

BAB III
LAPORAN KASUS
ASKEP PADA Tn. J PASIEN HIPERTENSI
DENGAN NYERI KEPALA AKUT

A. Data Kasus Kelolaan

1. Identitas Pasien

Nama : Tn. J
Usia : 55 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Status Perkawinan : Kawin
Pendidikan : SD
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pekerjaan : Tani
Diagnose medis : Hipertensi

2. Pengkajian Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Masuk Puskesmas

Klien datang berobat ke Puskesmas Rumbia Lampung tengah pada 2 Januari 2023 dengan nyeri kepala. Hasil pemeriksaan fisik diketahui bahwa Nadi 84 x /menit, Suhu 35,9°C, pernafasan 16 x /menit Tekanan darah 170 /100 mmHg,

b. Keluhan Utama klien

Klien mengalami nyeri kepala, nyeri dirasakan datang secara

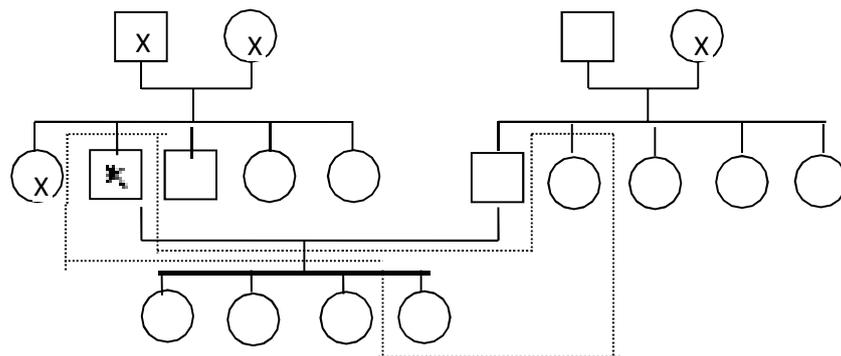
tiba-tiba, nyeri dirasakan seperti ada benda berat dikepala ,
skala nyeri

5, lama nyeri kepala tidak menentu.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat kecelakaan, klien tidak ada riwayat operasi, klien mempunyai riwayat hipertensi lebih dari 5 tahun lalu, klien tidak ada riwayat penyakit kronik dan riwayat pengobatan

d. Riwayat Kesehatan Keluarga



Klien mengatakan di dalam keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular, menahun dan klien mengatakan orang tua kandung klien memiliki riwayat hipertensi.

3. Riwayat Psiko-Sosial-spiritual

a. Psikologis

1) Konsep diri

Klien mengatakan masih mengetahui identitas dirinya

2) Peran

Klien mengatakan dirinya sebagai ayah dan kakek bagi cucu-cucunya.

3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan beraktifitas seperti biasa.

4) Kecemasan

Klien mengatakan takut bila kondisinya tidak sembuh.

b. Sosial

Keluarga selalu memberikan dukungan dan selalu membantu klien dalam beraktifitas.

c. Spiritual

Ibadah klien terganggu

4. Pendidikan dan Pengajaran

a. Tentang Penyakit

Menurut pengetahuan klien mengetahui tentang penyakitnya, klien mengatakan mengetahui apa yang harus dihindari dan tidak tahu kapan harus melakukan pengobatan.

b. Program Pengobatan

Klien mengatakan pengobatannya dengan cara menggunakan obat tradisional sesekali dan s melakukan pengobatan ke Puskesmas.

c. Diit

Klien mengatakan mengetahui diit yang dianjurkan ataupun diet yang harus dihindari pada penderita pasien hipertensi.

d. Perawatan

Klien mengatakan mengetahui perawatan yang diperlukan pada pasien hipertensi.

5. Lingkungan

a. Rumah

Klien mengatakan rumahnya bersih. Klien mengatakan rumahnya jauh dari jalan raya yang menyebabkan polusi.

Klien mengatakan rumahnya jauh dari lingkungan yang bahaya

b. Pekerjaan

Klien mengatakan bekerja dan sehari-hari sebagai kepala keluarga dirumah dan bermain dengan cucunya. Klien mengatakan tempat bekerjanya tidak menimbulkan polusi. Klien mengatakan pekerjaannya lingkungan tempat tinggalnya tidak beresiko menimbulkan bahaya.

6. Pola kebiasaan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Klien makan dengan cara oral, makan 3x / hari, nafsu makan klien baik, diit makanan rendah garam dan lemak, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada keluhan saat makan BB 60kg.

b. Pola cairan

Klien minum dengan cara oral, jenis minuman air putih 5 gelas/hari (1500 cc).

c. Pola Eliminasi

Klien buang air kecil pagi, siang, sore dan malam sebanyak 5 x/hari, dengan warna bersih, bau khas, tidak ada keluhan saat BAK. Klien buang air besar 1 x / hari, waktu pagi dan sore, warna kuning kecoklatan, bau khas, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat bab dan tidak ada penggunaan obat pencahar

d. Pola Kebutuhan rasa aman Nyaman

Klien mengatakan bisa tidur siang dan malam hari tidak ada gangguan rasa aman dan nyaman,

e. Pola Personal Hygiene

Klien mandi 2 x / hari, Klien sikat gigi 2 x / hari pada saat mandi dirumah. Klien cuci rambut 1 x /hari pada sore saat mandi dirumah.

f. Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan tidur siang sebentar siang hari dan malam hari lelap.

g. Pola aktivitas dan latihan

Klien tidak bekerja dan tidak memiliki atau melakukan aktifitas yang berat karena faktor usia.

7. Keadaan Umum

- a. Kesadaran : Composmentis
- b. Tekanan darah : 170 /100 mmHg
- c. Frekuensi Nadi : 84x/menit.
- d. Frekuensi Nafas : 16x/menit
- 5) Suhu : 35,9 °C.
- 6) Berat badan : 60 Kg.

8. Pemeriksaan Fisik Persistem

a. Sistem Penglihatan

Posisi mata : simetri, kelopak mata : tidak ptosis dan dapat berkedip pergerakan bola mata : bias bergerak ke segala arah konjungtiva : tidak ananemis, sklera : an iteri, pupil : isokor , ukuran : 2 mm, reaksi pupil pada cahaya +/+ dapat mengecil ketika terkena cahaya (miosis), tidak ada tanda-tanda radang, tidak memakai alat bantu penglihat, klien mengalami penurunan tajam pengelihatan.

b. Sistem Pendengaran

Poisisi telinga simetris /sejajar antara kanan dan kiri, tidak ada kotoran dan pendengaran baik.

c. Sistem Wicara

Klien tidak mengalami gangguan dalam melakukan pembicaraan.

d. Sistem Pernafasan

Klien tidak mengalami sesak, jalan nafas klien bersih, irama nafas teratur, dan dalam frekuensi pernafasan 16 x / menit, suara nafas vasikuler, tidak ada suara tambahan, klien tidak batuk.

e. Sistem Kardiovaskuler

Palpasi dinding dada : dada kiri sama tinggi dengan dada kanan, saat dilakukan taktil fremitus getaran yang terasa tidak sama antara kanan dan kiri
Perkusi dada : sonor disemua bagian dada Klien tidak memakai otot bantu pernafasan, klien tidak terpasang oksigen. Sirkulasi perifer nadi 86 x / menit, irama teratur, denyut kuat, adanya distensi vena jugularis, temperature kulit hangat, warna kulit coklat, pengesian kapiler < 2 detik. Sirkulasi jantung : kecepatan denyut apikal 74 x / menit, irama teratur, bunyi jantung lup dup, klien tidak mengalami nyeri dada.

f. Sistem Neurologi

GCS : 15 E: 4 V : 5 M : 6 Tidak ada tanda-tanda peningkatan intracranial dan tidak ada tanda-tanda meningen

g. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut bersih, mukosa mulut bibir kering, klien tidak ada kesulitan dalam menelan, bising usus 8 x / menit, klien tidak mengalami mual.

h. Sistem Immunologi

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.

i. Sistem Endokrin

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar tyroid.

j. Sistem Urogenital

Tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada keluhan nyeri tekan saat BAK, tidak terdapat darah saat BAK, klien tidak menggunakan kateter.

k. Sistem Integumen

Keadaan rambut bersih, kekuatan rambut tidak rontok, warna rambut putih atau beruban, keadaan kulit bersih, kulit klien berwarna coklat, tidak ada tanda- tanda radang pada kulit, tidak adaluka dekubitus dan tidak ada tanda-tanda perdarah.

l. Sistem Muskuloskeletal

Klien tidak memiliki keterbatasan dalam bergerak, akibat nyeri sendi yang dirasakan, tidak ada tanda-tanda fraktur tonus otot kuat.

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium tidak dilakukan

10. Therapy

- a. Amlodipin : 10 mg/24 jam (Oral)
- b. Paracetamol : 3 x 500 mg (Oral)
- c. B1 : 3 x 1 tab (oral)

B. Data Fokus

Data Subjektif :

- Klien mengatakan mengalami nyeri kepala
- Klien mengatakan nyeri dirasakan datang secara tiba-tiba.
- Klien mengatakan lama nyeri kepala tidak menentu.
- Klien mengatakan menderita hipertensi lebih

dari 25 tahun
Data Objektif :

- Skala nyeri 5
- RR : 16x/menit
- TD : 170/100 mmHg
- Suhu : 36,9C
- N : 86x/menit

C. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Diagnosa
1	Data Subjektif : - Klien mengatakan mengalami nyeri kepala - Klien mengatakan nyeri dirasakan datang secara tiba-tiba. - Klien mengatakan lama nyeri kepala tidak menentu.	Peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia	Nyeri akut

Data Objektif :

- Skala nyeri 5
- TD : 170/100 mmH
- N : 86x/menit
- RR : 16x/menit
- T : 35,9 C

D. Diagnosa Keperawatan Prioritas

Nyeri Kepala akut berhubungan dengan peningkatan vaskulerisasi selebral dan iskemia.

E. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	<p>Nyeri kepala akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemi.</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan nyeri kepala- Nyeri timbul tiba-tiba- Nyeri tidak menentu- Hipertensi sudah 5 tahun <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Skala nyeri 5- TD : 170/100- Nadi: 86x/menit- RR :16x/menit- Suhu : 36,9C	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan klien mampu mengontrol nyeri dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan nyeri berkurang- Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang- Pasien dapat beristirahat dengan nyaman (L.08066) 1)	<p>Manajemen Nyeri (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri- Identifikasi skala nyeri- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri- Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: Akupresur, akupunktur, terapi musik hopnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<ul style="list-style-type: none"> - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik,

F. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

No	DIAGNOSA	WAKTU	TINDAKAN	EVALUASI
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri kepala - Nyeri timbul tiba-tiba - Nyeri tidak menentu - Hipertensi sudah 5 tahun <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 5 - TD : 170/100 - Nadi: 86x/menit - RR :16x/menit - Suhu : 36,9C 	2-1-2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingannya 4. Memberikan terapi non farmakologis dengan terapi <i>Akupresur</i> 5. Kolaborasi dengan pemberian analgetik dan anti hipertensi 	<ul style="list-style-type: none"> - Setelah diberikan terapi Akupresur klien mengatakan agak nyaman - Skala nyeri menjadi 2 - Hasil kalaborasi diberikan; <ul style="list-style-type: none"> • Amlodipin : 10 mg/24 jam (Oral) • Paracetamol : 3 x 500 mg (Oral) • B1 : 3 x 1 tab (oral)