



Asuhan Keperawatan Pada Tn. B Dengan Hipertensi Di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024

Imamul Adli¹, Muhammad Nurman²

Program Studi Diploma Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan,
Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

imamuladli220@gmail.com, m.nurman311277@gmail.com

ABSTRAK

Hipertensi adalah gangguan sistem sirkulasi darah yang menyebabkan tekanan darah meningkat, dengan tekanan darah sistolik 140 mmHg dan tekanan darah diastolik 90 mmHg. Faktor yang menjadi resiko terjadinya hipertensi diantaranya adalah usia, jenis kelamin, merokok, dan obesitas. Tujuan penelitian ini adalah mengkaji sampai melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi di ruang Pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024. Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif yang dibentuk studi kasus. Responden pada laporan kasus adalah Tn. B yang berusia 67 tahun dengan hipertensi. Data yang didapatkan dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada saat pengkajian pasien mengatakan lemah anggota gerak di sebelah kanan, kepala nyeri dan menjalar hingga ke leher dan pundak, dada terasa berat dan nyeri terutama sebelah kanan, seluruh badan terasa lemas, lidah terasa berat. Sehingga peneliti dapat merumuskan masalah yang utama dengan diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi (D.0017). Intervensi yang diberikan yaitu memonitor MAP (Mean Arterial Pressure), status pernapasan, tekanan darah, nadi, dan suhu tubuh. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada Tn. B dengan hipertensi dilaksanakan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun. Hasil kunjungan keperawatan selama empat hari pada klien yaitu teratasi dan planning dipertahankan. Harapan peneliti dari penelitian laporan kasus ini agar dapat memberikan acuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

Kata Kunci : Risiko perfusi serebral tidak efektif, Hipertensi

ABSTRACT

Hypertension is a disorder of the blood circulation system that causes increased blood pressure, with systolic blood pressure of 140 mmHg and diastolic blood pressure of 90 mmHg. Risk factors for hypertension include age, gender, smoking, and obesity. The purpose of this study was to examine and implement nursing care for patients with hypertension in the Pejuang room of Bangkinang Regional Hospital in 2024. This research method uses a descriptive research design in the form of a case study. The respondent in the case report was Mr. B who was 67 years old with hypertension. Data obtained through interviews, physical examinations and supporting examinations. During the assessment, the patient said that the limbs on the right side were weak, the head ached and spread to the neck and shoulders, the chest felt heavy and painful especially on the right side, the whole body felt weak, the tongue felt heavy. So that researchers can formulate the main problem with a nursing diagnosis of ineffective cerebral perfusion risk related to hypertension (D.0017). The interventions given are monitoring MAP (Mean Arterial Pressure), respiratory status, blood pressure, pulse, and body temperature. In the implementation of nursing actions on Mr. B with hypertension, it was carried out according to the nursing plan that had been prepared. The results of the four-day nursing visit to the client were resolved and the planning was maintained. The researcher's hope from writing this case report is to provide a reference in providing nursing care to patients with hypertension.

Keywords : Risk of ineffective cerebral perfusion, hypertension

Corresponding author :

Address : Dusun III Batu Belah, Kec Kampar

Email : imamuladli220@gmail.com

Phone : 082173248362

ISSN 2985-4822 (Media Online)

PENDAHULUAN

Hipertensi adalah gangguan sistem sistem sirkulasi darah yang menyebabkan tekanan darah meningkat, dengan tekanan darah sistolik 140 mmHg dan tekanan darah diastolik 90 mmHg (Ekaningrum et al., 2022). Usia dan jenis kelamin dapat menjadi faktor resiko hipertensi pada pria dengan umur 35 hingga 50 tahun dan pada wanita pasca menopause. Penderita hipertensi juga tidak disarankan untuk merokok, karena dengan merokok dapat merusak lapisan endotel pada pembuluh darah, dan menyebabkan pembuluh darah kurang elastis dan peningkatan pada tekanan darah.. Pada seseorang dengan obesitas, dapat meningkatkan output jantung karena massa tubuh yang menjadi lebih panjang, sehingga mengakibatkan kenaikan curah jantung (Irawan et al., 2020).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Indonesia menempati urutan ketiga jumlah penderita gangguan pencernaan, setelah Amerika Serikat dan Inggris dengan 450 kasus. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2022, prevalensi hipertensi secara global yaitu sebesar 22% dari total penduduk dunia, wilayah Asia Tenggara berada di posisi ketiga tertinggi dengan prevalensi 25% dari keseluruhan total penduduk. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2022, prevalensi hipertensi pada penduduk di usia >18 tahun sebesar 25,8% berdasarkan hasil pengukuran secara nasional (Subekti et al., n.d.). Pada tahun 2021, menurut data Dinas Kesehatan Provinsi Riau, total 1.485.309 kasus hipertensi ditemukan di Provinsi Riau dengan kabupaten Kampar memiliki kasus tertinggi, yaitu sebanyak 180.051 kasus (Mahfuzah, 2023). Di Indonesia angka kejadian gangguan pencernaan mencapai 40,8% (Sunaria, 2021). Menurut data survei (2015) yang dilakukan Kementerian Kesehatan RI, angka kejadian gangguan pencernaan di Surabaya 31,2%, Denpasar 46%, Jakarta 50%, Bandung 32,5%, Palembang 35,5%, Pontianak 31,2%, dan 9,6% di Medan. Terungkap tercapai pada tahun 2015. Termasuk Aceh, angkanya mencapai 31,7%. Jumlah kasus seperti ini kemungkinan akan meningkat setiap tahunnya (Triani dkk., 2022)

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar tahun 2023, Puskesmas Tapung memiliki jumlah kejadian hipertensi tertinggi sebanyak 157 kejadian, dan diikuti oleh UPT Puskesmas Kampar yang menjadi salah satu kabupaten di provinsi Riau. Jumlah penderita hipertensi di kabupaten Kampar tahun 2022 sebanyak 61.541 dari total penduduk di kabupaten Kampar (Rahma Dinda, 2023).

Tabel 1 jumlah penyakit terbanyak di RSUD Bangkinang Tahun 2023

No	Diagnosa	LK	PR	Jumlah pasien	Persentase
1.	Atherosclerotic Heart Disease	843	468	1.311	14,39%
2.	Congestive Heart Failure	629	474	1.103	12,11%
3.	Essential (primary) Hypertension	456	543	999	10,94%
4.	Senile Nuclear Cataract	460	423	883	9,68%
5.	Status Asthmaticus	416	465	881	9,67%
6.	Asthma, Unspecified	345	527	872	9,57%
7.	Astigmatism	301	556	857	9,41%
8.	Generalized Anxiety Disorder	265	511	776	8,52%
9.	Unspecified Renal Colic	470	262	732	8,01%
10.	Sequele Of Stroke, Not Specified As Haemorrhage Of Infarctio	395	307	702	7,70%
Jumlah Pasien		4.580	4.536	9.116	100%

Sumber: RSUD Bangkinang

Berdasarkan tabel 1 diatas pada tahun 2023 hipertensi berada pada peringkat ke 3 dari 10 besar penyakit pasien rawat inap dengan jumlah pasien sebanyak 999 orang, dengan jumlah pasien laki-laki sebanyak 456 orang dan pasien Perempuan sebanyak 543 orang di RSUD Bangkinang. Oleh karena itu, hipertensi dikenal sebagai *silent killer* atau pembunuh tanpa suara karena dapat menyebabkan kematian. Jika ada komplikasi, gejala akan muncul sesuai dengan organ yang terkena (Tiara trias tika, 2021).

Pada survey awal pada tanggal 15 Maret 2024 didapati jumlah pasien selama 1 bulan terakhir yang di rawat di RSUD Bangkinang sebanyak 38 orang, dengan jumlah perempuan sebanyak 22 orang dan jumlah laki-laki sebanyak 16 orang. Peneliti juga melakukan wawancara singkat kepada salah satu pasien dan didapatkan hasil bahwa pasien sering marah dan stress diakibatkan masalah di rumah dan pasien juga tidak terlalu menjaga pola hidupnya selama ini. Pasien mengatakan sering merasa sakit kepala dan merasa berat bagian leher bagian belakang. Ketika sakit kepala pasien hanya membeli obat di warung tanpa memeriksakan diri ke tenaga kesehatan.

Berdasarkan masalah dan kejadian diatas, maka peneliti memiliki dorongan untuk mengambil topik penelitian kasus dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi di ruang pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024**”

METODE

Penelitian ini menggunakan metode yang meliputi data umum, data kusus, data subjektif, data objektif, serta menggunakan format asuhan keperawatan medical bedah. Penelitian ini dilakukan pada satu orang klien yang bernama TN.B dengan Hipertensi di di ruangan pejuang RSUD Bangkinang yang dilaksanakan selama 3 hari dari tanggal 12 juni sampai dengan tanggal 14 juni Pada tahun 2024.

Asuhan keperawatan yang dilakukan berpedoman pada proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan

merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut.

HASIL

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Tn. B yang berumur 67 tahun, berjenis kelamin laki-laki, agama islam, alamat airtiris, Pendidikan SD, dirawat sejak tanggal 12 Juni tahun 2024, dengan diagnosis medik hipertensi, maka didapatkan hasil bahwa klien mengatakan lemah anggota gerak di sebelah kanan, kepala nyeri dan menjalar hingga ke leher dan pundak, dada terasa berat dan nyeri terutama sebelah kanan, seluruh badan terasa lemas, lidah terasa berat. Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada TN.B didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah: 162/106 mmHg, temperature: 36,7°C, pulse: 111x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit, BB : 65 kg, TB : 165 cm, IMT : 24,6 kategori berat badan ideal.

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Tn.B yang berumur 67 tahun beragama islam ,dengan diagnosa keperawatan dispepsia yang dilaksanakan selama 3hari dari tanggal 12 Juni sampai dengan tanggal 14 juni Pada tahun 2024, maka didapatkan diagnosa keperawatan yaitu : 1. risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. 2. nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis 3. risiko jatuh berhubungan dengan usia > 65 tahun dan gangguan keseimbangan. 4. intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. 5. defisit pengetahuan b.d gangguan fungsi kongnitif

Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan yang peneliti lakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami TN.B yaitu :

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi dengan kriteria hasil: sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan arteri rata-rata membaik.

Rencana tindakan keperawatan yang akan disusun untuk TN.B yaitu :

1) Observasi

Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), monitor danta/gejala peningkatan TIK (misalnya, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun), monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), monitor CVP (*Central Venous pressure*). Monitor PAWP, jika perlu, monitor PAP, jika perlu, monitor ICP (*Intra Cranial Pressure*), jika tersedia, monitor gelombang ICP, monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, monitor cairan serebro-spinalis (misalnya: warna dan konsistensi).

2) Teraupetik

Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, hindari manuver valsava, cegah terjadinya kejang, hindari penggunaan PEEP, hindari pemberian cairan IV hipotonik, atur ventilator agar PaCO2 optimal, pertahankan suhu tubuh normal.

- b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis manajemen nyeri (I.08238)

Kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik. Rencana tindakan keperawatan yang akan disusun untuk TN.B yaitu :

1) Observasi

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kuaalitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik.

2) Teraupetik

Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya: TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), kontrol lingkunganyang memperberat rasa nyeri (misalnya: suhu ruangan,pencahaya, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

3) Edukasi:

Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgesic secara tepat, ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi: kolaborasi pmbelian analgetik, jika perlu.

- c. Risiko jatuh b.d usia > 65 tahun, gangguan keseimbangan,Pencegahan jatuh (I.14540)

Kriteria hasil: jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun. Rencana tindakan keperawatan yang akan disusun untuk TN.B yaitu :

- 1) Observasi : identifikasi faktor jatuh (misalnya: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, identifikasi faktor

lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misalnya: lantai licin, penerangan kurang), hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misalnya: faal morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu, monitor kemampuan berpindah dari tempat ke kursi roda dan sebaliknya.

- 2) Terapeutik: orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, pasang handrail tempat tidur, atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station, gunakan alat bantu berjalan (misalnya: kursi roda, walker), dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien.
- 3) Edukasi : anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri, ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.

Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

a. Hari pertama

Risiko perfusi serebral tidak efektif: pasien mengatakan nyeri kepala hingga ke pundak dan lemah anggota gerak sebelah kanan, dada terasa berat dan nyeri. **Data objektif:** Tanda-tanda vital: TD: 162/106 mmHg, temperature: 36,7°C, pulse: 111x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit. CRT > 2 detik. **Action:** mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), memonitor status pernapasan, memonitor tekanan darah, nadi, dan suhu tubuh. **Respon:** Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala hingga ke pundak, lemah pada anggota gerak sebelah kanan, dan dada terasa berat dan nyeri. Data objektif: : TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit, MAP: 119 mmHg.

Nyeri akut: pasien tampak meringis dan gelisah, tanda-tanda vital: TD: 162/106 mmHg, temperature: 36,7°C, pulse: 111x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit, frekuensi nadi meningkat. **Action:** mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, menganjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam), mengkolaborasi pemberian analgetik. **Respon:** data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala hingga ke pundak, terasa seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 7. Data objektif: pasien tampak meringis dan gelisah, TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit.

Risiko jatuh: Pasien mengatakan kepala nyeri dan pandangan kabur, untuk BAB, BAK dan mandi dibantu oleh keluarga karena pandangan yang kabur, anggota gerak sebelah kanan yang lemah, dan merasa ingin terjatuh dan takut terpeleset saat dikamar mandi. **Data objektif:** Usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. **Action:** mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci, memasang handrail tempat tidur, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. **Respon:** data subjektif: pasien mengatakan nyeri kepala hingga ke pundak, anggota gerak sebelah kanan lemah, pandangan kabur, merasa ingin terjatuh dan takut terpeleset saat dikamar mandi. Data objektif: Usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar berdasarkan penilaian skala *Morse Falls Scale* (MFS) dengan skor 35.

b. Hari kedua

Risiko perfusi serebral tidak efektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala hingga ke pundak, lemah pada anggota gerak sebelah kanan, dan dada terasa berat dan nyeri. **Data objektif:** TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit. **Action:** mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), memonitor status pernapasan, memberikan posisi semi fowler, memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu tubuh. **Respon:** Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala secara berulang, namun sudah berkurang, pada bagian dada terasa sudah lebih ringan dan nyeri berkurang. Data objektif: : TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit, MAP: 114 mmHg. Pasien tampak nyaman dengan posisi yang telah diberikan.

Nyeri akut: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala hingga ke pundak, terasa seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 7. **Data objektif:** pasien tampak meringis dan gelisah, TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit. **Action:** mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi menggunakan murotal al-quran), mengkolaborasi pemberian analgetik. **Respon:** Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 4. Data objektif: meringis tampak berkurang, TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit.

Risiko jatuh: pasien mengatakan nyeri kepala hingga ke pundak, anggota gerak sebelah kanan lemah, pandangan kabur, merasa ingin terjatuh dan takut terpeleset saat dikamar mandi. **Data objektif:** Usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. **Action:** mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci, memasang handrail tempat tidur, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. **Respon:** data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala hilang timbul dan pandangan kabur sudah berkurang namun masih merasa ingin terjatuh dan terpeleset dikamar mandi. Data objektif: Usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar berdasarkan penilaian skala *Morse Falls Scale* (MFS) dengan skor 35.

c. Hari ketiga

Risiko perfusi serebral tidak efektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala secara berulang, namun sudah berkurang, pada bagian dada terasa sudah lebih ringan dan nyeri berkurang. **Data objektif:** TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit. **Action:** memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), menghindari manuver valsava, memberikan posisi semi fowler, memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu tubuh. **Respon:** Data subjektif: pasien mengatakan nyeri kepala jarang timbul dan nyeri yang dirasakan berkurang, pada bagian dada sudah tidak terasa berat. Data objektif: : TD: 148/85 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 84x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit, MAP: 106 mmHg.

Nyeri Akut : pasien mengatakan nyeri pada kepala hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 4. **Data objektif:** meringis tampak berkurang, TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit. **Action:** mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memonitor keberhasilan terapi nonfarmakologis (teknik-elaksasi napas dalam, terapi menggunakan murotal al-quran). **Respon:** data subjektif: pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien mengatakan skala nyeri di angka 2. Data objektif: meringis tampak berkurang, gelisah berkurang, TD: 148/85 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 84x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit.

Risiko jatuh : pasien mengatakan nyeri pada kepala hilang timbul dan pandangan kabur sudah berkurang namun masih merasa ingin terjatuh dan terpeleset dikamar mandi. **Data objektif:** Usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK sudah dibantu oleh keluarga. **Action:** mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci, memasang handrail tempat tidur, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri. **Respon:** data subjektif: pasien mengatakan nyeri kepala berkurang berkurang, pandangan kabur pasien mulai berkurang, rasa takut terpeleset dikamar mandi sudah berkurang. Data objektif: Usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK mandiri. Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar berdasarkan penilaian skala *Morse Falls Scale* (MFS) dengan skor 35.

Evaluasi

a. Hari pertama

Risiko perfusi serebral tidak efektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala hingga ke pundak, lemah pada anggota gerak sebelah kanan, pada bagian dada terasa berat dan nyeri. **Data objektif:** TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit, MAP: 119 mmHgCRT > 2 detik. **Analisa:** masalah risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi belum teratasi. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

Nyeri akut : pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala hingga ke pundak, terasa seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 7. **Data objektif:** pasien tampak meringis dan gelisah, TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit. **Analisa:** masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis belum teratasi. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

Risiko jatuh : pasien mengatakan nyeri kepala hingga ke pundak dan pandangan kabur. **Data objektif:** Usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga, Kekuatan motorik ekstremitas atas 4444/5555, kekuatan motorik ekstremitas bawah 4444/5555. **Analisa:** masalah risiko jatuh b.d usia > 65 tahun, gangguan keseimbangan belum teratasi. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

b. Hari kedua

Risiko perfusi serebral tidak efektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala secara berulang, namun sudah berkurang, pada bagian dada terasa sudah lebih ringan dan nyeri berkurang. **Data objektif:** TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit, MAP: 114 mmHg.

CRT > 2 detik. **Analisa:** masalah risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi teratasi sebagian. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

Nyeri akut : pasien mengatakan nyeri pada kepala hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 4. **Data objektif:** meringis tampak berkurang, TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit. **Analisa:** masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis teratasi sebagian. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

Risiko jatuh: klien pasien mengatakan nyeri pada kepala hilang timbul dan pandangan kabur mulai berkurang. **Data objektif:** Usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga, Kekuatan motorik ekstremitas atas 4444/5555, kekuatan motorik ekstremitas bawah 4444/5555. **Analisa:** masalah risiko jatuh b.d usia > 65 tahun, gangguan keseimbangan teratasi sebagian. **Planning:** intervensi dilanjutkan.

c. **Hari ketiga**

Risiko perfusi serebral tidak efektif: pasien mengatakan nyeri kepala jarang timbul dan nyeri yang dirasakan berkurang, pada bagian dada sudah tidak terasa berat. **Data objektif:** TD: 148/85 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 84x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit, MAP: 106 mmHg. **Analisa:** masalah risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi teratasi. **Planning:** intervensi dipertahankan.

Nyeri akut : pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien mengatakan skala nyeri di angka 2. **Data objektif:** meringis tampak berkurang, gelisah berkurang, TD: 148/85 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 84x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit. **Analisa:** masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis teratasi. **Planning:** intervensi dipertahankan.

Risiko jatuh: pasien mengatakan nyeri pada kepala berkurang dan pandangan kabur sudah berkurang. **Data objektif:** Usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK sudah tidak dibantu oleh keluarga, Kekuatan motorik ekstremitas atas 4444/5555, kekuatan motorik ekstremitas bawah 4444/5555. **Analisa:** masalah risiko jatuh b.d usia > 65 tahun, gangguan keseimbangan teratasi. **Planning:** intervensi dipertahankan

PEMBAHASAN

Pengkajian

Pengkajian diawali membina hubungan saling percaya antara peneliti dan pasien, sehingga kegiatan studi kasus dapat berjalan dengan lancar. Hal ini ditandai dengan ketertipan dan persetujuan dari pasien untuk menerima peneliti guna untuk membantu pasien dalam menghadapi masalah kesehatan yang sedang dialami. Maka didapatkan hasil bahwa klien bernama TN.B yang berumur 67 tahun beragama islam dengan diagnosa keperawatan Hipertensi

Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan ditemukan 5 diagnosa yang muncul berdasarkan tinjauan teoritis yaitu :

a. Diagnosa yang muncul

Menurut data pengkajian yang didapatkan, peneliti menegakkan diagnosa keperawatan pertama yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, yang didukung dengan data subjektif pasien mengatakan masuk ke rumah sakit disebabkan lemah anggota gerak sebelah kanan, dan nyeri kepala dengan skala nyeri di angka 8. Dengan data objektifnya tanda-tanda vital: TD: 162/106 mmHg, temperature: 36,7°C, pulse: 111x/menit, respirasi frekuensi 20x/menit. CRT > 2 detik.

Diagnosa keperawatan kedua yang ditemukan oleh peneliti yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan didukung dengan data subjektif, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tengkuk, nyeri kepala muncul saat tekanan darah naik dan rasa seperti ditusuk-tusuk. Pengkajian nyeri (OPQRTUV) O: Pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tengkuk sudah dirasakan 2 minggu sebelum masuk rumah sakit. P: Pasien mengatakan nyeri kepala muncul ketika tekanan darahnya naik yang biasanya disebabkan jika pasien memiliki banyak pikiran. Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk. R: Pasien mengatakan biasanya nyeri yang dirasakan menjalar ke tengkuk hingga pundak. S: Pasien mengatakan skala nyeri di angka 8. T: Pasien mengatakan nyeri yang muncul perlahan dan hilang timbul. U: Pasien mengatakan sering mengalami nyeri seperti ini. V: Pasien berharap nyeri segera hilang. Adapun data objektifnya pasien tampak meringis dan gelisah dan frekuensi nadi yang meningkat.

Diagnosa ketiga yang ditemukan oleh peneliti yaitu risiko jatuh berhubungan dengan usia > 65 tahun dan gangguan keseimbangan yang didukung oleh data subjektif : pasien mengatakan nyeri kepala hingga ke pundak, anggota gerak sebelah kanan lemah, pandangan kabur, merasa ingin terjatuh dan takut terpeleset saat dikamar mandi. Adapun data objektifnya adalah usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga.

b. Diagnosa yang tidak muncul

Dalam kasus ini peneliti tidak menegakkan beberapa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan tinjauan teori disebabkan karena menurut data yang didapatkan pada saat pengkajian yang telah dilakukan tidak menunjukkan tanda-tanda yang mendukung diagnosa keperawatan untuk ditegakkan. Diagnosa keperawatan yang tidak muncul pada kasus ini adalah risiko penurunan curah jantung.

Intervensi Keperawatan

Berdasarkan tinjauan teori mengenai intervensi keperawatan untuk pasien sesuai dengan permasalahan utama yang ditemukan, namun tidak semua rencana keperawatan pada tinjauan teori yang dapat dilakukan. Disebabkan saat pelaksanaan intervensi harus sesuai dengan keluhan utama dan kondisi pasien pada saat pengkajian.

Implementasi Keperawatan

Implementasi ini akan merumuskan respon terhadap implementasi yang telah dilakukan pada pasien untuk melanjutkan proses keperawatan selanjutnya. Seperti yang ditemukan pada respon hari pertama yaitu tanggal 12 juni belum menunjukkan perubahan atau keberhasilan dalam tindakan keperawatan yang telah dilakukan sehingga implementasi tetap dilanjutkan pada tanggal 13- 14 juni 2024. Hal ini dilakukan sampai terjadinya kemajuan atau perubahan dalam proses penyembuhan pasien. Pada implementasi tidak ditemukannya kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.

Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk mengatasi tiga diagnosa keperawatan yang telah diperoleh maka pada tahap evaluasi ini telah didapatkan hasil bahwa keadaan pasien mulai membaik. Sehingga pada tahap evaluasi ini tidak ditemukannya kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih saya ucapkan kepada kepala RSUD Bangkinang dan pembimbing saya bapak Ns. Muhammad Nurman, S.kep, M.kep

SIMPULAN

1. Hasil dari pengkajian yang telah dilaksanakan oleh peneliti pada Tn. B sesuai dengan tinjauan teori yang meliputi gambaran lokasi penelitian, pengkajian, identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, Riwayat penyakit keluarga, hasil observasi, pemeriksaan fisik, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, hingga evaluasi.
2. Berdasarkan hasil pengkajian peneliti dapat menegakkan 3 dari 7 diagnosa yang terdapat di tinjauan teori, disebabkan oleh prinsip diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan berdasarkan hasil dari keluhan pasien, kondisi pasien, dan hasil pengamatan peneliti yang didukung oleh data-data penunjang.
3. Intervensi keperawatan yang telah disusun bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan berdasarkan dari keluhan pasien dan hasil dari pengamatan sehingga mendapatkan 5 diagnosa keperawatan yang ditegakkan, sehingga peneliti dapat menyusun rencana tindakan keperawatan yang terdiri dari observasi, edukasi, terapeutik, dan kolaborasi.
4. Implementasi keperawatan yang telah dilaksanakan oleh peneliti sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun secara spesifik pada intervensi keperawatan. Berdasarkan dari hasil review ulang peneliti mampu melakukan implementasi sesuai dengan inntervensi yang disusun mulai dari mengobservasi hingga berkolaborasi.
5. Pada tahap evaluasi didapatkan kemajuan dan peningkatan pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- A, D. A., Sinaga, A. F., Syahlan, N., Siregar, S. M., Sofi, S., Zega, R. S., Annisa, A., & Dila, T. A. (2022). Faktor-faktor yang menyebabkan hipertensi di kelurahan medan tenggara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 10(2),136–147. <https://doi.org/10.14710/jkm.v10i2.32252>
- Azizah, Penerapan Slow Deep Breathing 607 Penerapan slow deep breathing terhadap tekanan darah pada pasien hipertensi implementation of slow deep breathing on blood pressure in hypertension patients. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(4).
- Azizah, W., Hasanah, U., Pakarti, A. T., Dharma, A. K., & Metro, W. (2022).
- Cut medika zellatifany, & bambang mudjiyanto. (2018). *Tipe penelitian deskripsi dalam ilmu komunikasi*.
- Defica agatha tambunan. (2019). *Memaparkan jenis-jenis evaluasi dalam asuahn keperawatan*
- Dhita Adinda. (2019). *Komponen dan jenis-jenis evaluasi dalam asuhan keperawatan*.
- Fauzi Mrwah, S., Evelianti, M. S., & Jemmy Wowor, T. F. (2022). Faktor- faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi usia dewasa pada masa pandemi covid-19 di kelurahan pabuaran Cibinong bogor. In *Jurnal Keperawatan* (Vol. 10, Issue 1). *Friderikus Zebua 008, Jurnal Perencanaan & Implementasi Kep*. (n.d.).
- Hanung Prasetya, & Heni Nur Kusumawati. (2023). *Hipnopunktur untuk mengelola hipertensi dan hiperkolestrolemia* (eka deviany widyawaty, Ed.). rena cipta mandiri.
- Herdayati. (n.d.). *desain penelitian dan teknik pengumpulan data dalam penelitian*. Iin Ernawati. (2020). *kepatuhan konsumsi minum obat pasien hipertensi*. graniti.
- Irawan, D., Siwi, A. S., & Susanto, A. (2020). Analisis Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kejadian Hipertensi. In *Jurnal of Bionursing* (Vol. 3, Issue 2).
- Jagentar. (2022). *faktor-faktor risiko penyakit kardiovaskular berbasis masyarakat*.
- M. Siregar hutagalung. (2021). *pengetahuan, sikap dan tindakan stroke dan tentang hipertensi sebagai faktor risiko stroke*. Nusamedia.

- M.Makbul. (2021). *metode pengumpulan data dan instrumen penelitian*.
- Mahfuzah. (2023). *asuhan keperawatan keluarga Tn.Z dengan teknik slow stroke back massage (SSBM) terhadap penurunan nyeri pada penderita hipertensi di desa simpang kubu wilayah kerja UPT Puskesmas Air Tiris*.
- Meilinda Nurul Khotimah, & handono fakhtur rahman. (2020). *terapi masase dan terapi nafas dalam pada hipertensi* (luluk lailatul mabruruoh, Ed.). ahlimedia press.
- Muhammad Ramadhan. (2021). *asuhan keperawatan pada Ny, N yang mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut di rs kartika husada*.
- Ns. Reny yuli aspiani. (2022). *buku ajar asuhan keperawatan klien gangguan kardiovaskular aplikasi nanda nic & noc* (S. K. s. wuri praptiani, Ed.). buku kedokteran.
- Rahma hidayati. (2019). *teknik pemeriksaan fisik*. CV.jakad publishing Surabaya 2019.
- Rahmadi. (2011). *Pengantar Metodologi Penelitian* (Syahrani, Ed.). Antasari Press.
- Rahmda dinda. (2023). *Perilaku pencegahan hipertensi pada masyarakat di desa tarai bangun wilayah kerja UPT Puskesmas Tambang tahun 2023*.
- Rina mardiani. (2019). *analisis data dalam pengkajian proses keperawatan*.
- Subekti, R. T., Yanti, A. K., Irianto, G., Kesehatan, F., & Pringsewu, U. M. (n.d.). *effect of giving cucumber jelly (Cucumis sativus l) on reducing blood pressure of hypertension sufferers in ambarawa community health center work area in 2023*. <https://ejournal.umpri.ac.id/index.php/SJNH>
- Suprianto. (2020). *asuhan keperawatan gerontik pada klien Ny. A dengan hipertensi di wilayah kerja uptd puskesmas 1 Denpasar selatan*.
- Tarwoto, & Wartonah. (2023). *kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan* (aklia suslia, Ed.; 6th ed.). salemba medika.
- Tiara trias tika. (2021). *pengaruh pemberian daun salam (Syzgium polyanthum) pada penyakit hipertensi: sebuah studi literatur*.
- Tim Bumi Medika. (2022). *berdamai dengan hipertensi* (Yanita Nur Indah Sari, Ed.). Bumi Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *standar diaagnosis kperawatan Indonesia* (cetakan III (revisi)). Dewan Pengurus Pusat.