



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

FITRIANI (NS2114901052)

FRINLI GENTIANI NOYA (NS2114901055)

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN
MAKASSAR**

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG ICU
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

FITRIANI (NS2114901052)

FRINLI GENTIANI NOYA (NS2114901055)

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN
MAKASSAR**

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Fitriani (NS2114901052)
2. Frinli Gentiani Noya (NS2114901055)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juli 2022

Yang menyatakan,



(Fitriani)



(Frinli Gentiani Noya)

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Stella Maris Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

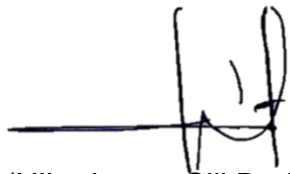
Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Fitriani / NS2114901052

2. Frinli Gentiani Noya / NS2114901055

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Nikodemus Sili Bada, Ns., M.Kep)
NIDN : 0927038903

Pembimbing 2



(Elmiana Bongga Linggi, Ns, M.Kes)
NIDN : 0925027603

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar



Fransiska Anita E. R. Sa'pang. Ns., Sp.Kep.MB
NIDN : 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Fitriani (NS2114901052)
2. Frinli Gentiani Noya (NS2114901055)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	: Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep	()
Pembimbing 2	: Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes	()
Penguji 1	: Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes	()
Penguji 2	: Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep	()
Ditetapkan di	: Makassar	
Tanggal	: Kamis, 14 Juli 2022	

Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar

Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns, M.Kes
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : 1. Fitriani (NS2114901052)
2. Frinli Gentiani Noya (NS2114901055)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 14 Juli 2022

Yang menyatakan



(Fitriani)



(Frinli Gentiani Noya)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaannya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar ”**.

Adapun maksud dan tujuan dari penyusunan karya ilmiah akhir ini yaitu sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi Program Ners di STIK Stella Maris Makassar. Dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini penulis telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak sehingga segala macam bentuk kesulitan yang ditemukan dapat diatasi dan dilalui dengan baik. Oleh karena itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar, yang telah memberikan masukan serta arahan dan juga sekaligus kepada STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan pengetahuan serta motivasi untuk menyusun Karya Ilmiah ini
2. Fransiska Anita E. R. Sa'pang, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi Keuangan STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus selaku penguji II yang juga telah banyak memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
4. Mery Sambo, Ns.,M.Kep. Selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar.
5. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kep. Selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus selaku pembimbing II dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini yang telah

- meluangkan waktu dan memberi pengarahan, bimbingan, serta motivasi kepada penulis, untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
6. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep. Selaku Pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan memberi pengarahan, bimbingan, serta motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
 7. Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep selaku penguji II yang juga telah banyak memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
 8. Segenap dosen dan staf tenaga Pendidikan STIK Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
 9. Sr. Dr. Teorocci Luisa Nunuhitu, S. JMJ, M.Kes. Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makassar terutama dalam Menyusun karya ilmiah akhir ini.
 10. Pada Ny 'S' dan keluarganya, yang bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
 11. Kedua orang tua tercinta dari Fitriani dan sanak saudara penulis yang telah banyak memberikan dukungan, motivasi serta doa dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
 12. Kedua orang tua tercinta dari Frinli Gentiani Noya dan sanak saudara penulis yang telah banyak memberikan dukungan, motivasi serta doa dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
 13. Bagi teman-teman seperjuangan mahasiswa/i Program Profesi Ners Angkatan 2021/2022 STIK Stella Maris Makassar terima kasih telah berjuang bersama-sama.

Akhir kata, harapan penulis semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi Mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha meningkatkan pelayanan Kesehatan yang lebih professional lagi. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari semua pihak untuk menyempurnakan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum :	3
2. Tujuan Khusus :	4
C. Manfaat Penulisan.....	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Medik	7
1. Pengertian Chronic Kidney Disease (CKD).....	7
2. Anatomi dan Fisiologi	8
3. Etiologi	15
4. Patofisiologi	17
5. Manifestasi Klinik.....	19
6. Pemeriksaan Diagnostik.....	20
7. Penatalaksanaan.....	22
8. Komplikasi.....	24
B. Konsep Dasar Keperawatan	25
1. Pengkajian	25
2. Diagnosa Keperawatan	28
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	29

4. Perencanaan Pulang.....	34
C. Patoflodiagram.....	35
BAB III PENGAMATAN KASUS	38
A. Ilustrasi Kasus.....	38
B. Pengkajian	39
1. Pengkajian Primer	39
2. Pengkajian Sekunder	44
C. Pemeriksaan Penunjang	59
D. Analisa Data.....	61
E. Diagnosa Keperawatan	63
F. Perencanaan Keperawatan.....	64
G. Implementasi Keperawatan.....	67
H. Evaluasi Keperawatan.....	86
I. Daftar Obat	91
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....	94
A. Pembahasan ASKEP	94
B. Pembahasan Penerapan EBN	99
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	104
A. Simpulan	104
B. Saran.....	1066
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal	8
---------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pengkajian Keperawatan	39
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium	59
Tabel 3.3 Pemeriksaan Foto Thorax	60
Tabel 3.4 Analisa Data	61
Tabel 3.5 Diagnosa Keperawatan	63
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan	64
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan	67
Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan	86
Tabel 4.1 Telaah Jurnal <i>Evidence Based Nursing</i>	98

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembaran Konsultasi Pembimbing
Lampiran 2 Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah hak setiap orang, baik individu, kelompok, maupun masyarakat, sehingga kesehatan merupakan aset yang harus dijaga, dilindungi, bahkan harus ditingkatkan. Semua orang baik secara individu, kelompok, maupun masyarakat di mana saja dan kapan saja, mempunyai hak untuk hidup sehat atau memperoleh perlindungan kesehatan. Sebaliknya, setiap orang baik individu, kelompok, maupun masyarakat, mempunyai kewajiban dan tanggung jawab untuk melindungi kesehatan dan menjaga kesehatan dirinya sendiri dari segala ancaman penyakit dan masalah kesehatan yang lain (Notoatmodjo, 2017).

Gagal ginjal kronis adalah kondisi Ketika fungsi ginjal menurun secara bertahap, alias berlangsung dalam waktu yang lama. Kondisi ini dikenal dalam istilah medis dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD). *Chronic Kidney Disease* (CKD) atau yang lebih dikenal dengan sebutan Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan penyakit yang sudah familiar di kalangan masyarakat Indonesia sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan (Wahyuningsih, 2020).

Penyakit gagal ginjal kronis berkontribusi pada beban penyakit dunia dengan angka kematian sebesar 850.000 jiwa per tahun (World Health Organization (2017) dalam Pongsibidang, 2016) . World Health Organization (2017) melaporkan bahwa pasien yang menderita gagal ginjal kronis meningkat 50% dari tahun sebelumnya, secara global kejadian gagal ginjal kronis lebih dari 500 juta orang dan yang harus menjalani hidup dengan bergantung pada cuci darah (hemodialisis) adalah 1,5 juta orang. Gagal ginjal kronis termasuk 12 penyebab kematian umum di dunia, terhitung 1,1 juta kematian akibat gagal ginjal

kronis yang telah meningkat sebanyak 31,7% sejak tahun 2010 hingga 2015 (Wahyuningsih, 2020).

Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018 menunjukkan prevalensi penyakit tidak menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronik, diabetes melitus, dan hipertensi. Prevalensi penyakit ginjal kronik naik dari 2% (Riskesdas 2013) menjadi 3,8% di 2018. Pada tahun 2015 kematian yang disebabkan karena gagal ginjal kronis mencapai 1.243 orang. Dari sisi pembiayaan kesehatan, data Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) tahun 2016, penyakit ginjal kronis merupakan penyakit katastrofik kedua terbesar setelah penyakit jantung yang menghabiskan biaya kesehatan sebesar 2,6 triliun rupiah.

Berdasarkan data *Indonesian Renal Registry* (IRR) tahun 2016, sebanyak 98% penderita gagal ginjal menjalani terapi Hemodialisis dan 2% menjalani terapi Peritoneal Dialisis (PD). Penyebab Penyakit Ginjal Kronis terbesar adalah nefropati diabetik (52%) dan hipertensi (24%). Data Indonesia Renal Registry (IRR) 2017 menunjukkan, jumlah pasien gagal ginjal terus meningkat dari tahun ke tahun, hal ini dapat dilihat dari peningkatan pasien yang melakukan hemodialisis. Hasil pengiriman data yang dikirim renal unit se Indonesia menunjukkan jumlah pasien aktif yang menjalani hemodialisis sebanyak 77.892 orang. Sementara pasien baru adalah 30.843 orang. (IRR,2017).

Hemodialisis merupakan prosedur pembersihan darah dari limbah-limbah hasil metabolisme tubuh dengan menggunakan alat yang disebut dengan Hemodialyzer. Secara singkat hemodialisa yaitu cuci darah. Tujuan dilakukan Hemodialisis pada penderita gagal ginjal adalah untuk memperpanjang hidup dan memperbaiki kualitas hidup.

Pencegahan komplikasi akibat CKD dapat dilakukan dengan melakukan gaya hidup menjadi lebih sehat sehingga kita bisa

memperlambat tingkat kerusakan ginjal sambil menjalani perawatan dari dokter. Pencegahan yang dapat kita lakukan dengan mengkonsumsi makanan rendah sodium dan menyehatkan untuk jantung, berhenti merokok, rutin berolahraga, tetapi hindari aktivitas berat dan sesuai anjuran dokter, mendapatkan tidur yang cukup, menggunakan obat sesuai dengan arahan dokter, mencatat berat badan harian, jumlah cairan yang diminum, urine yang dikeluarkan, diet rendah protein dan rendah lemak, berhati-hati mengkonsumsi obat yang dijual bebas di apotek, dan melakukan pemeriksaan ginjal secara rutin (Restu & Supadmi, 2016)

Berdasarkan jurnal *Evidence Based Nursing* (EBN) upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi gejala akibat dari komplikasi CKD (*Chronic Kidney Disease*) mengenai pola napas tidak efektif yang dialami pasien dapat dilakukan dengan pemberian penatalaksanaan non farmakologis yaitu pemberian posisi semi fowler dengan tujuan untuk memaksimalkan peningkatan ekspansi paru dan menurunkan frekuensi sesak napas (Putranto et al., 2021)

Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik untuk mengangkat Asuhan Keperawatan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir (KIA) dengan judul "Asuhan Keperawatan Kritis Dengan CKD (*Chronic Kidney Disease*) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum :

Memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) / gagal ginjal kronik di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus :

Adapun tujuan khusus penulisan karya ilmiah akhir ini, diharapkan penulis mampu

- a. Mengkaji dan menganalisa data pada pasien dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD)
- b. Merumuskan Diagnosis Keperawatan pada pasien dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD)
- c. Menyusun intervensi / rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD)
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD)
- e. Membuat evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

C. Manfaat Penulisan

Ada beberapa manfaat penulisan dari karya ilmiah akhir ini adalah :

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di rumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD).

2. Bagi Institusi / Pendidikan

Sumber informasi tambahan dan tolak ukur keberhasilan program Pendidikan keperawatan, meningkatkan mutu pelayanan dalam Pendidikan yang akan datang.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan bisa menjadi acuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) terutama pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

D. Metode Penulisan

Dalam perumusan karya ilmiah akhir ini, untuk memperoleh data yang diperlukan maka penulis menggunakan beberapa metode yaitu :

1. Tinjauan Kepustakaan

Menggunakan buku-buku dan mencari melalui internet yang berkaitan dengan isi karya ilmiah akhir ini yaitu tentang konsep dasar keperawatan.

2. Pengamatan Khusus

- a. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga pasien serta pihak yang bersangkutan

- b. Observasi

Melakukan pengamatan langsung dengan mengikuti Tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

- c. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien pada tiap pola melalui : inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

- d. Studi Dokumentasi

Melalui dokumentasi status pasien yang berhubungan dengan data pasien dan hasil pemeriksaan diagnostik pasien.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari 5 Bab yaitu : Pada Bab I Pendahuluan, diuraikan dengan latar belakang penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD), tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan pustaka, diuraikan dengan tentang tujuan teoritis yang mana diuraikan menjadi 2 poin yaitu Konsep dasar medik yang terdiri dari : pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan serta komplikasi; sedangkan konsep dasar keperawatan terdiri dari : pengkajian, diagnosis keperawatan,

perencanaan keperawatan, perencanaan pulang, serta patoflowdiagram. Bab III pengamatan kasus, dimana diuraikan tentang pengkajian pada pasien diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi. Bab IV Pembahasan ASKEP, diuraikan tentang pembahasan khusus yang merupakan analisa dalam mengaitkan dan membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus. Bab V simpulan dan saran, berisi penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran yang dapat diajukan sebagai masukan yang kiranya dapat bermanfaat bagi institusi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian Chronic Kidney Disease (CKD)

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah penyakit penurunan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat lagi pulih atau kembali sembuh secara total seperti sediakala dengan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) < 60 mL/menit dalam waktu 3 bulan atau lebih sehingga tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit, yang menyebabkan uremia (Di et al.,2022).

CKD merupakan penyakit sistemik dan merupakan jalur akhir yang umum dari berbagai penyakit tractus urinarius dan ginjal. Pasien CKD yang mengalami gagal ginjal kronik akan menjalani hemodialisa jangka panjang, hemodialisa (HD) adalah suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderita dan beredar dalam sebuah mesin di luar tubuh yang disebut dialiser. Frekuensi tindakan HD bervariasi tergantung banyaknya fungsi ginjal yang tersisa, rata – rata penderita menjalani tiga kali dalam seminggu, sedangkan lama pelaksanaan hemodialisa paling sedikit tiga sampai empat jam tiap sekali tindakan terapi (Muzaenah & Makiyah, 2018).

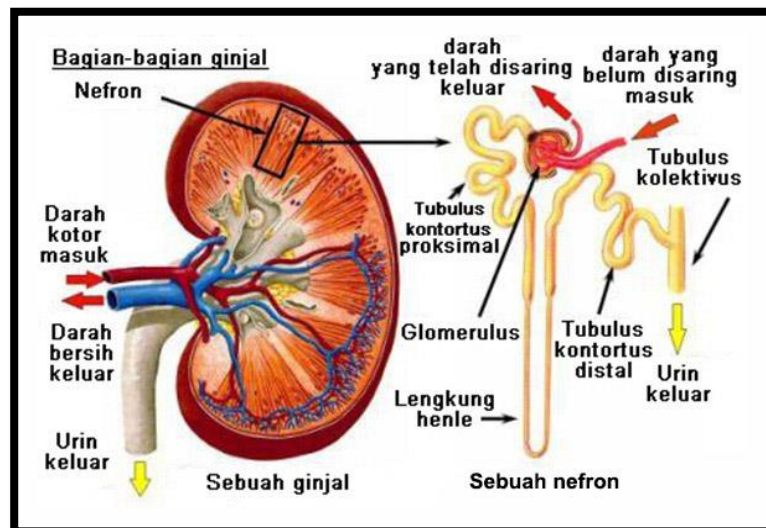
Gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, yang menyebabkan uremia (Aryani & Riyandry, 2019).

Berdasarkan definisi dari beberapa ahli di atas maka dapat disimpulkan bahwa CKD adalah kondisi gangguan fungsi ginjal yang

progresif, dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia. Pasien CKD yang mengalami gagal ginjal kronik akan menjalani hemodialisa jangka panjang, hemodialisa (HD) adalah suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderita dan beredar dalam sebuah mesin di luar tubuh yang disebut dialiser.

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi



Gambar : Anatomi Ginjal 2.1
(Simatupang, 2019)

1) Ginjal

Ginjal merupakan organ berbentuk seperti kacang, berwarna merah tua, yang terletak di kedua sisi kolumna vertebralis. Ginjal kanan lebih rendah, dibandingkan ginjal kiri karena tertekan kebawah oleh hati. Ginjal terletak dibagian belakang abdomen atas, di belakang peritoneum, di depan dua iga terakhir dan tiga otot besar: transversus abdominis, kuadratus lumborum dan proas mayor. Pada orang dewasa, panjang

ginjal adalah sekitar 12-13 cm (4,7-5,1 inci) lebarnya 6 cm (2,4 inci), tebalnya 2,5 cm (1 inci) dan beratnya sekitar 120-150 gram. Ukurannya tidak berbeda menurut bentuk dan ukuran tubuh (Prameswari, 2019).

2) Nefron

Menurut Prameswari (2019) nefron adalah unit fungsional ginjal. Masing-masing ginjal memiliki sekitar 1 juta nefron. Nefron terdiri dari lima komponen, yaitu :

- a) Kapsula bowman adalah struktur kantung yang terletak pada permukaan dari komponen tubulus dari sebuah nefron pada ginjal manusia. Sebuah glomerulus dibungkus kantong tersebut, cairan nantinya akan di proses menjadi urin.
- b) Tubulus proksimal adalah bagian dari ginjal yang membantu terjadinya proses reabsorpsi (penyerapan kembali zat-zat yang diperlukan setelah filtrasi, penyaringan dilakukan di glomerulus). Pada saat reabsorpsi zat-zat yang di serap kembali adalah glukosa, asam amino dan ion-ion anorganik (Na^+ , K^+ , Ca^+ , Cl^- , HCO_3^-).
- c) Tubulus distal yaitu tubulus yang jauh dari badan Malpighi, antara tubulus proksimal dengan tubulus distal dihubungkan oleh lengkung henle.
- d) Lengkung Henle merupakan bagian lanjutan tubulus proksimal yang bermuara di tubulus distal, juga berfungsi menjaga gradient osmotik dalam pertukaran lawan arus yang digunakan untuk filtrasi. Duktus Kolektifus, pemekatan urine dan menyalurkan urine kembali ke renal pelvis. Secara garis besar nefron terdiri dari 2 komponen yaitu komponen tubular yang terdiri dari glomerulus sampai dengan tubulus excretori dan

komponen vascular yang terdiri dari kapiler glomerulus dan kapiler.

3) Pembuluh arteri

Arteri renalis membawa darah murni dari aorta abdominalis ke ginjal, cabang arteri memiliki banyak ranting di dalam ginjal dan menjadi arteriola aferen serta masing-masing membentuk simpul dari kapiler-kapiler di dalam salah satu badan malphigi, yaitu glomerulus. Arteriola aferen membawa darah dari glomerulus, kemudian dibagi ke dalam jaringan peritubular kapiler. Kapiler ini menyuplai tubulus dan menerima materi yang direabsorpsi oleh struktur tubular. Pembuluh aferen menjadi arteriola aferen yang bercabang-cabang membentuk jaringan kapiler di sekeliling tubulus uriniferus. Kapiler ini bergabung membentuk vena renalis yang membawa darah ke vena cava inferior. Kapiler arteriola lainnya membentuk vasarekta yang berperan dalam mekanisme konsentrasi ginjal.

4) Ureter

Ureter adalah merupakan saluran retroperitonium yang menghubungkan ginjal dengan kandung kemih. Setiap ureter panjangnya 25-30 cm atau 10-12 inci dan berdiameter 4-6 mm.

5) Kandung kemih

Kandung kemih adalah satu kantung berotot yang dapat mengempis terletak di belakang simpisis pubis. Kandung kemih berfungsi sebagai tempat penampungan urin dan mendorong urine keluar tubuh dengan bantuan uretra. Dinding kandung kemih terdapat stretch reseptoryang akan bekerja memberikan stimulus sensasi berkemih apabila volume kandung kemih telah mencapai ± 150 cc.

6) Uretra

Uretra adalah saluran kecil yang dapat mengembang, berjalan dari kandung kemih sampai keluar tubuh. Panjangnya pada wanita sekitar 3-5 cm, sedangkan pada pria 23-25 cm.

b. Fisiologi Ginjal

Menurut Puspitasari (2019) fisiologi dari ginjal, yaitu :

- 1) Fungsi primer ginjal adalah mempertahankan volume dan komposisi cairan ekstrasel dalam batas-batas normal. Komposisi dan volume cairan ekstrasel ini di kontrol oleh filtrasi glomerulus, reabsorpsi, sekresi tubulus.
- 2) Fungsi utama ginjal
 - a) Fungsi eksresi
 - (1) Mempertahankan osmolalitas plasma sekitar 285 m Osmol dengan mengubah-ubah ekskresi air.
 - (2) Mempertahankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam batas normal.
 - (3) Mempertahankan pH plasma sekitar 7,4 dengan mengeluarkan kelebihan H⁺ dan membentuk kembali HCO₃⁻.
 - (4) Mengekskresikan produk akhir nitrogen dari metabolisme protein, terutama urea, asam urat, dan kreatinin.
 - b) Fungsi non eksresi
 - (1) Menghasilkan renin, penting untuk tekanan darah.
 - (2) Menghasilkan eritropoietin, faktor penting dalam stimulasi produksi sel darah merah oleh sum-sum tulang.
 - (3) Metabolisme vitamin D menjadi bentuk aktifnya.
 - (4) Degradasi insulin.
 - (5) Menghasilkan prostaglandin.

3) Kedua ginjal mampu memproduksi konsentrasi urine dengan konsentrasi osmotik 1200-1400 m-Osmol, melebihi empat kali konsentrasi plasma. Proses pembentukan urine terdiri dari tiga proses, diantaranya:

a) Filtrasi

Proses pembentukan urine dimulai ketika darah melalui glomerulus. Glomerulus yang merupakan struktur awal nefron tersusun dari jonjot-jonjot kapiler yang mendapat darah lewat vasa aferen dengan mengalirkan darah balik lewat vasa eferen. Tekanan darah menentukan berapa tekanan dan kecepatan aliran darah yang melalui glomerulus. Ketika darah berjalan melewati struktur ini, maka filtrasi akan terjadi. Air dan molekul-molekul kecil akan dibiarkan lewat sedangkan molekul-molekul besar tetap tertahan dalam aliran darah. Cairan di saring lewat jonjot-jonjot kapiler glomerulus dan memasuki tubulus. Cairan ini dikenal sebagai "filtrat".

b) Reabsorpsi

Proses reabsorpsi berlangsung pada tubulus proksimal, ansa henle, tubulus distal, dan duktus koligens. Prinsip reabsorpsi adalah bila zat tersebut masih di butuhkan oleh tubuh maka akan di reabsorpsi dan jika tidak akan dibuang. Disini terjadi penyerapan kembali sebagian dari air, glukosa, sodium, klorida, fosfat, sulfat, dan berbagai ion bikarbonat. Reabsorpsi adalah perpindahan air dan larutan dari filtrasi, melintas epitel tubulus dan kedalam cairan peritubular. Kebanyakan material yang diserap kembali adalah nutrisi gizi yang di perlukan tubuh. Dengan kata lain, elektrolit seperti natrium, klorida, dan bikarbonat di reabsorpsi dengan sangat baik sehingga hanya sejumlah kecil saja yang tampak dalam urin. Zat

nutrisi tersebut, seperti asam amino dan glukosa di reabsorpsi secara lengkap dari tubulus dan tidak muncul dalam urine meskipun sejumlah besar zat tersebut di filtrasi oleh kapiler glomerulus.

c) Sekresi

Sekresi adalah transportasi larutan dari peritubulus ke epitel tubulus dan menuju cairan tubulus. Sekresi merupakan proses penting sebab filtrasi tidak mengeluarkan seluruh material yang dibuang dari plasma. Sekresi menjadi metode penting untuk membuang beberapa material, seperti beberapa jenis obat yang dikeluarkan ke dalam urine.

- 4) Pengaturan hormone terhadap fisiologi ginjal ADH membantu dalam mempertahankan volume dan osmolalitas cairan ekstraseluler pada tingkat konstan dengan mengatur volume dan osmolalitas kemih. Hormone lain yang mempengaruhi konsentrasi urine adalah renin. Bila laju filtrasi glomerulus turun karena dehidrasi atau kehilangan darah kadar natrium di bawah normal maka ginjal akan dirangsang untuk mensekresi renin. Renin mengubah angiotensin yang disekresi hati menjadi angiotensin I, sel kapiler paru-paru selanjutnya mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II, angiotensin II mengkonstriksi otot polos di sekeliling arteriole. Hal ini meningkatkan tekanan darah dan selanjutnya meningkatkan LFG angiotensin juga merangsang sekresi hormone aldosterone yang mempengaruhi osmolalitas urine. Korteks adrenal jika dirangsang oleh angiotensin II akan mensekresi aldosterone yang dapat meningkatkan reabsorpsi air di ginjal, meningkatkan tekanan darah dan menurunkan osmolalitas serum.

5) Keseimbangan asam basa ginjal

Agar sel dapat berfungsi normal, perlu juga dipertahankan pH 7,35 untuk daerah vena dan pH 7,45 untuk darah arteri. Keseimbangan ini dapat dicapai dengan mempertahankan rasio darah bikarbonat dan karbondioksida pada 20:1. Ginjal dan paru-paru bekerja dengan menyesuaikan jumlah karbondioksida dalam darah. Ginjal menyekresikan atau menahan bikarbonat dan ion hidrogen sebagai respon terhadap pH darah.

6) Pengaturan keseimbangan cairan

Konsentrasi total solute cairan tubuh orang normal sangat konstan meskipun fluktuasi asupan dan ekskresi air dan solute cukup besar. Kadar plasma dan cairan tubuh dapat dipertahankan dalam batas-batas yang sempit melalui pembentukan urine yang jauh lebih pekat (augmentasi/pemekatan) atau lebih encer dibandingkan dengan plasma dimana urine dibentuk. Cairan yang banyak diminum menyebabkan cairan tubuh menjadi encer. Urine menjadi encer dan kelebihan air akan diekskresikan dengan cepat. Sebaliknya pada waktu tubuh kehilangan air dan asupan solut berlebihan menyebabkan cairan tubuh menjadi pekat, maka urine akan sangat pekat sehingga solut banyak terbuang dalam air. Dan air yang dipertahankan cenderung mengembalikan cairan tubuh kembali pada konsentrasi solut yang normal.

3. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

1) Usia

Secara klinik pasien usia >60 tahun mempunyai risiko 2,2 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien usia <60 tahun. Semakin bertambah usia, semakin berkurang fungsi ginjal dan berhubungan dengan kecepatan ekskresi glomerulus dan memburuknya fungsi tubulus. Penurunan fungsi ginjal dalam skala kecil merupakan proses normal bagi setiap manusia seiring bertambahnya usia, namun tidak menyebabkan kelainan atau menimbulkan gejala. Akibat ada beberapa faktor resiko dapat menyebabkan kelainan dimana penurunan fungsi ginjal secara progresif sehingga menimbulkan keluhan dan napas sampai berat (Damayanti, 2018).

b. Faktor Presipitasi

1) Diabetes Melitus

Pada penyakit diabetes melitus terjadi gangguan pengolahan glukosa dalam darah oleh tubuh, yang lama – kelamaan dapat menyebabkan kerusakan pada ginjal dan akhirnya dapat menjadi penyakit ginjal kronik. Kadar glukosa yang tinggi dalam darah tersebut, bila tidak terkontrol dapat merusak pembuluh darah ginjal dalam kurun bertahun – tahun sehingga menurunkan kemampuan ginjal untuk menyaring darah dan membuang produk sisa di urin. Gangguan ginjal pada penderita diabetes melitus dan hipertensi bukan karena obat–obatan yang dikonsumsi. Namun karena kadar gula darah yang kerap tidak terkontrol secara menahun merusak pembuluh darah ginjal (Lilia & Supadmi, 2020).

2) Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal. Tingginya tekanan darah akan membuat pembuluh darah dalam ginjal tertekan. Akhirnya, pembuluh darah menjadi rusak dan menyebabkan fungsi ginjal menurun hingga mengalami kegagalan ginjal. Salah satu dampak jangka panjang dari tekanan darah tinggi adalah ketika pembuluh darah yang menyuplai ginjal terkena dampaknya dapat mengakibatkan kerusakan ginjal secara bertahap. Semakin lama menderita hipertensi maka semakin tinggi risiko untuk mengalami kejadian gagal ginjal kronik. Hipertensi merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam hubungan antara serum asam urat dan gagal ginjal kronik. Hubungan antara serum asam urat dan gagal ginjal kronik lebih kuat pada penderita hipertensi dibandingkan non hipertensi. Pengobatan anti-hipertensi dapat menyebabkan peningkatan serum asam dan selanjutnya akan menyebabkan kerusakan ginjal (Pongsibidang, 2017).

3) Batu Ginjal

Batu ginjal atau kalkuli urinaria terbentuk dari pengendapan garam kalsium, magnesium, asam urat, atau sistein. Batu - batu kecil dapat mengalir bersama urine, batu yang lebih besar akan tersangkut dalam ureter dan menyebabkan rasa nyeri yang tajam (kolik ginjal) yang menyebar dari ginjal ke selangkangan.

4) Pielonefritis kronis

Pielonefritis adalah inflamasi ginjal dan pelvis ginjal akibat infeksi bakteri. Inflamasi dapat berawal di traktus urinaria bawah (kandung kemih) dan menyebar ke ureter, atau karena infeksi yang dibawa darah dan limfe ke ginjal.

Obstruksi kaktus urinaria terjadi akibat pembesaran kelenjar prostat, batu ginjal, atau defek kongenital yang memicu terjadinya pielonefritis (Reninta, 2019).

5) Glomerulonefritis kronik

Pada glomerulonefritis kronik terjadi infeksi yang berulang, dimana ukuran ginjal sedikit berkurang sekitar seperlima dari ukuran normal dan terdiri dari jaringan fibrosa yang luas. Berkas jaringan parut merusak sisa korteks, menyebabkan permukaan ginjal kasar dan irregular, sejumlah glomeruli dan tubulus berubah menjadi jaringan parut, cabang-cabang arteri renal menebal. Akhirnya terjadi kerusakan glomerulus yang parah, ketika glomerulus sudah tidak bisa melakukan fungsinya maka akan terjadi gagal ginjal.

4. Patofisiologi

Menurut Susianti (2019), kegagalan fungsi ginjal dimulai pada keadaan dimana fungsi renal menurun, yang mengakibatkan produk akhir metabolisme protein yang normalnya disekresi kedalam urine tertimbun dalam darah, sehingga terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak tertimbun produk sampah, maka kerusakan ginjal semakin berat.

Nefron yang berfungsi sebagai akan mengalami penurunan fungsi akibat dari penumpukan sampah dalam darah sehingga terjadi gangguan pada Klirens Renal, sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi yang menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal. Suplai cairan mulai berkurang, dan fungsi nefron semakin menurun sehingga mengakibatkan gangguan ginjal secara irreversible.

Menurunnya filtrasi glomerulus, (akibat tidak berfungsinya glomerulus) klirens kreatinin akan menurun dan kadar kreatinin

serum akan meningkat. Selain itu, kadar nitrogen urea darah (BUN) biasanya meningkat. Kreatinin serum merupakan indikator yang penting dari fungsi renal, karena substansi ini diproduksi secara konstan oleh tubuh. BUN tidak hanya dipengaruhi oleh penyakit renal, tetapi juga oleh masukan protein dalam diet, katabolisme (jaringan dan luka RBC) dan medikasi seperti steroid.

Retensi cairan dan natrium terjadi karena ginjal tidak mampu untuk mengkonsentrasi atau mengencerkan urine secara normal, pada penyakit ginjal tahap akhir. Respon ginjal yang sesuai terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari tidak terjadi karena cairan dan natrium yang tertahan maka akan meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung kongestif, dan hipertensi. Hipertensi juga dapat terjadi akibat aktivitas aksis renin angiotensin, yang mempunyai kecenderungan untuk kehilangan garam sehingga mencetuskan resiko hipotensi dan hipovolemia. Muntah dan diare menyebabkan penipisan air dan natrium, yang semakin memperburuk status uremik.

Asidosis juga dapat terjadi karena semakin berkembangnya penyakit renal. Terjadi asidosis metabolik seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresikan muatan asam (H^+) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam, terutama akibat ketidakmampuan tubulus ginjal untuk meyekresi ammonia (NH_3) dan mengabsorpsi (HCO_3) penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lain yang terjadi.

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoietin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik terutama dari saluran gastrointestinal. Eritropoietin merupakan suatu substansi normal yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sum-sum tulang unruk menghasilkan sel darah merah. Pada gagal ginjal, produksi

eritropoetin menurun dan anemia berat terjadi disertai keletihan, angina dan sesak nafas.

Ketidakseimbangan Kalsium dan Fosfat. Abnormalitas utama yang lain pada gagal ginjal kronik adalah gangguan metabolisme kalsium dan fosfat. Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh, memiliki hubungan saling timbal balik; jika salah satunya meningkat, yang lain akan turun. Dengan menurunnya filtrasi melalui glomerulus ginjal, terdapat peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar serum kalsium. Penurunan kadar kalsium serum, menyebabkan sekresi parathormon dari kelenjar paratiroid. Namun demikian, pada gagal ginjal tubuh tidak berespon secara normal, terhadap peningkatan sekresi parathormon, dan akibatnya kalsium ditulang menurun, menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang (pruritus, kulit kering bersisik). Selain itu, metabolisme aktif vitamin D (1,25-dehidrokolikalsiferol) yang secara normal, dibuat di ginjal dan akan menurun seiring dengan berkembangnya gagal ginjal

5. Manifestasi Klinik

Pada penderita CKD setiap sistem tubuh sudah dipengaruhi oleh kondisi ureum, sehingga penderita akan menunjukkan bermacam-macam tanda dan gejala. Keparahan tanda dan gejala tergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, dan kondisi lain yang mendasar.

Manifestasi yang terjadi pada CKD antara lain yaitu pada sistem kardiovaskuler, gastrointestinal, neurologis, pulmoner, muskuloskeletal dan psikologis yaitu :

a. Kardiovaskuler:

- 1) Hipertensi, diakibatkan oleh retensi cairan dan natrium dari aktivitas sistem renin angiotension aldosterone
- 2) Gagal jantung kongestif

- 3) Edema pulmoner, akibat dari cairan yang berlebihan
- b. Gastrointestinal: Anoreksia, mual dan muntah, perdarahan GI, ulserase, perdarahan mulut, nafas bau ammonia
- c. Neurologis: Perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi, kerutan otot sampai kejang
- d. Integumen: Pruritis atau penumpukan urea pada lapisan kulit, perubahan warna kulit seperti keabu-abuan, kulit kering dan berisik, kuku tipis dan rapuh
- e. Pulmoner: Adanya sputum kental dan liat, pernafasan dangkal, kusmaul sampai terjadinya edema pulmonal
- f. Muskuloskeletal: Dapat terjadi fraktur karena kekurangan kalsium dan pengeroposan tulang akibat terganggunya hormon dihidroksi kolekalsiferon, kram otot, dan kehilangan kekuatan otot
- g. Psikologis: Penurunan tingkat kepercayaan diri sampai pada harga diri rendah (HDR), ansietas (Kalengkongan et al., 2018).

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Siregar & Ariga, 2020) dalam menentukan diagnosa *chronic kidney disease* (CKD), maka diadakan pemeriksaan diagnostik seperti:

a. Biokimiawi

Pemeriksaan utama dari analisa fungsi ginjal adalah ureum dan kreatinin plasma. Untuk hasil yang lebih akurat untuk mengetahui fungsi ginjal adalah dengan analisa *creatinine clearance* (klirens kreatinine). Selain pemeriksaan fungsi ginjal (*Renal Function Test*), pemeriksaan kadar elektrolit juga harus dilakukan untuk mengetahui status keseimbangan elektrolit dalam tubuh sebagai bentuk kinerja ginjal.

b. Urinalisis

Urinalisis dilakukan untuk menapis ada/tidaknya infeksi pada ginjal atau ada/tidaknya pendarahan aktif akibat inflamasi pada jaringan parenkim ginjal.

c. Ultrasonografi (USG) ginjal

Imaging (gambaran) dari ultrasonografi akan memberikan informasi yang mendukung untuk menegakkan diagnosis gagal ginjal. Pada klien gagal ginjal biasanya menunjukkan adanya atrofi ginjal, obstruksi atau jaringan parut pada ginjal. Selain itu, ukuran dari ginjal pun akan terlihat.

d. EKG: K⁺ meningkat dapat menyebabkan terjadinya aritmia dan henti jantung yang mengancam nyawa.

e. Uji klirens kreatinin

Untuk melakukan tes ini, cukup mengumpulkan specimen urine 24 jam dan satu specimen darah diambil dalam waktu 24 jam yang sama. Pada penyakit gagal ginjal kronik, nilai GFR turun di bawah nilai normal sebesar 125 ml/menit.

f. Kreatinin serum

Pada pemeriksaan kreatinin serum maka akan terlihat peningkatan kadar kreatinin serum. Kreatinin serum, pria: 0,85-1,5 mg/100 ml sedangkan wanita: 0,7-1,25 mg/100 ml.

g. Pemeriksaan BUN (*Blood Ureum Nitrogen*)

Konsentrasi BUN normal besarnya antara 10 sampai 20 mg per 100 ml, sedangkan konsentrasi kreatinin plasma besarnya 0,7-1,5 mg/100 ml. kedua zat merupakan hasil akhir nitrogen dari metabolisme protein yang normal diekskresikan dalam urin. Bila GFR turun seperti pada insufisiensi ginjal, kadar kreatinin BUN plasma meningkat. Keadaan ini di kenal sebagai azotemia (zat nitrogen dalam darah).

- h. AGD (analisa Gas Darah), didapatkan hasil asidosis metabolik kronik dimana pada tahap awal asidosis biasanya ringan, dengan HCO₃ dan pH mendeteksi 7,35.

7. Penatalaksanaan

Menurut Kowalak et al. (2017) pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 3 tahap, yaitu tindakan konservatif dan dialysis atau transplantasi ginjal:

a. Tindakan Konservatif

Tujuan pengobatan pada tahapan ini adalah untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif.

1) Pengaturan diet protein, kalium, natrium, dan cairan

a) Pembatasan protein

Pembatasan protein bukan hanya untuk mengurangi kadar BUN, tetapi juga mengurangi asupan kalium dan fosfat, serta mengurangi produksi ion hidrogen yang berasal dari protein.

b) Diet rendah kalium

Hiperkalemia biasanya merupakan masalah dari pada gagal ginjal kronis. Asupan kalium dikurangi. Diet yang dianjurkan adalah 40-80 mEq/hari.

c) Diet rendah natrium

Diet Na yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari (1-2g Na). asupan natrium terlalu longgar dapat mengakibatkan retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif.

d) Pengaturan cairan

Aturan yang digunakan untuk menentukan banyaknya asupan cairan adalah jumlah urine yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir +500 ml.

2) Pencegahan dan Pengobatan Komplikasi

a) Hipertensi

Hipertensi dapat dikontrol dengan pembatasan natrium dan cairan.

(1) Pemberian obat anti hipertensi : metildopa (aldoment), propranolol, klonidin (catapres). Apabila penderita sedang mengalami hemodialisa, pemberian anti hipertensi di hentikan karena dapat mengakibatkan hipotensi dan syok yang diakibatkan oleh keluarnya cairan intravascular melalui ultrafiltrasi.

(2) Pemberian diuretik: furosemide (Lasix)

b) Hiperkalemia: Hiperkalemia merupakan komplikasi yang paling serius, karena bila K^+ serum mencapai sekitar 7 mEq/L, dapat mengakibatkan aritmia dan juga henti jantung. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena, yang akan memasukkan K^+ kedalam sel, atau dengan pemberian kalsium glukonat 10%.

c) Anemia

Anemia pada gagal ginjal kronik diakibatkan penurunan sekresi eritropoetin oleh ginjal. Pengobatannya adalah pemberian hormone eritropoetin, pemberian vitamin dan asam folat, besi dan transfuse darah.

d) Asidosis

Asidosis ginjal biasanya tidak diobati kecuali HCO_3^- plasma turun dibawah angka 15 mEq/L. Bila asidosis akan dikoreksi dengan pemberian $Na HCO_3^-$ (natrium bikarbonat) parenteral.

b. Dialisis dan Transplantasi

Dialisis diadakan apabila dasar kreatinin serum biasanya diatas 6 mg/100 ml pada laki-laki atau 4 ml/100 ml pada

wanita, dan GFR kurang dari 4 ml/menit. Menurut Nuari & Widayati (2017) penatalaksanaan dalam melakukan dialisis:

1) Peritoneal dialisis

Biasanya dilakukan pada kasus-kasus emergency sedangkan dialisis yang biasa dilakukan dimana saja dan kapan saja bersifat akut adalah CAPD (Continues ambulatori Peritonal Dyalisis)

2) Hemodialisis

Dialisis yang dilakukan melalui tindakan infasif di vena dengan menggunakan mesin. Pada awalnya hemodialisis dilakukan melalui daerah femoralis namun untuk mempermudah maka dilakaukan AV fistule: penggabungan vena dan arteri Double lumen: langsung pada daerah jantung (vaskularisasi ke jantung)

c. Operasi

1) Pengambilan batu

2) Transplantasi ginjal

8. Komplikasi

Menurut Irwan (2016) apabila gagal ginjal kronik tidak segera ditangani maka akan menimbulkan komplikasi-komplikasi sebagai berikut:

a. Hiperkalemia

Hiperkalemia terjadi akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebih.

b. Pericarditis, efusi pericardial dan tamponade jantung, akibat retensi produk sampah dan dialysis yang tidak adekuat.

c. Hipertensi

Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem *renin-angiotensin-aldodteron*.

d. Anemia

Anemia timbul akibat adanya penurunan eritropoetin, penurunan tentang usia sel darah merah, pendarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah hemodialisa.

e. Penyakit tulang

Penyakit tulang terjadi akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal dan peningkatan kadar albumin.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis

b. Keluhan utama

Adapun keluhan utama yang sering dijumpai yaitu sesak dan mengalami pembengkakan pada kedua tangan dan kaki.

c. Riwayat penyakit sekarang

Adapun riwayat penyakit sekarang yaitu hipertensi

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi dan anemia, pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus dari generasi terdahulu.

f. Pengkajian primer

Pemeriksaan mengacu pada pengkajian B1-B6 dengan

pengkajian fokus ditujukan pada gejala yang mungkin muncul pada kasus hemoragik stroke.

1) B1 (*Breathing*)

Pada inspeksi di dapatkan peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti wheezing pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien CKD dengan penurunan tingkat kesadaran.

2) B2 (*Blood/sirkulasi*)

kaji adanya tanda-tanda edema yaitu adanya pembengkakan pada kedua kaki dan tangan, dan peningkatan pada serum kreatinin pada pasien CKD.

3) B3 (*Brain/otak*)

Kaji adanya tingkat kesadaran pada pasien CKD.

4) B4 (*Bladder/perkemihan*)

Kaji adanya tanda-tanda inkontenensia urin akibat ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih.

5) B5 (*Bowel/pencernaan*)

Kaji adanya kesulitan menelan, nafsu makan menurun, serta mual dan muntah.

6) B6 (*Bone/tulang dan integumen*)

Kaji adanya dekubitus, warna kulit dan turgor kulit Pada kulit, jika klien ke kurangan O₂ kulit akan tampak pucat. Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

g. Pengkajian sekunder

1) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

Data Subjektif : Riwayat DM, riwayat Hipertensi

Data Objektif : Tampak lesu, nadi kuat, pitting pada kaki, takipnea

2) Pola Nutrisi Metabolik

Data Subjektif : Peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), anoreksia, nyeri ulu hati, mual, muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernapasan amonia).

Data Objektif : Distensi abdomen, pembesaran hati (tahap akhir), perubahan turgor kulit/kelembapan, edema, ulserasi gusi, perdarahan/gusi/lidah, penurunan otot, penurunan lemak subkutan, penampilan tak bertenaga.

3) Pola Eliminasi

Data Subjektif : Penurunan frekuensi urine, oliguri, anuria (gagal ginjal lanjut).

Data Objektif : Abdomen kembung, diare atau konstipasi.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Data Subjektif :

Nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki (memburuk pada malam hari) perilaku berhati-hati/distraksi, gelisah.

Data Objektif :

Nafas pendek dispnea nocturnal, paroksimal; batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak, takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi/kedalaman (pernafasan kusmaul). Batuk produktif dengan sputum merah muda encer (edema paru).

5) Pola Tidur dan Istirahat

Data Subjektif : Gangguan tidur (insomnia, gelisah)

Data Objektif : Gelisah atau somnolen, cemas, pruritus.

6) Pola Persepsi Kognitif

Data Subjektif :

Sakit Kepala, penglihatan kabur

Data Objektif :

Gangguan status mental, penurunan lapang perhatian, kehilangan memori, tingkat kesadaran menurun.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri:

Data Subjektif : Harga diri rendah, perasaan tidak berdaya.

Data Objektif : Sering marah-marah, cemas.

8) Pola Peran dan Hubungan dengan sesama:

Data Subjektif :

Kesulitan menentukan kondisi (tak mampu bekerja), mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

Data Objektif :

Lemas, penampilan tak berharga, murung, suka menyendiri.

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data Objektif :

Penurunan libido, amenorea, infertilitas.

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

Data Subjektif :

Hubungan perasaan tidak berdaya, tak ada harapan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan untuk gagal ginjal yaitu :

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan volume cairan, kelebihan asupan natrium.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan.
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang tepapar informasi.
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imonilitas.
- f. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas.

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

a. DP I :

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan volume cairan, kelebihan asupan natrium.

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .. x .. jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :

- Edema menurun
- Dehidrasi menurun
- Membran mukosa membaik
- Haluaran urine cukup meningkat

SIKI : Manajemen hipervolemi

Observasi

- Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortpnea, dispnea, edema, suara napas tambahan)
- Identifikasi penyebab hipervolemia
- Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- Batasi asupan cairan dan garam
- Tinggikan kepala tempat tidur

Edukasi

- Ajarkan cara membatasi cairan
- Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urine

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian diuretik

b. DP II : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas.

SLKI : Setelah dilakukan tindakan ..x.. jam diharapkan bersihan jalan napas teratasi dengan kriteria hasil pola napas membaik:

- Penggunaan otot bantu napas menurun
- Frekuensi napas membaik

SIKI : Pemantauan respirasi

Observasi

- Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- Monitor pola napas (bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul)
- Auskultasi bunyi napas
- Monitor saturasi O₂

Terapeutik

- Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- Berikan terapi oksigen
- Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- Informasikan hasil pemantauan

c. DP III : Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan

SLKI : Setelah dilakukan tindakan ..x.. jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil

- Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
- Kekuatan otot mengunyah meningkat
- Kekuatan otot menelan meningkat
- Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat

SIKI : Manajemen nutrisi

Observasi

- Identifikasi status nutrisi
- Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- Monitor asupan makanan
- Monitor berat badan

Terapeutik

- Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

Endukasi

- Anjurkan diet yang diperlukan

Kolaborasi

- Kolaborasi dengan ahli gizi menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

d. DP IV: Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang tepapar informasi.

SLKI : Setelah dilakukan tindakan selama ..x.. jam, maka tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil :

- Perilaku sesuai anjuran meningkat
- Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang penyakit yang diderita meningkat
- Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- Persepsi yang keliru terhadap penyakit menurun.

SIKI : Edukasi kesehatan

Observasi

- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan motivasi perilaku hidup sehat

Terapeutik

- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- Ajarkan perilaku hidup sehat
- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat.

e. DP V : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas.

SLKI : Setelah dilakukan tindakan selama ..x.. jam, maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :

- Saturasi oksigen meningkat
- Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- dispnea saat aktivitas menurun

- perasaan lemah menurun

SIKI : Manajemen energi

Observasi

- Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

- Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahya, suara, kunjunga)
- Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif

Edukasi

- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Kolaborasi

- Kolaborasi dengan ahli gizi tetang cara meningkatkan asupan makanan

- f. DP VI : Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas.

SLKI : Setelah dilakukan tindakan selama ..x.. jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :

- Elastisitas meningkat
- Perfusi jaringan meningkat
- Kerusakan jaringan menurun
- Kerusakan lapisan kulit menurun
- Kemerahan menurun

SIKI : Perawatan integritas kulit

Observasi

- Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan

kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)

Terapeutik

- Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
- Gunakan produk berbahan ringan alami dan hipoalergik pada kulit sensitif

Edukasi

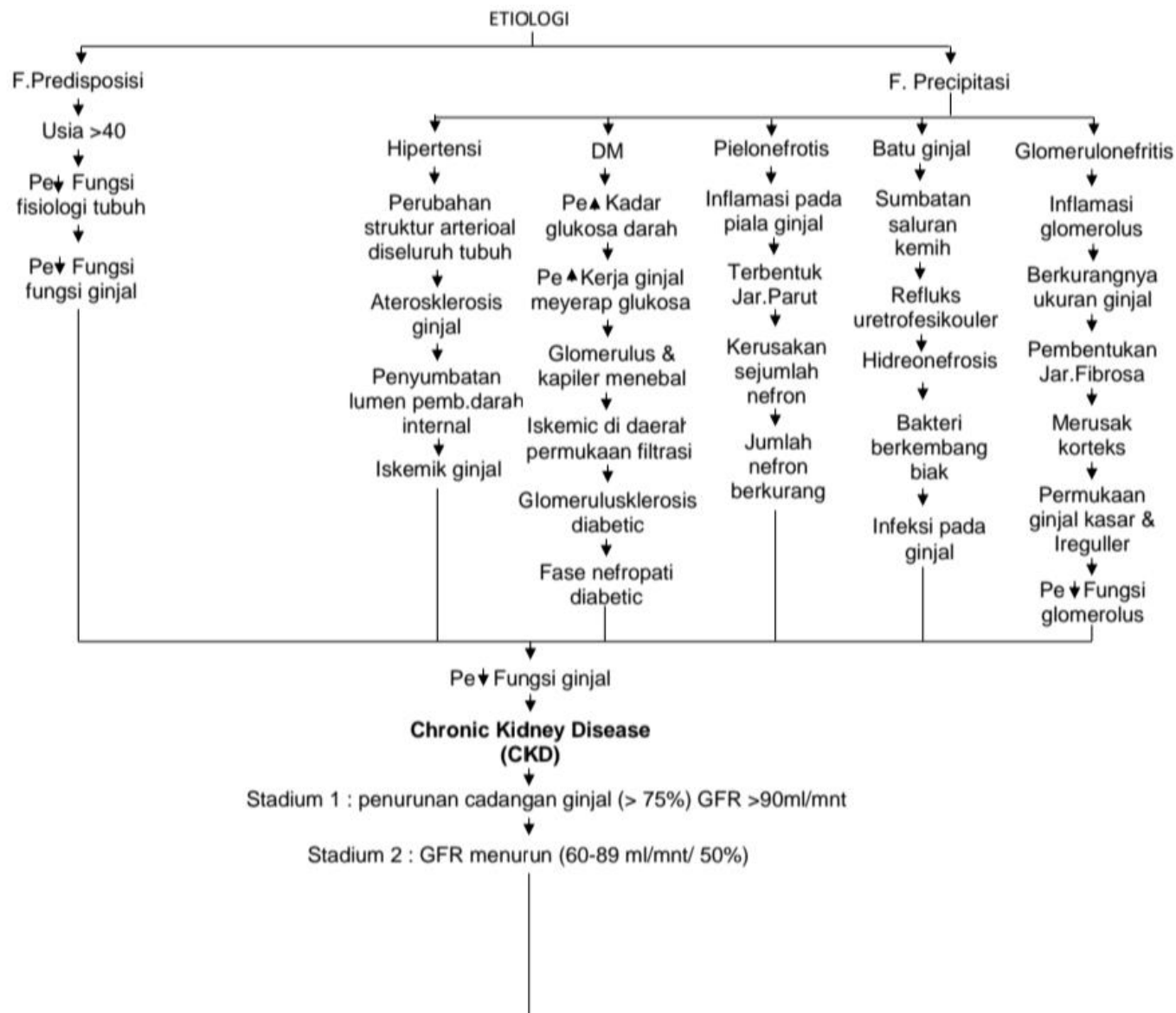
- Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum)
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan mandi dan menggunakan sabun

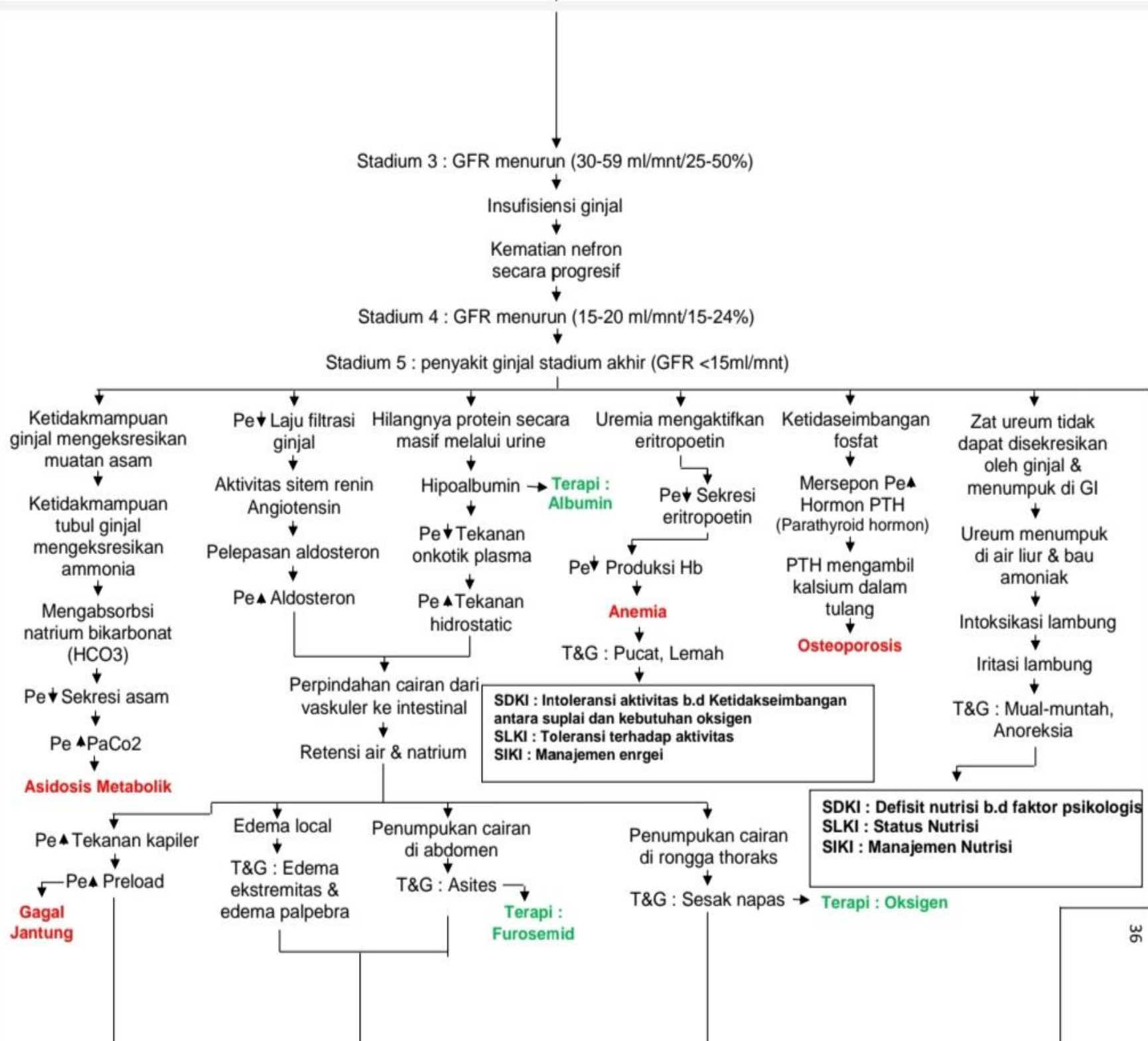
4. Perencanaan Pulang

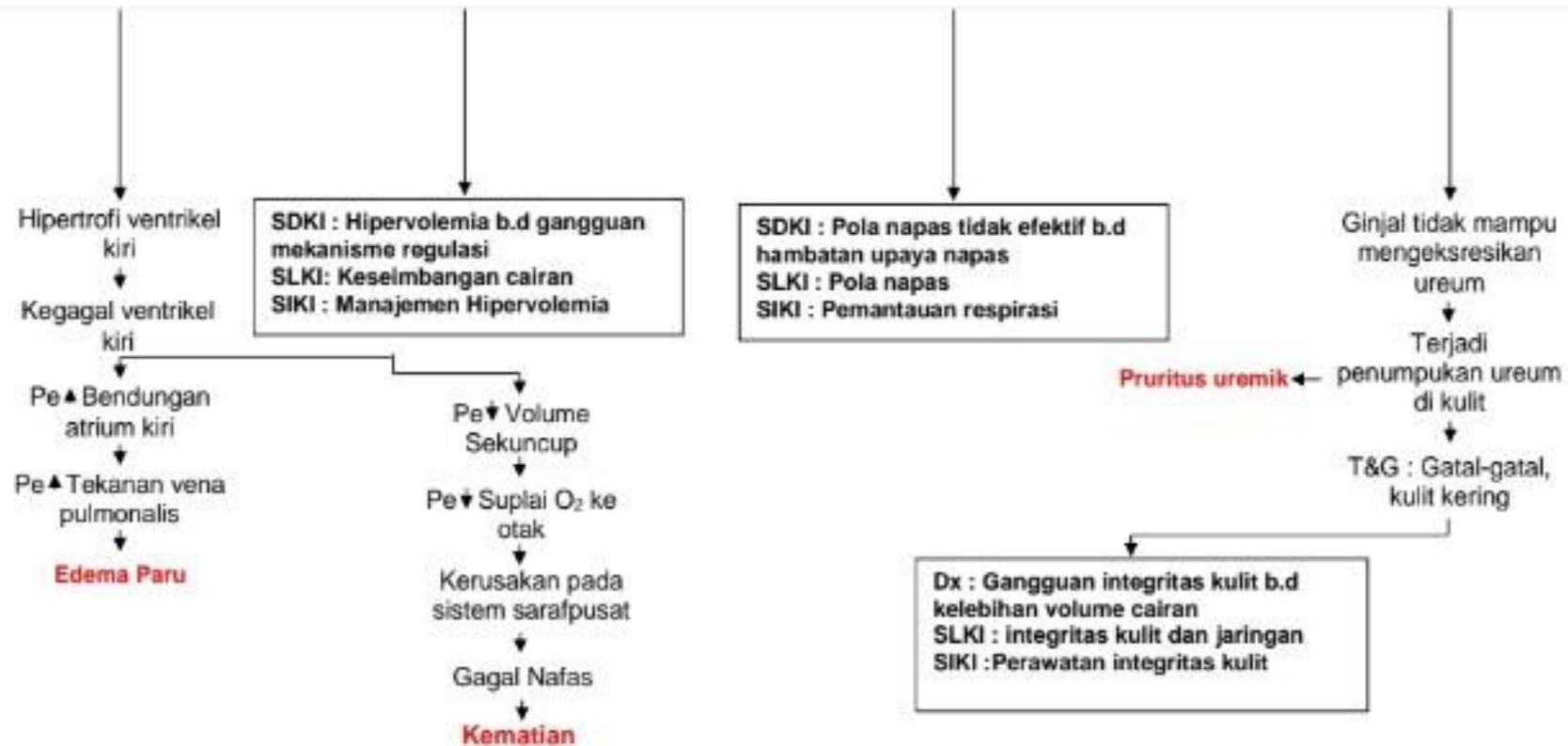
Ada beberapa penyuluhan yang perlu diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut :

- a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit gagal ginjal kronis misalnya mual, muntah, pengeluaran haluaran urin, napas berbau amoniak.
- b. Obat : Beritahu klien dan keluarga tentang daftar nama obat dosis, waktu pemberian obat, jangan mengkonsumsi obat-obatan tradisional dan vitamin tanpa instruksi dokter, konsumsi obat secara teratur. Jika merasakan ada efek samping dari obat segera cek ke rumah sakit serta perhatikan aktivitas ketika selesai meminum obat yang memiliki efek samping mengantuk.
- c. Diet : Pertahankan diet seperti yang dianjurkan dokter seperti mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan rendah protein, banyak mengkonsumsi makanan rendah natrium dan kalium. Keluarga harus memperhatikan benar - benar pola makan klien, membatasi

C. Patoflodiagram







BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien atas nama Ny.S umur 76 Tahun jenis kelamin perempuan berstatus sebagai IRT, agama islam, alamat Jl. Batua Raya IX No.12A dengan diagnosa CKD (*Chronic Kidney Disease on HD*). Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 Juni 2022. Pasien masuk IGD di antar keluarganya pada tanggal 04 Juni 2022 dengan keluhan sesak napas dan edema pada kedua kaki dan tangan sejak 1 minggu yang lalu, sehingga dokter memutuskan untuk pasien rawat inap. Pada saat pasien selesai melakukan HD di hari ke 3 perawatan pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga langsung di pindahkan keruangan ICU. Pemeriksaan fisik di ICU didapatkan hasil TD : 140/90 mmhg, S : 36,7⁰C, P : 32 x /Menit, N : 100 x /menit, SpO2 89%, terpasang NGT, kateter, IVFD RL 7 tpm, O2 NRM 12 liter, tampak pasien menggunakan otot bantu napas dada, terdengar suara napas tambahan wheezing, pasien dalam posisi semifowler, kesadaran somnolen, tampak pasien edema pada kedua tangan dengan cekungan kembali dalam 7 detik dengan kedalaman 5 mm dan kedua kaki dengan cekungan kembali dalam 12 detik dengan kedalaman 7 mm. Data - data lain yang ditemukan keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak banyak melakukan aktivitas karena mudah lelah, pasien merasa tambah sesak jika pasien bergerak dan berbicara. sehingga aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, tampak pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur, tampak saat dibalik atau dimiringkan kulit pasien bagian belakang kemerahan dan lembab. Pemeriksaan Ureum : 182,4 mg/dL (R : 10-50), Creatinin : 1,94 mg/dL (R: <1,1) WBC 18.04 [10³/uL], HGB 10,4 - [g/dL], RDW-SD 65.4 [FI],

RDW-CV [22,2], P-LCR 26.3 [%], NEUT# 15.82 [$10^3/uL$], MONO# 1.40 [$10^3/uL$], NEUT% 87.7 [%]. Hasil Foto Thorax Kesan : Gambaran Bronchitis, Edema Paru, Efusi Pleura Bilateral. Hasil EKG : Sinus Takikardi. Riwayat HT \pm 10 tahun.

Berdasarkan data diatas, penulis mengangkat tiga diagnosa Keperawatan yaitu : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dan resiko luka tekan berhubungan dengan edema.

B. PENGKAJIAN

1. Pengkajian Primer

Breath (B1)	Pergerakan dada	<ul style="list-style-type: none"> • Simetris kiri antara dada kiri dan kanan • Tidak simetris
	Pemakaian otot bantu napas	<ul style="list-style-type: none"> • Ada, jenis : menggunakan otot bantu napas dada • Tidak ada
	Palpasi	<ul style="list-style-type: none"> • Vocal premitus : kiri dan kanan tidak dikaji • Nyeri tekan : tidak ada • Krepitasi
	Perkusi	<ul style="list-style-type: none"> • Redup • Sonor • Pekak • Lokasi : kedua lapag paru bagian basal
	Suara napas	<ul style="list-style-type: none"> • Vesikuler • Wheezing • Ronchi • Rales • Froction rob • Lokasi :
	Batuk	<ul style="list-style-type: none"> • Produktif • Non produktif • Tampak pasien tidak batuk

	Sputum	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak tidak ada sputum
	Alat bantu napas	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Jenis : Oksigen NRM 12 liter
	Lain – lain	<ul style="list-style-type: none"> • Pernapasan : 32 x / menit • SpO₂ : 89% • Irama pernapasan : takipnea
Blood (B2)	Suara Jantung	<p>S1 S2 S3 S4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tunggal √ √ √ √ • Gallop • Murmur
	Irama Jantung	<ul style="list-style-type: none"> • Ireguler • Reguler
	CRT	<ul style="list-style-type: none"> • < 3 detik • > 3 detik (4 detik)
	JVP	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 5-2cmH2O • Meningkat
	CVP	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak ada • Nilai :
	Edema	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak ada • Lokasi : Edema pada kedua tangan dengan cekungan kembali dalam 7 detik dengan kedalaman 5 mm dan kedua kaki dengan cekungan kembali dalam 12 detik dengan kedalaman 7 mm
	EKG	Sinus Takikardi
	Lain – lain	<ul style="list-style-type: none"> • TTV : TD : 140 / 90 mmhg S : 36,7 °C P : 32 x / Menit N : 100 x / menit • Pemeriksaan penunjang Ureum : 182,4 mg/dL (R : 10-50) Creatinin : 1,94 mg/dL (R: <1,1)

Brain (B3)	Tingkat Kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitatif : Somnolens • Kuantitatif E : 3 V : 2 M : 4 Jumlah : 9
	Reaksi Pupil : - Kanan - Kiri	<ul style="list-style-type: none"> • Ada (tampak refleks pupil mengecil) • Tidak ada • Ada (tampak refleks pupil mengecil) • Tidak ada
	Refleks fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> • Ada : Tricep (+), Bisep(+), Patella (+), Aciles (+)
	Refleks patologis	<ul style="list-style-type: none"> • Ada : Babinski kiri (-), Babinski kanan (-)
	Meningeal sign	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak ada
	Lain – lain	
Bladder (B4)	Urin	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah : 250 cc / 24 jam • Warna : Kuning
	Kateter	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Jenis : Folley Catheter • Tidak ada
	Kesulitan BAK	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak
	Lain – lain	
Bowel (B5)	Mukosa bibir	<ul style="list-style-type: none"> • Lembab • Kering (tampak mukosa bibir kering dan pecah-pecah)
	Lidah	<ul style="list-style-type: none"> • Kotor (tampak lidah pasien kotor berwarna putih) • Bersih
	Keadaan gigi	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak ada gigi tanggal di bagian belakang gigi pasien
	Nyeri tekan	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak ada

Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • Distensi • Tidak distensi (teraba tidak ada distensi abdomen)
Peristaltik usus	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Menurun • Meningkatkan • Nilai : 12 x / menit
Mual	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak
Muntah	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak (tampak pasien tidak muntah) • Jumlah • Frekuensi
Hematemesis	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak (tampak pasien tidak ada hematemesis) • Jumlah • Frekuensi
Melena	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak (tampak pasien tidak melena) • Jumlah • Frekuensi
Terpasang NGT	<ul style="list-style-type: none"> • Ya (tampak pasien terpasang NGT ukuran 16 fr) • Tidak
Terpasang colostomy Bag	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak (tampak pasien tidak terpasang colostomy bag) • Lokasi
Diare	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak (tampak pasien tidak diare) • Jumlah • Frekuensi
Konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak • Sejak

	Asites	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak (tampak pasien tidak asites)
	Lain – lain	
Bone (B6)	Turgor	<ul style="list-style-type: none"> • Baik • Tidak elastis (tampak turgo kulit menurun)
	Perdarahan kulit	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Jenis • Tidak ada
	Icterus	<ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak ada
	Akral	<ul style="list-style-type: none"> • Hangat • Kering • Merah • Dingin • Pucat • Basah
	Pergeseran sendi	<ul style="list-style-type: none"> • Bebas • Terbatas • Skala
	Fraktur	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak (tampak tidak ada fraktur pasien) • Jenis • Lokasi • Gambar
	Luka	<ul style="list-style-type: none"> • Ada • Tidak ada • Jenis • Lokasi • Gambar
	Lain – lain	

Diagnosa Keperawatan

B-1 :

Diagnosa keperawatan : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

B-2 :

Diagnosa keperawatan : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

2. Pengkajian Sekunder

KAJIAN KEPERAWATAN

Unit : ICU Autoanamnese : -
 Kamar : HCU Alloanamnese : ✓
 Tanggal Masuk RS : 04 Juni 2022
 Tanggal Pengkajian : 09 juni 2022

a. Identifikasi

1) Pasien

Nama Initial : Ny. "S"
 Umur : 76 Tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Status perkawinan : menikah
 Jumlah anak : 2
 Agama/suku : Islam
 Warga Negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Indonesia
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : IRT
 Alamat rumah : Jl. Batua Raya IX No12 A

2) Penanggung Jawab

Nama : Nn. "M"
 Umur : 45 Tahun
 Alamat : Jl. Batua Raya IX No.2A
 Hubungan dengan pasien : Saudara pasien

b. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk : *Dyspnoe + CKD*

Saat pengkajian : *Dyspnoe + CKD on HD*

Keadaan Umum

1) Keadaan sakit

~~Pasien tampak sakit ringan/ sedang/ berat/ tidak tampak sakit~~

Alasan: Tampak Pasien sakit sedang, tampak terpasang NGT, kateter, Oksigen NRM liter, tampak terpasang infus RL 7 tpm.

Tanda-tanda Vital

a) Kesadara (kualitatif): Somnolen

b) Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

Respon motorik : 4

(1) Respon bicara : 2

(2) Respon membuka mata : 3

Jumlah : 9

Kesimpulan : pasien tidak koma

c) Tekanan Darah : 140/90 mmHg

MAP : 106,6 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai

d) Suhu : 36,7 °C

e) Pernapasan : 32 x/menit

Irama : takipnea

Jenis : dada

f) Nadi : 100 x/menit

Irama : kuat

2) Pengukuran

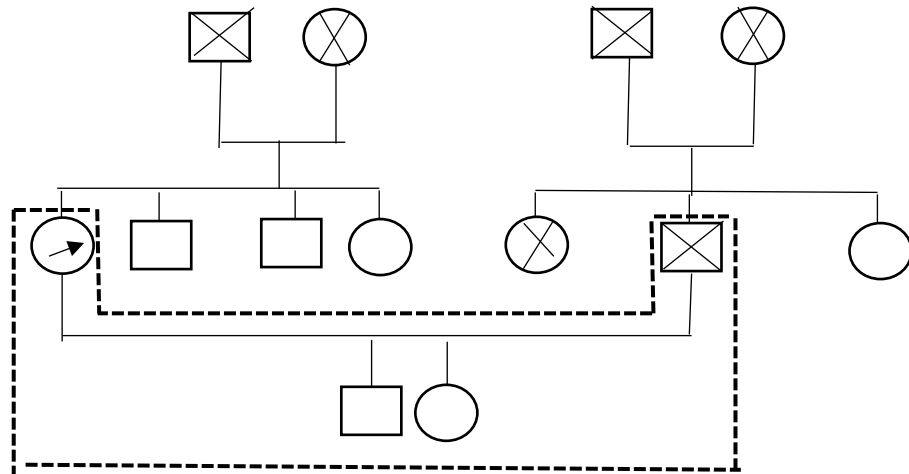
a) Lingkar lengan atas : -

b) Lingkar perut : -

c) Tinggi badan : 150 cm

- d) Berat badan : 56 kg
 e) IMT (Indeks Massa Tubuh): 24,8 (berat badan ideal)
 f) Kesimpulan : berat badan ideal

3) Genogram



Keterangan

- : Pria
 ○ : Wanita
 - - - - - : Tinggal serumah
 ↗ : Pasien
 ⊠ ⊙ : Meninggal

Pengkajian pola kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien jarang memeriksakan kesehatannya ke puskesmas atau ke dokter. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan mengkonsumsi obat hipertensi namun tidak teratur. Keluarga pasien juga mengatakan pasien suka mengkonsumsi makanan yang berminyak dan tinggi garam.

Keluarga mengatakan dari dulu pasien kurang memperhatikan kesehatannya.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama : Sesak Napas

b) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan pasien masuk IGD pada tanggal 04 Juni 2022 dengan keluhan sesak dan edema pada kedua kaki dan tangan sejak 1 minggu yang lalu, sehingga dokter memutuskan untuk pasien rawat inap. Pada saat pasien selesai melakukan HD di hari ke 3 perawatan pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga langsung di pindahkan ke ruangan ICU. Saat pengkajian pada tanggal 09 Juni 2022 tampak kondisi umum pasien lemah, sesak, frekuensi nafas 32x/menit, Spo2 89%, terpasang NRM 12 liter/menit, posisi pasien *semifowler*, dan edema pada kedua tangan dengan cekungan kembali dalam 7 detik dengan kedalaman 5 mm dan kedua kaki dengan cekungan kembali dalam 12 detik dengan kedalaman 7 mm.

3) Riwayat penyakit sebelum

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat keturunan penyakit hipertensi dari ibunya

5) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut : Tampak bersih dan beruban

b) Kulit kepala : Tampak bersih

c) Kebersihan kulit : Tampak bersih

d) Higiene rongga mulut : Kotor, lidah tampak putih

e) Kebersihan genitalia : Tampak bersih

f) Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien sebelum sakit frekuensi makan pasien tidak teratur yaitu dengan frekuensi makan 1-2 kali sehari. Pasien makan nasi, sayur, tahu, dan daging. Pasien mengatakan tidak ada makanan tambahan yang dikonsumsi sebelum maupun sesudah makan. Pasien mengatakan pasien suka mengkonsumsi makanan makanan yang berminyak dan tinggi garam. Pasien mengatakan pasien minum air putih \pm 4-5 gelas sehari (800cc)/hari, dan minum teh 2 gelas sehari (400cc)/hari.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit dan di rawat ruangan ICU pasien hanya makan makanan yang disediakan rumah sakit dan pasien makan melalui selang NGT.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang selang NGT

4) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan rambut : Tampak bersih dan beruban
- b) Hidrasi kulit : Kembali dalam >3 detik
- c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak edema/anemis
- d) Sclera : Tampak tidak ikterik
- e) Hidung : Tampak bersih
- f) Rongga mulut : Tampak kotor
- g) Gusi : Tidak tampak peradangan
- h) Gigi : Tampak bersih
- Gigi palsu : Tidak tampak

- i) Kemampuan mengunyah keras : Tidak mampu mengunyah dengan keras
- j) Lidah : Tampak kotor
- k) Pharing : Tidak tampak peradangan
- l) Kelenjar getah bening : Tidak teraba benjolan
- m) Kelenjar parotis : Tidak teraba peradangan
- n) Abdomen
 - (1) Inspeksi : Tampak abdomen datar
 - (2) Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 12x/menit
 - (3) Palpasi : Tidak teraba benjolan dan tidak ada nyeri
 - (4) Perkusi : Tympani
- o) Kulit
 - (1) Edema : Positif
 - (2) Icteric : Negatif
 - (3) Tanda-tanda radang : Tidak ada tanda-tanda Peradangan
- p) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola eliminasi

1) Sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien BAB lancar, frekuensi 1 kali per hari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning serta berbau khas. keluarga mengatakan pasien BAK lancar 6-7 kali (800-1500cc) /hari, keluarga mengatakan pasien sering merasa ingin BAK, namun pengeluaran urin hanya sedikit.

2) Sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi encer berwarna kuning. keluarga

mengatakan BAK pasien tidak lancar dengan jumlah urin 250 cc/ 24 jam dengan karakteristik berwarna kuning.

3) Obsevasi

Tampak terpasang kateter dan diapers

Urin berwarna kuning urin pasien berjumlah \pm 250 cc

Cm :

- Cair RL 500 cc, putih 150 cc = 650 cc/ 24 jam
- susu nefrisol 200 cc, bubur 200 cc, jus 100 cc = 500 cc/ 24 jam
- Terapi injeksi = 15 cc / 24 jam

Ck (urine) = 250 cc/ 24 jam

IWL = $15 \times BB = 15 \times 56 = 840 \text{cc} / 24 \text{ jam}$ Jadi, balance cairan 24 jam

=CM-(CK+IWL)

=1.165-(250+35)

=+880 cc / 24 jam

4) Pemeriksaan fisik

- | | |
|--------------------------|----------------|
| a) Peristaltik usus | : 12 x/menit |
| b) Palpasi kandung kemih | : Kosong |
| c) Nyeri ketuk ginjal | : Positif |
| d) Mulut uretra | : Tidak dikaji |
| e) Anus | |
| (1) Peradangan | : Tidak dikaji |
| (2) Hemoroid | : Tidak dikaji |
| (3) Fistula | : Tidak dikaji |

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelumnya pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga yang melakukan aktivitasnya seperti biasa dan juga pasien sering menyapu halaman rumah

setiap pagi dan menghabiskan waktunya bersma cucunya. keluarga mengatakan dari dulu pasien jarang berolahraga.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak banyak melakukan aktivitas karena mudah lelah, pasien merasa tambah sesak jika pasien bergerak dan berbicara. sehingga aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi

Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

a) Aktivitas harian

(1) Makan	: 3
(2) Mandi	: 2
(3) Pakaian	: 2
(4) Kerapihan	: 2
(5) Buang air besar	: 2
(6) Buang air kecil	: 1
(7) Mobilisasi di tempat tidur	: 2

Keterangan

0 : Mandiri

1 : Bantuan Dengan Alat

2 : Bantuan Orang

3 : Bantuan Alat Dan Orang

4 : Bantuan Penuh

b) Postur tubuh	: Tidak dikaji
c) Gaya jalan	: Tidak dikaji
d) Anggota gerak yang cacat	: Tidak ada
e) Fiksasi	: Tidak ada
f) Tracheostomy	: Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

(1) Berbaring : 140/90 mmHg

(2) Duduk : tidak dikaji

(3) Berdiri : tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : Negatif

b) HR : 100 x/menit

c) Kulit

Keringat dingin: Tampak tidak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP: 5-2 cmH₂O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai.

e) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi

Bentuk thorax : Tampak simetris Kiri dan kanan

Retraksi intercostal : Penggunaan otot bantu napas

Sianosis : Tampak tidak ada

(2) Palpasi

Vocal premitus : Tidak dikaji

Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi : Redup

(4) Auskultasi

Suara ucapan : tidak jelas terdengar di lapang paru kiri dan kanan

Suara napas tambahan : Wheezing

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak ictus cordis

(2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

(3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 4 linea mid clavicularis
sinistra

Batas kanan jantung : ICS 5 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 linea axillaris anterior
sinistra

(4) Auskultasi

BJ II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis dextra

BJ II P : Tunggal ICS 2 dan 3 linea sternalis
sinistra

BJ I T : Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

BJ I M : Tunggal ICS 5 linea medioclavicularis
sinistra

BJ III irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Tidak terdengar

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : Negatif

(2) Rentang gerak

- Kaku kuduk : Tidak ada

- Nyeri sendi : Tidak ada

- Fraktur : Tidak ada

- Parese : Tidak ada

- Paralisis : Tidak ada

(3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	3	3
Kaki	3	3

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(5) Refleks fisiologis: Biceps (+), Triceps (+), Patella (+)

(6) Refleks patologis: Babinski kiri (-), Babinski kanan (-)

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan, pasien memiliki pola tidur yang baik dan tidak mengalami gangguan. Tidur malam sekitar 8 jam dari pukul 21.00-05.00 WITA, dan tidur siang sekitar \pm 1 jam dari pukul 13.00-14.00 WITA.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan semenjak sakit pasien lebih banyak tertidur dan hanya membuka matanya jika pasien dipanggil

3) Observasi

Tampak pasien sering menguap

Ekspresi wajah mengantuk : Positif

Banyak menguap : Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

Tampak saat dibalik atau dimiringkan kulit pasien bagian belakang kemerahan dan lembab

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien mengalami gangguan pendengaran namun tidak ada gangguan penglihatan serta tidak ada masalah pada penciuman. Keluarga mengatakan pasien mempunyai daya ingat yang baik.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien mampu merespon ketika diajak berbicara namun harus berbicara di dekat telinga pasien.

3) Observasi

Tampak pasien merespon pertanyaan perawat

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea : Tampak jernih

Pupil : Tampak isokor pada mata kanan dan kiri

Lensa mata : Tampak jernih

Tekanan intra okuler (TIO) : Tidak ada peningkatan tekanan intra okuler antara kiri dan kanan sama

b) Pendengaran

Pina : Tampak simetris

Kanalis : Tampak bersih

Membran timpani : Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :

Pasien merasakan sentuhan yang di berikan

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien merasa bangga dengan dirinya. Pasien adalah pribadi yang riang dan bersemangat dalam sehari-harinya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa. Pasien merasa tidak berdaya dan putus asa dengan keadaannya. Keluarga mengatakan cara pasien untuk mengungkapkan perasaannya dengan raut wajahnya seperti meringis apabila pasien merasa kesakitan.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan seluruh aktivitas dilakukan di tempat tidur

- a) Kontak mata : Tampak penuh, melihat perawat berbicara
- b) Rentang perhatian : Tampak ada perhatian saat diajak bicara
- c) Suara dan cara bicara : suara pasien kurang jelas dan pelan
- d) Postur tubuh : Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
- b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji
- c) Kulit : Tampak bersih dan kering

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama dengan anak keduanya dan cucunya serta menjalin hubungan yang baik dengan keluarga besarnya dan tetangga rumahnya dan pasien di dalam keluarganya selalu hidup bahagia.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan hubungan pasien dengan dengan keluarga masih terjalin dengan baik.

3) Observasi

Tampak keluarga-keluarganya datang menjenguk dan bergantian menjaga pasien.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien berumur 76 tahun dan pasien memiliki 2 orang anak.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki masalah pada alat reproduksinya

3) Observasi : tampak pasien berjenis kelamin perempuan

j. Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien hidup dengan normal tidak ada beban, santai dalam menjalani kehidupannya bersama anak dan cucunya. Jika ada masalah pasien kadang bercerita kepada anak dan saudaranya

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien khawatir dengan kondisinya saat ini. Keluarga mengatakan semoga pasien cepat sembuh dan berkumpul bersama keluarganya.

3) Observasi

Tampak pasien cemas dan gelisah

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keluarga mengatakan

Keluarga mengatakan pasien menganut agama islam dan pasien rajin mengikuti pengajian di Masjid.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan pasien sudah tidak pernah lagi mengikuti kegiatan-kegiatan pengajian karena kondisi yang kurang memungkinkan.

3) Observasi

Tampak di samping tempat tidur pasien terdapat Al-qur'an.

C. Pemeriksaan Penunjang meliputi : Pemeriksaan Lab, Rontgen, CT Scan.

Pemeriksaan Laboratorium

PARAMETER		NILAI RUJUKAN
WBC	18.04 + [10³/uL]	(4.60 – 10.20)
RBC	3.16 - [10⁶/uL]	(4.00 – 6.10)
HGB	10,4 - [g/dL]	(12.2 – 18.1)
HCT	25.5 - [%]	(37.0 – 53.7)
MCV	81.7 - [fL]	(80.0 – 97.0)
MCH	28.1 [pg]	(26.0 – 31.2)
MCHC	34.1 [g/dL]	(31.8 – 35.4)
PLT	288 [10 ³ /uL]	(150 – 450)
RDW-SD	65.4 + [fL]	(37.0 – 54.0)
RDW-CV	22.2 + [%]	(11.5 – 14.5)
PDW	10.7 [fL]	(9.0 – 13.0)
MPV	10.2 [fL]	(7.2 – 11.1)
P-LCR	26.3 + [%]	(15.0 – 25.0)
PCT	0.30 [%]	(0.17 – 0.35)
NEUT#	15.82 + [10³/uL]	(1.50 – 7.00)
LYMPH#	0.73 - [10³/uL]	(1.00 – 3.70)
MONO#	1.40 + [10³/uL]	(0.00 – 0.70)
EO#	0.03 [10 ³ /uL]	(0.00 – 0.40)
BASO#	0.06 [10 ³ /uL]	(0.00 – 0.10)
IG#	0.51 [10 ³ /uL]	(0.00 – 7.00)
NEUT%	87.7 + [%]	(37.0 – 80.0)
LYMPH%	4.0 - [%]	(10.0 – 50.0)
MONO%	7.8 [%]	(0.0 – 14.0)
EO%	0.2 [%]	(0.0 – 1.0)
BASO%	0.3 [%]	(0.0 – 1.0)

IG%	2.8	[%]	(0.0 – 72.0)
-----	-----	-----	----------------

Hasil Pemeriksaan Ureum Creatinin

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
UREUM	132.7	10 - 50	mg/dL		H
CREATININ	1.35	< 1.1	mg/dL		H

Hasil Pemeriksaan Kimia darah

Tes / Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
Kimia Darah				
Elektrolit				
Elektrolit Natrium, Kalium				
Chlorida				
Natrium				
Kalium	132*	136 - 145	mmol/L	
Chlorida	3.3*	3.4 – 4.5	mmol/L	
	105	100 – 108	mmol/L	

Hasil Foto Thorax :

Kesan :

Gambaran Bronchitis

Edema Paru

Efusi Pleura Bilateral

D. Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>DS : keluarga pasien mengatakan bahwa sesak pasien sejak dari rumah sebelum masuk rumah sakit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 32x / menit. • Irama pernapasan takipnea, • Tampak menggunakan oksigen NRM 10 liter • Tampak pasien menggunakan otot bantu dalam pernapasan, • Jenis pernapasan dada. • Suara napas tambahan : wheezing 	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
2	<p>DS : keluarga pasien mengatakan pasien mengalami edema pada tangan dan kaki pasien sejak 1 minggu yang lalu</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak edema pada kedua tangan dengan cekungan kembali dalam 7 detik dengan kedalaman 5 mm dan kedua kaki dengan cekungan kembali dalam 12 detik dengan kedalaman 7 mm • CRT kembali > 3 detik • Ureum : 182,4 mg/dL (R : 10-50) • Creatinin : 1,94 mg/dL (R: <1,1) 	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasa karena sesak • Keluarga mengatakan seluruh kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak keadaan umum pasien lemah 	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas

	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak seluruh aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat • Tampak pasien hanya terbaring di tempat tidur • Tampak pasien sesak jika beraktivitas 		
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan semenjak sakit pasien lebih banyak tertidur dan hanya membuka matanya jika pasien dipanggil <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak keadaan umum pasien lemah • Tampak pasien hanya terbaring di tempat tidur • Tampak saat dibalik atau dimiringkan kulit pasien bagian belakang kemerahan dan lembab • Tampak seluruh aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat • Tampak pasien edema pada kedua tangan dan kaki pasien 	Tirah baring	Resiko luka tekan

E. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Ny "S"/76 tahun

Unit / Kamar : ICU

No	Diagnosa
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan Irama pernapasan takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan, Suara napas tambahan : wheezing.
2.	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan edema pada kedua tangan dan kaki CRT kembali > 3 detik.
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan seluruh aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien hanya terbaring di tempat tidur, pasien sesak jika beraktivitas.
4.	Resiko luka tekan berhubungan dengan edema ditandai dengan kulit pasien bagian belakang kemerahan dan lembab.

F. PERENCANAAN KEPERAWATAN

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas DS : keluarga pasien mengatakan bahwa sesak pasien sejak dari rumah sebelum masuk rumah sakit DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 32x / menit. • Irama pernapasan takipnea, • Tampak menggunakan oksigen NRM 10 liter • Tampak pasien menggunakan otot bantu dalam pernapasan, • Jenis pernapasan dada. • Suara napas tambahan : wheezing 	<p>Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas teratasi dengan kriteria hasil pola napas membaik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispnea menurun • Penggunaan otot bantu napas menurun • Frekuensi napas membaik 	<p>Pemantauan Respirasi (1.01014)</p> <p><u>Obsevasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas • Monitor pola napas (bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul) • Auskultasi bunyi napas • Monitor saturasi O₂ <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan semi-Fowler atau Fowler • Berikan terapi oksigen • Dokumentasikan hasil pemantauan <p><u>Edukasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan • Informasikan hasil pemantauan
<p>Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi DS : keluarga pasien mengatakan pasien mengalami edema pada tangan dan kaki pasien sejak 1 minggu yang lalu</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema menurun 	<p>Manajemen Hipervolemi</p> <p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan) • Identifikasi penyebab hipervolemia

<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak edema pada kedua tangan dengan cekungan kembali dalam 7 detik dengan kedalaman 5 mm dan kedua kaki dengan cekungan kembali dalam 12 detik dengan kedalaman 7mm • CRT kembali > 3 detik • Ureum : 182,4 mg/dL (R : 10-50) • Creatinin : 1,94 mg/dL (R: <1,1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dehidrasi menurun • Membran mukosa membaik • Haluaran urine cukup mengkat 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor intake dan output cairan <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi asupan cairan dan garam • Tinggikan kepala tempat tidur <p><u>Edukasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara membatasi cairan <p><u>Kolaborasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian diuretik
<p>Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasa karena sesak • Keluarga mengatakan seluruh kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak keadaan umum pasien lemah • Tampak seluruh aktifitas pasien 	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saturasi oksigen meningkat • Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat • Dispnea saat aktivitas menurun • Perasaan lemah menurun 	<p>Manajem Energi :</p> <p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahya, suara, kunjungan). • Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif <p><u>Edukasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan • Gejala kelelahan tidak berkurang

<p>dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien hanya terbaring di tempat tidur • Tampak pasien sesak jika beraktivitas 		<p><u>Kolaborasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
<p>Resiko luka tekan b/d edema DS : Keluarga mengatakan semenjak sakit pasien lebih banyak tertidur dan hanya membuka matanya jika pasien dipanggil DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak keadaan pasien lemah • Tampak pasien hanya terbaring di tempat tidur • Tampak saat dibalik atau dimiringkan kulit pasien bagian belakang kemerahan dan lembab • Tampak pasien edema pada kedua tangan dan kaki pasien 	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemerahan menurun • Suhu kulit membaik 	<p>Pencegahan Luka Tekan</p> <p><u>Observasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor suhu kulit yang tertekan • Monitor status kulit harian • Monitor sumber tekanan dan gesekan <p><u>Terapeutik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, inkontinensia fekal atau urin • Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 sampai 2 jam • Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang • Jaga seprei tetap kering, beraih dan tidak ada kerutan atau lipatan <p><u>Edukasi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit • Ajarkan cara merawat kulit

G. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny S/ 76 tahun

Ruang/ Kamar : ICU-ICCU

Hari/Tanggal	Jam	DX	Implementasi	Perawat
Jumat 10/06/2022	07:00	I, II,III, IV	Mengkaji tingkat kesadaran pasien H/: - Tampak KU pasien lemah - Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien - GCS:E ₃ M ₄ V ₃ (somnolen) Memonitor Tanda-tanda Vital H/ : TD : 140/90 mmHg	Fitri
	08.05	I	N : 100 x/menit S : 36,4 °C P : 30 x/menit Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas H/ : tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 32 x/menit, irama pernapasan takipnea, tampak pasien menggunakan otot bantu dalam pernapasan, jenis pernapasan dada.	Fitri
	08.10	I		Fitri
	08.15	I	Auskultasi bunyi napas H/ terdengar suara napas tambahan wheezing	Fitri
	08.20	I	Monitor saturasi oksigen H/ Spo2 : 89%	Fitri

	08:25	I	Berikan terapi oksigen H/ Tampak terpasang oksigen NRM 12 liter	Fitri
	08:30	I	Dokumentasikan hasil pemantauan H/ tampak pasien masih sesak, terpasang Oksigen NRM 12 liter/menit, SpO2 89%.	Fitri
	09:00	I	Memberikan posisi semifowler H/ tampak pasien posisi semifowler, tampak pasien masih sesak	Fitri
	09:15	II	Periksa tanda dan gejala hipervolemia H/ - tampak edema pada kedua tangan dan kaki pasien dengan cekungan kembali 12 detik kedalaman 7 mm - tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 32x/menit, terdengar suara napas tambahan wheezing	Fitri
	09:20	IV	Memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang H/ tampak terpasang bantal dibawah tangan kanan pasien	Fitri
	09:30	IV	Mengeringkan daerah yang lembab H/ tampak tubuh pasien dikeringkan menggunakan tissue basah dan kering.	Fitri

			Monitor suhu kulit dan area kulit kemerahan	Fitri
	09.40	IV	H/ Tampak daerah belakang pasien lembab dan kulit bagian belakang kemerahan Kolaborasi pemberian obat H/	
	10.00	II	- furosemide 20 mg/IV - Onoiva 500 mg/ora - Spironolactone 25 mg/ oral	Fitri
	10.10	I	Memonitor TTV: H/ : TD: 130/80 mmHg N : 99/menit S : 36,2 °C P : 30 x/menit Spo2 : 92 %	Fitri
	10.15	III	monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas H/ Tampak pasien tambah sesak jika berbicara dan bergerak	Fitri
	10.20	III	Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahya, suara, kunjungan) H/ Tampak pasien nyaman dengan lingkungan yang dingin dan tampak pasien tertidur	Fitri
	10.30	III	Anjurkan keluarga membantu pasien melakukan aktivitas secara bertahap h/ tampak keluarga paham	Fitri

			dengan anjuran perawat	
	12.00	I	Monitor ttv H/ : TD: 130/80 mmHg N : 98/menit S : 36,5 °C P : 32x/menit Spo2 : 90%	Fitri
	12.30	IV	Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 sampai 2 jam H/ tampak pasien diberikan posisi miring kanan	Fitri
	13.30	II	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi H/ pukul 07.00-13.30 (injeksi obat 5 cc, susu 100, bubur 100 cc, air putih 70 cc, urine 100 cc) CM 275 cc CK 100 cc Mengobservasi TTV: H/ : TD : 130/90 mmHg	Fitri
	14.00	I	N : 98 x/menit S : 36 °C P : 28 x/menit Dokumentasikan hasil pemantauan	Frinli
	14:30	iv	H/ tampak pasien masih sesak, terpasang Oksigen NRM 12 liter/menit, SpO2 90%.	Frinli

	15.00	IV	Memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang	Frinli
			H/ tampak terpasang bantal dibawah tangan kanan pasien	
			Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 sampai 2 jam	Frinli
	15.30	IV	H/ tampak pasien diberikan posisi miring kiri	
			Mengobservasi TTV:	
	16.00	I	H/ : TD: 130/90 mmHg	Frinli
			N : 100 x/menit	
			S : 36,5 °C	
			P : 30 x/menit	
			Spo2: 90%	
			Kolaborasi pemberian obat	
	16.10	II	- furosemide 20 mg/2 ml /IV - Onoiva 500 mg/oral	Frinli
			Tinggikan kepala tempat tidur pasien 30-40°	
	17.20	II	H/ Tampak kepala tempat tidur pasien berada pada posisi 40°	Frinli
			Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 sampai 2 jam	
	17.45	IV	H/ tampak pasien diberikan posisi miring kanan	Frinli
			Mengobservasi TTV:	
			H/ : TD: 130/90 mmHg	
	18.00	I	N : 100x/menit	Frinli
			S : 36 °C	

			P : 30x/menit Monitor saturasi oksigen H/ Spo2: 90%	
	18.05	I	Berikan terapi oksigen H/Tampak pasien terpasang Oksigen NRM 10 liter	Frinli
	08.15	II	Menjelaskan kepada keluarga bahwa pentingnya membatasi cairan agar pasien tidak edema H/ Keluarga tampak memahami penjelasan perawat	Frinli
	18.20	II	Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam H/ Tampak keluarga pasien mengerti	Frinli
	20.00	I	Mengobservasi TTV: H/ : TD: 130/90 mmHg N : 100x/menit S : 36 °C P : 30x/menit	Frinli
	20.10	I	Monitor saturasi oksigen pasien H/ Spo2: 90%	Frinli
	20.15	I	Melakukan pemberian terapi oksigen H/Tampak pasien terpasang Oksigen NRM 10 liter	Frinli
	20.30	II	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift siang H/ Pukul 13.30-20.30 (susu 100 cc, bubur 100 cc dan air putih 70	Frinli

Sabtu, 11 juni 2022	06.30	II	cc, injeksi obat 5 cc, urine 150 cc) CM 275 cc CK 150 cc Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift malam H/ Pukul 21.00-6.30 (susu 100 cc, injeksi obat 5 cc urine 50 cc, cairan RL 500 cc) CM 155 cc CK 100 cc	Fitri
	6.45	II	Memonitoring asupan dan pengeluaran CM = 550 cc + Cairan infus 500 cc CK = 350 cc Melakukan balance cairan CM-(CK+IWL) (350+35) =1.050-385 = +665 cc	Fitri
	07.00	I,II, III,IV	Mengkaji tingkat kesadaran pasien H/: - Tampak KU pasien lemah - Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien - GCS:E ₃ M ₄ V ₄ (Apatis)	Fitri
	07.00	I	Memonitor Tanda-tanda Vital H/ : TD : 130/90 mmHg N : 98x/menit S : 36 °C P : 28 x/menit Spo2 : 92% Tampak terpasang oksigen NRM	Fitri

			10 liter	
	07.30	I	Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas H/ : tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 28 x/menit, irama pernapasan takipnea, tampak pasien menggunakan otot bantu dalam pernapasan, jenis pernapasan dada.	Fitri
	07.35	I	Auskultasi bunyi napas H/ terdengar suara napas tambahan wheezing	Fitri
	07.40	I	Berikan posisi semi fowler H/ tampak pasien dalam semifowler	Fitri
	07.45	IV	Mengeringkan daerah yang lembab H/ tampak tubuh pasien dikeringkan menggunakan tissue basah dan kering.	Fitri
	08.00	I	Memonitor TTV: H/ : TD: 140/80 mmHg N : 89/menit S : 36,2 °C P : 28x/menit Spo2 : 95 %	Fitri
	13.30	II	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi H/ pukul 06.30-13.30 (susu 100 cc, air putih 70 cc, bubur 100 cc, urine 10 cc, injeksi obat 5 cc)	Fitri

			CM 275 CK 100	
	13.40	II	Mengkaji lokasi edema H/ tampak pasien edema pada kedua tangan dan kaki dengan cekungan kembali 7 detik	Frinli
	13.50	III	monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas H/ tampak pasien sudah tidak terlalu sesak saat bergerak dan diajak bicara	Frinli
	14.00	III	lakukan latihan rentang gerak pasif H/ Tampak pasien dibantu perawat dalam melakukan pergerakan	Frinli
	14.05	I	Monitor saturasi oksigen H/ Spo2 : 95 %	Frinli
	14.10	I	Memberikan terapi oksigen H/ Tampak pasien menggunakan oksigen NRM 10 liter/ menit	
	14.15	II	Kolaborasi pemberian obat - furosemide 20 mg/2 ml /IV - Oniwa 500 mg/oral	Frinli
	14.30	I	Dokumentasikan hasil pemantauan H/ tampak pasien masih sesak, terpasang Oksigen NRM 10 liter/menit, SpO2 95%.	Frinli
	14.35	IV	Memberikan bantalan pada titik	Frinli

			tekan atau tonjolan tulang	
	14.40	iv	H/ tampak terpasang bantal dibawah tangan kanan pasien Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 sampai 2 jam	Frinli
	15.00	I	H/ tampak pasien diberikan posisi miring kiri Mengobservasi TTV: H/ : TD: 130/90 mmHg N : 95 x/menit S : 36,4 °C P : 26 x/menit Spo2: 95%	Frinli
	16.00	III	Tinggikan kepala tempat tidur pasien 30-40°	Frinli
	16.20	IV	H/ Tampak kepala tempat tidur pasien berada pada posisi 40° Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 sampai 2 jam H/ tampak pasien diberikan posisi miring kanan	Frinli
	16.30	II	Menjelaskan kepada keluarga bahwa pentingnya membatasi cairan agar pasien tidak edema H/ Keluarga tampak memahami penjelasan perawat	Frinli
	17.00	II	Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam H/ Tampak keluarga pasien mengerti Mengobservasi TTV:	Frinli

	17.15	I	H/ : TD: 130/80 mmHg N : 98 x/menit S : 36.5 °C P : 26 x/menit Monitor saturasi oksigen pasien	Frinli
	18.00	I	H/ Spo2: 90%	Frinli
	18.05	I	Melakukan pemberian terapi oksigen H/Tampak pasien terpasang Oksigen NRM 10 liter	Frinli
	18.15	IV	Memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang H/ tampak terpasang bantal dibawah tangan kiri pasien	Frinli
	18.20	IV	Ubah posisi pasien setia 1-2 jam H/ Tampak pasien dimiringkan ke kanan	Frinli
	18.30	IV	Monitor suhu kulit dan area kulit kemerahan H/ Tampak daerah belakang pasien mulai kering dan kulit bagian belakang kemerahan mulai berkurang	Frinli
	20.00	I	Mengobservasi TTV: H/ : TD: 130/80 mmHg N : 98 x/menit S : 36.5 °C P : 26 x/menit Monitor saturasi oksigen	Frinli
	20.05	I		Frinli

Minggu, 12 juni 2022	20.30	II	H/ spo2 97% Mencatat asupan dan pengeluaran pa/da shift siang H/ Pukul 14.30-20.30 (susu 100 cc, bubur 100 cc dan air putih 70 cc, urine 50 cc) CM 275 cc CK 50 cc	Frinli
	06.30	II	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift malam H/ Pukul 21.00-6.30 (susu 100 cc, urine 50 cc) CM 100 cc CK 50 cc	Fitri
	06.45	II	Memonitoring asupan dan pengeluaran CM = 650 cc CK = 200 cc Melakukan balance cairan CM-(CK+IWL) (200+35) =650-235 = +415 cc	Fitri
	07.00	I,II, III,IV	Mengkaji tingkat kesadaran pasien H/: - Tampak KU pasien baik - Tampak pasien membuka mata ketika perawat memanggil nama pasien - GCS : E ₃ M ₅ V ₄ (Apatis)	Fitri
	07.05	I	Memonitor Tanda-tanda Vital H/ : TD : 120/90 mmHg N : 98x/menit	Fitri

			S : 36,6 °C	
			P : 26 x/menit	
	07.15	I	Monitor saturasi oksigen	Fitri
			H/ Spo2 : 97%	
	07.20	I	Memberikan terapi oksigen	Fitri
			H/ Tampak terpasang oksigen NRM 8 liter	
	07.25	I	Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas	Fitri
			H/ : tampak pasien sesak sudah berkurang dengan frekuensi pernapasan 26 x/menit, irama pernapasan takipnea, pasien masih menggunakan otot bantu dalam pernapasan, jenis pernapasan dada.	
			Memberikan posisi semifowler	
	07.30	I	H/ tampak pasien posisi semifowler, tampak pasien sesaknya berkurang	Fitri
			Mengkaji lokasi edema	
	08.00	II	H/ tampak pasien edema pada kedua tangan cekungan kembali 5 detik kedalam 3 mm dan kaki dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm	Fitri
			Ubah posisi dengan hati –hati setiap 1 sampai 2 jam	
			H/ tampak pasien diberi posisi miring kiri	Fitri
	08.10	II	Kolaborasi pemberian obat	Fitri
			- furosemide 20 mg/2 ml /IV	
			- Amlodipine 5mg/oral	

			- Onoiwa 500 mg/oral	
	08.30	II	Batasi asupan cairan garam H/ tampak pasien dibatasi cairan garam	Fitri
	08.45	II	Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° H/ tampak pasien berada posisi kepala tempat tidur 40°	Fitri
	09.00	IV	Monitor suhu kulit dan area kulit kemerahan H/ Tampak daerah belakang pasien kering dan kulit bagian belakang kemerahannya sudah mulai berkurang	Fitri
	09.10	IV	Monitor status kulit harian H/ tampak daerah belakang pasien sudah mulai membaik	Fitri
	09.30	I	Monitor ttv H/ : TD: 130/80 mmHg N : 98/menit S : 36,5 °C P : 24 /menit	Fitri
	10.00	I	Monitor saturasi oksigen H/ Spo2 : 98 %	Fitri
	10.05	I	Memberikan terpi oksigen Tampak terpasang nasal kanul 5 liter	Fitri
	10.10	I	Berikan posisi semi fowler H/tampak posisi pasien semi fowler, tampak sesak pasien	Fitri

			berkurang	
			Mengeringkan daerah yang lembab	
	10,15	IV	H/ tampak tubuh pasien dikeringkan menggunakan tissue basah dan kering	Fitri
	10.30	IV	Memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang	Fitri
			H/ tampak terpasang bantal dibawah tangan kanan pasien	
	10.35	III	monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	Fitri
			H/ tampak sesaknya sudah berkurang saat melakukan pergerakan	
	11.00	III	lakukan latihan rentang gerak pasif	Fitri
			H/ tampak pasien dibantu dalam melakukan pergerakan	
	12.30	III	Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahya, suara, kunjungan)	Fitri
			H/ tampak pasien tidur dengan lingkungan tenang	
	13.30	II	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi	Fitri
			H/ pukul 07.00-13.30 (susu 100 cc, air putih 70 cc, bubur 100 cc, obat injeksi 5 cc, urine 100 cc)	
			CM 275	
			CK 100	
	14.00	IV	Memberikan bantalan pada titik	Fitri

			tekan atau tonjolan tulang	
			H/ tampak terpasang bantal dibawah tangan kanan pasien	
	14.30	IV	Jaga seprei tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan atau lipatan	Frinli
			H/ tampak seprei pasien kering dan tidak ada lipatan	
	14.45	II	Menjelaskan kepada keluarga bahwa pentingnya membatasi cairan agar pasien tidak edema	Frinli
			H/ Keluarga tampak memahami penjelasan perawat	
	15.00	IV	Ubah posisi pasien setia 1-2 jam	Frinli
			H/ tampak pasien di miringkan ke kiri	
	15.30	I	Mengobservasi TTV: H/ : TD: 120/90 mmHg N : 84 /menit S : 36 °C] P : 26/menit	Frinli
	16.00	I	Monitor saturasi oksigen H/ Spo2: 98%	Frinli
	16.10	I	Auskultasi bunyi napas H/ suara napas tambahan wheezing sudah tidak terdengar	Frinli
	16.15	I	Memberikan terapi oksigen H/ Tampak pasien terpasang Oksigen NRM 8 liter	Frinli
	16.20	I	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu	Frinli

			<p>memberikan posisi semifowler</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak pasien dalam semifowler - tampak pasien sesak sudah berkurang 	
	16.25	I	<p>Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 sampai 2 jam</p> <p>H/ tampak pasien diberikan posisi miring kiri</p>	Frinli
	16.30	III	<p>Tinggikan kepala tempat tidur pasien 30-40⁰</p> <p>H/ Tampak kepala tempat tidur pasien berada pada posisi 40⁰</p>	Frinli
	17.00	II	<p>Menjelaskan kepada keluarga bahwa pentingnya membatasi cairan agar pasien tidak edema</p> <p>H/ Keluarga tampak memahami penjelasan perawat</p>	Frinli
	17.05	II	<p>Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>H/ Tampak keluarga pasien mengerti</p>	Frinli
	17.10	III	<p>Anjurkan kepada keluarga untuk membantu pasien melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>H/ tampak keluarga membantu pasien dalam melakukan aktivitas</p>	Frinli
	18.00	I	<p>Mengobservasi TTV:</p> <p>H/ : TD: 110/80 mmHg</p> <p>N : 98 x/menit</p>	Frinli

			S : 36.5 °C	
			P : 26x/menit	
	18.05	I	Monitor saturasi oksigen pasien H/ Spo2: 97%	Frinli
	18.10	I	Melakukan pemberian terapi oksigen H/Tampak pasien terpasang Oksigen NRM 8 liter	Frinli
	18.20	IV	Memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang H/ tampak terpasang bantal dibawah tangan kiri pasien	Frinli
	18.25	IV	Ubah posisi pasien setia 1-2 jam H/ Tampak pasien dimiringkan ke kanan	Frinli
	19.00	IV	Monitor suhu kulit dan area kulit kemerahan H/ Tampak daerah belakang pasien mulai kering dan kulit bagian belakang kemerahan mulai berkurang	Frinli
	19.30	I	Mengobservasi TTV: H/ : TD: 130/80 mmHg N : 98 x/menit S : 36.5 °C P : 26 x/menit	Frinli
	20.00	I	Monitor saturasi oksigen H/ spo2 97%	Frinli
	20.05	I	Auskultasi bunyi napas H/ terdengar suara napas	

			tambahan wheezing	Frinli
	20.30	II	Mencatat asupan dan pengeluaran pa/da shift siang H/ Pukul 14.30-20.30 (susu 100 cc, bubur 100 cc dan air putih 70 cc, injeksi obat 5 cc urine 100 cc) CM 275 cc CK 100cc	Frinli
	06.30	II	Mencatat asupan dan pengeluaran pa/da shift siang H/ Pukul 20.30-06.30 (susu 100 cc, dan air putih 20 cc, injeksi obat 5 cc urine 150 cc) CM 275 cc CK 150cc	Frinli
	06.45	II	Memonitoring asupan dan pengeluaran CM = 670 cc CK = 200 cc Melakukan balance cairan CM-(CK+IWL) (200+35) =670-350 = +320 cc	Fitri

H. Evaluasi Keperawatan

Nama / umur : Ny S /76

Unit / kamar : ICU

Tanggal	Evaluasi Soap	Nama Perawat
10 Juni 2022	<p>DP 1 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p> <p>S : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih mengalami sesak.</p> <p>O : Pola napas</p> <ul style="list-style-type: none">• Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 32 x/menit• Irama pernapasan takipnea• Tampak menggunakan oksigen NRM 10 liter• Tampak pasien menggunakan otot bantu dalam pernapasan,• Jenis pernapasan dada• Suara napas tambahan : wheezing <p>A : Pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Fitri dan Frinli
	<p>DP 2 : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S : keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami edema pada kedua tangan dan kaki.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tampak pasien edema pada kedua tangan dan kaki dengan cekungan kembali 10 detik <p>A : Hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Fitri dan Frinli
	<p>DP 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan</p>	Fitri dan Frinli

	<p>kebutuhan oksigen</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasa karena sesak • Keluarga mengatakan seluruh kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak keadaan pasien masih lemah • Pasien sesak saat melakukan aktivitas • Tampak keluarga membantu pasien dalam melakukan pergerakan • Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat <p>A : Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP 4 : Resiko luka tekan berhubungan dengan faktor resiko edema</p> <p>S :</p> <p>Keluarga mengatakan semenjak sakit pasien lebih banyak tertidur dan hanya membuka matanya jika pasien dipanggil</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak daerah belakang pasien lembab dan kulit bagian belakang kemerahan <p>A : Resiko luka tekan</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Fitri dan Frinli
	<p>DP 1 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p> <p>S :</p> <p>keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih mengalami sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 28 x/menit • Irama pernapasan takipnea • Tampak menggunakan oksigen NRM 10 liter • Tampak menggunakan oksigen NRM 10 liter • Tampak pasien menggunakan otot bantu 	Fitri dan Frinli

	<p>dalam pernapasan</p> <ul style="list-style-type: none"> Jenis pernapasan dada <p>A : Pola napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP 2 : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S :</p> <p>keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami edema pada kedua tangan dan kaki.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tampak pasien edema pada kedua tangan dan kaki dengan cekungan kembali 7 detik <p>A : Hipervolemia belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluarga mengatakan pasien masih tidak bisa beraktivitas seperti biasa karena sesak Keluarga mengatakan seluruh kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tampak pasien masih lemah Tampak pasien masih sesak saat melakukan aktivitas Tampak keluarga membantu pasien dalam melakukan pergerakan Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat <p>A : Intoleransi aktivitas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP 4 : Resiko luka tekan berhubungan dengan faktor resiko edema</p> <p>S :</p>	<p>Fitri dan Frinli</p> <p>Fitri dan Frinli</p> <p>Fitri dan Frinli</p>
--	--	---

	<p>Keluarga mengatakan pasien hanya berbaring lemah dan jarang menggerakkan badannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak daerah belakang pasien mulai kering dan kulit bagian belakang kemerahan mulai berkurang <p>A : Resiko luka tekan teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
	<p>DP 1 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sesaknya mulai berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien sesak sudah berkurang dengan frekuensi pernapasan 26 x/menit • Suara napas tambahan wheezing sudah tidak terdengar • Terpasang oksigen NRM 8 liter/ menit <p>A : Pola napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP 2 : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S :</p> <p>pasien mengataka masih merasa bengkak pada daerah tangan dan kakinya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien edema pada kedua tangan cekungan kembali 5 detik kedalam 3 mm dan kaki dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm <p>A : Hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih merasa lelah saat melakukan aktivitas 	<p>Fitri dan Frinli</p> <p>Fitri dan Frinli</p> <p>Fitri dan Frinli</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Sesak mulai berkurang saat melakukan aktivitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak keadaan pasien masih lemah • Tampak pasien sesaknya mulai berkurang saat melakukan aktivitas <p>A : Intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>DP 4 : Resiko luka tekan berhubungan dengan faktor resiko edema</p> <p>S :</p> <p>Keluarga mengatakan pasien sudah sudah sering menggerakkan badannya dan daerah belakang pasien sudah mulai kering</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak daerah belakang pasien kering dan kulit bagian belakang kemerahannya sudah mulai berkurang <p>A : Resiko luka tekan</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>Fitri dan Frinli</p>
--	--	-----------------------------

I. Daftar Obat

A. Farmakologis

1. Furosemide 20mg/iv

- a. Definisi : Furosemide secara umum digunakan pada kasus-kasus berupa bengkak pada tubuh atau yang biasa dikenal dengan istilah edema. Furosemide juga digunakan pada hipertensi (tekanan darah tinggi) dengan membantu mengurangi volume darah dalam pembuluh darah sehingga tekanan darah akan berkurang. Pada kasus hipertensi, furosemide akan digunakan bersamaan dengan obat-obatan antihipertensi lainnya.
- b. Indikasi : Pengobatan edema yang menyertai gangguan ginjal termasuk sindrom nefrotik. Pengobatan hipertensi, baik diberikan tunggal atau kombinasi dengan obat antihipertensi
- c. Kontraindikasi : gagal ginjal dengan anuria, prekoma dan koma hepatic, defisiensi elektrolit, hipovolemia, hipersensitivitas.
- d. Efek Samping : gangguan elektrolit, dehidrasi, hipovolemia, hipotensi, peningkatan kreatinin darah

2. Spironolactone 25 mg/ oral

- a. Definisi : Spironolactone adalah obat bekerja dengan cara menghambat penyerapan garam berlebih dan menjaga kadar kalium dalam darah agar tak terlalu rendah sehingga tekanan darah bisa turun. Obat in juga bisa digunakan untuk mengobati pembengkakan (edema) yang disebabkan oleh kondisi tertentu dengan mengeluarkan kelebihan cairan dan meningkatkan gejala seperti masalah pernapasan, obat yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi
- b. Indikasi : untuk hipertensi dan edema
- c. Kontra indikasi : Spironolactone tablet sebaiknya tidak digunakan pada kondisi hiperkalemia (kondisi ketika jumlah kalium dalam darah sangat tinggi).
- e. Efek samping : Efek samping yang mungkin terjadi selama

penggunaan obat Spironolactone, yaitu gangguan saluran cerna, impotensi, ginekomastia, sakit kepala, bingung, gangguan darah

B. Non Farmakologis

1. Terapi cairan RL (500 ML)

Ringer laktat adalah cairan yang isotonis dengan darah dan dimaksudkan untuk cairan pengganti. Ringer laktat merupakan cairan kristaloid digunakan antaranya luka bakar, syok, dan cairan preload pada operasi. Ringer laktat merupakan cairan yang memiliki komposisi elektrolit mirip dengan plasma. Satu liter cairan ringer laktat memiliki kandungan 130 mEq ion natrium setara dengan 130 mmol/L, 109 mEq ion klorida setara dengan 109 mmol/L, 28 mEq laktat setara dengan 28 mmol/L, 4 mEq ion kalium setara dengan 4 mmol/L, 3 mEq ion kalsium setara dengan 1,5 mmol/L. anion laktat yang terdapat dalam ringer laktat akan dimetabolisme di hati dan diubah menjadi bikarbonat untuk mengoreksi keadaan asidosis sehingga ringer laktat baik untuk mengoreksi asidosis. Laktat dalam ringer laktat sebagian besar dimetabolisme melalui proses glukoneogenesis. Setiap satu mol laktat akan menghasilkan satu mol bikarbonat. (Damayanti & Ryusuke, 2017).

2. Terapi Oksigen (O₂ NRM)

Non-rebreathing oxygen mask (NRM) merupakan peralatan utama yang diperlukan dalam terapi oksigen menggunakan NRM. NRM terdiri atas sebuah sungkup oksigen yang menutup bagian mulut serta hidung pasien yang terhubung dengan reservoir oksigen yang menerima suplai oksigen dari luar, serta lubang masuk penghubung antara suplai oksigen luar dengan reservoir. Teknik *non-rebreathing oxygen mask* (NRM) yang benar meliputi pemasangan selang ke sumber oksigen, memastikan kantung reservoir mengembang, dan memastikan terdapat katup satu arah yang berfungsi baik. Ubah laju aliran oksigen menjadi 10-15 liter

per menit dan letakkan sungkup pada wajah pasien, menutupi hidung dan mulut. Gunakan tali elastis untuk menahan sungkup (Muhsinin & Kusumawardani, 2019).

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Pada bab IV ini, penulis akan membahas kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dan kasus kelolaan yang dimana diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama tiga hari perawatan yaitu dari tanggal 10-12 Juni 2022. Untuk memudahkan pembahasan, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pembahasan ASKEP

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, pemeriksaan diagnostik, dan hasil pengamatan langsung pada pasien. Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien Ny. S usia 76 tahun yang dirawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Juni 2022 diperoleh data : pasien tampak sesak napas dengan frekuensi pernafasan 32x/menit, dengan jenis pernafasan takipnea dan terdengar suara tambahan wheezing serta pasien menggunakan O₂ NRM 12 liter/menit, *edema* pada kedua tangan dan kaki, pada tangan cekungan kembali dalam 5 detik dengan kedalaman 3 mm dan punggung kaki dengan cekungan kembali dalam 7 detik dengan kedalaman 5 mm. Data yang

diperoleh dari keluarga pasien mempunyai riwayat hipertensi \pm 10 tahun yang lalu.

Edema terjadi karena ginjal tidak mampu mengekskresi urin secara normal, respon ginjal yang terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari tidak terjadi, sedangkan sesak terjadi akibat retensi natrium dan air yang tertahan mengakibatkan ketidakseimbangan suplai O₂ dengan kebutuhan, selain retensi Na⁺ dan H₂O mengakibatkan cairan masuk ke intraseluler menyebabkan *edema* paru dan efusi. Pada kasus di dapatkan sesak akibat cairan di pleura dengan pemeriksaan foto thorax Kesan : *Edema* paru dan Efusi pleura *bilateral*.

Pemeriksaan diagnostik yang didapat adanya nilai ureum 132,7 mg/dL, kreatinin 1,35 Mg/dL. Ureum dan kreatinin adalah sisa-sisa protein yang menjadi racun dalam tubuh, sehingga jika ginjal rusak atau tidak mampu mengekskresikan urin maka ureum kreatinin akan tetap tertinggal dalam tubuh sehingga terjadinya peningkatan ureum kreatinin, sedangkan hasil pemeriksaan darah HGB 10,4 g/dl, anemia terjadi karena fungsi ginjal untuk menghasilkan eritropoetin menurun sehingga stimulasi pembentukan sel-sel darah di sum-sum tulang juga menurun. (Suharyanto & Madjid, 2017)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan untuk *chronic kidney disease* (CKD) berdasarkan data-data yang ditemukan pada pasien penulis mengangkat 4 diagnosa yaitu :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas.
- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan volume cairan, kelebihan asupan natrium.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas.
- d. Resiko luka tekan berhubungan dengan tirah baring

3. Rencana keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul, diantaranya sebagai berikut:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Pada diagnosa pertama ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: Tindakan observasi Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas, auskultasi bunyi napas dan monitor saturasi O₂. Serta melakukan. Tindakan terapeutik yaitu dengan mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, memberikan posisi semi Fowler atau Fowler, memberikan terapi oksigen, melakukan dokumentasi hasil pemantauan, dan memberikan edukasi kepada keluarga dengan menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan dan menginformasikan hasil pemantauan

- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Pada diagnosa kedua ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu : Manajemen hipervolemi meliputi Observasi dengan periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan), identifikasi penyebab hipervolemia, monitor intake dan output cairan. Tindakan terapeutik batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur.

Melakukan edukasi dengan mengajarkan keluarga cara membatasi cairan. Tindakan kolaborasi : Kolaborasi pemberian diuretik

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, penulis membuat intervensi sesuai keadaan pasien yaitu : manajemen energi meliputi Observasi monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas. Tindakan terapeutik sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahya, suara, kunjungan), lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif. Melakukan edukasi anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. Tindakan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
- d. Resiko luka tekan berhubungan dengan edema penulis membuat intervensi sesuai keadaan pasien yaitu : pencegahan luka tekan meliputi Observasi Monitor suhu kulit yang tertekan, monitor status kulit harian, monitor sumber tekanan dan gesekan. Tindakan terapeutik, keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, inkontinensia fekal atau urin, ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 sampai 2 jam, berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang, jaga seprei tetap kering, beraih dan tidak ada kerutan atau lipatan. Tindakan edukasi anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit, ajarkan cara merawat kulit.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan dilakukan selama 3 hari dan bekerjasama

dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan dokter sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik, dan tidak ada kendala dalam melakukan implementasi keperawatan karena pasien sangat kooperatif mengikuti anjuran perawat.

5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan bisa tercapa dari hasil evaluasi yang dilakukan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari adalah sebagai berikut :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan hambatan upaya napas, frekuensi napas pasien sudah mulai berkurang dari sebelumnya (32x/menit) menjadi 26x/menit, suara napas tambahan wheezing sudah tidak terdengar. Masalah teratasi sebagian, sesak yang dialami pasien menunjukkan perubahan dan suara napas tambahan sudah tidak terdengar, maka perencanaan dari diagnosa keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan
- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Edema pada kedua tangan cekungan kembali 5 detik kedalam 3 mm dan kaki dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm. Maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Keadaan umum pasien masih lemah, pasien sesaknya mulai berkurang saat melakukan aktivitas. Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.
- d. Resiko luka tekan berhubungan dengan edema. Tampak

daerah belakang pasien kering dan kulit bagian belakang kemerahannya sudah mulai berkurang. Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan

B. Pembahasan Penerapan EBN (pada Tindakan keperawatan)

1. Judul EBN

Pemberia Posisi Semi Fowler Pada Pasien Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang ICU RS Stella Maris Makassar

2. Diagnosis keperawatan

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

3. Luaran yang diharapkan

- Dispnea menurun
- Penggunaan otot bantu nafas menurun
- Frekuensi nafas membaik

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

a. Pengertian Tindakan

Posisi semi fowler adalah memposisikan pasien dengan setengah duduk dengan menopan bagian kepala dan bahu menggunakan bantal atau memposisikan tempat tidur dengan menaikkan kepala dan dada setinggi 45⁰ tanpa fleksi lutut (Putranto et al., 2021).

b. Tujuan/Rasional *Evidence Based Nursing* pada kasus askep
Untuk memaksimalkan peningkatan ekspansi paru dan menurunkan frekuensi sesak napas dikarenakan dapat membantu otot pernapasan mengembang maksimal (Putranto et al., 2021).

c. PICOT *Evidence Based Nursing*

- 1) Pengaruh pemberian posisi semi fowler 45⁰ terhadap frekuensi napas pada pasien gagal ginjal kronik di wilayah kerja Puskesmas Sidoharjo Sragen

No	PICOT	PENJELASAN
1	PROBLEM	Pengaruh pemberian posisi semi fowler 45 ⁰ terhadap frekuensi napas pada pasien gagal ginjal kronik di wilayah kerja Puskesmas Sidoharjo Sragen
2	INTERVENSI	Penelitian untuk mengetahui pengaruh pemberian posisi semi fowler 45 ⁰ terhadap frekuensi nafas pada pasien gagal ginjal kronik. Metode penelitian kuantitatif, dengan desain penelitian <i>Quasi Eksperiment</i> dengan pendekatan pre test dan post test one group. Populasi penelitian sebanyak 45 orang pasien gagal ginjal kronik dan Teknik sampel penelitian ini adalah total sampling.
3	COMPARISON	Dalam jurnal ini melihat perbandingan antara responden sebelum diberikan intervensi pemberian posisi semi fowler dan sesudah diberikan intervensi posisi semi fowler pada 45 pasien penderita gagal ginjal kronik dengan masalah frekuensi pernafasan.
4	OUTCOME	Hasil : Ada pengaruh pola nafas sebelum pemberian dan sesudah pemberian
5	TIME	Penelitian ini dilakukan pada tahun 2021 dan dimulai dari bulan Januari – Maret (Putranto et al., 2021)

2) Pengaruh Pemberian Posisi Semi *Fowler* Terhadap *Saturation Of Peripheral Oxygen (SPO₂)* Pasien *Chronic Kidney Disease (CKD)* di Ruang ICU RSUD Sukoharjo

No	PICOT	PENJELASAN
1	Population	Jumlah responden sebanyak 16 pasien <i>Chronic Kidney Disease (CKD)</i> di Ruang ICU RSUD Sukoharjo
2	Intervensi	Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini yakni mengukur nilai spo2 pada 16 responden gagal ginjal kronik pre perlakuan dan post perlakuan. Dimana nilai spo2 sebelum dilakukan posisi semi fowler terbagi menjadi 3 kategori yaitu terdapat 2 responden (12,5%) termasuk dalam kategori hipoksia sedang, 1 responden (6,3%) termasuk dalam kategori hipoksia ringan dan 13 responden (81,3%) termasuk dalam kategori normal. dengan nilai spo2. dengan nilai spo2 terendah sebelum perlakuan adalah 81% dan nilai spo2 tertinggi sebelum perlakuan adalah 99%, serta nilai median spo2 sebelum perlakuan adalah 96%. Sedangkan, nilai spo2 setelah dilakukan tindakan pemberian posisi semi fowler termasuk dalam kategori normal yaitu sebanyak 16 responden (100%). Dengan nilai spo2 terendah setelah perlakuan adalah 95%, nilai spo2 tertinggi setelah perlakuan adalah 99% serta nilai median spo2 setelah perlakuan adalah 98%.
3	Comparison	Penelitian tidak menggunakan tindakan pembandingan karena peneliti hanya menggunakan jenis penelitian <i>pre eksperimen design</i> dengan desain <i>one group pre test-post test design</i> .
4	Outcome	Ada pengaruh posisi tidur semi fowler terhadap kenaikan nilai saturasi oksigen pada pasien gagal ginjal kronik. Penelitian ini merekomendasikan agar pasien gagal ginjal kronik dengan penurunan saturasi oksigen

		diberikan posisi tidur semi fowler dibuktikan dengan hasil uji alternative <i>Wilcoxon</i> didapatkan nilai $p < 0,001 < 0,05$, yang berarti bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian posisi semi fowler terhadap <i>Saturation of Peripheral Oxygen (SPO2)</i> sebelum dan setelah diberikan posisi semi fowler pada pasien <i>Chronic Kidney Disease (CKD)</i> di Ruang ICU RSUD Sukoharjo
5	Time	Penelitian dilakukan pada bulan Agustus - November 2020 di Ruang ICU RSUD Sukoharjo (Guntur, 2020)

3) Posisi Semi Fowler terhadap Ketidakefektifan Pola Napas Pada Pasien *Chronic Kidney Disease (CKD)* di ruangan ICCU RSUD Wates

No	PICOT	PENJELASAN
1	Population	Subjek data penelitian adalah 2 orang pasien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kriteria mengalami sesak napas dan kesadaran <i>compos mentis</i>
2	Intervensi	Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan di ICCU RSUD Wates. Peneliti melakukan pre test pada pasien CKD dengan mengukur frekuensi pernapasan dan saturasi pasien, kedua pasien sama-sama terpasang nasal kanul dengan konsentrasi 3 L/menit, kemudian memposisikan pasien dalam posisi semi fowler (posisi duduk 45°) sesuai dengan SOP yang ada dan mengukur kembali hasil post test pada pasien CKD setelah 3 x 24 jam tindakan dilakukan
3	Comparison	Peneliti tidak menggunakan tindakan pembandingan karena peneliti hanya menggunakan desain studi kasus diskriptif dengan melakukan pre dan post test
4	Outcome	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa penerapan posisi semi

		fowler (posisi duduk 45 ⁰) selama 3 x24 jam sesuai dengan SOP membantu mengoptimalkan RR pada klien sehingga masalah ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi dibuktikan dengan RR pasien dalam batas normal (16-24x/menit), pasien menunjukkan jalan nafas yang paten, tidak sianosis, dan pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas.
5	Time	Waktu penelitian studi kasus ini dimulai pada tanggal 24-30 juni 2019 di ruangan ICCU RSUD Wates.(Yuli Ani, 2020)

5. Kesimpulan PICOT

Dari hasil analisis tiga jurnal mengenai pemberian posisi semi fowler di dapatkan bahwa pemberian posisi semi fowler pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dapat memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan frekuensi pernapasan karena posisi semi fowler dapat membantu otot pernapasan mengembang secara maksimal. Penulis juga menapatkan bahwa sebelum pemberian posisi diberikan pasien tampak sesak napas dan frekuensi pernapasan pasien 32 x/menit, namun setelah pemberian posisi semi fowler diberikan tampak sesak pasien sedikit berkurang dan frekuensi pernapasan pasien turun menjadi 26 x/menit. Penulis menarik kesimpulan bahwa pemberian posisi semi fowler efektif pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang mengalami sesak napas untuk meningkatkan ekspansi paru pasien dan menurunkan frekuensi pernapasan sehingga pemberian posisi semi fowler dapat diimplementasikan sebagai *Evidence Based Nursing* didalam praktik keperawatan

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.S umur 76 tahun dengan *Chronic Kidney Disease (CKD)* di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

A. SIMPULAN

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada Ny.S diperoleh data-data sebagai berikut : pasien masuk pada tanggal 09 Juni 2022 dengan keluhan sesak napas dan edema pada kedua kaki dan tangan. Pada saat pasien selesai melakukan HD di hari ke 3 perawatan diruangan Bernadeth II pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga langsung di pindahkan keruangan ICU. pada tanggal 04 Juni 2022 di lakukan pemeriksaan fisik di ICU didapatkan hasil TD : 140/90 mmhg, S : 36,7⁰C, P : 32 x /Menit, N : 100 x /menit, SpO2 89%, terpasang NGT, kateter, IVFD RL 7 tpm, O2 NRM 12 liter, tampak pasien menggunakan otot bantu napas dada, terdengar suara napas tambahan wheezing, pasien dalam posisi semifowler, kesadaran somnolen, tampak pasien edema pada kedua tangan dengan cekungan kembali dalam 7 detik dengan kedalaman 5 mm dan kedua kaki dengan cekungan kembali dalam 12 detik dengan kedalaman 7 mm. Data - data lain yang ditemukan keluarga mengatakan sejak sakit pasien tidak banyak melakukan

aktivitas karena mudah lelah, pasien merasa tambah sesak jika pasien bergerak dan berbicara. sehingga aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, tampak pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur, tampak saat dibalik atau dimiringkan kulit pasien bagian belakang kemerahan dan lembab. Pemeriksaan Ureum : 182,4 mg/dL (R : 10-50), Creatinin : 1,94 mg/dL (R: <1,1) Hasil Foto Thorax Kesan : Gambaran Bronchitis, Edema Paru, Efusi Pleura Bilateral. Riwayat HT \pm 10 tahun.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan data-data diatas maka penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- d. Resiko luka tekan berhubungan dengan edema

3. Intervensi keperawatan

Dalam mengatasi masalah tersebut, telah dibuat intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan. Dari intervensi keperawatan yang penulis susun prinsipnya penulis mengambil dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) meliputi tindakan keperawatan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

4. Implemetasi keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan intervensi yang telah disusun oleh penulis

5. Evaluasi keperawatan

Diperoleh data: dari keempat diagnosa yang diangkat semua masalah dapat teratasi sebagian.

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Chronic Kidney Disease* (CKD), maka penulis ingin memberikan masukan dan saran yang dapat dilakukan jika sesuai dengan harapan dan kemampuan serta dapat bermanfaat bagi semua pihak :

1. Pasien

Pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) pentingnya untuk membatasi intake cairan dan protein sehingga tidak mengalami edema.

2. Bagi rumah sakit

Hendaknya perawat di rumah sakit lebih meningkatkan edukasi terkait dengan bagaimana cara merawat pasien dengan gagal ginjal kronik, dan cara pencegahan penyakit gagal ginjal kronik tidak semakin parah

3. Bagi institusi pendidikan

Kiranya lebih meningkatkan sumber-sumber bacaan yang terbaru di perpustakaan.

4. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan bagi profesi keperawatan agar dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan diagnose *Chronic Kidney Disease* (CKD).

DAFTAR PUSTAKA

- Aryani, L. D., & Riyandry, M. A. (2019). Jurnal Penelitian Perawat Profesional. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1(1), 61–70.
- Damayanti, N. P. A. (2018). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Nausea Di Ruang Dahlia BRSU Tabanan*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar.
- Di, H., Rm, R., & Bagansiapiapi, P. (2022). *DIET PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI*. 3, 127–132.
- Guntur, S. (2020). *Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Saturation Of Peripheral Oxygen (SPO2) Pasien Acute Kidney Injury (AKI) di Ruang ICU RSUD Sukoharjo*.
- Irwan. (2016). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Budi Utama.
- Kalengkongan, D. J., Makahaghi, Y. B., & Tinungki, Y. L. (2018). Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Chronik Kidney Disease (CKD) Penderita Yang Dirawat Di Rumah Sakit Daerah Liunkendage Tahuna. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, 2(2), 100–114.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kowalak, J., Welsh, W., & Mayer, B. (2017). *Buku Ajar Patofisiologi*. EGC
- Lilia, I. H., & Supadmi, W. (2020). Faktor Risiko Gagal Ginjal Kronik Pada Unit Hemodialisis Rumah Sakit Swasta di Yogyakarta. <https://doi.org/10.24198/mfarmasetika.v4i0.25860>
- Mahesvara, 2020. Chronic Kidney Disease Stage V.J Agromed Unila. Volume 1 Nomor 2. September 2014. Agromed Unila Jurnal, 1(2), 109–113
- Muttaqin, 2017. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muzaenah, T., & Makiyah, S. N. N. (2018). Pentingnya Aspek Spiritual Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa: a Literature Review. *Herb-Medicine Journal*, 1(2).
- Nuari, N., & Widayati, D. (2017). *Sistem Perkemihan dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Budi Utama
- Putranto, T., Murharyati, A., & Saelan. (2021). Pengaruh Pemberian Posisi

Semi Fowler 450 Terhadap Frekuensi Nafas Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidoharjo Sragen. 000

- Pongsibidang, G. S. (2017). Risiko Hipertensi, Diabetes, Dan Konsumsi Minuman Herbal Pada Kejadian Gagal Ginjal Kronik Di Rsup Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar. *Jurnal Wiyata Penelitian Sains Dan Kesehatan*, 3(2), 162–167.
- Prameswari, N. (2019). *Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Ginjal Kronis Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Samarinda.
- Puspitasari, K. A. I. (2019). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Penyakit Ginjal Kronik Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Samarinda.
- Putranto, T., Murharyati, A., & Saelan. (2021). *Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler 450 Terhadap Frekuensi Nafas Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidoharjo Sragen. 000*.
- Reninta, D. D. (2019). *Asuhan Gizi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta.
- Restu & Supadmi, 2016. Klasifikasi Chronic Kidney Disease. *Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1*, Januari – Juni 2016 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta, 53(9), 1689–1699. Retrieved from www.journal.uta45jakarta.ac.id
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian
- Suharyanto & Madjid, 2017. “Gambaran Klinis Penderita Penyakit Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. Djamil Padang.” *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1)
- Siregar, C. ., & Ariga, R. . (2020). *Buku Ajar Manajemen Komplikasi Pasien Hemodialisa* (p. 13). Deepublish Publisher.
- Susianti, H. (2019). *Memahami Interpretasi Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Ginjal Kronis*. UB Press.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Defenisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defenisi dan Tindakan Keperawatan* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Yuli Ani, A. M. Y. A. (2020). Penerapan Posisi Semi Fowler Terhadap Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD). *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), 19–24. <https://doi.org/10.53510/nsj.v1i1.16>

Wahyuningsih, 2020. Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa Di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

World Health Organization. *USRDS Annual Data Report. US.2017*

Lampiran 1

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING










Nama Mahasiswa : Fitriani (NS2114901052)






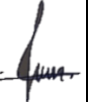



Frinli Gentiani Noya (NS2114901055)




Nama Pembimbing 1: Nikomedus Sili Beda, Ns.,M.Kep

Nama Pembimbing 2: Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.kes

Judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar "

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing ng	Penulis	
			I	II
Senin, 13/06/2022	Lapor Kasus			
Jumat, 17/06/2022	Konsultasi Pengkajian a. Melengkapi dan memperbaiki data pengkajian b. Memperhatikan diagnose yang diangkat c. Memperhatikan penulisan tindakan keperawatan yang dilakukan d. Memperbaiki intervensi dan implementasi keperawatan			
Senin, 20/06/2022	Konsultasi revisi Pengkajian a. Perhatikan data-data pada pengkajian b. Perhatikan penulisan analisa data disesuaikan dengan SDKI c. Tambahkan data subjektif dan objektif pada kolom diagnose keperawatan pada tabel intervensi keperawatan.			

<p>Senin, 27/06/2022</p>	<p>Konsultasi revisi BAB I dan Konsultasi BAB II</p> <p>a. Memperbaiki penulisan dan bagian teori BAB I b. Memperbaiki penulisan dan pengetikan c. Menambahkan teori dibagian BAB II d. Memperbaiki intervensi dan implementasi keperawatan</p>			
<p>Kamis, 07/07/2022</p>	<p>Konsultasi revisi BAB I sampai BAB V</p> <p>a. Perhatikan dan lengkapi BAB IV b. Memperbaiki intervensi c. Memperhatikan dan memperbaiki kata-kata pada implementasi d. Memperhatikan penulisan piramida di sampul e. Menambahkan predisposisi dan presipitasi pada patway f. Perhatikan <i>typo</i> penulisan</p>			
<p>Senin, 04/07/2022</p>	<p>Konsultasi revisi BAB III dan Konsultasi BAB IV</p> <p>a. Memperbaiki format penulisan implementasi dan evaluasi keperawatan b. Perhatikan penulisan c. Lebih memperdalam analisa pada BAB IV d. Perhatikan sumber e. Jelaskan hambatan apa yang didapatkan saat melakukan implementasi keperawaan f. Sesuaikan dengan format juklak g. Penambahan kata dibagian BAB I</p>			

Jumat, 01/07/2022	Konsultasi hasil revisi BAB III, IV, V a. Perhatikan <i>typo</i> penulisan b. Memperdalam penjelasan EBN menyangkut diagnose yang ditangani c. Memperbaiki penulisan pada pembahasan keluhan, tanda dan gejala serta penyebab d. Memperbaiki penulisan – e. diagnose f. Tambahkan saran bagi perawat untuk menerapkan EBN ice cubes untuk mengatasi rasa haus dan memantau intake cairan pada pasien CKD g. Memperbaiki penulisan format PICOT			
----------------------	--	--	---	---

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

- **Identitas Pribadi**

Nama : Fitriani
Tempat/Tanggal Lahir : Takalar, 04 September 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Datu Museng No. 01 Lr 35

- **Identitas Orang Tua**

Ayah/Ibu : Bakri / Sattaria
Agama : Islam
Pekerjaan : Petani
Alamat : Takalar

- **Pendidikan Yang Telah Ditempuh**

SDN 173 Inpres Tanasambayang : Tahun 2005-2011
MTS Assalam Timbuseng : Tahun 2011-2014
MA Assalam Timbuseng : Tahun 2014-2017
STIK Stella Maris Makassar (S1) : Tahun 2017-2021
STIK Stella Maris Makassar (Ners) : Tahun 2021-2022

- **Identitas Pribadi**

Nama : Frinli Gentiani Noya
Tempat/Tanggal Lahir : Ambon, 23 Agustus 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl. Maipa Lorong 35

- **Identitas Orang Tua**

Ayah/Ibu : Zacharias Noya / Fransina R Batara
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Karyawan BUMN/IRT
Alamat : Biak, Papua

- **Pendidikan Yang Telah Ditempuh**

SDN 1 Galala : Tahun 2004-2010
SMP Negeri 3 Ambon : Tahun 2010-2013
SMA Kesehatan Ambon : Tahun 2013-2016
STIK Stella Maris Makassar (S1) : Tahun 2016-2020
STIK Stella Maris Makassar (Ners) : Tahun 2021-2022