

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi lansia hipertensi di definisikan sebagai tekanan sistolik > 160 mmHg dan tekanan diastolik >90 mmHg (Brunner & suddarth 2013).

Hipertensi merupakan suatu keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang meningkat di atas 140 mmHg dan di atas diastolik 90 mmHg peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) (Kushariyadi reny, 2014).

2. Etiologi

Menurut (Aspiani, 2015), menyatakan penyebab hipertensi pada lanjut usia karena terjadi perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah, kehilangan elastisitas pembuluh darah, dan meningkatkan resistensi pembuluh darah pada perifer. Setelah usia 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun 1% tiap tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume. Elastisitas pembuluh darah menghilang karena terjadi kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi. Menurut (Aspiani, 2015), beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi adalah sebagai berikut:

- 1) Generik : respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.
- 2) Obesitas : terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- 3) Stress karena lingkungan
- 4) Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

3. Klasifikasi

Tabel 1.1

Klasifikasi Tekanan Darah Pada Lansia Sebagai Patokan dan Diagnosis Hipertensi (mmHg).

Kategori	Tekanan darah	
	Sistolik	Diastolik
Normal	<130 mmHg	<85 mmHg
Prehipertensi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Hipertensi :	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Derajat 1 : ringan	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Derajat 2 : sedang	180-209 mmHg	110-119 mmHg
Derajat 3 : berat	≥210 mmHg	≥120 mmHg
Derajat 4 : sangat berat		

Sumber: (Aspiani, 2015) dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler Aplikasi NIC & NOC

4. Patofisiologi

Mekanisme yang mengatur konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medula di otak dan dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis ke ganglia simpatis. Pada titik ini neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin yang akan merangsang serabut saraf pasca

ganglion ke pembuluh darah. Dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan kontriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat memengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor.

Pada saat bersamaan ketika sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga ikut terangsang. Medula adrenal menyekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal menyebabkan pemlepasan renin.

Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron dan korteks adrenal. Hormon ini yang menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal yang menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Dan dari faktor tersebut cenderung mencetuskan hipertensi (Brunner & Suddarth, 2013).



5. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada klien hipertensi (Aspiani, 2014) yaitu :

- a. Stroke dapat terjadi akibat hemoragik akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh darah yang terpajan tekanan darah tinggi (Aspiani, 2014) .
- b. Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang mengalami arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah. Pada hipertensi kronis serta

hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang dapat menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menyebabkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi distripmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan (Aspiani, 2014).

- c. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan darah tinggi pada kapiler glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan dapat mengakibatkan hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema, yang sering dijumpai pada klien hipertensi kronis (Aspiani, 2014).
- d. Ensefalopati (kerusakan otak) yang terjadi, terutama pada hipertensi maligna. Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat. Neuron disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian (Aspiani, 2014).
- e. Kejang dapat terjadi pada wanita preeklamsia, bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama atau sebelum proses persalinan (Aspiani, 2014).

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut padila (2013) bahwa pemeriksaan penunjang hipertensi yaitu:

- 1) Riwayat dan pemeriksaan secara menyeluruh
- 2) Pemeriksian retina

- 3) Pemeriksaan laboratoium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan paru
- 4) EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri
- 5) Urinalisa untuk mengetahui protein dalam urin, darah glukosa
- 6) Pemeriksaan : Renogram, pielogram intravena arteriogram renal,pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin
- 7) Foto thorax dan CT-scan

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang biasa diberikan pada lansia hipertensi adalah, sebagai berikut :

a. Penatalaksanaan Nonfarmakologi

Penatalaksanaan nonfarmakologi dengan memodifikasi gaya hidup sangat penting dalam mencegah tekanan darah tinggi dan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam mengobati tekanan darah tinggi (Ridwanamiruddin, 2007 dalam Wijaya dan Putri, 2013). Penatalaksanaan hipertensi dengan nonfarmakologis terdiri dari berbagai macam cara modifikasi gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah yaitu :

- 1) Mempertahankan berat badan ideal
- 2) Mempertahankan asupan nutrium
- 3) Batasi konsumsi alkohol
- 4) Makan K dan Ca yang cukup dari diet
- 5) Menghindari merokok
- 6) Penurunan stress
- 7) Terapi masase (pijat)

b. Pengobatan farmakologi

1. Diuretik (Hidrokloratiiazid)

Mengeluarkan cairan tubuh sehingga volume cairan di tubuh berkurang yang menyebabkan daya pompa jantung menjadi lebih ringan.

2. Penghambat Simpatetik (Metildopa, Kloninin, dan Reserpin)

Berfungsi untuk menghambat aktivitas saraf simpatis.

3. Betablocker (Metoprolol, Propanolol dan Atenolol)

Berfungsi untuk menurunkan daya pompa jantung.

4. Vasodilator (Prasosin, Hidralasin)

Bekerja langsung ke pembuluh darah dengan relaksasi otot polos pembuluh darah.

5. ACE Inhibitor (Captopril)

Berfungsi untuk menghambat pembentukan zat Angiotensin II.

6. Penghambat Reseptor Angiotensin II (Valsartan)

Menghalangi penempelan zat Angiotensin II pada reseptor sehinggamemperingan daya pompa jantung.

7. Antagonis Kalsium (Diltiasem dan Verapamit)

Menghambat kontraksi jantung (kontraksitas otot jantung).



B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan menurut SDKI (2016) dan Nanda NIC-NOC (2015):

1. Pengkajian

a. Identitas

Identitas dalam pengkajian adalah: nama klien, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama alamat, status perkawinan, dan orang terdekat atau keluarga yang bisa dihubungi.

b. Keluhan utama

Mengkaji keluhan klien apakah selalu sehat,apakah klien pernah mengalami sakit yang cukup serius. Apakah klien menyatakan hanya sering tremor karena memang sudah merasa tua, apakah klien sering mengalami pusing.

1. Riwayat penyakit sekarang.

Riwayat kesehatan klien saat ini, berupa apa yang dirasakan saat ini.

2. Riwayat penyakit dahulu.

3. Apakah klien pernah mengalami penyakit yang serius.

c. Riwayat keluarga.

1. Apakah adanya riwayat keluarga mempunyai riwayat hipertensi

2. Adanya riwayat mengkonsumsi obat antihipertensi.

2. Pola pengkajian fungsional.

Yang perlu dikaji adalah aktivitas apa saja yang bisa dilakukan klien, ketidakmampuan mobilisasi.

i. Pola kesehatan

Menggambarkan pola pemahaman klien tentang kesehatan, kesejahteraan, dan bagaimana kesehatan mereka diatur.

ii. Pola nutrisi

Menggambarkan pada konsumsi relatif terhadap kebutuhan metabolik dan pada suplay gizi : meliputi pola konsumsi makanan dan cairan, kesulitan

menelan dan makanan yang disukai, keadaan kulit, rambut kuku dan membran mukosa suhu tubuh, tinggi dan berat badan.

iii. Pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekskresi (usus besar, kandung kemih dan kulit), termasuk pola individu sehari-hari perubahan atau gangguan dan mode yang digunakan untuk mengendalikan ekskresi.

iv. Pola aktivitas

menggambarkan pola aktivitas , pengisian waktu senggang, kegiatan yang disukai dan rekreasi

v. Pola istirahat dan tidur

Menggambarkan pola tidur dan kecukupan tidur, istirahat, relaksasi dan setiap bantuan untuk merubah pola tersebut.

vi. Pola kognitif

Menggambarkan pola persepsi-sensori dan pola kognitif : meliputi kekuatan bentuk pada sensori (penglihatan, pendengaran, perabaan, pengecapan, dan penghidu), pelaporan mengenai persepsi nyeri dan kemampuan fungsional pada kognitif dengan pengkajian status mental menggunakan tabel Short Portable Mental Status Quesinare (SPMSQ).

vii. Pola konsep diri

Menggambarkan bagaimana seseorang memandang diri sendiri : kemampuan mereka, gambaran diri, dan perasaan.

viii. Pola produksi

Menggambarkan kepuasan atau ketidakpuasan dalam seksualitas : termasuk status reproduksi

ix. Pola coping Menggambarkan pola coping umum, dan keefektifan ketrampilan coping dalam mentoleransi stres.

x. Pola nilai dan keyakinan

Menggambarkan pola nilai tujuan atau kepercayaan termasuk spiritual dan yang mengarah pada keputusan gaya hidup.

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut SDKI (2016) dan Nanda NIC-NOC (2015):

a. Risiko perfusi miokard tidak efektif

- Definisi: Berisiko mengalami penurunan sirkulasi arteri coroner yang dapat mengganggu metabolisme miokard.

- Faktor risiko:

- a) Hipertensi.
- b) Hyperlipidemia.
- c) Hipoksemia.
- d) Hipoksia.
- e) Kekurangan volume cairan.
- f) Pembedahan jantung.
- g) Penyalahgunaan zat.
- h) Spasme arteri coroner.
- i) Peningkatan protein C-reaktif.
- j) Tamponade jantung.

- k) Efek agen farmakologi.
- l) Riwayat penyakit kardiovaskuler pada keluarga.
- m) Kurang terpapar informasi tentang faktor risiko yang dapat diubah (misalnya merokok, gaya hidup kurang gerak, obesitas).
- Kondisi klinis terkait:
 - a) Bedah jantung.
 - b) Tamponade jantung.
 - c) Sindrom coroner akut.
 - d) Diabetes mellitus.
 - e) Hipertensi.
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif
- Definisi: Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.
- Faktor risiko:
 - a) Keabnormalan masa protombin dan atau masa tromboplastin parsial.
 - b) Penurunan kinerja ventrikel kiri.
 - c) Aterosklerosis aorta.
 - d) Diseksi arteri.
 - e) Fibrilasi antrium.
 - f) Tumor otak.
 - g) Stenosis karotis.
 - h) Miksoma antrium.
 - i) Aneurisma serebri.
 - j) Koagulopati (missal anemia sel sabit).

- k) Dilatasi kardiomiopati.
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata.
- m) Embolisme.
- n) Cedera kepala.
- o) Hiperkolesteronemia.
- p) Hipertensi.
- q) Endocarditis infeksi.
- r) Katup prostetik mekanis.
- s) Stenosis mitral.
- t) Neoplasma otak.
- u) Infark miokard akut.
- v) Sindrom sick sinus
- w) Penyalahgunaan obat.
- x) Terapi trombolitik.
- y) Efek samping tindakan (missal tindakan operasi bypass).

- Kondisi klinis terkait:

- a) Stroke
- b) Cedera kepala.
- c) Aterosklerotik aortic.
- d) Infark miokard akut.
- e) Embolisme.
- f) Endokarditis infeksi.
- g) Fibrilasi antrium.

- h) Hiperkolesterolemia.
- i) Hipertensi.
- j) Dilatasi kardiomiopati.
- k) Koagulasi intravascular diseminata.
- l) Miksoma antrium.
- m) Neoplasma otak.
- n) Segmen ventrikel kiri akinetik.
- o) Sindrom sick sinus.
- p) Stenosis carotid.
- q) Stenosis mitral.
- r) Hidrosefalus.
- s) Infeksi otak (missal meningitis, esenfalitis, abses sebri).

c. Risiko perfusi renal tidak efektif.

- Definisi: Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke ginjal.
- Faktor risiko:
 - a) Kekurangan volume cairan.
 - b) Embolisme vaskuler.
 - c) Vaskulitis
 - d) Hipertensi.
 - e) Disfungsi ginjal.
 - f) Hiperglikemia
 - g) Keganasan.

- h) Pembedahan jantung.
- i) Bypass kardiopulmonal.
- j) Hipoksemia.
- k) Hipoksia.
- l) Asidosis metabolik.
- m) Trauma.
- n) Sindroma kompartemen abdomen.
- o) Luka bakar.
- p) Sepsis.
- q) Sindroma respon inflamasi sistemik
- r) Lanjut usia.
- s) Merokok.
- t) Penyalahgunaan zat.

- Kondisi klinis terkait:

- a) Diabetes mellitus.
- b) Hipertensi.
- c) Aterosklerosis.
- d) Syok.
- e) Keganasan.
- f) Luka bakar.
- g) Pembedahan jantung.



- h) Penyakit ginjal (missal ginjal polikistik, stenosis arteri ginjal, gagal ginjal, glumerulonefritis, nefritis intersisial, nekrosis kortikal bilateral, polinefritis)
- i) Trauma.
- j) Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

4. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018):

a. Risiko perfusi miokard tidak efektif

- Intervensi utama:

- a) Manajemen aritmia.
- b) Manajemen syok.
- c) Pencegahan emboli.
- d) Perawatan jantung.

- Intervensi pendukung:

- a) Dukungan berhenti merokok.
- b) Edukasi aktivitas atau istirahat.
- c) Edukasi berat badan efektif.
- d) Edukasi berhenti merokok.
- e) Edukasi diet.
- f) Edukasi kesehatan.
- g) Edukasi pengukuran nadi radialis.



- h) Konseling nutrisi.
- i) Manajemen berat badan.
- j) Manajemen cairan.
- k) Manajemen hiperglikemia.
- l) Manajemen overdosis.
- m) Manajemen penyalahgunaan zat.
- n) Manajemen spesimen darah.
- o) Pemantauan tanda vital.
- p) Pemberian obat.
- q) Pemberian obat intravena.
- r) Resusitasi cairan.
- s) Terapi oksigen.
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif.
- Intervensi utama:
 - a) Manajemen peningkatan tekanan intracranial
 - b) Pemantauan tekanan intracranial.
- Intervensi pendukung:
 - a) Edukasi diet.
 - b) Edukasi program pengobatan.
 - c) Edukasi prosedur tindakan.
 - d) Manajemen alat pacu jantung jantung permanen.
 - e) Manajemen alat pacu jantung sementara.
 - f) Manajemen defibrilasi.



- g) Manajemen kejang.
- h) Manajemen medikasi.
- i) Manajemen trombolitik.
- j) Pemantauan hemodinamik invasif.
- k) Pemantauan neurologis.
- l) Pemantauan tanda vital.
- m) Pemberian obat.
- n) Pemberian obat inhalasi.
- o) Pemberian obat intradermal.
- p) Pemberian obat intravena.
- q) Pemberian obat ventricular.
- c. Risiko perfusi renal tidak efektif.
- Intervensi utama:
 - a) Pencegahan syok.
 - b) Pengontrolan perdarahan.
- Intervensi pendukung:
 - a) Dukungan berhenti merokok.
 - b) Edukasi berhenti merokok.
 - c) Edukasi diet.
 - d) Edukasi kemoterapi.
 - e) Edukasi proses penyakit.
 - f) Edukasi program pengobatan.
 - g) Manajemen asam-basa: alkalosis metabolic.

- h) Manajemen asam- basa: asidosis metabolic.
- i) Manajemen cairan.
- j) Manajemen hypovolemia.
- k) Manajemen kemoterapi.
- l) Manajemen keselamatan lingkungan.
- m) Manajemen medikasi.
- n) Manajemen penyalahgunaan zat.
- o) Manajemen syok.
- p) Manajemen trombolitik.
- q) Pemantauan hemodinamik invasive.
- r) Pemantauan tanda vital.
- s) Pemberian obat, intravena, oral
- t) Pencegahan emboli.
- u) Pengontrolan infeksi.



C. Konsep Dasar Penerapan *Evidence Based Nursing Practice*

1. Pengertian

Terapi rendam kaki air hangat merupakan salah satu terapi yang memberikan efek terapeutik karena air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh. Dampak tersebut dapat mempengaruhi oksigenasi jaringan, sehingga dapat mencegah kekakuan otot, menghilangkan rasa nyeri, menenangkan jiwa dan merilekskan tubuh. Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan aliran darah pada bagian kaki (Chaiton,2002 dalam anisa 2015). Merendam bagian tubuh kedalam air hangat dapat meningkatkan sirkulasi, mengurangi edema, meningkatkan relaksasi otot. Merendam juga dapat

disertai dengan pembungkusan bagian tubuh dengan balutan dan membasahnya dengan larutan hangat.

Secara alamiah terapi rendam kaki 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 didalam air yang menguntungkan otot-otot ligament yang mempengaruhi sendi tubuh (Devsaran, 2014).

2. Manfaat terapi rendam kaki air hangat

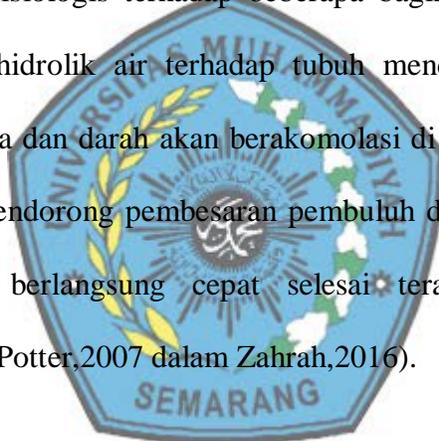
Terapi rendam kaki air hangat merupakan salah satu terapi yang memberikan efek teraupetik karena air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh. Dampak tersebut dapat mempengaruhi oksigenasi jaringan, sehingga dapat mencegah kekakuan otot, menghilangkan rasa nyeri, menenangkan jiwa dan merilekskan tubuh. Air hangat akan menyebabkan dilatasi pembuluh darah, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas. (Nurahmadani,2016).

Menurut lalage, 2015 secara ilmiah air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh, pertama berdampak pada pembuluh darah dimana hangatnya air membuat sirkulasi darah menjadi lancar, menstabilkan aliran darah dan kerja jantung serta faktor pembebanan didalam air yang akan menguatkan otot-otot dan ligament yang mempengaruhi sendi tubuh . Melalui suatu rendam kaki menggunakan air hangat akan merangsang saraf yang terdapat pada kaki untuk merangsang baroreseptor, dimana baroreseptor merupakan refleks paling utama dalam menentukan kontrol regulasi pada

denyut jantung dan tekanan darah. Baroreseptor menerima rangsangan dari peregangan atau tekanan yang berlokasi di arkus aorta dan sinus karotikus.

3. Prinsip Kerja Rendam Kaki Air Hangat

Terapi rendam kaki dengan air hangat dapat terjadi secara konduksi dimana terjadi perpindahan panas atau hangat kedalam tubuh karena ada banyak akupunktur di telapak kaki yaitu ada 6 meridian. Kerja air hangat pada dasarnya adalah meningkatkan aktivitas (*sel*) dengan metode pengaliran energi melalui konveksi (pengaliran lewat medium cair). Metode perendaman kaki dengan air hangat memberikan efek fisiologis terhadap beberapa bagian tubuh organ manusia seperti jantung. Tekanan hidrolik air terhadap tubuh mendorong aliran darah dari kaki menuju rongga dada dan darah akan berakomolasi di pembuluh darah besar jantung. Air hangat akan mendorong pembesaran pembuluh darah dan meningkatkan denyut jantung efek ini berlangsung cepat selesai terapi rendam kaki air hangat diberikan. (Perry & Potter, 2007 dalam Zahrah, 2016).



D. KONSEP PENERAPAN RENDAM KAKI AIR HANGAT

1. Pengertian Rendam Kaki Air Hangat

Secara ilmiah, air hangat berdampak fisiologis bagi tubuh yaitu berdampak pada pembuluh darah, panasnya membuat sirkulasi darah menjadi lancar. Selain itu faktor pembebanan di dalam air akan menguatkan otot-otot dan ligamen yang mempengaruhi sendi-sendi tubuh. Panas pada fisioterapi dipergunakan untuk meningkatkan aliran darah kulit dengan jalan melebarkan pembuluh darah yang dapat meningkatkan suplai oksigen dan nutrisi pada jaringan. Panas juga

meningkatkan elastisitas otot sehingga mengurangi kekakuan otot(Kushariyadi, 2011).

2. Tujuan rendam kaki air hangat

Tujuan rendam kaki air hangat ini bisa dapat mengurangi rasa nyeri kaki dan untuk menurunkan tekanan darah.

3. Manfaat rendam kaki air hangat

Suhu air yang digunakan untuk rendam kaki tersebut dapat meningkatkan kelenturan jaringan otot ikat, Kelenturan pada struktur otot mengurangi rasa nyeri dan memberikan pengaruh pada sistem pembuluh darah yaitu fungsi jantung dan pernapasan atau paru-paru.

4. Langkah-Langkah Penerapan Rendam Kaki Air Hangat

Menurut Hardianti (2018) Persiapan untuk melakukan teknik ini yaitu:

a. Persiapan

Persiapan alat dan lingkungan : baskom berisi air hangat dengan suhu 39⁰C, handuk, kursi, serta lingkungan yang tenang dan sunyi.

- Pahami tujuan, manfaat, prosedur.
- Posisikan tubuh secara nyaman yaitu duduk dikursi.
- Lalu letakkan kaki di baskom yang sudah berisi air hangat sekitar 20-30 menit.
- Setelah itu angkat kaki dan keringkan dengan handuk.

b. Prosedur

- Ukur tekanan darah sebelum dilakukan terapi rendam kaki air hangat, Dan posisikan pasien pada posisi duduk.



Gambar 2.1 Posisi duduk pasien

- Tuangkan air hangat dengan suhu 39°C kedalam baskom dengan volume air 15 cm.



Gambar 2.2 Baskom berisi air hangat

- Rendam kaki pada baskom yang sudah berisi air hangat selama 15 menit. Lakukan pengukuran suhu setiap 5 menit jika suhu turun tambahkan air hangat sampai suhu sesuai kembali.



Gambar 2.3 Merendam kaki didalam baskom

- Angkat dan keringkan kedua kaki pasien dengan handuk lakukan pengukuran kedua setelah dilakukan terapi rendam kaki air hangat.



Gambar 2.4 Mengeringkan kaki menggunakan handuk

