

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Hasil

1. Kondisi Lokasi Laporan Kasus

Penyusunan laporan kasus ini dilaksanakan di RSUD Prof. dr. W.Z. Johannes Kupang, yang berlokasi strategis di Jl. Dr. Moh. Hatta No. 19, Kelurahan Fontein, Kecamatan Kota Raja, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur. Rumah sakit ini merupakan pusat rujukan utama di wilayah NTT yang menyediakan pelayanan kesehatan komprehensif. Aksesibilitas yang terjangkau ini memungkinkan masyarakat dari wilayah pinggiran kota untuk mendapatkan penanganan medis tingkat lanjut secara cepat. Sebagai rumah sakit rujukan tipe B pendidikan, RSUD Prof. dr. W.Z. Johannes memiliki fasilitas pelayanan yang lengkap, termasuk pusat perawatan onkologi ginekologi dan instalasi gawat darurat yang siap menangani kasus-kasus kesehatan.

2. Karakteristik Subyek Laporan Kasus

Subyek dalam laporan kasus ini adalah seorang pasien perempuan dengan mengeluh ketidaknyamanan karna penyakit CKD on HD atau gagal ginjal diwilayah kerja RSUD Prof.W.Z.Johannes Kupang.

3. Hasil Laporan Kasus

a. Pengkajian Keperawatan

Proses asuhan keperawatan pada kasus kelolaan ini dilakukan dari pengkajian keperawatan hingga evaluasi keperawatan yang dapat dijabarkan sebagai berikut. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Januari 2026 pada puku 09.30 Wita diruanga Edelweis Rumah Sakit Umum Daerah Prof. DR. W. Z Johanes Kupang. Data diperoleh dari hasil observasi dan wawancara. Berikut adalah data yang diperoleh dari hasil pengkajian tersebut.

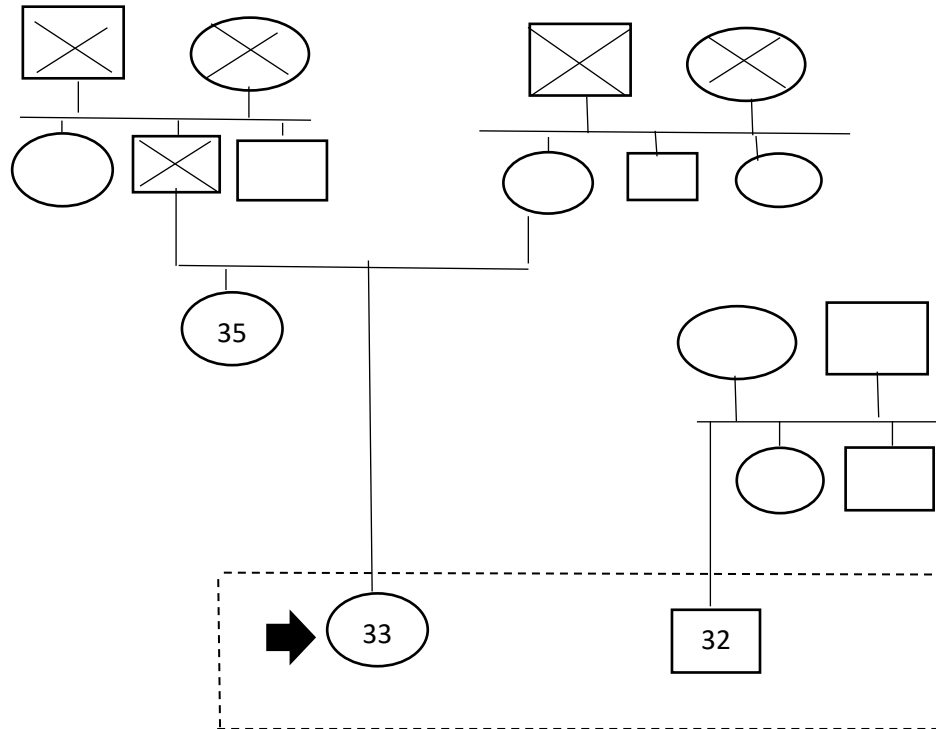
1. Identitas Pasien

Pasien yang dikaji adalah seorang perempuan bernama Ny. R.N, yang lahir pada tanggal 24 Januari 1992. Saat ini, pasien berusia 33 tahun dan berdomisili di Sikumana. Dalam kesehariannya, Ny. R.N merupakan seorang Ibu Rumah Tangga (IRT) dengan latar belakang pendidikan terakhir di jenjang Sarjana (S1). Secara administratif dan sosial, ia berstatus sudah menikah, beragama Kristen, dan berasal dari suku bangsa Rote.

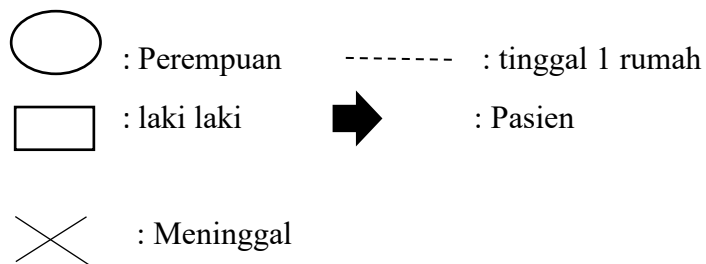
Dalam proses perawatan dan pengambilan keputusan medis, Ny. R.N didampingi oleh suaminya yang bertindak sebagai penanggung jawab, yaitu Tn. I. Tn. I adalah seorang anggota Polisi yang tinggal di alamat yang sama dengan pasien di wilayah Sikumana.

2. Keluhan utama saat ini, Ny. R.N mengatakan nyeri perut bagian bawah seperti di remas/ di tertusuk tusuk, Skala nyeri 6-7 biasanya nyeri sering muncul tiba tiba dengan sendirinya, ataupun saat bergerak, beserta pasien sering mengalami pusing, mual muntah, sesak napas.
3. Riwayat penyakit saat ini: Pasien Ny. R.N mengatakan dia merasakan nyeri yang sangat luar biasa seperti tertusuk tusuk benda tajam pada perut bagian bawah, menjalar ketengah, sesak napas disertakan dengan mual muntah, badan terasa demam dan lemas, kaki semua bengkak, Ny.R.N memanggil meminta tolong kepada suaminya Tn.I, karena konsisi Ny.R.N terlihat lemas ahirnya Ny.RN langsung di bawa ke Rumah Sakit RSUD Prof. Dr.W Z Johannes Kupang jam 10:00 wita pada hari kamis, tanggal 08 januari 2026.
4. Riwayar Masa Lampau : Ny.R.N mengatakan sebelumnya pernah rawat di Rumah sakit Benboi dari bulan juli, Ny.R.N masuk rumah sakit di benboi selama kurang lebih 2 bulan lamaya.
5. Riwaya penyakit keluarga, Ny. R.N mengatakan dalam keluarga belum atau tidak ada yang pernah mengalami sakit seperti yang di alami pasien saat ini.

Riwayat Keluarga/Genogram



Keterangan :

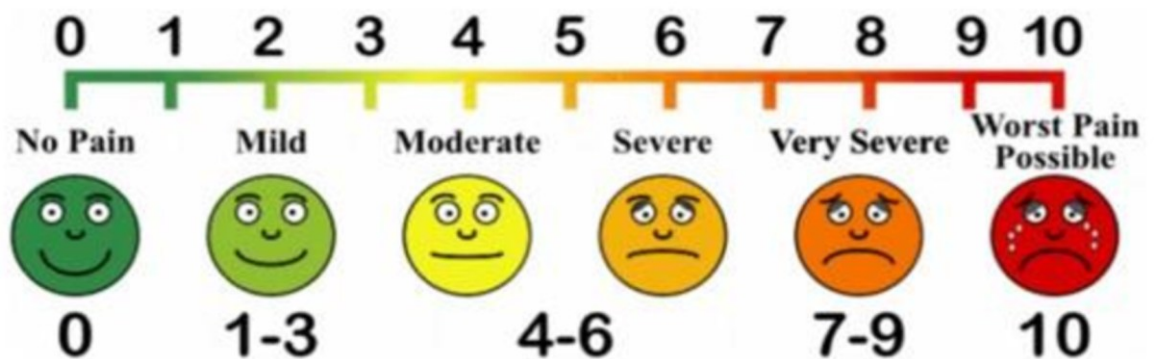


6. Pemeriksaan Fisik

Hasil didapatkan keadaan umum kesadaran composmentis,(GCS;E4, V5,M6),

- 1) tanda tanda vital, Tekan Darah ; 170/80 mmhg, Nadi ; 105 x/menit, suhu ; 36,8, pernapasan ; 24x/menit

- 2) Kepala dan leher ; Ny. R.N mengatakan tidak merasakan pusing, bentuk, ukuran dan posisi kepala normal, Penglihatan ; kabur konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak pakai kaca mata,, tidak nyeri tidak ada peradangan, pendengaran tidak ada gangguan, tidak ada nyeri dan peradangan, wajah ; ekpresi meringis.
- 3) System pencernaan ; Ny. R.N mengeluh nyeri sekali seperti tertusuk tusuk benda tajam pada perut bagian bawah, sering sering tiba tiba muncul, nyeri juga sering muncul saat tidur miring,
- Inspeksi ; Ny.R.N terlihat meringis kesakitan dan raut wajah Ny.R.N terlihat menahan rasa sakit sambil memegang perut bagian bawah, menahan rasa nyeri pada perut bagian bawah saat tidur, saat duduk, berdiri, maupun berjalan ke kamar mandi, skala nyeri 6-7, nyeri sering muncul tiba tiba, turgor kulit normal, keadaan bibir kering, warna mukosa pucat, tidak ada luka/pendarahan, tidak ada tanda tanda radang, keadaan gusi normal,
 - keadaan abdomen ; warna kulit pucat, tidak ada luka, pendarahan, kaki bengkak, perut bengkak, sering merasa mual dan muntah,
 - Palpasi ; nyeri tekan perut bagian bawah.
- 4) System persyarafan ; tidak ada keluhan,
Keluhan Subyektif (Nyeri)



P : paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri) = pasien mengatakan nyeri sering muncul spontan, bertambah saat bergerak

Q : kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan serta deskripsi sifat nyeri yang dirasakan = nyeri terasa tumpul terasa seperti tertusuk/diremas

R : region/tempat(Lokasi sumber & penyebarannya) = perut bagian bawah

S : severity/Tingkat berat nyeri(skala nyeri 1-10) = pasien mengatakan skala nyerinya di angka 7-9

T : time(kapan keluhan dirasakan dan lamanya) = Hilang timbul, menetap > 15 menit.

kesadaran ; composmentis, GCS(E4,V5,M6), pupil isokor, tidak kejang, kordinator Gerak normal, refleks normal.

- 5) System muskuloskeletal ;tidak ada keluhan, tidak ada Kelainan ekstremitas, tidak ada nyeri otot dan sendi, refleks sendi normal, lesi tidak ada, kekuatan otot ;

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | 5 | | |
| | | 5 | 5 |

- 6) System perkemihan ; Ny.R.N mengatakan nyeri saat BAK, Tidak menggunakan alat bantu keteter, Kandung kencing tidak membesar
Sistem endokrin ; tidak ada keluhan, tidak ada pembesaran kelenjar.
7. Sistem reproduksi ; tidak ada keluhan, siklus menstruasi normal 28-30 hari setiap bulan, payudara normal, belum pernah hamil, pengeluaran pervagina normal.
8. Riwayat kegiatan sehari-hari;
- a. Nutrisi
- a) sebelum sakit : Ny.R.N mengatakan setiap hari makan nasi, sayur dan ikan/daging, frekuensi makan 3 kali/hari, tidak ada pantangan makanan tertentu, suka semua makanan, minum air sehari kurang lebih 1.200-1.500cc, BB 60 Kg, TB 152 cm,

- b) Perubahan selama sakit ; saat ini Ny. R.N makan makanan yang disajikan petugas Rumah Sakit (makanan lembek),
 - b. Pola Eliminasi ; Pola BAB sebelum sakit ; kebiasaan tanpa dibantu, frekuensi 1-2 kali sehari, warna kuning, bau khas, konsistensi lembek, Perubahan selama sakit susah BAB tidak lancer
Pola BAK sebelum sakit : BAK normal, frekuensi 8x sehari warna kuning, bau khas. Selama sakit : Ny.R.N mengatakan susah BAK
 - c. Olah raga dan aktivitas ; sebelum sakit ; Ny. R.N mengatakan kegiatan olah raga yang disukai Bola voli, latihan beberapa kali seminggu, perubahan selama sakit ; Pasien mengatakan sudah tidan pernah main lagi karna lebih focus pengobatan
 - d. Istirahat dan tidur ; sebelum sakit Ny. R.N mengatakan tidur malam jam 22.00 wita, bangun jam 07.00 wita, siang tidur jam 13.00, bangun jam 15.00 wita, mudah tertidur jika sudah mengantuk. Perubahan selam sakit, saat ini Ny. R.N hanya istirahat baring/tidur, namun seringkali selalu terbangun karena rasa nyeri diperut bagian bawah yang muncul tiba-tiba saat tertidur, dan saat tidur ganti posisi miring kiri, ataupun menggerakkan kaki kanan.
2. Pola interaksi Sosial
- a) Interaksi sosial, Ny. R.N, tinggal dengan suami, interaksi dengan keluarga, teman dan tetangga baik, rumah milik sendiri, cukup luas, jauh dari sungai/kali dan kebisingan, jika ada masalah Ny. R.N, selalu mengatakan kepada suami secara baik baik
3. Kegiatan keagamaan / Spiritual ;
- a) Ny.R.N mengatakan selalu mengikuti kegiatan Ibadah di Gereja setiap hari minggu, Ibadah Pemuda, Ibadah Rumah Tangga, dan sebagai anggota organisasi pemuda Gereja setempat.
4. Keadaan psikologis selama sakit
- Ny.R.N, mengatakan penyakit yang diderita saat ini cukup berat dan rasa nyeri yang dialami sangat mengganggu aktifitas maupun istirahatnya,

Ny.R.N, merasa yakin setelah dirawat dan diobati di rumah sakit ini dia akan pulih dan sehat, interaksi dengan petugas kesehatan sangat baik dan kooperatif.

5. Pemeriksaan Penunjang/Laboratorium

Tabel 4

Hasil pemeriksaan laboratorium Ny. R.N Pemeriksaan laboratorium

(Tanggal, 13 januari 2026)

| PEMERIKSAAN | HASIL | NILAI RUJUKAN |
|---------------------|--------------|--------------------------|
| HEMATOLOGI | | |
| Darah rutin | | |
| Hemaglobin | 7.0 | 12.0-16.0 |
| Jumlah Eritrosit | 2.91 | 4.20-5.40 |
| Hematokrit | 21.3 | 37.0-47.0 |
| MCV MVH MCHC | | |
| MCV | 73.2 | 81.0-96.0 |
| MCH | 24.1 | 27.0-36.0 |
| Hitung Jenis | | |
| Esinofil | 0 | 1-5 |
| KIMIA DARAH | | |
| Kreatinin Darah | 7.56 | 0.00-1.10 |
| Urea N | 58.00 | 6.00-20.00 |

Tanggal 15 januari 2026

| PEMERIKSAAN | HASIL | NILAI RUJUKAN |
|---------------------|--------------|----------------------|
| HEMATOLOGI | | |
| Darah rutin | | |
| Hemaglobin | 5.6 | 12.0-16.0 |
| Jumlah Eritrosit | 2.32 | 4.20-5.50 |
| Hematokrit | 16.8 | 37.0-47.0 |
| MCV MVH MCHC | | |
| MCV | 72.4 | 81.0-96.0 |
| MCH | 24.1 | 27.0-36.0 |
| Hitung Jenis | | |
| Esinofil | 1 | 1-5 |
| Basofil | 0 | 0-1 |
| Neutrophil | 61 | 50-70 |

| | | |
|--------------------|-------|-------------|
| Limfosit | 26.30 | 20.00-40.00 |
| KIMIA DARAH | | |
| Kreatinin Darah | 6.18 | 0.00-1.10 |
| Urea N | 55.00 | 6.00-20.00 |
| Elektrolit | | |
| Natrium Darah | 130 | 132-147 |
| Kalium Darah | 3.71 | 3.50-4.50 |
| Klorida Darah | 94 | 96-111 |
| Total Calium | 2.29 | 2.20-2.55 |

6. Pengobatan

Tabel 5

Protokol Pengobatan Kemoterapi

| No | Nama Obat | Dosis | Rute | Tujuan Pemberian |
|----|-----------------|--------------------|-----------------|---|
| 1 | Dexamethasone | 20 mg | IV (Injeksi) | Mencegah reaksi alergi berat (hipersensitivitas) dan sebagai anti-mual. |
| 2 | Ondansetron | 4 mg | IV (Injeksi) | Mencegah mual dan muntah akut yang dipicu oleh zat kimia kemoterapi. |
| 3 | Diphenhydramine | 10 mg | IV (Injeksi) | Antihistamin untuk mencegah gatal, kemerahan, atau sesak napas saat kemo. |
| 4 | Paclitaxel | 240 mg | IV (Infus) | Obat kemoterapi utama untuk mematikan dan menghambat sel kanker. |
| 5 | Carboplatin | 150 mg | IV (Infus) | Obat kemoterapi untuk merusak DNA sel kanker agar tidak berkembang biak. |
| 6 | Koditan | 3 x 1 Tablet | Oral | Pereda nyeri sedang hingga berat (mengandung kombinasi analgetik). |
| 7 | Lactulose | Sesuai indikasi | Oral (Sirup) | Pencahar untuk mengatasi sembelit akibat efek samping obat nyeri & kemo. |

b. Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan pada Ny. R.N menggunakan komponen problem (P), etiologi (E), serta sign and symptom (S). Pada bagian problem ditemukan masalah gangguan rasa aman dan nyaman. Pada bagian etiologi ditemukan penyebab berupa nyeri Akut akibat agen pencedera fisiologis yang berhubungan dengan *Chronic kidney disease* (CKD) atau gagal ginjal serta tindakan medis yang dijalani. Pada bagian sign and symptom ditemukan pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah yang menetap, merasa tidak nyaman, tampak meringis, gelisah, mengalami gangguan istirahat tidur, serta menunjukkan kecemasan terhadap kondisi penyakitnya.

Tabel 6

Analisis Data pada Ny. R,N dengan Masalah gangguan rasa aman nyaman

| No | Data Fokus | Etiologi | Masalah |
|----|---|----------------------------------|------------|
| 1 | <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah skala nyeri 6-7 - Pasien mengeluh Kesulitan tidur atau pola tidur yang terganggu karena nyeri di bagian perut bawah, Pasien mengeluh sesak napas terutama saat berbaring - PQRST : <p>P(Provokatif/Palliative): Pasien mengatakan nyeri muncul spontan</p> <p>Q (Quality): Nyeri terasa tumpul dan seperti diremas.</p> <p>R (Region): Perut bagian bawah.</p> <p>S (Severity): Skala nyeri 7 (1-10).</p> | <p>Agen Pencedera Fisiologis</p> | Nyeri akut |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>T (Timing): Hilang timbul, menetap > 15 menit.</p> <p>Skala nyeri 7</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis, Pasien tampak pucat, lemah, bibir kering, pasien terpasang o2 nasal canul 3 LPM, pasien terpasang infus NaCl <p>TTV :</p> <p>TD : 170/100 mmhg</p> <p>N : 97x/mnt</p> <p>SPO2 : 95%</p> <p>RR : 24x/mnt</p> <p>S : 36,7 C</p> | | |
|--|--|--|--|

Berdasarkan data tersebut, diagnosis keperawatan pada Ny. R.N dapat dirumuskan yaitu nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah yang berlangsung lama, tampak meringis, serta adanya gangguan kenyamanan.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi asuhan keperawatan untuk mengatasi gangguan rasa aman dan nyaman pada pasien Ny. R.N dengan CKD on HD atau gagal ginjal disusun berdasarkan tabel sebagai berikut.

Tabel 7

Intervensi Asuhan keperawatan pada Ny.R.N gangguan rasa aman nyaman dengan CKD on HD

| No | SDKI | SLKI | SIKI |
|----|--|--|--|
| | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri perut bawah, sulit | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka Tingkat Nyeri (L.08066) menurun | Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: - Identifikasi lokasi, karakteristik, |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>tidur, TD 170/100 mmHg, dan nadi 97x/menit.</p> <p>PQRST :</p> <p>P(Provokatif/Palliative): Pasien mengatakan nyeri muncul spontan</p> <p>Q (Quality): Nyeri terasa tumpul dan seperti diremas.</p> <p>R (Region): Perut bagian bawah.</p> <p>S (Severity): Skala nyeri 7 (1-10).</p> <p>T (Timing): Hilang timbul, menetap > 15 menit.</p> <p>Skala nyeri 7</p> | <p>dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri cukup menurun. 2) Meringis cukup menurun. 3) Kesulitan tidur cukup menurun. 4) Tekanan darah cukup membaik (mendekati normal). | <p>durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri (PQRST).</p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri (misal: kompres hangat pada perut bawah atau teknik relaksasi). <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri. <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu. |
|--|---|---|--|

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 12-14 januarai 2026 dilakukan Di Ruangan Edelweis RSUD Prof W.Z Johannes Kupang.

Tabel 8

Implementasi Asuhan keperawatan pada Ny.R.N gangguan rasa aman nyaman dengan CKD on HD

| No | Diagnosa keperawatan | Hari/tgl | Jam | Implementasi |
|----|--|------------------|---------|--|
| 1 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d | Senin,12/01/2026 | 09 : 30 | 1. Mengidentifikasi nyeri dengan metode PQRST: |

| | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|--|
| | <p>pasien mengeluh nyeri perut bawah, sulit tidur, akibat nyeri perut TD 170/100 mmHg, dan nadi 97x/menit.</p> <p>PQRST :</p> <p>P(Provokatif/Palliative): Pasien mengatakan nyeri muncul spontan</p> <p>Q (Quality): Nyeri terasa tumpul dan seperti diremas.</p> <p>R (Region): Perut bagian bawah.</p> <p>S (Severity): Skala nyeri 7 (1-10).</p> <p>T (Timing): Hilang timbul, menetap > 15 menit. Skala nyeri 7</p> | | <p>10 : 20</p> <p>12 : 30</p> <p>13 : 30</p> | <p>P (Provokatif/Palliative): Pasien mengatakan nyeri muncul spontan</p> <p>Q (Quality): Nyeri terasa tumpul dan seperti diremas.</p> <p>R (Region): Perut bagian bawah.</p> <p>S (Severity): Skala nyeri 7 (1-10).</p> <p>T (Timing): Hilang timbul, menetap > 15 menit.</p> <p>2. Memberikan kompres hangat pada perut bawah dan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil: Pasien mengikuti instruksi, namun masih tampak meringis.</p> <p>3. Membantu memposisikan pasien (semi-fowler). Hasil: Pasien merasa sedikit lebih rileks, namun posisi kaki masih sering berubah karena rasa tidak nyaman.</p> <p>4. Memberikan Teknik relaksasi napas dalam Hasil ; pasien tampak lebih baik</p> |
| | | <p>Selasa,13/01/2026</p> | <p>10 : 30</p> <p>12 : 40</p> | <p>1. Melakukan monitor skala nyeri (PQRST) ulang. Hasil: Skala nyeri turun menjadi 6</p> <p>2. Mengulang pemberian kompres hangat dan memfasilitasi lingkungan yang tenang untuk mendukung tidur. Hasil: Pasien tampak lebih tenang.</p> <p>3. Mengingatkan kembali penggunaan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul. Hasil: Pasien mampu melakukan napas dalam secara mandiri tanpa</p> |

| | | | | |
|--|--|------------------------|---------|--|
| | | | 14 : 00 | instruksi saat merasa nyeri mulai timbul. |
| | | Rabu,14/01/2025 | 10 : 00 | 1. Mengevaluasi efektivitas teknik non-farmakologis (kompres hangat & relaksasi). Hasil: Pasien menyatakan bahwa kompres hangat sangat membantu. |
| | | | 11 : 30 | 2. Memberikan dukungan emosional dan penguatan terhadap kemampuan pasien mengontrol nyeri. Hasil: Pasien tampak lebih tenang, wajah rileks |
| | | | 12 : 30 | 3. Mendorong pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri. Hasil: Pasien mampu melakukan teknik relaksasi secara efektif tanpa bantuan perawat. |
| | | | 13 : 50 | 4. Menjelaskan cara menangani nyeri jika muncul kembali di rumah. Hasil: Pasien mampu menyebutkan kembali cara kompres hangat dan relaksasi. |

e. Evaluasi Keperawatan

Tabel 9

Evaluasi Asuhan keperawatan pada Ny.R.N gangguan rasa aman nyaman dengan CKD on HD

| NO | Diagnosa | jam | Hari/tanggal | Evaluasi |
|----|---|---------|------------------|---|
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri perut bawah, sulit tidur, TD 170/100 mmHg, dan nadi 97x/menit. - PQRST : | 13 : 50 | Senin,12/01/2026 | S: Pasien mengatakan Perut masih sakit, Pasien mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri perut O: Pasien tampak gelisah, TD 170/100 mmHg, Nadi 97x/mnt,spo2 95%, wajah meringis saat nyeri muncul. Skala nyeri 7 |

| | | | | |
|---|--|---------|-------------------|--|
| | <p>P(Provokatif/Palliative): Pasien mengatakan nyeri muncul spontan</p> <p>Q (Quality): Nyeri terasa tumpul dan seperti diremas.</p> <p>R (Region): Perut bagian bawah.</p> <p>S (Severity): Skala nyeri 7 (1-10).</p> <p>T (Timing): Hilang timbul, menetap > 15 menit. Skala nyeri 7</p> | | | <p>A: masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi Dilanjutkan</p> |
| 2 | | 13 : 50 | Selasa,13/01/2026 | <p>S: Pasien mengatakan Nyeri mulai berkurang,</p> <p>O: Pasien tampak lebih rileks, meringis berkurang, TD 170/80 mmHg, Nadi 105x/mnt. Skala nyeri 6</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Dilanjutkan</p> |
| 3 | | 13 : 50 | Rabu,14/01/2026 | <p>S: Pasien mengatakan Nyeri perut bagian bawah masih hilang timbul</p> <p>O: : Pasien tampak lebih rileks,meringis berkurang, TD 176/80 mmHg, Nadi 100x/mnt, skala nyeri 6</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Dilanjutkan</p> |

B. Pembahasan

a. Pengkajian Keperawatan

Menurut Potter, Perry, Stockert, dan Hall (2021), pengkajian keperawatan merupakan proses sistematis dalam mengumpulkan informasi tentang kondisi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien yang digunakan sebagai dasar dalam menentukan diagnosa keperawatan serta perencanaan tindakan keperawatan.

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. R.N dengan diagnosis medis CKD on HD di ruang Edelweis RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, diperoleh data subjektif dan objektif yang diperoleh dari Ny. R.N (33 tahun) di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang pada tanggal 8 Januari 2026, berikut adalah analisisnya: Data Subjektif: Pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah seperti diremas atau ditusuk-tusuk dengan skala 6-7 (skala berat menurut VAS). Nyeri bersifat tiba-tiba (akut) dan meningkat saat bergerak. Data Objektif: Ekspresi wajah meringis, pasien memegang perut bawah saat bergerak atau memosisikan diri.

Menurut jurnal Putri & Surani (2022), pengkajian nyeri yang akurat (PQRST) pada pasien gagal ginjal sangat krusial karena nyeri yang tidak terkelola dapat memicu respons stres yang meningkatkan tekanan darah (seperti yang ditemukan pada Ny. R.N yakni 170/100 mmHg). Hal ini membuktikan adanya keterkaitan antara stimulus nyeri dengan ketidakstabilan hemodinamik.

Pemberi asuhan keperawatan menggunakan acuan teori buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dalam pengkajian keperawatan pasien dengan gangguan rasa aman nyaman. Berdasarkan teori terdapat dua kategori tanda dan gejala mayor yang dilihat dari subjektif dan objektif, agar dapat menegakkan diagnosis gangguan rasa aman nyaman dibutuhkan minimal 80% data mayor. Data mayor subjektif yaitu mengeluh

tidak nyaman karena nyeri perut bawah sedangkan pada data objektif yaitu tampak meringis, karena tidak nyaman dengan nyeri di perut bagian bawah. Data minor subjektif tidak tersedia, sedangkan pada data minor objektif seperti nafsu makan berubah dan menarik diri (PPNI, 2017).

Berdasarkan data-data yang diperoleh dari wawancara saat pengkajian pada Ny. R.N dengan hasil penelitian terkait, dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara data pada kasus kelolaan dengan teori yang ada pada SDKI serta hasil penelitian terkait.

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengumpulan data dari kasus kelolaan di Rumuskan diagnose keperawatan berupa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan nyeri pada perut bagian bawah dan pasien tampak meringis.

Berdasarkan jurnal Wahyuni (2023), diagnosis nyeri akut pada pasien CKD on HD seringkali menjadi prioritas utama karena berdampak langsung pada kualitas hidup dan kenyamanan (*comfort*). Penulis menemukan 100% data mayor sesuai SDKI pada Ny. R.N, sehingga diagnosis ini sangat valid. Kesesuaian antara teori SDKI dengan fakta lapangan menunjukkan bahwa instrumen pengkajian yang digunakan sudah cukup sensitif untuk menangkap fenomena klinis pada pasien dengan gangguan rasa aman nyaman.

Diagnosis nyeri akut dirumuskan atas dasar data- data yang diperoleh saat pengkajian. Data- data yang ditemukan pada Ny. R.N mengarah pada data dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) kategori psikologis dan subkategori nyeri dan kenyamanan dengan definisi perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah nyeri yang dirasakan pada perut bagian bawah.

Pada penyusunan diagnosis keperawatan nyeri akut dalam kasus kelolaan ini ditemukan 100% data mayor berupa pasien mengeluh tidak nyaman, nyeri, tampak meringis. Pada data minor ditemukan

sebanyak 20% berupa nafsu makan berubah, sehingga diagnosis keperawatan nyeri akut dapat ditegakkan karena telah memenuhi syarat 80% tanda dan gejala mayor pada pasien.

Berdasarkan data yang didapatkan dari kasus kelolaan dengan teori yang ada, disimpulkan tidak ada kesenjangan antara diagnosis pada kasus kelolaan dengan pedoman teori yang mengacu pada buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017).

c. Intervensi Keperawatan

Setelah diagnosis keperawatan dirumuskan, dilanjutkan dengan intervensi keperawatan. Berdasarkan data hasil intervensi keperawatan pada Ny. R.N ditetapkan tujuan dan kriteria hasil pada laporan kasus ini yang mengacu pada buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia(SLKI), yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, tingkat nyeri pasien dapat menurun secara signifikan.

Perencanaan keperawatan pada kasus kelolaan ini menggunakan pedoman buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia(SIKI), yang meliputi intervensi utama manajemen nyeri dan teknik relaksasi. Intervensi keperawatan ini disusun dengan memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut yang dialami oleh Ny. R.N di ruangan edelweis RSUD.Prof.W.Z.Johannes Kupang, dengan acuan langkah- langkah pelaksanaan intervensi utama manajemen nyeri berupa teknik relaksasi nafas dalam serta penelitian terkait.

Teknik relaksasi nafas dalam yakni salah satu pengobatan nyeri nonfarmakologi yang bisa digunakan. Teknik relaksasi nafas dalam dilakukan selama 15 menit setiap hari perawatan selama 3 hari kelolaan asuhan keperawatan. Teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan suplai oksigen dalam jaringan dan otak bisa mejadi lebih rileks. Otak yang rileks akan merangsang tubuh untuk

menghasilkan hormon endorfin untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak sehingga dapat menurunkan skala nyeri.

Menurut jurnal Safitri et al. (2021), teknik relaksasi efektif menurunkan intensitas nyeri karena mampu menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan sekresi endorfin.

Tahap perencanaan keperawatan terdiri dari rumusan keperawatan terdiri dari rumusan luaran keperawatan dan rumusan intervensi keperawatan. Luaran keperawatan (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur yang meliputi perilaku atau dari persepsi pasien, keluarga dan komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada laporan kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dirancang sesuai kebutuhan Gangguan Rasa Aman Nyaman, Implementasi pada Ny. R.N dengan masalah keperawatan Nyeri Akut dilakukan 3 x 24 jam , dimulai pada tanggal 12 januari – 15 januari 2026 diruangan edelweiss RSUD.Prof.W.Z.Johannes Kupang.

Implementasi yang dilakukan yaitu, manajemen nyeri berupa mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat), mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Melakukan identifikasi rutin skala nyeri, pada awal pengkajian didapatkan skala nyeri 7 dan setelah intervensi menunjukkan penurunan skala nyeri menjadi 5. Selain itu, diberikan teknik non farmakologis berupa teknik relaksasi nafas dalam selama 5 menit untuk meredakan nyeri, memfasilitasi istirahat dengan mengganti laken setiap hari.

Penelitian Safitri et al. (2021) dalam laporan ini mendukung pemberian teknik relaksasi karena dapat mengendalikan nyeri dengan

meminimalkan aktivitas sistem saraf otonom sehingga otot-otot tubuh menjadi relaks dan menimbulkan perasaan tenang serta nyaman. Selain itu, penggunaan teknik relaksasi benson juga disarankan karena menggabungkan keyakinan yang dianut pasien untuk menghambat aktivitas saraf simpatis.

Selain ini, pemberian edukasi juga diberikan kepada pasien dan keluarga setiap hari dengan memberikan dukungan psikologis kepada pasien dan keluarga untuk mampu menerima penyakit yang diderita agar tidak putus asa dengan keadaan yang ada.

Berdasarkan uraian diatas setelah pelaksanaan implementasi keperawatan yang diberikan pada Ny. R.N dengan Nyeri Akut selaras dengan teori hasil penelitian yang ada.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Hasil evaluasi keperawatan pada Ny. R.N setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam adalah tingkat nyeri menurun dibuktikan dengan data subjektif mengeluh nyeri menurun, data objektif didapatkan meringis menurun, nafsu makan meningkat.

Menurut jurnal Kusuma (2022), evaluasi pada pasien CKD tidak hanya dilihat dari angka skala nyeri, tetapi juga dari respon perbaikan nafsu makan dan pola istirahat. Pada Ny. R.N, peningkatan nafsu makan dan menurunnya sikap protektif merupakan indikator kuat bahwa kebutuhan rasa aman nyaman mulai terpenuhi.

Pada bagian *assessment* didapatkan hasil berupa masalah teratasi sebagian, sedangkan pada bagian *planning* lanjutkan intervensi.

Hasil evaluasi yang diharapkan pada kasus kelolaan ini sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada bagian perencanaan serta dari enam kriteria hasil keseluruhan sudah tercapai antara lain keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif

menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi
membaik.