# **BAB III**

# **STUDI KASUS**

1. **PENGKAJIAN**

Seorang klien atas nama Ny. R dengan jenis kelamin Perempuan berusia 56 tahun, suku bakumpai, dengan alamat rumah di Jalan Bayangkara Rt. 11 Muara Laung. Klien Pendidikan terakhir SMP, Klien tidak bekerja, Pasien mempunyai suami bernama Tn.S dan mempunyai lima orang anak, tiga diantaranya perempuan dan dua laki-laki. Semua anak-anak Ny. R dan Ny. R sudah menikah semua kecuali yang bungsu

Pada hari Selasa, 8 Juli 2024 sekitar jam 08.00WIB, klien Ny.R datang sendiri ke Puskesmas Muara Laung. Klien mengatakan keluhan nyeri kepala, kebas pada jari tangan, pendengaran kurang, hasil pemeriksaan, tekanan darah 150/ 90 mmHg, Gula Darah Sewaktu (GDS) awal 210 mg/dl, kolesterol darah 320.

Riwayat kesehatan dahulu klien pernah masuk rumah sakit karena diare, orang terdekat adalah suami, klien sholat tapi jarang lima waktu, dan mempercayai adanya kematian. Pasien Ny.R mengatakan tidak memiliki alergi makanan, minuman ataupun obat. Pasien Ny. R mengatakan kebiasaan merokok dan minum kopi juga tidak ada, nafsu makan 3 kali sehari (pagi, siang, dan sore), porsi yang dimakan seperti lauk ikan, telur, ayam. Untuk sayur klien mengatakan tidak suka sayuran pahit, ikan pari, . Pola Eliminasi Ny. R mengatakan BAB 1 kali sehari. Mandi 2 kali sehari. Pola Tidur dan Istirahat Ny. R, mengatakan kadang-kadang tidur di siang hari, namun pada malam hari selalu tidur tepat waktu Pada saat pemeriksaan fisik didapatkan data hasil pengkajian Ny. R yaitu, Keadaan umum : Tampak sakit. Tingkat kesadaran : Compos Mentis. GCS : verbal 5, Psikomotor 6, Mata 4, total : 15. Berat badan 70 kg, tinggi 155 cm, IMT 29,6 tergolong obesitas, Tanda-tanda Vital : Nadi : 102 x/menit, Suhu : 36 , Tekanan Darah : 150/90 mmHg , RR : 22 x/menit, SPO2 : 98%, CRT : < 2 detik. Kepala klien tampak simetris, tidak ada kebiruan, tidak ada perdarahan, dan keluhan ada nyeri sampai kebelakang tengkuk, P : Nyeri akibat tekanan darah meningkat Q : Dirasakan seperti mencengkram R : Kepala sampai tengkuk S : Skala nyeri 5 dari 10 T : Rasa nyeri dirasakan hilang timbul, mata, hidung, dada, perut normal, ektremitas ada keluhan kebas pada jari tangan, Status fungsional mandiri, tidak defresi,status intelektual utuh, tidak ada resiko jatuh. Untuk Drug Study Pasien Ny. R yaitu : Amlodipin 5 mg 1 kali sehari, Simvastatin 20 mg 3 kali sehari,

Tabel 3.1 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Etiologi | Masalah |
| 1. | Faktor risiko:* Usia pasien 66 tahun
* Tekanan darah 150/90 mmHg
* Kadar gula darah 210 mg/dl
* Kadar kolesterol darah 320 mg/dl
* Hasil penilaian IMT skor 29,4 (Obesitas)
* Jari tangan kebas
* Cepat lelah beraktivitas
 |  | Resiko gangguan perfusi jaringan perifer |

1. **DIAGNOSA**

Risiko gangguan Perfusi jaringan perifer ditandai dengan faktor risiko: Usia pasien 66 tahun; ; Tekanan darah 150/90 mmHg; Kadar gula darah 210 mg/dl ; ; Kadar kolesterol darah 320 mg/dl; Hasil penilaian IMT skor 29,4 (Obesitas); Jari tangan kebas; Cepat lelah beraktivitas.

1. **INTERVENSI**

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa keperawatan Risiko gangguan Perfusi jaringan perifer yang di alami Ny. R, bertujuan **Perfusi Perifer (L.02011).** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam maka risiko perfusi perifer tidak efektif tidak terjadi dengan kriteria hasil:Frekwensi nyeri berkurang, Parastesia ( kesemutan) menurun, Tekanan darah sistolik menurun, Tekanan darah diastolik menurun ,Gula darah menurun,Kolerterol darah menurun. Rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk risiko ganguan perfusi jaringan **perifer** pada pasien berdasarkan SIKI adalah **Perawatan Sirkulasi (I.02079)** yang terdiri dari:

1. Observasi:
2. Tanda-tanda vital
3. Gula darah
4. Kolesterol darah
5. Adanya luka dan pembengkakan di ektremitas
6. Terapeutik
7. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
8. Edukasi
9. Anjurkan berhenti mengkonsumsi makanan tinggi lemak
10. Anjurkan berhenti mengkonsumsi makanan tinggi garam
11. Anjurkan berhenti mengkonsumsi makanan tinggi gula
12. Anjurkan berolahraga rutin/ senam hipertensi
13. Pembuatan terapi herbal ciplukan
14. **IMPLEMENTASI**

Implementasi pada Ny. R dilakukan pada hari rabu tanggal 10 Juli 2024 pukul 08.15 WIB, untuk mengatasi masalah diagnosa keperawatan adalah di mulai dengan mengidentifikasi faktor risiko gangguan perfusi jaringan **perifer** yaitu pasien berusia 56 tahun Tekanan darah 150/90 mmHg; Kadar gula darah 210 mg/dl ; Kadar kolesterol darah 320 mg/dl; Hasil penilaian IMT skor 29,4 (Obesitas); Jari tangan kebas; Cepat lelah beraktivitas.

Perawat juga memberikan pendidikan kesehatan berupa anjuran untuk mengurangi konsumsi makanan yang mengandung tingi garam, tinggi lemak dan juda tinggi zat gula selain itu memberikan anjuran untuk berolah raga rutin dengan senam Hipertensi, kemudian memberikan penjelasan tentang tanaman Ciplukan sebagai alternatif pengobatan secara alami, menjelaskan manfaat, ciri tanaman ciplukan, serta cara menggunakan tanaman ciplukan secara di rebus,

Tumbuhan Ciplukan yang disediakan sebanyak 200 gram di cuci bersih kemudian dipotong-potong, tambahkan 200 ml air rebus sampai mendidih, air reusan ciplukan dapat diminum 2 kali sehari

1. **EVALUASI**

Berdasarkan hasil evaluasi didapatkan, pasien mengatakan sudah mempraktekan membuat air rebusan ciplukan dan meminumnya 2 kali sehari yaitu pada waktu pagi, dan sore hari, pasien mengatakan setelah 2 hari mengikuti anjuran perawat dan memprakteknya, nyeri sudah tidak ada, rasa kesemutan di tangan juga tidak ada. Hasil pemeriksaan GDS 170 mg/dl, kolesterol 250 mg/dl, Tekanan darah 120 /80 mmHg evaluasi dilakukan hari Sabtu, tanggal 11 Juli 2024 jam 14.00 WIB.