**BAB III**

**GAMBARAN KASUS**

1. **Pengkajian**

Pada hari Minggu, 07 Juli 2024, pukul 23.00 WIB, seorang pasien Ny. E usia 49 tahun datang didampingi Tn. R, suaminya ke ruang UGD UPT Puskesmas Kandui. Pasien berjenis kelamin perempuan, status pernikahan menikah, beragama Kristen Protestan, suku Dayak Ngaju. Pendidikan terakhir pasien adalah SMA dan saat ini bekerja sebagai Guru Honorer di salah satu TK di desa Kandui kecamatan Gunung Timang. Pasien datang dengan keluhan nyeri tengkuk, kepala pusing berputar, mual dan 5x muntah dirumah. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : T:37,2⁰C, P:98x/menit, RR:25x/menit dan BP:179/105 mmHg. Pasien diperiksa oleh dr. N dengan diagnosa medis hipertensi grade II+BPPV. Selanjutnya dr. N memberikan terapi : IVFD RL (guyur 1 kolf, kolf selanjutnya 30 tpm makro), Amlodipine 5 mg 2x1 dan captopril 25 mg 1 tablet (now) (anti hipertensi), betahistin mesilate 6 mg 3x1 (obat vertigo), inj. Ranitidin 1 amp/12 jam, inj. Ondancentron 1 amp/8 jam. Setelah diberikan terapi, dr. N menyarankan kepada pasien dan keluarga untuk masuk ruang rawat inap agar mendapatkan perawatan yang lebih intensif.

Pada hari Senin tanggal 08 Juli 2024, pukul 08.00 WIB, mahasiswa ners melakukan pengkajian terhadap pasien. Dari pengkajian tersebut diperoleh hasil : Pasien mengatakan “Nyeri tengkuk belakang dan kepala pusing berputar. Nyeri di tengkuk seperti ditusuk-tusuk dengan lama nyeri 2-3 menit, disertai mual, badan terasa lemah, berkeringat dingin.” Keadaan umum : Pasien tampak terbaring lemah, tingkat kesadaran composmentis (GCS:E4V5M6), tampak wajah pasien meringis, tampak gelisah, kedua sclera tampak kemerahan dan pasien memegang tengkuk. Hasil pengukuran tanda-tanda vital dan antropometri adalah T : 36,5⁰C, Pulse:82 x/menit, RR:22x/menit, BP:169/100 mmHg, BB:67 Kg,TB:156 Cm, SPO2 : 98% dan IMT: 27 (kategori gemuk).

Pasien memiliki riwayat penyakit dahulu hipertensi sejak tahun 2019, riwayat dengan kadar kolesterol tinggi. Pasien tergolong rutin untuk memeriksakan tekanan darah, tetapi tidak teratur untuk meminum obat anti hipertensi. Pasien dianjurkan untuk diet mengurangi makanan asin, berlemak dan fermentasi, tetapi pasien tidak mengikuti anjuran yang diberikan.

Pasien merupakan anak ketiga dari 5 bersaudara. Pasien tinggal serumah dengan suami nya. Riwayat penyakit di dalam keluarga pasien adalah ayahnya dan kakak pasien menderita penyakit hipertensi.

**Tabel 3.1 Analisa Data Pasien Hipertensi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Etiologi | Problem |
| Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko : Hipertensi (BP : 169/100, pusing berputar, tampak terbaring lemas, tampak meringis, gelisah, berkeringat dingin) | Genetik dan Gaya hidupHipertensiGangguan sirkulasi darahOtakResistensi pembuluh darah meningkatSuplai O2 ke otak menurunGejala:Sakit kepala, pusing berputar, nyeri tengkuk, tampak meringis, gelisah, berkeringat dingin, BP : 169/100 mmHg | Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif (D.0017) |
| 1. Data Subjektif

Pasien mengatakan “ Sejak 5 tahun yang lalu sekitar tahun 2019 pertama kali berobat karena hipertensi, mulai dari hari itu memang saya rutin periksa tekanan darah, tetapi tidak berlangsung lama, terakhir sekitar 2 tahun yang lalu, untuk meminum obat pun jarang, kecuali jika merasakan keluhan. Sebelumnya saya juga disarankan untuk diet mengurangi makanan asin dan berlemak, tetapi saya susah untuk menjalani diet seperti itu karena makanan menjadi tidak enak”.1. Data Objektif
2. Pasien tampak tidak mengikuti program perawatan atau pengobatan yang telah disepakati
3. Pasien tampak tidak menjalankan anjuran
4. Hasil pemeriksaan tekanan darah masih tinggi : BP: 169/100 mmHg
 | Hipertensi Perubahan status kesehatanProgram terapi yang lamaGejala :Perilaku tidak mengikuti program pengobatan, tidak mengikuti anjuran, tampak tanda gejala klinis meningkat | Ketidakpatuhan (D.0114) |

1. **Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil analisa data pengkajian, maka diperoleh diagnose keperawatan pada pasien Ny. E yaitu sebagai berikut.

1. Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif (D.0017) ditandai dengan faktor risiko : hipertensi
2. Ketidakpatuhan (D.0114) berhubungan dengan program terapi lama
3. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko (D.0017) bertujuan untuk membuat perfusi serebral kembali efektif (L.02014) dengan kriteria hasil sakit kepala menurun dan nilai rata-rata tekanan darah membaik. Rencana tindakan yang akan dilakukan Pemantauan Tekanan Intrakranial (I. 09325) yaitu pantau jika terdapat tanda dan gejala peningkatann TIK (keluhan sakit kepala, muntah proyektil, kejang dan perubahan status mental), monitor MAP (MAP= 1/3 tekanan sistolik + 2/3 tekanan diastolik), anjurkan untuk membatasi pantangan makanan (asin, berlemak, dan fermentasi), edukasi terapi relaksasi genggam jari dan *slow deep breathing* (Irmina dan Pasionista, 2024) dengan cara menggenggam ibu jari sembari memejamkan mata saat tarik nafas dalam dan lambat selama 30 menit/hari, edukasi konsumsi mentimun dilalap secara langsung atau diolah seperti jus sebanyak 50 ml sehari (Mahrunnisa, 2024) dan konsumsi rebusan daun salam untuk menurunkan tekanan darah secara nonfarmakologis dengan cara rebus daun salam sebanyak 10 lembar dengan air sebanyak 300 ml dan direbus sampai mendidih dan airnya tersisa kira-kira setengahnya, kemudian di minum 2x sehari), kedua bahan alami tersebut dapat dikonsumsi secara selingan atau bergantian hari untuk menurunkan tekanan darah (Niken, dkk, 2024).

Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa keperawatan kedua ketidakpatuhan yang dialami oleh Ny. E bertujuan untuk meningkatkan tingkat kepatuhan (L.12110) dan meningkatkan dukungan keluarga (L.13112) dalam waktu 30 menit. Kriteria hasil yang diharapkan dari pelaksanaan intervensi keperawatan berdasarkan SLKI yaitu verbalisasi kemauan memenuhi program perawatan/pengobatan meningkat, perilaku mengikuti program perawatan /pengobatan membaik, perilaku menjalankan anjuran membaik, tanda dan gejala penyakit hipertensi membaik dan verbalisasi anggota keluarga untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat. Rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakpatuhan berdasarkan SIKI adalah dukungan kepatuhan program pengobatan (I.12361). Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan hipertensi, buat komitmen menjalani program pengobatan hipertensi, libatkan keluarga (suami pasien) untuk mendukung program pengobatan, bantu istrinya dalam menyediakan makanan yang tidak berisiko meningkatkan tekanan darah sebagai pendamping program pengobatan, informasikan program pengobatan hipertensi yang harus dijalani pasien.

1. **Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko (D.0017) tanggal 08 Juli 2024. Memantau jika terdapat tanda dan gejala peningkatan TIK, mengajarkan untuk menggenggam ibu jari sembari memejamkan mata saat tarik nafas dalam dan lambat selama 30 menit/hari, menganjurkan mengurangi atau membatasi makanan yang asin, berlemak dan fermentasi (konsumsi garam sehari hanya 1 sendok teh, makanan fermentasi 2x dalam seminggu), memberikan edukasi tentang konsumsi mentimun (bisa dilalap secara langsung atau diolah seperti jus) dan rebusan daun salam (rebus daun salam sebanyak 10 lembar dengan air sebanyak 300 ml dan direbus sampai mendidih dan airnya tersisa kira-kira setengahnya, kemudian di minum 2x sehari), kedua bahan alami tersebut dapat dikonsumsi secara selingan atau bergantian hari untuk menurunkan tekanan darah. Memberikan obat amlodipine 5 mg (09.00 wib), betahistin mesylate 6 mg (12.00 wib) via oral, dan memberikan injeksi ranitidine 1 amp via IV (11.00 wib). Implementasi hari kedua pada tanggal 09 Juli 2024. Memantau jika terdapat tanda dan gejala peningkatan TIK, mengajarkan untuk menggenggam ibu jari sembari memejamkan mata saat Tarik nafas dalam dan lambat selama 30 menit/hari, mengingatkan untuk mengkonsumsi bahan terapi nonfarmakologis, menganjurkan mengurangi makanan yang asin, berlemak dan fermentasi. Memberikan obat amlodipine 5 mg (09.00 wib), betahistin mesylate 6 mg (12.00) via oral, dan memberikan injeksi ranitidine 1 amp via IV (11.00 wib). Implementasi hari ketiga pada tanggal 10 Juli 2024, Memantau jika terdapat tanda dan gejala peningkatan TIK, mengajarkan untuk menggenggam ibu jari sembari memejamkan mata saat Tarik nafas dalam dan lambat selama 30 menit/hari, mengingatkan untuk mengkonsumsi bahan terapi nonfarmakologis, menganjurkan mengurangi makanan yang asin, berlemak dan fermentasi. Memberikan obat amlodipine 5 mg (09.00 wib), betahistin mesylate 6 mg (12.00) via oral, dan memberikan injeksi ranitidine 1 amp via IV (11.00 wib).

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa kedua melaksanakan dukungan kepatuhan program pengobatan diawali dengan mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan hipertensi dengan cara menanyakan kepatuhan meminum obat amlodipine 5 mg dalam 1 bulan terakhir, membuat komitmen menjalani program pengobatan dimana perawat meminta komitmen pasien untuk patuh dalam program pengobatan hipertensi, melibatkan keluarga (suami pasien) untuk mendukung program pengobatan yang dijalani dengan cara suami pasien dapat mengingatkan jadwal meminum obat, membantu istrinya dalam menyediakan makanan yang tidak berisiko meningkatkan tekanan darah, menyediakan buah mentimun dan air rebusan daun salam sebagai pendamping program pengobatan, menginformasikan program pengobatan hipertensi yang harus dijalani pasien : diinformasikan harus rutin meminum obat amlodipine 5 mg 1 tablet setiap pagi dan 1 tablet sebelum tidur, mengingatkan untuk tidak menambah atau mengurangi dosis obat yang sudah diberikan oleh dokter, menginformasikan manfaat yang diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan hipertensi: pasien diinformasikan bahwa dengan teratur menjalani program pengobatan yang diberikan,maka manfaat yang diperoleh diantaranya tekanan darah pasien dapat turun dan stabil serta dapat mengurangi terjadinya penyakit komplikasi, menganjurkan pasien dan keluarga (suami pasien) untuk melakukan kontrol pengobatan sesuai dengan jadwal kontrol setelah pasien pulang dari rawat inap.

1. **Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi keperawatan pada pasien Ny. E yang dilakukan tanggal 08 Juli 2024 Pukul 14.00 wib setelah dilakukan implementasi keperawatan. *Data Subjektif* : pasien mengatakan kepala masih agak nyeri tetapi hilang timbul, bila bergerak seperti duduk atau ketoilet kepala masih terasa berputar-putar, *Data Objektif*: tampak gelisah, keadaan umum : sakit sedang. Kesadaran : Composmentis (GCS : E4,V5,M6), TTV : BP :165/98 mmHg, RR : 21x/m, P : 82x/m, T : 36,30C. MAP : 120 mmHg. *Assement* : Masalah risiko perfusi cerebral tidak efektif teratasi sebagian. *Planning*: Lanjutkan Intervensi. Hasil evaluasi tanggal 09 Juli 2024 Pukul 14.00 wib setelah dilakukan implementasi keperawatan. *Data Subjektif* : “pasien mengatakan sakit kepala mulai berkurang, pusing berputar hanya jika banyak bergerak”, *Data Objektif*: tampak rileks, keadaan umum : sakit ringan. Kesadaran : Composmentis (GCS : E4,V5,M6), TTV : BP :155/92 mmHg, RR : 22x/m, P : 73x/m, T : 36,40C. MAP : 113 mmHg. *Assement*: Masalah risiko perfusi cerebral tidak efektif teratasi sebagian. *Planning*: Lanjutkan Intervensi. Hasil evaluasi tanggal 10 Juli 2024 Pukul 14.00 wib setelah dilakukan implementasi keperawatan. *Data Subjektif* : “pasien mengatakan sakit kepala berkurang, pusing berputar berkurang, badan masih lemas”, *Data Objektif*: tampak rileks, keadaan umum : sakit ringan. Kesadaran : Composmentis (GCS : E4,V5,M6), TTV : BP :147/95 mmHg, RR : 18x/m, P : 68x/m, T : 36,20C. MAP : 112 mmHg. *Assement*: Masalah risiko perfusi cerebral tidak efektif teratasi sebagian. *Planning*: Lanjutkan Intervensi.