat.....	17
2.	Prosedur Rendam Kaki Dengan Air Hangat	18
D.	Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi.....	19
1.	Pengkajian.....	19
2.	Diagnosa keperawatan Hipertensi.....	38
3.	Intervensi Keperawatan.....	39
4.	Implementasi Keperawatan.....	39
5.	Evaluasi Keperawatan.....	39
BAB III LAPORAN KASUS.....		40
A.	Asuhan Keperawatan Pada Ny. M dengan Hipertensi Melalui Penerapan Terapi Rendam Kaki dengan Air Hangat	40
B.	Asuhan Keperawatan Pada Ny. I dengan Hipertensi Melalui Penerapan Terapi Rendam Kaki dengan Air Hangat	73
BAB IV PEMBAHASAN.....		109
A.	Pengkajian.....	109
B.	Diagnosis Keperawatan.....	112
C.	Intervensi Keperawatan.....	113

D. Implementasi keperawatan.....	116
E. Evaluasi Keperawatan.....	118
BAB V PENUTUPAN	121
A. Kesimpulan	121
B. Saran.....	123
DAFTAR PUSTAKA	124

DAFTAR TABEL

Tabel II- 1 Klasifikasi hipertensi menurut JNC	6
Tabel II- 2 Standart Operasional Prosedur (SOP) Perendaman Kaki Menggunakan Air Hangat.....	18
Tabel II- 3 Pengkajian Katz Indeks	26
Tabel II- 4 Modifikasi dari Barthel Indeks.....	28
Tabel II- 5 Pengkajian Status Mental Gerontik.....	29
Tabel II- 6 MMSE	30
Tabel II- 7 The timed up and go (tug) Test	35
Tabel II- 8 Apgar Keluarga.....	36
Tabel II- 9 Geriatric Depression Scale	37
Tabel III- 1 KATZ Indeks.....	48
Tabel III- 2 Barther Indeks	49
Tabel III- 3 Pengkajian status mental gerontik.....	51
Tabel III- 4 MMSE(Mini Mental Status Exam).....	51
Tabel III- 5 The Timed Up And Go (Tug) Test	56
Tabel III- 7Apgar Keluarga	58
Tabel III- 8 Geriatric Depression Scale (GDS)	59
Tabel III- 9 Analisa Data	60
Tabel III- 10 Diagnosa Keperawatan	61
Tabel III- 11 Rencana Keperawatan.....	61
Tabel III- 12 Implementasi Keperawatan.....	62
Tabel III- 13 Implementasi Keperawatan.....	65

Tabel III- 14 Implementasi Keperawatan.....	67
Tabel III- 15 Implementasi Keperawatan.....	69
Tabel III- 16 Evaluasi Keperawatan.....	71
Tabel III- 17 KATZ Indeks.....	81
Tabel III- 18 Barther Indeks	82
Tabel III- 19 Status Mental Gerontik	84
Tabel III- 20 MMSE(Mini Mental Status Exam).....	84
Tabel III- 21 The timed up and go (tug) Test	89
Tabel III- 23 Apgar Keluarga	91
Tabel III- 24 Geriatric Depression Scale (GDS)	92
Tabel III- 25 Analisa Data	93
Tabel III- 26 Diagnosa Keperawatan	94
Tabel III- 27 Rencana Keperawatan.....	94
Tabel III- 28 Implementasi Keperawatan.....	96
Tabel III- 29 Implementasi Keperawatan.....	98
Tabel III- 30 Implentasi Keperawatan.....	100
Tabel III- 31 Implementasi Keperawatan.....	103
Tabel III- 32 Evaluasi Keperawatan.....	107

DAFTAR SKEMA

Skema II- 1 Pathway hipertensi	8
--------------------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Dokumentasi terapi rendam kaki dengan air hangat

Lampiran 2 Kegiatan bimbingan

Lampiran 3 Media Edukasi

Lampiran 3 Biografi Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia suatu kondisi yang dialami didalam kehidupan manusia. Menjadi tua adalah bagian dari proses alamiah manusia yang telah melalui tahap kehidupannya yaitu anak-anak, remaja, dewasa, dan tua. Tahap yang dimaksud sangat berbeda baik secara biologis, fisik, dan psikologis. Menginjak usia tua berarti telah mengalami penurunan yaitu penurunan fisik. Lansia lebih memiliki risiko yang dapat mengalami berbagai penyakit khususnya penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif merupakan penyakit kronik menahun yang banyak mempengaruhi kualitas hidup serta produktivitas manusia.(Andry, 2020). Salah satu penyakit degeneratif yang sering dialami oleh lansia timbul tanpa gejala yaitu hipertensi. Hipertensi merupakan penyakit pada jantung dan pembuluh darah yang biasa disebut tekanan darah tinggi yang menyebabkan kematian dan sering disebut sebagai silent kiler karena penyakit ini sering kali muncul tanpa adanya gejala dan baru diketahui ketika telah terjadi gangguan pada tubuh. (Adrian, 2019)

Badan Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) menunjukkan data bahwa diseluruh dunia sekitar 1,4 milyar orang atau 39,6% masyarakat didunia mengidap hipertensi. Jumlah ini terus meningkat sejak tahun 2009 dimana jumlah penderita hipertensi yang ditemukan sebanyak 972 juta orang atau 26,4% dengan jumlah penderita terbanyak adalah laki-laki yaitu sebesar 76,6% (Nazaruddin, 2021). Berdasarkan data (Kemenkes RI, 2018), jumlah

penderita hipertensi di Indonesia meningkat dari 25,8% pada tahun 2013 menjadi 34,1%. Peningkatan prevalensi tertinggi terlihat di Provinsi DKI Jakarta sebesar 13,4%. Menurut (Dinkes, 2020) Dinas Kesehatan Kota Bekasi menunjukkan bahwa jumlah penderita hipertensi di Kota Bekasi terus meningkat setiap tahunnya hingga tahun 2019, namun kemudian menurun di tahun 2020. Dari 19.507 orang tahun 2016, meningkat menjadi 28.407 orang tahun 2017, lalu meningkat tajam menjadi 87.371 orang tahun 2018, dan pada tahun 2019 meningkat lagi menjadi 115.089 orang. Kemudian tahun 2020 menurun menjadi 72.189 penderita hipertensi. Berdasarkan jenis kelaminnya, setiap tahunnya penderita hipertensi di Kota Bekasi sebagian besar berjenis kelamin perempuan, hal ini karena saat perempuan memasuki masa menopause, terjadi penurunan hormon estrogen penurunan hormon ini bisa merusak sel-sel endotel sehingga memicu terjadinya plak di pembuluh darah. Adanya plak di pembuluh darah dapat memicu tekanan darah tinggi.

Faktor penyebab hipertensi antara lain yaitu umur, jenis kelamin, genetik (faktor risiko yang tidak dapat diubah) kebiasaan merokok, obesitas, kurang aktivitas fisik, stress, konsumsi garam berlebih, kafein. Gejala yang tidak muncul dalam penyakit hipertensi membuat lansia hanya merasakan sakit biasa dan akibat yang terjadi jika hipertensi tidak segera ditangani adalah otak (menyebabkan stroke), mata (menyebabkan retinopati hipertensi dan dapat menimbulkan kebutaan), jantung (menyebabkan penyakit jantung koroner termasuk infark jantung dan gagal jantung), ginjal (menyebabkan penyakit ginjal kronik, gagal ginjal terminal). (Wahyuningsih & Astuti, 2020)

Cara yang dapat menurunkan tekanan darah yaitu dengan terapi farmakoterapi dan nonfarmakoterapi. Terapi farmakoterapi atau dengan menggunakan obat-obatan kimia adalah cara yang dianggap efektif dalam menurunkan tekanan darah. Terapi nonfarmakoterapi merupakan terapi tradisional tanpa menggunakan obat dalam proses terapinya. Tekanan darah tinggi membutuhkan relaksasi, yang menyebabkan pembuluh darah rileks, melebar, dan menurunkan tekanan darah secara normal. Ada beberapa cara untuk merilekskan tubuh, seperti terapi musik klasik, yoga, teknik pernapasan dalam, merendam kaki, dan terapi pijat (Suarni, 2019). Salah satu dari sekian banyak terapi tradisional yang ada yakni menggunakan terapi rendam kaki dengan air hangat. Terapi rendam kaki dengan air hangat adalah terapi yang dapat meningkatkan sirkulasi darah dengan cara memperlebar pembuluh darah sehingga banyak oksigen ke jaringan yang mengakibatkan pembengkakan. Dampak dalam terapi rendam kaki dengan air hangat dapat merangsang saraf yang ada di kaki untuk bekerja dan berfungsi mendilatasi pembuluh darah serta melancarkan peredaran darah. (Masi & Rottie, 2019)

Hubungan rendam kaki dengan air hangat terhadap pengendalian tekanan darah lansia sebagaimana disimpulkan dalam penelitian (Try Putra Parmana et al., 2020) Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara tekanan darah sebelum dan setelah rendam kaki dengan air hangat pada pasien hipertensi di wilayah kerja pustu kelurahan benjalan.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk menyusun Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. I Dan Ny. M Dengan Penerapan

Rendam Kaki Dengan Air Hangat Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia 2024.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. I Dan Ny. M Dengan Penerapan Rendam Kaki Dengan Air Hangat Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia 2024.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada lansia dengan hipertensi di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia
- b. Menentukan diagnosis keperawatan pada lansia dengan Hipertensi di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia
- c. Membuat rencana tindakan keperawatan pada pada lansia dengan Hipertensi di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia
- d. Mengaplikasikan non farmakologi pada pada lansia dengan Hipertensi di Sekolah Lansia Cempaka Medistra Indonesia

BAB II

TINJAUAN KASUS

A. Konsep Hipertensi

1. Pengertian

Tekanan Darah Tinggi (hipertensi) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Secara umum, hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya resiko terhadap stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal. Pada pemeriksaan tekanan darah akan didapat dua angka. Angka yang lebih tinggi diperoleh pada saat jantung berkontraksi (sistolik), angka yang lebih rendah diperoleh pada saat jantung berelaksasi (diastolik) (Kemenkes, 2019). Tekanan darah ditulis sebagai tekanan sistolik garis miring tekanan diastolik, misalnya 120/80 mmHg, dibaca seratus dua puluh per delapan puluh. Dikatakan tekanan darah tinggi jika pada saat duduk tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih, atau tekanan diastolik mencapai 90 mmHg atau lebih, atau keduanya. Pada tekanan darah tinggi, biasanya terjadi kenaikan tekanan sistolik dan diastolik. Pada hipertensi sistolik terisolasi, tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih, tetapi tekanan diastolik kurang dari 90 mmHg dan tekanan diastolik masih dalam kisaran normal. Hipertensi ini sering ditemukan pada usia lanjut. Sejalan dengan bertambahnya usia, hampir setiap orang mengalami kenaikan tekanan darah; tekanan sistolik terus meningkat sampai usia 80 tahun dan tekanan diastolik terus meningkat

sampai usia 55-60 tahun, kemudian berkurang secara perlahan atau bahkan menurun drastis.

2. Klasifikasi

Komite eksklusif dari national High Blood Pressure Education Program Merupakan sebuah organisasi yang terduru dari 46 profesional sukarelawan dan agen fekal. Mereka mencanangkan klasifikasi Joint Commite On Prevention, Detection, Evaluation And Treatment Of High

Blood Preassure (JNC) Pada Tabel 2, yang dikaji oleh 33 ahli hipertensi nasional Amarika Serikat

Tabel II- 1 Klasifikasi hipertensi menurut JNC

Kategori tekanan daraha menurut JNC	Tekanan darah sistol (mmHg)	Tekanan darah diastol (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pra hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi tingkat 2	>160	>100

Sumber : Joint National Committee (JNC)

3. Etiologi

a. Hipertensi Esensial (Primer)

Penyebab hipertensi esensial atau hipertensi primer bersifat multifaktorial, yakni sebagai hasil interaksi dari faktor-faktor tersebut. Beberapa faktor yang memicu timbulnya hipertensi tersebut antara lain faktor risiko, aktivitas sistem saraf simpatik, keseimbangan vasodilatasi dan vasokonstriksi pembuluh darah, serta aktivitas sistem reninangiotensin. Beberapa hal yang dapat menjadi faktor risiko di antaranya usia, jenis kelamin, dan faktor herediter atau keturunan. Selain itu pola hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi alkohol, merokok,

kurang olahraga, dan makanan berlemak dapat menjadi pemicu hipertensi. Seiring dengan penambahan usia, elastisitas dinding pembuluh darah semakin menurun. Demikian pula dengan jenis kelamin, laki-laki memiliki risiko hipertensi lebih tinggi dibandingkan wanita. Hal ini berkaitan dengan adanya hormon estrogen pada wanita yang berkontribusi pada kelenturan pembuluh darah. Penurunan produksi estrogen pada usia menopause membuat risiko pada wanita juga akan meningkat. Faktor lain yang dapat memicu hipertensi adalah perangsangan sistem saraf simpatik.

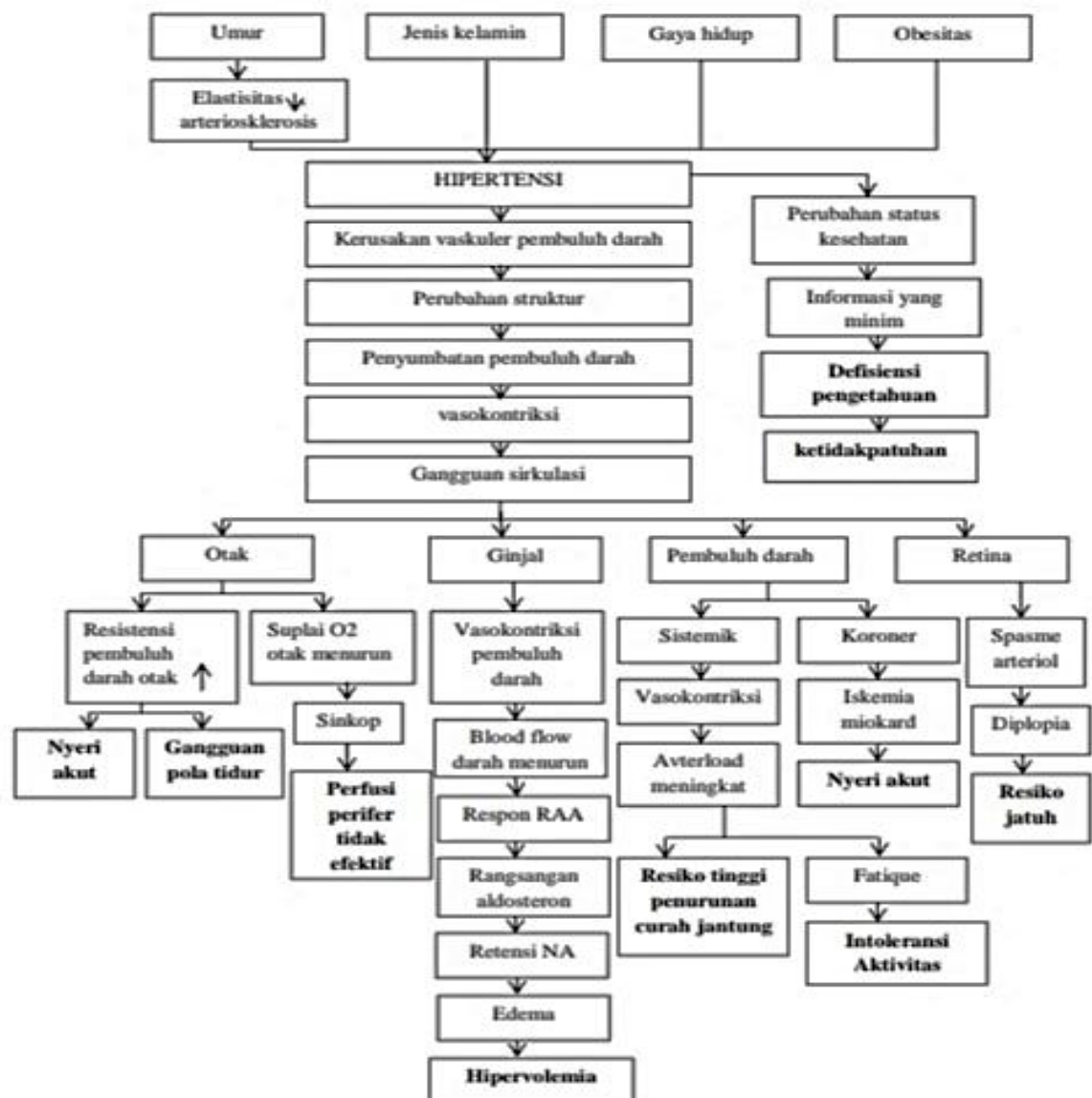
b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder dicirikan dengan peningkatan tekanan darah disertai dengan penyebab spesifik, seperti penyempitan arteri renalis, penyakit parenkim renal, hiperaldosteronisme (hipertensi mineralokortikoid), medikasi tertentu, kehamilan, dan koarktasi aorta. Hipertensi juga dapat bersifat akut, yang menandakan adanya gangguan yang menyebabkan perubahan resistensi perifer atau perubahan curah jantung. Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada:

- 1) Elastisitas dinding aorta menurun.
- 2) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya

- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah, hal ini terjadi karena kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- 5) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

4. Pathways



Skema II- 1 Pathway hipertensi

5. Patofisiologi

Beberapa faktor diduga memegang peranan dalam genesis hipertensi, faktor psikis, system syaraf, ginjal, jantung pembuluh darah, kortikosteroid, katekolamin, angiotensin, sodium dan air. Hipertensi tidak disebabkan oleh suatu faktor, tetapi sejumlah faktor turut memegang peranan dan saling berkaitan dalam genesis hipertensi. Tekanan emosi akan meningkatkan aktivasi saraf otonom dan menyebabkan kenaikan tekanan darah akibat vasokonstriksi arteriol post glomerulus. Vasokonstriksi dari pembuluh darah ginjal arteriol post glomerulus menimbulkan retensi sodium dengan akibat kenaikan volume plasma (VP) dan volume cairan ekstraseluler (VCES) dan kenaikan tekanan pengisian atrium, akhirnya volume sekuncup meningkat. Kenaikan volume sekuncup menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah tepi (tahanan perifer) dan kemudian menyebabkan 11 kenaikan tekanan darah. Proses ini akan berlangsung terus walaupun tekanan emosi telah hilang. Menurut beberapa peneliti, tekanan emosi dapat mempertahankan kenaikan tekanan darah terutama pada pasien-pasien yang peka. Pada stadium menetap telah terdapat perubahan-perubahan struktur dinding pembuluh darah yang tidak reversibel, berupa hyperplasia, hialinisasi dan fibronoid (misalnya pada arteriol post glomerulus). Perubahan-perubahan dinding ini menyebabkan penyempitan lumen, diikuti dengan kenaikan friksi dan vaskulatur renal resistan yang persisten. Pada stadium menetap menjadi tipe renal karena telah terdapat perubahan-perubahan pada

pembuluh darah ginjal. Tekanan darah dipertahankan tinggi akibat kenaikan TPR walaupun volume sekuncup dan volume cairan telah normal kembali

6. Manifestasi Klinis

Menurut (J. Yusuf & Boy, 2023) beberapa manifestasi klinis sebagai berikut:

- a. Mengeluh sakit kepala dan pusing
- b. Lemas dan kelehan
- c. Sesak nafas
- d. Gelisah
- e. Mual
- f. Muntah
- g. Epistaksis
- h. Kesadaran menurun

7. Komplikasi

Menurut (Suprayitno & Huzaimah, 2020) ada beberapa komplikasi yang disebabkan oleh hipertensi sebagai berikut :

- a. Stroke

Stroke dapat timbul akibat pendarahan karena tekanan tinggi di otak atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh darah nonotak. Stroke dapat terjadi karena hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah yang diperdarahinya menjari berkurang. Arteri otak

yabg mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga dapat meningkatkan terbentuknya aneurisma.

b. Gagal ginjal

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

c. Ensefalopati

Ensefalopati atau sering juga disebut dengan kerusakan otak yang dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi akibat kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium di seluruh susunan saraf pusat. Akibatnya neuron-neuron di sekitarnya menjadi kolaps dan terjadi koma serta kematian.

8. Therapy

a. Terapi Nonfarmakologi

Depkes RI tahun 2014 yakni Terapi nonfarmakologi digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat. Terapi nonfarmakologi meliputi:

1) Diet

- a) Mengurangi makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi
- b) Restriksi garam secara moderat dari 10gr/hr menjadi 5gr/hr
- c) Penurunan berat badan
- d) Diet tinggi kalium
- e) Makanan dan minuman dalam kaleng
- f) Mengurangi konsumsi alcohol dan merokok,

b. Latihan fisik

Latihan fisik atau olahraga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi seperti lari, jogging, bersepeda, berenang dan lain- lain. Lama latihan berkisar 20-15 menit.

c. Terapi Farmakologi

Obat-obatan anti hipertensi menurut (B. Yusuf et al., 2023) Dapat digunakan sebagai obat tunggal atau di campur dengan obat lain.

Klasifikasi obat hipertensi yaitu sebagai berikut:

- 1) Diuretic: diberikan dengan tujuan agar memacu aktivitas keluaran natrium dan air melewati ginjal. Penggunaanya harus dilakukan secara ahti-hati karena efek sampingnya bisa menyebabkan terjadinya hyponatremia dan hipokalemia, seperti chlorthalidone lasix, Aldoctone, Drenium diuretic
- 2) Penghambat enzim mengubah angiotensin II atau inhibitor ACE (Angiotensin Converting Enzym)

- 3) Antagonis (penyekat) reseptor beta (B-Blocker), terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
- 4) penyemburan darah oleh ventrikel. Obat ini berfungsi untuk memperbaiki pengosongan ventrikel serta peningkatan kapasitas vena sehingga tekanan pengisian ventrikel kiri dapat diturunkan. Terapi vasodilator obat-obatan vasoaktif ini digunakan untuk mengurangi adanya tekanan

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada penderita hipertensi bertujuan untuk mengetahui progresi penyakit ini. Pemeriksaan dasar yang sebaiknya dikerjakan pada hipertensi primer yakni:

- 1) Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Hb/Ht : Untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (Viskositas) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti hipokoagulabilitas, dan anemia.
 - b. BUN/Kreatinin : Memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
 - c. Glucosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
 - d. Urinalisa : Darah, protein, glukosa, mengisarat disfungsi ginjal dan ada DM.

- 2) CT Scan Mengkaji adanya tumor cerebral dan encelopati
- 3) EKG Dapat menunjukan pola regangan, dimana luas peninggi gelombang P adalah salah satu tanda penyakit jantung hipertensi
- 4) IUP Mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : Batu ginjal, dan perbaikan ginjal.
- 5) Photo dada Menunjukan destruksi klasifikasi pada aera katup, dan pembesaran jantung

B. Konsep Lansia

1. Definisi Lansia

Lansia suatu kondisi yang dialami didalam kehidupan manusia. Menjadi tua adalah bagian dari proses alamiah manusia yang telah melalui tahap kehidupannya yaitu anak-anak, remaja, dewasa, dan tua. Tahap yang dimaksud sangat berbeda baik secara biologis, fisik, dan psikologis. Menginjak usia tua berarti telah mengalami penurunan yaitu penurunan fisik yang ditandai dengan kulit yang elastis, rambut memutih, gigi ompong, pendengaran yang kurang jelas, kurang penglihatan, gerak lambat, dan penurunan daya ingat. Hal ini dikarenakan fisik lansia sangat menghambat atau memperlambat kemunduran fungsi alat tubuh yang disebabkan bertambahnya umur (Sonza et al., 2020)

2. Batasan Lanjut Usia

World Health Organisation (WHO) menyebutkan batasan-batasan umur lanjut usia :

- a. Lanjut usia (Elderly) : Antara 60-74 tahun

- b. Lanjut usia tua (Old) : Antara 75-90 tahun
- c. Usia sangat tua (Very Old) : diatas 90 tahun

3. Tiper-tipe Lanjut Usia

Tipe lanjut usia bergantung pada karakteristik berikut tipe lanjut usia menurut (Gemini, 2021)

- a. Tipe arif bijaksana

Karya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, bersikap ramah, rendah hati memenuhi undangan dan menjadi panutan

- b. Tipe mandiri

Kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman.

- c. Tipe tidak puas

Konflik menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, dan banyak menuntut

- d. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan aktivitas yang lainnya.

- e. Tipe bingung

Kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal.

4. Perubahan yang Terjadi Pada Lanjut Usia

Perubahan pada lansia merupakan suatu proses yang tidak dapat dihindari yang berlangsung secara terus menerus. Perubahan yang terjadi pada lanjut usia menurut (Gemini, 2021) diantaranya yaitu :

a. Perubahan Fisik

Bertambahnya usia menjadi kondisi dalam fungsi tubuh yang makin menurun. Secara umum menjadi tua ditandai oleh kemunduran fisik yaitu kulit mulai mengendur, wajah keriput serta garis-garis yang menetap, rambut mulai memutih, penglihatan berkurang, mudah jatuh dan lelah, mudah terserang penyakit, kurangnya pendengaran dan pola tidur berubah.

b. Perubahan mental

Mental pada lansia sikap umum yang ditemukan pada hampir semua lansia. Faktor yang mempengaruhi perubahan mental yaitu perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, dan lingkungan.

c. Perubahan psikososial

Perubahan psikososial pada lansia sering diukur dengan melalui produktivitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan.

d. Perubahan spiritual

Agama atau kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan, lanjut usiaa semakin matur dalam kehidupan keagamaannya hal ini terlihat dalam berpikir sehari-hari

e. Dampak kemunduran

Memasuki usia tua banyak yang mengalami kemunduran contohnya kemunduran fisik dalam hal ini menjadi dampak buruk pada lansia. Koping terhadap kehilangan, berpindah tempat dapat menjadi kesulitan lansia untuk merawat diri sendiri.

C. Terapi Rendam Kaki Dengan Air Hangat

1. Definisi Rendam Kaki Dengan Air Hangat

Rendam kaki dengan air hangat merupakan salah satu jenis terapi yang mampu menstabilkan serta menurunkan tekanan darah secara fisiologis. Secara ilmiah air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh pertama berdampak pada pembuluh darah dimana hangatnya air membuat sirkulasi darah menjadi lancar, yang kedua adalah faktor pembebanan di dalam air yang akan menguatkan otot-otot dan ligamen yang mempengaruhi sendi tubuh sehingga rendam kaki air hangat dapat digunakan sebagai salah satu terapi yang dapat memulihkan otot sendi yang kaku serta menyembuhkan stroke apabila dilakukan melalui kesadaran dan kedisiplinan (Arifin & Mustofa, 2021). Ketika dilakukan perendaman akan merangsang saraf yang ada ditelapak kaki untuk merangsang baroreseptor, dimana baroresptor adalah reflek paling dalam meregulasi pada denyut jantung dan tekanan darah. Baroreseptor mendapat ransangan dari peregangan yang berlokasi diurkus aorta sinus karotikus, pada saat tekanan arteri meningkat merenggang, reseptor-reseptor dengan cepat mengirim

implusnya ke pusat vasomotor mengakibatkan vasodilatasi pada arterio, vena dan perubahan tekanan darah (Haerunnisa, 2022)

Hydrotherapy rendam hangat ini sangat mudah dilakukan oleh semua orang, tidak membutuhkan biaya yang mahal, dan tidak memiliki efek samping yang berbahaya. Perbaikan sirkulasi darah juga memperlancar sirkulasi getah bening sehingga membersihkan tubuh dari racun. Oleh karena itu orang-orang yang menderita penyakit seperti rematik, radang sendi, linu panggul, sakit punggung, insomnia, kelelahan, stres, sirkulasi darah yang buruk (hipertensi), nyeri otot, kram, kaku, terapi air bisa digunakan untuk meringankan masalah tersebut. (Widyaswara et al., 2022). Terapi rendam kaki dengan air hangat dapat dilakukan rutin 2x dalam sehari pagi dan sore hari dilakukan selama 15 menit dengan suhu normal air 39°C dengan cara mengukur menggunakan termoter air atau menggunakan sikut (Astutik & Mariyam, 2021)

2. Prosedur Rendam Kaki Dengan Air Hangat

Tabel II- 2 Standart Operasional Prosedur (SOP) Perendaman Kaki Menggunakan Air Hangat

Pengertian	Rendam kaki pada air hangat adalah salah satu terapi yang bermanfaat untuk mendilatasi pembuluh darah, melancarkan peredaran darah dan memicu saraf yang ada pada telapak kaki untuk bekerja
Tujuan	Untuk menurunkan tekanan darah dan nyeri
Prosedur	<p>A. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baskom besar yang berisi air hangat 2. Handuk 3. Tensimeter <p>B. Persiapkan diri</p> <p>1. Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam kepada Responden. b. Memperkenalkan diri (nama dan identitas singkat peneliti) kepada Responden. c. Menanyakan nama dan panggilan nama Responden. d. Menanyakan perasaan Responden saat ini. e. Menanyakan masalah yang dirasakan.

	<ul style="list-style-type: none"> f. Kontrak (topik, waktu, tempat) Menjelaskan tujuan kegiatan yaitu mengenalkan perendaman kaki dengan menggunakan air hangat dan cara penggunaannya. g. Menjelaskan tujuan tindakan. <p>2. Fase kerja</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Air hangat kira-kira 5 liter dengan suhu 39,0 b. Siapkan tensi, handuk dan ember/baskom c. Kemudian anjurkan responden duduk di kursi dengan rileks dan bersandar dan lakukan tensi pada klien d. Kemudian tuangkan air hangat tersebut ke dalam ember/baskom e. Setelah itu rendam kaki ke dalam ember/baskom tersebut sampai pergelangan kaki selama 15 menit f. Setelah itu angkat kedua kaki, bilas dengan air dingin dan keringkan dengan handuk kemudian tensi ulang responden <p>3. Fase terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengobservasi tekanan darah responden setelah dilakukan perendaman kaki b. Menanyakan perasaan Responden setelah dilakukan perendaman kaki c. Memberikan reinforcement positif terhadap Responden yang sudah mengalami penurunan tekanan darah d. Rencana tindak lanjut Menganjurkan Responden menilai perubahan tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukannya perendaman kaki dan menganjurkan klien melaksanakan rendam kaki dengan air hangat minimal 15 menit dan dilakukan sehari 2x e. Kontrak waktu yang akan datang
--	---

D. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

1. Pengkajian

a. Biodata

Nama klien perlu diketahui untuk mengidentifikasi kebenaran nama dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif. Alamat perlu dilengkapi secara jelas untuk bisa di hubungi. Umur perlu diketahui untuk mengetahui berapa umur pasien sekarang sehingga tidak salah dalam pemberian dosis obat, melakukan tindakan keperawatan dan melayani terapi guna mempercepat proses penyembuhan pasien di pelayanan kesehatan. Pekerjaan pasien perlu dikaji untuk mengetahui kondisi ekonomi dalam proses administrasi pasien selama dirawat

difasilitas kesehatan. Tanggal masuk perlu diketahui berapa lama klien tinggal di panti. Alasan masuk panti karena suami meninggal.

b. Riwayat Keluarga

Pasangan (Apabila pasangan masih hidup): Status kesehatan, Umur, Pekerjaan. Anak –anak (Apabila anakanak masih hidup): Nama dan alamat.

c. Riwayat Pekerjaan

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

d. Riwayat Lingkungan Hidup Tipe tempat tinggal, Jumlah kamar, Jumlah tingkat, Jumlah orang yang tinggal serumah, Derajat privasi, Tetangga terdekat.

e. Riwayat Rekreasi Hobi/minat, Keanggotaan kelompok, Liburan/perjalanan.

f. Sumber/ system pendukung yang digunakan :

- 1) Dokter rumah sakit
- 2) Kontrol kesehatan di rumah sakit
- 3) Klinik
- 4) Pelayanan kesehatan di rumah

g. Riwayat kesehatan saat ini.

- 1) Penyakit yang diderita satu tahun terakhir.
- 2) Penyakit yang diderita saat ini.
- 3) Keluhan yang dialami satu tahun terakhir.

- 4) Keluhan saat ini.
 - 5) Pengetahuan atau pemahaman dan penatalaksanaan kesehatan misalnya diet khusus atau mengganti balutan.
 - 6) Penggunaan obat.
 - 7) Nama obat.
 - 8) Dosis obat.
 - 9) Bagaimana atau kapan menggunakan.
 - 10) Dokter yang menginstruksikan.
 - 11) Tanggal resep.
- h. Riwayat Alergi (catat agen dan reaksi spesifik) : obat-obatan, makanan, kontak substansi dan factor lingkungan.
 - i. Riwayat peningkatan/penurunan berat badan. Indeks Masa Tubuh, Pola konsumsi makanan (misal frekuensi, sendiri/dengan orang lain).
 - j. Pola istirahat tidur, lama tidur, gangguan tidur yang sering dialami.
 - k. Riwayat kesehatan masa lalu. : penyakit kanak-kanak, penyakit serius kronik, trauma, pembedahan, dan riwayat obstetric.
 - l. Riwayat Keluarga : Silsilah keluarga (identifikasi kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara kandung, pasangan, anak-anak), Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga .
 - m. Pemeriksaan fisik

Dalam tinjauan sitem ini penulis melakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki menggunakan metode auto dan allo anamnesa serta Inpeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA) yang diawali dengan

penilaian tingkat kesadaran dengan nilai normal 15 yang terdiri dari membuka mata dengan spontan nilainya 4, mampu berbicara secara verbal dengan nilai 5 dan klien mampu menunjukkan tempat yang sakit dengan nilai 6 dan di ikuti dengan pengukuran TTV: Tekanan darah, Nadi, Suhu, RR.

- 1) Kepala Untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga dan heler penulis melakukan pemeriksaan dengan metode Inspeksi dan Palpasi saja; saat Inspeksi terlihat bentuk kepala, warna rambut, terdapat lesi, ketombe pada rambut dan kebersihan kepala; pada mata bentuk mata, kesimetrisan mata kiri dan kanan, konjungtiva; bentuk telinga kiri dan kanan, kelainan pada telinga. kelainan hidung, adanya mimisan, kotor atau bersih; adanya kelainan pada leher, adanya lesi, edema, kemerahan dan palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, dan JVP; sedangkan saat dilakukan palpasi untuk mengetahui apakah terdapat nodul; apakah terjadi edema atau pembengkakan pada mata.apakah ada nyeri tekan dan adanya kotoran di daerah telinga; di daerah sinus hidung apakah terjadi nyeri tekan; dan pengukuran vona jugolari pada leher.
- 2) Dada Untuk dada dilakukan dengan cara Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA); saat dilakukan inspeksi terlihat bentuk dada, kesimetrisan, retraksi dinding dada; saat dilakukan Palpasi untuk mengetahui batas jantung atas setinggi iga 2 dan bjb setinggi iga ke 6, bjki sejajar dengan garis midklavikula sedangkan bjka sejajar

dengan garis prosesusspoideus, perkusi untuk mengetahui batas jantung dengan bunyi ketukan padat menunjukkan adanya jantung bagia dalam, sedangkan auskultasi untuk mendengarkan bunyi jantung I terdengar pada S1 dan S2 bunyi jantung 2 terdengar pada S3 dan S4 bunyi janutng tambahan terndengar jika ada kelainan pada jantung atau bunyi jantung murmur.

- 3) Abdomen Inspeksi bentuk abdomen apakah terjadi kelainan, adanya lesi. Sedangkan palpasi dilakukan dengan palpasi ringan atau palpasi dalam tergantung tujuan untuk mengetahui bentuk, ukuran, dan konsistensi organ-organ dan struktur-struktur dalam perut, palpasi ringan dilakukan untuk mengetahui area-area nyeri tekan dan adanya massa, palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui keadaan hepar, lien, ginjal, dan kandung kemih. Lakukan perkusi di empat kuadran dan perhatikan suara yang timbul pada saat melakukannya dan bedakan batas-batas dari organ dibawah kulit. Organ berongga seperti lambung, usus, kandung kemih berbunyi timpani, sedangkan bunyi pekak terdapat pada hati, limfa, pankreas, ginjal. Tehnik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan. Lakukanlah perkusi pada keempat kuadran untuk memperkirakan distribusi suara timpani dan redup. Biasanya suara

timpanilah yang dominan karena adanya gas pada saluran gastrointestinal, tetapi cairan dan faeces menghasilkan suara redup. Pada sisi abdomen perhatikanlah daerah dimana suara timpani berubah menjadi redup. Periksalah daerah suprapublik untuk mengetahui adanya kandung kencing yang teregang atau uterus yang membesar. Perkusilah dada bagian bawah, antara paru dan arkus costa, Anda akan mendengar suara redup hepar disebelah kanan, dan suara timpani di sebelah kiri karena gelembung udara pada lambung dan fleksura splenikus kolon. Suara redup pada kedua sisi abdomen mungkin menunjukkan adanya asites. Auskultasi abdomen dengan normal bising usus 15-35 x/menit:Letakkan kepala stetoskop sisi diafragma yang telah dihangatkan di daerah kuadran kiri bawah. Berikan tekanan ringan, minta pasien agar tidak berbicara. Bila 27 mungkin diperlukan 5 menit terus menerus untuk mendengar sebelum pemeriksaan menentukan tidak adanya bising usus. Dengarkan bising usus apakah normal, hiperaktif, hipoaktif, tidak ada bising usus dan perhatikan frekwensi/karakternya; Bila bising usus tidak mudah terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan dengarkan tiap kuadran abdomen. Dan dilanjutkan dengan menggunakan gunakan sisi bel stetoskop, untuk mendengarkan bunyi desiran dibagian epigastrik dan pada tiap kuadran diatas arteri aortik, ginjal, iliaka, femoral dan aorta torakal.

Pada orang kurus mungkin dapat terlihat gerakan peristaltik usus atau denyutan aorta.

- 4) Ekstremitas Inspeksi bentuk ekstremitas apakah ada kelainan bentuk, adanya lesi, edema, dan kemerahan. Palpasi apakah ada nodul dan nyeri tekan pada daerah ekstremitas atas dan bawah.

n. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

1) Psikosial

Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien pada orang lain, harapan-harapan klien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan klien dalam sosialisasi, dll.

2) Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

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



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?
- b) Ada masalah atau banyak pikiran?

- c) Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain?
- d) Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
- e) Apakah cenderung mengurung diri?



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

MAKA EMOSIONAL POSITIF (+)

3) Spiritual

Kaji agama, kegiatan keagamaan, konsep/keyakinan klien tentang kematian, harapan-harapan klien, dll.

o. Pengkajian Katz Indeks

Tabel II- 3 Pengkajian Katz Indeks

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

	<p>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>		
5	<p>Kontinen</p> <p>Mandiri BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p>Bergantung Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers</p>		
6	<p>Makan</p> <p>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>		

Petunjuk :

Beri tanda (v) pada poin yang sesuai dengan kondisi klien

Analisis Hasil :

- 1) Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.
- 2) Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas
- 3) Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain
- 4) Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain
- 5) Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain
- 6) Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, dan satu fungsi yang lain.
- 7) Ketergantungan untuk semua fungsi di atas

8) Lain-lain (minimal ada 2 ketergantungan yang tidak sesuai dengan kategori di atas) Keterangan : Mandiri berarti pengawasan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain. Seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia anggap mampu.

p. Modifikasi dari Barthel Indeks

Termasuk yang mana klien?

Tabel II- 4 Modifikasi dari Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
2	Minum	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi:
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	Frekuensi:
7	Jalan di permukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi: Konsistensi:
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10	Frekuensi: Konsistensi:
12	Olahraga/latihan	5	10	Frekuensi: Jenis:
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	Frekuensi: Jenis:

Keterangan :

- a. 130 : Mandiri
- b. 60-125 : Ketergantungan sebagian
- c. 55 : Ketergantungan total

q. 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 II- 5 Pengkajian Status Mental Gerontik

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		01	Tanggal berapa hari ini?
		02	Hari apa sekarang?
		03	Apa nama tempat ini?
		04	Dimana alamat anda?
		05	Berapa umur anda?
		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
		09	Siapa nama Ibu Anda?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Interpretasi hasil :

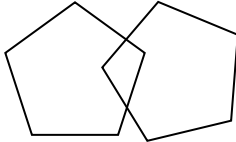
- a. Salah 0 -2 : Fungsi intelektual utuh
- b. Salah 3 -4 : Kerusakan intelektual ringan
- c. Salah 5 – 7 : Kerusakan intelektual sedang
- d. Salah \geq 8 : Kerusakan intelektual berat

r. Identifikasi Aspek Kognitif dan Fungsi Mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

- Orientasi
- Kalkulasi
- Registrasi
- Mengingat kembali
- Perhatian
- Bahas

Tabel II- 6 MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	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		Dimana kita sekarang berada? <input type="checkbox"/> Negara Indonesia <input type="checkbox"/> Propinsi Jawa Barat <input type="checkbox"/> Kota..... <input type="checkbox"/> PSTW..... <input type="checkbox"/> Wisma.....
2	Registrasi	3		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..... <input type="checkbox"/> Obyek..... <input type="checkbox"/> Obyek.....
3	Perhatian dan kalkulasi	5		Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK" <ul style="list-style-type: none"> • K • A • P • A • B
4	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek. <ul style="list-style-type: none"> • • •
5	Bahasa	9		Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. <input type="checkbox"/> (misal jam tangan) <input type="checkbox"/> (missal pensil) Minta klien untuk mengulang kata berikut : "Tak ada jika, dan, atau, tetapi." Bila benar, nilai satu poin. <input type="checkbox"/> Pernyataan benar 2 buah (contoh : tak ada, tetapi) Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah :

			<p>Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.”</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambil kertas di tangan anda <input type="checkbox"/> Lipat dua <input type="checkbox"/> Taruh di lantai <p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda” <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat <input type="checkbox"/> Menyalin gambar 
Total Nilai		30	

Interpretasi hasil :

- a. 26-30 : Aspek kognitif dan fungsi mental baik
 - b. 21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan
 - c. 11-20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang
 - d. 0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat
- s. Pengkajian Keseimbangan

1) Pengkajian keseimbangan dinilai dari 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

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi

- 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

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi

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.

- 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.

- Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil

- 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

- 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

b) 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

- Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah)

Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm)

- 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
- Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien)

Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit

- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien)

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi

- Berbalik

Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.

Interpretasi hasil :

Jumlahkan semua nilai yang diperoleh klien, kemudian diinterpretasikan sebagai berikut :

- a. 0 – 5 resiko jatuh rendah
- b. 6 – 10 resiko jatuh sedang
- c. 11 – 15 resiko jatuh tinggi

Tabel II- 7 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 :

- a. ≤ 10 detik : Resiko jatuh rendah
- b. 11-19 detik : Resiko jatuh sedang
- c. 20-29 detik : Resiko jatuh tinggi
- d. ≥ 30 detik : Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

t. Penilaian Potensi Dekubitus

Nama Penderita :

Kondisi Fisik Umum :

- a. Baik 4
- b. Lumayan 3
- c. Buruk 2
- d. Sangat buruk 1

Kesadaran :

- a. Komposmentis 4
- b. Apatis 3
- c. Sopor 2
- d. Koma 1

Aktifitas :

- a. Ambulasi 4
- b. Ambulasi dengan bantuan 3
- c. Hanya bisa duduk 2
- d. Tiduran 1

Inkontinen :

- a. Tidak 4
- b. Kadang-kadang 3
- c. Sering Inkontinesia urin 2
- d. Inkontinensia alvi & urin 1

Interpretasi :

15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi

< 12 : Kemungkinan Besar terjadi

u. Apgar Keluarga

Tabel II- 8 Apgar Keluarga

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan pertolongan			
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya			
3	G : Growth Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung			

	keinginan saya dalam melakukan aktifitas			
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih ataupun jatuh cinta			
5	R : Resolve Saya puas dengan cara keluarga menyediakan waktu bersama-sama untuk menyelesaikan masalah			
	Jumlah			

Interpretasi :

a. Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

b. Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

v. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel II- 9 Geriatric Depression Scale

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

Interpretasi :

- a. Skor 0-5 = Normal
- b. Skor ≥ 6 = Depresi

2. Diagnosa keperawatan Hipertensi

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan pada kasus hipertensi diagnosa yang muncul 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)

3. Intervensi Keperawatan

Setelah pengumpulan data pasien, mengorganisasi data dan menetapkan diagnosis keperawatan maka tahap berikutnya adalah perencanaan. Pada tahap ini perawat membuat rencana perawatan dan menentukan pendekatan apa yang digunakan untuk memecahkan masalah klien. Ada tiga fase dalam tahap perencanaan yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang efektif dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penguasaan dan keterampilan serta pengetahuan harus dimiliki oleh setiap perawat sehingga pelayanan yang diberikan baik mutunya. Dengan demikian rencana yang telah ditentukan tercapai

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi itu sendiri

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Asuhan Keperawatan Pada Ny. M dengan Hipertensi Melalui Penerapan Terapi Rendam Kaki dengan Air Hangat

1. Identitas

- a. Nama : Ny. M(63th)
- b. Tempat/tanggal Lahir : Solo, 24 november 1961
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Status Perkawinan : Cerai (Meninggal)
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Jawa
- g. Wilayah : Jl. narogong RW 07
- h. Tanggal pengkajian : 7 – 02 - 2024

2. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

- a. Pekerjaan saat ini : Ibu rumah tangga
- b. Pekerjaan sebelumnya : Klien mengatakan bekerja di bank
- c. Sumber pendapatan : Klien mengatakan pendapatan dari anak
- d. Kecukupan pendapatan : Klien mengatakan cukup

3. Lingkungan tempat tinggal

Keadaan dalam rumah klien terlihat bersih dan rapih, penerangan cukup, terlihat pintu dan jendela terbuka setiap pagi hari. Sirkulasi cukup baik, kamar mandi dan WC bersih dan tidak licin, pembuangan air kotor langsung terbuang di selokan melalui pipa. Sumber air minum klien

mineral Aqua, tidak terdapat sumber pencemaran di rumah klien, resiko injury kecil karena rumah klien tidak banyak tangga.

4. Riwayat kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan mudah lelah dan pusing setelah melakukan aktivitas, klien mengatakan sangat sulit berjalan karna mudah pusing ,klien mengatakan sering nyeri dibagian kepala jika darah mulai tinggi, klien mengatakan nyeri hilang timbul dan nyeri seperti di tusuk, skala nyeri 6, klien tampak meringis, klien terlihat lesu.

b. Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir

Klien mengatakan hanya merasa lelah dan pusing setelah melakukan aktivitas.

c. Gejala yang dirasakan

klien mengatakan pusing

d. Faktor pencetus

Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah 18 tahun, klien mengatakan jarang melakukan olahraga, dan hanya melakukan aktifitas sehari-hari seperti biasa, klien juga tidak pernah menjaga makanannya. Klien mengatakan suka sekali nyemil.

e. Timbulnya keluhan

klien mengatakan timbulnya keluhan secara bertahap

f. Upaya mengatasi

Klien mengatakan rutin minum obat darah tinggi dan istirahat

g. Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktik/bidan/perawat

Klien mengatakan rutin kontrol dirumah sakit siloam 2 minggu sekali

h. Mengonsumsi obat-obatan sendiri

Irbesartan 150mg 1x1, vitamin B complex 2x1 tab 500 mg

5. Riwayat kesehatan masa lalu

a. Penyakit yang pernah diderita

Klien mengatakan klien mempunyai penyakit hipertensi selama 18 tahun, sinus dan maag

b. Riwayat alergi (obat,makanan,binatang,debu,dll)

Klien mengatakan alergi udara dingin

c. Riwayat kecelakaan

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan

d. Riwayat pernah dirawat di RS

Klien mengatakan pernah di rawat terakhir 2022 karna penyakit hipertensi

e. Riwayat pemakaian obat

Klien mengatakan pernah minum obat amlodiphine 10mg

6. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Baik, tingkat kesadaran composmentis

b. TTV

TD : 160/90 mmHg N: 98x/m, S: 36,6C, RR: 21x/m, CRT >3 detik,

Turgor tidak elastis

c. BB/TB : 90 Kg, 165 cm

d. Kepala

Subjektif : Klien mengatakan pusing

Objektif

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

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada deformitas benjolan

▪ Rambut

Subjektif : Klien mengatakan rambut klien sudah mulai rontok

Objektif : Rambut klien terlihat berwarna putih, rambut klien tampak bersih.

▪ Mata

Subjektif : Klien mengatakan klien masih melihat dengan jelas

Objektif

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

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembengkakan

▪ Telinga

Subjektif : Klien mengatakan pendengaran baik

Objektif

Inspeksi : Telinga bersih, tidak ada kelainan

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

- 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

- e. Payudara

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif : klien mengatakan tidak ingin dikaji

- f. 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

g. Sistem kardiovaskuler

Subjektif : Klien mengatakan mudah lelah setelah melakukan aktivitas

Objektif

Inspeksi : Kedua belah dada simetris, tidak ada pembengkakan

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

Perkusi : Bunyi pekak.

Auskultasi : Intensitas Bunyi Jantung I dan II normal , Bunyi reguler.

h. 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.

i. Sistem perkemihan

Subjektif : Klien mengatakan BAK 4-5 x/perhari dengan

volume yang sedang , 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.

j. Sistem genitoreproduksi:

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

Objektif : Tidak dikaji

k. Sistem muskuloskeletal

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

Objektif

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

l. 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

m. 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

7. Pengkajian psikososial dan spiritual

a. Psikosial

Klien mudah bergaul dengan tetangganya dan klien tampak ramah

b. Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur? Tidak
- 2) Apakah klien sering merasa gelisah? Tidak
- 3) Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? Tidak
- 4) Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir? Ya



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. M Emosional positif

c. Spiritual

Klien beragama islam, klien mengatakan sholat jika kepala tidak pusing. Klien mengatakan selalu bersyukur di setiap keadaan yang sudah di atur oleh Allah, klien juga mengatakan selalu berdoa untuk kedua anaknya

Tabel III- 1 KATZ Indeks

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	√	
2	Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian	√	
3	Ke kamar kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri Tergantung :	√	

	Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		
4	Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	√	
5	Kontinen Mandiri BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri Bergantung Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers	√	
	Makan Mandiri Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)	√	

Keterangan :

Beri tanda (√) pada pointyang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil : Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas

8. Modifikasi dari Barthel IndeksTabel III- 2 *Barther Indeks*

NO.	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	Makan	5	10 ✓	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : sedikit Jenis : Nasi dan lauk pauk
2	Minum	5	10 ✓	Frekuensi : sering Jumlah : 8-9 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	0	5 ✓	Frekuensi : 2x/hari

	muka, menyisir rambut, gosok gigi)			
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
8	Naik turun tangga	5 ✓	10	Naik turun tangga dibantu oleh orang lain
9	Mengenakan pakaian	5	10 ✓	Berpakaian sendiri tanpa bantuan orang lain
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10 ✓	Frekuensi : 1x/hari Konsistensi : padat
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10 ✓	Frekuensi : 7x/hari Warna : kuning jernih
12	Olahraga/latihan	5	10 ✓	Frekuensi : 1x Jenis : Jalan santai
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10 ✓	Klien mengatakan hanya menonton film

Interpretasi hasil : Skor 120 dengan kategori Ny. M melakukan secara ketergantungan sebagian

Keterangan :

- 130 : Mandiri
- **60-125 : Ketergantungan sebagian**
- 55 : Ketergantungan total

9. 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 III- 3 pengkajian status mental gerontik

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
✓		01	Tanggal berapa hari ini?
✓		02	Hari apa sekarang?
✓		03	Apa nama tempat ini?
✓		04	Dimana alamat anda?
✓		05	Berapa umur anda?
✓		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
✓		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
✓		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
✓		09	Siapa nama Ibu Anda?
	✓	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Short Portable Mental Status Question

Interpretasi hasil : didapatkan skor 9 dengan kategori Ny. M fungsi intelektual utuh

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

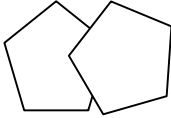
10. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan

MMSE(Mini Mental Status Exam)

Tabel III- 4 MMSE(Mini Mental Status Exam)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tahun 2024 ✓ Musim Hujan ✓ Tanggal 8 ✓ Hari kamis ✓ Bulan februari
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <ul style="list-style-type: none"> ✓ Negara Indonesia

				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Propinsi Jawa Barat ✓ Kota Bekasi ✓ Kecamatan Rawalumbu ✓ Kelurahan Sepanjang jaya
2	Registrasi	3		<p>Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi.(Untuk disebutkan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obyek jam dinding ✓ Obyek TV ✓ Obyek Pintu
3	Perhatian dan kalkulasi	5	3	<p>Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK"</p> <ul style="list-style-type: none"> • K ✓ • A ✓ • P ✓ • A x • B ✓
4	Mengingat	3	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masingobyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pintu ✓ • TV ✓ • Jam dinding ✓
5	Bahasa	9	2	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ (jam tangan) ✓ (meja) <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : "Tak ada jika, dan, atau, tetapi."Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pernyataan benar 2 buah (contoh : tak ada, tetapi) <p>Minta klien untuk mengikuti perintahberikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai."</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambil kertas di tangan anda ✓ Lipat dua ✓ Taruh di lantai

			0	<p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <p>x “Tutup mata Anda”</p> <p>Perintahkan pada klien untuk menulissatu kalimat dan menyalin gambar.</p> <p>✓ Tulis satu kalimat</p> <p>✓ Menyalin gambar</p> 
			2	
TOTAL NILAI	30		28	

Interpretasi hasil : 27 Aspek kognitif dan fungsi mental baik

- 1) **26-30** : **Aspek kognitif dan fungsi mental baik**
- 2) 21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan
- 3) 11-20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang
- 4) 0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

11. Pengkajian Keseimbangan

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

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

- 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 (0)

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

- 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 (1)

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup (1)

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

- Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil (1)

- 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)

b. Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau bernilai 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 (1)
- Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah)

Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm) (1)

- 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 (1)

- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) (1)

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi

- Berbalik

Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. (1)

Interpretasi hasil : Didapatkan hasil skor 12 dengan kategori Ny. M mengalami resiko jatuh tinggi.

- 1) 0 – 5 resiko jatuh rendah
- 2) 6 – 10 resiko jatuh sedang
- 3) **11 – 15 resiko jatuh tinggi**

Tabel III- 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 : Didapatkan hasil skor 20-29 detik dengan kategori Ny. M mengalami resiko jatuh tinggi.

- 1) ≤ 10 detik : Resiko jatuh rendah
- 2) 1-19 detik : Resiko jatuh sedang

3) **20-29 detik** : **Resiko jatuh tinggi**

4) ≥ 30 detik : Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

12. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita : Ny. Y

Kondisi Fisik Umum :

- | | |
|-----------------|----------|
| a. Baik | 4 |
| b. Lumayan | 3 |
| c. Buruk | 2 |
| d. Sangat buruk | 1 |

Kesadaran :

- | | |
|------------------------|----------|
| a. Komposmentis | 4 |
| b. Apatis | 3 |
| c. Sopor | 2 |
| d. Koma | 1 |

Aktifitas :

- | | |
|----------------------------|----------|
| a. Ambulasi | 4 |
| b. Ambulasi dengan bantuan | 3 |
| c. Hanya bisa duduk | 2 |
| d. Tiduran | 1 |

Inkontinen :

- | | |
|-----------------------------|----------|
| a. Tidak | 4 |
| b. Kadang-kadang | 3 |
| c. Sering Inkontinesia urin | 2 |

d. Inkontinensia alvi & urin 1

Interprestasi : **Didapatkan skor 15 dengan kategori Ny. M kemungkinan terjadi dekubitus**

- a. 15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi
- b. **12-15 : Kemungkinan kecil terjadi**
- c. < 12 : Kemungkinan Besar terjadi

13. Apgar Keluarga

Tabel III- 6Apgar Keluarga

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak Pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan pertolongan	2		
2.	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	2		
3.	G : Growth Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung keinginan saya dalam melakukan aktifitas	2		
4.	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih ataupun jatuh cinta	2		
5.	R : Resolve Saya puas dengan cara keluarga menyediakan waktu bersama-sama untuk menyelesaikan masalah	2		
	Jumlah	10		

Interpretasi : didapatkan skor 10 Ny. M disfungsi keluarga ringan

- 1) Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi
- 2) Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang
- 3) **Nilai : 7-10 : Disfungsi Keluarga Ringan**

14. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel III- 7 Geriatric Depression Scale (GDS)

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

Interprestasi : Didapatkan skor 3 dengan kategori normal

- 1) Skor 0-5 : Normal
- 2) Skor ≥ 6 : Depresi

ANALISA DATA

Tabel III- 8 Analisa Data

No.	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pusing setelah melakukan aktifitas • Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah 18 tahun yang lalu DO : <ul style="list-style-type: none"> • CRT >3 detik, • Turgor 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 sering nyeri kepala jika darah mulai tinggi • P : Saat tekanan darahnya tinggi • Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk • R : Nyeri pada kepala • S : Skala nyeri 6 • T : nyeri hilang timbul DO : <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis • TD : 160/90 mmHg N: 98x/m, S: 36,6C, RR: 21x/m, 	Nyeri akut (D.0077)	Perfusi perifer tidak efektif d.d nyeri kepala jika darah tinggi
3	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pusing setelah melakukan aktivitas DO : <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat sulit saat bangun dari kursi • Klien terlihat berpegangan pada dinding saat berjalan • Hasil pengkajian keseimbangan menunjukkan resiko jatuh klien tinggi • Hasil pengkajian TUG Test menunjukkan resiko jatuh tinggi 	Risiko jatuh (D.0143)	Gangguan keseimbangan
4	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sering mengemil • Klien mengatakan jarang melakukan olahraga DO : <ul style="list-style-type: none"> • Berat badan klien 90kg • IMT klien 33 	Obesitas (D.0030)	Sering mengemil

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel III- 9 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kode
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah	D.0009
2	Nyeri akut b.d Perfusi perifer tidak efektif d.d nyeri kepala jika darah tinggi	D. 0077
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan	D.0143
4	Obesitas b.d sering mengemil	D.0030

RENCANA KEPERAWATAN

Tabel III- 10 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4x pertemuan diharapkan perfusi perifer (L.02011) membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan sistolik membaik 2. Tekanan diastolik membaik 3. Turgor kulit membaik 4. Pengisian kapiler membaik 	Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi • Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berolahraga rutin • Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah
2	Nyeri akut b.d perfusi perifer tidak efektif d.d nyeri kepala jika darah tinggi (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan diharapkan tingkat nyeri (L.08065) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda vital • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan tekanan darah (Rendam kaki dengan air hangat dan Massage kepala) Edukasi :

			<ul style="list-style-type: none"> Jelaskan strategi meredakan nyeri
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan diharapkan risiko jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> Jatuh saat berdiri menurun Jatuh saat berjalan menurun 	Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi faktor risiko jatuh Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> Berikan alat bantu jalan Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
4	Obesitas b.d sering mengemil (D.0030)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan diharapkan obesitas (L.03018) membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> Berat badan membaik 	Edukasi berat badan efektif (I.12365) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> Sediakan materi dan media edukasi Beri kesempatan pada klien untuk bertanya Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan hubungan asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan Jelaskan risiko kondisi kegemukan Ajarkan cara mengelola berat badan secara efektif

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari Pertama)

Tabel III- 11 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	8-02-2024 10.00	Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> Hindari pengukuran tekanan darah pada 	S : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan pusing jika melakukan aktifitas O : Klien ditensi dibagian tangan kiri	

			<p>eksremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajukan berolahraga rutin • Mengajukan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ingin berolahraga jika tidak pusing • Klien mengatakan rutin minum obat irbesartan 150mg 	
2	Nyeri akut b.d perfusi perifer tidak efektif d.d nyeri kepala jika darah tinggi	08-02-2024 10.30	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda vital • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan menurunkan tekanan darah (Rendam kaki dengan air hangat dan massage kepala) <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan strategi meredakan nyeri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri di bagian lengan dan kepala • P : saat tekanan darah tinggi • Q : Seperti di tusuk-tusuk • R : nyeri dibagian lengan dan kepala • S : Skala nyeri 5 • T : nyeri hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV TD : 150/90, N : 88x/m, Rr : 21x/m, S : 36,5 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sangat nyaman saat diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat dan massage kepala • Klien mengatakan sangat senang diberikan ilmu untuk mengurangi nyeri dan menurunkan tekanan darah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sangat memperhatikan dan mengikuti cara melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat dan massage kepala 	

			<ul style="list-style-type: none"> Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 		
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	8-02-2024 11.00	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memberikan alat bantu jalan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan pusing jika bangun dari kursi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasil pengkajian risiko jatuh klien tinggi <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan tidak ingin menggunakan alat bantu jalan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan berpegangan jika ingin berdiri dari tempat duduk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien terlihat berhati-hati jika berdiri 	
3	Obesitas b.d sering mengemil (D.0030)	8-02-2024 11.30	<p>Edukasi berat badan efektif (I.12365)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menyediakan materi dan media edukasi Memberi kesempatan pada klien untuk bertanya 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan siap menerima pendidikan kesehatan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak memperhatikan <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mengerti apa yang sudah dijelaskan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak memperhatikan 	

			Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan hubungan asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan • Menjelaskan risiko kondisi kegemukan • Mengajarkan cara mengelola berat badan secara efektif 	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan senang diberikan pengetahuan tentang obesitas • Klien menanyakan diet yang pas untuk lansia O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak memperhatikan 	
--	--	--	--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari Kedua)

Tabel III- 12 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	09-02-2024 10.00	Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Mengajukan berolahraga rutin • Mengajukan menggunakan obat penurun tekanan darah 	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pusing berkurang jika melakukan aktifitas : Klien di tensi dibagian tangan kiri S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak berolahraga pagi ini • Klien mengatakan sudah minum obat irbesartan 150mg dan vitamin B complex 	
2	Nyeri akut b.d perfusi perifer tidak efektif d.d nyeri kepala jika darah tinggi (D.0077)	09-02-2024 10.30	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda vital • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri 	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri di bagian kepala • P : saat tekanan darah tinggi • Q : Seperti di tusuk-tusuk • R : nyeri dibagian kepala 	

			<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan menurunkan tekanan darah (Rendam kaki dengan air hangat dan Massage Kepala) <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> • S : Skala nyeri 3 • T : nyeri hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV TD : 140/80, N : 78x/m, Rr : 18x/m, S : 36,5 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sangat nyaman saat diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat • Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat dan massage kepala <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak diam saat terapi 	
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	09-02-2024 11.00	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan alat bantu jalan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pusing jika bangun dari kursi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pengkajian risiko jatuh klien tinggi <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak ingin menggunakan alat bantu jalan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan berpegangan jika ingin berdiri dari tempat duduk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat berhati-hati jika berdiri 	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari Ketiga)

Tabel III- 13 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	10-02-2024 10.00	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan berolahraga rutin Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih pusing jika melakukan aktifitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien di tensi dibagian tangan kiri <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan pagi ini sudah berolahraga jalan santai Klien mengatakan belum minum obat irbesartan 150mg dan vitamin B complex 	
2	Nyeri akut b.d perfusi perifer tidak efektif d.d nyeri kepala jika darah tinggi (D.0077)	10-02-2024 10.30	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor tanda-tanda vital Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan menurunkan tekanan darah (Rendam kaki dengan air hangat dan Massage kepala) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri berkurang di kepala P : saat tekanan darah tinggi Q : Seperti di tusuk-tusuk R : nyeri dibagian kepala S : Skala nyeri 2 T : nyeri hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> TTV TD : 140/80, N : 80x/m, Rr : 18x/m, S : 36,5 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sangat nyaman saat diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat dan massage kepala 	

			<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri nya belum terasa berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak diam saat terapi 	
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	10-02-2024 11.00	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan alat bantu jalan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Mengajarkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih pusing jika bangun dari kursi <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak ingin menggunakan alat bantu jalan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan berpegangan jika ingin berdiri dari tempat duduk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat berhati-hati jika berdiri 	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari Keempat)

Tabel III- 14 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	11-02-2024 10.00	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan berolahraga rutin Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah tidak terlalu pusing jika melakukan aktifitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien ditensi dibagian tangan kiri <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah jalan santai pagi ini Klien mengatakan rutin minum obat irbesartan 150mg dan vitamin B complex 	
2	Nyeri akut b.d perfusi perifer tidak efektif d.d nyeri kepala jika darah tinggi (D.0077)	11-02-2024 10.30	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor tanda-tanda vital Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan menurunkan tekanan darah (Rendam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri berkurang di bagian kepala P : saat tekanan darah tinggi Q : Seperti di tusuk-tusuk R : nyeri dibagian kepala S : Skala nyeri 1 T : nyeri hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> TTV TD : 130/80, N : 81x/m, Rr : 18x/m, S : 36,5 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sangat nyaman saat diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat dan massage kepala 	

			<p>kaki dengan air hangat dan Massage kepala)</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri berkurang saat diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat dan massage kepala <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak diam saat terapi 	
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	11-02-2024 11.00	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan alat bantu jalan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Mengajarkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah tidak terlalu pusing jika bangun dari kursi <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak ingin menggunakan alat bantu jalan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan berpegangan jika ingin berdiri dari tempat duduk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat berhati-hati jika berdiri 	

EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel III- 15 Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah tidak terlalu pusing jika melakukan aktifitas • Klien mengatakan sudah berolahraga jalan santai pagi ini • Klien mengatakan rutin minum obat irbesartan 150mg dan vitamin B complex <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien ditensi dibagian tangan kiri <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dilanjutkan minum obat yang disarankan oleh dokter</p>	
2	Nyeri akut b.d perfusi perifer tidak efektif d.d nyeri kepala jika darah tinggi (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri berkurang di kepala • P : saat tekanan darah tinggi • Q : Seperti di tusuk-tusuk • R : nyeri dibagian kepala • S : Skala nyeri 1 • T : nyeri hilang timbul • Klien mengatakan sangat nyaman saat diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat dan massage kepala • Klien mengatakan sangat senang diberikan ilmu untuk megurangi nyeri dan menurunkan tekanan darah • Klien mengatakan nyeri berkurang jik diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat dan massage kepala <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV TD : 130/80, N : 81x/m, Rr : 18x/m, S : 36,5 • Klien tampak sangat memperhatikan dan mengikuti cara melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat • Klien tampak diam saat terapi <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi di hentikan</p>	
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah tidak pusing jika bangun dari kursi • Klien mengatakan tidak ingin menggunakan alat bantu jalan 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan berpegangan jika ingin berdiri dari tempat duduk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat berhati-hati jika berdiri <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	
4	Obesitas b.d sering mengemil (D.0030)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan siap menerima pendidikan kesehatan • Klien mengatakan mengerti apa yang sudah dijelaskan • Klien mengatakan senang diberikan pengetahuan tentang obesitas • Klien menanyakan diet yang pas untuk lansia <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak memperhatikan <p>A : Masalah Teratasi P : Intervensi di hentikan</p>	

B. Asuhan Keperawatan Pada Ny. I dengan Hipertensi Melalui Penerapan Terapi Rendam Kaki dengan Air Hangat

1. Identitas

- a. Nama : Ny. I (66th)
- b. Tempat/tanggal Lahir : Jakarta, 6 november 1958
- c. Jenis Kelamin : perempuan
- d. Status Perkawinan : Cerai (Meninggal)
- e. Agama : Islam
- f. Suku : jawa
- g. Wilayah : Jl. narogong RW 07
- h. Tanggal pengkajian : 12 – 02 - 2024

2. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

- a. Pekerjaan saat ini : Ibu rumah tangga
- b. Pekerjaan sebelumnya : Klien mengatakan bekerja di Pt
- c. Sumber pendapatan : Klien mengatakan pendapatan dari anak
- d. Kecukupan pendapatan : Klien mengatakan cukup

3. Lingkungan tempat tinggal

Keadaan dalam rumah klien terlihat bersih dan rapih, penerangan cukup, terlihat pintu dan jendela terbuka setiap pagi hari. Sirkulasi cukup baik, kamar mandi dan WC bersih dan tidak licin, pembuangan air kotor langsung terbuang di selokan melalui pipa. Sumber air minum klien mineral Aqua, tidak terdapat sumber pencemaran di rumah klien. Tidak

risiko injury

4. Riwayat kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan mudah lelah dan pusing setelah melakukan aktivitas, klien mengatakan jarang berolahraga, klien mengatakan selalu nyeri di bagian tekuk leher dan kaki, klien mengatakan sangat sulit berjalan karna nyeri yang dirasakan, klien mengatakan jika berjalan selalu memegang pada benda terdekatnya, klien mengatakan sulit tidur dimalam hari, klien mengatakan suka terbangun tidur dimalam hari jika nyerinya terasa, klien mengatakan tidak puas tidur karna tidur kurang lebih 5 jam, klien tampak meringis, klien tampak gelisah.

1) Keluhan utama dalam 1 tahun terakhir

Klien mengatakan hanya merasa lelah dan pusing setelah melakukan aktivitas dan nyeri di kaki dan tekuk leher

2) Gejala yang dirasakan

klien mengatakan pusing dan nyeri

3) Faktor pencetus

Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah 6 tahun, klien mengatakan jarang melakukan olahraga, dan hanya melakukan aktifitas sehari-hari seperti biasa.

4) Timbulnya keluhan

klien mengatakan timbulnya keluhan secara bertahap

5) Upaya mengatasi

Klien mengatakan rutin minum obat darah tinggi dan istirahat

6) Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktik/bidan/perawat

Klien mengatakan rutin kontrol dirumah sakit rawa lumbu 1x/
bulan dan selalu memeriksa kesehatan di posbindu

7) Mengonsumsi obat-obatan sendiri

Amlodhipin besilate 10mg

b. Riwayat kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah diderita

Klien mengatakan klien mempunyai penyakit hipertensi selama
6 tahun dan kolestrol

2) Riwayat alergi (obat,makanan,binatang,debu,dll)

Klien mengatakan tidak mempunyai alergi

3) Riwayat kecelakaan

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan

4) Riwayat pernah dirawat di RS

Klien mengatakan pernah di rawat pada tahun 2019

5) Riwayat pemakaian obat

Klien mengatakan tidak ada

5. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Baik, tingkat kesadaran composmentis

b. TTV

TD : 150/100 mmHg N: 78x/m, S: 36,1c , RR: 19x/m, CRT >3 detik,

Turgor tidak elastis, kolestrol : 325 mg/dl

c. BB/TB : 60 Kg, 160 cm

d. Kepala

Subjektif : Klien mengatakan pusing

Objektif

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

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

1) Rambut

Subjektif : klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif : Rambut klien terlihat berwarna hitam dan rambut putih sedikit, kulit kepala klien terdapat ketombe.

2) Mata

Subjektif : Klien mengatakan klien masih melihat dengan baik

Objektif

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

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba pembengkakan

3) Telinga

Subjektif : Klien mengatakan pendengaran baik

Objektif

Inspeksi : Telinga bersih, tidak ada kelainan

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

4) 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

e. Payudara

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Objektif : tidak tampak ada pembengkakan

f. 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

g. 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

Perkusi : Bunyi pekak.

Auskultasi : Intensitas Bunyi Jantung I dan II meningkat, Bunyi reguler.

h. Sistem gastrointestinal

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan.

Objektif

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

Auskultasi : Bising usus 14x/menit

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

Perkusi : Suara perkusi abdomen timpani.

i. Sistem perkemihan

Subjektif : Klien mengatakan BAK 4-5 x/perhari dengan volume yang sedang , 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.

j. Sistem genitoreproduksi:

Subjektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan terkait

Objektif : Tidak dikaji

k. Sistem muskuloskeletal

Subjektif : Klien mengatakan kekuatan otot kaki sudah mulai berkurang dan kekuatan otot tangan masih baik

Objektif

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

l. 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

m. 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

6. Pengkajian psikososial dan spiritual

a. Psikosial

Klien mudah bergaul dengan tetangganya dan klien tampak ramah

b. Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur? Ya
- 2) Apakah klien sering merasa gelisah? Ya
- 3) Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? Tidak
- 4) Apakah klien sering merasa was-was atau khawatir? Ya



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

PERTANYAAN TAHAP 2

- 1) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan? YA
- 2) Ada masalah atau banyak pikiran? TIDAK
- 3) Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain? TIDAK
- 4) Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? TIDAK

5) 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.M

Emosional positif

c. Spiritual

Klien beragama islam, klien mengatakan sholat 5 waktu, klien mengatakan suka melakukan kegiatan pengajian jika kakinya sedang tidak nyeri.

Tabel III- 17 KATZ Indeks

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

	Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan		
5	Kontinen Mandiri BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri Bergantung Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers	√	
	Makan Mandiri Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)	√	

Keterangan :

Beri tanda (√) pada pointyang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil : Mandiri dalam makan, berpakaian, kontinensia (BAK dan BAB), pergi ke toilet, berpindah dan mandi

7. Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel III- 17 Barther Indeks

NO.	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1	Makan	5	10 ✓	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : sedikit Jenis : Nasi dan lauk pauk
2	Minum	5	10 ✓	Frekuensi : sering Jumlah : 5-6 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
8	Naik turun tangga	5	10 ✓	Naik turun tangga mandiri
9	Mengenakan pakaian	5	10 ✓	Berpakaian sendiri tanpa bantuan orang lain
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10 ✓	Frekuensi : 1x/hari Konsistensi : padat
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10 ✓	Frekuensi : 7x/hari Warna : kuning jernih
12	Olahraga/latihan	5	10 ✓	Frekuensi : 1x Jenis : Jalan santai
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10 ✓	Klien mengatakan hanya berbincang dengan cucunya

Interpretasi hasil : **Skor 130 dengan kategori Ny. I melakukan secara mandiri**

Keterangan :

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

8. 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 III- 18 Status Mental Gerontik

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
✓		01	Tanggal berapa hari ini?
✓		02	Hari apa sekarang?
✓		03	Apa nama tempat ini?
✓		04	Dimana alamat anda?
✓		05	Berapa umur anda?
✓		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
✓		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
	✓	08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
✓		09	Siapa nama Ibu Anda?
	✓	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Short Portable Mental Status Questionne

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

Interpretasi hasil : **didapatkan skor 8 dengan kategori Ny. I**

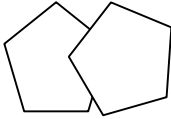
fungsi intelektual utuh

9. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental deng9. MMSE(Mini Mental Status Exam)

Tabel III- 19 MMSE(Mini Mental Status Exam)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : ✓ Tahun 2024 ✓ Musim Hujan ✓ Tanggal 8 ✓ Hari kamis ✓ Bulan februari
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? ✓ Negara Indonesia

				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Propinsi Jawa Barat ✓ Kota Bekasi ✓ Kecamatan Rawalumbu ✓ Kelurahan Sepanjang jaya
2	Registrasi	3		<p>Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obyek jam dinding ✓ Obyek kursi ✓ Obyek Pintu
3	Perhatian dan kalkulasi	5	3	<p>Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK"</p> <ul style="list-style-type: none"> • K ✓ • A x • P ✓ • A x • B ✓
4	Mengingat	3	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pintu ✓ • Kursi ✓ • Jam dinding ✓
5	Bahasa	9	2	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ (jam tangan) ✓ (meja) <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : "Tak ada jika, dan, atau, tetapi." Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pernyataan benar 2 buah (contoh : tak ada, tetapi) <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai."</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambil kertas di tangan anda

			0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lipat dua ✓ Taruh di lantai <p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) x “Tutup mata Anda”</p> <p>Perintahkan pada klien untuk menulissatu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tulis satu kalimat ✓ Menyalin gambar 
			2	
TOTAL NILAI	30		27	

Interpretasi hasil : 27 Aspek kognitif dan fungsi mental baik

- 1) **26-30** : **Aspek kognitif dan fungsi mental baik**
- 2) 21-25 : Aspek kognitif dari fungsi mental ringan
- 3) 11-20 : Kerusakan aspek fungsi mental sedang
- 4) 0-10 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

10. Pengkajian Keseimbangan

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

b. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila

menunjukkan kondisi berikut ini.

- 1) Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka (0)

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

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

- 3) Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan matatertutup (0)

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

- 4) 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

- 5) Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka (1)

- Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

- 6) Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup (1)
- Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.
- 7) Perputaran leher (klien sambil berdiri)
- Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil (1)
- 8) 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)
- 9) 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)

c. Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau bernilai 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 (1)
 - Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah)
- Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm) (1)

- Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien)
Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkatsatu 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 (1)
- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari sampingkiri klien) (1)

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi

- Berbalik

Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegangobjek untuk dukungan. (1)

Interpretasi hasil : Didapatkan hasil skor 11 dengan kategori Ny. I mengalami resiko jatuh tinggi.

- 1) 0 – 5 resiko jatuh rendah
- 2) 6 – 10 resiko jatuh sedang
- 3) **11 – 15 resiko jatuh tinggi**

Tabel III- 20 *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 : Didapatkan hasil skor 20-29 detik dengan kategori Ny. I mengalami resiko jatuh tinggi.

- 1) ≤ 10 detik : Resiko jatuh rendah
- 2) 11-19 detik : Resiko jatuh sedang

3) **20-29 detik** : **Resiko jatuh tinggi**

4) ≥ 30 detik : Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

11. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita : Ny. I

Kondisi Fisik Umum :

- | | |
|-----------------|----------|
| a. Baik | 4 |
| b. Lumayan | 3 |
| c. Buruk | 2 |
| d. Sangat buruk | 1 |

Kesadaran :

- | | |
|------------------------|----------|
| a. Komposmentis | 4 |
| b. Apatis | 3 |
| c. Sopor | 2 |
| d. Koma | 1 |

Aktifitas :

- | | |
|----------------------------|----------|
| a. Ambulasi | 4 |
| b. Ambulasi dengan bantuan | 3 |
| c. Hanya bisa duduk | 2 |
| d. Tiduran | 1 |

Inkontinen :

- | | |
|------------------------------|----------|
| a. Tidak | 4 |
| b. Kadang-kadang | 3 |
| c. Sering Inkontinesia urin | 2 |
| d. Inkontinensia alvi & urin | 1 |

Interprestasi : **Didapatkan skor 16 dengan kategori Ny. I kemungkinan tidak terjadi dekubitus**

- 1) **16-20 : Kecil sekali/ tak terjadi**
- 2) 12-15 : Kemungkinan kecil terjadi
- 3) < 12 : Kemungkinan Besar terjadi

12. Apgar Keluarga

Tabel III- 21 Apgar Keluarga

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan pertolongan	2		
2.	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	2		
3.	G : Growth Saya puas dengan keluargamenerima dan mendukung keinginan saya dalam melakukan aktifitas	2		
4.	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih ataupun jatuh cinta	2		
5.	R : Resolve Saya puas dengan cara keluarga menyediakan waktu bersama-sama untuk menyelesaikan masalah	2		
	Jumlah	10		

Interpretasi : **didapatkan skor 10 Ny. I disfungsi keluarga ringan**

- 1) Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi
- 2) Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang
- 3) **Nilai : 7-10 : Disfungsi Keluarga Ringan**

13. Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel III- 22 Geriatric Depression Scale (GDS)

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

Interprestasi : **Didapatkan skor 3 dengan kategori normal**

1) Skor 0-5 : Normal

2) Skor ≥ 6 : Depresi

ANLISA DATA

Tabel III- 23 Analisa Data

No.	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pusing setelah melakukan aktifitas • Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sudah 6 tahun yang lalu DO : <ul style="list-style-type: none"> • Turgor tidak elastis 	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Peningkatan tekanan darah
2	DS : <ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan selalu nyeri di bagian tekuk leher dan kaki • Klien mengatakan tekanan darah selalu tinggi • klien mengatakan sangat sulit berjalan karna nyeri yang dirasakan • Klien mengatakan sulit tidur • P : Saat tekanan darahnya tinggi • Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk • R : Nyeri pada tengkuk dan kaki • S : Skala nyeri 5 • T : nyeri hilang timbul DO : <ul style="list-style-type: none"> • TD : 150/100 mmHg N: 78x/m, S: 36,1C, RR: 19x/m, CRT >3 detik, kolestrol : 325mg/dl • Klien tampak meringis • Klien tampak memegang tengkuk dan kepala 	Nyeri Akut (D.0077)	Agen pencedera fisiologis
3	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pusing setelah melakukan aktivitas DO : <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat sulit saat bangun dari kursi • Klien terlihat berpegangan pada benda disamping saat berjalan • Hasil pengkajian keseimbangan menunjukan resiko jatuh klien tinggi • Hasil pengkajian TUG Test menunjukan resiko jatuh tinggi 	Risiko jatuh (D.0143)	Gangguan keseimbangan

4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit tidur • Klien mengatakan tidak puas tidur • Klien mengatakan hanya tidur kurang lebih 5 jam • Klien mengatakan selalu terbangun di malam hari jika nyeri nya terasa <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak gelisah • Kantung mata klien terlihat 	Gangguan pola tidur (D.00.55)	Kurang kontrol tidur
---	---	-------------------------------	----------------------

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel III- 24 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kode
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah	D.0009
3	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	D.0077
2	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan	D.0143
4	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	D.0030

RENCANA KEPERAWATAN

Tabel III- 25 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4x pertemuan diharapkan perfusi perifer (L.02011) membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan sistolik membaik 2. Tekanan diastolik membaik 3. Turgor kulit membaik 4. Pengisian kapiler membaik 	Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan hidrasi Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berolahraga rutin • Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan diharapkan tingkat nyeri (L.08065) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda vital • Identifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas nyeri,intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk

			<p>mengurangi rasa nyeri (Rendam kaki dengan air hangat)</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x 2 jam diharapkan risiko jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh saat berdiri menurun 2. Jatuh saat berjalan menurun 	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan alat bantu jalan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
4	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0030)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan diharapkan pola tidur (L.05045) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi waktu tidur siang, jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan tidur

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari Pertama)

Tabel III- 26 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	13-02-2024 09.00	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Melakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan berolahraga rutin Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan pusing jika melakukan aktifitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak lesu <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan akan minum lebih banyak air <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak sering minum air <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan berolahraga jalan santai Klien mengatakan sudah minum obat amlodhipine 10mg/ hari 	
2	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (D.0077)	13-02-2024 09.30	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memonitor tanda-tanda vital Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas nyeri,intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan pusing dan nyeri di tengkuk dan kaki P : Saat tekanan darah tinggi Q : Seperti di tusuk-tusuk R: Nyeri pada tengkuk dan kaki S : Skala nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> TTV : Td : 150/90, N: 98 x/m, Rr : 18x/m, S : 35,9 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sangat nyaman diberikan terapi 	

			<p>dan menurunkan tekanan darah (Rendam kaki dengan air hangat)</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan strategi meredakan nyeri 	<p>rendam kaki dengan air hangat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri berkurang saat dilakukan terapi rendam kaki air hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak memperhatikan cara melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat 	
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	13-02-2024 10.30	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan alat bantu jalan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Mengajarkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pusing jika berdiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak berpegangan jika ingin berdiri <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak ingin menggunakan alat bantu jalan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan berpegangan jika ingin berdiri dari tempat duduk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat berhati-hati jika berdiri 	
4	Gangguan pola tidur b.d kontrol tidur (D.0030)	13-02-2024 11.00	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak bisa tidur jika nyeri di tengkuk tiba-tiba terasa <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak selalu memengang tengkuknya 	

			Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Batasi waktu tidur siang, jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan tidur 	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mengerti apa yang sudah dijelaskan O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak memperhatikan S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien menandatangani akan tidur lebih cepat • Klien tampak memperhatikan 	
--	--	--	--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari kedua)

Tabel III- 27 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	14-02-2024 10.00	Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan hidrasi Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berolahraga rutin • Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih pusing tapi tidak terlalu O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lesu S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah minum 3 gelas pagi ini S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah berolahraga jalan santai tadi pagi • Klien mengatakan rutin minum obat amlodhipine 10mg/ hari 	
2	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (D.0077)	1-02-2024 10.30	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda-tanda vital 	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri • Mengidentifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan menurunkan tekanan darah (Rendam kaki dengan air hangat) <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan strategi meredakan nyeri 	<p>pusing dan nyeri di tengkuk dan kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> • P : Saat tekanan darah tinggi • Q : Seperti di tusuk-tusuk • R: Nyeri pada tengkuk dan kaki • S : Skala nyeri 4 • T : Nyeri hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV : Td : 140/80, N: 86x/m, Rr : 18x/m, S : 36,4 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sangat nyaman diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat • Klien mengatakan nyeri berkurang pada saat dilakukan terapi rendam kaki air hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak diam saat terapi 	
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	14-02-2024 11.20	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan alat bantu jalan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih pusing jika berdiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak berpegangan jika ingin berdiri <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak ingin menggunakan alat bantu jalan 	

			<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajukan berkesentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Mengajukan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan berpegangan jika ingin berdiri dari tempat duduk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat berhati-hati jika berdiri 	
4	Gangguan pola tidur b.d kontrol tidur (D.0030)	14-02-2024 11.30	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi waktu tidur siang, jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan tidur 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tadi malam sudah bisa tidur walaupun suka terbangun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak ada kantong mata <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak ingin tidur siang hari ini karna takut tidak bisa tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak memperhatikan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan akan tidur lebih cepat • Klien tampak memperhatikan 	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari ketiga)

Tabel III- 28 Implentasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan	15-02-2024 09.00	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan 	

	tekanan darah (D.0009)		<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Melakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menganjurkan berolahraga rutin Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>pusung karna tekanan darah tinggi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak lesu <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah minum 4 gelas pagi ini <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah berolahraga jalan santai tadi pagi Klien mengatakan sudah minum obat amlodhipine 10mg/ hari 	
2	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (D.0077)	1-02-2024 09.30	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memonitor tanda-tanda vital Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologis untuk 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan pusung dan nyeri di tengkuk dan kaki P : Saat tekanan darah tinggi Q : Seperti di tusuk-tusuk R: Nyeri pada tengkuk dan kaki S : Skala nyeri 2 T : Nyeri hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> TTV : Td : 140/80, N: 88 x/m, Rr : 19x/m, S : 36,2 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan 	

			<p>mengurangi rasa nyeri dan menurunkan tekanan darah (Rendam kaki dengan air hangat)</p> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan strategi meredakan nyeri 	<p>sangat nyaman diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri berkurang pada saat dilakukan terapi rendam kaki air hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak diam saat terapi 	
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	14-02-2024 10.00	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan alat bantu jalan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih pusing jika berdiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak berpegangan jika ingin berdiri <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak ingin menggunakan alat bantu jalan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan berpegangan jika ingin berdiri dari tempat duduk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat berhati-hati jika berdiri 	
4	Gangguan pola tidur b.d kontrol tidur (D.0030)	14-02-2024 10.30	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tadi malam sudah tidur nyenyak tetapi 	

			<p>masih suka terbangun karna nyeri di tengkuk</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak ada kantong mata <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak ingin tidur siang hari ini karna takut tidak bisa tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak memperhatikan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menandatangani akan tidur lebih cepat • Klien tampak memperhatikan 	
			<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi waktu tidur siang, jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan tidur 	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN (Hari keempat)

Tabel III- 29 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	15-02-2024 09.00	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan hidrasi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah tidak terlalu pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak segar <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah minum 3 gelas pagi ini 	

			<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berolahraga rutin • Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah berolahraga jalan santai dan menyapu halaman tadi pagi • Klien mengatakan sudah minum obat amlodhipine 10mg/ hari 	
2	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (D.0077)	15-02-2024 09.30	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda-tanda vital • Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri • Mengidentifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan menurunkan tekanan darah (Rendam kaki dengan air hangat) <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan strategi meredakan nyeri 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah tidak nyeri • P : Saat tekanan darah tinggi • Q : Seperti di tusuk-tusuk • R: Nyeri pada tengkuk dan kaki • S : Skala nyeri 0 • T : Nyeri hilang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV : Td : 140/80, N: 82x/m, Rr : 19x/m, S : 36,2 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sangat nyaman diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat • Klien mengatakan nyeri berkurang pada saat dilakukan terapi rendam kaki air hangat • Klien mengatakan 	

				ingin terus melakukan terapi ini O : • Klien tampak diam saat terapi	
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	145-02-2024 10.00	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi faktor risiko jatuh <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan alat bantu jalan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	<p>S : • Klien mengatakan pusing sudah berkurang jika ingin berdiri</p> <p>O : • Klien tampak berpegangan saat berdiri</p> <p>S : • Klien mengatakan tidak ingin menggunakan alat bantu jalan</p> <p>S : • Klien mengatakan berpegangan jika ingin berdiri dari tempat duduk</p> <p>O : • Klien terlihat berhati-hati jika berdiri</p>	
4	Gangguan pola tidur b.d kontrol tidur (D.0030)	15-02-2024 10.30	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi waktu tidur siang, jika perlu 	<p>S : • Klien mengatakan tadi malam sudah tidur nyinyak kurang lebih 7 jam</p> <p>O : • Klien tampak tidak lesu lagi</p> <p>S : • Klien mengatakan tidak ingin tidur siang hari</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan tidur 	<p>ini karna takut tidak bisa tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak memperhatikan <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien menngatakan akan tidur lebih cepat • Klien tampak memperhatikan 	
--	--	--	--	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel III- 30 Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah tidak terlalu pusing • Klien mengatakan sudah minum 3 gelas pagi ini • Klien mengatakan sudah berolahraga jalan santai tadi pagi • Klien mengatakan rutin minum obat amlodhipine 10mg/ hari <p>O : -</p> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dilanjutkan minum obat yang disarankan oleh dokter</p>	
2	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah tidak nyeri • P : Saat tekanan darah tinggi • Q : Seperti di tusuk-tusuk • R: Nyeri pada tengkuk dan kaki • S : Skala nyeri 0 • T : Nyeri hilang • Klien mengatakan sangat nyaman diberikan terapi rendam kaki dengan air hangat • Klien mengatakan nyeri berkurang pada saat dilakukan terapi rendam kaki air hangat • Klien mengatakan ingin terus melakukan terapi ini <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV : Td : 140/80, N: 82x/m, Rr : 19x/m, S : 36,2 • Klien tampak memperhatikan cara melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi di hentikan</p>	
3	Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan (D.0143)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pusing sudah berkurang jika ingin berdiri • Klien mengatakan tidak ingin menggunakan alat bantu jalan • Klien mengatakan berpegangan jika ingin berdiri dari tempat duduk 	

		<ul style="list-style-type: none"> • <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak berpegangan saat berdiri • Klien terlihat berhati-hati jika berdiri <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	
4	Gangguan pola tidur b.d kontrol tidur (D.0030)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tadi malam sudah tidur nyinyak kurang lebih 7 jam • Klien mengatakan tidak ingin tidur siang hari ini karna takut tidak bisa tidur • Klien menandatangani akan tidur lebih cepat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tidak lesu lagi • Klien tampak memperhatikan <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</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 4 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan

A. Pengkajian

1. Menurut Teori

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Sumber data dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien.

Pada teori manifestasi klinis menurut Majid (2017) adalah Ada sebagian teori mengemukakan bahwa hipertensi merupakan faktor resiko utama penyakit kardiovaskuler yang merupakan penyebab utama kematian di seluruh dunia. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa hipertensi disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya pola konsumsi natrium, obesitas, keturunan, usia, merokok, kebiasaan olahraga atau aktivitas fisik, Stress dan alkohol.

Pengkajian keperawatan pada pasien hipertensi biasanya didapatkan klien mengalami nyeri, nyeri hilang timbul, sakit kepala oksipital, aktivitas istirahat terganggu, depresi, makanan tinggi garam, makanan tinggi kolestrol, makanan tinggi lemak, sirkulasi terganggu, neurosensori, kelemahan, gangguan penglihatan, gaya hidup tidak sehat, frekuensi jantung meningkat, kenaikan tekanan darah, ansietas, gelisah, keluhan pusing, kebas, obesitas (Ryan et al., 2021) Menurut Kasus

Penulis melakukan pengkajian pada klien pertama Ny.M pada tanggal 8 februari 2024 hasil pengkajian yang didapatkan adalah klien mengatakan mudah pusing saat sesudah melakukan aktivitas, klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sudah 18 tahun. klien mengatakan sangat sulit berjalan karna mudah pusing ,klien mengatakan sering nyeri dibagian lengan dan kepala jika darah mulai tinggi, nyeri hilang timbul dan nyeri seperti di tusuk, klien tampak meringis, klien terlihat lesu. Klien mengatakan jarang melakukan olahraga, dan hanya melakukan aktifitas sehari-hari seperti biasa, klien juga tidak pernah menjaga makanannya. Klien mengatakan suka sekali nyemil. Setelah dikaji faktor pencetus hipertensi nya adalah pola makan dan pola aktifitas yang kurang baik. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD : 160/90 mmHg N: 98x/m, S: 36,6C, RR: 21x/m, CRT >3 detik, Turgor tidak elastis Berdasarkan hasil pengkajian KATZ Indeks didapatkan hasil bahwa mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi diatas. Hasil pengkajian keseimbangan didapatkan hasil klien mengalami risiko jatuh tinggi.

Hasil pengkajian selanjutnya penulis melakukan pengkajian pada klien kedua Ny. I pada tanggal 13 februari 2024 didapatkan hasil klien mengatakan mudah lelah dan pusing setelah melakukan aktivitas, klien mengatakan jarang berolahraga, klien mengatakan selalu nyeri di bagian tekuk leher dan kaki, klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul, klien mengatakan sangat sulit berjalan karna nyeri yang dirasakan , klien mengatakan jika berjalan selalu memegang pada benda terdekatnya, klien mengatakan sulit tidur dimalam hari dan suka terbangun tidur dimalam hari jika nyerinya terasa, klien mengatakan tidak puas tidur karna tidur kurang lebih 5 jam, klien tampak meringis, klien tampak gelisah. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD : 150/100 mmHg N: 78x/m, S: 36,1c , RR: 19x/m, CRT >3 detik, Turgor tidak elastis

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.

2. Analisa peneliti

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama yaitu kedua klien mengalami pusing, nyeri kepala dan nyeri tengkuk, tekanan darah meningkat selain itu juga kedua klien memiliki usia lebih dari 60 tahun yang dimana ini merupakan faktor terjadinya hipertensi. dan terjadi penurunan pada fungsi otot. Namun, terdapat pula perbedaan pada kedua klien yaitu klien Ny. I mengalami gangguan pola tidur dan Ny.M mengalami obesitas

karna pola makan yang kurang baik. 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.

B. Diagnosis Keperawatan

1. Menurut Teori

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnosa pada penderita hipertensi yang muncul adalah Nyeri akut (D.0077) , Perfusi perifer tidak efektif (D.0009), Hipervolemia (D.0022), Intoleransi aktivitas (D.0056), Defisit Pengetahuan (D.0111), Ansietas (D.0080), Resiko Penurunan curah Jantung (D.00 11), Resiko Jatuh (D.0143)

2. Menurut kasus

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas sama yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Lalu terdapat diagnosa yang sama pada kedua klien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan dikarenakan pada saat pengkajian didapatkan kedua klien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitasnya, sehingga risiko jatuh nya tinggi. Pada diagnosa

keempat terdapat perbedaan diagnosa yaitu, pada Ny. M diangkat diagnosa Obesitas berhubungan dengan suka nyemil, sedangkan pada dan pada Ny. I diangkat diagnosa Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

3. Analisa peneliti

Kesamaan kasus yang terjadi adalah perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, 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), mengalami nyeri sama yaitu di tengkuk leher dan kepala, 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. I mengeluh mengalami kesulitan tidur pada malam hari dan sering terbangun, sedangkan pada Ny. M mengalami pola makan yang kurang teratur karna sering mengemil. 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.

C. Intervensi Keperawatan

1. Menurut teori

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian

klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (PPNI, 2018). Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, serta rencana tindakan yang akan dilakukan. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama. Adapun intervensi yang sesuai pada lansia dengan hipertensi adalah manajemen nyeri, dukungan tidur, perawatan sirkulasi dan edukasi kesehatan.

2. Menurut kasus

Pada kasus Ny. M penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 4x pertemuan. Penulis berencana mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif pada pasien dengan tujuan yang diharapkan perfusi perifer membaik, masalah nyeri akut pada pasien dengan tujuan yang diharapkan tingkat nyeri menurun dan masalah resiko jatuh pada pasien dengan tujuan yang diharapkan tingkat jatuh menurun, masalah obesitas pada pasien

dengan tujuan berat badan menurun. Pada kasus Ny. I penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 4x pertemuan. 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, masalah gangguan pola tidur pada pasien dengan tujuan yang diharapkan pola tidur membaik. Intervensi yang dilakukan pada Ny. M dan Ny. I 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, nyeri akut adalah manajemen nyeri, dan obesitas adalah edukasi berat badan efektif.

3. *Evidence based*

Pada kasus diatas selain terapi farmakologis kita juga bisa melakukan beberapa terapi nonfarmakologis yaitu terapi rendam kaki dengan air hangat, Terapi rendam kaki dengan air hangat merupakan salah satu terapi non farmakologis dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi dan dapat mengurangi nyeri yang dimana dapat dimasukkan dalam rencana asuhan keperawatan untuk hipertensi terapi rendam kaki dengan air hangat yang dilakukan akan menstimulasi sirkulasi darah dengan cara memperlebar pembuluh darah sehingga banyak oksigen ke jaringan yang mengakibatkan pembengkakan. Dampak dalam terapi rendam kaki dengan air hangat dapat merangsang saraf yang ada di kaki untuk bekerja dan

berfungsi mendilatasi pembuluh darah serta melancarkan peredaran darah (Masi & Rottie, 2019). Merendam kaki dengan air hangat juga mampu mengurangi gejala nyeri akut maupun kronis yang berhubungan dengan ketegangan otot walaupun dapat juga dipergunakan untuk mengatasi masalah hormonal dan kelancaran peredaran darah. (Try Putra Parmana et al., 2020) Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Astutik & Mariyam, 2021) yang menyatakan bahwa terapi nonfarmakologi rendam kaki dengan air hangat yang dilakukan 15 menit dalam 2x sehari mampu menurunkan tekanan darah pada lanjut usia yang mengalami hipertensi.

D. Implementasi keperawatan

1. Menurut Teori

Implementasi adalah suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci implementasi bukan sekedar aktivitas, tapi suatu kegiatan yang terencana dan untuk mencapai tujuan kegiatan. Implementasi biasanya dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap sempurna. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Implementasi keperawatan merupakan tahap ke empat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana keperawatan. Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam

tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Febiola, 2020)

Hidrotherapy rendam hangat ini sangat mudah dilakukan oleh semua orang, tidak membutuhkan biaya yang mahal, dan tidak memiliki efek samping yang berbahaya. Perbaikan sirkulasi darah juga memperlancar sirkulasi getah bening sehingga membersihkan tubuh dari racun. Oleh karena itu orang-orang yang menderita penyakit seperti rematik, radang sendi, linu panggul, sakit punggung, insomnia, kelelahan, stres, sirkulasi darah yang buruk (hipertensi), nyeri otot, kram, kaku, terapi air bisa digunakan untuk meringankan masalah tersebut. (Widyaswara et al., 2022). Terapi rendam kaki dengan air hangat dapat dilakukan rutin 2x dalam sehari pagi dan sore hari dilakukan selama 15 menit dengan suhu normal air 39°C dengan cara mengukur menggunakan termoter air atau menggunakan sikut (Astuti & Mariyam, 2021)

2. Menurut Kasus

Pelaksanaan tindakan keperawatan ini disesuaikan dengan susunan intervensi yang telah dibuat sebelumnya dengan menerapkan tindakan dari SIKI. Pelaksanaan tindakan keperawatan tidak hanya dilakukan sendiri melainkan orang terdekat klien agar mendapat dukungan serta memotivasi

klien untuk mengikuti perawatan secara optimal. Implementasi dilakukan penulis selama 4 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny. S dan Ny. M dimulai pada tanggal 8 Februari 2024 sampai 15 Februari 2024. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

3. Tindakan *Evedence based*

Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa evidence based nursing pada klien. Evidence based nursing yang diterapkan yaitu terapi rendam kaki dengan air hangat. Penulis menerapkan terapi nonfarmakologis tersebut karena terapi tersebut sederhana dan efektif untuk membantu mengatasi keluhan klien.

Implementasi yang sudah dilakukan kepada Ny. M sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah Ny. M tetapi hanya nyeri yang dirasakan Ny. M hanya berkurang sedikit dikarenakan setiap klien bergerak klien selalu merasakan nyeri di kepalanya. Implementasi yang sudah dilakukan pada Ny. I sangat efektif karena menurut Ny. I selama terapi Ny.I melakukannya 3x1 hari karna menurutnya saat dilakukan terapi badannya terasa sangat rileks dan nyeri berkurang begitupun dengan tekanan darahnya menurun.

E. Evaluasi Keperawatan

1. Menurut teori

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Menurut (Santa, 2019) Evaluasi keperawatan adalah kegiatan

yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana 139 rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

2. Menurut kasus

Menurut analisa penulis pencapaian masalah secara keseluruhan dapat teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang telah di tentukan. Dari hasil implementasi dapat dilihat pada hasil evaluasi terhadap klien diantaranya:

- a. Perusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah. Evaluasi yang di peroleh Ny. M dan Ny. I hari keempat yaitu : TD Ny. M menurun dari 160/90 mmHg ke 130/80 mmHg dan TD Ny. I pun menurun dari 150/100 mmHg ke 140/80 mmHg. Hal ini membuktikan bahwa memberikan teknik non farmakologis terapi rendam kaki dengan air hangat dapat menurunkan tekanan darah.
- b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis. Evaluasi yang di peroleh Ny. M dan Ny. I hari keempat yaitu : skala nyeri Ny. M menurun dari 5 ke 1 tetapi Ny.M masih merasakan nyeri sedikit dibagian kepalanya dan

skala nyeri Ny. I menurun dari 6 ke 0 hal ini membuktikan bahwa memberikan teknik non farmakologis rendam kaki dengan air hangat mampu dalam membantu mendistraksi dan merelaksasikan Ny. M dan Ny. I.

- c. Risiko jatuh b.d gangguan keseimbangan. Evaluasi yang diperoleh Ny. M dan Ny. I hari keempat yaitu : Ny.M masih sangat berhati-hati dalam berjalan karena klien tidak dapat berjalan tanpa bantuan, sedangkan Ny.I masih mampu melakukan aktivitas namun klien tampak berhati-hati dalam berjalan.
- d. Obesitas b.d sering nyemil. Evaluasi yang diperoleh Ny.M hari pertama klien mengatakan akan mengurangi jumlah cemilan yang ingin dia makan dan klien sangat memperhatikan pada saat edukasi tentang obesitas.
- e. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur. Evaluasi yang di peroleh Pola tidur Ny. I membaik lama waktu tidur \pm 7 jam walaupun sesekali terbangun di malam hari.

BAB V

PENUTUPAN

A. Kesimpulan

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. Namun, terdapat pula perbedaan pada kedua klien yaitu klien Ny. M mengalami obesitas dan Ny. I mengalami gangguan pola tidur 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. Diagnosa yang diangkat pada kedua klien memiliki kesamaan yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang disebabkan oleh hipertensi, dan resiko jatuh ditandai dengan kurangnya keseimbangan.

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 Rendam kaki dengan air hangat. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan serta didukung dengan terapi nonfarmakologi. Implementasi yang dilaksanakan minimal 4 hari untuk mendapatkan perbaikan pada lansia dengan hipertensi. Pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti, kedua

pasien dapat bekerjasama dengan baik, kooperatif dan mengerti dengan apa yang disampaikan penulis.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan, didapatkan evaluasi pada Ny. M hasil evaluasi gangguan perfusi perifer tidak efektif kedua klien masalah teratasi, dan intervensi dilanjutkan untuk minum obat yang dianjurkan oleh dokter. Pada nyeri akut, hasil evaluasi kedua klien masalah teratasi, dan intervensi dihentikan. Pada masalah resiko jatuh, hasil evaluasi kedua klien masalah teratasi intervensi dihentikan. Pada kasus Ny. M hasil evaluasi obesitas klien mengerti apa yang sudah di jelaskan untuk tidak terlalu mengkonsumsi cemilan berlebih masalah teratasi intervensi dihentikan dan pada Ny. I hasil evaluasi gangguan pola tidur klien sudah bisa tidur kurang lebih 7 jam dan jarang merasakan nyeri pada malam hari masalah teratasi intervensi dihentikan.

Kesamaan kasus yang terjadi adalah perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, dan resiko jatuh dikarenakan pada kedua kasus tersebut memiliki kesamaan gejala yang dialami dan seperti mengalami tekanan darah yang tinggi, nyeri, 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. I mengeluh mengalami kesulitan tidur pada malam hari dan sering terbangun, sedangkan pada Ny. M mengalami obesitas yang dimana klien sering mengemil. maka diangkatlah diagnosa obesitas berhubungan dengan sering mengemil.

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.

B. Saran

Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi klien dan masyarakat untuk melakukan melakukan terapi nonfarmakologis, khususnya Rendam kaki dengan air hangat. Penulis juga berharap dalam penulisan ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/i STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan untuk menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang Keperawatan Gerontik dimana kita dapat mengembangkan atau memanfaatkan fasilitas Keperawatan Gerontik dengan tidak bergantung kepada terapi farmakologi saja kita bisa memberikan terapi nonfarmakologi dalam hal ini adalah Rendam kaki dengan air hangat. Hal ini bisa digunakan untuk mengurangi efek samping terapi farmakologis.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrian, S. J. (2019). Pengobatan Tradisional Akupresur di Era Moderen Pada Masyarakat. *Cdk-274*, 46(3), 172–178.
- Andry, S. (2020). Contemporary Esthetic Dentistry. *SENAM LANSIA MENURUNKAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA*, 2, 11–20. <https://doi.org/10.1016/C2009-0-39360-5>
- Arifin, N., & Mustofa, A. (2021). Penerapan rendam kaki air hangat untuk menurunkan tekanan darah pada lansia hipertensi. *Ners Muda*, 2(3), 106. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i3.8133>
- Astutik, M. F., & Mariyam, M. (2021). *Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Terapi Rendam Kaki Dengan Air Hangat*. 1(2).
- Dinkes, K. bekasi. (2020). Profil Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2020. *Dinas Kesehatan Kota Bekasi*, 5(3), 248–253. https://dinkes.bekasikota.go.id/public/unduh/bankdata/Profil_Kesehatan_Kota_Bekasi_2020.pdf
- Febiola. (2020). *Clara Febiola_191101100_Penerapan Implementasi Dalam Asuhan Keperawatan*.
- Gemini, S. (2021). *Keperawatan Gerontik* (M. Qasim (ed.); pp. 1–21). Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Haerunnisa. (2022). Terapi Rendam Kaki Air Hangat terhadap Perubahan Tekanan Darah Pasien Hipertensi. *Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar*, 3(1), 10–27.
- Kemenkes. (2019). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Kementerian Kesehatan RI*, 1(1), 1.
- Masi, G. N. M., & Rottie, J. V. (2019). Pengaruh terapi rendam kaki dengan air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi di

- Puskesmas Bahu Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 5(1), 105810.
- Sonza, T., Badri, I. A., & Erda, R. (2020). Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Tingkat Kemandirian Activities of Daily Living Pada Lansia. *Human Care Journal*, 5(3), 688. <https://doi.org/10.32883/hcj.v5i3.818>
- Suprayitno, E., & Huzaimah, N. (2020). Pendampingan Lansia Dalam Pencegahan Komplikasi Hipertensi. *SELAPARANG Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*, 4(1), 518. <https://doi.org/10.31764/jpmb.v4i1.3001>
- Try Putra Parmana, Siringoringo, E., & Safruddin. (2020). Rendam Kaki Dengan Air Hangat Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Panrita Husada*, 5(1), 9–17. <https://doi.org/10.37362/jkph.v5i1.174>
- Wahyuningsih, W., & Astuti, E. (2020). Faktor Yang Mempengaruhi Hipertensi pada Usia Lanjut. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 1(3), 71. [https://doi.org/10.21927/jnki.2013.1\(3\).71-75](https://doi.org/10.21927/jnki.2013.1(3).71-75)
- Widyaswara, C. D., Hardjanti CB, T. M., & Mahayanti, A. (2022). Pengaruh Hidroterapi Rendam Kaki Air Hangat terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Lansia Hipertensi di Dusun Kembangan, Candibinangun, Pakem, Sleman, Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Klinis Dan Komunitas (Clinical and Community Nursing Journal)*, 6(3), 145. <https://doi.org/10.22146/jkkk.75264>
- Yusuf, B., Isnaniah, I., & Yuliati, Y. (2023). Penerapan Latihan Slow Deep Breathing Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi: Literature Review. *IMJ (Indonesian Midwifery Journal)*, 4(2). <https://doi.org/10.31000/imj.v4i2.4272>
- Yusuf, J., & Boy, E. (2023). Manifestasi Klinis pada Pasien Hipertensi Urgensi. *Jurnal Implementa Husada*, 4(1). <https://doi.org/10.30596/jih.v4i1.12448>

LAMPIRAN

DOKUMENTASI TERAPI RENDAM KAKI DENGAN AIR HANGAT

NY. I DAN NY. M





**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
MEDISTRA INDONESIA**

**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)**





Jl.Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374

Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id

**FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN PROPOSAL SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) STIKES MEDISTRA INDONESIA
T.A 2022/2023**

Nomor Dokumen	:	FM.030/A.003/PERAWAT.S1/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	:	15 Maret 2022
Revisi	:	0	Tgl efektif	:	18 Maret 2022

KEGIATAN BIMBINGAN KIAN

No	Hari/Tanggal Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing	Bukti Kegiatan Bimbingan
1	RABU, 7-02-2024	Konsul judul kian “ ACC”		
2	SENIN, 12-02-2024	<ul style="list-style-type: none"> Perbaiki BAB 1 Asuhan keperawatan disesuaikan dengan 3S Analisa data disesuaikan dengan pengkajian 		Konsul Offline
3	SENIN, 18-03-2024	Tambahkan pengkajian di analisa data yang belum dimasukan		
4	SELASA, 19-03-2024	<ul style="list-style-type: none"> Cek lagi typonya ACC sidang 		
5	25-03-2024	Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners		
6	20-06-2023	Revisi Kian ACC HC		



BAHAYA OBESITAS BAGI KESEHATAN



Berisiko 2 kali lipat mengakibatkan terjadinya serangan jantung koroner, stroke, DM, dan hipertensi.

Berisiko 3 kali lipat terkena batu empedu



Mengakibatkan terjadinya sumbatan nafas ketika sedang tidur

Berisiko meningkatkan lemak dalam darah dan asam urat



TIPS MENGATASI OBESITAS

1. Pola makan



Diet rendah energi, dengan pengurangan energi 500-1000 kkal dari kebutuhan sehari dengan cara :

- Mengurangi konsumsi sumber karbohidrat kompleks seperti nasi, roti, jagung, kentang dan sereal
- Menghindari konsumsi sumber karbohidrat sederhana seperti gula pasir, gula merah, sirup, dan minuman ringan, dll
- Mengurangi konsumsi sumber lemak dengan tidak mengolah makanan dengan cara digoreng dan menggunakan santan kental serta mentega dan margarin
- Mengutamakan konsumsi sumber protein rendah lemak, seperti ikan, putih telur, ayam tanpa kulit, susu dan keju rendah lemak, tempe tahu, dan kacang-kacangan yang diolah
- Meningkatkan konsumsi bahan makanan sumber serat seperti: sayur yang direbus, kukus dan tumis dengan sedikit minyak
- Meningkatkan konsumsi cairan
- Menghindari buah-buahan yang mengandung energi tinggi, seperti: durian
- Mengonsumsi gula sebagai selingan
- Porsi makan yang kecil

2. Pola Aktivitas



- Meningkatkan aktivitas fisik minimal 1 jam perhari
- Melakukan aktivitas fisik minimal 3x seminggu
- Membatasi tidur berlebihan
- Membatasi aktivitas, seperti: menonton tv atau game
- Latihan fisik, seperti: Lari dan senam

3. Psikoterapi



Psikoterapi dapat dilakukan untuk membantu motivasi diri dalam melakukan perubahan dan perilaku hidup sehat

4. Pengobatan



Pengobatan obesitas dapat dipertimbangkan apabila IMT $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ dan disertai dengan penyakit diabetes melitus, jantung, hipertensi dan kadar lemak dalam darah tinggi

**Ayo bergerak
lawan obesitas!**



SCAN ME

Sumber : P2PTM Kemenkes RI

BIOGRAFIS PENULIS



I. Data Pribadi

Nama Lengkap : Anasthasya Selda Patasik
TTL : Bogor, 3 November 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat : Rantepo, Toraja Utara Sulawesi Selatan
No.Handphone : 0895332380891
Email : anastasyaa0087@gmail.com
Motto : Tindakan adalah kunci menuju sukses

II. Riwayat Pendidikan

SD : SDN Tlajung Udik 05 Tahun 2008-2013
SMP : SMPN 1 Gunung Putri Tahun 2013-2016
SMA : SMKS Yayasan Patriot Bekasi Tahun 2016-2019
Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Medistra Indonesia Kota Bekasi Tahun 2019-Sekarang