**BAB III**

**GAMBARAN KASUS**

Bab ini menggambarkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien Tn. M hipertensi dengan Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif di Puskesmas Makunjung. Asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari mulai tangal 8 Juli sampai dengan 10 Juli 2024 dengan sistem kunjungan rumah ( Home Care ).

1. **Pengkajian**
	1. **Identitas klien**

Tn. M umur 58 tahun berjenis kelamin laki-laki, beralamat di Desa Makunjung RT.2 Kecamatan Barito Tuhup Raya Kabupaten Murung Raya. Klien beragama Islam dan Suku Dayak Siang. Klien berpendidikan terakhir SD dan sudah menikah. Klien dirumah hanya ditemani istri. Klien di diagnosa oleh dokter puskesmas mengalami hipertensi.

* 1. **Keluhan Utama**

klien mengatakan sakit hebat di bagian kepala menjalar sampai tengkuk sehingga klien tidak mampu menahan sakit, seperti ditususk tusuk dengan skala nyeri 7, klien juga mengatakan merasa lemah seluruh tubuh dan membutuhkan bantuan untuk melakukan aktifitas seperti makan, ke toilet dan lain-lain. Klien juga merasa mual sehingga tidak nafsu makan dan makan hanya kurang dari setengah porsi.

* 1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Nyeri terasa ngilu pada otot di seluruh tubuh, tegang di leher, skala nyeri 6, terasa terus-menerus baik saat beraktivitas dan istirahat. Keluhan dirasakan Klien sudah beberapa hari. Saat dikaji tekanan darah (TD) Klien 190/100 mmHg, frekuensi nadi (N) 89 x/menit, suhu tubuh (T) 36,8℃ dan frekuensi nafas (RR) 20 x/menit. Klien tampak meringis, gelisah dan berkeringat. Klien juga mengeluh sakit kepala terus-menerus dan nafsu makan berkurang karena terasa mual serta ada rasa ingin muntah. Mukosa bibir Klien tampak kering. Klien mengatakan merasa lemas dan kurang bertenaga bahkan setelah bangun tidur. Klien terlihat lesu dan aktivitas dibantu oleh keluarga.

* 1. **Riwayat Penyakit Dahulu**

Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi diketahui sejak beberapa tahun yang lalu. Serta jarang melakukan pemeriksaan ke Puskesmas.

* 1. **Upaya Yang Telah Dilakukan**

Sebelum dilakukan kunjugan ke rumah Klien. Klien mengkonsumsi obat hipertensi dan obat lambung.

* 1. **Terapi Yang Sudah Dilakukan**

Infus RL 20 tpm, Ranitidine Inj, Captopril Tab 25 mg 3X1, Amlodipin 1X10 mg.

* 1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**
		1. Kesehatan anggota keluarga

Klien menggatakan hanya dia yang memiliki riwayat hipertensi.

* + 1. Faktor resiko penyakit dalam keluarga

Klien mengatakan tidak ada penyakit turunan yang diturunkan keluarganya.

* 1. **Keadaan Lingkungan**
		1. Kebersihan: Klien mengatakan di sekitar rumah selalu bersih
		2. Bahaya Kesehatan: Klien mengatakan tidak ada bahaya kesehatan disekitar rumah nya maupun ditempat kerja.
	2. **Pola Fungsi Kesehatan**
		1. Persepsi Klien

1) Alkohol : Klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi alkohol

2) Merokok : Klien mengatakan tidak pernah merokok

3) Alergi : Klien mengatakan tidak memiliki alergi apa pun

b. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Sebelum sakit frekuensi makan Klien 2-3x/hari dan tidak menentu waktunya. Jenis makanan berupa nasi, lauk, sayur, buah, air putih dan terkadang minum air teh. Klien mengatakan di rumah tidak terlalu banyak makan, total konsumsi kurang dari 1200 kkal/hari. Klien tidak ada keluhan. Saat sakit frekuensi makan Klien 3x/hari. Jenis makanan berupa sedikit bubur, buah, sayur dan air putih. Porsi makan hanya sedikit yaitu setengah porsi tidak habis. Total konsumsi kira-kira kurang dari 1000 kkal/hari dan memiliki keluhan terasa mual saat makan.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit frekuensi BAB Klien lancar 1x/hari kadang pagi atau sore hari dengan konsistensi lunak dan bau khas, serta tidak ada kesulitan BAB. Frekuensi BAK sering 6-8 x/hari dengan pancaran kuat. Bau khas warna kuning pucat, perasaan setelah BAK lega dan tidak ada /kesulitan. Saat sakit frekuensi BAB Klien 1x/ 1-2 hari dengan konsistensi lunak sedikit cair, bau khas bercampur seperti bau obat dan tidak memiliki keluhan. Frekuensi BAK lancar 5-7 x/hari dengan pancaran kuat, bau khas juga ada bau obat, perasaan setelah BAK lega serta tidak ada keluhan.

d. Pola Aktivitas dan Kebersihan Diri

Sebelum sakit Klien beraktivitas sebagai petani karet. Aktivitas seperti makan/minum, berpakaian, toileting, berpindah dan berjalan dilakukan secara mandiri tanpa dibantu. Personal hygine 2x/hari secara mandiri.Saat sakit Klien mengatakan hanya berbaring. Aktivitas seperti makan/minum dapat dilakukan mandiri atau dibantu sebagian, serta toileting, hygiene, berpindah dan berjalan memerlukan bantuan.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit Klien mengatakan tidak pernah/jarang tidur siang dan biasanya jumlah jam tidur malam kira-kira 7-8 jam dan merasa segar setelah tidur.

Saat sakit Klien terkadang tidur siang selama lebih kurang 30 menit serta tidur malam rata-rata 6-7 jam dan terkadang 1-3 kali terbangun. Perasaan setelah tidur tetap lemas.

f. Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Sebelum sakit Klien dapat berbicara dengan lancar dan dapat merasakan makanan. Saat sakit Klien tetap dapat berbicara dengan lancar, namun rasa makanan terasa tidak enak.

g. Pola Konsep Diri

1) Harga Diri: Klien mengatakan saat ini selalu optimis untuk sembuh dan selalu berfikir positif terhadap dirinya, tidak pernah merasakan malu untuk bersosialisasi.

2) Ideal Diri: Klien merasakan tidak ada yang kurang pada dirinya, selain itu Klien juga mengatakan bahwa selalu bersyukur tentang apa yang dia punya.

3) Identitas Diri: Klien mengatakan bangga dengan dirinya sebagai laki-laki yang menjadi suami bagi istrinya.

4) Gambaran Diri: Klien mengatakan bahwa dirinya merupakan seseorang yang gemar bekerja sebagai kewajiban.

h. Pola Peran Hubungan

Klien mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarga dan dengan masyarakat sekitar tempat tinggalnya.

i. Pola Mekanisme Koping

Sebelum sakit dalam pengambilan keputusan Klien melakukan sendiri dan berdiskusi dengan keluarga/istri. Saat sakit pengambilan keputusan dibantu oleh istri Klien dan tidak memiliki masalah terkait dengan perawatan.

j. Pola Seksualitas

klien mengatakan pola seksualitas sangat berkurang kemungkinan karena faktor usia.

k. Pola Nilai Kepercayaan

Sebelum sakit Klien menjalankan sholat wajib, mengaji dan ibadah lainnya. Saat sakit Klien tetap menjalankan sholat dengan baring atau duduk dan persepsi Klien terhadap penyakit sebagai ujian dari Allah swt.

* 1. **Pemeriksaan Fisik**
		1. Kesadaran Umum
1. Kesadaran : tingkat kesadaran Klien adalah Compos Mentis (GCS: E4V5M6)
2. Tanda-tanda vital: tekanan darah (TD) 190/100 mmHg, frekuensi nadi (N) 89 x/menit, suhu tubuh (T) 36,8℃ dan frekuensi nafas (RR) 20 x/menit.
3. Berat badan sebelum sakit 44,3 kg dan saat sakit (8 Juli 2024 ) 42,2 kg.
	* 1. Kepala dan Leher
4. Kepala dan rambut: bentuk kepala simetris, kulit kepala dan rambut bersih, tidak ada massa/benjolan, distribusi rambut merata.
5. Mata: bentuk simetris, konjungtiva tidak anemis, reflek pupil terhadap cahaya baik, sklera tidak ikterik.
6. Hidung: bentuk normal, kebersihan baik, tidak ada peradangan/sekresi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pernafasan cuping hidung.
7. Mulut: warna bibir merah muda sedikit pucat, mukosa sedikit kering, tidak ada kesulitan menelan.
8. Telinga: bentuk normal, simetris kiri-kanan, tidak ada lesi dan massa, tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran normal.
9. Leher: tidak ada distensi vena jugularis, tidak terjadi pembesaran kelenjar limfe dan tiroid.
	* 1. Dada
10. Inspeksi: bentuk dada normal, pergerakan dada simetris kiri- kanan, ekspansi dinding dada normal, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan.
11. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak terdapat krepitasi.
12. Jantung: perkusi normal, auskultasi suara jantung normal, tidak ada suara jantung tambahan.
13. Paru-paru: perkusi normal, auskultasi suara nafas normal (vesikular), tidak ada suara nafas tambahan.
	* 1. Abdomen: tidak ada lesi dan kemerahan, tidak ada massa, ada rasa nyeri sedikit saat ditekan, perkusi timpani, bising usus 11 x/menit.
		2. Genetalia: Tidak dikaji
		3. Ekstremitas : ROM normal
		4. Kulit dan kuku: kulit tampak kering, tidak terdapat lesi serta ruam pada kulit, ada bekas luka ditangan, akral normal, CRT < 3 detik.
	1. **Pemeriksaan Penunjang**
		1. Laboratorium -
		2. Rontgen: -
		3. CT-Scan:-
		4. EEG:-
		5. ECG:-
14. **ANALISA DATA**
	1. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Hipertensi

Data Subyektif :

* Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala

Data Objektif :

* Klien meringis kesakitan
* Klien tampak gelisah
* Klien tampak menunjukan nyeri pada bagian kepala belakang
* Tanda tanda vital saat pengkajian

TD : 190/100 mmHg

N : 89 X/Menit

S : 36,8oC

R : 20 X/Menit

1. **Diagnosa Keperawatan Prioritas**
2. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Hipertensi
3. Ketidakpatuhan Regimen Terapi berhubungan dengan penurunan daya ingat.

1. **Asuhan Keperawatan**

Nama/Umur : Tn. M / 58 Tahun

Kamar : Puskesmas Makunjung

Dokter : dr. Intan Aru Palaka

Hari / Tanggal : Senin / 8 Juli 2024

Diagnosa Keperawatan 1 : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Hipertensi

**Data Penunjang :**

Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang,klien tampak meringis, tanda tanda vital saat pengkajian : TD : 190/100 mmHg, N : 89X/Menit, S :36,8oC, R : **20** X/Menit.

1. **Tujuan :**

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3X kunjungan nyeri berkurang, Tanda tanda vital dalam batas normal.

1. **Perencanaan**
2. Identifikasi Penyebab peningkatan TIK
3. Monitor tanda/gejala peigkatan TIK
4. Berikan teknik non farmakologi terapi masage
5. Jelaskan strategi terapi
6. Pemantauan Tanda Vital
7. Kolaborasi pemerian obat antihipertensi
8. **Rasional**
9. Untuk mengetahui penyebab terjadinya peningkatan TIK
10. Untuk mengetahui tanda dan gejala peningkatan TIK
11. Untuk memberikan relaksasi pada klien
12. Agar klien mengetahui cara serta manfaat terapi
13. Mengathui tanda tanda vital pada klien
14. Pemberian obat dengan kegunaan untuk menurunkan tekanan darah klien.
15. **Implementasi**
16. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK
17. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK
18. Melakukan teknik pijat telapak kaki
19. Menjelaskan tata cara pemijatan telapak kaki
20. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital
21. Kolaborasi pemberian obat
22. **Catatan Perkembangan / Evaluasi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Har/Tanggal/Jam | Catatan Perkembangan | TTD |
| Selasa, 9 Juli 202410.00 WIB | S: * + - * + Klien mengatakan masih merasa pusing
				+ Klien mengatakan nyeri kepala menjalar ke tengkuk belakang sudah berkurang

 O: • TD : 170/90 mmhg • S : 36,2Co • N : 80 x/menit • RR : 22x/menit • Skala nyeri : 3• Frekuensi nadi normal • Ekspresi wajah sudah tidak menyeringai A: Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ( Kesimpulan : Masalah teratasi sebagian ) ditandai dengan klien masih mengeluh pusing atau sakit kepala, TD : 170/90 mmHg. P: Lanjutkan IntervensiI : Intervensi yang dilanjutkanDiagnosa : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif1. Identifikasi Penyebab Peningkatan TIK
2. Monitor Tanda dan Gejala Peningkata TIK
3. Melakukan Terapi Massage
4. Pemantauan TTV
5. Kolaborasi Pemberian Obat

E : Evaluasi* Klien masih merasakan Pusing
* Klien mengatakan nyeri kepala menjalar ke tengkuk sudah berkurang.
* Ekspresi wajah sudah tidak menyeringai
* Skala Nyeri : 3
* Tanda – Tanda Vital

TD :170/90 mmHgSuhu : 36,2oCNadi : 80 X/menitRR : 22 X/menit |  |
| Rabu, 10 Juli 202411.00 WIB | S: * + - * + Klien mengatakan sudah tidak merasa pusing
				+ Klien mengatakan nyeri kepala menjalar ke tengkuk belakang sudah sangat berkurang

 O: • TD : 150/90 mmhg • S : 36,5oC • N : 80 x/menit • RR : 22x/menit • Skala nyeri : 1• Frekuensi nadi normal • Ekspresi wajah sudah tidak menyeringai A: Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ( Kesimpulan : Masalah teratasi sebagian ) ditandai dengan klien masih Mengatakan Nyeri Kepala menjalar ke tengkuk sangat berkurang, TD : 150/90 mmHg. P: Lanjutkan IntervensiI : Intervensi yang dilanjutkanDiagnosa : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif1. Identifikasi Penyebab Peningkatan TIK
2. Monitor Tanda dan Gejala Peningkata TIK
3. Melakukan Terapi Massage
4. Pemantauan TTV
5. Kolaborasi Pemberian Obat

E : Evaluasi* Klien masih sudah tidak merasakan Pusing
* Klien mengatakan nyeri kepala menjalar ke tengkuk sudah sudah sangat berkurang.
* Ekspresi wajah sudah tidak menyeringai
* Skala Nyeri : 1
* Tanda – Tanda Vital

TD :150/90 mmHgSuhu : 36,2oCNadi : 80 X/menitRR : 22 X/menit |  |