**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

1. Pengkajian

Pengkajian di ambil hari selasa tanggal 09 Juli 2024 seorang Pasien bertempat tinggal di Kelurahan Melayu Jl Indah Permai, Kelurahan Lanjas, Kec. Teweh Tengah, Ny . W berusia 41 tahun, beragama Katolik, bekerja sebagai Pegawai negeri Sipil, pendidikan terakhir dari Ny. W adalah sarjana (S1) , sudah menikah dengan Suaminyanya, memiliki 2 anak

1. Keluhan saat pengkajian

 Kurang lebih sudah tiga hari kepala terasa pusing dan terasa nyeri TTV T/D 160/90. N 76 x/menit, T 37,4 C, R. 20 x/Menit, Pusing dan kepala bagian belakang/tekuk terasa nyeri, susah tidur

1. Riwayat penyakit sekarang

` Ny. W sering merasakan sakit tengkuk seperti di tusuk-tusuk dan kepala pusing . Skala nyeri yang dialami pasien saat ini P : Nyeri saat bergerak, Q : nyeri seperti di tusuk tusuk, R : di tengkuk, S skala nyeri 7 dan T : 10-20 menit terkadang terus menerus. Terkadang saat klien sedang tidak melakukan aktivitas, sakit tengkuk dan pusingnya kambuh, Ny. SW mengatakan jika pusing datang jarang pergi berobat, ia hanya beristirahat. Klien mengkonsumsi obat hipertensi bila ada keluhan, klien juga mengatakan tidur kuang nyenyak kadang - Kadang terjaga, Ny. W tidak mempunyai riwayat alergi obat ataupun makanan. TTV T/D 160/90. N 88 x/menit, T 37,4 C, R. 20 x/Menit Keadaan umum : terlihat sehat, tidak mengeluh apapun, kesadaran composmentis.

1. Riwayat penyakit dahulu

Penyakit yang pernah dialami : klien sering mengalami kepala pusing dan nyeri saat digerakkan , nyeri yang dialmi seperti di tusuk-tusuk. Ny. W menderita hipertensi sejak berusia 36 tahun, riwayat hipertensi kurang lebih sudah 5 tahun.

1. Riwayat keluarga

Ny W adalah anak pertama dari dua bersaudara dan masing sudah berkeluarga sedangkan Ny W sudah menikah dan tinggal serumah dengan keluarga, mempunyai tiga orang anak, sedangkan Ny W adalah seorang Pegawai Negeri Sipil

1. Pemeriksaan Head to toe
2. Kepala berbentuk bulat, rambut hitam, distribusi rambut merata tidak ada lesi, tampak bersih.
3. Mata dan wajah, Bentuk wajah oval, tidak ada bekas luka, warna kulit coklat. Mata tampak bersih, posisi mata simetris, konjungtiva ananemis, sklera putih, reflek pupil miosis.
4. Hidung tampak bersih, septum medial, lubang hidung bersih, tidak ada secret.
5. Mulut tampak bersih, bibir lembab, mukosa bibir dan tidak ada stomatitis, gusi merah muda, gigi ada lobang, lidah bersih, tidak ada gangguan menelan atau mengunyah.
6. Telinga berbentuk simetris, tampak bersih, meatus auditorius eksterna bersih, serumen dan sekret tidak ada, mampu mendengar dan berespon terhadap pertanyaan perawat
7. Leher Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
8. Dada berbentuk simetris, suara paru vesikuler, tidak ada lesi.
9. Abdomen berbentuk datar, tekstur kulit keriput, bising usus 10x/menit, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas.
10. Ekstremitas tidak ada edema, turgor kulit > 3detik, akral dingin.
11. Genetalia dan anus tidak dikaji karena menurut klien tidak ada gangguan
12. Pola aktifitas

Dalam sehari – hari klien melakukan aktivitas di waktu sakit / ada keluhan bisa dilakukan sendiri dalam pemenuhan keperluannya sendiri tanpa bantuan orang lain.

1. Pola Nutrisi

Dalam pemenuhan nutrisi klien mengatakan makan tiga kali dengan sayur-sayuran, lauk-pauk serta tidak ada pantangan jenis makanan dan biasanya hanya mengurangi rasa asin bila ada keluhan sakit

1. Pola eliminasi

Dalam sehari-hari klien mengatakan baik tidak ada keluhan untuk bab dan bak nya

1. Pola Tidur / Istirahat

Biasanya bila tidak ada keluhan bisa tidur tenang dan siang hari kadang- kadang bisa tidur siang, tetapi bila ada keluhan kepala pusing atau sakit biasanya klo tidur sering terjaga pada malam hari, dan bila tidur sing juga sering terjaga.

1. Pemeriksaan Penunjang

AU : 6,8 mg/dl GDS : 157 mg/dl Cholesterol 226 mg/dl

1. Therapy / Pengobatan

Amlodipin 5 mg 1x1 , Simvastatin 10 mg 1x1, Paracetamol 500 mg 3 x 1

1. Analisa Data

Data Subyek

* Klien mengatakan pusing di bagian kepala belakang
* Klien mengatakan ada riwayat Hipertensi
* Klien mengatakan kepala seperti di tusuk-tusuk di bagian belakang kepala/tekuk.
* Klien mengatakan minum obat bila terasa sakit
* Klien mengatakan bila sakit timbul hanya istirahat
* Klien mengatakan tidak rutin minum obat Hipertensi karena ribet

Data Obyek

* Klien Tampak lemah
* Klien Tampak Pucat
* Di bagian akral terasa dingin
* TTV T/D 160/90, S 37,4 “C, N 88 x/mnt, RR 20 x/mnt
1. Prioritas Diagnosa Keperawatan

Resiko Perfusi cerebral tidak efektif berhubungan faktor hipertensi (D0015)

1. Asuhan Keperawatan

Resiko Perfusi cerebral tidak efektif b/d faktor hipertensi (D0015)

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ansietas serta tekanan darah menurun.

Dengan kriteria hasil: perfusi perifer (L.02011)

* Denyut nadi menurun
* Warna kulit pucat menurun
* Tekanan darah sistolik menurun
* Tekanan darah diastolik menurun

Perawatan sirkulasi (I.02079)

Observasi :

* Periksa sirkulasi perifer (misal; nadi perifer,oedema, pengisian,warna kulit, suhu )
* Indentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (misal ; Diabetes, perokok, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)
* Monitor tekanan darah
* Monitor panas, kemerahan, nyeri atau b engkak pada ektrimitas

Terapeutik

* Memberikan makanan untuk diet pada pasien yang tepat
* Memberi kesempatan pada pasien serta keluarga untuk memodifikasi terkait dengan pola hidup.
* Ajarkan pasien melakukan relaksasi untuk men gurangi stres atau rasa sakit jika perlu
* Dukung pasien secara emosional serta spiritual
* Ajarkan dan anjurkan pasien untuk melakukan terapi dengan minum air daun seledri.

Kolaborasi

* Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
1. Implementasi

Resiko Perfusi cerebral tidak efektif berhubungan faktor hipertensi (D0015)

* Mengindentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien
* Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan
* Menjadwalkan dalam pemeriksaan dan pendidikan kesehatan paien
* Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya
* Menjelaskan cara membuat air rebusan dari daun seledri
* Menjelaskan cara pemberian air rebusan daun seledri
* Menganjurkan pemberian air rebusan daun seledri, obat hepertensi tetap di minum rutin

Mengkolaborasi pemberian obat :

* Rebusan air Daun seledri 2 x 200 ml ( 1 gelas)
* Amlodipin 5 mg 1 x 50 ng
* Simvaststin 10 mg 1 x 10 mg
* Paracetamol 500 mg 3 x 500 mg (bila perlu)
1. Catatan perkembangan

S : Subyek

* Klien mengatakan pusing berkurang
* Klien mengatakan kepala seperti di tusuk-tusuk di bagian belakang kepala sudah tidak dirasakan lagi
* Klien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak

O : Obyek

* Klien Tampak Tenang
* Klien Tampak Pucat berkurang
* Ujung jari terasa hangat
* TTV T/D 140/80, S 36,6 “C, N 76 x/mnt, RR 20 x/mnt

A : Analisa

Masalah dapat teratasi sebagian

P : Planning
Intervensi tetap diteruskan

I : Intervensi

Diberikan teraphi

- Amlodipin 5 mg 1 x 5 mg

- Simvaststin 10 mg 1 x 10 mg

- Paracetamol 500 mg 3 x 500 mg (bila perlu)

Hasil Lab ;

As Urat : 6,7 mg/dl, GDS: 157 mg/dl, Cholesterol: 201 mg/dl

E : Edukasi

* Beritahukan pasien minum obat harus rutin tiap hari
* Kontrol rutin / berkala untuk memeriksakan Tekanan darah
* Anjurkan untuk klien untuk mengurangi atau menghindari makan makan yang banyak mengandung garam dan lemak
* Beritahu klien untuk minum air rebusan daun seledri selain minum obat rutin