**LAPORAN KEGIATAN KUNJUNGAN RUMAH I**

**(HOME VISIT)**

**I. IDENTITAS PASIEN**

Nama : Ny. R

Umur : 60 tahun

Alamat : Jln. T. Batee Timoh Jeulingke

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Status : Menikah

Berat Badan : 68 kg

Tinggi Badan : 150 cm

Tanggal Kunjungan : 30 April 2016

**II. ANAMNESIS**

1. **Keluhan utama:**

kaki kebas

1. **Keluhan Tambahan :**

Nyeri pada tangan dan kaki, sakit ditengkuk kepala

1. **Riwayat Penyakit Sekarang :**

Pasien mengeluh kaki terasa kebas sejak 6 bulan yang lalu, disertai dengan rasa nyeri pada tangan dan kaki. Lalu pasien datang ke puskesmas untuk memeriksakan darahnya ditemukan kolesterol pasien tinggi, lalu pasien diberi obat dan sekarang keluhan tersebut berkurang. Pasien juga sering mengeluhkan sakit dibelakang leher dan pusing sejak 1 tahun yang lalu.

1. **Riwayat Penyakit Dahulu**:

Riwayat diabetes mellitus, asma, alergi disangkal. Pasien sejak 1 tahun yang lalu sudah mengalami hipertensi dengan tensi tertinggi 160/100, namun pasien mengaku tidak mengkonsumsi obat.

1. **Riwayat Penyakit Keluarga** :



1. **Riwayat Kebiasaan/ Sosial/ Budaya**

Pasien jarang olahraga. Pasien juga sering makan makanan asin, berlemak dan bersantan.

1. **Riwayat Pengobatan**

Riwayat pengobatan pasien rutin menggunakan obat simvastatin 1x 20 mg dan vitamin namun pasien tidak ingat namanya.

1. **Keadaan Lingkungan Rumah Dan Sekitarnya**

Pasien tinggal di sebuah rumah berukuran kecil. Rumah terbuat menggunakan kayu. Penghuni rumah berjumlah 4 orang dan kamar tidur yang tersedia ada 2 kamar. Penataan rumah tidak begitu rapi, dan sanitasi rumah tidak begitu baik. Lingkungan sekitar rumah bersih dan sistem pembuangan limbah/sampah dan pengairan baik.

**III. PEMERIKSAAN FISIK**

1. **STATUS PRESENT**

* Keadaan Umum : Baik
* Kesadaran : Compos mentis
* Tekanan darah : 140/90 mmHg
* Nadi : 89 x/menit, reguler, kuat angkat
* Pernapasan : 19 x/menit
* Suhu : 36,90C

1. **STATUS GENERALIS**

1. Kepala

* Mata : Konjungtiva palpebra pucat (-/-),sklera ikterik (-/-)
* Telinga : Serumen (-), perdarahan (-)
* Hidung : Sekret (-), NCH (-)
* Mulut : Sianosis (-), Lidah beslag (-)
* Tenggorokan: Faring hiperemis (-). Tonsil T1/T1.
  + 1. Leher : Peningkatan TVJ (-), Pembesaran KGB (-)
    2. Thorax
       - Inspeksi : Simetris (+), retraksi (-)
       - Palpasi : Pernapasan simetris, Sf kanan = Sf kiri
       - Perkusi : Sonor/sonor
       - Auskultasi : Vesikuler (+/+), ronkhi halus (-/-), wheezing (-/-)
    3. Jantung
* Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat
* Palpasi :Ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikula sinistra
* Perkusi : Batas atas : ICS III

Batas kanan : linea parasternal dextra

Batas kiri : ICS V linea midclavikula sinistra

* Auskultasi : BJ I > BJ II, reguler, bising (-)
  + 1. Abdomen
* Inspeksi : Simetris, distensi (-)
* Palpasi : Hepar lien tidak teraba, nyeri tekan (-) di epigastrium
* Perkusi : Timpani
* Auskultasi : Peristaltik normal
  + 1. Ekstremitas
* Superior : Clubbing finger (-/-), edema (-/-), sianosis (-/-)
* Inferior : Edema (-/-), sianosis (-/-)

1. **Hasil pemeriksaan penunjang :**

Glukosa puasa : 91 mg/dl

Colesterol total : 277 mg/dl

Asam Urat : 4,2 mg/dl

**IV. DIAGNOSA SEMENTARA**

Dislipidemia

Hipertensi Stage 1

**V. RENCANA PENGOBATAN**

Amlodipin tab 5 mg 1x1

Simvastatin 20 mg 1x1

Vitamin B complex 1x1

**Planning Diagnostik**

* Pemeriksaan ulang kolesterol total dan kadar asam urat
* Pemeriksaan Tekanan Darah Berkala
* Pemeriksaan EKG

**Pencegahan**

* Makan makanan bergizi, cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral
* Perbanyak makanan sayur dan buah-buahan
* Hindari makanan yang banyak mengandung garam dan hindari makan makanan yang mengandung lemak.
* Olahraga yang cukup , minimal 3 kali dalam satu minggu, selama 15 menit, misalnya seperti berjalan kaki.
* Hindari factor stress adalah merupakan hal yang penting dalam pengontrolan tekanan darah, karena salah satu faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah adalah stress.
* Istirahat yang cukup.

**Anjuran Untuk Mengurangi Risiko Pada Anggota Keluarga Lainnya**

* Biasakan pola hidup sehat, mengatur pola makan sehat dan teratur
* Batasi konsumsi garam, konsumsi makanan berlemak dan bersantan
* Menghindari rokok
* Melakukan olahraga secara teratur

Banda Aceh, Juni 2016

Mengetahui,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dokter Pembimbing I  **dr. Astimarningsih**  NIP. 19831005 201412 2 001 | Dokter Pembimbing II  **dr. Ariefa Evildha Rahim**  NIP. 19840906 201103 2 001 |  |

Menyetujui

Kepala Puskesmas Jeulingke

**drg. Juwairiyah Nasution, M. Kes**

NIP. 19690729 199803 2 007

**LAPORAN KEGIATAN KUNJUNGAN RUMAH II**

**(HOME VISIT)**

**I. IDENTITAS PASIEN**

Nama : Ny. M

Umur : 60 tahun

Alamat : Lr. Petuah I , Jeulingke

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Status : Janda

Berat Badan : 49 kg

Tinggi Badan : 150 cm

Tanggal Kunjungan : 30 Mei 2016

**II. ANAMNESIS**

**Keluhan utama:**

Tidak dapat menggerakkan kaki dan tangan kiri

**Keluhan Tambahan :**

Nyeri pada kaki kiri jika diluruskan, kaki kanan lemah. Luka di punggung pasien

**Riwayat Penyakit Sekarang :**

Pasien diperiksa dengan keluhan tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki kirinya sejak 1 tahun ini. Pasie mengaku awalnya pasie tiba-tiba pusing dan terjatuh dikamar mandi lalu mulut pasien merot sebelah dan setelah itu pasien tidak dapat menggerakkan kaki dan tangan kiri pasien.menurut pengakuan anak pasien, kemudian pasien dibawa ke rumah sakit dan didapatkan tekanan darah pasien 190/110, dan didiagnosa stroke oleh dokter. Pada saat dilakukan pemeriksaan kaki kiri pasen ditekuk dan tidak dapat diluruskan karena pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kirinya jika diluruskan. Pasien juga mengaku kaki kanan pasien lemah namun dapat digerakkan walaupun sedikit. Tangan kanan pasien sudah dapat digerakkan seperti biasa. Pasieng juga mengeluhkan terdapat luka dipunggung pasien sejak 3 bulan ini disertai nyeri dan gatal.

**Riwayat Penyakit Dahulu**:

Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun, dimana tekanan darah tertinggi 190/110. Riwayat Diabetes meliitus, asma dan alergi tidak ada.

**Riwayat Penyakit Keluarga** :

Ayah dan ibu pasien juga menderita hipertensi



**Riwayat Kebiasaan/ Sosial/ Budaya**

Pasien jarang olahraga. pasien tidak pernah kontrol makanan yang bergaram sebelumnya. Pasien ketika sakit hanya tertidur terlentang dan jarang miring kiri dan miring kanan. Semua aktivitas dilakukan ditempat tidur, seperti BAB dan BAK di tempat tidur menggunakan Pampers.

**Riwayat Pengobatan**

Riwayat pengobatan pasien rutin menggunakan obat Amlodipin 1x10 mg, piroxocam 1x20 mg, allopurinol 1x100 mg, Gentamicin salap.

**Keadaan Lingkungan Rumah Dan Sekitarnya**

Pasien tinggal di sebuah rumah berukuran kecil . Rumah terbuat menggunakan semen. Penghuni rumah berjumlah 4 orang dan kamar tidur yang tersedia ada 2 kamar. Penataan rumah tidak rapi, dan sanitasi rumah kurang baik. Lingkungan sekitar rumah bersih dan sistem pembuangan limbah/sampah dan pengairan baik.

**III. PEMERIKSAAN FISIK**

1. **STATUS PRESENT**

* Keadaan Umum : Lemah
* Kesadaran : Compos mentis
* Tekanan darah : 140/80 mmHg
* Nadi : 87 x/menit, reguler, kuat angkat
* Pernapasan : 17 x/menit
* Suhu : 36,60C

1. **STATUS GENERALIS**

1. Kepala

* Mata : Konjungtiva palpebra pucat (-/-),sklera ikterik (-/-)
* Telinga : Serumen (-), perdarahan (-)
* Hidung : Sekret (-), NCH (-)
* Mulut : Sianosis (-), Lidah beslag (-)
* Tenggorokan: Faring hiperemis (-). Tonsil T1/T1.
  + 1. Leher : Peningkatan TVJ (-), Pembesaran KGB (-)
    2. Thorax
       - Inspeksi : Simetris (+), retraksi (-)
       - Palpasi : Pernapasan simetris, Sf kanan = Sf kiri
       - Perkusi : Sonor/sonor
       - Auskultasi : Vesikuler (+/+), ronkhi halus (-/-), wheezing (-/-)
    3. Jantung
* Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat
* Palpasi :Ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikula sinistra
* Perkusi : Batas atas : ICS III

Batas kanan : linea parasternal dextra

Batas kiri : ICS V linea midclavikula sinistra

* Auskultasi : BJ I > BJ II, reguler, bising (-)
  + 1. Abdomen
* Inspeksi : Simetris, distensi (-)
* Palpasi : Hepar lien tidak teraba, nyeri tekan (-) di epigastrium
* Perkusi : Timpani
* Auskultasi : Peristaltik normal
  + 1. Ekstremitas
* Superior : Kekuatan otot 5555/1111 , Clubbing finger (-/-), edema (-/-), sianosis (-/-)
* Inferior : Kekuatan otot 3333/1111 Edema (-/-), sianosis (-/-).
  + 1. Status lokalis at regio sacrum :

Tampak ulcus decubitus, ukuran plakat, soliter, distribusi regional, tampak pinggir ulkus mengering dan menyembuh.

**IV. DIAGNOSA SEMENTARA**

Post Stroke Hemoragik

Hipertensi Stage 1

Ulkus Dekubitus

**V. RENCANA PENGOBATAN**

* **Farmakologis**

Amlodipin tab 10 mg 1x1

Gentamicin zalf 2x1

Vitamin B complex 1x1

* **Non Farmakologis**

**Edukasi**:

* Untuk hipertensinya :

1. Hindari makanan yang banyak mengandung garam dan hindari makan makanan yang mengandung lemak.
2. Hindari factor stress adalah merupakan hal yang penting dalam pengontrolan tekanan darah, karena salah satu faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah adalah stress.
3. Makan makanan yang bergizi, sayur dan buah.

* Untuk post stroke hemoragik :

1. Gerakkan semua sendi pada lengan dan tungkai secara perlahan yaitu lurus dan menekuk  sebanyak 5 – 7 kali. Gerakan yang diberikan secara perlahan agar pasien dapat ikut aktif melakukanya.Posisikan duduk dan berikaan pegangan pada tangan pasien.
2. Anjurkan untuk melakukan gerakan disekitar pinggang dan pinggul Gerakan yang diharapkan adalah gerakan rotasi (beputar) foreward dan backward dan bukan gerakan mendorong kedepan dan kebelakang.
3. Bawa pasien untuk fisioterapi di rumah sakit jika memungkinkan.

* Untuk ulkus dekubitusnya :

1. Amati kulit setiap hari
2. Bersihkan kulit dapat menggunankan larutan fisiologis seperti Nacl secara rutin
3. Hindari pemakaian air panas, minialkan regangan dan gesekan pada kulit.
4. Jaga kelembaban kulit, jangan terlalu kering atau basah akibat keringat.
5. Ubah posisi pasien, lakukan miring kiri dan miring kanan setiap 2 jam sekali.
6. Oleskan pelumas/ krim sebagai pelapis protektif diatas alas/ tulang yang menonjol.
7. **Planning Diagnostik**

* Pemeriksaan Tekanan Darah Berkala
* Pemeriksaan EKG

**Anjuran Untuk Mengurangi Risiko Pada Anggota Keluarga Lainnya**

* Biasakan pola hidup sehat, mengatur pola makan sehat dan teratur
* Batasi konsumsi garam, konsumsi makanan berlemak dan bersantan
* Menghindari rokok dan alkohol
* Melakukan olahraga secara teratur

Banda Aceh, Juni 2016

Mengetahui,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dokter Pembimbing I  **dr. Astimarningsih**  NIP. 19831005 201412 2 001 | Dokter Pembimbing II  **dr. Ariefa Evildha Rahim**  NIP. 19840906 201103 2 001 |  |

Menyetujui

Kepala Puskesmas Jeulingke

**drg. Juwairiyah Nasution, M. Kes**

NIP. 19690729 199803 2 007