

BAB 2

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan sejak tanggal 14 sampai 16 Desember 2022.

2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. S berusia 57 tahun berjenis kelamin laki-laki. Tn. S tinggal di Ngaben 12/4 Tanggulangin, beragama islam. Tn. S masuk ke RSUD Sidoarjo pada tanggal 13 Desember 2022 diantar oleh keluarganya. Diagnosa medis Tn. S adalah CKD ST V.

2.1.2 Riwayat Penyakit

1. Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian tanggal 14 Desember 2022, Tn. S (69 tahun) hari perawatan kedua, pasien mengatakan sulit tidur.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke IGD RSUD Sidoarjo pada tanggal 13-12-2022 pukul 02.00 WIB dengan keluhan sesak napas dan keringat dingin sejak sore, kesadaran composmentis, TD: 149/118 mmHg, Nadi: 87x/menit, RR: 30x/menit, suhu: 36°C. Pada tanggal 13-12-2022 pukul 10.45 WIB pasien ditransfer ke ruang Teratai Bawah dengan kesadaran composmentis, TD: 286/141 mmHg, nadi: 110x/menit, RR: 27x/menit, suhu: 36,4°C. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14-12-2022 pukul 08.40 WIB pasien mengeluh sulit tidur dan pusing.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Tn. S mengatakan sebelumnya pernah masuk rumah sakit dengan keluhan ginjal dari 2 tahun yang lalu, pasien rutin melakukan cuci darah seminggu 2 kali (rabu dan kamis). Pada lengan pasien terpasang av shunt pasien juga mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Tn. S mengatakan jika anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama, akan tetapi ibunya memiliki riwayat penyakit diabetes.

2.1.3 Pengkajian Perssitem

1. B1 (Breathing)

Pada saat dilakukan inspeksi pernapasan dada normal, gerakan dinding dada kanan/kiri sama, tidak terdapat retraksi otot bantu nafas dan tidak terdapat pernafasan cuping hidung. Saat dilakukan palpasi benjolan, vocal fremitus normal teraba simetris. Pemeriksaan taktik fremitus normal dikedua lapang paru dan bunyi sonor saat dilakukan perkusi. Hasil auskultasi bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat bunyi suara nafas tambahan.

2. B2 (Blood)

Saat dilakukan inspeksi terlihat bentuk dada simetris, saat dilakukan palpasi ictus cordis teraba, frekuensi nadi 98x/menit, CRT >2 detik. Pada saat dilakukan perkusi untuk menentukan letak jantung, batas kanan atas ics 2 linea parasternalis dextra, batas kanan bawah ics 4 linea parasternalis dextra, batas kiri atas ics 2 linea parasternalis sinistra, dan batas kiri bawah ics 4 linea medioclavicularis sinistra. Terdengar suara S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat murmur saat dilakukan auskultasi. Hasil pemeriksaan laboratorium yang didapatkan adalah WBC: $8.13 \cdot 10^3/\text{uL}$ [NR:4.50-11.50]; RBC: $3.0 \cdot 10^6/\text{uL}$ [NR:4.1-5.6]; HGB: 9.7 g/dL [NR: 11.7-16.2]; HCT: 30.5 %; PLT: $132 \cdot 10^3/\text{uL}$ [NR: 152-396].

3. B3 (Brain)

Saat dilakukan pengkajian Tn. S mengatakan pusing, pasien mengeluh kesulitan tidur, pasien mengatakan sering terbangun saat tidur, pasien mengatakan tidak puas dengan tidur. Kesadaran composmentis, pasien tampak sayu, terdapat lingkaran hitam di area mata, nilai skor SQS 40 (sedang), GCS: 4-5-6, reflek pupil terhadap cahaya (+), pupil isokor saat dilakukan inspeksi.

4. B4 (Bladder)

Saat dilakukan inspeksi didapatkan urine output: 1600/24 jam, diuresis: 1,07 cc/kgBB/jam dengan batuan injeksi furosemide 12amp/24jam, balance cairan: 150 ml/24 jam, tidak ada nyeri tekan dan tidak terdapat distensi pada kandung kemih saat dilakukan palpasi. Hasil pemeriksaan laboratorium yang didapatkan adalah GFR: 7,97 ml/mm/1,73m²[CKD ST V]; BUN: 52.2 mg/dL [NR:8.0-18.0]; Creatinin: 9.0 mg/dL [NR: 0.5-0.8]; Natrium: 148 mmol/l [NR: 136-145]; Kalium: 4.4 mmol/l [NR: 3.5-5.1]; Chlorida: 106 mmol/l [NR: 98-107].

5. B5 (Bowel)

Saat dilakukan inspeksi bentuk abdomen tampak normal, datar, mukosa bibir lembab, makan 3x sehari porsi habis, minum \pm 1200 cc/hari, hasil palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada seluruh lapang abdomen, perkusi terdengar bunyi timpani, dan saat auskultasi terdengar bising usus 18 x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium yang didapatkan adalah GDS: 426 mg/dL [NR:45-140].

6. B6 (Bone)

Saat dilakukan inspeksi tidak didapatkan odema pada ekstremitas atas maupun bawah, tidak terdapat sianosis, turgor kulit menurun, CRT >2 detik.

2.2 Terapi Farmakologi

Tabel 2. 1 Terapi Farmakologi Pasien Utama

No	Nama Obat	Rute
1.	Codein 3x10 mg	Oral
2.	Inj. Furosemide 12amp/24jam	IV

2.3 Analisa Data

Tabel 2. 2 Analisa Data Pasien Utama

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit tertidur - Pasien mengatakan sering terbangun saat tidur - Pasien mengatakan tidak puas dengan tidurnya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengantuk - Terdapat lingkaran hitam diarea mata - Pasien tampak sering menguap - Skor SQS : 40 (Sedang) 	<p>Chronic Kidney Disease</p> <p>↓</p> <p>Tidak mampu sekresi asam</p> <p>↓</p> <p>Asidosis</p> <p>↓</p> <p>Hiperventilasi</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Pola tidur</p>	<p>Gangguan Pola Tidur (D.0055)</p>

2.4 Diagnosa Keperawatan

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan pasien mengeluh sulit tertidur, pasien sering terbangun saat tiduur, pasien tidak puas dengan tidurnya, pasien tampak mengantuk, skor SQS : 40 (Sedang)

2.5 Intervensi

Rencana keperawatan pada diagnose gangguan pola tidur (D.0055) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24

jam diharapkan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil (L.05045): 1) Keluhan sulit menurun; 2) Keluhan sering terjaga menurun; 3) Keluhan tidak puas tidur menurun; 4) Keluhan pola tidur berubah menurun; 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun (PPNI, 2019). Intervensi pada gangguan pola tidur adalah dukungan tidur (I.05174) meliputi Observasi: 1) Identifikasi pola aktivitas dan pola tidur menggunakan instrument SQS (Sleep quality scale); 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). Terapeutik: 3) Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu matras, dan tempat tidur). Edukasi: 4) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit; 5) Lakukan terapi instrument musik. Kolaborasi: 6) Kolaborasi pemberian terapi medis Codein 3x10 mg per oral, inj Furosemid 12amp/24jam per IV..

2.6 Implementasi

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang direncanakan, baik secara keperawatan mandiri maupun kolaboratif diberikan selama 3x24 jam. Program terapi keperawatan secara mandiri yang diberikan adalah dukungan tidur melalui pemberian terapi instrument musik yang diberikan sehari sekali dengan durasi 45 menit. Terdapat terapi farmakologi yang diberikan meliputi Codein 3x10 mg per oral, inj Furosemid 12amp/24jam per IV.

2.7 Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang dilakukan 3x24 jam pada pasien kelolaan didapatkan masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi. Secara klinis beberapa kriteria hasil tercapai diantaranya: 1) Keluhan sulit menurun; 2) Keluhan sering terjaga menurun; 3) Keluhan tidak puas tidur menurun; 4) Keluhan pola tidur berubah menurun; 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun. Pada pasien kelolaan didapatkan hasil nilai skor SQS pada hari pertama nilai SQS 40 (sedang), pada hari kedua nilai skor SQS 30 (sedang), dan pada hari ketiga nilai skor SQS 21 (ringan).