



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

MARLIN (NS2114901098)

MARSITA AYU TANDIAYU' (NS2114901099)

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

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

**MARLIN (NS2114901098)
MARSITA AYU TANDIAYU' (NS2114901099)**

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

2022

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :1. Marlin (NS2114901098)

2. Marsita Ayu Tandiayu' (NS2114901099)

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, 11 Juli 2022

Yang menyatakan,

Marlin

Marsita Ayu Tandiayu'

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang HCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar “ telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM: 1. Marlin (NS2114901098)
2. Marsita Ayu Tandiyu' (NS2114901099)

Disetujui Oleh

Pembimbing I



(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)

NIDN: 0904078805

Pembimbing II



(Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes)

NIDN: 0925117501

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik Dan Kerjasama

STIK Stella Maris Makassar



(Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB)

NIDN: 0913098201





HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Marlin (NS2114901098)
2. Marsita Ayu Tandiayu' (NS2114901099)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan
Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang HCU Rumah
Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep ()
Pembimbing 2 : Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes ()
Penguji 1 : Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes ()
Penguji 2 : Wirmando, Ns.,M.Kep ()

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 11 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



(Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Marlin (NS2114901098)

Marsita Ayu Tandiyu' (NS2114901099)

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 kesehatan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 11 Juli 2022

Yang menyatakan,

Marlin

Marsita Ayu Tandiyu'

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “ Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* CKD) di ruang HCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Adapun penulisan karya ilmiah akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir untuk memperoleh gelar Profesi Ners pada Program Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar sekaligus penguji I yang telah banyak memberikan arahan, masukan serta motivasi dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB, selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana, dan Prasarana STIK Stella Maris.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris.
5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris.
6. Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep, selaku dosen pembimbing I yang telah membagi waktu, tenaga, pikiran, dan dukungan dalam proses

pembimbingan mulai dari tahap awal penyusunan karya ilmiah akhir ini hingga selesai.

7. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes, selaku pembimbing II yang dengan sabar dalam membimbing dan mengarahkan penulis demi terselesaikannya karya ilmiah akhir ini.
8. Wirmando, Ns.,M.Kep, selaku penguji II yang telah banyak memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
9. Bapak dan ibu dosen serta seluruh Staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
10. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Marlin (Paulus dan Liku), serta keluarga, sanak saudara, teman yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
11. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Marsita Ayu Tandiayu' (Markus Tandiayu' dan Yulita Minggu) yang selalu memberikan doa, semangat serta dukungan moril maupun materi sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini..
12. Seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2021 yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu, yang telah bekerja sama selama mengikuti praktik lapangan maupun dalam memberikan kritik dan sarannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah akhir ini masih banyak terdapat kekurangan untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, 11 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit	4
2. Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Bagi Institusi Pendidikan	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar	7
1. Defenisi	7
2. Anatomi dan Fisiologi	8
3. Klasifikasi	13
4. Etiologi	15

5. Patofisiologi	17
6. Manifestasi Klinik	20
7. Tes Diagnostik	21
8. Penatalaksanaan Medis	23
9. Komplikasi	29
B. Konsep Dasar Keperawatan	30
1. Pengkajian	30
2. Diagnosis Keperawatan	33
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	35
4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)	41
5. Pathway	42
BAB III PENGAMATAN KASUS	45
A. Ilustrasi Kasus	45
B. Pengkajian	46
C. Diagnosis Keperawatan	69
D. Perencanaan Keperawatan	70
E. Implementasi Keperawatan	75
F. Evaluasi Keperawatan	79
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	125
A. Pembahasan Askep	125
B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing	136
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	141
A. Simpulan	141
B. Saran	143
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi derajat gagal ginjal	14
Tabel 2.2 Diagnosis, dan Perencanaan Keperawatan	35
Tabel 3.1 Pengkajian primer	46
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium	63
Tabel 3.3 Prinsip-prinsip tindakan	64
Tabel 3.5 Analisa data pengkajian primer dan sekunder	67
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan	70
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan	75
Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan	79
Tabel 4.1 PICOT Evidance Based Nursing	137

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi ginjal	8
---------------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul Pembimbing

Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal ginjal atau *chronic kidney disease* adalah suatu keadaan penurunan fungsi ginjal secara mendadak. Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya. Suatu bahan yang biasanya dieliminasi di urine menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit serta asam basa (Harmilah, 2020). *Chronic kidney disease* (CKD) merupakan salah satu penyakit pada ginjal yang disebabkan oleh infeksi pada ginjal dan juga penyumbatan yang disebabkan oleh batu ginjal (Fadilla,2018).

Berdasarkan data dari Organisasi Kesehatan Dunia WHO (2015) memperkirakan 165 juta penduduk dunia mengidap gagal ginjal kronik. Jumlah ini terus meningkat hingga melebihi 200 juta pada tahun 2016. Di Indonesia termasuk negara dengan tingkat penderita penyakit gagal ginjal kronik yang cukup tinggi. Data RISKESDAS (2018), menunjukkan bahwa prevalensi penduduk Indonesia yang menderita Gagal Ginjal Kronik pada kisaran usia ≥ 15 tahun sebesar 3.8% dari penduduk Indonesia. Prevalensi Gagal Ginjal Kronis tertinggi berada di provinsi Kalimantan utara sebanyak 6.4% dan prevalensi Gagal Ginjal Kronis terendah berada di provinsi Sulawesi Barat sebanyak 1.8%. Prevalensi gagal ginjal di provinsi Sulawesi Selatan sebanyak 3.5%. Berdasarkan data dari beberapa rumah sakit kota Makassar yaitu rumah sakit umum Dr. Wahidin Sudirohusodo, Rumah sakit umum Labuang Baji, Rumah Sakit Islam Faisal dan Rumah Sakit TK II Pelamonia Kota

Makassar tahun 2016. Pasien yang terdiagnosis gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis tahun 2012-2015 yakni sebanyak 454 pasien (Yanti et al., 2018).

Menurut Stephani (2020) dari semua penyakit kronik yang mempengaruhi populasi, penyakit ginjal kronik dianggap sebagai suatu penyakit yang tidak ada harapan untuk penyembuhan dengan karakteristik perjalanan penyakit yang progresif dan memicu berbagai reaksi pasien yang dapat membahayakan kualitas hidup. Hemodialisis (HD) adalah terapi pengganti fungsi ginjal dinilai dapat memperpanjang hidup penderita Penyakit Ginjal Kronik. Terapi hemodialisis yang dilakukan dalam jangka panjang akan menimbulkan beberapa komplikasi diantaranya hipotensi dan kram otot, dan komplikasi yang dapat memberikan stressor fisiologis terhadap pasien yang menjalani terapi. Namun, selain stressor fisiologis penderita juga dapat mengalami stressor psikologis, dimana stressor psikologis itu diantaranya pembatasan cairan, pembatasan konsumsi makanan, gangguan tidur, ketidakjelasan tentang masa depan, pembatasan aktivitas sehari-hari, kurangnya pergaulan sosial terhadap kehidupan sosial, pembatasan waktu, dan tempat bekerja, serta faktor ekonomi. Pasien yang menjalani terapi ini akan kehilangan aktivitas karena aturan dari tenaga kesehatan, mengakibatkan pasien tidak produktif dalam bekerja sehingga pendapatan akan semakin menurun dan hilang.

Perawat berperan penting dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang mengalami penyakit *Chronic kidney diseased* mampu memperhatikan kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis. Stephani (2020) Peran perawat yang utama adalah tidak hanya berperan sebagai *care giver* artinya perawat juga memiliki tanggung jawab untuk memberikan perhatian, semangat dan kasih sayang kepada kliennya, memenuhi kebutuhan dasar, selalu

mengingatkan jadwal untuk terapi, menjaga kepatuhan pasien dalam menjalani terapi hemodialisis. Perawat juga berperan sebagai *educator* yang memberikan edukasi berupa informasi akan pentingnya tetap patuh dalam menjalankan terapi, pentingnya mematuhi diet pada pasien gagal ginjal untuk meminimalkan terjadinya komplikasi. Peran perawat yang baik maka akan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien dan perilaku kepatuhan dalam menjalankan terapi hemodialisis yang dapat berpengaruh terhadap penilaian kepuasan pasien dan keluarga terhadap kinerja perawat.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir dengan “Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Dengan “*Chronic Kidney Disease*” Di Ruang HCU RS Stella Maris Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan kritis sesuai dengan standar prosedur operasional dan memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan kritis pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

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

- a. Melakukan pengkajian permasalahan pada pasien baik secara fisik dan bio-psikososial pada pasien dengan *chronic kidney disease*.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan yang tepat pada pasien dengan *chronic kidney disease*.

- c. Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan diagnosis pada pasien dengan *chronic kidney disease*.
- d. Melakukan implementasi keperawatan yang tepat sesuai standar prosedur operasional pada pasien dengan *chronic kidney disease*.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan untuk melihat keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan *chronic kidney disease*.
- f. Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan *chronic kidney disease*.

C. Manfaat Penulisan

Ada beberapa manfaat penulisan dari karya tulis ilmiah ini yaitu :

1. Bagi Instansi Rumah Sakit
 - Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat dirumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan *chronic kidney disease*.
2. Bagi Profesi Keperawatan
 - Sebagai bahan untuk mengembangkan dan meningkatkan pendidikan dalam bidang keperawatan secara profesional dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan *chronic kidney disease*.
3. Bagi Institusi pendidikan
 - a. Sebagai sumber informasi dan referensi untuk penulis/peneliti selanjutnya
 - b. Untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi mahasiswa tentang *chronic kidney disease*.

D. Metode Penulisan

Dalam perumusan karya tulis ini, untuk memperoleh data yang di perlukan maka penulis menggunakan beberapa metode yaitu :

1. Studi literatur

Menggunakan buku-buku dan jurnal penelitian yang berkaitan dengan karya tulis ilmiah.

2. Studi kasus

Pengamatan kasus dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, penyusunan diagnosis, perencanaan tindakan keperawatan dan evaluasi. Adapun cara yang dilakukan untuk mendapatkan informasi yaitu:

a. Observasi

Yaitu mengamati secara langsung kondisi pasien selama dirawat di ruang *High Care Unit*.

b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan pasien dan keluarga mengenai kondisi dan keluhan yang dirasakan.

c. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

d. Studi dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

1. Bab I pendahuluan, menguraikan tentang latar belakang pengambilan kasus penyakit *chronic kidney disease* sebagai kasus kelolaan penulis, tujuan penulis, manfaat, metode, dan sistematika penulisan.

2. Bab II tinjauan pustaka: konsep dasar medik dan konsep dasar keperawatan. Konsep dasar medik terdiri dari: pengertian, anatomi fisiologi, klasifikasi, etiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan serta komplikasi, sedangkan konsep dasar keperawatan, pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, perencanaan pulang serta patoflowdiagram.
3. Bab III pengamatan kasus: pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.
4. Bab IV pembahasan kasus: yang merupakan analisa dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.
5. Bab V penutup: kesimpulan dan saran yang dapat diajukan sebagai masukan bagi institusi maupun instansi rumahsakit.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

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

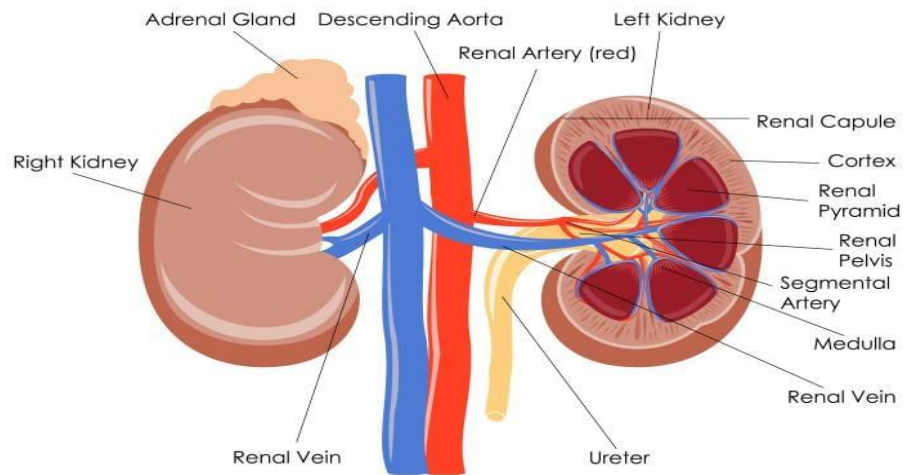
Chronic Kidney Disease (CKD) atau yang sering disebut juga dengan gagal ginjal kronis (GGK) adalah kerusakan pada ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa dari darah, ditandai dengan adanya protein dalam urin serta penurunan laju filtrasi glomerulus yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan (Black & Hawks, 2014).

GGK (gagal ginjal kronik) merupakan penyakit ginjal tahap akhir dimana terjadi gangguan fungsi ginjal yang *progresif* ketika tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berkaitan pada peningkatan ureum. Keadaan ini dapat pula terjadi karena penyakit yang *progresif* cepat disertai awitan mendadak yang menghancurkan nefron dan menyebabkan kerusakan ginjal yang *irreversible* (Kowalak, 2017).

Berdasarkan pengertian diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa *Chronic Kidney Disease* adalah suatu kondisi dimana kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit yang menyebabkan uremia.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Ginjal



Gambar 2.1

Sumber: (Black & Hawks, 2014)

Ginjal merupakan organ yang bentuknya menyerupai kacang merah 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: tranversus abdominis, kuadratus lumborum dan psoas 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 (Nuari & Widayanti, 2017). Pembuluh-pembuluh ginjal semuanya masuk dan keluar pada hilus (sisi dalam). Di atas setiap ginjal menjulang sebuah kelenjar suprarenalis. Struktur ginjal dilengkapi selaput

pembungkusnya dan membentuk pembungkus yang halus. Didalamnya terdapat struktur-struktur ginjal. Terdiri atas bagian korteks dari sebelah luar dan bagian medulla di sebelah kanan. Bagian medulla ini tersusun atas 15 sampai 16 massa berbentuk piramida yang disebut piramis ginjal. Puncak-puncaknya langsung mengarah ke hilus dan berakhir di kalises. Kalises ini menghubungkannya dengan pelvis ginjal. Ginjal dibungkus oleh jaringan fibrosa tipis dan mengkilat yang disebut kapsula fibrosa (true capsule) ginjal melekat pada parenkim ginjal. Diluar kapsul fibrosa terdapat jaringan lemak yang bagian luarnya dibatasi oleh fascia gorota. Diantaranya kapsula fibrosa ginjal dengan capsula gerota terdapat rongga perirenal. Disebelah kranial ginjal terdapat kelenjar anak ginjal atau glandula adrenal atau disebut juga kelenjar suprarenal yang berwarna kuning. Disebelah posterior, ginjal dilindungi oleh berbagai otak punggung yang tebal serta tulang rusuk ke XI dan XII, sedangkan disebelah anterior dilindungi oleh organ intraperitoneal. Ginjal kanan dikelilingi oleh hati, colon, dan duodenum, sedangkan ginjal kiri dikelilingi oleh limfa, lambung, pankreas, jejunum, dan colon (Black & Hawks, 2014).

b. Fisiologi

- 1) Fungsi primer ginjal adalah mempertahankan volume dan komposisi cairan ekstrasel dalam batas-batas normal. Komposisi dan volume cairan ekstrasel ini dikontrol oleh filtrasi glomerulus, reabsorpsi, sekresi tubulus.
- 2) Fungsi lain dari ginjal
 - a) Fungsi ekskresi
 - Mempertahankan osmolalitas plasma sekitar 285 m,
 - Mempertahankan kadar masing-masing elektrolit

plasma dalam batas normal, mempertahankan pH plasma sekitar 7,4 dengan mengeluarkan kelebihan H⁺ dan membentuk kembali HCO₃⁻, mengekskresikan produk akhir nitrogen dari metabolisme protein, terutama urea, asam urat, dan kreatinin.

b) Fungsi Nonekskresi

Menghasilkan renin, penting untuk tekanan darah, menghasilkan eritropoetin, faktor penting dalam stimulasi produksi sel darah merah oleh sum-sum tulang, metabolisme vitamin D menjadi bentuk aktifnya, degradasi insulin, menghasilkan prostaglandin.

c) 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:

(1) 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 disaring lewat jonjot-jonjot kapiler glomerulus dan memasuki tubulus. Cairan ini dikenal sebagai "filtrat".

(2) Reabsorpsi

Proses reabsorpsi berlangsung pada tubulus proksimal, ansa henle, tubulus distal, dan duktus koligens. Prinsip reabsorpsi adalah bila zat tersebut masih dibutuhkan 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, melintasi epitel tubulus dan kedalam cairan peritubular. Kebanyakan material yang diserap kembali adalah nutrien gizi yang di perlukan tubuh. Dengan kata lain, elektrolit seperti natrium, klorida, dan bikarbonat direabsorpsi dengan sangat baik sehingga hanya sejumlah kecil saja yang tampak dalam urin. Zat nutrisi tersebut, seperti asam amino dan glukosa direabsorpsi secara lengkap dari tubulus dan tidak muncul dalam urine meskipun sejumlah besar zat tersebut difiltrasi oleh kapiler glomerulus.

(3) 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 (Pearce, 2011).

d) Pengaturan hormon terhadap fisiologi ginjal

ADH membantu dalam mempertahankan volume dan osmolalitas cairan ekstraseluler pada tingkat konstan dengan mengatur volume dan osmolalitas kemih. Hormon lain yang mempengaruhi konsentrasi urin adalah renin. Bila laju filtrasi glomerulus turun karena dehidrasi atau kehilangan darah kadar natrium dibawah 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 hormon aldosterone yang mempengaruhi osmolalitas urin. Korteks adrenal jika dirangsang oleh angiotensin II akan mensekresi aldosterone yang dapat meningkatkan reabsorpsi air di ginjal, meningkatkan tekanan darah dan menurunkan osmolalitas serum.

e) 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.

f) 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 (Smeltzer, 2013).

3. Klasifikasi

Menurut Suharyanto (2013) klasifikasi penyakit ginjal kronik didasarkan atas dua hal yaitu, atas dasar derajat (*stage*) penyakit dan atas dasar diagnosis etiologi. Klasifikasi atas dasar derajat penyakit, dibuat atas dasar LFG, yang dihitung dengan mempergunakan rumus *Kockcroft-Gault* sebagai berikut :

$$\text{LFG (ml/mnt/1,73m}^2\text{)} = \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{Berat Badan}}{72 \times \text{kreatinin plasma (mg/dl)}}$$

Pada perempuan dikalikan 0,85

Tabel 2.1

Klasifikasi penyakit ginjal kronik atas dasar derajat (*stage*) penyakit

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mn/1.73 m ⁴)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau ↑	≥ 90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ ringan	60 – 90
3	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ sedang	30 – 59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ berat	15 – 29
5	Gagal ginjal	< 15 atau dialisis

Menurut Corwin (2009) dalam Harmilah (2020), penyakit gagal ginjal kronik terdiri dari beberapa stadium yaitu sebagai berikut:

- a. Stadium 1 yang ditandai dengan kerusakan ginjal (kelainan atau gejala dari patologikerusakan, mencakup kelainan dalam pemeriksaan darah atau urin atau dalam pemeriksaan pencitraan) dengan laju filtrasi glomerulus (GFR) normal atau hampir normal, tepat atau diatas 90 ml per menit (> 75% dari nilai normal).
- b. Stadium 2 yang ditandai dengan laju filtrasi glomerulus antara 60 dan 89 ml per menit (kira-kira 50 % dari nilai normal), dengan tanda-tanda kerusakan ginjal. Stadium ini dianggap sebagai salah satu tanda penurunan cadangan ginjal. Nefron yang tersisa dengan sendirinya sangat rentan mengalami kegagalan fungsi saat terjadi kelebihan beban.
- c. Stadium 3 yang ditandai dengan laju filtrasi glomerulus antara 30 dan 59 ml per menit (25% sampai 50% dari nilai normal). Insufisiensi ginjal dianggap terjadi pada stadium ini. Nefron terus-menerus mengalami kematian.

- d. Stadium 4 yang ditandai dengan laju filtrasi glomerulus antara 15 dan 29 ml per menit (12% sampai 24% dari nilai normal) dengan hanya sedikit nefron yang tersisa.
- e. Stadium 5 yang ditandai dengan gagal ginjal stadium lanjut, laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 ml per menit (12% dari nilai normal). Nefron yang masih berfungsi tinggal beberapa. Terbentuk jaringan parut dan atrofi tubulus ginjal.

4. Etiologi

Menurut Nuari & Widayanti (2017) beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

a. Faktor Presipitasi

1) Hipertensi

Hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan-perubahan struktur pada arteriol diseluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan hialinisasi (sklerosis) dinding pembuluh darah. Pada ginjal, aterosklerosis ginjal akibat hipertensi lama menyebabkan nefrosklerosis benigna. Gangguan ini merupakan akibat langsung iskemia karena penyempitan lumen pembuluh darah intrarenal. Ginjal dapat mengecil, biasanya simetris, dan mempunyai permukaan berlubang-lubang dan bergranula. Penyumbatan arteria dan arteriol akan menyebabkan kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga seluruh nefron rusak.

2) Nefropati Diabetik

Nefropati diabetika (penyakit ginjal pada pasien diabetes) merupakan salah satu penyebab kematian terpenting pada diabetes mellitus yang lama. Diabetes mellitus menyerang struktur dan fungsi ginjal dalam berbagai bentuk. Nefropati

diabetik adalah istilah yang mencakup semua lesi yang terjadi di ginjal pada diabetes mellitus. Glomerulosklerosis adalah lesi yang paling khas dan dapat terjadi secara difuse atau nodular.

3) Glomerulonephritis

Pada glomerulonephritis kronis terjadi infeksi yang berulang, dimana ukuran ginjal sedikit berkurang sekitar seper lima dari ukuran normal dan terdiri dari jaringan fibrosa yang luas. Bekas jaringan parut merusak sisa korteks, menyebabkan permukaan ginjal kasar dan irregular, sejumlah glomeruli dan tubulus akan 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) Ginjal Polikistik

Penyakit ginjal polikistik ditandai dengan kista multiple, bilateral dan berekspansi yang lambat laun mengganggu dan menghancurkan parenkim ginjal normal akibat penekanan yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif yang menyebabkan kerusakan ginjal.

5) Batu Ginjal

Batu yang terbentuk di ginjal terjadi akibat adanya proses presipitasi yang terkandung dalam urine. Batu yang berukuran kecil dapat dikeluarkan lewat urine, namun batu yang berukuran terlalu besar tidak bisa keluar lewat urine, maka akan menimbulkan obstruksi akibat terhambatnya aliran urine keluar.

6) Pielonefritis

Pielonefritis mencakup penyakit ginjal stadium akhir mulai dari hilangnya nefron akibat inflamasi kronik dan jaringan parut. Ketika terjadi kerusakan nefron maka nefron tidak dapat lagi menyaring darah, kemudian mereabsorpsi cairan dan molekul yang masih diperlukan oleh tubuh sehingga terjadi gagal ginjal.

7) Medikasi

Penggunaan agen toksik dapat menyebabkan insufisiensi renal. Penggunaan analgesik kronik, terutama disertai NSAID menyebabkan nefritis interstisial, dan nekrosis papiler.

8) Infeksi saluran kemih

Adanya bakteri yang memasuki ginjal sehingga menimbulkan jenis infeksi yang serius yaitu pyelonefritis (peradangan pada ginjal yang dapat meluas mengenai unit penyaring dan pembuluh darah).

b. Faktor Predisposisi

1) Usia

Fungsi ginjal akan berubah bersamaan dengan bertambahnya usia. Lansia yang berumur antara 55-65 tahun merupakan kelompok yang berkembang cepat untuk mengalami penyakit renal tahap akhir.

5. 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 penyaring akan mengalami penurunan fungsi akibat dari penumpukan sampah dalam darah sehingga terjadi gangguan pada Klirens Renal, sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli 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 glomeruli) 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 metabolic seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresikan muatan asam (H^+) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam, terutama akibat ketidakmampuan tubulus ginjal untuk menyekresi ammonia (NH_3) dan mengabsorpsi (HCO_3) penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lain yang terjadi.

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik terutama dari saluran gastrointestinal. Eritropoetin merupakan suatu substansi normal yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sumsum tulang untuk 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.

6. Manifestasi Klinik

Manifestasi Klinik yang dapat muncul di berbagai sistem tubuh akibat penyakit ginjal kronik menurut Price & Wilson (2013) adalah sebagai berikut:

a. Sistem hematopoietic

Manifestasi klinik yang dapat muncul yaitu, ekimosis, anemia menyebabkan cepat lelah, trombositopenia, kecenderungan perdarahan, hemolisis.

b. Sistem Kardiovaskuler

Manifestasi klinik yang dapat muncul antara lain hipertensi, retinopati dan ensefalopati hipertensif, disritmia, pericarditis (friction rub), edema, hypervolemia, takikardia, gagal jantung kongestif.

c. Sistem respirasi

Manifestasi klinik yang dapat muncul antara lain sputum yang lengket, pernapasan kusmaul, dyspnea, Pleura friction rub, takipnea, hiliar pneumonitis, edema paru.

d. Sistem gastrointestinal

Manifestasi klinik yang dapat muncul adalah distensi abdomen, mual dan muntah serta anoreksia menyebabkan penurunan berat badan, mulut kering, stomatitis, parotitis, gastritis, diare dan konstipasi, perdarahan gastrointestinal.

e. Sistem neurologi

Tanda yang dapat muncul dari terganggunya distribusi metabolic akibat penyakit ginjal kronik antara lain penurunan ketajaman mental, perubahan tingkat kesadaran,

letargi/gelisah, bingung atau konsentrasi buruk, asteriksis, stupor, tidur terganggu/insomnia, kejang, koma.

f. Sistem musculoskeletal

Manifestasi klinik yang dapat muncul pada system skeletal yaitu nyeri sendi, perubahan motoric-foot drop yang berlanjut menjadi paraplegia, pertumbuhan lambat pada anak.

g. Sistem dermatologi

Tanda yang dapat muncul antara lain, ekimosis, uremic frosts/ "Kristal" uremik, lecet, pucat, pigmentasi, pruritus, perubahan rambut dan kuku (kuku mudah patah, tipis, bergerigi, ada garis-garis merah-biru yang berkaitan dengan kehilangan protein), kulit kering, memar.

h. Sistem urologi

Manifestasi klinik seperti berat jenis urin menurun, haluaran urin berkurang atau hiperuremia, azotemia, proteinuria, hipermagnesemia, ketidakseimbangan natrium dan kalium, fragmen dan sel dalam urin.

i. Sistem reproduksi

Manifestasi klinik yang dapat muncul adalah libido menurun, disfungsi ereksi, infertilitas, amonorea, dan lambat pubertas.

7. Tes Diagnostik

Menurut Sireger (2020) dalam menentukan diagnosa gagal ginjal kronis, maka diadakan pemeriksaan diagnostik seperti:

a. Urinalisis

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

- b. Ultrasonografi (USG)
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.
- c. EKG: K⁺ meningkat dapat menyebabkan terjadinya aritmia dan henti jantung yang mengancam nyawa.
- d. 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.
- e. Creatinin 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.
- f. 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 dikenal sebagai azotemia (zat nitrogen dalam darah).
- g. AGD (analisa Gas Darah), didapatkan hasil asidosis metabolik kronik dimana pada tahap awal asidosis biasanya ringan, dengan HCO₃ dan pH mendeteksi 7,35.

8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Kowalak (2017) pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 2 tahap, yaitu tindakan konservatif dan dialisis 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. Pembatasan protein, jumlah kebutuhan protein dilonggarkan sampai 60-80 g/hari, apabila penderita mendapatkan pengobatan dialisis teratur. Makanan yang mengandung tinggi protein yaitu susu, telur, hati, kacang-kacangan.

b) Diet rendah kalium

Hiperkalemia biasanya merupakan masalah dari pada gagal ginjal kronis. Asupan kalium dikurangi. Diet yang di anjurkan adalah 40-80 mEq/hari. Terlalu banyak kalium dalam tubuh dapat menyebabkan terganggunya aktivitas listrik di dalam jantung yang ditandai dengan melambatnya detak jantung bahkan pada kasus hiperkalemia berat, jantung dapat berhenti berdetak dan menyebabkan kematian. Bahan makanan yang tinggi kalium diantaranya seperti pisang, jeruk, kentang, bayam dan tomat, sedangkan makanan yang rendah

kalium adalah apel, kubis, buncis, anggur, dan stroberi.

c) Diet rendah natrium

Diet Na yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari atau tidak lebih dari 2000 mg Na atau setara dengan 1-1,5 sendok teh/hari). Diet rendah natrium penting untuk mencegah 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 ditambah IWL 500 ml.

b. Dialisis dan Transplantasi Ginjal

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 (Suharyanto, 2013).

Menurut Nuari (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*). Bentuk dialisinya dengan menggunakan membran peritoneum yang bersifat semipermeable sebagai membrane dialisis dan prinsip dasarnya adalah ultrafiltrasi antara cairan dialisis yang masuk kedalam rongga peritoneum dengan plasma dalam darah. Continuous Ambulatory Peritoneal Dialisis (CAPD) dilakukan 3-5 kali per hari, 7 hari perminggu dengan setiap kali cairan dialisis dalam cavum peritoneum lebih dari 4

jam. Pada umumnya pada waktu siang 4-6 jam, sedangkan waktu malam 8 jam.

2) Hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu terapi pengganti ginjal yang dilakukan dengan cara mengalirkan darah pasien dari tubuh melalui suatu tabung ginjal buatan (dialiser) yang terdiri dari dua membran semipermeable dengan dua kompartemen yang terpisah, satu sisi berisi darah dan sisi yang lain berisi cairan dialisis, di dalam dialiser terjadi difusi dan ultrafiltrasi setelah itu darah kembali lagi ke tubuh pasien (Price & Wilson, 2013). Tujuan hemodialisis adalah untuk mengurangi penumpukan cairan dan sisa metabolisme atau zat beracun dalam darah yang beredar di seluruh tubuh serta mencegah komplikasi lebih lanjut pada pasien yang mengalami penyakit ginjal kronik (Sireger, 2020).

Hemodialisis mempunyai 3 prinsip yaitu difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Difusi adalah pergerakan partikel dari tempat yang memiliki konsentrasi tinggi ke tempat yang konsentrasinya lebih rendah. Hal ini terjadi pada membran semipermeable dalam tubuh manusia. Difusi menyebabkan ureum, kreatinin, dan asam urat dari darah masuk ke dalam dialiser. Namun eritrosit dan protein tidak dapat menembus membrane semipermeable karena molekulnya yang besar. Osmosis adalah pergerakan partikel dari tempat yang berkonsentrasi rendah ke tempat yang konsentrasinya lebih tinggi (osmolalitas).

Ultrafiltrasi adalah pergerakan cairan melalui membran semipermeable sebagai akibat tekanan gradient

buatan (tekanan bias positif/didorong dan negative/ditarik). Pada saat dialisis, ketiga prinsip ini digunakan secara bersamaan. Pada proses hemodialisis, darah dialirkan ke luar tubuh dan disaring di dalam ginjal buatan (dialyzer). Darah yang telah disaring kemudian dialirkan kembali ke dalam tubuh. Rata-rata manusia mempunyai sekitar 5,6 s/d 6,8 liter darah dan selama proses hemodialisis hanya sekitar 0,5 liter yang berada di luar tubuh.

Untuk proses hemodialisis dibutuhkan pintu masuk atau akses agar darah dari tubuh dapat keluar dan disaring oleh dialyzer kemudian kembali ke dalam tubuh. AV fistula adalah akses vascular yang paling direkomendasikan karena cenderung lebih aman dan juga nyaman untuk pasien. Sebelum melakukan proses hemodialisis, perawat akan memeriksa tanda-tanda vital pasien untuk memastikan apakah pasien layak untuk menjalani hemodialisis. Selain itu pasien melakukan timbang berat badan untuk menentukan jumlah cairan didalam tubuh yang harus dibuang pada saat terapi. Langkah berikutnya adalah menghubungkan pasien ke mesin cuci darah dengan memasang *bloodline* (selang darah) dan jarum ke akses vascular pasien, yaitu akses untuk jalan keluar darah ke dialyzer dan akses untuk jalan masuk darah ke dalam tubuh. Setelah semua terpasang maka proses terapi hemodialisis dapat dimulai. Pada proses hemodialisis, darah sebenarnya tidak mengalir melalui mesin Hemodialiasis, melainkan hanya melalui selang darah dan dialyzer. Mesin Hemodialisis sendiri merupakan perpaduan dari computer dan pompa, dimana

mesin Hemodialisis mempunyai fungsi untuk mengatur dan memonitor aliran darah, tekanan darah, dan memberikan informasi jumlah cairan yang dikeluarkan serta informasi vital lainnya. Mesin Hemodialisis juga mengatur cairan dialisat yang masuk ke dialyzer, dimana cairan tersebut membantu mengumpulkan racun-racun dari darah. Pompa yang ada dalam mesin hemodialisis berfungsi untuk mengalirkan darah dari tubuh ke dialyzer dan mengembalikan kembali ke dalam tubuh (Nuari & Widayanti, 2017). Komplikasi dari tindakan Hemodialisa yaitu:

(a) Kram Otot

Kram otot pada umumnya terjadi pada separuh waktu berjalannya hemodialisis sampai mendekati waktu berakhirnya hemodialisis. Kram otot seringkali terjadi pada ultrafiltrasi (penarikan cairan) yang cepat dengan volume yang tinggi.

(b) Hipotensi

Terjadinya hipotensi dimungkinkan karena pemakaian dialisat asetat, rendahnya dialisat natrium, penyakit jantung aterosklerosis, neuropati otonomik, dan kelebihan tambahan berat cairan.

(c) Aritmia

Hipoksia, hipotensi, penghentian obat antiaritmia selama dialisis, penurunan kalsium, magnesium, kalium, dan bikarbonat serum yang cepat berpengaruh terhadap aritmia pada pasien hemodialisis.

(d) Sindrom ketidakseimbangan dialisis

Sindrom ketidakseimbangan dialisis dipercaya secara primer dapat diakibatkan dari osmol-osmol lain dari otak dan bersihan urea yang kurang cepat dibandingkan dari darah, yang mengakibatkan suatu gradient osmotik diantara kompartemen-kompartemen ini. Gradien osmotik ini menyebabkan perpindahan air ke dalam otak yang menyebabkan edema serebri. Sindrom ini tidak lazim dan biasanya terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis pertama dengan azotemia berat.

(e) Hipoksemia

Hipoksemia selama hemodialisis merupakan hal penting yang perlu dimonitor pada pasien yang mengalami gangguan fungsi kardiopulmonar.

(f) Perdarahan

Uremia menyebabkan gangguan fungsi trombosit. Fungsi trombosit dapat dinilai dengan mengukur waktu perdarahan. Penggunaan heparin selama hemodialisis juga merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan.

(g) Gangguan pencernaan

Gangguan pencernaan yang sering terjadi adalah mual dan muntah yang disebabkan karena hipoglikemia. Gangguan pencernaan sering disertai dengan sakit kepala.

(h) Pembekuan darah

Pembekuan darah disebabkan karena dosis pemberian heparin yang tidak adekuat ataupun kecepatan putaran darah yang lambat (Sireger, 2020).

3) Tlanplantasi ginjal

Tlansplantasi atau cangkok ginjal merupakan prosedur operasi dengan dilakukan pemindahan ginjal yang sehat dan berfungsi baik dari donor hidup atau yang mati batang otak dan dicangkokkan pada pasien yang ginjalnya tidak berfungsi (Putri et al., 2016)

9. 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 rentang usia sel darah merah, pendarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah hemodialisis.

- 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

Pengkajian primer

a. B1 (Breathing)

Pada pasien *Chronic kidney disease* biasanya mengalami nafas pendek, dispnea, batuk dengan/ tanpa sputum, dan juga biasa didapatkan bau nafas seringkali dikaitkan dengan rasa logam pada mulut, dapat terjadi edema dalam paru, pleuritis, pernafasan.

b. B2 (Blood)

Tekanan darah yang tinggi diatas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler, stagnasi ini akan memicuretensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan beban jantung, dan dapat terjadi edema.

c. B3 (Brain)

Manifestasi *Chronic kidney disease* (CKD) terjadi lebih awal dan mencakup perubahan mental seperti kesulitan berkonsentrasi, kelelahan, dan insomnia. Gejala psikotik, kejang, dan koma dikaitkan dengan enselopati uremik lanjut.

d. B4 (Bladder)

Dengan gangguan/kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi, dan ekresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urin output <400 ml/hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output).

e. B5 (Bowel)

Pada pengkajian ini akan didapatkan BB mengalami penurunan, anoreksia, mual dan muntah adalah gejala awal uremia, cegukan biasa dialami, nyeri akut, fetor uremik, bau nafas seperti urine seringkali dapat menyebabkan anoreksia.

f. B6 (Bone)

Pada pasien gagal ginjal kronik/*chronic kidney disease (CKD)* sering terjadi nyeri otot dan tulang, kelemahan otot, pasien beresiko mengalami fraktur spontan. Gangguan pada kulit yaitu pucat, warna kulit eremik, kulit kering, turgor buruk, preuritis, edema.

Pengkajian sekunder 11 pola Gordon menurut Bangeud, 2011 dalam (Permatasari, 2015):

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Ds: Riwayat Hipertensi, DM, kurang pengetahuan, dan tidak mematuhi prosedur pengobatan.

Do: Tampak lemas, takipnea, edema pada ekstremitas.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Ds: Terjadi anoreksia, mual, muntah dan rasa pahit pada rongga mulut, intake minum yang kurang, dan mudah lelah.

Do: Peningkatan berat badan cepat (oedema) penurunan berat badan (malnutrisi) anoreksia, nyeri ulu hati, mual muntah, bau mulut (ammonia), penggunaan diuretic.

c. Pola Eliminasi

Ds: Kehilangan kemampuan untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal, sulit mengeluarkan urin, terjadi penurunan frekuensi urine, dan penahanan cairan dan natrium.

Do: Abdomen kembung, perubahan warna urin, warna urin kotor, kecoklatan menunjukkan adanya darah, Hb, myoglobin, porfirin, contoh kuning pekat, coklat, kemerahan, berawan, oliguria, dapat menjadi anuria.

d. Pola Aktifitas dan Latihan

Ds: Klien mudah mengalami kelelahan dan lemas yang menyebabkan klien tidak mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari secara maksimal.

Do: kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak.

e. Pola tidur dan istirahat

Ds: Klien mengalami gangguan tidur seperti insomnia/gelisah atau somnolen).

Do: Nafas dangkal atau sesak napas, nyeri panggul, nyeri kepala, kram otot/nyeri kaki, dan gelisah dapat mengganggu istirahat klien.

f. Pola Persepsi Kognitif

Ds: Klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, sakit kepala, kram otot/kejang, sindrom kaki gelisah, kebas rasa terbakar pada telapak kaki, kebas/kesemutan dan kelemahan khususnya ekstremitas bawah (neuropati perifer).

Do: Gangguan status mental, contohnya, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran, penurunan lapang perhatian, stupor, koma.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Ds: Harga diri rendah, rasa tak berdaya

Do: Cemas, marah-marah

- h. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama
Ds: Klien akan mengalami gejala kesulitan menentukan kondisi (tidak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran).
Ds: Murung, perasaan tidak berdaya, suka menyendiri tidak mau diganggu.
- i. Pola Reproduksi dan Seksualitas
Do: Penurunan libido, amenorea, infertilitas.
- j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres
Ds: Tidak mampu menyelesaikan masalah, perasaan tak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekuatan.
Do: Menolak, ansietas, marah, sensitive, perubahan kepribadian.
- k. Pola nilai dan kepercayaan
Ds: Tidak mampu beribadah secara sempurna karena kondisi tubuh yang lemah.
Do: Melakukan kegiatan ibadah di tempat tidur.

2. Diagnosis Keperawatan

Adapun diagnosis keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* yaitu (PPNI, 2017):

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena (D.0022).
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, perubahan membran alveolus kapiler (D.0003).
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient (D.0019).

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton (D.0056).
5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan/kelebihan volume cairan, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), penurunan mobilitas, perubahan pigmentasi, kelembapan (D.0129).

2. Perencanaan Keperawatan

Adapun perencanaan keperawatan pada pasien dengan *chronic kidney disease* berdasarkan (PPNI 2018b, 2018a)

Tabel 2.2

SDKI	SLKI	SIKI
Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> Haluaran urinmeningkat Edema menurun Tekanan darah membaik Membran mukosamembaik 	<p>Manajemen hipervolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis, ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan) R: Untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul Monitor intake dan output cairan R: Untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, ataupun seimbang <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Timbang berat badan setiap hari padawaktu yang sama R: Untuk mengetahui peningkatan dan berat badan pasien. Batasi asupan cairan, ajarkan caramembatasi cairan R: Mengurangi asupan cairan dan garam agar keseimbangan cairan kembali normal.

		<p>Edukasi</p> <p>a. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan haluaran cairan R: Agar haluaran urin pasien tetap terpantau</p> <p>Kolaborasi</p> <p>b. Kolaborasi pemberian diuretic. R: Berkolaborasi pemberian diuretic.</p>
<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, perubahan membrane alveolus kapiler..</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <p>a. Dispnea menurun b. bunyi napas tambahan menurun c. PCO₂ membaik, PO₂ membaik.</p>	<p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitorfrekuensi,irama,kedalaman dan upaya napas R:Mengetahui pola napas pasien.</p> <p>b. Monitor pola napas R: Mengetahui pola napas pasien.</p> <p>c. Monitoradanyasputum R: Mengetahui kondisi karakteristik sputum.</p> <p>d. Monitor saturasi oksigen R: Memastikan saturasi oksigen dalam darah terpenuhi</p> <p>e. Monitor nilai AGD R: Memonitor adanya gangguan pada analisa gas darah.</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien R:Memantau perubahan respirasi setiap</p>

		<p>waktu</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>R: Menginformasikan hasil pemantauan ke pasien, jika perlu.</p>
<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan Kriteria hasil:</p> <p>a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</p> <p>b. Berat badan membaik</p> <p>c. Indeks massa tubuh (IMT) membaik</p> <p>d. Nafsu makan membaik</p> <p>e. Frekuensi makan membaik.</p>	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi status nutrisi</p> <p>R: Mengidentifikasi status nutrisi pasien</p> <p>b. monitor asupan makanan</p> <p>R: Memperhatikan asupan makan pasien</p> <p>c. monitor berat badan</p> <p>R: Memperhatikan kebutuhan nutrisi sesuai dengan berat badan pasien</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>R: Menyajikan makanan sesuai dengan keinginan pasien</p> <p>b. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>R: Memberikan suplemen makanan</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan posisi duduk</p> <p>R: Menganjurkan posisi duduk</p> <p>b. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>R: Menganjurkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum</p>

		<p>makan (mis, pereda nyeri, antiemetic), jika perlu</p> <p>R: Berkolaborasi untuk pemberian medikasi sebelum makan.</p>
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Frekuensi nadi meningkat Keluhan lelah menurun Dyspnea saat aktivitas menurun Dyspnea setelah aktivitas menurun Perasaan lemah menurun 	<p>Manajemen energy</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional R: Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas R: Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang dilakukan. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) R: Memberikan rasa aman dan nyaman kepada klien. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan tirah baring R: Istirahat yang lebih dapat mengurangi aktivitas dan dapat memulihkan kembali. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

		<p>R: Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>R:Membantu pasien dalam menentukan makanan sesuai dengan diet yang dianjurkan.</p>
<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan/kelebihan volume cairan, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), penurunan mobilitas, perubahan pigmentasi, kelembapan.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <p>a. Kerusakan jaringan menurun</p> <p>b. Kerusakan lapisan kulit menurun</p> <p>c. Nyeri menurun</p> <p>d. Perdarahan menurun</p> <p>e. Kemerahan menurun</p> <p>f. Hematoma menurun</p>	<p>Perawatan integritas kulit</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisii, penurunan kelembapan, suhu lingkungan eksterm, penurunan mobilitas)</p> <p>R:Mendeteksi penyebab dan tindakan yang diberikan dalam perawatan luka.</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>R: Mencegah tekanan pada kulit.</p> <p>b. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang</p> <p>R: Memperlancar aliran darah.</p> <p>c. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>R: Menjaga kelembapan kulit.</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan menggunakan pelembap (mis,</p>

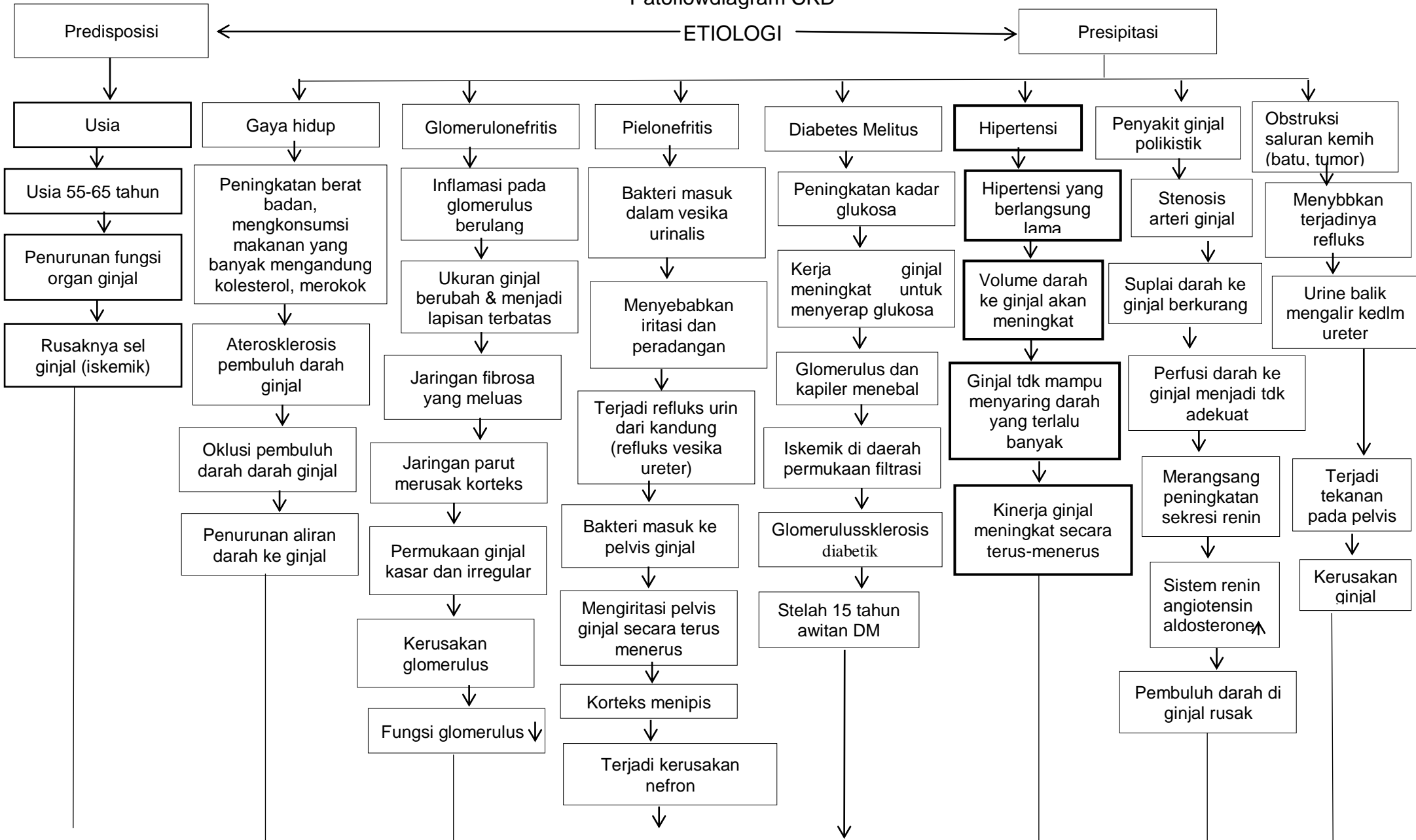
		lotion, serum) R: Menjaga kelembapan kulit. b. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur R: Meningkatkan metabolisme dan kesehatan kulit.
--	--	--

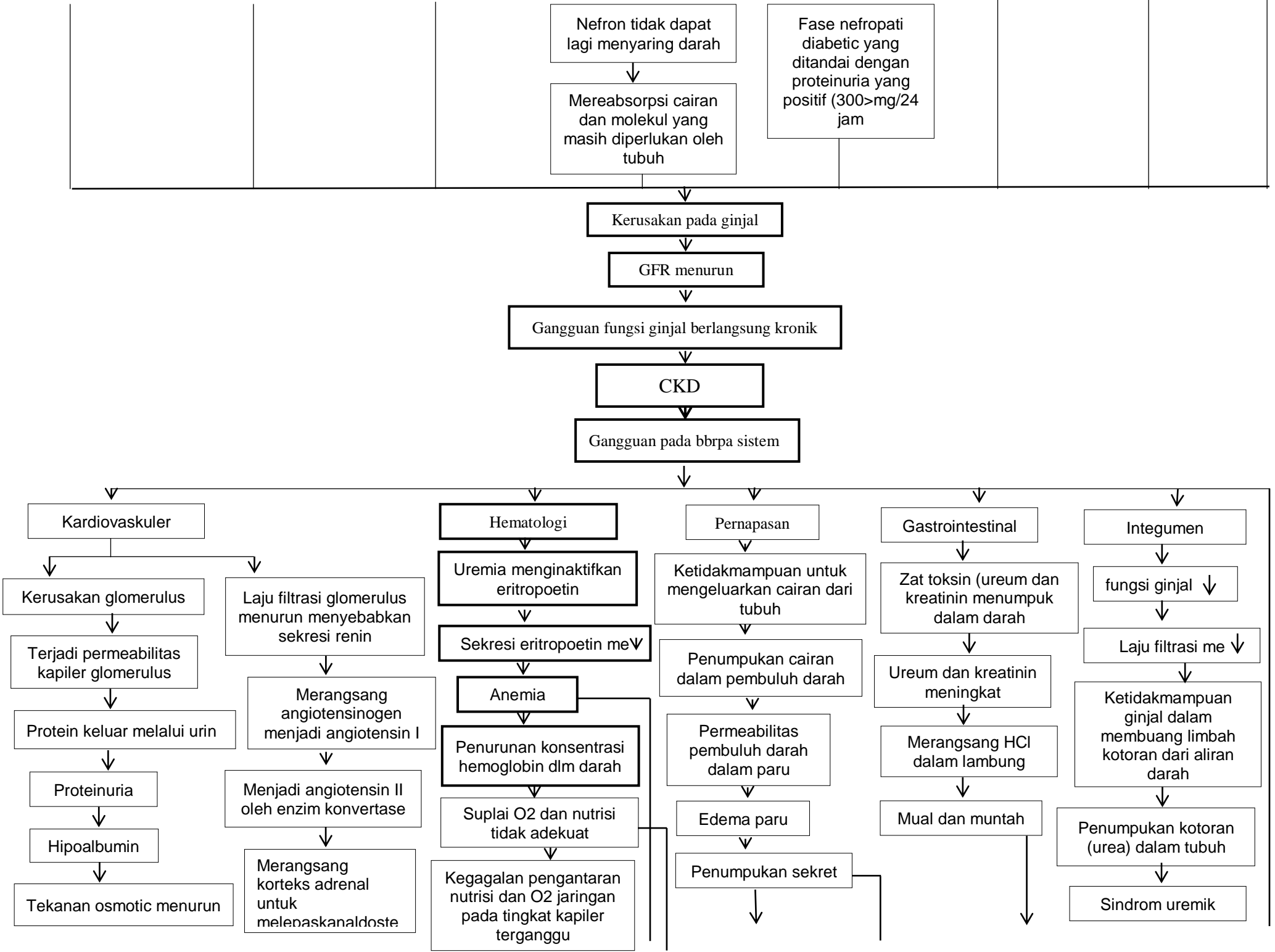
3. Perencanaan pulang (Discharge Planning)

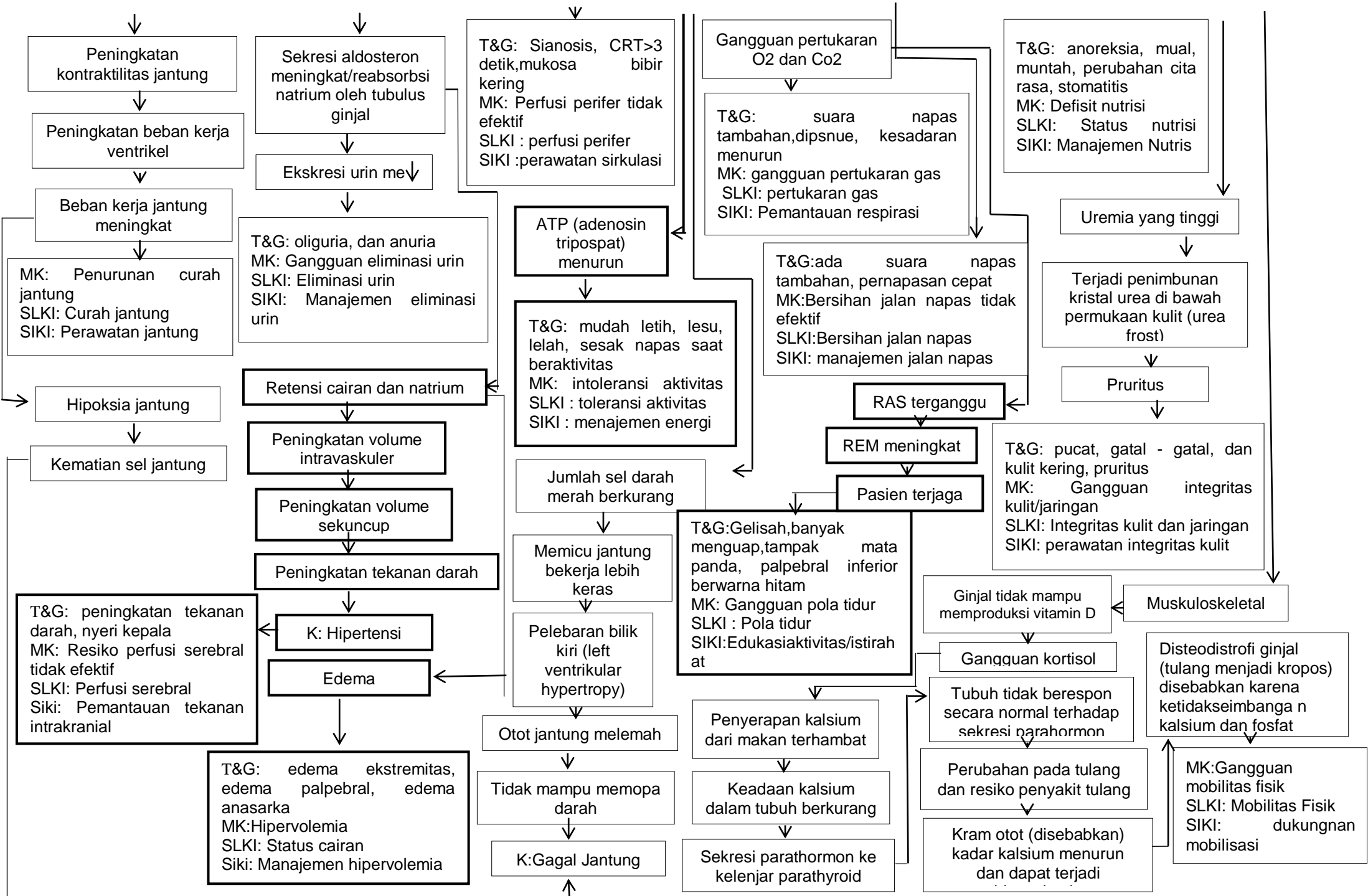
Beberapa penyuluhan yang perlu diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk perawatan di rumah, sebagai berikut:

- a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala yang buruk dari penyakit gagal ginjal kronis, misalnya mual, muntah, haluaran urin, nafas bau amoniak.
- b. Obat: beri tahu klien tentang daftar nama obat, dosis, waktu pemberian obat, jangan mengonsumsi 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 setelah meminum obat yang memiliki efek samping mengantuk.
- c. Diet: perhatikan diet seperti dianjurkan dokter seperti mengonsumsi makanan tinggi kalori dan rendah protein, banyak mengonsumsi makanan rendah natrium dan kalsium. Keluarga harus memperhatikan benar-benar pola makan klien, membatasi masukan cairan. Jangan membiasakan diri untuk menahan buang air kecil, pertahankan berat badan normal, timbang berat badan secara teratur, serta hindari minum minuman beralkohol termasuk bir, anggur, wiski dan minuman keras lainnya.
- d. Latihan: latih membuat jantung lebih kuat, menurunkan tekanan darah, membantu membuat klien tetap sehat, lakukan beberapa kegiatan yang sudah dijadwalkan bersama dokter dan perawat secara rutin (Pranata&Prabowo,2014).
- e. Melakukan latihan *ankle pumping exercise* dan *leg elevasi 30°* jika terjadi edema pada tungkai kaki pasien (Manawan & Rosa, 2021).

Patoflowdiagram CKD







BAB III

PENGAMATAN KASUS

ILUSTRASI KASUS

Pasien dengan initial Ny.M umur 49 tahun, jenis kelamin perempuan, bekerja sebagai ibu rumah tangga, agama Kristen Protestan, alamat Campagaya Panaikang Tello dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease*. Pada tanggal 15 Juni 2022 keluarga membawa pasien ke rumah sakit, Saat di IGD dilakukan pemeriksaan dengan hasil pasien mengeluh sesak napas, nyeri kepala seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri dirasakan hilang timbul, pasien mengatakan merasa lemas. Tampak konjungtiva anemis, tanda-tanda vital: TD:188/100 mmHg, N: 93x/menit, P: 28x/menit, S:36,4°C. Dokter menyarankan pasien untuk rawat inap di rumah sakit, kemudian pasien dipindahkan ke ruangan perawatan Bernadet 3. Pada saat di ruang perawatan sesak semakin memberat dirasakan dan pasien tampak pucat sehingga pasien dipindahkan ke ruang perawatan HCU. Saat pengkajian di HCU tanggal 15 Juni 2022 diperoleh data; tampak pasien dyspnea, tampak pasien pucat, tampak edema pada kedua tungkai kaki derajat 3, tampak pasien terpasang kateter urin produksi urin 30 cc/7 jam, auskultasi suara napas terdengar suara tambahan friction rub pada kedua lapang dada, hasil pengukuran JVP meningkat 5+4 cmH₂o, hasil TD: 217/107 mmHg, N:94x/menit, S: 36,5°C, P:36x/menit, SpO₂ 89%. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan gagal ginjal sejak 1,5 tahun yang lalu. Pemeriksaan foto thorax Cardiomegaly, bronchopneumonia dan efusi pleura bilateral, pemeriksaan EKG: Left Ventricular Hipertrophy, Ureum:95,3 mg/dL, Creatinine:6,16 mg/dL, RBC 1,63 10⁶/uL, HGB 4,6 g/dL, HCT 13,1 %, PLT 114 10³/uL.

I. Pengkajian

Pengkajian primer (meliputi: B-1/Breath, B-2/Blood, B-3/Brain, B-4/Bladder, B-5/Bowel, B-6/Bone)

Tabel 3.1

Breath (B1)	Pergerakan dada	Tampak pergerakan dinding dada simetris kiri dan kanan, tampak pergerakan dinding dada cepat
	Pemakaian otot bantu napas	Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas
	Palpasi	Vocal fremitus: getaran kiri dan kanan teraba lemah
	Perkusi	Pekak Lokasi: kedua lapang paru bagian basal
	Suara napas	Friction rub Lokasi: kedua lapang paru
	Batuk	Tidak ada
	Sputum	Tidak ada
	Alat bantu napas	Ada Jenis: NRM 15 liter/menit
	Lain-lain	Tampak pasien sesak Frekuensi pernapasan 36x/menit SpO2 89%
Blood (B2)	Suara jantung	Terdengar tunggal pada katup aorta, katup pulmonalis, Katup tricuspidalis, dan katup mitral. Tidak terdengar adanya suara tambahan.
	Irama jantung	Reguler
	CRT	>3 detik (4 detik)
	JVP	Meningkat (5+4 cmH2o)
	CVP	Tidak ada
	Edema	Ada Lokasi: kedua tungkai kaki derajat +3 kedalaman 6 mm.
	EKG	Left Ventricular Hypertrophy
	Lain-lain	Tampak pasien pucat Tampak konjungtiva anemis Akral teraba dingin

		Hgb:4,6 g/dL TD: 217/107 mmHg
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	Kualitatif: composmentis Kuantitatif (GCS) 15 M: 6 V: 5 E: 4
	Reaksi pupil: Kanan Kiri	Ada Tampak reaksi pupil kira dan kanan mengecil saat diberi cahaya (isokor) diameter 3 mm
	Refleks fisiologis	Ada Refleks Bisep, Tricep, patella Positif
	Refleks patologis	Tidak ada, Babynski negatif
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	-
Bladder (B4)	Urin	Jumlah: 30 cc/7 jam Warna: kuning pekat
	Kateter	Ada Jenis: two way kateter
	Kesulitan BAK	Tidak ada
	Lain-lain	-
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Tampak kering
	Lidah	Tampak bersih
	Keadaan gigi	Tampak lengkap
	Nyeri telan	Tidak ada
	Abdomen	Tidak distensi
	Peristaltik usus	Normal Nilai: 8x/menit
	Mual	Tidak ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematemesis	Tidak ada
	Melena	Tidak ada
	Terpasang NGT	Tidak
	Terpasang colostomy bag	Tidak
	Diare	Tidak
	Konstipasi	Tidak
Asites	Tidak	
Lain-lain	-	
Bone (B6)	Turgor	Baik
	Perdarahan kulit	Tidak ada

	Icterus	Tidak
	Akral	Teraba dingin
	Pergerakan sendi	Bebas
	Fraktur	Tidak ada
	Luka	Tidak ada
	Lain-lain	-

II. Diagnosis Keperawatan: (Berdasarkan Data yang Diperoleh Saat Pengkajian Primer)

B-1: -

B-2: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi

B-3:-

B-4: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan dyspnea, edema, JVP meningkat, oliguria, terdengar suara napas tambahan, Kadar Hb menurun.

B-5:-

B-6:-

III. Tindakan Keperawatan yang Dilakukan (Berdasarkan Diagnosa)

B-2:

- a. Memonitor peningkatan tekanan darah
H: TD: 208/111 mmHg.
- b. Memonitor keluhan nyeri kepala
H: Pasien mengeluh nyeri kepala, dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, dirasakan terus menerus.
- c. Memonitor penurunan frekuensi jantung
H: Frekuensi jantung 89x/menit.
- d. Memonitor tanda-tanda vital setiap 2 jam
H: TD: 208/111mmHg, N: 89x/menit, P: 34x/menit, S:36,6°C.

B-4

- a. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia
H: Pasien mengatakan merasa sesak napas, tampak edema pada kedua tungkai kaki pasien, JVP meningkat 5+4 cmH₂O,

terdengar suara napas tambahan friction rub pada kedua lapang paru

b. Memberikan posisi fowler

H: Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi fowler

c. Melakukan pemberian oksigen

H: pasien diberikan oksigen NRM 15 liter/menit.

d. Memonitor intake dan output cairan

H: Intake 625 cc dan output 191 cc

IV. Evaluasi Tindakan: (Kondisi yang didapatkan setelah tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan)

B-2 :

S: Pasien mengatakan masih nyeri kepala seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, dirasakan terus-menerus.

O: Tampak pasien gelisah

Tekanan darah 206/106 mmHg

A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

B-4:

S:- Pasien mengatakan merasa sesak

- Pasien mengatakan merasa lemas
- Pasien mengatakan kedua tungkai kaki bengkak

O:- Tampak pasien sesak frekuensi napas 32x/menit

- Saturasi oksigen 94%
- Tampak kedua tungkai kaki bengkak derajat +3 kedalaman 6 mm
- Tampak urin 30 cc berwarna kuning pekat
- CRT kembali dalam waktu 4 detik
- Balance cairan:

CM: Minum 400 cc

Nacl 0,9% 200 cc

Obat-obatan: 25 cc

CK: Urin 30 cc

IWL 570/24 jam

BC: CM-(CK+IWL)

: 625 cc - (30+161 cc)

: 625 cc - 191 cc

: +434 cc

A: Masalah hypervolemia belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

V. Pengkajian Sekunder: (Meliputi Pengkajian Riwayat Keperawatan dan Head to toe)

A. IDENTIFIKASI

Nama Initial : Ny. M

Umur : 49 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Jumlah anak : 4

Agama/suku : Kristen Protestan/ Toraja

Warga Negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat rumah : Campagaya Panaikang Tello

B. DATA MEDIK

Diagnosa medik

Saat Masuk : CKD ON HD+Anemia+HT

Saat Pengkajian : CKD ON HD+Anemia+HT

C. KEADAAN UMUM

1. Keadaan sakit

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

Alasan: Tampak pasien sakit berat, terpasang syringe pump

NGT 30 cc pada tangan sebelah kanan dan conecta pada kaki

sebelah kanan, tampak pasien sesak terpasang oksigen NRM 15 liter/menit, tampak pasien terpasang kateter.

2. Tanda-tanda vital

a. Kesadaran (kualitatif): Compos mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

1) Respon Motorik : 6

2) Respon bicara : 5

3) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

b. Tekanan darah: 217/107 mmHg

MAP: 143,6 mmHg

Kesimpulan: Perfusi ginjal tidak memadai

c. Suhu: 36,5°C di Axilla

d. Pernapasan: 36x/menit

Irama : Takipnea

Jenis : Dada

e. Nadi : 94x/menit

Irama : Teratur

3. Pengukuran

a. Lingkar lengan atas :-

b. Tinggi Badan : 143 cm

c. Berat badan : 38 kg

d. IMT (Indeks Massa Tubuh) : 18,6 kg/m²

Kesimpulan: berat badan normal

D. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

1. Pola Persepsi Dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan kesehatan adalah Anugerah dari Tuhan yang harus dijaga demi menjalankan aktivitas setiap harinya dengan baik dan lancar. Pasien mengatakan jika sakit keluarganya langsung membawanya ke rumah sakit untuk

berobat. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 1,5 tahun yang lalu, namun tidak rutin minum obat hipertensinya karena kadang lupa. Pasien mengatakan sudah 15 bulan menjalani hemodialisis di RS Stella Maris Makassar, pasien menjalani hemodialisis rutin 3X seminggu.

b. Riwayat Penyakit Saat Ini:

- 1) Keluhan utama: Sesak napas
- 2) Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan sudah sekitar satu minggu merasakan sesak di rumah namun sesak masih dirasakan sesekali hilang timbul. Pada hari Rabu tanggal 15 Juni 2022, pasien mengatakan merasa sesak napas dan sesaknya tidak hilang-hilang, sehingga keluarga pasien membawanya ke rumah sakit. Saat tiba di IGD pasien masih merasa sesak napas. Pasien mengatakan merasa lemas dan merasa lelah karena sesak yang dirasakan. Kemudian pasien dipindahkan ke ruang perawatan Bernadeth 3. Pasien mengatakan 4 jam di ruang perawatan sesak yang dirasakan semakin memberat dan pasien pucat sehingga pasien dipindahkan ke ruang perawatan HCU. Saat pengkajian didapatkan pasien dengan kesadaran Composmentis, GCS 15 (M: 6, V: 5, E: 4), tampak pasien terpasang oksigen NRM 15L/menit, tampak terpasang kateter urin, tampak terpasang syringe pump dan conecta, tampak pasien pucat dan lemas, tampak membrane mukosa kering, akral teraba dingin, hasil TTV pasien: TD: 217/107 mmHg, Nadi: 94x/menit, Suhu 36,5°C, Pernapasan 36x/menit, Spo2 sebelum pemberian oksigen 89% setelah pemberian oksigen NRM 15L/menit 99%.

3) Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami

Pasien mengatakan sudah 1,5 tahun lebih mengalami penyakit gagal ginjal dan hipertensi. Pasien mengatakan sudah 15 bulan menjalani hemodialisis 3x seminggu di RS Stella Maris.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan saudara pasien memiliki penyakit yang sama yaitu Hipertensi.

Pemeriksaan Fisik:

Kebersihan rambut	: Tampak rambut bersih
Kulit kepala	: Tampak bersih, tidak ada lesi, tidak berketombe, dan tekstur kepala keras.
Kebersihan kulit	: Tampak kulit bersih
Higiene rongga mulut	: Tampak mulut bersih, tidak adaradang mukosa, tidak ada sariawan
Kebersihan genetalia	: Tampak genetalia bersih
Kebersihan anus	: Tampak anus bersih

2. Pola Nutrisi Dan Metabolik

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari dengan porsi makan 1 piring nasi, sayur, ikan dan kadang makan telur, tahu dan tempe. Keluarga pasien mengatakan pasien dalam sehari minum 6-7 gelas air putih dan minum teh setiap pagi. Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah dalam pemenuhan nutrisi, namun tetap membatasi minum air karena penyakit gagal ginjal yang dialami.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien makan dengan teratur 3 kali dalam sehari, pasien mengonsumsi bubur yang telah di sediakan di rumah sakit dan pasien menghabiskan porsi makanan yang telah disediakan. Pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien hanya dibolehkan minum 350 cc dalam 24 jam.

Observasi :

Tampak pasien makan makanan yang disediakan di rumah sakit dan menghabiskan makanannya. Tampak pasien minum air botol aqua kecil ukuran 350 cc.

Pemeriksaan Fisik:

- 1) Keadaan rambut : Tampak rambut bersih
- 2) Hidrasi kulit : Kembali 2 detik
- 3) Palpebra/conjungtiva : Tampak palpebra tidak edema/conjungtiva tampak anemis.
- 4) Sclera : Tampak tidak icteric
- 5) Hidung : Tampak hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip
- 6) Rongga mulut : Tampak bersih, tidak ada Sariawan
- 7) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
- 8) Gigi : Tampak gigi bersih, tampak gigi lengkap, tidak ada gigi palsu
- 9) Kemampuan mengunyah keras: Pasien mampu mengunyah keras
- 10) Lidah : Tampak bersih
- 11) Pharing : Tampak tidak ada radang
- 12) Kelenjar getah bening : Tidak teraba pembesaran
- 13) Kelenjar parotis : Tidak teraba pembesaran
- 14) Abdomen:

- a) Inspeksi : Tampak perut datar
- b) Auskultasi : Peristaltik usus 8x/menit
- c) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan/massa
- d) Perkusi : Tympani

15) Kulit:

- a) Edema : Tampak edema pada kedua tungkai kaki derajat +3 kedalaman 6 mm.
- b) Icteric : Negatif
- c) Tanda-tanda radang : Tidak ada tanda-tanda peradangan
- d) Lesi : Tidak ada lesi

3. Pola Eliminasi

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, warna kecoklatan dan BAK ±2 kali sehari warna kekuningan dengan jumlah sedikit dan terputus-putus. Pasien mengatakan pasien mampu mengontrol keinginan berkemih dan BAB.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sejak sakit BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat berwarna kecoklatan, dan untuk BAK menggunakan kateter.

Observasi :

Tampak pasien terpasang kateter urin ukuran 16. Jumlah urin 30 cc/7 jam berwarna kuning pekat.

Pemeriksaan Fisik:

- 1) Peristaltik usus : 8x/menit
- 2) Palpasi kandung kemih : Teraba kosong
- 3) Nyeri ketuk ginjal : Positif
- 4) Mulut uretra : Tampak bersih

5) Anus:

- a) Peradangan : Tampak tidak ada
- b) Hemoroid : Tampak tidak ada
- c) Fistula : Tampak tidak ada

4. Pola Aktivitas Dan Latihan

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien beraktivitas seperti biasa, pasien adalah seorang ibu rumah tangga yang seharusnya menghabiskan waktunya di rumah memasak, menyapu, mencuci pakaian, dan menonton TV. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sejak sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien mengatakan merasa lelah dan lemas, merasa tidak nyaman saat banyak bergerak karena merasa sesak.

Observasi :

Tampak pasien duduk di atas tempat tidur, tampak pasien sesak, tampak pasien dibantu dalam melakukan aktivitas.

Aktivitas Harian:

- 1) Makan : 2
- 2) Mandi : 2
- 3) Pakaian : 2
- 4) Kerapihan : 2
- 5) Buang air besar : 2
- 6) Buang air kecil : 1

0 : mandiri 1 : bantuan dengan alat 2 : bantuan orang 3 : bantuan alat dan orang 4 : bantuan penuh
--

7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

- Postur tubuh : Tidak dikaji
- Gaya jalan : Tidak dikaji
- Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
- Fiksasi : Tidak ada

Tracheostomi : Tidak ada

Pemeriksaan Fisik:

1) Tekanan darah

 Berbaring : 217/107 mmHg

 Kesimpulan: Hipotensi ortostatik: Negatif

2) HR: 94x/menit

3) Kulit:

 Keringat dingin : Kulit teraba dingin tidak
berkeringat

 Basah : Tidak ada

4) Perfusi pembuluh kapiler kuku: Kembali dalam 4 detik

5) Thorax dan pernapasan

a) Inspeksi:

 Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

 Retraksi intercostal : Tidak tampak

 Sianosis : Tidak tampak

 Stridor : Tidak tampak

b) Palpasi:

 Vocal premitus : Getaran pada kedua lapang paru
kanan dan kiri sama lemah

 Krepitasi : Tidak teraba

c) Perkusi: Pekak

 Lokasi: Kedua lapang paru bagian basal

d) Auskultasi:

 Suara napas : Vesikular

 Suara Ucapan : Terdengar lemah

 Suara tambahan : Friction rub

6) Jantung

a) Inspeksi

 Ictus cordis : Tidak tampak

b) Palpasi

Ictus cordis: Teraba pada ICS V midclavicularis sinistra

c) Perkusi

Batas atas jantung: ICS II linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung: ICS V linea midclavicularis sinistra

Batas kanan jantung: ICS III linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS VI linea axilaris posterior sinistra

d) Auskultasi

Bunyi jantung IIA : Tunggal, ICS II linea sternalis dextra

Bunyi jantung IIP : Tunggal, ICS III linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IT : Tunggal, ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IM : Tunggal, ICS V linea midclavicularis sinistra

7) Lengan dan tungkai

a) Atrofi otot : Negatif

b) Rentang gerak

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

c) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

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

- d) Refleks fisiologi : Refleks biceps, Triceps, Patella, Achilles positif
- e) Refleks patologi:
 - Babinski, Kiri : Negatif
 - Kanan : Negatif
- f) Clubing jari-jari : Tidak ada
- g) Varises tungkai : Tidak ada
- h) Columna Vertebralis:
 - Inspeksi : Tampak tidak ada kelainan
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 - Kaku kuduk : Tidak terdapat kaku kuduk

5. Pola Tidur dan Istirahat

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien baik, dalam sehari pasien tidur \pm 7-8 jam pada malam hari, dan \pm 1-2 jam pada siang hari, pasien mengatakan ketika bangun dipagi hari pasien merasa segar dan dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit pasien kesulitan untuk tidur karena merasa sesak dan kadang terbangun karena sesaknya. Pasien mengatakan hanya tidur di siang hari 2-3 jam. Pasien mengatakan merasa kurang puas dengan tidurnya.

Observasi:

Tampak pasien sesak dengan posisi fowler.

Ekspresi wajah mengantuk : Positif

Banyak menguap : Positif

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif

6. Pola Persepsi kognitif

a. Keadaan Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pendengaran dan penglihatannya baik. Pasien mengatakan mampu mengenali orang sekitar, lingkungan, dan mampu mengenal waktu. pasien mengatakan pasien masih mengingat masa mudanya dan keluarganya.

b. Keadaan Sejak Sakkit

Pasien mengatakan sejak sakit pendengaran dan penglihatannya masih baik, pasien mengatakan masih mengingat masa mudanya dan keluarganya.

Observasi :

Tampak pasien tidak memakai alat bantu pendengaran dan penglihatan.

Pemeriksaan fisik :

1) Penglihatan

a) Kornea : tampak jernih

b) Pupil : tampak isokor kanan dan kiri diameter
3 mm

- c) Lensa mata : tampak jernih
 - d) Tekanan intra okuler (TIO) : teraba sama kiri dan kanan
- 2) Pendengaran
- a) Pina : tampak simetris kiri dan kanan
 - b) Kanalis : tampak bersih
 - c) Membran timpani : tampak utuh
- 3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai:
Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai kanan.

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan merasa senang dan bangga dengan dirinya. Pasien mengatakan ia menerima kehidupannya walaupun hanya hidup berkecukupan.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa cemas dengan kondisinya yang dirawat di HCU. Pasien mengatakan merasa tidak berdaya karena hanya bisa berbaring di tempat tidur.

c. Observasi :

Kontak mata	: Tampak ada kontak mata
Rentang perhatian	: Perhatian penuh
Suara dan cara bicara	: Pasien berbicara jelas
Postur tubuh	: Tidak dikaji

d. Pemeriksaan fisik :

Kelainan bawaan yang nyata:	tidak ada
Bentuk/postur tubuh	: tidak dikaji
Kulit	: tidak ada lesi

8. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan pasien tinggal bersama anaknya yang ketiga di Makassar. Pasien memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan suami dan anaknya, walaupun suami pasien kadang tidak pulang ke rumah karena pekerjaannya sebagai tukang bangunan

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa berkumpul dengan keluarganya karena harus dirawat di rumah sakit. Pasien mengatakan hubungan dengan keluarganya terbatas karena tidak semua keluarganya bisa datang mengunjunginya di ruang HCU.

c. Observasi

Tampak anak dan keluarga pasien menjaga dan mengunjungi pasien di rumah sakit.

9. Pola Reproduksi dan Seksualitas

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dirinya adalah seorang istri dan ibu dari 4 orang anak. Pasien mengatakan pernah memakai alat kontrasepsi yaitu implant sekitar 5 tahun. Pasien mengatakan sudah 3 tahun tidak menstruasi (menopause).

b. Keadaan Sejak sakit: Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada reproduksinya.

c. Observasi: Tidak dikaji

10. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan dengan penyakitnya yang sekarang kadang pasien memikirkan tentang kondisi dirinya. Pasien

mengatakan jika ada masalah dalam keluarga pasien selalu mendiskusikannya dengan suami dan anak-anaknya.

b. Keadaan Sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien memikirkan tentang kondisinya yang sekarang, khususnya berada di ruang HCU, pasien berharap dirinya bisa sembuh dan kembali kerumah lagi untuk berkumpul dengan suami dan anaknya.

11. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

a. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan beragama Kristen Protestan dan selalu meluangkan waktunya untuk berdoa dan beribadah.

b. Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan beragama Kristen protestan. Pasien mengatakan percaya bahwa Tuhan akan selalu memberkatinya dan menyembuhkan sakitnya saat ini hingga bisa pulang ke rumah dengan sehat.

VI. Pemeriksaan Penunjang

A. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.2

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Keterangan
RBC	1.63	4.00 – 6.10	$10^6/uL$	L
HGB	4.6	12.2 – 18.1	g/dL	L
HCT	13.1	37.0 – 53.7	%	L
PLT	114	150 – 450	$10^3/uL$	L
RDW-CV	18.4	11.5 – 14.5	%	H
PCT	0.11	0.17- 0.35	%	L
LYMPH#	0.62	1.0 – 3.70	$10^3/UI$	L
Kimia Darah				
NATRIUM	132	136-145	mmol/dL	L
KALIUM	4.3	3.4- 4.5	mmol/dL	
CHLORIDA	97	100 – 108	mmol/dL	L
UREUM	95.3	10-15	mg/dL	H
CREATININE	6.16	<1.1	mg/dL	H

B. Pemeriksaan Foto Thorax

Hasil: Cardiomegaly, bronkopneumonia dan efusi pleura bilateral

C. Pemeriksaan EKG: Hasil: Left Ventricular Hipertrophy

VII. Diagnosis Keperawatan Sekunder

A. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah, dyspnea saat melakukan aktivitas, merasa lemah, sianosis (D.0056)

B. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur (D.0055)

VIII. Prinsip-prinsip Tindakan

Tabel 3.3

Prinsip dan Tindakan	Rasional
<p>Pemberian posisi fowler</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan 2. Memvalidasi identitas pasien 3. Tinggikan kepala 90° 	<p>Mencegah transmisi mikroorganisme</p> <p>Menghindari kesalahan pasien dalam memberikan tindakan</p> <p>Meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.</p>
<p>Pemberian Oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan 2. Mengucapkan salam terapeutik 3. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan 4. Mengatur posisi semi fowler atau fowler 	<p>Mencegah transmisi mikroorganisme</p> <p>Membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien</p> <p>Agar pasien mengetahui maksud dan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan</p> <p>Memberikan pasien posisi senyaman mungkin</p>

5. Menghubungkan selang O2 dengan flowmeter pada tabung o2	Menyambungkan akses o2 dengan flowmeter dan tabung o2
6. Membuka flowmeter, mencoba pada punggung tangan lalu tutup kembali	Memastikan alat berfungsi dengan baik
7. Memasang nasal kanul pada hidung pasien	Memberikan akses oksigen ke pasien secara langsung
8. Mengatur aliran oksigen sesuai kebutuhan pasien	Agar kebutuhan oksigen terpenuhi
Memberikan <i>ankle pumping exercise</i>	
1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan	Mencegah transmisi mikroorganisme
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan	Agar pasien mengetahui tindakan yang akan diberikan sekaligus meminta persetujuan
3. Mengajarkan dan mendemonstrasikan cara melakukan <i>ankle pumping exercise</i>	Agar pasien mengetahui cara melakukan tindakan, dan bisa dilakukan dengan mandiri untuk mengurangi edema pada kedua kaki.

IX. Monitor klien

DS:

1. Pasien mengatakan masih merasa sesak
2. Pasien mengatakan masih nyeri pada kepala
3. Pasien mengatakan kedua kaki masih bengkak
4. Pasien mengatakan masih merasa lemah dan lelah
5. Pasien mengatakan sesak bertambah jika pasien banyak melakukan pergerakan
6. Pasien mengatakan latihan *ankle pumping* mudah dilakukan

DO:

1. Tampak pasien masih sesak frekuensi napas 34x/menit

2. Tampak pasien duduk di tempat tidur lemah
3. Tampak kedua kaki pasien masih bengkak derajat +3
4. Tampak pasien gelisah
5. Akral teraba dingin
6. TD:206/100 mmHg

X. Evaluasi Diri: (Selama Merawat Pasien)

1. Teliti : memperhatikan dengan detail setiap melakukan tindakan keperawatan kepada pasien tanpa membuat kesalahan.
2. Tenang: kondisi perasaan yang damai, lepas dari masalah, tanpa ada konflik batin yang mengganggu pikiran dan perasaan dalam memberikan asuhan keperawatan.
3. Sabar: bertahan dalam situasi yang sulit dengan tidak mengeluh pada apa yang akan dilakukan ke pasien dan menerima setiap respon dari pasien.
4. Peka: sikap peduli dan memperhatikan setiap kebutuhan pasien.
5. Kolaboratif: bekerja sama dengan sesama perawat, dokter, dan tenaga medis lainnya dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

ANALISA DATA PRIMER DAN SEKUNDER

Tabel 3.4

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri : P: pasien mengatakan nyeri karena tekanan darahnya naik Q: seperti tertusuk-tusuk R: daerah kepala S: skala nyeri 6 T: terus-menerus <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien gelisah 2. Tampak pasien memegang kepalanya karena nyeri 3. Pemeriksaan tekanan darah sistolik 217 mmHg 4. Pemeriksaan tekanan darah diastolik 107 mmHg 	<p>Faktor risiko hipertensi</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>
<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa sesak napas 2. Pasien mengatakan kedua kakinya bengkak <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak frekuensi pernapasan 36x/menit 2. Tampak edema pada kedua tungkai kaki derajat +3 kedalaman 6 mm 3. Tampak membran mukosa kering 4. Tampak produksi urin sedikit 30 cc/7 jam, balance cairan: +434 5. Terdengar suara napas tambahan friction rub pada kedua lapang dada 6. Hasil pengukuran JVP meningkat (5+4 cmH₂o) 7. Kadar HGB menurun (4.6 g/dL) 8. Ureum: 95.3 mmol/dL 9. Creatinine: 6.16 mg/dL 	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Hipervolemia</p>

<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa lelah 2. Pasien mengatakan merasa sesak saat melakukan banyak pergerakan di tempat tidur 3. Pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sianosis CRT >3 detik 2. Tampak pasien sesak saat banyak bergerak di tempat tidur 3. Tampak pasien lemah 4. Tampak saturasi oksigen 89% 	<p>Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>
<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan susah untuk tidur saat malam hari dan hanya tidur saat siang 2-3 jam 2. Pasien mengatakan tidak puas dengan tidurnya karena waktu tidurnya tidak cukup 3. Pasien mengatakan sering terjaga saat tidur karena kondisi kesehatannya <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ekspresi wajah mengantuk 2. Tampak pasien banyak menguap 3. Tampak palpebra inferior berwarna gelap 	<p>Kurang kontrol tidur</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>

Diagnosis Keperawatan Primer dan Sekunder

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi (D.0017)
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan dyspnea, edema, JVP meningkat, terdengar suara napas tambahan, kadar Hb menurun, oliguria (D.0022)
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah, dyspnea saat aktivitas, pasien merasa lemah, sianosis (D.0056)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur (D.0055)

INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.5

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan faktor risiko Hipertensi</p> <p>Ds: Pasien mengatakan nyeri : P: pasien mengatakan nyeri karena tekanan darahnya naik Q: seperti tertusuk-tusuk R: daerah kepala S: skala nyeri 6 T: terus-menerus</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Tampak pasien gelisah 6. Tampak pasien memegang kepalanya karena nyeri 7. Pemeriksaan tekanan darah sistolik 217 mmHg 8. Pemeriksaan tekanan darah diastolik 107 mmHg 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka, perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit kepala cukup menurun (4) 2. Gelisah cukup menurun (4) 3. Tekanan darah sistolik cukup membaik (4) 4. Tekanan darah diastolik cukup membaik (4) 	<p>Pemantauan tekanan intracranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan tekanan darah 2. Monitor penurunan frekuensi jantung <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien (2 jam) 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu <p>Pemantauan Neurologis</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran (mis, menggunakan skala koma Glasgow) 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Monitor keluhan sakit kepala <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi(Nitroglycerine 10 mg, Clonidine 0,5 mg,

		Candesartan 16 mg, Amlodipin 10 mg)
<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan:</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa sesak napas <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak frekuensi pernapasan 36x/menit 2. Tampak edema pada kedua tungkai kaki derajat +3 kedalaman 6 mm 3. Tampak membran mukosa kering 4. Tampak produksi urin sedikit (30 cc/7 jam) 5. Terdengar suara napas tambahan friction rub pada kedua lapang dada 6. Hasil pengukuran JVP meningkat (5+4 cmH₂o) 7. Kadar HGB menurun (4.6 g/dL) 8. Ureum: 95.3 mg/dL 9. Creatinine: 6.16 mg/dL 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> a. Haluaran urin cukup meningkat (4) b. Edema cukup menurun (4) c. Membran mukosa cukup membaik (4) 2. Status Cairan membaik <ol style="list-style-type: none"> a. Dispnea cukup menurun (4) b. Jugular Venous Pressure cukup membaik (4) c. Kadar Hb cukup membaik (4) 	<p>Manajemen hipervolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis, ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara nafas tambahan) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi asupan cairan (350 cc/24 jam) 2. Lakukan <i>ankle pumping exercise</i> dan <i>leg elevasi 30°</i>(Manawan & Rosa, 2021) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretic (Furosemide 40 mg) 2. Kolaborasi pemberian produk darah <p>Manajemen Hemodialisis</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan hemodialisis (mis, tanda-tanda vital, berat badan kering, kelebihan cairan, kontraindikasi pemberian heparin) 2. Monitor tanda-tanda vital pasca hemodialisis 3. Monitor tanda vital, tanda-tanda

		<p>perdarahan, dan respons selama dialisis</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan peralatan hemodialisis (mis, bahan habis pakai, <i>blood line</i> hemodialisis) 2. Lakukan prosedur dialisis dengan prinsip aseptik 3. Atur filtrasi sesuai kebutuhan penarikan kelebihan cairan 4. Hentikan hemodialisis jika mengalami kondisi yang membahayakan (mis, syok) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang prosedur hemodialisis <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian heparin pada <i>blood line</i>, sesuai indikasi
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan:</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa lelah 2. Pasien mengatakan merasa sesak saat melakukan banyak pergerakan di tempat tidur 3. Pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka, toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah cukup menurun (4) 2. Dispnea saat aktivitas cukup menurun (4) 3. Saturasi oksigen cukup meningkat (4) 4. Sianosis cukup menurun (4) 	<p>Manajemen energy</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

<p>keluarga dan perawat</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak sianosis CRT >3 detik 2. Tampak pasien sesak saat banyak bergerak di tempat tidur 3. Tampak pasien lemah 4. Tampak saturasi oksigen 89% 		<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. <p>Terapi Oksigen</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kecepatan aliran oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan oksigen tambahan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan:</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan susah untuk tidur saat malam hari 2. Pasien mengatakan hanya tidur saat siang hari 3-4 jam 3. Pasien mengatakan tidak puas dengan tidurnya karena waktu tidurnya tidak cukup 4. Pasien mengatakan sering terjaga saat tidur karena kondisi kesehatannya <p>Do:</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka, pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluhan sulit tidur cukup menurun b. Keluhan sering terjaga cukup menurun c. Keluhan tidak puas tidur cukup menurun 	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologi) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memodifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu.) b. Batasi waktu siang, jika perlu c. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat, pengaturan posisi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

<ol style="list-style-type: none">1. Tampak ekspresi wajah mengantuk2. Tampak pasien banyak menguap3. Tampak palpebra inferior berwarna gelap		<ol style="list-style-type: none">b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
---	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Kamis, 16 Juni 2022 (Shift Pagi)	I,II,III,IV	08.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD : 211/115 mmHg - N : 91 x/menit - S : 36,5°C - P : 26 x/menit	Marlin
	I	08.05	Berkolaborasi pemberian obat antihipertensi H/: NTG (Nitrogliserin) 10 mg/ Syringe pump (Jalan 3 cc) TD: 211/115 mmHg	Ns. Eva
	I	08.10	Memonitor tingkat kesadaran H/: GCS pasien 15 Respon motorik: 6 Respon bicara: 5 Respon membukanya mata:4	Marlin
	I	08.35	Memonitor keluhan sakit kepala H/: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk pada daerah kepala, skala nyeri 5, dirasakan terus-menerus. Tampak hasil pengukuran tekanan darah masih tinggi. Tampak pasien gelisah.	Marlin
	I	08.45	Memonitor penurunan frekuensi jantung H: Tampak frekuensi jantung 80x/menit	Marlin
	I	08.50	Mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien H/: Pemantauan dilakukan setiap 2	Marlin

			jam	
	I	09.15	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan H/: Pasien mengatakan mengerti dengan tujuan dan prosedur pemantauan untuk perkembangan kondisinya	Marlin
	III	09.20	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan H/: Pasien mengatakan merasa lelah jika melakukan banyak pergerakan di tempat tidur. SpO2 94%	Marlin
	III	09.30	Memonitor kelelahan fisik dan emosional H/: Pasien mengatakan aktivitasnya terbatas dengan kondisinya saat ini	Marlin
	II	09.35	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) H/: Pasien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan yang tenang, tidak ada suara ribut, dan suasana ruangan tidak banyak orang	Marlin
	III	09.45	Memberikan oksigen H/: Pasien terpasang oksigen NRM 15 liter/menit	Marlin
	I,II,III,IV	10.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD : 195/106 mmHg - N: 76x/menit - S: 36°C - P: 34x/menit	Marlin
	II	10.15	Memeriksa tanda dan gejala	Marlin

			hypervolemia H/: Pasien mengatakan merasa sesak napas dan kedua tungkai kaki bengkak, tampak edema pada kedua kaki pasien, terdengar suara napas tambahan friction rub pada kedua lapang dada.	
	II	10.25	Melakukan ankle pumping exercise H/: Pasien mengatakan baru mengetahui latihan <i>ankle pumping</i> untuk mengurangi bengkak pada kakinya. Pasien mengatakan merasa nyaman setelah dilakukan <i>ankle pumping</i> , kedalaman edema 6 mm.	Marlin
	II	10.55	Membatasi asupan cairan H/: Pasien diberikan air aqua 1 botol kecil ukuran 350 cc	Marlin
	II	11.00	Mengajarkan cara membatasi cairan H/: Pasien dianjurkan minum 350 cc dalam 24 jam setara dengan 1 botol aqua kecil	Marlin
	II	12.00	Berkolaborasi pemberian obat diuretik H/: Pasien di berikan Obat Furosemide 40 mg 2 ampl (bolus intravena)	Marlin
	I,II,III,IV	12.05	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD: 197/89 mmHg - N: 78X/menit - S: 36,2° c - P: 36X/menit	Marlin
	I	12.08	Berkolaborasi pemberian obat antihipertensi	Marlin

			<p>H/:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Candesartan 16 mg 1 tablet (oral) - Clonidin 0,15 mg 1 tablet (oral) - Amlodipin 10 mg 1 tablet (oral) 	
	I	13.00	<p>Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>H/: Hasil pemantauan sepanjang shift didokumentasikan dalam lembar observasi pasien</p>	Marlin
	III	13.10	<p>Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>H/: Pasien mengatakan masih merasa lelah jika melakukan banyak pergerakan di tempat tidur, SpO2 96%</p>	Marlin
	III	13.25	<p>Menganjurkan tirah baring</p> <p>H/: Pasien mengatakan tidak bisa berbaring karena merasa sesak</p>	Marlin
	IV	13.30	<p>Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>H/: Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena merasa sesak, dan sering terjaga saat memulai untuk tidur. Tampak ekspresi wajah mengantuk dan banyak menguap.</p>	Marlin
	I	13.35	<p>Menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial</p> <p>H/: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan banyak aktivitas karena sesak yang dirasakan</p>	Marlin
	I	13.45	<p>Memonitor intake dan output cairan</p>	

			H/: - Intake makan+minum 450 cc Obat-obatan : 30 cc - Output: Urine : 40 cc BC: 480-(201)cc BC:+279 cc	
--	--	--	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/tanggal	DP	Evaluasi SOAP	Perawat
Kamis, 16 Juni 2022 (Shift Pagi)	I	S: Pasien mengatakan nyeri P: pasien mengatakan nyeri karena tekanan darahnya tinggi Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: pasien mengatakan nyeri pada daerah kepala S: skala nyeri 5 T: dirasakan terus menerus O: - Tampak pasien gelisah - Tekanan darah sistolik 198 mmHg - Tekanan darah diastolik 102 mmHg A: Masalah risiko perfusi serebral belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Marlin
	II	S: - Pasien mengatakan kedua tungkai kaki masih bengkak - Pasien mengatakan merasa sesak napas O: - Tampak edema pada kedua tungkai kaki pasien derajat +3kedalaman edema 6 mm - Tambak membran mukosa kering - Tampak Frekuensi napas 34x/menit - JVP meningkat 5+4 cmH ₂ o	Marlin

		<ul style="list-style-type: none"> - Kadar Hb 4.6 mg/dL - Balance cairan: +279 cc <p>A: Masalah hipervolemia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lelah - Pasien mengatakan sesak bertambah saat melakukan banyak pergerakan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemas - Tampak sesak pasien bertambah saat melakukan banyak pergerakan - Tampak sianosis CRT>3 detik - SpO2 94% <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Marlin
	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena sesak yang dirasakan - Pasien mengatakan sering terjaga jika sudah memulai untuk tidur - Pasien mengatakan merasa tidak puas dengan tidurnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ekspresi wajah mengantuk - Tampak pasien banyak mengantuk <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Marlin

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/ Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Kamis, 16 Juni 2022 (shift siang)	I,II,III,IV	14.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD: 206/112 mmHg - N: 72X/menit - S:36°c - P: 36X/menit	Marsita
	III	14.05	Memonitor kecepatan aliran oksigen H/: Tampak aliran oksigen 15 liter/menit	Marsita
	II	14.25	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia H/: Pasien mengatakan merasa sesak napas dan sesak, tampak edema pada kedua kaki pasien,terdengar suara napas tambahan friction rub pada kedua lapang dada, JVP meningkat.	Marsita
	IV	14.35	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur H/: Pasien mengatakan merasa ngantuk dan ingin tidur	Marsita
	IV	14.40	Membatasi waktu tidur siang, jika perlu H/: Pasien mengatakan merasa ngantuk dan ingin tidur karena tidak bisa tidur saat malam	Marsita
	IV	14.50	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) H/: Suasana lingkungan ruangan	Marsita

			tenang, tidak ada kunjungan, dan tidak ada suara rebut.	
	I,II,III,IV	16.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: <ul style="list-style-type: none"> - TD : 198/92 mmHg - N: 68X/menit - S: 36,4° C - P: 38X/menit 	Marsita
	IV	16. 15	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan H/: Pasien mengatakan merasa lemas dan tidak bisa banyak melakukan pergerakan untuk mengurangi sesak yang dirasakan, Spo2 96%.	Marsita
	II	17. 25	Melakukan ankle pumping exercise H/: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan unkle pumping, derajat edema +3.	Marsita
	II	17.55	Mengajarkan cara membatasi cairan H/: Pasien mengatakan mengerti tentang apa yang diajarkan oleh perawat yaitu membatasi asupan minum.	Marsita
	III	18.00	Mengajarkan pasien cara menggunakan oksigen H/: Pasien mengatakan mengerti dan paham cara menggunakan oksigen	Marsita
	I,II,III,IV	18.05	Memonitor tanda-tanda vital H/: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 195/89 mmHg - N: 66X/menit 	Marsita

			<ul style="list-style-type: none"> - S: 36,5°c - P: 37X/menit 	
	I	18.10	Berkolaborasi pemberian obat antihipertensi H/: Clonidin 0,15 mg 1 tablet (oral)	Marsita
	I	19.00	Memonitor keluhan nyeri kepala H/: Pasien mengatakan masih nyeri pada daerah kepala seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5, dirasakan terus menerus.	Marsita
	II	19.05	Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia H/: Pasien mengatakan merasa sesak napas, Tampak edema pada kedua kaki pasien, Terdengar suara napas tambahan friction rub pada kedua lapang dada. Tampak membran mukosa kering	Marsita
	II	20.00	Berkolaborasi pemberian obat diuretic H/: Pasien diberikan Furosemide 40 mg 2 ampl (bolus intravena)	Marsita
	I,II,III,IV	20.05	Memonitor tanda-tanda vital H/: TD: 190/ 110 MmmHg <ul style="list-style-type: none"> - N: 79x/menit - P: 28x/menit - S: 36,4°c 	Marsita
	I	20.15	Mendokumentasikan hasil pemantauan H/: Hasil pemantauan sepanjang shift didokumentasikan dalam lembar observasi	Ns. Eva
	I	20.45	Memonitor intake dan output cairan	Marsita

			H/: - Intake : Obat-obatan 30 cc Minum : 350 cc - Output : Urine : 30 cc - BC:380- (191) cc - BC: +189 cc	
--	--	--	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/ Tanggal	DP	Evaluasi SOAP	Perawat
Kamis, 16 Juni 2022 (Shift Siang)	I	S: Pasien mengatakan nyeri: P: Pasien mengatakan nyeri karena tekanan darahnya naik Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Nyeri pada bagian kepala S: Skala nyeri 5 T: Terus menerus O: - Tampak pasien gelisah - Tekanan darah sistolik 194 mmHg - Tekanan darah diastolik 112 mmHg A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Marsita
	II	S: - Pasien mengatakan kedua tungkai kaki bengkak - Pasien mengatakan merasa sesak napas O: - Tampak edema pada kedua tungkai kaki, derajat +3 kedalaman edema 6 mm. - Tampak membran mukosa kering	Marsita

		<ul style="list-style-type: none"> - Tampak frekuensi napas 32x/menit - Terdengar suara napas tambahan pada kedua lapang dada - Kadar Hb 4.6 mg/dL - Balance cairan: +189cc/7 jam <p>A: Masalah hipervolemia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lelah - Pasien mengatakan sesak napas dirasakan bertambah jika banyak melakukan pergerakan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sesak pasien bertambah saat melakukan banyak pergerakan - Tampak sianosis CRT>3 detik - Tampak pasien duduk dengan lemah - SpO2 96% <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Marsita
	IV	<p>S:-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena sesak yang dirasakan - Pasien mengatakan sering terjaga jika sudah memulai untuk tidur karena sesak yang dirasakan - Pasien mengatakan merasa tidak puas dengan tidurnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak palpebra inferior berwarna gelap - Tampak ekspresi wajah mengantuk - Tampak pasien banyak menguap <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Marsita

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Kamis, 16 Juni 2022 (Shift Malam)	II	21.30	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia H/: Pasien mengatakan merasa sesak napas, dan kedua tungkai kaki masih bengkak, Tampak edema pada kedua kaki pasien.	Ns. Fatma
	I,II,III,IV	22.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD: 197/94 mmHg - N: 73x/menit - S:36,6°c - P: 33x/menit	Ns. Fatma
	I	22.10	Memonitor peningkatan tekanan darah H/: Tampak tekanan darah pasien belum stabil, tekanan darah masih tinggi. Memonitor penurunan frekuensi jantung H/: Frekuensi jantung 73x/menit	Ns. Fatma
	I	22.15	Memonitor keluhan nyeri kepala H/: Pasien mengatakan nyeri kepala karena tekanan darahnya tinggi, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, dirasakan terus menerus	Ns. Fatma
	III	22.30	Memodifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu.) H/:Tampak suasana ruangan tenang, tidak ada suara bising.	Ns. Fatma

	III	22.35	Mengidentifikasi factor pengganggu tidur H/: Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena merasa sesak	Ns. Fatma
	IV	23.00	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit H/: Pasien mengatakan tidak mengantuk karena sesak yang dirasakan saat ini, pasien mengatakan tadi siang hanya tidur 1 jam	Ns. Fatma
	IV	23.00	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan H/: Pasien mengatakan tidak bisa berbaring, pasien hanya bisa duduk.	Ns. Fatma
	I,II,III,IV	00.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD : 204/107 mmHg - N: 89X/menit - S: 36,3°C - P: 34X/menit	Ns. Fatma
	I	00.06	Berkolaborasi pemberian obat antihipertensi H/: Diberikan obat Nitrogliceryn 10 mg/ syringe pump	Ns. Yosep
	I,II,III,IV	02.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD: 198/99 mmHg - N: 81x/menit - S: 36,1°C - P: 30x/menit	Ns. Yosep
	II	04.00	Berkolaborasi pemberian obat diuretic	Ns. Yosep

			H/: Diberikan Furosemide 40 mg 2 ampl (bolus intravena)	
	II	04.28	Berkolaborasi pemberian produk darah H/: Dilakukan pemberian transfusi darah Packed Red Cell 225 cc	Ns. Fatma
	I	06.45	Memonitor intake dan output cairan H/: - Intake : Minum : 100 cc Nacl 200 cc Transfusi 225 cc Obat-obatan 25 cc - Output : Urine : 40 cc IWL 230 cc/10 jam Balance Cairan 10 jam BC: CM-(IWL+CK)cc BC:550-(230+40)cc BC:550-270 cc BC: +280 cc	Ns. Fatma

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Jumat, 17 Juni 2022 (Shift Pagi)	II	06.20	Mengidentifikasi kesiapan hemodialisis H/: TTV: - TD: 197/102 mmhg, - N: 90X/menit, - S: 36,7°C, - P: 26X/menit	Ns. Yetty
	II	06.20	Menyiapkan peralatan hemodialisis H/: Disiapkan peralatan hemodialisis yaitu, mesin dialisis, dialiser, dan selang dialiser.	Ns. Yetty
	II	06.20	Menjelaskan tentang prosedur hemodialisis H/: Pasien mengatakan mengerti dengan prosedur hemodialisis.	Ns. Yetty
	II	06.30	Mengatur filtrasi sesuai kebutuhan penarikan kelebihan cairan H/: Target UF 2000 cc.	Ns. Yetty
	II	06.30	Berkolaborasi pemberian heparin pada <i>blood line</i> , sesuai indikasi H/: Pemberian heparin 500 sebagai pengencer darah	Ns. Ina
	II	07.30	Memonitor tanda vital, tanda-tanda perdarahan, dan respons selama dialisis H/: Pasien mengatakan merasa sesak. TTV: - TD: 185/94 mmhg	Ns. Ina

			<ul style="list-style-type: none"> - N: 86X/menit - S: 36,5°C, - P:26X/menit 	
	II	07.30	<p>Berkolaborasi pemberian heparin pada <i>blood line</i>, sesuai indikasi H/: Pemberian heparin 500 sebagai pegencer darah</p>	Ns. Ina
	II	08.30	<p>Memonitor tanda vital, tanda-tanda perdarahan, dan respons selama dialysis H/: Pasien mengatakan merasa sesak. TTV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 192/102 mmhg, - N: 91X/menit - S: 36,6°C - P:26X/menit 	Ns. Ina
	II	08.30	<p>Berkolaborasi pemberian heparin pada <i>blood line</i>, sesuai indikasi H/: Pemberian heparin 500 sebagai pegencer darah</p>	Ns. Lina
	II	09.15	<p>Menghentikan hemodialysis jika mengalami kondisi yang membahayakan H/: Pasien mengatakan merasa nyeri kepala, sesak dirasakan semakin memberat, pasien merasa demam, dan tekanan darah meningkat.</p>	Ns. Lina
	II	09.45	<p>Memonitor tanda-tanda vital pasca hemodialysis H/:TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD:216/152mmHg, - N:101X/menit, - S:36,7°C, 	Ns. Lina

			– P:31X/menit	
	II	10.00	Balance Cairan: CM:120 cc CK:1460 cc BC:-1340 cc	Ns. Lina
	II	10.05	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia H/: Pasien mengatakan merasa sesak napas dan bengkak pada kedua tungkai kaki,tampak edema pada kedua kaki pasien,tampak JVP meningkat (5+4 cmH ₂ o),terdengar suara napas tambahan friction rub pada kedua lapang dada.	Marsita
	I	10.07	Memonitor keluhan nyeri kepala H/: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, dirasakan pada daerah kepala, skala nyeri 7, dirasakan terus-menerus. Tampak pasien gelisah.	Marsita
	III	10.10	Memonitor kecepatan aliran oksigen H/: Tampak aliran oksigen 15 liter/menit	Marsita
	III	10.14	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan H/: Pasien mengatakan merasa sesak dan lemas,pasien mengatakan tidak bisa melakukan banyak pergerakan dalam posisi duduk pun pasien mengatakan masih merasa sesak, SpO ₂ 97%.	Marsita

	III	10.40	Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap H/: Pasien mengatakan melakukan pergerakan di tempat tidur secara perlahan untuk menghindari sesak semakin bertambah	Marsita
	I,II,III,I V	10.55	Memonitor tanda-tanda vital H/: <ul style="list-style-type: none"> - TD:188/105 mmHg - N:90X/menit - S:37,5°C - P:31X/menit 	Marsita
	III	11.05	Menginformasikan hasil pemantauan H/: Pasien mengatakan tekanan darahnya sedikit menurun dari yang sebelumnya namun masih mengeluh nyeri kepala	Marsita
	III	11.15	Memonitor kelelahan fisik dan emosional H/: Pasien mengatakan masih merasa sesak saat banyak bergerak.	Marsita
	III	11.25	Menyediakan lingkungan yang tenang dan nyaman H/: Pasien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan yang tenang dan tidak ada suara ribut.	Marsita
	III	11.45	Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan H/: Pasien diberikan diet gagal ginjal kronik.	Marsita

	I,II,III,I V	12.00	<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>H/: TTV,</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD:206/105 mmHg - N: 91X/menit, - S: 36,7°C, - P: 28X/menit 	Marsita
	I,II	12.05	<p>Berkolaborasi pemberian obat diuretic dan antihipertensi</p> <p>H/:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Furosemide 40 mg 2 ampl (bolus intravena) - Amlodipin 10 mg (oral) - Candesartan 16 mg (oral) - Clonidin 0,15 mg (oral) 	Marsita
	I	12.08	<p>Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>H/: Pasien mengetahui perkembangan perubahan atau peningkatan tekanan darahnya.</p>	Marsita
	II	12.20	<p>Melakukan <i>ankle pumping exercise</i></p> <p>H/: Pasien mengatakan latihan ankle pumping sangat mudah dilakukan, dan pasien berharap edema pada kedua kakinya bisa segera berkurang</p>	Marsita
	II	12.30	<p>Membatasi asupan cairan</p> <p>H/: Pasien mengatakan sudah menghabiskan air 350 cc.</p>	Marsita
	II	13.45	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>H/: - Intake Makan+minum: 400 cc</p>	Marsita

			Obat-obatan: 30 cc - Output Urine: 40 cc BC: 430-(161+40) cc BC: 430-201 cc BC: +229 cc	
--	--	--	--	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Evaluasi SOAP	Perawat
Jumat, 17 Juni 2022 (Shift Pagi)	I	S: Pasien mengatakan masih nyeri P: Pasien mengatakan masih nyeri karena tekanan darahnya masih tinggi Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala S: Skala nyeri 5 T: Nyeri dirasakan terus menerus O: - Tampak pasien gelisah - Tekanan darah sistolik 201 mmHg - Tekanan darah diastolik 109 mmHg A: Masalah risiko perfusi serebral belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Marsita
	II	S: - Pasien mengatakan kedua kaki masih bengkak, dan pasien merasa sesak. O: - Tampak kedua tungkai kaki masih bengkak derajat+3 kedalaman edema 6 mm - Tampak membran mukosa kering - Terdengar suara napas tambahan pada kedua lapang dada - JVP meningkat	Marsita

		<ul style="list-style-type: none"> - Kadar Hb 4.6 mg/dL - Balance cairan: +229 cc/7 jam <p>A: Masalah hypervolemia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengeluh lelah - Pasien mengatakan sesak napas jika banyak melakukan pergerakan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sesak pasien bertambah saat melakukan banyak pergerakan - Tampak pasien duduk dengan lemah - SpO2 94%. <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena sesak yang dirasakan - Pasien mengatakan tidur siang 2-3 jam - Pasien mengatakan sering terjaga jika sudah memulai untuk tidur karena sesak yang dirasakan - Pasien mengatakan merasa tidak puas dengan tidurnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak palpebra inferior berwarna gelap - Tampak ekspresi wajah mengantuk - Tampak pasien banyak menguap <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Marsita

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Jumat, 17 Juni 2022 (Shift siang)	I,II,III,IV	14.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD:194/103 mmHg - N:92X/menit - S:36,8°C - P:28X/menit	Marlin
	I	14.10	Memonitor peningkatan tekanan darah H/: Tampak tekanan darah sedikit menurun dari pemeriksaan tekanan darah sebelumnya	Marlin
	I	14.15	Memonitor keluhan nyeri kepala H/: Pasien mengatakan masih merasa nyeri seperti tertusuk-tusuk pada daerah kepala, skala nyeri 5, dirasakan terus-menerus.	Marlin
	I	14.25	Mendokumentasikan hasil pemantauan H/: Hasil pemantauan didokumentasikan pada lembar observasi pasien.	Marlin
	II	14.30	Membatasi asupan cairan dan H/: Pasien dianjurkan minum 350 cc dalam 24 jam	Marlin
	IV	14.37	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur H/:Pasien mengatakan masih sulit untuk tidur karena sesak yang dirasakan	Marlin

	IV	14.35	Memodifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu) H/:Pasien mengatakan nyaman dengan lingkungan yang tenang	Marlin
	IV	14. 32	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit H/: Pasien mengatakan hanya bisa tidur 2-3 jam saat siang hari, karena saat malam pasien tidak bisa tidur karena sesak yg dirasakan.	Marlin
	IV	14. 40	Membatasi waktu tidur siang, jika perlu H/: Pasien mengatakan hanya tidur 2-3 jam saat siang hari	Marlin
	III	15.00	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan H/: Pasien mengatakan sesak semakin berat dirasakan jika pasien banyak melakukan pergerakan, dengan posisi duduk pasien masih merasa sesak, SpO2 95%	Marlin
	III	15.10	Memonitor kecepatan aliran oksigen H/: Tampak aliran oksigen 15 liter/menit.	Marlin
	III	15.15	Mengajarkan pasien cara menggunakan oksigen H/: Pasien mengatakan sudah mengerti cara menggunakan oksigen	Marlin
	III	15.20	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus H/: Pasien mengatakan merasa nyaman jika suasana ruangan tidak	Marlin

			banyak orang dan tidak ada suara-suara dengan nada keras.	
	I,II,III,IV	16.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD:197/98mmHg - N:89X/menit - S:36,7°C - P:28X/menit	Marlin
	II	16.15	Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia H/:Pasien mengatakan masih sesak dan bengkak pada kedua kakinya,Tampak pasien sesak, tampak edema pada kedua kaki, kedalaman 5 mm, JVP meningkat, dan terdengar suara napas tambahan friction rub.	Marlin
	II	16.20	Mengajarkan cara membatasi cairan H/: Pasien diberikan aqua botol kecil yang berisi 350 cc pasien bisa menghabiskannya dalam 24 jam	Marlin
	II	18.00	Melakukan <i>ankle pumping exercise</i> dan <i>leg elevasi</i> H/: Pasien mengatakan ankle pumping adalah cara yang mudah dilakukan dan bisa dilakukan di tempat tidur, derajat +3 kedalaman edema 5 mm.	Marlin
	I	18.05	Berkolaborasi pemberian obat antihipertensi H/: Clonidin 10 mg 1 tablet (oral)	Marlin
	I,II,III,IV	18.05	Memonitor tanda-tanda vital H/:	Marlin

			<ul style="list-style-type: none"> - TD:187/94 mmHg - N:90X/menit - S:36,6°C - P:26X/menit 	
	II	19.55	<p>Mendokumentasikan hasil pemantauan H/: Hasil pemantauan di tulis pada lembar observasi pasien.</p>	Marlin
	I,II,III,IV	20.00	<p>Berkolaborasi pemberian obat diuretik H/: Diberikan obat Furosemide 40 mg 2 ampl (bolus intravena)</p>	Marlin
	II	20.45	<p>Memonitor intake dan output cairan H/:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Input :makan+minum+ obat 330 cc - Output Urine 30 cc <p>BC:330-(161+30) BC: +139</p>	Marlin

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Evaluasi Soap	Perawat
Jumat, 17 Juni 2022 (Shift Siang)	I	<p>S: Pasien mengatakan masih nyeri: P: Pasien mengatakan masih nyeri karena tekanan darahnya masih tinggi Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala S: Skala nyeri 4 T: Nyeri dirasakan terus menerus O: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien gelisah - Tekanan darah sistolik 188 mmHg - Tekanan darah diastolik 96 mmHg A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Marlin
	II	<p>S: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kedua kaki masih bengkak dan pasien masih merasa sesak. O: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kedua tungkai kaki masih bengkak, derajat +3 kedalaman edema 5 mm - Tampak membran mukosa kering - JVP meningkat - Balance cairan +139 cc/7 jam A: Masalah hipervolemia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Marlin
	III	<p>S: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengeluh lelah - Pasien mengatakan sesak napas jika banyak melakukan pergerakan O: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sesak pasien bertambah saat melakukan banyak pergerakan </p>	Marlin

		<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien duduk dengan lemah - Tampak sianosis CRT>3 detik - SpO2 96% <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena sesak yang dirasakan - Pasien mengatakan tidur siang 2-3 jam - Pasien mengatakan sering terjaga jika sudah memulai untuk tidur karena sesak yang dirasakan - Pasien mengatakan merasa tidak puas dengan tidurnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak palpebra inferior berwarna gelap - Tampak ekspresi wajah mengantuk - Tampak pasien banyak menguap <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Marlin

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Jumat, 17 Juni 2022 (Shift Malam)	III	21.35	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan H/: Pasien mengatakan masih merasa sesak dan bertambah jika pasien melakukan banyak pergerakan, SpO2 93%	Ns. Ratna
	III	21.40	Memonitor kelelahan fisik dan emosional H/: Pasien mengatakan merasa lemas dan tidak bisa melakukan banyak pergerakan	Ns. Ratna
	I	22.00	Memonitor keluhan nyeri kepala H/: pasien mengatakan nyeri kepala, tampak pasien gelisah	Ns. Ratna
	I,II,III,IV	22.06	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD:198/93 mmHg - N:97X/menit - S:36.5°C - P:28X/menit	Ns. Ratna
	I	22.40	Menginformasikan hasil pemantauan H/:Pasien mengatakan tekanan darahnya naik lagi	Ns. Ratna
	I	22.43	Mendokumentasikan hasil pemantauan H/: Hasil pemantauan ditulis pada lembar observasi pasien	Ns. Ratna
	IV	23.00	Mengidentifikasi faktor pengganggu	Ns. Ratna

			tidur H/: Pasien mengatakan masih belum bisa tidur karena sesak yang dirasakan	
	I,II,III,IV	00.00	Mengobservasi tanda-tanda vital H/: - TD: 196/104 mmHg - N: 87X/menit - S: 36,3°C - P: 26X/menit	Ns. Ratna
	III	00.10	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus H/: Tampak suasana ruangan tenang, pasien bisa beristirahat dengan baik	Ns. Ratna
	II	04.00	Berkolaborasi pemberian obat diuretic H/: Diberikan obat Furosemide 40 mg 2 ampl (bolus intravena)	Ns. Ratna
	II	05.00	Melakukan pemberian transfusi darah H/: Pemberian transfusi darah <i>Packed Red Cell</i> (PRC) 225 cc	Ns. Ratna
	II	06.45	Memonitor intake dan output H/: - Intake makan+minum 150 cc Transfusi 225 cc Obat-obatan 30 cc NaCl 200 cc - Output IWL/24 jam 570 cc Urine 30 cc BC: CM-(IWL+CK)cc BC:600-(230+30)cc	Ns.Ratna

			BC:600-260cc BC: +390 cc	
--	--	--	-----------------------------	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Sabtu, 18 Juni 2022 (Shift Pagi)	I	08.00	Memonitor tingkat kesadaran H/: GCS pasien 15 (Compos mentis) Respon motorik: 6 Respon bicara: 5 Respon membukanya mata: 4	Marsita
	I,II,III,IV	08.05	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD: 194/100 mmHg - N:91X/menit - S:36,4°C - P:26X/menit	Marsita
	I	08.10	Memonitor keluhan nyeri kepala H/: Pasien mengatakan saat ini sudah tidak merasa nyeri kepala.	Marsita
	III	08.15	Memonitor kecepatan aliran oksigen H/: Tampak aliran oksigen 15 liter/menit	Marsita
	I	08.45	Memonitor peningkatan tekanan darah H/: Tampak tekanan darah pasien sudah mulai berkurang. Pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada kepala.	Marsita
	I	08.50	Memonitor penurunan frekuensi jantung H/: Frekuensi jantung 87X/menit	Marsita
	II	09.00	Memeriksa tanda dan gejala	Marsita

			hipervolemia) H/: Pasien mengatakan masih sesak dan bengkak pada kedua kaki sudah berkurang,tampak edema pada kedua tungkai kaki sudah mulai berkurang, JVP meningkat 5+4 cmH ₂ o,terdengar suara tambahan froction rub pada kedua lapang dada	
	I,II,III,IV	10.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: <ul style="list-style-type: none"> - TD:186/96 mmHg - N:92X/menit - S:36,4°C - P:26X/menit 	Marsita
	IV	10.06	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur H/: Pasien mengatakan sudah bisa tidur saat malam hari, namun merasa istirahatnya belum cukup.	Marsita
	II	10.15	Mengatur interval pemantauan H/: Pemantauan dilakukan setiap 2 jam	Marsita
	II	10.25	Melakukan <i>ankle pumping exercise</i> H/: Pasien mengatakan ankle pumping bisa menurunkan edema pada kakinya, derajat +2 kedalaman edema 4 mm dan merasa nyaman melakukannya.	Marsita
	II	11.15	Membatasi asupan cairan H/: Tampak pasien minum 150 cc.	Marsita
	III	11.20	Berkolaborasi penentuan dosis oksigen H/: Pasien diberikan oksigen jenis	Marsita

			NRM 15 liter/menit	
	II	12.00	Berkolaborasi pemberian obat diuretic H/: Furosemide 40 mg 2 ampl (bolis intravena)	Marsita
	II	12.05	Berkolaborasi pemberian obat antihipertensi H/: <ul style="list-style-type: none"> - Candesartan 16 mg 1 tablet (oral) - Clonidin 0,15 mg 1 tablet (oral) - Amlodipin 10 mg 1 tablet (oral) 	Marsita
	I,II,III,IV	12.10	Memonitor tanda-tanda vital H/: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 178/88 mmHg, - N: 79X/menit, - S:36,2°C, - P: 24X/menit 	Marsita
	III	13.00	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan H/: Pasien mengatakan sesak dirasakan sudah berkurang dan pasien sudah bisa melakukan pergerakan tanpa keluhan sesak napas, SpO2 97%	Marsita
	III	13.20	Memonitor kelelahan fisik dan emosional H/: Pasien mengatakan saat ini sudah merasa jauh lebih baik karena sudah tidak sesak sehingga bisa melakukan pergerakan dengan baik	Marsita

	III	13.25	Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap H/: Pasien mengatakan saat ini sudah bisa melakukan banyak pergerakan aktivitas, seperti duduk dan tidur, namun masih dilakukan secara pelan-pelan.	Marsita
	II	13.45	Memonitor intake dan output cairan H/: Pasien mengatakan mengkonsumsi sedikit air karena takut edema pada kakinya timbul lagi - Intake: makan+minum:200 cc obat-obatan 30 cc - Output: urine 30 cc BC: CM-(IWL+CK) BC: 230-(181) cc BC:+49 CC	Marsita

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Evaluasi SOAP	Perawat
Sabtu, 18 Juni 2022 (Shift Pagi)	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada daerah kepala - Pasien mengatakan tekanan darahnya sudah menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah tidak terlalu gelisah - Tekanan darah sistolik 174 mmHg - Tekanan darah diastolik 92 mmHg <p>A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Marsita
	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bengkak pada kedua tungkai kaki sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan sesak yang dirasakan mulai berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada kedua tungkai kaki berkurang, derajat +2 kedalaman 4 mm - Tampak membran mukosa kering - Terdengar suara napas tambahan friction rub pada kedua lapang dada - JVP meningkat - Kadar Hb 4.6 mg/dL - Balance cairan +49cc/7 jam <p>A: Masalah hypervolemia belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Marsita
	III	<p>S: Pasien mengatakan saat ini sudah bisa melakukan banyak pergerakan aktivitas,</p>	Marsita

		<p>seperti duduk dan tidur, namun masih dilakukan secara pelan-pelan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah bisa melakukan banyak pergerakan tanpa keluhan sesak - CRT kembali dalam 2 detik - SpO2 98% <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa tidur saat malam hari - Pasien mengatakan merasa belum puas dengan tidurnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak palpebra inferior berwarna gelap - Tampak ekspresi wajah segar - Tampak pasien kadang menguap <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Marsita

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Sabtu 18 Juni 2022 (Shift Siang)	I,II,III,IV	14.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD:182/92 mmHg - N: 88X/menit - S:36,3°C - P:24X/menit	Marlin
	IV	14.15	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur H/: Pasien mengatakan sudah bisa tidur sejak malam namun hanya 3 jam, pasien mengatakan mengantuk dan ingin tidur	Marlin
	IV	14.20	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan H/: Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan posisi berbaring di tempat tidur karena sesak sedikit berkurang,	Marlin
	I,II,III,IV	16.05	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD:176/82 mmHg - N: 83X/menit - S: 36,7°C - P: 24X/menit	Marlin
	I	16.10	Memonitor peningkatan tekanan darah H/: Tekanan darah pasien mulai menurun	Marlin
	II	16.36	Memeriksa tanda dan gejala	Marlin

			hypervolemia H/:Pasien mengatakan sesak dan bengkak pada kedua tungkai kaki sudah mulai berkurang, JVP meningkat,tampak edema mulai berkurang derajat +2, terdengar suara tambahan friction rub pada kedua lapang dada	
	I,II,III,IV	18.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: <ul style="list-style-type: none"> - TD:170/96 mmHg - N: 85X/menit - S: 36,4°C - P: 22X/menit 	Marlin
	II	18.00	Berkolaborasi pemberian obat antihipertensi H/: Clonidin 0,15 mg 1 tablet (oral)	Marlin
	III	19.00	Menyediakan lingkungan yang nyaman ndan rendah stimulus H/: Pasien mengatakan merasa nyaman dengan suasana yang tenang dan dingin	Marlin
	I	19.04	Melakukan <i>ankle pumping exercise</i> H/: Pasien mengatakan edema pada kedua kaki mulai berkurang, <i>ankle pumping exercise</i> nyaman dilakukan dan dapat menurunkan edema pada kaki.	Marlin
	I,II,III,IV	20.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: <ul style="list-style-type: none"> - TD:166/87 mmHg - N:85X/menit - S: 36,4°C - P: 22X/menit 	Marlin

	II	20.05	Berkolaborasi pemberian obat diuretik H/: Diberikan furosemide 40 mg 2 ampl (bolus intravena)	Marlin
	I	20.20	Mendokumentasikan hasil pemantauan H/: Hasil pemantauan tanda-tanda vital dicatat/didokumentasikan dalam lembar observasi pasien	Ns. Iren
	III	20.25	Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus H/: Pasien mengatakan menyukai lingkungan yang tenang tanpa ada keramaian	Marlin
	I	20.45	Memonitor intake dan output cairan H/: - Intake: makan+minum: 120 cc Obat-obatan: 30 cc - Output: Urine 20 cc BC: CM-(IWL+CK) BC: 150-(181) cc BC:-31 cc	Marlin

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Evaluasi SOAP	Perawat
Sabtu, 18 Juni 2022 (Shift Siang)	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada daerah kepala - Pasien mengatakan tekanan darahnya sudah menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah tidak gelisah - Tekanan darah sistolik 159 mmHg - Tekanan darah diastolik 84 mmHg <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Marlin
	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bengkak pada kedua tungkai kaki sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan sesak sudah berkurang dirasakan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada kedua tungkai kaki berkurang, derajat +2 kedalaman edema 3 mm - Tampak membran mukosa kering - JVP meningkat 5+4 CmH₂o - Kadar Hb: 8,7 mg/dL - Balance cairan: -31 cc/7 jam <p>A: Masalah hypervolemia teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Marlin
	III	<p>S: Pasien mengatakan saat ini sudah bisa melakukan banyak pergerakan aktivitas, seperti duduk dan tidur, namun masih dilakukan secara pelan-pelan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah bisa melakukan 	Marlin

		<p>banyak pergerakan tanpa keluhan sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT kembali 2 detik - SpO2 98% <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa tidur saat malam hari - Pasien mengatakan belum puas dengan tidurnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak palpebra inferior berwarna gelap - Tampak pasien masih sering menguap <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Marlin

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.M/49 tahun

Ruangan : HCU

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Sabtu, 18 Juni 2022 (Shift Malam)	III	21.20	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan H/: Pasien mengatakan sesak yang dirasakan sudah berkurang dan tidak merasa kelelahan lagi, pasien mengatakan sudah mampu melakukan banyak pergerakan karena sesaknya berkurang, Spo2 98%	Ns. Putri
	III	21.15	Memonitor kecepatan aliran oksigen H/: Tampak aliran oksigen 15 liter/menit	Ns. Putri
	I,II,III,IV	22.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD: 184/98 mmHg - N: 93x/menit - S: 36,6°C - P: 27x/menit	Ns. Putri
	III	22.10	Memonitor kelelahan fisik dan emosional H/: Pasien mengatakan merasa lebih baik dari hari kemarin, sudah bisa melakukan banyak pergerakan	Ns. Putri
	I,II,III,IV	00.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: - TD:167/89 mmHg - N:90X/menit	Ns. Putri

			<ul style="list-style-type: none"> - S:36.5°C - P:23X/menit 	
	IV	00.05	<p>Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>H/: Tampak pasien tidur nyenyak</p>	Ns. Putri
	I,II,III,IV	02.00	<p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>H/:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 161/82 mmHg - N:86X/menit - S:36,2°C - P:22X/menit 	Ns. Putri
	II	04.00	<p>Berkolaborasi pemberian obat diuretic</p> <p>H/: Diberikan obat Furosemide 40 mg 2 ampl (bolus intravena)</p>	Ns. Putri
	II	06.00	<p>Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia</p> <p>H/: Pasien mengatakan sesak sudah berkurang, JVP meningkat 5+4 cmH₂o,Tampak edema pada kedua tungkai kaki pasien berkurang, derajat +2 kedalaman 3 mm, terdengar suara tambahan friction rub pada kedua lapang dada</p>	Ns.Yetno
	IV	06.20	<p>Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>H/: Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak tadi malam, Pasien mengatakan merasa puas dengan tidurnya tadi malam, Tampak ekspresi wajah pasien segar.</p>	Ns.Putri
	II	06.45	<p>Memonitor intake dan output</p>	Ns. Putri

			H/: <ul style="list-style-type: none">- Intake makan+minum 130cc Obat-obatan : 30 cc <ul style="list-style-type: none">- Output IWL 230 cc/10jam- Urine 30 cc BC:CM-(IWL+CK) BC: 160-(260)cc BC: -100 cc	
--	--	--	---	--

DAFTAR OBAT

A. Furosemide

Furosemide adalah obat yang digunakan untuk membantu membuang cairan berlebih di dalam tubuh atau disebut edema.

1. Klasifikasi golongan obat: Furosemide adalah golongan diuretic yang digunakan sebagai obat hipertensi, serta pencegah serangan jantung, stroke, dan gagal ginjal. Furosemide juga dapat digunakan untuk mengurangi gejala-gejala seperti sesak napas dan bengkak pada kaki, lengan, dan perut.
2. Dosis umum: Dewasa (suntik IV atau IM): dosis 20-50 mg, diberikan secara perlahan. Tingkatkan dosis 20 mg tiap 2 jam bila diperlukan. Dosis maksimal 1500 mg per hari. Dewasa (tablet): diberikan dosis awal 40 mg per hari. Jika kondisi membaik, dosis dikurangi menjadi 20 mg per hari atau 40 mg tiap 2 hari sekali. Pada edema berat, berikan dosis hingga 80 mg per hari. Anak-anak (suntik IV atau IM): dosis 0,5-1,5 mg/kgBB per hari. Dosis maksimal 20 mg per hari. Anak-anak (tablet): dosis 1-3 mg/kg/BB per hari, dosis maksimal 40 mg per hari.
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: Pasien diberikan dosis 40 mg 2 ampl/ 8 jam/ intravena.
4. Cara pemberian obat: Tablet dan suntik
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Furosemide bekerja pada bagian segmen tebal pars ascendens lengkung henle dengan menghambat kotransporter $\text{Na}^+/\text{K}^+/\text{Cl}^-$ (disebut NKCC2) pada membran luminal tubulus. Kerja NKCC2 mereabsorpsi ketiga elektrolit natrium, kalium, dan klorida. Paska reabsorpsi via NKCC2, kadar ion K^+ berlebihan di dalam sel sehingga ion kalium berdifusi kembali ke lumen tubular. Hal ini memicu reabsorpsi kation (Mg^{2+} , Ca^{2+}) ke dalam cairan interstisial via jalur

paraselular. Akibatnya pemberian furosemide akan menghambat reabsorpsi natrium, kalium, dan klorida. Selain meningkatkan ekskresi NaCl, obat ini juga meningkatkan ekskresi magnesium dan kalsium. Penurunan reabsorpsi tersebut akan meningkatkan konsentrasi zat terlarut yang dihantarkan ke bagian distal nefron serta penurunan osmolaritas interstisium medula ginjal. Penurunan osmolaritas medulla ginjal mengakibatkan reabsorpsi cairan pada duktus koligentes menurun serta memicu penurunan absorpsi air dari pars desenden ansa henle. Pada akhirnya tak hanya ekskresi ion-ion tersebut yang meningkat tetapi ekskresi air dalam urin juga meningkat.

6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Pasien diberikan obat furosemide karena pasien mengalami penyakit gagal ginjal kronik dengan keluhan edema pada kedua tungkai kaki.
7. Kontraindikasi: Jangan mengonsumsi obat ini jika mempunyai kondisi medis, seperti: alergi terhadap furosemide dan sulfonamide, gangguan elektrolit, peningkatan kadar asam urat, gagal ginjal akut atau gangguan buang air kecil, awal kehamilan, Kadar kalium rendah dalam darah (hipokalemia), mengonsumsi obat lithium.
8. Efek samping obat: Efek samping yang mungkin timbul setelah menggunakan furosemide antara lain: pusing, sakit kepala, mual dan muntah, diare, penglihatan buram, sembelit.

B. NTG (Nitrogliserin/Gyceryl Trinitrate)

1. Klasifikasi golongan obat: golongan nitrat
2. Dosis umum: dewasa: 300-600 mcg, ulangi pemberian obat jika perlu.
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 10 mg
4. Cara pemberian obat: bentuk tablet minum, tablet sublingual, dan suntik.
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat: melebarkan pembuluh darah, meningkatkan pasokan darah serta oksigen yang masuk ke otot jantung.
6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Mengontrol hipertensi dengan cepat, menurunkan tekanan darah dan menjaga hipotensi.
7. Kontraindikasi: Hindari pemberian NTG pada penderita: Hipovolemia (penurunan volume darah) yang tidak terkoreksi, Hipotensi, anemia berat jika dikombinasikan dengan prilocaine, Kardiomiopati obstruktif hipertrofik (salah satu bagian dari jantung menebal tanpa sebab yang jelas), Perikarditis restriktif (pengerutan jantung), peningkatan tekanan intrakranial (misalnya perdarahan serebral, trauma kepala), migrain atau sakit kepala berulang.
8. Efek samping obat: Efek samping mungkin terjadi selama penggunaan NTG adalah hipotensi ortostatik (penurunan tekanan darah secara tiba-tiba), edema perifer (penumpukan cairan di bawah kaki), takikardia (denyut jantung cepat), hipotensi, pusing, sakit kepala, mual, muntah, xerostomia (mulut kering), kelemahan, parestesia (kesemutan).

C. Amlodipin

1. Klasifikasi golongan obat: *calcium-channel blockers* (CCBs) atau antagonis kalsium
2. Dosis umum: 2,5-10 mg/hari
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 10 mg
4. Cara pemberian obat: oral
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Amlodipine bekerja dengan cara melemaskan dinding dan melemaskan diameter pembuluh darah. Efeknya akan memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah pada pembuluh darah. Obat ini juga menghalangi kadar kalsium yang masuk ke dalam sel otot halus di dinding pembuluh darah jantung. Kalsium akan membuat otot dinding pembuluh darah berkontraksi. Dengan adanya hambatan kalsium yang masuk, dinding pembuluh darah akan menjadi lemas.. Dengan menurunkan tekanan darah, obat ini membantu mencegah serangan stroke, serangan jantung dan penyakit ginjal.
6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Karena pasien mempunyai penyakit hipertensi dan saat ini tekanan darah pasien tinggi.
7. Kontraindikasi: Pasien yang memiliki riwayat hipersensitifitas atau reaksi alergi yang berlebihan bersifat patologis yang ditimbulkan oleh sistem imun tubuh yang menimbulkan beberapa gejala yang tidak diinginkan terhadap amlodipine atau komponen atau terhadap penghambat kalsium lain. Hipotensi (tekanan darah rendah).
8. Efek samping obat: Merasa lelah atau pusing, jantung berdegup kencang, merasa mual dan tidak nyaman pada bagian perut, pergelangan kaki membengkak, rasa panas dan kegerahan.

D. Clonidine

1. Klasifikasi golongan obat: kelas obat A (agonis alfa pusat)
2. Dosis umum: dosis awal 0.075-0.15 mg
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 0,15 mg
4. Cara pemberian obat: tablet dan suntik
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Clonidine bekerja dengan cara menurunkan kadar senyawa kimia tertentu dalam darah. Hal tersebut membuat pembuluh darah menjadi lebih elastis dan rileks, sehingga denyut jantung menjadi lebih lambat dan jantung mudah memompa darah. Fungsi obat untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.
6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: tekanan darah pasien tinggi (hipertensi).
7. Kontaindikasi: Hindari penggunaan pada penderita bradikaritmia (Detak jantung berdetak lebih lambat) berat sekunder akibat blok AV derajat 2 atau 3 atau sindrom sinus sakit.
8. Efek samping obat: Sakit kepala, pusing, kantuk, mulut kering, konstipasi (sembelit), depresi, kegelisahan, mual, kelelahan, Anoreksia (gangguan makan).

E. Candesartan

1. Klasifikasi golongan obat: golongan angiotensin receptor blockers (ARB)
2. Dosis umum: 4 mg, 1 kali sehari, sebagai dosis awal. Dosis dapat digandakan setiap kurang dari 2 minggu, maksimal 32 mg per hari.
3. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 16 mg
4. Cara pemberian obat: tablet (oral)
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat: sebagai agen antihipertensi dengan mengikat reseptor angiotensin II tipe 1 (AT1) di berbagai jaringan, sehingga angiotensin II tidak dapat mengikat AT1. Hal ini dapat mengurangi vasokonstriksi dan reabsorpsi air/garam akibat aktivitas angiotensin II, sehingga dapat menurunkan tekanan darah.
6. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: tekanan darah pasien tinggi.
7. Kontraindikasi: Candesartan dilarang digunakan jika pada penderita gangguan hati berat, gangguan aliran empedu (kolestasis), anak-anak di bawah 1 tahun, ibu hamil, serta penderita diabetes dan gangguan ginjal sedang-berat yang mengonsumsi obat aliskiren.
8. Efek samping obat: Efek samping yang mungkin timbul akibat penggunaan candesartan antara lain pusing atau mengalami sensasi berputar (vertigo), mual, sakit kepala, muntah, diare, dan nyeri pada sendi atau otot. Untuk mengurangi gejala pusing, Anda dapat bangun secara perlahan setelah duduk atau berbaring.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Askep

Pada bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus kelolaan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* diruang *High care unit* rumah sakit Stella Maris Makassar selama 3 hari 16-18 Juni 2022 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, dan hasil pengamatan langsung pada pasien. Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien Ny. "M" berusia 49 tahun yang dirawat di ruang HCU rumah sakit Stella Maris Makassar dengan diagnosa medis CKD ON HD+Anemia+HT adalah sebagai berikut:

Pasien mengeluh sesak napas dengan frekuensi pernapasan 36x/menit jenis pernapasan takipnea, tampak pasien menggunakan alat bantu pernapasan jenis NRM 15 liter/menit dan terdengar suara napas tambahan friction rub pada kedua lapang dada. Hasil pemeriksaan foto thorax: Cardiomegaly, bronkopneumonia dan efusi pleura bilateral. Keluhan sesak napas yang dialami oleh pasien diperkuat dengan teori yang ada di bab II yaitu manifestasi klinik yang dapat muncul pada system respirasi pasien dengan gagal ginjal kronik antara lain sputum yang lengket, pernapasan kusmaul, dyspnea, suhu tubuh meningkat, Pleura friction rub, takipnea, batuk disertai nyeri, hiliar pneumonitis, edema paru,

halitosis uremik atau fetor (Price & Wilson, 2013). Menurut Nurarif (2015) hipertrofi ventrikel akan mengakibatkan perpindahan O₂ dan CO₂ terhambat sehingga pasien merasakan sesak. Hipertrofi ventrikel disebabkan adanya edema sehingga pre load meningkat lalu beban jantung meningkat yang menyebabkan hipertrofi ventrikel.

Pasien mengatakan kedua tungkai kaki bengkak. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Suharyanto (2013) bahwa salah satu tanda dan gejala dari gagal ginjal kronik yaitu terjadinya edema. Selain itu berdasarkan patofisiologi dari Nurarif (2015) edema terjadi dikarenakan adanya kelebihan volume cairan pada tubuh berawal dari preload meningkat sehingga beban jantung meningkat yang menyebabkan terjadinya hipertrovi ventrikel lalu terjadi payah jantung sehingga cairan output menurun lalu aliran darah di ginjal menurun menyebabkan renin angiotensin aldosterone menurun lalu terjadi retensi natrium dan air sehingga timbullah masalah hipervolemia. Selanjutnya ditemukan pada pasien mengalami hipertensi TD 217/107 mmHg hal ini disebabkan karena menurut Suharyanto (2013) didalam ginjal terdapat hormon renin yang mengatur tekanan darah jika ginjal bermasalah maka tekanan darah dapat meningkat.

Pasien mengalami anemia dimana kadar hemoglobin pasien rendah HGB 4.6 g/dL, RBC: 1.63×10^6 /UI, HCT: 13.1%, PLT: 114×10^3 /UI, pasien mengatakan merasa lemas, tampak conjungtiva anemis, tampak pasien pucat. Hal ini diperkuat oleh teori yang dikemukakan oleh Price & Wilson (2013) manifestasi klinik pada system hematopietic yang dapat muncul yaitu, ekimosis, anemia menyebabkan cepat lelah, trombositopenia. Dalam bab II dijelaskan bahwa anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang

tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik terutama dari saluran gastrointestinal. Eritropoetin merupakan suatu substansi normal yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sum-sum tulang untuk menghasilkan sel darah merah (Susianti,2019).

Pada riwayat penyakit, pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 1,5 tahun yang lalu. Hal ini diperkuat dengan teori yang ada di bab II tentang penyebab terjadinya gagal ginjal kronik salah satunya yaitu hipertensi. Nuari & Widayanti (2017) mengatakan hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan-perubahan struktur pada arteriol diseluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan hialinisasi (sklerosis) dinding pembuluh darah. Pada ginjal, arteriosklerosis ginjal akibat hipertensi lama menyebabkan nefrosklerosis benigna. Gangguan ini merupakan akibat langsung iskemia karena penyempitan lumen pembuluh darah intrarenal. Ginjal dapat mengecil, biasanya simetris, dan mempunyai permukaan berlubang-lubang dan bergranula. Penyumbatan arteria dan arteriol akan menyebabkan kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga seluruh nefron rusak.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian, penulis mengangkat diagnosis keperawatan sebagai berikut :

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanismeregulasi ditandai dengan dyspnea, edema, JVP meningkat, terdengar suara napas tambahan, oliguria. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosis prioritas dengan alasan diperoleh data pengkajian pada pasien: tampak edema

pada kedua tungkai kaki, edema pada gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh ketidakmampuan untuk mengeluarkan cairan (sindrom nefritik, berhubungan dengan hipertensi dan output urin yang sedikit. Edema yang tidak tertangani dengan baik akan mempengaruhi kualitas hidup pasien dan akan menimbulkan komplikasi pada berbagai system tubuh, antara lain pada system pernapasan dyspnea, kussmaul pernapasan, efusi pleura, edema paru (Lolowang et al., 2020).

- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Penulis mengangkat diagnosa ini dengan alasan ditemukan data pada pengkajian: pasien mengatakan merasa lelah, pasien mengatakan merasa sesak saat melakukan banyak pergerakan, tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium HGB: 4,6 g/dL pasien mengalami anemia. Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik terutama dari saluran gastrointestinal. Eritropoetin merupakan suatu substansi normal yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sumsum tulang untuk menghasilkan sel darah merah. Pada gagal ginjal, produksi eritropoetin menurun dan anemia berat terjadi disertai keletihan/kelemahan (Susianti, 2019).

Dalam kasus terdapat 2 diagnosis yang diangkat dan tidak sesuai dengan diagnosis secara teoritis yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Diagnosis keperawatan ini diangkat karena pasien mengalami penyakit hipertensi dibuktikan dengan tekanan darah pasien

217/107 mmHg, pasien mengeluh nyeri kepala, dan pasien gelisah. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi. Kondisi klinis yang mendukung diagnosis keperawatan ini adalah hipertensi. Hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan-perubahan struktur pada arteriol diseluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan hialinisasi (sclerosis) dinding pembuluh darah. Terjadinya aterosklerosis ginjal akibat hipertensi lama menyebabkan nefrosklerosis benigna. Gangguan ini merupakan akibat langsung iskemia karena penyempitan lumen pembuluh darah intrarenal. Penyumbatan arteria dan arteriol akan menyebabkan kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga seluruh nefron rusak (Nuari & Widayanti, 2017).

b. Gangguan pola tidur

Diagnosis keperawatan ini diangkat karena pasien mengatakan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga saat tidur, mengeluh tidak puas dengan tidur, dan mengeluh istirahat tidak cukup. Tampak ekspresi wajah pasien mengantuk, palpebra inferior berwarna gelap, pasien banyak menguap. Data tersebut memenuhi syarat untuk mengangkat diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berdasarkan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dimana 80% tanda/gejala mayoritas ditemukan pada keluhan pasien.

Terdapat kesenjangan antara diagnosis keperawatan secara teori dengan diagnosis keperawatan berdasarkan kasus. Dimana secara teori ada 3 diagnosis yang tidak diangkat berdasarkan kasus yaitu:

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, perubahan membrane alveolus kapiler. Diagnosa ini tidak diangkat dalam kasus karena pada pengkajian dan pemeriksaan penunjang tidak ada bukti yang kuat untuk mengangkat diagnosa keperawatan ini pada pasien contoh data yang dimaksud adalah pemeriksaan analisa gas darah PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, sedangkan pada pasien tidak ditemukan data hasil pemeriksaan analisa gas darah.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien. Diagnosa ini tidak diangkat dalam kasus karena dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa pasien tidak mengalami gangguan dalam pemenuhan nutrisi selama sakit dibuktikan dengan pasien menghabiskan porsi makan yang diberikan di rumah sakit, tidak ada keluhan nafsu makan berkurang, dan tidak ada penurunan berat badan pada pasien.
- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan/kelebihan volume cairan, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), penurunan mobilitas, perubahan pigmentasi, kelembapan. Diagnosis keperawatan ini tidak diangkat dalam kasus karena dari hasil pengkajian yang didapatkan tidak ada masalah pada integritas kulit pasien seperti, nyeri, kemerahan, perdarahan, dan hematoma selama dirawat di rumah sakit, sehingga tidak ada data yang mendukung untuk mengangkat diagnosis gangguan integritas kulit.

3. Perencanaan Keperawatan

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

a. Risiko perfusi serebral dibuktikan dengan faktor risiko Hipertensi

Pemantauan tekanan intrakranial: Observasi: monitor peningkatan tekanan darah, monitor penurunan frekuensi jantung, atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien, Terapeutik: dokumentasikan hasil pemantauan, Edukasi: jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Pemantauan neurologis: Observasi: monitor tingkat kesadaran (mis, menggunakan skala koma Glasgow), monitor tanda-tanda vital, monitor keluhan sakit kepala, Terapeutik: hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial, Kolaborasi: kolaborasi pemberian obat antihipertensi (Nitroglycerine 10 mg, Clonidine 0,5 mg, Candesarkan 16 mg, Amlodipin 10 mg).

b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Pada diagnosis ini penulis menyusun rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang dipilih sesuai dengan kondisi pasien yaitu: Manajemen Hipervolemia: Observasi: periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis, ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara nafas tambahan), monitor intake dan output cairan,

Terapeutik: Batasi asupan cairan (350 cc/24 jam), lakukan *ankle pumping exercise*, Edukasi: ajarkan cara membatasi cairan, Kolaborasi: kolaborasi pemberian diuretic (Furosemide 40 mg), kolaborasi pemberian produk darah.

Manajemen Hemodialisis: Observasi: Identifikasi kesiapan hemodialisis (mis, tanda-tanda vital, berat badan kering, kelebihan cairan, kontraindikasi pemberian heparin), monitor tanda-tanda vital pasca hemodialisis, Monitor tanda vital, tanda-tanda perdarahan, dan respons selama dialisis, Terapeutik: Siapkan peralatan hemodialisis (mis, bahan habis pakai, *blood line* hemodialisis), Lakukan prosedur dialisis dengan prinsip aseptik, Atur filtrasi sesuai kebutuhan penarikan kelebihan cairan, Hentikan hemodialisis jika mengalami kondisi yang membahayakan (mis, syok), Edukasi: Jelaskan tentang prosedur hemodialisis, Kolaborasi: Kolaborasi pemberian heparin pada *blood line*, sesuai indikasi. Pada diagnosis hipervolemia ini penulis melakukan *ankle pumping exercise* dan kombinasi *leg elevasi 30°* sebagai tindakan terapeutik perawat dalam penanganan edema pada kedua tungkai kaki pasien. *Ankle pumping exercise* dilakukan dengan cara mendorong kaki ke depan dan ke belakang pada bagian pergelangan kaki yang mengalami edema sedangkan *leg elevasi 30°* dilakukan dengan meninggikan posisi kaki setinggi 30°.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Manajemen energy: Observasi: Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, Terapeutik: sediakan lingkungan

nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan), Edukasi: anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Kolaborasi: Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. Terapi oksigen: Observasi: monitor kecepatan aliran oksigen, Terapeutik: berikan oksigen tambahan, jika perlu, Edukasi: ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen, Kolaborasi: kolaborasi penentuan dosis oksigen.

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Dukungan tidur: Observasi: Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologi), Identifikasi pola aktivitas dan tidur. Terapeutik: Batasi waktu siang, jika perlu, memodifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu), Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat, pengaturan posisi) Edukasi: Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

4. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun oleh penulis kemudian diimplementasikan pada implementasi asuhan keperawatan. Pada diagnosis keperawatan pertama kelebihan risiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor risiko hipertensi, dimana intervensi semua dilakukan pada hari pertama hingga ketiga untuk memantau tekanan intrakranial. Intervensi yang diprioritaskan pada diagnosis ini adalah memonitor peningkatan tekanan darah karena selama 3 hari tekanan darah pasien tidak stabil. Pada diagnosis keperawatan

kedua, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi semua intervensi dilakukan karena pasien sudah mengalami hipervolemia dengan adanya edema pada kedua tungkai kaki dan output urin yang sedikit. Intervensi yang diprioritaskan dalam diagnosis ini adalah pembatasan cairan, dan menghitung intake output cairan pasien. Pasien dianjurkan untuk membatasi asupan cairan oral dimana pasien dianjurkan untuk minum air sebanyak 350 cc selama 24 jam. Pembatasan cairan dilakukan untuk mengurangi edema pada kedua tungkai kaki pasien. Pemberian latihan *ankle pumping* dan *leg elevasi* 30° dilakukan dengan tujuan edema pada kedua tungkai kaki pasien dapat berkurang. Pada diagnosis keperawatan ketiga intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, semua intervensi pada diagnosis ini dilakukan selama 3 hari, dan intervensi prioritas yang dilakukan yaitu pembatasan aktivitas fisik. Pembatasan aktivitas fisik pasien dibatasi agar keluhan sesak yang dialami pasien tidak semakin memberat. Pada diagnosis keperawatan keempat gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, semua intervensi dalam diagnosis keperawatan ini dilakukan selama 3 hari karena pasien sulit untuk tidur akibat kondisi kesehatannya yang terganggu. Intervensi keperawatan yang diprioritaskan dalam diagnosis gangguan pola tidur adalah mengidentifikasi faktor pengganggu tidur.

Adapun kendala yang penulis temukan dalam melakukan implementasi keperawatan adalah mengenai pembatasan cairan pada diagnosis keperawatan hipervolemia, pasien tidak bisa mengontrol asupan air yang diminumnya dalam 24 jam karena keinginannya untuk ingin selalu minum air sehingga

pasien tidak tahu berapa banyak air yang diminum dalam 24 jam.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 16-18 Juni 2022 diperoleh hasil sebagai berikut:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor risiko hipertensi teratasi sebagian pada hari ketiga dimana pasien mengatakan nyeri kepala sudah tidak dirasakan, gelisah yang dialami pasien juga berkurang, dan tekanan darah pasien mulai membaik TD: 159/84 mmHg.
- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi teratasi sebagian. Pada diagnosis keperawatan ini teratasi sebagian pada hari ketiga dimana pasien mengatakan sesak yang dirasakan sudah mulai berkurang dan edema pada kedua tungkai kaki mulai berkurang, diameter edema 3 mm, CRT kembali dalam 2 detik, membran mukosa tampak kering. Setelah dilakukan latihan *ankle pumping* dan *leg elevasi 30°* pasien mengatakan merasa nyaman dan mudah melakukannya serta ada pengurangan diameter edema pada kedua tungkai kaki yaitu pada hari pertama derajat +3 kedalaman 6 mm dan pada hari ketiga derajat +2 kedalaman edema 3 mm.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen teratasi sebagian pada hari ketiga dengan data pasien mengatakan bisa melakukan aktivitas seperti duduk dan berbaring, keluhan sesak saat melakukan aktivitas sudah berkurang, SpO₂ 98%.

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur teratasi sebagian dimana pasien sudah bisa tidur nyenyak saat malam hari, merasa istirahatnya cukup, tampak pasien tidak banyak menguap.

B. Pembahasan Penerapan EBPN (pada tindakan keperawatan)

1. Judul EBN: Efektivitas Latihan *ankle pumping* dan *Leg elevation 30°* terhadap tingkat efektivitas untuk mengurangi edema kaki pada pasien gagal ginjal kronis di Mojokerto.
2. Diagnosis Keperawatan: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
3. Luaran yang diharapkan: Keseimbangan cairan meningkat.
4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN: Manajemen hipervolemia memeriksa tanda dan gejala hipervolemia.
5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN
 - a. Pengertian tindakan: *ankle pumping exercise* adalah gerakan menggerakkan pergelangan kaki secara maksimal ke atas dan ke bawah. *Leg elevasi 30°* dilakukan dengan meninggikan posisi kaki 30° lebih tinggi dari jantung.
 - b. Tujuan/rasional EBN dan kasus askep: *therapy ankle pumping exercise* bertujuan untuk memperlancar peredaran darah. Latihan pompa bertujuan untuk memperlancar peredaran darah sehingga menimbulkan efek pompa otot yang akan mendorong cairan ekstraseluler masuk ke pembuluh darah dan kembali ke jantung. Peninggian posisi kaki 30° menggunakan prinsip gravitasi bumi sehingga meningkatkan aliran dan aliran limfatik kaki yang kemudian meningkatkan pengaturan susunan saraf sehingga terjadi penurunan saraf pusat sehingga terjadi penurunan tekanan hidrostatik yang menyebabkan penurunan derajat edema.

c. PICOT EBN (Problem, Intervention, Comparison, Outcome dan Time)

Tabel 4.1

Rubrik	Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III
Judul	Efektivitas Latihan <i>Ankle Pumping</i> dan Leg Elevasi 30° Untuk mengurangi Edema Kaki Pada Pasien Gagal Gijal Kronis Di Mojokerto	Efektivitas Latihan Kaki Terhadap Diameter Edema	Kombinasi <i>Ankle Pumping Exercise</i> dan <i>Contrast Bath</i> Terhadap Penurunan Edema Kaki Pada Pasien Gagagl Ginjal Kronik
Problem (P)	Gagal ginjal kronik merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan irreversible, dimana tubuh tidak mampu mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit yang mengakibatkan uremia. Pada pasien gagal ginjal kronik sering kita jumpai pasien dengan edema, edema pada gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh ketidakmampuan untuk mengeluarkan cairan, berhubungan dengan hipertensi dan output urin yang rendah. Sampel yang digunakan dalam	Edema merupakan kondisi vena yang terbenjung karena adanya peningkatan tekanan hidrostatik intravaskuler (tekanan yang mendorong darah mengalir di dalam vaskuler oleh kerja pompa jantung), sehingga menimbulkan pembesaran atau penumpukan cairan plasma ke ruang intesitium. Dalam keadaan edema pasien tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari dan hal ini dapat menimbulkan komplikasi.	Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan irreversible, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan elektrolit. Salah satu manifestasinya pada kelebihan volume cairan adalah edema. Edema pada GGK jika tidak ditangani menimbulkan berbagai macam komplikasi. Sampel yang digunakan dalam jurnal ini sebanyak 20 sampel.

	penelitian ini sebanyak 30 sampel dengan rincian 15 responden pada kelompok <i>ankle pumping</i> dan 15 responden pada kelompok elevasi kaki 30°.		
Intervention (I)	Dalam jurnal penelitian ini perawat memberikan 2 intervensi untuk mengurangi edema pada kaki pasien yaitu: latihan pemompaan pergelangan kaki dengan cara mendorong kaki ke depan dan ke belakang pada bagian pergelangan kaki yang mengalami edema dan elevasi tungkai dilakukan dengan meninggikan posisi kaki setinggi 30° selama 10 menit.	Dalam jurnal penelitian ini intervensi yang digunakan adalah melakukan therapy <i>ankle pumping exercise</i> dengan cara kaki di fleksi dan ekstensi pada daerah tungkai yang edema dan dikombinasikan dengan elevasi kaki 30°.	<i>Ankle pumping exercise</i> dilakukan dengan gerakan mendorong kaki ke atas/ekstensi dan mendorong kaki ke bawah/fleksi. Latihan dilakukan sebanyak 18 kali sesi sesuai dengan SOP. Latihan dilakukan selama 5-10 detik tiap sesi dengan diselingi waktu istirahat selama 20-25 detik dalam rentan waktu 10 menit. Setelah itu selang waktu 5 menit diberikan terapi <i>contrast bath</i> , dengan rendam kedua kaki sebatas betis secara bergantian menggunakan air hangat dan bersuhu 36,6° C-43,3°C dan air dingin bersuhu antara 10°-20°C yang diukur menggunakan thermometer. Terapi ini dilakukan selama 15 menit dengan merendam kaki kedalam baskom yang berisi air hangat selama 2 menit, setelah itu ganti merendam kaki kedalam baskom berisi air dingin selama 1

			menit, tindakan ini dilakukan 3 kali sehari selama 3 hari.
Comparison (C)	Dalam jurnal ini membandingkan 2 intervensi yaitu <i>ankle pumping exercise</i> dan intervensi <i>leg elevasi 30°</i>	Dalam jurnal ini peneliti menggunakan 6 jurnal pembandingan dengan topic penelitian yang sama.	Dalam jurnal ini membandingkan 2 intervensi yaitu <i>ankle pumping exercise</i> dan <i>contrast bath</i>
Outcome (O)	<i>Ankle pumping</i> dan <i>leg elevasi</i> memiliki tingkat efektivitas yang sama dalam mengurangi edema.	Penerapan <i>ankle pumping exercise</i> atau latihan kaki berpengaruh terhadap penurunan diameter edema pada pasien dengan edema tungkai bawah. Selain itu, latihan kaki di fleksi dan ekstensi pada daerah tungkai yang edema dan dikombinasikan dengan elevasi kaki berpengaruh pada penurunan diameter edema.	Penerapan kombinasi latihan <i>ankle pumping exercise</i> dan terapi <i>contrast bath</i> memiliki pengaruh terhadap penurunan edema pada pasien GGK.
Time (T)	Penelitian ini dilakukan pada tahun 2019 di RS Mojokerto	Penelitian ini dilakukan pada bulan desember 2020 sampai januari 2021	Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret tahun 2020

d. Kesimpulan PICOT

Dari ketiga jurnal penelitian mengenai intervensi *ankle pumping exercise* dan *leg elevasi 30°* pada pasien gagal ginjal kronik yang mengalami edema diperoleh hasil kesimpulan bahwa kedua intervensi ini dapat dikombinasikan untuk mengurangi diameter edema pada gagal ginjal kronik. Latihan *ankle pumping* efektif untuk mengurangi edema karena akan menimbulkan efek pompa otot sehingga akan mendorong cairan ekstraseluler masuk ke pembuluh darah dan kembali ke jantung. Latihan pemompaan pergelangan kaki mampu melancarkan kembali peredaran darah dari bagian distal. Sehingga pembengkakan bagian distal berkurang karena sirkulasi darah yang lancar. Elevasi tungkai merupakan pengaturan posisi dimana tungkai bawah diatur lebih tinggi dari jantung sehingga darah yang kembali ke jantung akan meningkat dan tidak terjadi penumpukan darah pada tungkai bawah. Pembuluh darah yang lebih tinggi dari jantung akan meningkatkan dan menurunkan tekanan perifer sehingga mengurangi edema (Manawan & Rosa, 2021)

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Setelah melakukan pembahasan kasus yang membandingkan teori dengan melakukan perawatan langsung pada pasien dengan "*Chronic Kidney Disease*" di ruang HCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat mengambil kesimpulan serta memberikan saran-saran sebagai berikut:

A. Simpulan

1. Pengkajian

Pengkajian pada Ny. "M" usia 49 tahun di ruang HCU pada tanggal 15 Juni 2022 pasien mengatakan merasa sesak napas, pasien mengatakan nyeri kepala seperti tertusuk-tusuk skala nyeri 6 dirasakan terus menerus, pasien mengatakan kedua tungkai kaki bengkak, pasien mengatakan merasa sesak jika banyak bergerak di tempat tidur. Diperoleh hasil pemeriksaan fisik; tampak pasien dyspnea, tampak pasien pucat, terdengar suara napas tambahan, kesadaran compos mentis, JVP meningkat, CRT>3 detik, produksi urin 30 cc/7 jam. Hasil TD: 217/107 mmHg, N:94x/menit, S: 36,5°C, P:36x/menit, SpO2 89%. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan gagal ginjal kronik kurang lebih 1,5 tahun yang lalu. Pemeriksaan foto thorax Cardiomegaly, bronchopneumonia dan efusi pleura bilateral, pemeriksaan EKG: Left Ventricular Hipertrophy, Ureum:95,3 mg/dL, Kreatinine:6,16 mg/dL, RBC 1,63 10⁶/uL, HGB 4,6 g/dL, HCT 13,1 %, PLT 114 10³/uL.

2. Diagnosis Keperawatan

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi.
- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan dyspnea, edema, JVP meningkat, suara napas tambahan, oliguria.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan mengeluh lelah, dyspnea saat melakukan aktivitas, merasa lemah, sianosis.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur.

3. Intervensi Keperawatan

- a. Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan factor risiko hipertensi, intervensi keperawatan yang diangkat adalah Pemantauan tekanan intracranial.
- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, intervensi keperawatan yang diangkat sesuai dengan kondisi pasien yaitu Manajemen hypervolemia dan Manajemen hemodialysis.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, intervensi keperawatan yang diangkat adalah manajemen energy.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur, intervensi yang diangkat adalah dukungan tidur.

4. Implementasi Keperawatan

Setelah perawatan selama 3 hari implementasi yang dilakukan dengan bantuan rekan mahasiswa, perawat ruangan, perawat hemodialysis, dokter dan tenaga kesehatan lainnya dapat berjalan dengan baik, namun ditemukan hambatan dalam implementasi keperawatan yaitu pasien tidak bisa mengontrol asupan cairan oral yang dikonsumsi selama 24 jam. Hasil dari penerapan *ankle pumping exercise dan leg elevasi 30°* pada pasien adalah adanya pengurangan derajat edema pada kedua tungkai kaki pasien dari derajat +3 kedalaman 6 mm menjadi derajat +2 kedalaman 3 mm pada hari ketiga.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah 3 hari mengimplementasikan intervensi keperawatan yang ada pada Ny."M" yang meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi, maka hasil dari ke-3 diagnosis keperawatan semuanya teratasi sebagian, sehingga rencana keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

B. Saran

Penulis memberikan beberapa saran dan harapan yang dapat menjadi bahan pertimbangan untuk mengatasi kesenjangan yang ada.

a. Bagi Instansi Rumah sakit

Hendaknya pihak rumah sakit mengoptimalkan informasi tentang cara untuk menjaga kesehatan pasien dan pertolongan pertama dalam mengatasi keluhan pada penyakit *Chronic Kidney Disease* di rumah.

b. Bagi Profesi Keperawatan

Dalam menuju keperawatan yang profesional diharapkan agar perawat meningkatkan pengetahuan serta keterampilan dalam memberikan pelayanan keperawatan khususnya dalam perawatan

terhadap pasien *Chronic Kidney Disease*. Hendaknya lebih memperhatikan lagi tindakan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* khususnya pembatasan cairan oral pasien dengan menyediakan gelas ukur/takar agar pasien bisa membatasi cairan yang harus diminumnya dalam 24 jam.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dalam melakukan asuhan keperawatan dapat mengaplikasikan semua teori dan keterampilan yang telah diberikan selama perkuliahan sesuai dengan kiat keperawatan sehingga terjadi keseimbangan pengetahuan antara teori dan praktek nyata di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Black, J., & Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Jakarta: Salemba Emban Patria.
- Eka Stephani, S. (2020). Hubungan lama menjalani terapi hemodialisis dengan kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik di rumah sakit khusus ginjal Rasyida. *Jurnal Ilmiah Kohesi*, 4(1), 124–128.
- Harmilah. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. PT. Pustaka Baru Press.
- Irwan. (2016). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Yogyakarta: CV.Budi Utama.
- Kowalak, J. . (2017). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Lolowang, N. L., Lumi, W. M. E., & Rattoe, A. A. (2020). *Quality of life of patients with chronic kidney disease who undergo hemodialysis therapy*. 21–32.
- Manawan, S., & Rosa, M. E. (2021). *Efektivitas latihan kaki terhadap diameter edema*. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3(2), 5–24.DOI: <https://doi.org/10.31539/joting.v3i2.2954>
- Nuari, N. ., & Widayanti, D. (2017). *Gangguan Pada Sistem Perkemihan & Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: CV.Budi Utama.
- Nurarif. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC NOC*. Medication Publishing.
- Pearce. (2011). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Yogyakarta: Gramedia Pustaka.
- Permatasari, I. (2015). *Analisa praktik klinik keperawatan pada pasien chronic kidney disease dengan pemberian terapi gabungan relaksasi napas dalam dan relaksasi otot progresif terhadap komplikasi intradialisis di ruang hemodialisa rumah sakit umum daerah abdul wahab sjahranie . Journal Of Geotechnical And Geoenvironmental Engineering Asce*, 120(11), 259.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatn Indonesia*. Jakarta; DPP PPNI.
- Pranata, E. A., & Prabowo, E. (2014). *Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan Edisi 1 Buku Ajar*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Price, S., & Wilson, L. . (2013). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit, Edisi VI*. Jakarta: EGC.
- Putri, R., Sembiring, L. P., & Bebasari, E. (2016). *Gambaran kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi continuous ambulatory peritoneal dialysis di rsud arifin achmad provinsi riau dengan menggunakan kuesioner kdqol-sf. Jurnal Kedokteran, April, 1–16.*
- Simatupang, D., & Situmorang, F. (2019). *Gambaran pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang kepatuhan menjalani hemodialisis di ruang hemodialisa rsup h. Adam malik medan tahun 2019 doni. 79–89.*
- Sireger, T. C. (2020). *Buku Ajar Manajemen Komplikasi Pasien Hemodialisa (A. R. Ariga (ed.))*. Yogyakarta: CV.Budi Utama.
- Smeltzer. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Suharyanto. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Susianti, D. (2019). *Memahami Interpretasi Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Ginjal Kronis*. Malang: UB.Press.
- Yanti, I. H., Maria, I. L., & Jafar, N. (2018). *Analisis Ketahanan Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Kota Makassar. Jurnal Forum Kesehatan, VIII(1)*. <http://e-journal.poltekkes-palangkaraya.ac.id/jfk/article/view/40>

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING I









Nama Mahasiswa : Marlin (NS2114901098)

Marsita Ayu Tandiayu' (NS2114901099)

Nama Pembimbing : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep

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

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Rabu, 15 Juni 2022	Lapor kasus	<i>oli</i>	<i>Rhita</i>	<i>h</i>
Senin, 20 Juni 2022	Konsul pengkajian primer dan sekunder : 1. Perbaiki dan lengkapi pengkajian dengan benar 2. Jelaskan edema di bagaian mana 3. Jelaskan pembatasan cairannya 4. Balance di tambahkan di bagain evaluasi	<i>oli</i>	<i>Rhita</i>	<i>h</i>
Rabu, 20 Juni 2022	Konsul pengkajian intervensi dan implementasi, evaluasi	<i>oli</i>	<i>Rhita</i>	<i>h</i>
Jumat, 27 Juni 2022	Menggabungkan diagnosis pola napas dan diagnosis perfusi perifer menjadi hypervolemia	<i>oli</i>	<i>Rhita</i>	<i>h</i>
Senin, 28 Juni 2022	1. Pada Bab 3 jelaskan bagain pola eliminasi bahwa pasien BAK melalui kateter 2. Pada pola konsep diri jelaskan bagaimana pasien memandang	<i>ol</i>	<i>Rhita</i>	<i>h</i>

	dirinya			
Kamis, 30 Juni 2022	1. Jelaskan gangguan pola tidur pada bab 4 2. Jelaskan pembatasan cairan pasien	oli		
Jumat, 1 Juli	Konsul bab 4 dan 5 1. PICOT dibuat dalam bentuk tabel 2. Diagnosis pada pembahasan dijelaskan	oli		
Senin, 4 Juli 2022	Pada Bab 5 tambahkan bagian evaluasi saran bagi perawat dalam mengatur pembatasan cairan oral pasien CKD	oli		
Rabu, 6 Juli 2022	Konsul 3, 4, dan 5 Tambahkan hasil EBN pada pembahasan bab 4	oli		










LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING II







Nama Mahasiswa : Marlin (NS2114901098)

Marsita Ayu Tandiayu' (NS2114901099)

Nama Pembimbing : Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes

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

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Senin, 27 juni	Konsul Bab 1 dan 2 1. Tambahkan data prefelensi Sulawesi selatan 2. Pada bab 1 jelaskan seperti apa yang di maksud dengan fisik,mental, dan social 3. Pada bagian tujuan umum disesuaikan dengan sop 4. Pada bagaian wawancara dan mengobservasi apa yang di lakukan			
Selasa, 28 Juni 2022	1. Pada bab 1 tambahkan jurnal penelitian dan buku 2. Pada bab 2 jelaskan tindakan keperawatan pada pasien CKD 3. Perbaiki penulisan			
Kamis, 30 Juni 2022	Konsul bab 1 dan 2 Persingkat anatomi fisiologi Pada pathway tambahkan etiologi batu ginjal Beri tanda pada pathway keadaan pasien kasus KIA			
Senin, 4 Juli	Konsul bab 1 dan 2			

2022	Perhatikan penomoran pada setiap bagian judul dan sub judul sesuaikan panduan Perencanaan keperawatan ditambahkan rasional setiap intervensi Pisahkan diagnosis keperawatan dan tambahkan kode.			
Selasa, 5 Juli 2022	Perbaiki setiap penulisan dan perhatikan typo pada bab 1 dan 2			

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Marlin
Tempat/Tanggal Lahir : Pongbembe, 30 Juni 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Rajawali

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Paulus/Liku
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Petani
Alamat : Mamuju

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 333 Inpres Leppangan : 2005-2011
SMPN 9 Pasangkayu : 2011-2013
SMK Bina Generasi Polewali : 2013-2017
STIK Stella Maris : 2017-2022

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Marsita Ayu Tandiayu'
Tempat/Tanggal Lahir : Rantepao, 29 Maret 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Paccerrakang

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Markus Tandiayu'/Yulita Minggu
Agama : Katolik
Pekerjaan : PNS/PNS
Alamat : Puncak Jaya, Mulia, Papua

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Santa Theresia Rantepao: Tamat Tahun 2004
SD Katolik Rantepao 3 : Tahun 2004-2010
SMP Negeri 1 Mulia : Tahun 2010-2013
SMA Katolik Ranteapo : Tahun 2013-2016
STIK Stella Maris : Tahun 2016-2022