Kasus Askep PKK Dasar

1. Seorang perempuan (Nn. N 20 Th) agam Islam, alamat malang, belum menikah. Dirawat di ruang bedah post op appendiktomy hari ke 3. Saat ini pasien mengeluhs susah BAB dan perutnya begah. Nn. N msuk rumah sakit pada tanggal 7 januari karena kesakitan di perut bagian kiri bawah, dan di operasi pada tanggal 8 januari. Operasi Nn. N berjalan lancar, dengan bekas luka terbalut kassa kurang lebih 5cm, tepi luka bersih tidak tampak kemerahan. Ibu Nn. N mengatakan nona N susah makan dan belum BAB sejak masuk rumah sakit, dan perutnya sudah mulai membesar.Hasil pemeriksaan fisik, KU lemah, TD : 100/90 mmHg, RR : 20x/mnt, HR: 90x/mnt, T: 36.2; mata tidak anemis, mukosa bibir kering, makanan habis ¼ porsi; penerikasaan abdomen : tampak distended, teraba keras pada bagian bawah, nyeri (-),BU tidak terdengar, perkusi pekak pada abdomen bagian bawah..Rencana terapi microlax supp 3x1, ranitidine IV 3X1, Ondansetron IV 3x1, IVFD dextrose 5% 1000 cc, diet lunak.
2. Seorang Anak, usia 5 tahun dibawa ke IGD karena BAB lebih dari 10x sehari dan badannya panas. Orang tua pasien mengatakan sebelumnya anak makan jajan di pasar, kemudian malam harinya BAB cair tdk berampas, ibu pasien hanya memberikan oralit untuk pengobatan awal, namun BAB tidak berhenti. Saat akan dilakukan pemeriksaan anak rewel terus menerus karena perutnya sakit. Hasil pemeriksaan didapatkan KU lemah, GCS 456, TTV : TD 90/60 mmHg, Frekuensi nadi 100x/mnt, RR 28x/mnt, Suhu 38.6⁰C. Head to toe mata tampak cowong dan anemis, mukosa bibir kering, badan teraba panas, kulit kering dan turgor kulit kembali lambat. Pemeriksaan abdomen didapatkan nyeri tekan (+), perkusi hipersonor, dan bising usus 20x/ mnt. Pasien mendapat terapi NS 500 cc dihabiskan dalam 8 jam kemudian maintenence D51/2 NS , antibiotic 3x1 oral, sanmol, oralit 3 sach / hari dan anti nyeri. Pasien mendapat diet bubur, dan anjuran banyak minum serta observasi intake dan output.
3. Seorang laki-laki berusia 32 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, belum menikah, pekerjaan pegawai swasta, pendidikan terakhir SMA dan bertempat tinggal di Malang, sumber informasi dari klien, keluarga dan status rekam medik. Klien masuk RSSA pada tanggal 11 Januari 2021. Pasien datang ke IGD ditemani oleh keluarga pada tanggal 11 Januari 2021 dengan keluhan nyeri dan perut membesar. Keluarga mengatakan pasien sering konsumsi alcohol sejak 1 tahun terakhir. Saat di IGD pasien direncanakan untuk USG dan didiagnosa sirosis hepatis. Keluhan utama klien saat dilakukan pengkajian tanggal 12 Januari 2021 nyeri di daerah perut kuadran kanan atas dan dibelakang tengah, faktor pencetus berubah posisi dan melakukan aktivitas sedang seperti berjalan, karakteristik nyeri panas dengan skala nyeri 8, intensitas 30 menit, timbul keluhan mendadak. Nyeri semakin berat bila klien beraktivitas sedang seperti berjalan dan berkurang saat klien tiduran dengan posisi semi fowler dan setelah diberikan obat Paracetamol 2 x 500 mg via oral. Klien mual, tidak selera makan, perut terasa begah, berat badan turun 2 kg, makanan habis ½ porsi. Klien mengatakan minum dalam sehari kurang lebih 1 ½ liter.

Keluarga mengatakan pasien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya karena menderita hepatitis C pada tahun 2018, pasien juga mempunyai alergi makanan terhadapa udang dan ikan. Saat ini pasien aktif bekerja di pabrik swasta sebagai staf pemasaran, kondisi rumah pasien di permukiman sempit yang dekat dengan sungai. Rumah pasien mempunyai 4 jendela namun cahaya matahari tidak maksimal karena terhalang oleh rumah warga yang lain.

Hasil pemeriksaan fisik di dapatkan data: Keadaan umum: sedang, kesadaran: compos mentis, GCS: 15 (E: 4, M: 6, V: 5), klien meringis sambil memegang bagian yang nyeri perut kanan atas. Tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 128 x/menit, pernafasan: 22 x/menit, Suhu: 36.3oC. BB saat ini: 57 kg, BB sebelum sakit: 59 Kg, tinggi badan 164 cm, BBI: 57.6-70.4 kg. Makanan yang di sajikan habis ½ porsi, LILA: 24 cm, lingkar perut: 90 cm, konjungtiva anemis, warna kulit pucat, akral dingin, sklera ikterik, CRT: 4 detik. Pemeriksaan inspeksi permukaan Abdomen asites, auskultasi: Peristaltik (+), bising usus 8 x/menit, palpasi: Perut kembung, nyeri tekan di rasakan pada kuadran kanan atas, terdapat pembesaran hepar/hepar teraba, perkusi: Dullness pada daerah kanan atas, timpani pada kuadran yang lain.

Pemeriksaan penunjang tanggal 11 Januari 2021: Hemoglobin **↓** 7.8 g/dL (13.2 - 17.3 g/dL), Hematokrit **↓** 27 % (33 - 45 %), Leukosit **↓** 2.7 ribu/ul (5.0 - 10.0 ribu/uL), Trombosit **↓** 55 ribu/ul (150 - 440 ribu/uL), Eritrosit **↓** 3.40 juta/uL (4.40 - 5.90 juta/uL), VER 80.5 fl (80.0 - 100.0 fL), HER **↓** 23.1 pg (26.0 - 34. 0 pg), KHER **↓** 28.7 g/dl (32.0 - 36.0 g/dL), RDW **↑** 17.8 % **(**11.5 - 14.5 %). Pemeriksaan Rontgen thorax tanggal 30 Juli 2017 kesan: Cor dan pulmo dalam batas normal. Pemeriksaan ultrasongrafi tanggal 29 Juli 2017 hasil: Sirosis hepatis, splenomegaly dan asites.

Terapi obat tanggal 11 Januari 2021: Ciprofloxacin 2 x 400 mg (jam 06.00 dan jam 18.00) via drip, Cefotaxime 3 x 1 gr (jam 10.00, jam 18.00 dan 21.00) via IV, Omeprazole 2 x 40 mg (jam 10.00 dan jam 18.00) via IV, Sukralfat 2 x 500 mg (jam 06.00 dan jam 18.00) via oral, Paracetamol 2 x 500 mg (jam 10.00 dan jam 18.00) via oral, Kalium klorida (KSR) 2 x 1200 mg (jam 10.00 dan jam 18.00) via oral, Laktulak 2 x 60 ml (jam 06.00 dan jam 18.00) via oral, Vit K 2 x 10 mg (jam 06.00 dan jam 18.00) via drip. Tanggal 31 Juli 2017: Furosemide 1 x 40 mg (jam 10.00) via oral, Spironolakton 1 x 100 mg (jam 10.00) via oral. Klien mendapat Diet TKTP 2100 kkal.

1. Seorang wanita usia 67 tahun dirawat di unit stroke dengan diagnose CVA Trombosis. Klien mengeluh seluruh tubuhnya terasa lemah dan kaku. Klien tidak bisa miring kanan/ kiri dan duduk sendiri. Kedua ekstremitas bawah ka/ki kaku dan tidak bisa lurus. Klien mengatakan menderita Hipertensi sejak ± 13 tahun yang lalu, pada awalnya klien rutin kontol ke dokter dan minum obat secara teratur. Namun karena keterbatasan ekonomi dan tidak punya dana lagi untuk pengobatan, klien akhirnya tidak control dan minum obat lagi. Pada bulan Juli tahun 2018 klien mengalami stroke yang pertama kalinya. Klien mengalami kelumpuhan pada ekstremitas kiri. Namun klien dapat sembuh kembali dengan minum obat tanpa perawatan di rumah sakit. Pada bulan Desember tahun 2019 klien mengalami stroke kembali untuk kedua kalinya dan dirawat di Rumah Sakit Murangan selama ± 5 hari. Setelah serangan tersebut klien dapat sembuh kembali dengan gejala sisa (klien berjalan dengan kakinya diseret-seret). Dan Pada februari 2016 klien mengalami serangan kembali untuk yang ketiga kalinya, sampai saat ini klen masih terbaring kaku di tempat tidur.

Hasil Pemeriksaan Keadaan umum tampak lemah, TD : 150/90 mmHg, rambut tampak kotor dan berminyak, mulut berbau, kulit kering dan bersisik, tonus otot 0/0/0/0. Pada bokong terdapat luka seluas 5x 7cm, pus (+), nekrosis (-). Saat ini seluruh aktivitas pasien dibantu dan pasien terpasang kateter.

1. Seorang laki-laki usia 55 tahun (Tn.M , Islam sudah menikah, alamat malang) dirawat di ruang ICU dengan diagnosis infark miokard. Pasien dibwa ke rs karena mengeluh sesak dan nyeri di area dada, tembus sampai punggung dengan skala 9, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk. Pasien juga mengatakan gampang capek sehingga kesulitan melakukan ADL. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu namun tidak rutin minum obat dan masih sering merokok, sebelumnya ayah pasien meninggal dengan penyakit hipertensi. Saat ini pasien observasi di ICU, dengan kondisi stabil dan keluhan nyeri sudah berkurang. Saat ini pasien mengeluh sesak, mual dan susah BAB.

 Hasil pemeriksaan keadaan umum tampak lemah, GCS 456, TD : 170/100 mmHg, HR : 80x/mnt, RR : 32x/mnt, T : 36⁰C, Konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, akral dingin, CRT > 2 detik, retraksi dinding dada (+) , ictus cordis terlihat, teraba pembesaran jantung, wheezing (+), ronchi (+), terdapat edema pada kaki kanan dan kiri. Terpasang DC dengan PU 300 cc/hari, warna kuning pekat, abdomen distended, BU tidak terdengar. Makanan utuh, pasien hanya mau minum air putih. Rencana terapi, IVFD RL 500 cc/ 24 jam, microlax sup 2x1, dobutamin 10cc via syring pump, oksigenasi NRBM 12 lpm, EKG dan foto thorax jantung

1. Seorang perempuan usia 47 tahun,dirawat di Ruang Isolasi keluhan batuk dan sesak. Pasien jugam engatakan batuk terus menerus sampai tidak bisa tidur. Pasien tidak mau makan karena mulutnya terasa tidak enak, terkadang dadanya juga nyeri ketika batuk dengan skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk pada bagian dada. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah batuk batuk sejak 3 bulan yang lalu, sebelumnya pasien suka merokok dan minum kopi setiap hari. Selama ini pasien hanya diberi obat warung saja, namun demikian kondisi pasien tidak membaik dan pasien menjadi tambah kurus. Keluarga pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi (ayah pasien) dan diabetes (ibu pasien). Sehari hari dirumah pasien bekerja sebagai pegawai pabrik dan sekarang punya 2 anak dan 1 istri. Istri pasien seorang ibu rumah tangga. Pasien belum pernah masuk rumah sakit dan tidak mempunyai riwayat penyakit.

Dari hasil pemeriksaan didapatkan pasien tampak lemah,TD 100/90 mmHg, Frekuensi nadi 90x/mnt, RR 28x/mnt, T: 36,7⁰C, BB = 50 kg, TB 165 cm. Hasil pemeriksaan head to toe terdapat kantong mata, anemis (-), dahak (+) berwarna kuning kental, retaksi dinding dada(+), insipirasi lebih panjang dari ekspirasi, terdapat ronchi di lobus paru atas kanan dan kiri, pasien kesulitan untuk melakukan aktivitasnya secara mandiri, seluruh ADL nya dibantu perawat dan keluarga karena pasien gampang sesak. Paien mendapatkan diet TKTP, namun hanya menghabiskan ¼ dari porsi makannya. Jam tidur pasien berkurang, yakni 5 jam perhari akibat batuk. Dari hasil pemeriksaan penunjang didapatkan data leukosit 30.000 , Hasil foto thorax tampak infiltrate pada lobus paru atas dextra dan sinistra.

Pasien mendapat terapi obat oral anti TB, Oksigenasi simple mask 6 lpm, obat injeksi Ondansetron 2ml 3x1, ranitidine 2ml 3x 1 , Ceftroaxon 1g, 3x1. Pasien juga mendapatkan terapi cairan RL 500 cc/ hari. Saat ini pasien mengatakan siap menjalani pengobatan dan ingin cepat sembuh agar bias sehat dan bekerja kembali.

1. Seorang perempuan ( Ny,Y) Usia 56 tahun, sudah menikah, alamat malang , pekerjaan Wiraswasta, saat ini dirawat di ruang bedah. Pasien masuk rumah sakit karena nyeri pada paudara kanannya dan terdapat benjolan. Sebelumnya pasien pernah melakukan pengobatan alternative selama satu tahun, namun tidak kunjung sembuh dan malah ada luka. Nyeri berskala 8, seperti ditusuk-tusuk, dan kadang menjalar sampai punggung, nyeri semakin hebat jika beraktivitas, dan tidak hilang dengan istirahat.

Hasil pemeriksaan fisik, KU lemah, TD 120/80 mmHg, RR : 18x/mnt, HR : 100x/mnt , grimace (+), diaphoresis (+), konjungtiva tidak anemis, akral dingin, pada bagian dada tidak simetris karena ada benjolan di payudra kanan kurang lebih 10 cm, lesi (+), darah (+), nanah (+). Aktivitas pasien dibantu dengan tonus otot 4/4/4/4, dan eliminasi dilakukan diatas tempat tidur. Pasien mengatakan malu dengan kondisi tubuhnya sekarang dan tidak bersedia ditemani siapapun

1. Seorang laki laki usia 20 tahun belum menikah, agama islam, mahasiswa, alamt malang. Saat ini pasien dirawat di ruang bedah dengan fraktur cruris. Dua hari yang lalu pasien dibawa ke IGD Karen kecelakaan lalu lintas, dan sempat pasien mengeluh nyeri hebat di darah kaki nya yang patah dengan skala nyeri 10. Teman pasien mengatakan pasien mengalami kecelakaan motor dengan motor kemudian pasien jatuh ke tepi jalan dan kaki nya terkena batu. Saat ini pasien terpasang traksi dan mengeluh susah beraktivitas karena hnya bisa tidur dan duduk, susah berpindah, pasien juga merasa badanyya kotor dan ingin mandi. Hasil pemeriksaan didapatkan Keaadan umum lemah, GCS 456, Wajah tampak grimace (-), TD 120/80 mmHg, HR : 100x/mnt, RR 28x/ mnt, Suhu 36.8⁰C. Terdapat luka abrasi pada wajah pasien, akral dingin, fraktur pada betis kiri terpasang skin traksi, sianosis perifer (-), CRT > 2 dtk. Bau mulut menyengat, rambut tampak kotor, kulit bersisi, sprei dan pakaian kotor. Pasien mendapat terapi IVFD RL, antibiotic IV, anti nyeri rencana rawat luka debridement. Saat ini seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarganya, dan pasien dipasang kateter.
2. Seorang laki-laki, usia 44 tahun, pekerjaan tukang sepatu di rawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan utama nyeri perut, tidak ada nafsu makan dan mencret berbusa. Keluhan mencret sudah dirasakan 3 bulan yang lalu , malam keringat dingin dan kadang demam. Pasien pernah di rawat di RS dengan penyakit menderita lever sejak 2 tahun yang lalu. Pasien mengkonsumsi obat putaw dengan cara suntik. Karena menggunakan obat terlarang akhirnya ditangkap oleh polisi dan dimasukan ke LP. Hasil

pemeriksaan fisik : kesadaran compos mentis, GCS E4M6V5, Tensi 140/90 mmHg, Nadi 120 x/menit, Suhu 39 0C, RR 22X/menit, konjungtiva anemis,, ada bau mulut, lidah bercak-bercak putih dan tidak hiperemikserta tidak ada peradangan pada faring, tidak ada asites, palpasi hati dan limpa tidakmembesar, ada nyeri tekan, perkusi bunyi redup, bising usus 12 X/menit,kulit keriput, pucat,akral hangat

Pemeriksaan Laboratorium : metode imunokromatografi positii dan ELISA I dan ELISA IIpositif. Pemeriksaan hematologi : Hb 10,5 gr/dl, Leukosit 4,4 x 10 9/L, trombosit 543 X 109L, GDA 69 mg/dl, SGOT 54 4/L, BUN 32 mg/dl dan kreatinin serum 1,95 mg/dl.Terapi : Hidrase 3 X 1 tablet, Cotrimoxasol 2 X 2 tablet dan infuse RL 20 tetes/menit.

1. Seorang anak usia 8 tahun dirawat di ruang anak dengan keluhan panas hari ke 3, saat ini anak lemah, dan mual. Sebelumnya pasien sudah dibelikan ibunya obat panas di warung namun tidak kunjung sembuh, keesokan harinya anak mengalami perdarahan pada gusi ,muntah –muntah dan dibawa ke rumah sakit. Hasil pemeriksaan KU lemah, gcs 456, suhu GCS 38 °C, kunjungtiva anemis, wajah tampak pucat, mukosa bibir kering, peteki (+), gusi masih berdarah, kulit kering, turgor kulit kembali lambat, akral dingin, CRT >2 detik. Anak tidak mau makan, makanannya utuh dan hanya mau minum karena mual.

Hasil pemeriksaan laboratorium terjadi trombositopenia, dan leukopenia,. Rencana terapi : IVFD asering 1000cc/hari, IV antrain 3x1, ranitidine 3x1, ondansetron 3x1, diet lunak, cairan oral diperbanyak