

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTRAMA

3.1 Pengkajian Pasien Kelolaan

Pasien bernama Tn. S, berusia 68 tahun jenis kelamin laki-laki, berstatus sudah menikah dan bekerja sebagai petani, pendidikan terakhir SD, beragama islam, beralamat di Dampit, nomor rekam medis 551xxx dengan diagnosa CKD, dengan riwayat penyakit DM dan Hipertensi. Pasien datang ke IGD dengan rujukan dari RSI Gondanglegi pada tanggal 19 Maret 2023 dengan keluhan Pasien nyeri bagian abdomen tidak segera sembuh. Pengkajian dilakukan tanggal 20 Maret 2023. Pada tanggal 13 Maret 2023 pasien mengeluh nyeri bagian perut tidak segera sembuh. Kemudian, pasien dibawa ke RSI Gondanglegi dilakukan perawatan selama 5 hari namun tidak ada perkembangan, tanggal 19 Maret 2023 langsung dirujuk ke RSUD Kanjuruhan dengan keluhan yang sama. kemudian dipindah ke ruang rawat inap Fatahillah jam 12.00 WIB. Pemeriksaan fisik didapatkan hasil kesadaran composmentis, pasien tampak lemah, meringis dan memegang area perut, nyeri terus menerus, sedikit berkurang jika pergerakan lebih sedikit. Tanda-tanda vital didapatkan saat pengkajian hasil TD : 238/149 mmHg, Suhu 36,2oC, Nadi 104 x/menit, dan pernapasan 22 x/menit, SPO2 98% dengan nasal canul.

Pasien saat dirumah makan 3x sehari dengan tahu, tempe, ikan laut dan pasien suka mengkonsumsi sayur. Pasien minum air putih sehari tidak ditakar. Pola eliminasi pasien ketika dirumah BAK 4x sehari. BAB 1 kali sehari dan tidak terdapat keluhan. Pola tidur di rumah kurang lebih 8 jam tidur malam, pasien tidak pernah tidur siang karena Bertani. Pada malam hari mudah terbangun karena ada suara, untuk tidur Kembali membutuhkan 15 menit. Pola kebersihan diri di rumah, pasien mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari setiap mandi, keramas 2 hari sekali, dan dilakukan sendiri

Di rumah sakit, pasien makan 3x sehari, hanya sedikit dan tidak habis. Mendapatkan diet diet HD Kebutuhan energi 1700 kkal , bentuk makanan nasi Cairan pasien minum 1000cc perhari. Terpasang infus NS 500 mL 20 tpm. Dan air putih 1 liter. Untuk pola eliminasi, BAK 4x sehari dan BAB 1x sehari, tidak

ada kelainan maupun keluhan. Untuk pola tidur, pasien tidak bisa tidur karena nyeri perut, sama saat seperti di rumah. Pola kebersihan diri di rumah sakit, mandi hanya seka 1x sehari, gosok gigi 1x sehari, keramas tidak pernah, Hasil pemeriksaan darah terdapat keabnormalan pada klorida sebanyak 112 mmol/L, GDA 97 mg/dL, ureum 189 mg/dL, kreatinin 16,9 mg/dL Mendapatkan terapi dan Tindakan Injeksi hemodialisis, Ceftriaxone 2 grm x 1, Inj Moxifloxacin 1 x 400, Inj Painlos 1 amp K/p, Inj Furosamid 3 x 40.

3.2 Analisis Data Dan Diagnosa

Pasien mengatakan perut terasa nyeri tidak kunjung selesai nyeri bagian perut terasa seperti ditusuk-tusuk terasa pada seluruh perut skala 4-5 terus menerus terlihat terus meringis ketika akan berpindah posisi Pasien terlihat gelisah tekanan darah 238/149 nadi pasien meningkat menjadi 106 x/mnt dengan data yang didapatkan diagnosa yang diambil (D.0077) Nyeri Akut b.d Agen pencededera fisiologis d.d sakit pada bagian perut 1. Pasien mengatakan adanya sesak nafas. Dalam data lain Tn.K nampak lemas warna kulit pasien kuning ureum : 189 mg/Dl kreatinin : 16,79 mg/dL diagnosa yang di dapatkan (D.0016) risiko perfusi renal tidak efektif b.d disfungsi ginjal d.d ureum kreatinin yang tinggi

3.3 Rencana Keperawatan

Mengobservasi Tn.K dengan cara mengidentifikasi lokasi nyeri yang dirasakan, karakteristik nyeri seperti apa yang dirasakan, frekuensi yang dirasakan terus menerus atau hilang timbul, kualitas nyeri sampai skala berapa yang dirasakan, Identifikasi respon nyeri non verbal, pemberian terapi relaksasi dengan menarik nafas fasilitasi tidur Pemberian obat analgetik

3.4 Implementasi

Intervensi yang diberikan pada pasien yaitu berfokus pada mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien selama 10 hari yang tiada henti. Memposisikan Tn.K nyaman mungkin untuk tetap rileks, kemudian mengintruksi pasien untuk tarik nafas dalam untuk memenuhi udara dalam paru-paru melalui hidung hitung 1-4, kemudian tahan nafas selama 2 detik, hembuskan melalui mulut selama 8 detik sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks, ulangi intruksi dengan fokus menganjurkan pasien melakukan selama 15 mnt dan dilakukan setiap nyeri.

3.5 Evaluasi

Setelah dilakukan intervensi diharapkan keluhan nyeri menurun raut wajah pasien tidak meringis gelisa membaik frekuensi nadi normal, pasien merasa nyaman keluhan tentang nyeri berkurang atau menghilang.

