



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANGAN
St. BERNADET III. B RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

TRESYA TANDI PAU' (NS2114901147)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANGAN
St. BERNADET III. B RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH :

TRESYA TANDI PAU' (NS2114901147)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**

PERYATAAN ORISINALITAS

YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI:

Tresya Tandi Pau' (NS2114901147)

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, 14 Juli 2022

Yang menyatakan

Tresya Tandi Pau'

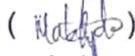
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : Tresya Tandi Pau' (NS2114901147)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney
Disease di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris
Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	: Nikodemus S, Beda, Ns.,M.Kep	()
Pembimbing 2	: Elmina Bongga Linggi, Ns.,M.Kes	()
Penguji 1	: Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes	()
Penguji 2	: Fansisco Irwandy, Ns.,M.Kep	()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 14 Juni 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar


Sprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns, M.Kes

NIDN: 0928027101



**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa/NIM : Tresya Tandi Pau' (NS2114901147)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



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

Pembimbing 2

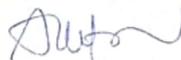


(Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes)
NIDN:0925027603

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar



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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tresya Tandi Pau'

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 14 Juli 2022

Yang menyatakan

Tresya Tandi Pau'

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny “R” Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di ruangan Bernadet III B Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terimah kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu,S.Si.,M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar
3. Mery Sambo, Ns.,M,Kep, selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
4. Matilda Martha Paseno,Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar dan selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
5. Dr. Teoroci Luisa Nunuhitu, M.Kes selaku Direktur RS Stell Maris Makassar dan Alfrida, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Wakil Direktur Keperawatan RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan praktik klinik di RS Stella Maris
6. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan serta sebagai pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam

penyusunan Karya Ilmiah Akhir.

7. Nikodemus S. Beda, Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
9. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Ny."R" selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
11. Teristimewa kepada orang tua Tresya Tandipau, Bapak M Tandipau dan Ibu Yuliana Padudung serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
12. Seluruh teman-teman Mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan serta kebersamaannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini. Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, oleh karena itu penulis meminta kritik dan saran yang bertujuan untuk membangun demi menyempurnakan karya ilmiah akhir ini. Akhir kata penulis berharap semoga karya Ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 14 Juli 2022

penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Tabel	xi
Halaman Daftar Lampiran	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	4
1. Manfaat Akademik	4
2. Manfaat Praktis	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi	8
3. Fisiologi	10
4. Etiologi	13
5. Patofisiologi	16
6. Manifestasi Klinik	18
7. Tes Diasnostik	19
8. Penatalaksanaan Medis	20
9. Komplikasi	22
B. Konsep Dasar Keperawatan	23
1. Pengkajian	23
2. Diagnosis Keperawatan	25
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	28
4. Perencanaan Pulang (discharge Planning)	37
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi kasus	43
B. Pengkajian	45
C. Diagnosis Keperawatan	66
D. Perencanaan Keperawatan	66
E. Implementasi Keperawatan	80
F. Evaluasi Keperawatan	89
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Askep	101

B. Pembahasan penerapan Evidence Based Nursing 109

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan 115

B. Saran 115

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

- Tabel 3.1 Diagnosa Keperawatan
- Tabel 3.2 Rencana Keperawatan
- Tabel 3.3 Implementasikan Keperawatan
- Tabel 3.4 Evaluasi Keperawatan

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Leaflet

Lampiran 2 Satuan Acara Pengajaran (SAP)

Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia, karena tanpa tubuh yang sehat manusia tidak dapat beraktivitas dengan baik. Pola makanan dan kebiasaan-kebiasaan buruk dapat memicu berbagai macam penyakit, salah satunya penyakit *chronic kidney disease*. *Chronic kidney disease* (CKD) merupakan sindrom klinis sekunder akibat penurunan fungsi ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan dan secara *irreversible* dan progresif sehingga tidak mampu untuk melakukan filtrasi sisa metabolisme tubuh dan menjaga keseimbangan cairan elektrolit seperti sodium dan kalium di dalam darah atau urine, dengan adanya penurunan kerja ginjal yang ditandai oleh kecepatan filtrasi glomerulus di bawah 60 mL/menit per 1,73 m² (Nabila, 2021).

Prevalensi CKD menurut data WHO (2017), penyakit CKD telah menyebabkan kematian pada 850.000 orang setiap tahunnya, angka tersebut menunjukkan bahwa penyakit CKD menduduki peringkat ke 12 tertinggi sebagai penyebab angka kematian dunia. Populasi CKD di Amerika Serikat adalah sekitar 15 % atau 30 juta orang dan populasi yang ada di Malaysia sebesar 15,48% pada tahun 2018, di Eropa 300 per satu juta populasi per tahun, prevalensinya selama 10 tahun terakhir mengalami peningkatan secara global yaitu sekitar 500 juta (Panma, 2018).

Di Indonesia sesuai dengan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 mengungkapkan prevalensi penyakit CKD sebesar 0,38% atau sebanyak 713.783 jiwa, angka prevalensi ini meningkat jika dibandingkan dengan data Riskades tahun 2013 dengan prevalensi sebesar 0,2%, Prevalensi penyakit *Chronic Kidney Disease* di Jawa Tengah pada tahun 2013 sebanyak 3,0% dan

meningkat pada tahun 2018 menjadi 3,8%. Prevalensi tertinggi juga berada di Sulawesi tengah sebesar 0,5%, diikuti aceh, Gorontalo dan Sulawesi utara masing-masing 0,4% sementara nusatenggara timur masing-masing 0,3%, provinsi Sumatra utara sebesar 0,2%. Dan Sulawesi selatan, Lampung, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur masing-masing 0,3% (Dewi & Masfuri, 2021).

Salah satu upaya *kompherensif* dalam upaya penanganan penyakit gagal ginjal kronik di Indonesia adalah terapi seperti cuci darah (*dialysis*), tranplantasi ginjal dan terapi konservatif (Mulyono, 2021).

Hemodialisis merupakan solusi untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun didalam peredaran darah, seperti kelebihan ureum, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain. Tujuan dilakukan hemodialisa untuk mempertahankan kelangsungan hidup dan memperbaiki kualitas hidup pasien, terapi konservatif yang dapat dilakukan dengan pengaturan diet, tujuan dari terapi konservatif adalah mencegah memburuknya faal ginjal secara progresif, meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin asetomia, memperbaiki metabolisme secara optimal, dan memelihara keseimbangan cairan elektrolit. Pada transplantasi ginjal sangat jarang dilakukan karena pada tindakan transplantasi ginjal ini sering mengalami kesulitan dalam penanganannya, maka banyak penderita menggunakan terapi modalitas (HD) maupun peritoneal *dialysis*, terutama pada pasien CKD stadium 5 (Mailani, 2015).

Berdasarkan *Annual Report Of Indonesian Renal Registry (IRR)* tahun 2016 460 hemodialisa tersebar di Indonesia dan terdapat 52,835 orang pasien aktif menjalani hemodialisa, hal ini tidak lepas dari penambahan jumlah pasien baru sekitar 17% dari tahun 2015 yaitu sebanyak 21,050 orang menjadi 25,446 orang di tahun 2016. (Siagian, 2020).

Mengingat angka kejadian penyakit CKD yang terus meningkat

setiap tahunnya sehingga menjadi tanggung jawab bagi pemerintah, masyarakat, dan tenaga medis dalam upaya untuk menangani pasien CKD dan upaya dalam menghambat peningkatan penyakit CKD dengan memperhatikan dan menjaga pola hidup yang sehat, seorang perawat profesional harus memperhatikan kualitas hidup pasien CKD yang menjalani hemodialisis dan memperhatikan faktor penyebab dari terjadinya penyakit CKD, sehingga perawat dapat memberikan asuhan perawatan secara holistik yaitu bio-psiko sosial-spiritual. berdasarkan uraian diatas, maka penulis merasa tertarik untuk mengangkat karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Chronic kidney disease (CKD) di ruangan perawatan St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Sebagai salah satu pemenuhan tugas akhir.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah :

1. Tujuan umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruangan St.Bernadeth III. B Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruangan St-Bernadeth III.B Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruangan St-Bernadeth III.B Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruangan St-Bernadeth III.B

Rumah Sakit Stella Maris Makassar berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN).

- e. Melaksanakan evaluasi pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruangan St-Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Membantu meningkatkan mutu pelayanan bagi Rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD berdasarkan EBN.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menjadi sumber informasi dan memberi gambaran bagi tenaga keperawatan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan mandiri berdasarkan EBN

3. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi sumber bacaan atau referensi bagi mahasiswa/i untuk memperoleh tambahan ilmu pengetahuan dan menjadi bekal dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD

D. Metode Penelitian

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam menyusun karya Ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif dalam membentuk studi kasus yaitu:

1. Studi Pustaka

- a. Data lebih banyak diperoleh dari referensi yang ada kaitannya dengan masalah yang diangkat penulis.
- b. Memperoleh data melalui internet

2. Studi Kasus

Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan

diagnosa, perencanaan, dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan. Data dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu:

a. Wawancara

Dengan melakukan Tanya jawab kepada pasien, keluarga, serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien

b. Observasi

Dengan melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostic, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

e. Data Medikal *Record* Rumah Sakit

Data yang dipakai adalah jumlah penderita *chronic kidney disease* (CKD) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dalam satu tahun terakhir ini.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari BAB I sampai dengan BAB V. Dimana BAB I terdiri dari pendahuluan yang menggunakan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II terdiri dari tinjauan teoritis, BAB ini menggunakan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi, fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari

pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *discharge planning* (perencanaan pulang) dan patoflodiagram. BAB III terdiri dari tinjauan kasus yang menguraikan tentang pengkajian, Analisa data, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta daftar obat pasien dan BAB IV terdiri dari pembahasan kasus yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan fakta dari kasus-kasus kelolaan yang ditemukan di lapangan, dan BAB V yaitu simpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah kerusakan pada ginjal yang menyebabkan fungsi ginjal mulai menurun secara bertahap serta bersifat progresif dan tidak dapat kembali sembuh secara total (*irreversible*) dalam waktu 3 bulan atau lebih (Haryanti & Berawi, 2018).

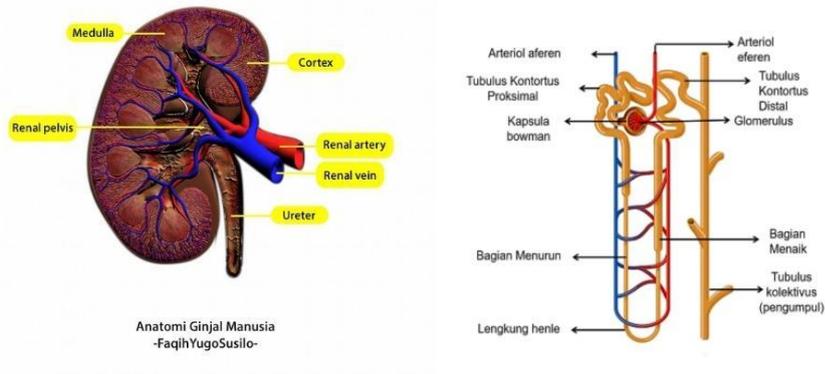
Chronic Kidney Disease merupakan (LFG) yang berada dibawah batas normal selama lebih dari 3 bulan dan berlangsung beberapa tahun, pada keadaan ini maka ginjal akan kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan didalam tubuh (Yonata & Islamy, 2020).

Chronic Kidney Disease adalah penurunan fungsi ginjal yang bersifat progresif, dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh dalam mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan, dan elektrolit terganggu (Seprima et al., 2022).

Chronic Kidney Disease merupakan adanya penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG < 60 mL/menit/1,73m²) dan kelainan ginjal seperti proteinuria, albuminuria, dan anatomi yang abnormal yang terjadi Selama 3 bulan atau lebih (Mutiara Dewi & Masfuri, 2021).

Berdasarkan defenisi beberapa ahli diatas maka penulis menyimpulkan bahwa *Chronic Kidney Disease* (CKD) ini merupakan penurunan pada fungsi ginjal baik secara progresif maupun secara irreversible dengan laju filtrasi glomerulus <60 ml/menit dalam waktu 3 bulan atau bahkan lebih dari 3 bulan.

2. Anatomi Ginjal



(Julisawaty & Ekasari, 2020)

a. Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari 2 bagian yaitu :

1) Bagian dalam (internal)

Subtansi medularis yang terdiri dari pyramid renalis jumlahnya antara 8-16 buah yang mempunyai aspeknya menghadap kesinus renalis.

2) Bagian luar (eksternal) korteks

Subtansi kortkalis berwarna coklat merah, konsistensi lunak dan bergranula. Subtansi ini tepat di bawah tunik fibrosa, yang melengkung sepanjang basis piramid yang berdekatan dengan sinus renalis, bagian dalam dan antaranya pyramid dinamakan kolumna renalis.

b. Pembungkus ginjal

Ginjal dibungkus oleh suatu massa jaringan lemak yang disebut kapsul adipose. Dibungkus yang paling tebal terdapat pada tepi ginjal yang memanjang melalui hilus renalis. Ginjal dan kapsul adipose tertutup oleh suatu lamina khusus dari *fasia profunda* dan *stratum fasia subserosa internus*. Fasia subserosa terpecah menjadi dua bagian yaitu lamella anterior (*fasia prenalis*) dan lamella posterior (*fasia retrorenalis*)

c. Struktur mikroskopis ginjal

Satuan fungsional ginjal disebut nefron. Nefron adalah massa tubulus mikroskopis ginjal yang merupakan satuan fungsional ginjal. setiap nefron berawal dari berkas kapiler yang terdiri dari :

- 1) Glomerulus merupakan gulungan kapiler yang terletak di dalam kapsul bowman (ujung buntu tubulus ginjal yang bentuknya seperti kapsul cekung menutupi glomerulus yang saling melilitkan diri) glomerulus menerima darah dari anterior aferen dan meneruskan darah ke sistem vena melalui anterior di eferen.
- 2) Tubulus proksimal konvulta, tubulus ginjal langsung berhubungan dengan kapsul bowman dengan panjang 15 mm Dengan diameter 55 mm. Sekitar 2/3 dari atrium yang terfiltrasi diabsorpsi secara *isotonic* bersama klorida dan melibatkan transfortasi aktif natrium. Peningkatan absorpsi natrium akan mengurangi pengeluaran air dan natrium. Hal ini dapat mengganggu pengenceran dan pemekatan urine yang normal.
- 3) Ansa henle, bentuknya lurus dan tebal, diteruskan ke segmen tipis dan selanjutnya ke segmen tebal, panjangnya 12 mm, total panjang ansa henle 2-14 mm. klorida secara aktif diserap kembali pada cabang ascendens. ansa henle dan natrium bergerak secara pasif untuk mempertahankan kenetralan listrik.
- 4) Tubulus distal konvulta, bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok dan jauh letaknya dari kapsul bowman, panjangnya 5 mm. Masing-masing ductus koligen berjalan melalui korteks dan medulla ginjal, bersatu membentuk ductus yang berjalan lurus dan bermuara kedalam duktus belini seterusnya menuju kaliks minor ke kaliks mayor. Akhirnya mengosongkan isinya kedalam pelvis renalis pada aspek masing-masing piramid medulla ginjal.
- 5) Medulla, bagian ini memiliki kemampuan mereabsorpsi dan

mengsekresi kalium. Ekskresi aktif kalium diperlihatkan pada duktus koligen kortikal dan dikendalikan oleh aldosteron.

Reabsorpsi aktif kalium murni terjadi dalam medulla.

d. Pembuluh Darah Di Ginjal

Ginjal merupakan organ yang dapat kaya akan pembuluh darah dan mampu menerima 20 % curah jantung dalam keadaan istirahat. Ginjal mendapat suplai darah arteri dan aorta abdominal. Arteri renalis bercabang kemudian membentuk arteri lobaris yang memberi suplai darah pada piramid. Arteri lobaris yang ini kembali bercabang agar darah dapat bergerak dengan efisien melalui nefron. Darah masuk melalui glomerulus melalui arteriol aferen dan keluar melalui eferen. Kemudian darah mengalir melalui kapiler peritubular yang mengelilingi tubula nefron dan akhirnya darah dalam kapiler peritubular masuk ke dalam vena dan darah dikembalikan ke dalam sistem sirkulasi melalui vena ginjal (Kalengkongan et al., 2018).

3. Fisiologi Ginjal

Dalam fisiologi ginjal penulis membahas 5 pembahasan antara lain: fungsi ginjal, proses pembentukan urine, pengatur hormon terhadap fisiologi ginjal, keseimbangan asam basa ginjal dan pengatur keseimbangan cairan.

a. Ginjal mempunyai 2 fungsi yaitu

1) Fungsi sekresi

- a) Mempertahankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam rentang milosmol
- b) Mempertahankan pH plasma sekitar 7,4
- c) Mengeksresikan urea, asam urat dan kreatinin

2) Fungsi noneksresi

- a) Menghasilkan renin, penting untuk pengaturan tekanan darah

- b) Menghasilkan eritropoetin, faktor dalam stimulasi produksi sel darah merah dalam sum-sum tulang
- c) Metabolisme vitamin D menjadi bentuk aktifnya
- d) Degradasi insulin
- e) Menghasilkan prostaglandin

b. Proses pembentukan urine

Ada 3 proses pembentukan urine yaitu sebagai berikut :

1) Proses Filtrasi

Proses filtrasi terjadi di glomerulus, proses ini terjadi penyerapan darah dalam jumlah 1.200 ml darah, terdiri 450 ml sel darah dan 660 ml plasma masuk kedalam kapiler gromerulus. Untuk proses filtrasi diperlukan tekanan untuk mendapatkan hasil akhir. Tekanan yang menyebabkan filtrasi merupakan hasil kerja jantung. Tekanan hidrostatis kapiler glomerulus kira-kira 50 mmHg, tekanan ini cenderung mendorong air dan garam melalui glomerulus.

Tekanan yang melawan filtrasi, tekanan hidrostatis cairan didalam kapsul bowman kira-kira 30 mmHg yang cenderung menarik air dan garam ke dalam pembuluh kapiler.

Tekanan akhir menyebabkan filtrasi diulangi, tekan yang melawan filtrasi sama dengan filtrasi aktif ($50-30+5$ mmHg = 25 mmHg). Kira-kira 120 ml plasma difiltrasi setiap menit. Pada glomerulus membran filtrasi hanya dapat dilewati oleh plasma garam, glukosa dan molekul kecil lainnya.

2) Reabsorpsi

Proses ini terjadi penyerapan kembali sebagian besar bahan-bahan yang masih berguna oleh tubuh diantaranya adalah glukosa, natrium, klorida, fosfat, dan ion bikarbona. Proses tersebut terjadi secara pasif yang dikenal obligator, reabsorpsi terjadi pada tubulus atas. Sedangkan pada tubulus ginjal

bagian bawah terjadi penyerapan kembali ke dalam tubulus bagian bawah. Penyerapan terjadi secara aktif dikenal dengan reabsorpsi terjadi pada tubulus atas. Sedangkan pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi penyerapan kembali ke dalam tubulus bagian bawah. Penyerapannya terjadi secara aktif dikenal dengan reabsorpsi fluktuatif dan sisanya dialirkan pada papila renal. Hormon yang dapat ikut berperan dalam proses reabsorpsi anti deuretic hormone (ADH).

3) Sekresi

Tubulus ginjal dapat mensekresi atau menambah zat-zat ke dalam cairan filtrasi selama metabolisme sel-sel membentuk asam dalam jumlah besar namun pH darah dan cairan tubuh sekitar 7,4 (Alkalis). Sel tubuh membentuk amoniak yang bersejawa dengan asam kemudian di sekresi sebagai ammonium supaya PH darah dan cairan tubuh tetap alkalis.

c. Pengaturan Hormon Terhadap Fisiologi Ginjal

Pengaturan akhir dari urine diatur oleh jenis hormon yaitu osmoreseptor pada hipotalamus sangat sensitif terhadap osmolaritas serum. Selama dehidrasi osmolaritas serum meningkat. Osmolaritas ini merangsang permeabilitas sel tubulus koligenis terhadap air. Hormon lain yang mempengaruhi konsentrasi urine adalah renin. Bila laju filtrasi glomerulus turun karena dehidrasi atau kehilangan darah dan kadar natrium dibawah normal maka ginjal akan dirangsang untuk mensekresi renin. Renin mengubah angiotensin yang disekresi hati mejadi angiotensin I. Sel kapiler paru-paru selanjutnya mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Angiotensin II berkonstriksi otot polos disekeliling *arteriole*. Hal ini meningkatkan tekanan darah yang mempengaruhi osmolaritas urine. Korteks adrenal jika dirangsang oleh angiotensin II akan mensekresi aldosteron yang dapat meningkatkan reabsorpsi air diginjal. Meningkatkan tekanan

darah dan menurunkan osmolaritas serum.

d. Keseimbangan Asam Basa Ginjal

Keseimbangan asam basa adalah suatu keadaan dimana konsentrasi ion hidrogen yang diproduksi setara dengan konsentrasi hidrogen yang di produksi oleh ion hidrogen yang dikeluarkan oleh sel. Agar sel dapat berfungsi normal, perlu juga di pertahankan pH normal antara 7,35-7,45 untuk darah arteri. Keseimbangan asam basa dalam tubuh manusia di atur oleh dua sistem yaitu paru-paru dan ginjal. Ginjal dan paru-paru bekerja dengan menyesuaikan jumlah karbondioksida dalam darah. Ginjal menyekresikan atau menahan bikarbonat dan ion hidrogen sebagai respon terhadap PH darah.

e. Pengaturan Keseimbangan Cairan

Konsentrasi total solut cairan tubuh orang normal sangat konstan meskipun fluktuasi asupan dan eksresi air dan solut cukup besar. Kadar plasma dan cairan tubuh dapat di pertahankan dalam batas-batas yang sempit melalui pembentukan urine yang jauh lebih pekat (argumentasi/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 dieksresikan 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 menghasilkan cairan tubuh pada konsentrasi solut yang normal.

4. Etiologi

a. Hipertensi

Tekanan darah tinggi membuat pembuluh darah bekerja terlalu keras karena aliran darah yang terlalu kuat, sehingga kondisi ini

membuat pembuluh darah rusak termasuk pembuluh darah yang ada pada bagian ginjal. Arteri besar dan pembuluh darah kecil menuju ginjal dapat rusak kemudian secara perlahan ginjal mengalami penurunan fungsi dan menyebabkan banyak cairan limbah yang menumpuk pada ginjal. Hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan-perubahan struktur pada arteriol diseluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan sklerosis dinding pembuluh darah, sasaran utama adalah organ jantung, otak, ginjal, dan mata. Aterosklerosis pada ginjal akibat hipertensi lama dapat menyebabkan nefrosklerosis benigna. Penyumbatan arteri dan steriol akan menyebabkan kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga menyebabkan seluruh nefron rusak. Hipertensi merupakan salah satu faktor resiko meningkatnya kematian pada pasien CKD yang mengalami hemodialisis naiknya tekanan darah diatas ambang normal bisa merupakan salah satu gejala munculnya penyakit pada ginjal. Beberapa gejala lain seperti berkurangnya produksi urine, sulit berkemih, edema (penimbunan cairan) dan peningkatan frekuensi berkemih.

b. Diabetes Melitus

Ketika pembuluh darah memiliki kadar gula yang terlalu tinggi atau lebih sering disebut dengan kondisi DM maka akan menyebabkan ginjal terlalu keras, dimana ginjal akan menyerap dalam jumlah yang lebih tinggi sehingga menyebabkan pembuluh darah yang bertugas menyaring darah bisa bekerja terlalu banyak. Kemudian setelah beberapa lama ginjal tidak mampu menyaring semua bagian, semua bagian dari limba tidak mampu menyaring semua limba dari darah dan menyebabkan kebocoran, akibatnya urine mengandung protein yang seharusnya tinggal dalam tubuh, ginjal akan kehilangan fungsinya dengan ditandai penemuan protein tinggi dalam urine, penyakit DM menyerang struktur dan fungsi ginjal dalam bentuk nefropati diabetic. Riwayat perjalan nefropati

diabetikum dari awitan hingga terjadi ESRD dapat dibagi:

1) Stadium 1

Perubahan fungsional dini, ditandai dengan hipertrofi dan hiperfentilasi ginjal, yang mengabaikan terjadi peningkatan GFR yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kadar gula dalam darah tinggi, glucagon yang abnormal pada pertumbuhan, efek renin, angiotension II dan prostaglandin.

2) Stadium 2

Perubahan struktur dini dengan penebalan membrane basalis kapiler glomerulus

3) Stadium 3

Nefropati insipient

4) Stadium 4

Nefropati klinis atau menetap

5) Stadium 5

Insufisiensi atau gagal ginjal progresif

c. Serangan jantung

Ketika penderita mengalami serangan jantung maka aliran darah yang menuju jantung akan mengalami masalah atau bahkan ginjal tidak menerima darah dari jantung, jika kondisi ini terus terjadi maka ginjal tidak dapat berfungsi dan terjadi penumpukan aliran limbah pada jantung.

d. Penyakit ginjal polikistik dapat menyebabkan kerusakan kemampuan ginjal karena banyaknya zat racun yang harus disaring oleh ginjal, penyakit ini secara perlahan akan menyebabkan ginjal tidak berfungsi sehingga pada akhir dapat menyebabkan *Chronic kidney disease*, penyakit ini sering ditemukan pada usia lanjut sekitar umur 55 tahun, penyakit ginjal polikistik ditandai dengan kista-kista multipel, bilateral dan berekspansi yang lambat laun mengganggu menghancurkan parenkim ginjal normal sehingga ginjal akan menjadi rusak

e. Glomerulonefritis

Penyakit ini menyebabkan peradangan pada bagian penyaringan ginjal yang menyerang bagian nefron. Peradangan ini menyebabkan banyak kotoran dari sisa metabolisme yang seharusnya keluar tapi hanya menumpuk di bagian ginjal, penyakit ini bisa menjadi faktor penyebab *Chronic kidney disease* dalam waktu yang sangat cepat.

f. Pielonefritis

Pielonefritis adalah infeksi yang terjadi pada ginjal, pielonefritis dapat berakibat akut atau kronik, pielonefritis terjadi melalui infeksi hematogen. Bila infeksi sudah terjadi berulang-ulang maka akan terjadi kerusakan pada ginjal yang mengakibatkan CKD. Penyakit ini biasanya terjadi oleh karena adanya batu pada ginjal, obstruksi atau refluks vesiko ureter.

g. Obat- obatan

Kebiasaan mengkonsumsi berbagai jenis obat-obatan yang mengandung bahan lithium dan siklosporin dapat memicu terjadinya gagal ginjal, hal ini disebabkan karena ginjal berkerja terlalu keras untuk menyaring semua limbah yang dihasilkan dari sisa-sisa obat dalam tubuh

h. Pola hidup

Berbagai penelitian mengemukakan bahwa merokok, minuman beralkohol, sering mengkonsumsi daging merupakan salah satu faktor risiko terjadinya gagal ginjal kronik, dimana berbagai bahan kimia yang terdapat dalam rokok dan diserap tubuh dapat menyebabkan penurunan laju GFR.

5. Patofisiologi

Gagal ginjal kronik disebabkan karena adanya penyakit yang terdapat pada ginjal, sehingga mengakibatkan kegagalan ginjal, maka lama kelamaan jumlah nefron yang mengalami kerusakan

bertambah, dengan adanya peran dan fungsi ginjal maka hasil metabolisme protein berkumpul dalam tubuh, penurunan pada fungsi ginjal mengakibatkan pembuangan hasil sisa metabolisme terhambat, dimana dimulai pada pertukaran didalam pembuluh darah tidak adekuat, karena ketidakmampuan ginjal sebagai penyaring akibatnya ginjal tidak dapat melakukan fungsinya sehingga menyebabkan peningkatan kadar serum dan kadar nitrogen ureum, kreatinin, asam urat, fosfor meningkat dalam tubuh dan mengakibatkan terganggunya fungsi dan organ-organ tubuh lain, fungsi renal menurun karena produk akhir metabolisme protein tertimbun dalam darah sehingga mengakibatkan terjadinya uremia dan mempengaruhi seluruh sistem tubuh. Secara umum mekanisme terjadi CKD yaitu: glomerulosklerosis, parut pada tubulo interstisial dan sclerosis vaskuler.

a. Glomerulosklerosis

Proses intrinsik glomeruli yang progresif dipengaruhi oleh sel intraglomerular dan sel ekstra-glomerular. Kerusakan sel intraglomerular dapat terjadi pada sel glomerulus instrinsik seperti endotel, sel mesangium, sel epitel, maupun sel ekstrinsik seperti trombosit, limfosit, monosit/makrofag.

b. Parut tubulo-intestisial

Proses ini termasuk inflamasi, poliferasi dan deposisi ECM

c. Sclerosis vaskuler

Perubahan pada arterioli dan kerusakan kapiler peritubular oleh DM, hipertensi, glomerulonephritis kronis akan menimbulkan terjadinya ekstraserbasi iskemi interstisial dan fibrosis. Iskemia serta hipoksia akan menyebabkan sel tubulus dan fibroblast untuk memproduksi ECM dan mengurangi aktifitas kolagenolitik. Kapiler peritubular yang rusak akan menurun produksi *proangiogenic vascularetiangiogenic* sehingga terjadi delesi mikrovaskular dan *endothelialgrowth factor* (VEGF) dan ginjal yang mengalami parut

akan mengekspresikan thrombospondin yang bersifat antiangiogenic sehingga terjadi delesi mikrovaskular dan iskemik

$$\text{Perhitungan nilai GFR Cockcroft} = \frac{(140 \times \text{Umur} \times \text{BB})}{72 \times \text{kreatinin}}$$

Apabila subjek penelitian berjenis kelamin perempuan maka hasil perhitungan nilai estimasi GFR dikali 0,85 (milvita et al,2015).

Ada beberapa stadium dalam gangguan fungsi ginjal antara lain

- a. Stadium I penurunan fungsi ginjal ≥ 90 ml/menit. Selama stadium ini LFG (Laju filtrasi glomerulus) masih normal atau malah terjadi peningkatan, kemudian secara perlahan akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan urea dan kreatinin serum.
- b. Stadium II atau kerusakan ginjal dengan GFR 60-89 ml, > 3 bulan penurunan ginjal dalam batas sedang.
- c. Stadium III penurunan ginjal antara sedang-berat GFR 30-59 ml.
- d. Stadium IV penurunan fungsi ginjal yang sangat banyak GFR 15-29 ml/menit
- e. Stadium V fase akhir dari penyakit ginjal GFR ≤ 15 ml/menit

6. Manifestasi Klinis

Pada penderita CKD setiap sistem tubuh sudah dipengaruhi oleh kondisi ureum, sehingga penderita akan menunjukkan bermacam – macam tanda dan gejala. Keparahan tanda dan gejala tergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, dan kondisi lain yang mendasar. Manifestasi yang terjadi pada CKD antara lain yaitu pada sistem kardiovaskuler, gastrointestinal, neurologis, integument, pulmoner, musculoskeletal dan psikologis.

a. Kardiovaskuler

- 1) Hypertensi, diakibatkan oleh retensi cairan dan natrium dari aktifitas sistem renin angiotension aldosterone

2) Gagal jantung kongestif

3) Edema pulmoner, akibat dari cairan yang berlebihan

- b. Gastrointestinal: Akan terjadi anoreksia, mual, muntah, perdarahan GI, ulserase, perdarahan mulut, nafas bau ammonia
- c. Neurologis : Perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi, kedutan otot sampai kejang
- d. Integument : pruritis atau penumpukan urea pada lapisan kulit seperti keabu abuan, kulit kering dan bersisik, kukuh tipis dan rapuh
- e. Pulmoner : Adanya sputum kental, pernapasan dangkal, kusmaul sampai terjadinya edema pulmonal
- f. Musculoskeletal: Dapat terjadi fraktur karena kekurangan kalsium dan pengeroposan tulang akibat terganggunya hormone dihidroksi kolekalsiferon, kram otot dan kehilangan kekuatan otot
- g. Psikologis : Penurunan tingkat kepercayaan diri sampai pada harga diri rendah (HDR, ansietas pada penyakit dan merasa ingin mati)

7. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan yang dilakukan pada penderita CKD yaitu

a. Pemeriksaan laboratorium

1) Darah

a) Hematologi :

Hb, Ht, eritrosit, leukosit, trombosit.

b) Renal fungsi test

Ureum dan kreatinin

c) Liver fungsi test

d) Elektrolit

Klorida, kalium, kalsium

- 2) Urine
 - a) Urine rutin
 - b) Urine khusus
 - Benda keton, analisa Kristal batu.
- 3) Pemeriksaan kardiovaskuler
 - a) ECG
 - b) ECO
- 4) Pemeriksaan radiagnostik
 - a) USG abdominal
 - b) CT scan abdominal

8. Penatalaksanaan Medik

Ada dua tahap pelaksanaan yang dapat dilakukan yaitu:

a. Terapi Konservatif

Tujuan terapi konservatif yaitu untuk mencegah memburuknya faal ginjal secara progresif, meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin azotemia, memperbaiki metabolisme secara optimal, dan memelihara keseimbangan cairan elektrolit, beberapa tindakan konservatif yang dapat dilakukan dengan pengaturan diet pada pasien gagal ginjal kronis. Diet rendah protein menguntungkan untuk mencegah atau mengurangi toksin azotemia, tetapi untuk jangka lama dapat merugikan terutama gangguan keseimbangan negatif nitrogen. Pembatasan asupan protein dalam makanan dapat mengurangi gejala anoreksia, mual, dan muntah. Pembatasan ini juga dapat terbukti menormalkan kembali dan memperlambat terjadinya gagal ginjal. Asupan rendah protein mengurangi beban ekskresi ginjal sehingga menurunkan hiperfiltrasi glomerulus dan cedera sekunder pada nefron intake. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa pasien penyakit ginjal klinis akan secara spontan membatasi asupan protein, jumlah protein yang diperbolehkan kurang dari 0,6

gram protein/kg/hari dengan LFG kurang dari 10 ml/menit. Terapi diet rendah kalium dengan tidak mengkonsumsi obat-obatan atau makanan yang mengandung kalium tinggi, jumlah yang diperbolehkan dalam diet yaitu 40 hingga 80 mEq/hari, jenis makanan yang mengandung kalium seperti sup, pisang, dan jus buah murni. Pemberian kalium yang berlebihan akan menyebabkan hiperglikemia yang berbahaya. Kebutuhan jumlah kalori untuk pasien gagal ginjal kronik harus adekuat dengan tujuan utama yaitu mempertahankan keseimbangan positif nitrogen, memelihara status nutrisi dan memelihara status gizi, diet asupan energi yang direkomendasikan untuk penderita gagal ginjal kronis dengan LFG <25 ml/menit dan tidak menjalani dialisis adalah 35 kkal/kg/hari untuk usia kurang dari 60 tahun dan 30-35 kkal/kg/hari untuk usia lebih dari 60 tahun.

b. Terapi Pengganti Ginjal

Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit gagal ginjal kronik stadium 5 yaitu pada LFG kurang dari 15 ml/menit, terapi tersebut dapat berupa hemodialisis, *kontinuous ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD) dan transplantasi ginjal, hemodialisis merupakan salah satu cara untuk mengeluarkan produk sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia dapat berupa air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain, transplantasi ginjal merupakan cara pengobatan yang lebih disukai untuk pasien gagal ginjal stadium akhir, namun kebutuhan transplantasi ginjal jauh melebihi jumlah ketersediaan ginjal yang ada dan efek dari transplantasi ginjal reaksi penolakan tubuh.

9. Pencegahan Dan Pengobatan Komplikasi

Pencegahan penyakit gagal ginjal kronik ini mengacu pada kegiatan yang dikategorikan pada

- a. Pencegahan primer berupa intervensi sebelum efek kesehatan terjadi untuk mencegah timbulnya penyakit ginjal sebelumnya proses penyakit ginjal dimulai,
- b. Pencegahan sekunder untuk menyarankan dalam melakukan langkah-langkah pencegahannya yang mengarah pada diagnosis dini dan perawatan tepat penyakit ginjal untuk mencegah progresifitas penyakit menjadi lebih berat
- c. Pencegahan tersier menunjukkan pengelolaan penyakit ginjal yang tepat untuk mengendalikan perkembangan penyakit dan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah.
- d. Pengobatan pada komplikasi CKD
Pada komplikasi anemia dapat melakukan tes status besi, berdasarkan hasil tes tersebut dapat dilakukan terapi ESA. Pada penyakit hipertensi melakukan perubahan gaya hidup dan melakukan pengobatan anti hipertensi agar dapat mengurangi resiko penyakit kardiovaskuler.

10. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi ialah penyakit kardiovaskuler, hipertensi, anemia, kelainan tulang mineral, gangguan elektrolit, diabetes melitus dan asidosis metabolik, pada komplikasi ini berkontribusi pada morbiditas dan mortalitas yang tinggi serta memengaruhi kualitas hidup yang buruk. Anemia pada CKD dan gangguan mineral dan tulang pada CKD sering dimulai pada stadium 3, sedangkan hipertensi pada CKD mulai memburuk pada stadium 3-5, anemia terjadi pada PGK stadium 5. Pada saat ginjal mengalami kerusakan maka produksi eritropoetin akan berkurang. Eritropoetin merupakan glikoprotein yang dikeluarkan oleh fibroblas interstitial ginjal dan penting untuk diferensiasi sel darah merah di sumsum tulang, anemia pada CKD dapat disebabkan oleh berbagai mekanisme seperti defisiensi besi, asam folat, atau vitamin B12,

pendarahan gastrointestinal, hiperparatiroidisme berat, peradangan sistemik, dan kelangsungan hidup eritrosit yang pendek. Penyebab utama terjadinya anemia pada CKD ialah produksi eritropoietin yang tidak adekuat, terjadinya anemia oleh karena terjadinya disfungsi platelet, kurangnya produksi hormon eritropoetin yang merangsang produksi sel darah merah di sumsum tulang, dan resiko kehilangan darah akibat tindakan hemodialisis, pada pasien CKD terjadi peningkatan tekanan glomerulus sehingga menyebabkan hipertrofi nefron, pada tahap ini terjadi poliuria yang bisa menyebabkan dehidrasi dan hiponatremia akibat ekskresi natrium melalui urine meningkat. Hypokalemia dapat terjadi Karena konstipasi, katabolisme protein, hemodialisis, pendarahan, *transfusion of stored redblood cells, augmented dietary intake, metabolic acidosis* dan beberapa obat yang dapat menghambat kalium masuk kedalam sel atau menghambat sekresi kalium di nefron bagian distal. Hiperurisemia pada CKD terjadi karena penurunan ekskresi asam urat. Hiperurisemia banyak terjadi pada CKD stadium 4, hiperurisemia dapat terjadi karena diet purin dan fruktosa, perubahan gaya hidup dan dosis obat allopuridol. Natrium yang abnormal terdiri dari hiponatremia dan hipernatremia, sedangkan untuk kalium yang abnormal iyalah hipokalemia dan hiperkalemia, gangguan elektrolit lebih banyak terjadi pada CKD stadium 5, pada CKD sekresi dan reabsorpsi keseimbangan elektrolit terganggu sehingga dapat terjadi kadar abnormal dari natrium atau kalium.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

Data Subjektif : Riwayat DM, Riwayat Hipertensi

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

takipnea.

b. Pola Nutrisi Metabolik

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

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

c. Pola Eliminasi

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

Data Objektif : Abdomen kembung, diare, atau konstipasi.

d. Pola Aktifitas dan Latihan

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

Data Objektif : Nafas pendek dispnea nokturnal paroksimal batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak, takipnea dan dispnea, menyebabkan peningkatan frekuensi/kedalaman (pernapasan kusmaul). Batuk produktif dengan sputum merah muda encer (edema paru).

e. Pola Tidur dan Istirahat

Data Subjektif : Gangguan tidur (insomnia, gelisah)

Data Objektif : Gelisah atau samnolen, cemas, pruritus.

f. Pola Persepsi dan Kognitif

Data Subjektif : Sakit kepala, penglihatan kabur

Data Objektif : Gangguan status mental, penurunan lapang paru.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data Subjektif : Harga diri rendah, perasaan tidak berdaya.

Data Objektif : Sering marah-marah, cemas.

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

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

Data Objektif : Lemas, penampilan tak berharga, murung, suka menyendiri.

i. Pola Produksi dan Seksualitas

Data Objektif : Penurunan libido, emenorea, infertilitas.

Data Subjektif : hubungan perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan untuk *Chronic kidney disease* yaitu :

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi.
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient. Intervensi / Rencana Keperawatan (SIKI)

Adapun perencanaan keperawatan yang disusun untuk mengatasi

permasalahan yang dialami oleh *Chronic Kidney Disease* (CKD) yaitu:

a. Diagnosa I : Hipervolemi berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka Keseimbangan cairan dapat meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Asupan cairan meningkat
- 2) Haluaran urine meningkat
- 3) Kelembapan membrane mukosa meningkat
- 4) Edema menurun
- 5) Dehidrasi menurun
- 6) Tekanan darah membaik
- 7) Denyut nadi radial membaik
- 8) Tekanan arteri rata-rata membaik
- 9) Membrane mukosa membaik
- 10) Mata cekung membaik
- 11) Turgor kulit membaik

Tingkat kepatuhan dapat meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat
- 2) Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat
- 3) Perilaku mengikuti program perawatan atau pengobatan membaik
- 4) Perilaku menjalankan program membaik

SIKI : Manajemen Hipervolemia

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala *hypervolemia* (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)

Rasional : Untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul

- 2) Identifikasi penyebab *hypervolemia*

Rasional : Untuk mengetahui penyebab dari terkena *hypervolemi*

- 3) Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, POMP, CO, CI) jika tersedia.

Rasional : Untuk Mengetahui tanda-tanda vital pasien

- 4) Monitor intake dan output cairan

Rasional : Untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, atau seimbang

- 5) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium,BUN, hematocrit, berat jenis urine)

Rasional : Untuk mengetahui cairan dalam darah

- 6) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat).

Rasional : Untuk Mengetahui tentang adanya tanda-tanda *hypervolemia*

- 7) Monitor kecepatan infus secara ketat

Rasional : Untuk menghindari kelebihan cairan yang masuk kedalam tubuh

- 8) Monitor efek samping deuretik (mis. Hipotensi *ortostatik*, *hypovolemia*, *hipokalemia*, *hyponatremia*)

Rasional : Untuk mengetahui intake yang ada dalam tubuh

Terapeutik

- 9) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama.

Rasional : Untuk mengetahui perkembangan berat badan

- 10) Batasi asupan cairan dan garam.

Rasional : Untuk mencegah terjadinya timbunan cairan dalam tubuh akibat cairan yang berlebih dan produksi

natrium yang berlebih

11) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Rasional : Untuk memberikan posisi nyaman pada pasien

Edukasi

1) Anjurkan melapor jika haluaran urin $<0,5$ ml/kg/jam dalam 6 jam

Rasional : Agar bisa mendapatkan segera penanganan sesuai perkembangan

2) Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari

Rasional : Agar segera mendapatkan penanganan sesuai perkembangan

3) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan

Rasional : Agar pasien bisa mengukur cairan tubuhnya sendiri

4) Ajarkan cara membatasi cairan

Rasional : Agar pasien bisa membatasi asupan cairan yang harus dikonsumsi

5) Kolaborasi pemberian diuretik

Rasional : Untuk mempercepat pembuangan urin

6) Kolaborasi pergantian kehilangan kalium akibat diuretik

Rasional : Agar kalium dalam tubuh tetap terjaga

7) Kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* (CRRT), jika perlu

Rasional : Untuk menggantikan fungsi ginjal

b. Diagnosa II

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas (Kelemahan otot pernapasan).

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam

maka diharapkan pola napas dapat membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Dispnea menurun
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 3) Pemanjangan fase akspirasi menurun
- 4) Frekuensi napas menurun
- 5) Kedalaman napas menurun

SIKI : Manajemen jalan napas

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
Rasional : Untuk mengetahui gejala pola napas tidak efektif
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. *Gurgling*, mengi, *wheezing*, ronkhi kering)
Rasional : Untuk menentukan suara napas tambahan
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
Rasional : untuk mengetahui adanya septum dan kontraindikasi

Terapeutik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
Rasional : Untuk mencegah trauma servikal
- 2) Posisikan semi-fowler atau fowler
Rasional : Untuk memberi keleluasan O₂ dan rasa nyaman
- 3) Berikan minum air hangat
Rasional : Untuk membuat tenggorakan akan lebih nyaman
- 4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
Rasional : Untuk mengeluarkan sputum efektif
- 5) Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik
Rasional : Untuk mengeluarkan sekret atau lendir yang

tidak bisa keluar

6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal

Rasional : Untuk mencegah tidak adanya penyumbatan jalan napas

7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill

Rasional : Untuk menghindari ketidakefektifan jalan napas

8) Berikan oksigen, jika perlu

Rasional : Untuk membantu asupan O₂

Edukasi

1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

Rasional : Untuk dapat mengeluarkan sekret dan lender secara efektif

2) Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional : Untuk mencegah terjadinya penyumbatan

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

Rasional : Untuk mencegah adanya penyumbatan pola napas

c. Diagnosa III

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka diharapkan Intoleransi aktivitas dapat meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Keluhan Lelah menurun
- 3) Dispnea saat aktivitas menurun
- 4) Dispnea setelah aktivitas menurun

SIKI : Terapi aktivitas

Observasi

1) Identifikasi deficit tingkat aktivitas

Rasional : Untuk melatih otot tubuh pasien

- 2) Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kelemahan

- 3) Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan

Rasional : Untuk meningkatkan gaya gerak otot

- 4) Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas

Rasional : Untuk mengetahui daya rasa pasien

- 5) Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. Pekerjaan) dan waktu luang

Rasional : Untuk mengetahui waktu yang efektif

- 6) Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kemampuan pasien

Terapeutik

- 1) Fasilitasi focus pada kemampuan, bukan deficit yang dialami

Rasional : Untuk mengajarkan strategi kepada pasien

- 2) Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas

Rasional : Untuk membuat rentang gerak efektif

- 3) Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kemauan pasien

- 4) Koordinasikan pemilihan aktivitas secara usia

Rasional : Untuk mengetahui aktivitas yang dapat digunakan sesuai dengan rentang gerak

- 5) Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih

Rasional : Untuk membuat nyaman

- 6) Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai

- Rasional : Untuk membuat pasien lebih konsisten
- 7) Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih
Rasional : Untuk membuat rasa nyaman
- 8) Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan.
Rasional : Untuk membantu pasien meningkatkan rentang gerak
- 9) Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak
Rasional : Untuk mengetahui *income* pasien
- 10) Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif
Rasional : Untuk membatasi rentang gerak yang berlebihan
- 11) Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai
Rasional : Untuk membuat agar lebih efektif
- 12) Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasikan otot
Rasional : Untuk meningkatkan daya kerja otot
- 13) Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis.kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien dimensia , jika sesuai
Rasional : Untuk mengetahui respon motorik
- 14) Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif
Rasional : Untuk membuat rasa tanggung jawab dan kepekaan
- 15) Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. Vocal grup, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)

Rasional : Untuk mencegah adanya anxiety

- 16) Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu

Rasional : Untuk membantu pasien

- 17) Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri

Rasional : Untuk memberikan semangat

- 18) Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan

Rasional : Untuk mencapai goals yang sudah ditentukan

- 19) Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari

Rasional : Untuk membuat lebih efektif

- 20) Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

Rasional : Untuk memberi *support*

Edukasi

- 1) Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu

Rasional : Agar pasien paham tentang apa goals yang dicapai

- 2) Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih

Rasional : Agar klien dapat mengontrol diri sendiri

- 3) Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan Kesehatan

Rasional : Untuk melatih tingkat rentang gerak

- 4) Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai

Rasional : Untuk mengetahui daya *income* yang baik

- 5) Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

Rasional : Untuk memberikan semangat kepada pasien

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai

Rasional : Untuk membantu kekuatan otot

- 2) Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu

Rasional : Untuk meningkatkan daya rentang gerak pasien

d. Diagnosa IV

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka integritas kulit dan jaringan dapat meningkat dengan kriteria hasil :

1. Elastisitas meningkat
2. Hidrasi meningkat
3. Perfusi jaringan meningkat
4. Kemerahan menurun
5. Nyeri menurun
6. Pigmentasi abnormal menurun
7. Nekrosis menurun
8. Tekstur membaik

SIKI : Perawatan integritas kulit

Observasi

1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Rasional : Untuk mengetahui penyebab gangguan integritas kulit.

Terapeutik

1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

Rasional : Untuk mencegah kerusakan pada jaringan kulit dan memberikan sirkulasi udara pada kulit.

2. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering

Rasional : Untuk memberikan kelembapan pada kulit dan kelancaran peredaran darah.

3. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif.

Rasional : Untuk mencegah terjadinya kerusakan pada jaringan kulit

4. Hindari produk berbahan alkohol pada kulit kering

Rasional : Untuk menghindari kulit bertambah kering

Edukasi

1. Anjurkan menggunakan pelembab

Rasional : Untuk dapat melembabkan kulit yang kering dan mencegah terjadinya kulit kering.

2. Anjurkan minum air yang cukup

Rasional : Untuk melembabkan dan mencegah kulit kering

3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional : Untuk mencegah kerusakan pada jaringan sirkulasi pada kulit

4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

Rasional : Untuk memberikan nutrisi, kesehatan dan kelembapan pada kulit agar tidak kering dan rusak.

e. Diagnosa V

Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

SLKI : Setelah dilakukan tindakan perawatan 3 x 24 jam maka kriteria hasil yang di harapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat

2. Perasaan cepat kenyang menurun
3. Frekuensi makan membaik
4. Napsu makan membaik
5. Bising usus membaik
6. Membran mukosa membaik

SIKI : Manajemen nutrisi

Observasi

1. Identifikasi status nutrisi

Rasional : Untuk mengetahui status nutrisi

2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasional : Untuk mengetahui alergi dan intoleransi makanan pada pasien

3. Monitor asupan makanan

Rasional : Untuk mengetahui jumlah asupan makanan yang dimakan oleh pasien.

4. Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : Untuk mengetahui makanan apa yang disukai oleh pasien

Terapeutik

1. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

Rasional : Untuk mencegah terjadinya konstipasi

2. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional : Untuk memberikan asupan nutrisi baik bagi kebutuhan tubuh pasien.

Edukasi

1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri dan antilemetik)

Rasional : Untuk memberikan kenyamanan kepada pasien

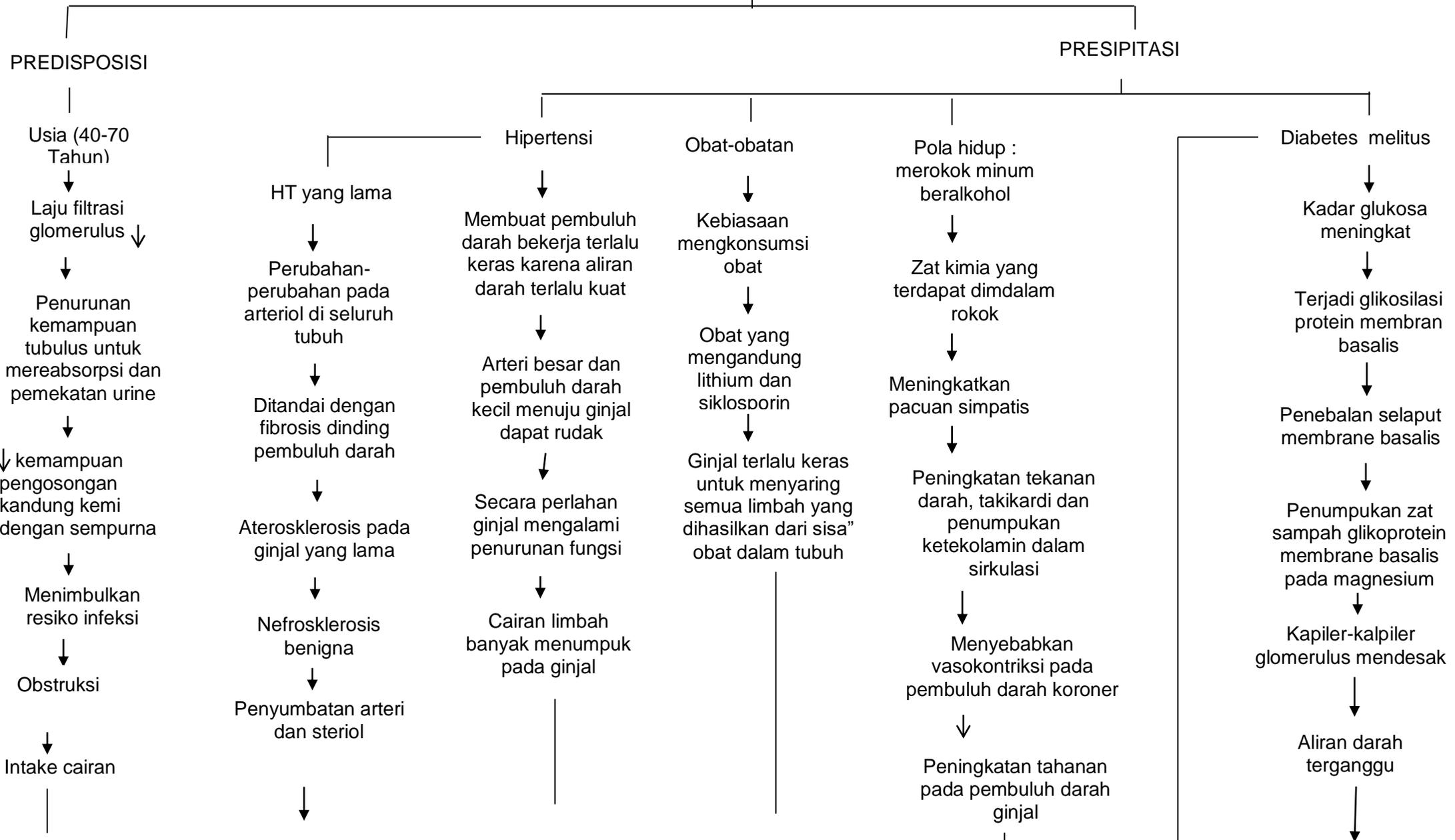
3. Perencanaan pulang

Adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut:

- a) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenal tanda dan gejala perburukkan penyakit chronic kidney disease. Misalnya mual dan muntah, pengeluaran urine, nafas berbau amoniak.
- b) Obat : Beritahu pasien dan keluarga tentang nama obat, dosis, waktu pemberian, jangan mengkonsumsi obat-obatan tradisional atau vitamin tanpa instruksi dokter, konsumsi obat secara teratur. Jika merasakan efek samping dari obat segera cek ke rumah sakit.
- c) Diet : Pertahankan diet seperti yang di anjurkan dokter seperti mengkonsumsi makanan rendah natrium dan kalium, membatasi cairan yang masuk serta jangan membiarkan menahan buang air kecil.
- d) Latihan : Melatih membuat jantung lebih kuat menurunkan tekanan darah, dan mambantu pasien tetap sehat. melakukan kegiatan secara perlahan lahan serta kegiatan secara kegiatan yang sudah di jadwalkan oleh dokter.

Patway

ETIOLOGI



Menyebabkan
kerusakan glomerulus
dan atrofi tubulus

Seluruh nefron
rusak

Penurunan laju filtrasi
glomerulus dan fraksi
filtrasi

Ginjal menyerap
darah dalam
jumlah yang
banyak

Ginjal yang
bertugas
menyaring darah
bekerja terlalu
keras

Kemudian ginjal tidak
mampu menyaring
semua bagian limbah
dari darah

Kebocoran

Ginjal kehilangan
fungsinya dengan di
tanda protein tinggi
dalam urine

39

Glumeruloskletosis
dan hipertrofi nefron

Menimbulkan
nefropati diabetik

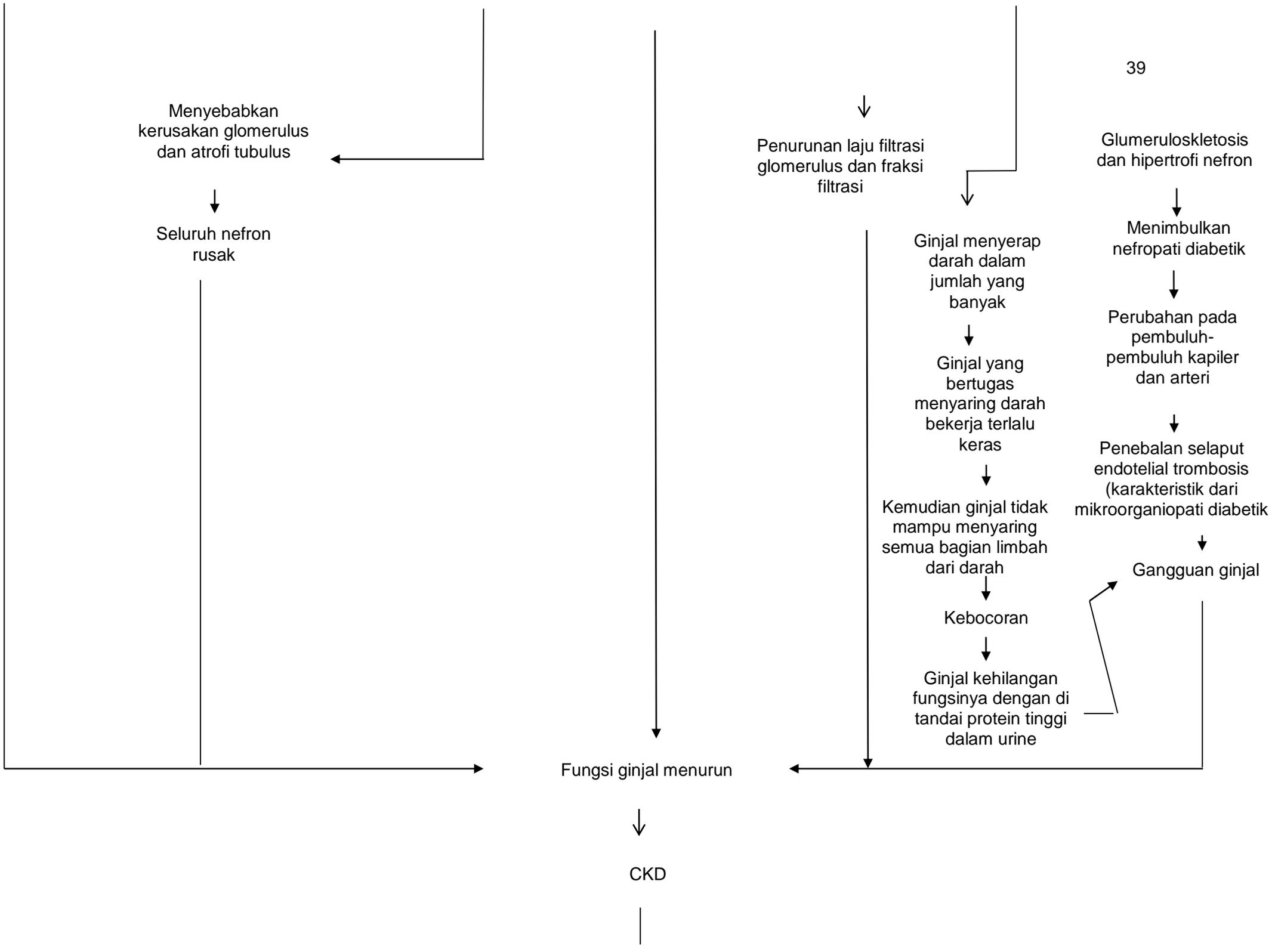
Perubahan pada
pembuluh-
pembuluh kapiler
dan arteri

Penebalan selaput
endotelial trombosis
(karakteristik dari
mikroorganiopati diabetik

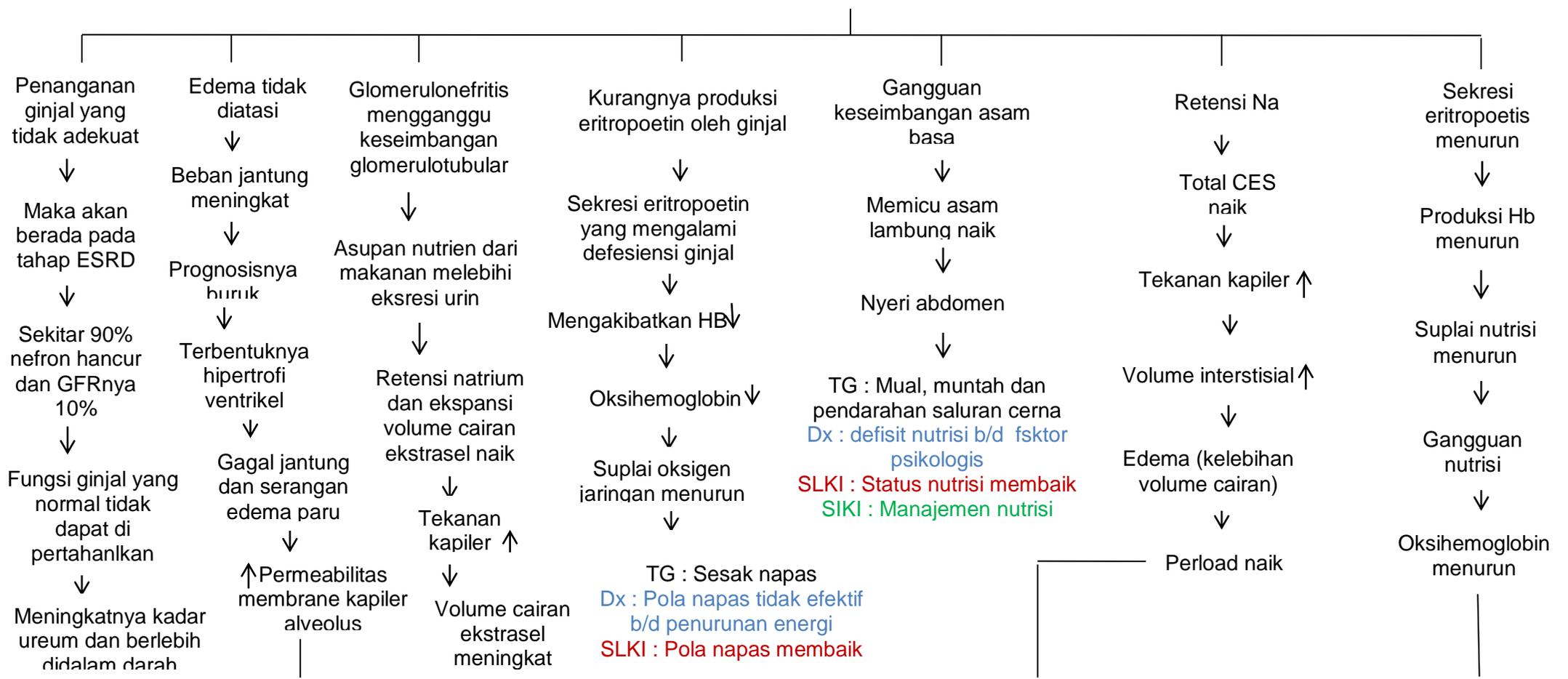
Gangguan ginjal

Fungsi ginjal menurun

CKD



- Stadium I: Penurunan cadangan ginjal (75%)
GFR > 90 ml/menit
- Stadium II: GFR menurun (30-89 ml/menit atau 50%)
- Stadium III: GFR menurun (30-59 ml/menit atau 20-50%)
- Stadium IV: Menurun (15-20ml/menit atau 15-24%)
- Stadium V: Penyakit ginjal stadium akhir (GFR <15 ml/menit)



Terjadi penimbunan cairan di dalam tubuh dan ketidakseimbangan elektrolit serta asam basa

Manifestasi klinis
Gejala gastrointestinal

Dx : Konstipasi b/d penurunan mobilitas gastrointestinal
SLKI : Eliminasi fekal membaik
SIKI : Manajemen eliminasi

Manifestasi dari keadaan
Berespon terhadap dialisis
Dx : Gangguan pertukaran gas

Akumulasi dari zat beracun atau sampah tubuh
Sampai ke otak
Kematian

Timbul edema
Dx : hipervolemia

SIKI : Manajemen jalan napas

Suplai oksigen jaringan menurun
Metabolisme anaerob
Asam laktat naik
Zat toksik
Reaksi antigen antibodi
Menekansaraf perifer
Nyeri pinggang

Dx : Nyeri akut b/d agen pencedera biologis
SLKI : Nyeri akut menurun
SIKI : Manajemen nyeri

Beban jantung meningkat
Hipertrofi ventrikel kiri
Paya jantung kiri
COP Menurun
Suplai oksigen ke otak menurun
Syncope (kehilangan kesadaran)

41
Suplai oksigen ↓

Dx : Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin
SKLI : Perfusi perifer meningkat
SIKI : Perawatan sirkulasi

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Ny "R" berumur 62 tahun masuk ke Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 02 juni 2022 dengan diagnosa CKD (*Chronik Kidney Disease*), pasien masuk ke Rumah Sakit yang kedua kalinya sebelumnya pasien pernah dirawat di Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 20 April -18 Mei 2022 dengan diagnosa CKD, setelah itu pasien dipulangkan kerumah dengan permasalahan yang belum teratasi, setelah pasien berada di Rumah selama 1 minggu lebih kemudian pasien mengalami sesak selama 2 hari dan nyeri pinggang, serta pasien terlambat 3 hari tidak melakukan hemodialisa, pada hari ketiga sesak pasien bertambah parah, pasien tampak pucat lemas dan konjungtiva tampak anemis kemudian pasien dilarikan ke Rumah sakit Stella Maris. Pertama pasien masuk ke IGD kemudian pasien dipindahkan ke ruangan St - Bernadet III. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 03 juni 2022 keluhan awal pasien yaitu sesak napas, nyeri pinggang serta pasien tampak pucat, lemas dan konjungtiva tampak anemis. Keluarga pasien mengatakan selama pasien masuk Rumah Sakit Stella Maris pasien sudah 15 kali menjalankan hemodialisa. BAK pasien sedikit, pasien tampak terpasang coneakta, CDL, tampak terpasang oksigen *Non Rebreathing Mask* diberikan aliran oksigen sebanyak 8 liter, tampak kulit pasien kering dan bersisik, tampak tidak ada edema, pasien menggunakan otot bantu pernapasan, pasien hanya terbaring ditempat tidur dengan posisi semifowler. Pada pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan TD : 170/80 mmHg, Suhu : 36,6°C, Nadi : 90 x/ menit, pernapasan : 28 x/menit, spo2 93%. Keluarga pasien mengatakan dalam 1 minggu pasien melakukan cuci darah sebanyak 3 kali. Pemeriksaan laboratorium didapatkan HGB : 7,4 G/dL, HCT 22,0%, HGB 7,4 g/dL,

Pemeriksaan ureum : 344,8 mg/dL, creatinin : 4,9 mg/dL. Terapi obat yang di berikan yaitu ketorolac 1 amp/8 jam/ IV, Nephrosteril 1 botol/ 24 jam / IV, Omeprazole 1 amp / 12 jam / IV, Amplodipine 10 mg/ 1x1 / oral, ondansentron 4 mg / 8 jam / IV dan dulcolax extra 10 mg.

Berdasarkan data diatas penulis mengangkat 5 diagnosa yaitu, pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis, konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal.

B. Pengkajian

Unit : Bernadet III B Autoanamnese : ✓

Kamar : 355 Bed 1 Alloanamnese : ✓

Tanggal masuk RS : 03 Juni 2022

Tanggal pengkajian : 04 Juni 2022

1. Identifikasi**a. Pasien**

Nama initial : Ny R
 Umur : 62 Tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Status perkawinan : Menikah
 Jumlah anak : 4 orang anak laki-laki
 Warga negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Indonesia
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : IRT
 Alamat rumah : JL. Sulawesi, lorong 214 no 29

b. Penanggung Jawab

Nama : Tn. A
 Umur : 71 Tahun
 Alamat : JL. Sulawesi, lorong 214 no 29
 Hubungan dengan pasien : Suami

2. Data Medik

Diagnosa medik
 Saat masuk : CKD
 Saat pengkajian : CKD Stage V + Dipsnue

3. Keadaan Umum**a. Keadaan Sakit**

Pasien tampak sakit ringan/ sedang/ berat/ tidak tampak sakit
 Pasien sakit sedang, karena terpasang coneakta triway dan

pasien tampak sesak terpasang O2 NRM yang dialirkan sebanyak 8 liter/menit, dengan frekuensi pernapasan 28 x/menit, dan saturasi oksigen 93%, jenis pernapasan takipnea serta pasien mengeluh nyeri pinggang dan pasien terbaring lemas diatas tempat tidur.

Alasan : Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Komposmentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

———— +

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

Tekanan darah : 170/80 mmHg

MAP : 110 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai

Suhu : 36,6 °C Oral Axilla Rektal

2) Pernapasan : 28 x/menit, Spo2 93%

Irama : Teratur Bradipnea Takipnea

Kusmaul Cheynes-stokes

Jenis : Dada Perut

3) Nadi : 102 x/menit

Irama : Teratur Bradikardi Takikardi Kuat

Lemas

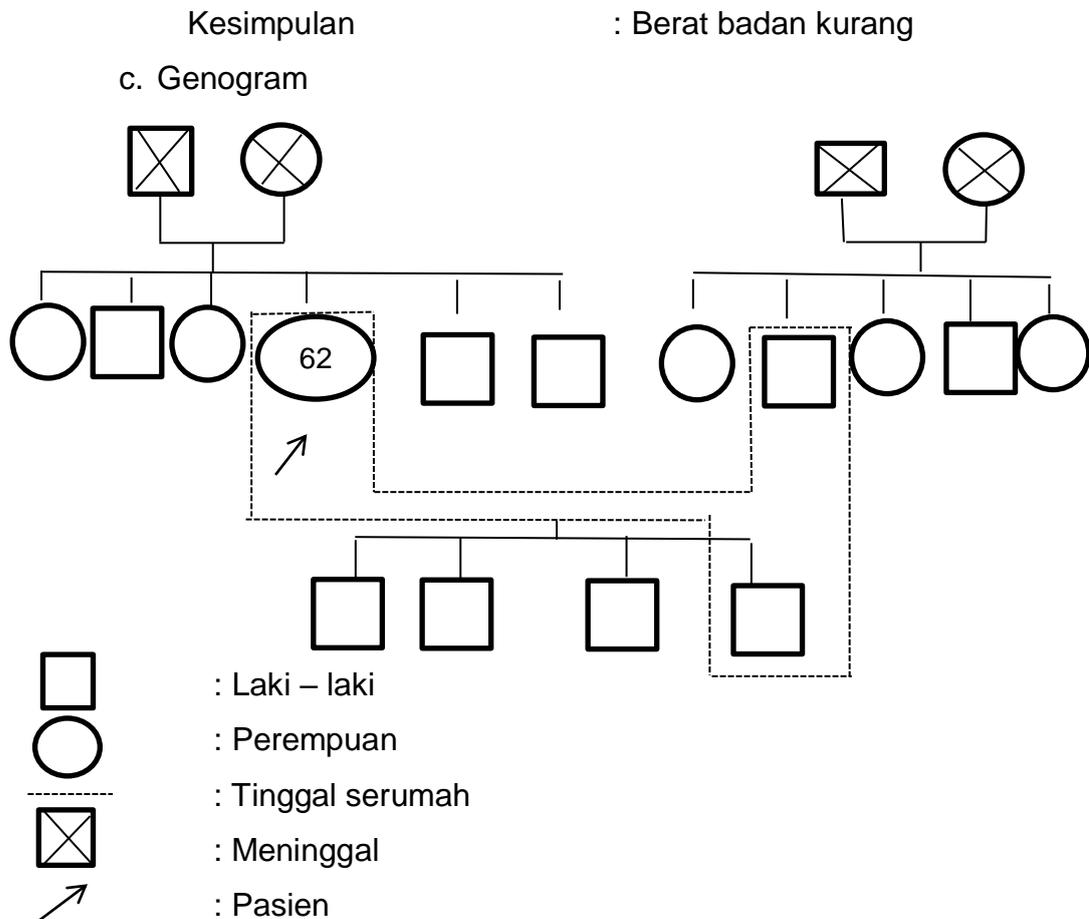
b. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 23 cm

2) Tinggi badan : 165 cm

3) Berat badan : 46 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 16,91



4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting sehingga pasien selalu menjaga kesehatannya dengan cara pasien selalu bangun pagi jam 05.30 untuk olahraga ringan seperti jalan kaki di sekitar daerah tempat tinggalnya dan selalu memperhatikan kebersihan rumahnya, keluarga pasien mengatakan ketika pasien demam ataupun flu pasien hanya minum air hangat dan beristirahat sampai keadannya menjadi baik dan sehat kembali, pasien tidak pernah membeli obat atau kerumah sakit untuk berobat.

2) Riwayat penyakit saat ini

Keluhan utama : Sesak pada bagian dada + nyeri pinggang bagian belakang

Riwayat keluhan utama : Pasien mengatakan sesak disertai dengan nyeri pinggang, sesak dialami sejak 2 hari yang lalu, kemudian hari ketiga sesak dan nyeri pinggang pasien bertambah parah sehingga pasien dilarikan kerumah sakit dan pasien juga tidak melakukan HD selama 3 hari. Saat dilakukan pengkajian keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih merasa sesak dan nyeri pinggang, tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 28 x/menit, jenis pernapasan takipnea pasien tampak pucat, dan meringis kesakitan pada bagian pinggang.

Riwayat penyakit yang pernah dialami : Pasien mengatakan bahwa ia memiliki riwayat penyakit hipertensi selama 12 tahun dan penyakit gagal ginjal kronik dialami selama 3 tahun, dalam seminggu pasien masuk rumah sakit untuk melakukan cuci darah, hingga kini total cuci darah yang dilakukan sebanyak 15 kali di Rumah sakit Stella maris.

3) Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan didalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit hipertensi dan penyakit gagal ginjal.

Pemeriksaan fisik :

- a) Kebersihan rambut : Tampak bersih dan beruban
- b) Kulit kepala : Tampak bersih, terdapat ketombe
- c) Kebersihan kulit : Tampak bersih, kering dan bersisik
- d) Higiene rongga mulut : Tampak bersih, lidah tampak putih
- e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji pasien menolak
- f) Kebersihan anus : Tidak ada peradangan

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan 1 porsi makanan dihabiskan dengan menu makan lauk nasi, ikan, daging, sayur, tempe dan tahu dan setelah makan pasien sering mengonsumsi buah pisang. Pasien minum air putih \pm 5 – 7 gelas 1.500 cc/hari pasien juga menyukai minum kopi dan minuman bersoda seperti suprite atau fanta, dalam sehari pasien mengonsumsi kopi sampai 5 gelas dan minuman bersoda dalam sehari 2 – 3 kaleng.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makannya berkurang karena setiap kali makan pasien merasa mual sehingga pasien hanya mampu menghabiskan makan yang di berikan $\frac{1}{4}$ porsi makanan yang disediakan dengan frekuensi makan 3 kali sehari, jenis makanan yang diberikan kepada pasien setiap harinya yaitu bubur, ikan, sayur, ayam, telur rebus. dan pasien minum air putih dalam sehari 1-2 gelas sehari 200cc. Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien mengalami penurunan berat badan dari 65 kg menjadi 46 kg, IMT 16,91 (berat badan kurang)

Observasi :

Tampak pasien kurus dan mengalami penurunan berat badan dari 65 menjadi 46 dan tampak pasien menghabiskan $\frac{1}{4}$ makanan dari porsi yang telah disediakan.

3) Pemeriksaan Fisik :

- | | |
|-------------------------|------------------------------------|
| a) Keadaan rambut | : Tampak bersih dan berwarna putih |
| b) Hidrasi kulit | : Finger print kembali > 3 detik |
| c) Palpebra/conjungtiva | : Tampak tidak edema/tampak anemis |
| d) Sclera | : Tidak tampak ikterik |
| e) Hidung | : Tampak septum berada |

- ditengah
- f) Rongga mulut : Tampak bersih
Gusi : Tidak ada peradangan
- g) Gigi : Tampak utuh
Gigi palsu : Tampak tidak ada
- h) Kemampuan mengunyah keras : pasien mampu
mengunyah keras
- i) Lidah : Tampak bersih
berwarna putih
- j) Pharing : Tidak ada peradangan
- k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
- l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
- m) Abdomen :
- Inspeksi : Tampak distensi abdomen
 - Auskultasi : Terdengar bunyi peristaltik usus 4 x/menit
 - Palpasi : Teraba nyeri tekan pada bagian perut
 - Perkusi : Terdengar bunyi timpani
- n) Kulit :
- Edema : positif negatif
 - Icteric : positif negatif
 - Tanda-tanda radang : Tidak peradangan
- o) Lesi : Tidak tampak adanya lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB lancar dengan frekuensi 1-2 x/hari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan. Pasien juga mengatakan BAK tidak lancar dengan frekuensi \pm 2-3 x/hari, warna urine kuning pekat dan berbau amoniak serta urine tampak berbusa, pasien juga mengatakan sering nyeri

pada bagian pinggang nyeri yang dirasakan oleh pasien hilang timbul.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan BAB tidak lancar, sudah 2 minggu pasien tidak BAB, dan BAK tidak lancar \pm 2-3 x/hari dengan jumlah urine \pm 200 cc/24 jam dengan karakteristik berwarna kuning berbusa dan berampas

Observasi :

Tampak abdomen asites

Tampak urine pasien didalam urine bag dan saat ini yang tertampung sebanyak 200 cc

Pemeriksaan fisik :

- a) Peristaltik usus : 4 x/menit
- b) Palpasi kandung kemih : Penuh Kosong
- c) Nyeri ketuk ginjal : Positif Negatif
- d) Mulut uretra : Tidak dikaji pasien menolak
- e) Anus :
 - Peradangan : Tidak ada peradangan
 - Hemoroid : Tidak ada hemoroid
 - Fistula : Tidak ada fistula

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia merupakan seorang ibu rumah tangga yang kesehariannya melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, membersihkan rumah dan mengurus anak. Pasien juga sering berolahraga ringan seperti berjalan kaki setiap pagi didaerah sekitar rumahnya

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat melakukan

aktivitas seperti biasanya, karena pasien merasa cepat lelah dan pinggangnya terasa nyeri, pasien tidak dapat duduk dan berdiri, sehingga semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

Observasi :

Pasien tampak sesak dengan frekuensi pernapasan 28 x/menit jenis pernapasan takipnea tampak terpasang oksigen NRM dengan aliran oksigen 8 liter dan tampak pasien meringis kesakitan karena pinggangnya terasa nyeri.

a) Aktivitas harian :

- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 3
- Mobilisasi di tempat tidur : 2

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

- b) Postur tubuh : Tidak dikaji pasien tidak mampu berdiri
- c) Gaya jalan : Tidak dikaji pasien tidak mampu berdiri
- d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada yang cacat
- e) Fiksasi : Tidak dilakukan fiksasi
- f) Tracheostomi : Tidak ada

3) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

- Berbaring : 170/80 mmHg
- Duduk : Tidak di kaji
- Berdiri : Tidak dikaji
- Kesimpulan : Hipertensi
- HR : 102 x/menit

b) Kulit :

Keringat dingin : Tampak tidak ada

Basah : Tampak tidak ada

c) JVP : 5 -2 cmH₂O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

d) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam 3 detik

e) Thorax dan pernapasan

f) Inspeksi:

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkostal : Tampak penggunaan otot bantu pernapasan

Sianosis : Tidak ada

▪ Palpasi :

Vocal premitus : Getaran sama kiri dan kanan

Krepitasi : Tidak ada

▪ Perkusi : Sonor

▪ Auskultasi :

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : Normal

Suara tambahan : Tidak ada suara napas tambahan

g) Jantung

▪ Inspeksi :

Ictus cordis : Ada pembesaran

▪ Palpasi :

Ictus cordis : Teraba di ICS 5 linea mid-clavikularis sinistra

▪ Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 4 linea mid-clavikularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 5 linea mid- sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 linea mid- axilaris anterior sinistra

▪ Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis dekstra

Bunyi jantung II P : Tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal ICS 5 linea sternalis Mid clavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak terdengar

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

▪ Atrofi otot : Positif Negatif

▪ Rentang gerak

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

i) 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

j) Refleks fisiologi : Bicep (+), Tricep (+), Patella (+)

k) Refleks patologi : Negatif

Babinski,Kiri : Negatif Positif Negatif Positif

▪ Iubing jari-jari : Tidak ada

▪ Varises tungkai : Tidak ada

l) Columna vetebralis:

▪ Inspeksi : Lordosis Kifosis Scoliosis

▪ Palpasi : Nyeri tekan tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada saat tidur, pasien tidur malam \pm 7-8 jam dari jam 21.00 – 05.30

WITA, pasien suka tidur dalam suasana gelap, pasien tidak pernah mengonsumsi obat tidur.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan susah tidur nyeyak karena sesak dan nyeri pinggang, pasien mengatakan tidur malam \pm 4-5 jam dan tidak bisa tidur siang, pasien sering terbangun karena sesak dan nyeri pinggang.

Observasi :

Ekspresi wajah mengatuk : positif negatif

Banyak menguap : positif Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan mampu mendengar dengan baik, mengalami penurunan penglihatan dan dapat merasakan panas serta dingin.

2) Pasien mengatakan memiliki penurunan pada penglihatan dan pasien tidak memiliki masalah pada pendengarannya

Observasi :

Tampak pasien tidak memiliki alat bantu dengar dan tampak ada kaca mata disamping tempat tidur pasien

3) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

▪ Kornea : Tampak kurang jernih

▪ Pupil : Tampak isokor

▪ Lensa mata : Tampak mata keru

▪ Tekanan intra okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan

b) Pendengaran

▪ Pina : Tampak simetris

- Kanalis : Tampak bersih tidak ada serumen
 - Membran timpani : Tampak utuh
- c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :
 Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai
- g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri
- 1) Keadaan sebelum sakit :
 Pasien mengatakan ia merupakan seorang ibu yang memiliki 4 orang anak laki-laki, untuk kebutuhan sehari-hari suami yang mencari nafka.
 - 2) Keadaan sejak sakit :
 Pasien mengatakan selama sakit tidak dapat melakukan suatu dikarenakan tubuhnya yang lemas sehingga ia hanya terbaring lemas diatas tempat tidur.
 Observasi :
 Pasien tampak terbaring ditempat tidur
 - a) Kontak mata : Tampak penuh melihat perawat berbicara
 - b) Rentang perhatian : Tampak ada perhatian saat diajak bicara
 - c) Suara dan cara bicara : Suara pasien jelas dan pelan
 - d) Postur tubuh : Kifosis
 - 3) Pemeriksaan fisik :
 - a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
 - b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji pasien tidak mampu berdiri
 - c) Kulit : Tampak kulit kering
- h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tinggal bersama suami dan satu orang anaknya yang sudah berkeluarga, pasien memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga, perawat, dan pasien lainnya terjalin dengan baik

3) Observasi :

Tampak pasien dirawat dan dijaga oleh suami dan anak menantunya.

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pasien memiliki 4 orang anak, pasien tidak mengalami masalah pada sistem reproduksinya dan sekarang pasien sudah menopause.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada bagian reproduksinya dan pasien juga sudah mengalami menopause

3) Observasi :

Tampak pasien berperilaku dan berpenampilan selayaknya

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak dikaji pasien menolak

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan bila mengalami masalah selalu mengontrol diri dan bercerita dengan suami serta anaknya, pasien meredakan amarahnya dengan cara menonton TV atau bercerita dengan suaminya

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa cemas memikirkan penyakitnya dan hanya bisa tetap sabar berpasrah dengan penyakitnya.

3) Observasi :

Tampak ekspresi wajah pasien cemas

k. Pola Sistem Dan Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia beragama katolik dan selalu berdoa dan bekerja bersama suaminya, pasien juga aktif dalam kegiatan kerohanian yang ada digerejanya

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak pernah lagi pergi beribadah ke gereja dan pasien hanya bisa berdoa diatas tempat tidur.

3) Observasi :

Tampak ada alkitab disamping tempat tidur pasien.

5. Uji Saraf Kranial

- a. N I : Olfactorius
Pasien mampu menghidu serta membedakan bau minyak kayu putih dengan mata tertutup
- b. N II : Optikus
Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ± 30 cm
- c. N III, IV, VI : Oculomotorius, Trochlearis, Abducens
Pasien mampu menggerakkan bola matanya ke segala arah, pupil mengecil ketika diberi cahaya
- d. N V : Trigeminus
Sensorik : Pasien mengatakan mampu merasakan gesekan tisu di pipi sebelah kanan, kiri, kening, dan dagu dengan mata tertutup
Motorik : Pasien mampu mengunyah dengan keras
- e. N VII : facialis
Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula
Motorik : Pasien mampu membuka mulut, tersenyum dan mengangkat alis.
- f. N VIII : Vestibulo - acusticus
Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri
Akustikus : Pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat pada telinga kiri dan kanan
- g. N IX : Glossopharyngeus
Tampak letak uvula di tengah
- h. N X : Vagus
Pasien mampu menelan
- i. N XI : ascesorius
Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan kiri serta dapat menggerakkan kepala ke kiri dan ke

- kanan
- j. NXI : Hypoglossus
- Pasien mampu menjulurkan lida kedepan dengan posisi lurus, dan dapat menggerakkan lidah mendorong pipi kiri dan kanan dari arah dalam

6. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Keterangan
SGOT	29	<32	u/L	
SGPT	15	<31	u/L	
Ureum	344,8	10-50	mg/Dl	H
Kreatinin	11,48	<1,1	mg/dL	H

Laboratorium dialisis

Urine rutin

Test/jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
SG	1.015		
PH	8		
Leukosit	+-10	Negatif	/UI
Nitrit	Negatif	Negatif	
Protein	++100	Negatif	g/L
Glukosa	Normal	Normal	mmol/L
Keton	Negatif	Negatif	mmol/L
Urobilin	Normal	Normal	umol/L
Bilirubin	Negatif	Negatif	umol/L

Eritrosit	+++250	Negatif	/UI
------------------	---------------	----------------	------------

Sedimen urine

Urine rutin			
Erytrosit	Penuh	0-1	/LPB
Leukosit	9-10	4-5	/LPB
Epitel	+	+	
Kolor	Kuning		
Clarity	Keru		

Kimia darah

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Natrium	130	136-145	mmol/L
Kalium	7,8	3,4-4,5	mmol/L
Chlorida	91	100-108	mmol/L

Laboratorium

Parameter	Hasil	Nilai rujukan
WBC	24,62 + (10³/uL)	(4,80 – 10,20)
RBC	2,76 – (10 ⁶ /uL)	(4,00 – 5,50)
HGB	7,4 – (g/dL)	(12,2 – 16,2)
HCT	22,0 – (%)	(37,7 – 47,9)
MCV	79,7 (fl)	(80,0 – 97,0)
MCH	26,8 (pg)	(26,0 – 31,0)
MCHC	33,6 (g/dL)	(31,8 – 35,4)

PLT	488 + (10³/uL)	(150 – 450)
RDW-SD	47,6 (fl)	(37,0 – 54,0)
PDW-CV	16,1 + (%)	(11,5 – 14,5)
PDW	8,6 - (fl)	(9,0 – 13,0)
MPV	8,6 (fl)	(7,2 – 11,1)
P-LCR	14,4 – (%)	(15,0 – 25,0)
PCT	0,42 + (%)	(0,17 – 0,35)
Neut#	20,20 + (10³/uL)	(1,50 – 7,00)
LYMPH#	2,40 (10³/uL)	(1,00 – 3,70)
MONO#	1,18 (10³/uL)	(0,00 – 0,70)
EO#	0,77 (10³/uL)	(0,00 – 0,40)
BASO#	0,07 (10³/uL)	(0,00 – 0,10)
IG#	0,14 (10³/uL)	(0,00 – 7,00)
NEUT%	82,1 + (%)	(37,0 – 80,0)
LYMPH%	9,7 (%)	(10,0 – 50,0)
MONO%	4,8 (%)	(10,0 – 50,0)
EO%	3,1 (%)	(0,0 – 14,0)
BASO%	0,3 (%)	(0,0 – 1,0)
IG%	0,6 (%)	(0,0 -72,0)

B. Analisa Data

Nama/ umur : Ny "R"/62 Tahun

Unit / Kamar : St. Bernadeth III A / 355

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia sudah sesak selama dua hari dirumah, pada saat hari ketiga sesak pasien bertambah parah sehingga pasien dilarikan kerumah sakit - Pasien mengatakan ia susah untuk tidur karena sesak dan gelisah - Pasien mengatakan sering terbangun karena sesak. - Pasien mengatkan tampak pucat dan lemas. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - Tampak terpasang oksigen NRM dengan konsentrasi oksigen 15 liter - Tampak pasien gelisa - Hasil observasi TTV TD : 170/80 N : 102 x/menit S : 36,6 C P : 28 x/ menit SPO2 : 93% 	Penurunan energi	Pola napas tidak efektif
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tampak pucat dan lemas - Pasien mengatakan konjungtiva pasien terlihat pucat - Pasien mengatakan merasa pusing 	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa sesak napas - Pasien mengatakan merasakan detak jantungnya cepat. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 170/80 mmHg - Tampak pasien pucat - Tampak konjungtiva anemis - CRT kembali > 3 detik - HGB menurun 7,4 		
3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P :Nyeri pada bagian pinggang <p>Keluarga pasien mengatakan pasien sering mengeluhkan nyeri pada bagian pinggangnya</p> <p>Q:Nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R :Nyeri pada pinggang</p> <p>S :Skala nyeri 7</p> <p>T :Terus menerus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri akan sangat bertambah ketika pasien bergerak ataupun pasien digerakkan - Pasien mengatakan ia sering terbangun pada saat tidur karena nyeri pada bagian pinggangnya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak wajah pasien meringis kesakitan - Tampak skala nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan skala nyeri 7 	Agen pencedera biologis	Nyeri akut
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan pasien berkurang, pasien hanya dapat menghabiskan ¼ porsi makan yang diberikan dari 	Nafsu makan menurun	Defisit nutrisi

	<p>rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien merasa mual ketika makan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{4}$ makanan yang diberikan - Tampak pasien mengalami penurunan berat badan 10% dari 65 kg menjadi 46 kg - IMT 16,91 (berat badan kurang) 		
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah 2 minggu tidak BAB - Keluarga pasien mengatakan perut pasien terasa penuh dan keras serta merasa sakit - Pasien mengatakan tidak menyukai makan sayur yang diberikan dari rumah sakit - Pasien mengatakan selama pasien masuk rumah sakit pasien tidak mau makan sayur dan buah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak perut membesar dan keras - Terdengar bising usus pasien 4 x/menit - Tampak pasien merasa gelisa 	Penurunan motilitas gastrointestinal	Konstipasi

C. Diagnosa keperawatan

No	Data
1.	Pola napas tidak efektif b d Penurunan energi
2.	Perfusi perifer tidak efektif b d Penurunan konsentrasi hemoglobin
3.	Nyeri akut b d Agen pencedera biologis
4.	Defisit nutrisi b d faktor psikologis
5.	Konstipasi b d penurunan motalitas gastrointestinal

D. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1.	Pola napas tidak efektif b d Penurunan energi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka hasil yang diharapkan pola napas membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea menurun 2. Frekuensi napas membaik 3. Kedalaman napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui kondisi dari pernapasan pasien</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan semi fowler atau fowler <p>Rasional</p> <p>Untuk memberikan posisi yang nyaman bagi pasien yang sesak.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan oksigen <p>Rasional</p> <p>Untuk mengurangi sesak pasien dan memenuhi kebutuhan oksigen pasien.</p> <p>Pemantauan respirasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui kondisi dari pernapasan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas (seperti bradipnea, Takipnea, hiperventilasi, kusmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik) <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui kondisi pernapasan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi bunyi napas <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui</p>
--	--	--	---

			<p>bunyi napas pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor saturasi oksigen <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui saturasi oksigen pasien</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui perkembangan dari respirasi pasien</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <p>Rasional</p> <p>Agar keluarga dapat memahami tujuan pemantauan yang dilakukan dan dapat juga mengetahui kondisi pasien.</p>
2.	Perfusi perifer tidak efektif b d Penurunan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Perawatan sirkulasi

	<p>konsentrasi hemoglobin</p>	<p>selama 3x24 jam maka kriteria hasil yang diharapkan perfusi perifer meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warna kulit pucat menurun 2. Nyeri ekstremitas menurun 3. Pengisian kapiler cukup membaik 4. Turgor kulit cukup membaik 5. Tekanan darah sistolik cukup membaik 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) <p>rasional</p> <p>untuk mengetahui adanya gangguan sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <p>rasional</p> <p>untuk mengetahui bagian tubuh mana yang merasakan nyeri dan kemerahan.</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi <p>Rasional</p> <p>Untuk mencegegah perburukan pada</p>
--	-------------------------------	---	---

			<p>kondisi pasien.</p> <ul style="list-style-type: none">- hindari Pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi <p>Rasional</p> <p>Untuk mencegah perburukan pada ekstremitas yang mengalami keterbatasan.</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- anjurkan minum obat penurun tekanan darah antikoagulan dan penurunan kolestrol <p>Rasional</p> <p>Untuk menurunkan tekanan darah pasien.</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan perawan kulit yang tepat (mis, melembabkan kulit yang kering) <p>Rasional</p> <p>Untuk memberikan kelembapan kulit serta menjaga agar</p>
--	--	--	---

			<p>kulit tidak kering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis, rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3) <p>Rasional</p> <p>Untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarga agar dapat mengerti dengan program diet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat). <p>Rasional</p> <p>Agar pasien dapat ditangani segera dan tidak terjadi perburukan yang berkelanjutan</p>
3.	Nyeri akut b d agen pencedera biologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam maka di harapkan nyeri akut	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi

		<p>menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Pola tidur membaik 	<p>karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui lokasi, frekuensi, kualitas, dan karakteristik nyeri yang di alami oleh pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi skala nyeri <p>Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien berada pada skala berapa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui faktor apa yang dapat memperberat dan memperingan rasa nyeri.</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi
--	--	---	--

		<p>rasa nyeri</p> <p>Rasional</p> <p>Untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami pasien serta mngurang bahan kimia yang masuk kedalam tubuh pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol suara lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p>Rasional</p> <p>Untuk memberikan rasa nyaman dan tenang kepada pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Rasional</p> <p>Untuk memberikan kenyamanan kepada pasien saat beristirahat.</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab periode dan pemicu
--	--	--

			<p>nyeri</p> <p>Rasional</p> <p>Agar pasien dan keluarga dapat mengetahui penyebab terjadinya nyeri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Rasional</p> <p>Agar pasien dan keluarga dapat mengetahui cara menangani rasa nyeri secara alami.</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Rasional</p> <p>Untuk mengurangi rasa nyeri dan memberikan rasa nyaman pada pasien.</p>
4	Defisit nutrisi b d faktor psikologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka kriteria hasil yang	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi

		<p>diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Perasaan cepat kenyang menurun 3. Frekuensi makan membaik 4. Napsu makan membaik 5. Bising usus membaik 6. Membran mukosa membaik 	<p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui status nutrisi pada pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui pasien intoleransi dan alergi makanan apa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor asupan makanan <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui asupan makanan pada pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi makanan yang disukai <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui makanan apa yang disukai oleh pasien.</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi <p>Rasional</p>
--	--	---	---

			<p>Untuk melancarkan proses pencernaan pada pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Rasional</p> <p>Untuk memberikan pemenuhan asupan nutrisi dan kelancaran pada proses pencernaan pasien.</p> <p>Edukais</p> <ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antilemetik). <p>Rasional</p> <p>Untuk meberikan rasa nyaman kepada pasien ketika pasien makan.</p>
5.	Konstipasi b d penurunan motalitas gastrointestinal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka kriteria hasil yang darapkan eliminasi fekal membaik	<p>Manajemen eliminasi fekal</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar

		<ol style="list-style-type: none"> 1. kontrol pengeluaran feses meningkat 2. distensi abdomen menurun 3. nyeri abdomen menurun 4. konsistensi feses membaik 5. frekuensi defekasi membaik 6. peristaltik usus membaik 	<p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui masalah pada usus yang dapat menyebabkan terjadinya konstipasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor buang air besar (mis warna, frekuensi, konsistensi, volume) <p>Rasional</p> <p>Untuk mengetahui apakah pasien sudah buang air besar, dan berapa frekuensi serta volumenya.</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan air hangat setelah makan <p>Rasional</p> <p>Untuk melancarkan proses pencernaan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan makanan tinggi serat <p>Rasional</p> <p>Untuk melancarkan proses pencernaan pasien.</p>
--	--	---	---

			<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus <p>Rasional</p> <p>Agar pasien dapat mengetahui jenis makanan yang dapat membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus.</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses <p>Rasional</p> <p>Agar perawat dapat mengetahui frekuensi dan volume feses pasien</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi serat <p>Rasional</p> <p>Untuk melancarkan</p>
--	--	--	--

			<p>proses pencernaan pada pasien</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian obat supositorial anal. <p>Rasional</p> <p>Untuk melancarkan BAB pasien agar pasien merasa nyaman.</p>
--	--	--	--

E. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny R / 62 Tahun

Unit / Kamar : st bernadeth 3 / 355

Hari / Tanggal	Jam	DP	Implementasi keperawatan	Paraf
06 JUNI 2022	08.10	III	mengidentifikasi lokasi karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil : Tampak pasien meringis kesakitan pada bagian pinggang dengan frekuensi nyeri yang terus menerus.	Tresya
	09.00	III	Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : Setelah pasien diberikan terapi minyak lavender pasien mengatakan nyerinya berkurang dan sedikit merasa nyaman.	
	09.30	I	Memonitoring pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil : Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 27 x/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan, irama pernapasan takipnea dan jenis pernapasan dada.	Tresya
	10.00	II	Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Hasil : Tampak tekanan darah pasien 170/70 mmhg	Tresya
	13.00	I, II, III,I V, V, VI	Mengobservasi TTV TD : 160/70 mmHg N : 100 x/menit S : 36,4 c P : 27 x/menit Spo2 94%	Tresya

	12.00	IV	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : Tampak bubur, sayur, ikan dan buah anggur di atas meja pasien.	Tresya
	14.00	V	Mengidentifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar Hasil : Terdengar bunyi peristaltik usus pasien 4 x/menit. Pasien mengatakan belum diberikan obat pencahar.	Tresya
	17.00	III	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Tampak skala nyeri pada pasien dengan skala 6	Tresya
	17.15	I	Memposisikan semi-fowler atau fowler Hasil : Setelah diberikan posisi semi fowler pasien mengatakan iya merasa nyaman.	Tresya
	18.00	III	Memonitoring panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Hasil : Pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang	Tresya
	18.10	IV	Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makan Hasil : Pasien mengatakan alergi dengan udang dan tidak menyukai makan sayur bayam dan sayur sawi.	Tresya
	20.00	I, II	Melakukan pemberian cairan obat - Telah dilakukan pemberian cairan obat nephrosteril 1 botol/iv	

	20.10	V	Memonitoring buang air besar Hasil: Pasien mengatakan belum BAB	Tresya
	21.00	III	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : Pasien mengatakan nyeri akan berkurang ketika tidak bergerak	Tresya
	19.00	I	Memberikan oksigen Hasil : Tampak terpasang NRM dengan aliran oksigen sebanyak 8 liter	Tresya
	18.05	II	Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Hasil : Tidak dilakukan pengambilan darah pada daerah keterbatasan perfusi	Tresya
	18.20	IV	Memonitor asupan makanan Hasil : Tampak pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan yang diberikan dari pihak rumah sakit.	Tresya
	18.30	V	Memberikan air hangat setelah makan Hasil : Telah diberikan air hangat kepada pasien sebanyak 100 cc	Tresya
	06.00	IV	Melakukan balance cairan Cm : 200 cc Ck : 100 cc CM – (CK + IWL) = 1.350 – (100 + 690) = 1.350 – 790 = + 600 cc	Perawat Dita

07 juni 2022	08.00	I, II	Melakukan pemberian obat Hasil : - Omeprazole 1 amp/IV - Amlodipine 10 mg/oral - Kalitake 5 g/oral	Tresya
	09.00	III	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : Setelah diberikan terapi minyak lavender nyerinya sedikit berkurang.	Tresya
	10.30	I	Memonitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas Hasil : Tampak frekuensi napas 26 irama napas takipnea	Tresya
	12.00	II	Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Hasil : Pengukuran tekanan darah tidak dilakukan pada ekstremitas yang mengalami keterbatasan perfusi.	Tresya
	11.20	IV	Mengidentifikasi makanan yang disukai Hasil : Pasien mengatakan menyukai makanan seperti sayur tumis kangkung dan makan buah pisang	Tresya
	12.00	I, II, III	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 160/70 mmHg N : 100 x/menit S : 36,4 c P : 26 x/menit	Tresya
	12,10	IV	Menyediakan makanan tinggi serat Hasil :	Tresya

			Telah disediakan buah pepaya dan sayur tumis kangkung .	
	12.20	III	Mengontrol suara lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri Hasil : Suara dilingkungan dilingkungan pasien sudah aman dan tidak berisik.	Tresya
	13.00	I	Memonitor pola napas Hasil : Tampak pasien bernapas takipnea	Tresya
	16.00	IV	Menganjurkan minum obat penurun tekanan darah antikoagulan dan penurun kolestrol Hasil : Pasien telah meminum obat penurun tekanan darah.	Tresya
	18.00	V	Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : Tampak dipiring makan pasien ada telur rebus, ikan, bubur dan sayur bayam.	Tresya
	18.05	VI	Menjelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus Hasil : Tampak pasien memahami mengenai penjelasan tentang jenis makanan yang dapat meningkatkan keteraturan peristaltik usus.	Tresya
	20.00	III	Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil : menutup tirai pasien untuk mengurangi pecahayaan di tempat tidur pasien dan memakaikan selimut ke pasien	Tresya

	19.00	I	Mengauskultasi bunyi napas Hasil : Terdengar bunyi napas vesikuler	Tresya
	19.10	II	Menganjurkan minum obat penurun tekanan darah secara teratur Hasil : Pasien mengatakan bahwa iya teratur minum obat penurun tekanan darah.	Tresya
		IV	Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, peredah nyeri, antlemetik) Hasil : Telah diberikan obat pereda nyeri ketorolac dan ondansentron	Tresya
	17.00	V	Mengkolaborasi pemberian obat supositorial anal Hasil : - Dulcolac supp 5 mg	Tresya
	06.00	IV	Melakukan balance cairan Hasil : Balance cairan Cm : 1000 Ck : 100 IWL = 15 x BB =15 x 46 = 690/24 jam =28,75 Cm – (Ck + IWL) = 1000 – (100 + 28,75) = 1000 – 128,75 = 871,25	Perawat
08 juni 2022	08.00	I, II, III	Melakukan observasi TTV TD : 150/70 mmHg N : 92 x/menit	Tresya

			S : 36,8 c P : 25 x/menit spo2 98%	
	08.10	I, II	Melakukan pemberian obat - Ondansentron 4 mg/ IV - Amlodipine 10 mg/oral - Kalitaic 5 mg/ oral	Tresya
	09.00	III	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : Memberikan terapi essensial minyak lavender secara inhalasi dan massage	
	09.20	III	Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri Hasil : Tampak pasien dan keluarga mengerti mengenai penjelasan yang diberikan	Tresya
	09.30	I	Memonitor saturasi oksigen Hasil : Tampak saturasi oksigen 98%	Tresya
	10.00	II	Menganjurkan perawatan kulit yang tepat Hasil : Menganjurkan kepasien untuk menggunakan minyak zaitun untuk melembabkan dan membersihkan kulit.	Tresya
	12.00	IV	Monitor asupan makan Hasil : - Tampak pasien makan bubur, sayur, telur dan ikan - Tampak pasien tidak menghabiskan makanannya, tampak pasien makan ¼ makan	Tresya

	11.10	VI	Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi serat Hasil : Tampak di meja pasien terdapat buah anggur	Tresya
	14.00	III	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Skala nyeri 5	Tresya
	10.30	I	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Hasil : Tampak pasien mengerti mengenai penjelasan yang diberikan	Tresya
		II	Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi Hasil : Tampak pasien mengerti mengenai program diet yang diajarkan kepada pasien.	Tresya
	13.00	IV	Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : Tampak dipiring makan pasien terdapat telur rebus, bubur, sayur dan ayam kecap.	Tresya
	14,20	V	Menganjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, dan volume feses Hasil : Warna feses pasien berwarna coklat kekuningan, frekuensi 1 kali dengan volume feses yang sangat banyak	Tresya
	06.00	IV	Membalance cairan Hasil : Cm : 300 cc Ck : 150 cc	Perawat

		$\begin{aligned} \text{IWL} &= 15 \times \text{BB} \\ &= 15 \times 46 \\ &= 690/24 \\ &= 28,75 \\ \text{Balance cairan} \\ \text{Cm} &- (\text{Ck} + \text{IWL}) \\ &= 300 - (150 + 28,75) \\ &= 300 - 178,75 \\ &= 121,25 \end{aligned}$	
--	--	---	--

F. Evaluasi

Nama / Umur : Ny R / 62 Tahun

Unit / Kamar : St bernadeth 3 / 355

Tanggal	DP	Evaluasi soap	Nama perawat
06 JUNI 2022	I	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien menggunakan NRM - Tampak oksigen yang diberikan dengan aliran sebanyak 8 liter - Tampak pasien pernapasan takipnea <p>A :</p> <p>Pasien masih mengalami gangguan pola napas</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S :</p> <p>Keluarga mengatakan konjungtiva pasien tampak pucat, badan terasa lemas, pusing dan tekanan darahnya 170/70 mmHg</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konjungtiva tampak anemis - Tekanan dara pasien 170/70 <p>A :</p> <p>Pasien masih mengalami perfusi perifer tidak efektif</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	Tresya
	III	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih merasakan nyeri</p>	

		<p>pinggang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak skala nyeri 7 <p>A :</p> <p>Pasien masih merasakan nyeri akut</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
	IV	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan nafsu makannya masih berkurang, setiap kali pasien makan pasien merasa mual.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien makan ¼ porsi yang diberikan dari pihak rumah sakit - Tampak pasien makan bubur dan sayur sedikit <p>A :</p> <p>Pasien masih mengalami defisit nutrisi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
	V	<p>Konstipasi berhubung dengan ketidak cukupan asupan serat</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan belum BAB selama 2 minggu</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien merasa tidak nyaman dengan perutnya yang kembung - Tampak pasien belum BAB <p>A :</p> <p>Pasien masih mengalami konstipasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
07 JUNI 2022	I	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi</p> <p>S :</p> <p>Pasien Mengatakan bahwa iya masih merasa</p>	

		<p>sesak.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih sesak dengan pernapasan 26 - Tampak Terpasang oksigen NRM dengan aliran oksigen 8 liter <p>A :</p> <p>Pasien masih mengalami pola napas tidak efektif</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan telah melakukan transfusi darah sebanyak 1 bag</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak konjungtiva masih anemis - Tampak pengisian kapiler refill time kembali > 3 detik - Tidak teraba nadi perifer <p>A :</p> <p>Pasien masih mengalami perfusi perifer tidak efektif</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian pinggangnya, pasien mengatakan pinggangnya akan terasa sangat nyeri ketika bergerak atau digerakkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak skala nyeri 6 <p>A :</p> <p>Pasien masih mengalami nyeri akut</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	

	IV	<p>Defisit nutrisi dengan faktor psikologis</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak ada napsu makan dan sering merasa mual.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tidak menghabiskan makanannya - Tampak pasien hanya makan ¼ porsi makanan yang telah di berikan dari rumah sakit. <p>A :</p> <p>Pasien masih mengalami konstipasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
	V	<p>Konstipasi berhubungan dengan motilitas gastrointestinal</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan bahwa pasien belum BAB dan pasien telah diberikan obat pencahar dari dokter.</p> <p>O :</p> <p>Tampak pasien belum BAB</p> <p>A :</p> <p>Pasien masih mengalami konstipasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
08 JUNI 2022	I	<p>Pola napas tidak efektif b d penurunan energi</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keluhan sesak pada pasien berkurang, pernapasan 25 x/menit - Tampak terpasang oksigen nasal kanul - Tampak konsentrasi oksigen 3 liter <p>A :</p> <p>Pasien masih mangalami pola napas tidak efektif</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	Tresya
	II	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan</p>	

		<p>penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tekanan darahnya 150/70 mmHg</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak konjungtiva pasien tidak anemis - Capillary retil time kembali < 3 detik <p>A :</p> <p>Masalah pada perfusi perifer tidak efektif sudah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Hentikan intervensi</p>	
	III	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis</p> <p>S :</p> <p>Pasien pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak skala nyeri 5 - Tampak pasien tidak terlalu meringis kesakitan - Tampak pasien sudah bisa dilabalik kiri dan kanan secara perlahan <p>A :</p> <p>Nyeri akut yang dirasakan pasien sudah berkurang</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
	IV	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan hanya makan sedikit makanan yang dimakan hanya sekitar $\frac{1}{4}$ yang telah di sediakan dari pihak Rumah sakit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak menghabiskan makanannya - Tampak pasien hanya makan $\frac{1}{4}$ makan <p>A :</p>	

		<p>Pasien masih mengalami masalah pada defisit nutrisi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
	V	<p>Konstipasi berhubungan dengan ketidak cukupan asupan serat</p> <p>S : Pasien menatakan bahwa sudah BAB dengan frekuensi BAB yang banyak dengan warna kuning kecoklatan</p> <p>O : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah BAB - Tampak BAB banyak dan berwarna kuning kecoklatan </p> <p>A : Masalah konstipasi pada pasien telah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	

G. Daftar Nama Obat

1. Ketorolac

- a. Nama obat : Ketorolac
- b. Klasifikasi/golongan
Merupakan golongan obat anti inflamasi nonsteroid (OAINS)
- c. Dosis umum
Dosis awal 10 mg, diikuti dengan 10-30 mg setiap 4-6 jam, dosis maksimal 90 mg perhari
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan
1 amp/8jam/iv
- e. Cara pemberian obat: intravena
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat:
 - 1) Mekanisme
Absorpsinya terjadi di usus dengan bioavailabilitasnya pada pemberian oral, intramuskular dan intravena bolus 100%. Konsentrasi puncak pemberian oral akan tercapai dalam waktu 45 menit, pemberian intramuskular 30-45 menit dan intravena bolus 1-3 menit. Obat ini 99% berikatan dengan protein plasma. Konsentrasi di plasma akan berkurang setelah 6 jam, ketorolac mengalami metabolisme di hepar dan metabolitnya diekskresikan melalui urin (91,4%) dan feses (6,1%).
 - 2) Fungsi obat
Untuk menghambat prostaglandin yang merupakan mediator yang berperan pada inflamasi, nyeri, demam dan sebagai penghilang rasa nyeri perifer dan menghambat sintesis prostaglandin yang bekerja menghambat sintesis prostaglandin dan menghambat aksi prostaglandin pada organ target.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan

Alasan obat di berikan kepada pasien untuk menurunkan rasa nyeri.

h. Kontraindikasi

Pasien dengan hipersensivitas, pendarahan serebrovaskular dan gangguan pembekuan darah

i. Efek samping obat

1). Sakit perut

2). Mual

3). Muntah

4). Diare

5). Pusing

6). Perut kembung

7). Mengantuk

2. Nephrosteril

a. Nama obat : Nephrosteril

b. Dosis umum obat : 200 mL-400 mL/ hari

c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 200/hari (25 tetes)

d. Cara pemberian obat : Diberikan melalui intravena

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Sebagai pasokan atau asupan asam amino yang seimbang pada ginjal akut dan kronik misalnya malnutrisi, rendahnya kadar protein dalam darah.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan

Untuk memberikan pasokan dan asam amino yang seimbang.

g. Kontraindikasi

Pasien dengan gangguan metabolisme asam amino, gangguan hati stadium lanjut, insufisiensi jantung yang berat hiperhidrasi, hipokalemia, hiponatresmia.

h. Efek samping obat

- 1) Mual
- 2) Kedinginan
- 3) Muntah.
- 4) Reaksi alergi pada kulit
- 5) Ruam kulit
- 6) Ketidak nyamanan dada
- 7) Jantung berdebar
- 8) Peningkatan SGOT (serum glutamic transaminase) dan SGPT (serum glutamic pyruvic transaminase)

3. Omeprazole

- a. Nama obat : Omeprazole
- b. Klasifikasi/golongan : Proton pump inhibitor

c. Dosis umum

Dewasa 20 mg, sekali sehari, selama 4-8 minggu

d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan

1 amp/ 12 jam/ IV

e. Cara pemberian obat

diberikan secara intravena

f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Obat akan di aktifkan melalui proses protonasi dalam suasana asam di lambung, bentuk aktif kemudian akan secara irreversible berikatan dengan H⁺/K⁺-ATPase dalam sel parietal lambung kemudian mengaktifkan sistein pada pompa asam di lambung sehingga terjadi penekanan sekresi asam lambung, baik basal maupun terstimulasi. Kegunaan obat omeprazole mengurangi asam lambung.

g. Alasan pemebrian obat pada pasien yang bersangkutan :

alasan dberikan ke pasien karena pasien mengeluh nyeri pada

ulu hati

h. kontraindikasi :

kontraindikasikan untuk pasien yang diketahui hipersensivitas terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi.

i. efek samping obat :

gatal-gatal, kesulitan bernapas, pembengkakan pada wajah, bibir, lidah, atau tenggorokan, ruam, demam, gejala flu, mual atau muntah, sakit kepala, jantung berdebar-debar.

4. Amlodipine

a. Nama obat : amlodipine

b. klasifikasi/golongan : penyekat kanal kalsium

c. Dosis umum : dosis 5 mg dan 10 mg

d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg 1x1/oral

e. Cara pemberian obat : diberikan secara oral

f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Menurunkan tekanan darah dengan menghambat masuknya ion kalsium transmembran ke dalam jantung dan otot polos, sehingga menyebabkan dilatasi vaskuler perifer.

g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :

untuk menurunkan tekanan darah, syok akibat gangguan jantung, sumbatan aliran darah pada jantung dan gagal jantung.

h. Kontraindikasi

Penggunaan amlodipine tidak diperbolehkan pada pasien yang memiliki kondisi tekanan darah rendah.

i. efek samping obat

1) Mual

2) Pusing

3) merasa kelelahan

4) jantung terasa berdebar-debar

5) tungkai terasa bengkak/membesar

5. Kalitake

- a. Nama obat : kalitake
- b. Dosis umum
dewasa 3-6 bungkus perhari, 1 bungkus dilarutkan kedalam 30-50 ml air.
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan
1 bungkus kalitake dilarutkan dalam 30 ml air.
- d. Cara pemberian obat
Diberikan melalui oral
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat
Befungsi untuk mengobati hiperkalemia pada pasien gagal ginjal akut dan kronik.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
untuk mengurangi kadar kalium di dalam tubuh pasien
- g. Kontraindikasi
Pada pasien yang memiliki riwayat hipersensivitas terhadap ca polytyrenesulfonate dan pasien yang memiliki riwayat penyumbatan usus.
- h. Efek samping obat
penyumbatan didalam usus, sembelit, mual dan muntah, anoreksia (penurunan berat badan), nyeri perut, hipokalemia (kekurangan ion kalium di dalm tubuh)

6. Ondansentron

- a. Nama obat : ondansentron
- b. Klasifikasi/golongan
Antimietik yang termasuk dalam kelompok antagonis reseptor serotonin (reseptor 5HT3)
- c. Dosis umum

8 mg/8 jam/IV

- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan

4 mg/8 jam/IV

- e. Cara pemberian obat : Intravena

- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Mekanisme kerja

Bekerja sebagai antagonis selektif dan bersifat kompetitif pada reseptor 5HT₃, dengan cara menghambat aktivasi aferen-aferen vagal sehingga menekan terjadinya refleks muntah.

Fungsi obat

Digunakan untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi.

- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan

Untuk mengatasi rasa mual pada pasien

- h. Kontraindikasi

Pasien dengan sindrom perpanjangan QT bawaan, aritmia jantung, gagal jantung, bradikardia.

- i. Efek samping obat

Sakit kepala, sensasi hangat atau kemerahan, konstipasi, reaksi lokasi injeksi, kejang, gangguan gerakan, aritmia, nyeri dada, bradikardi, cegukan

BAB IV

PEMAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny "R" umur 62 tahun dengan gangguan sistem perkemihan "Gagal Ginjal Kronik" di Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama 3 hari perawatan

1. Pengkajian

Pasien atas nama Ny "R" umur 62 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 03 juni 2022 dengan diagnosa medik chronik kidney disease (CKD), keluhan awal pasien yaitu sesak napas, nyeri pinggang serta pasien tampak pucat, lemas dan konjungtiva tampak anemis, keluarga pasien mengatakan selama pasien masuk Rumah sakit Stella Maris pasien sudah 15 kali menjalankan hemodialisa, BAK pasien sedikit, pasien tampak terpasang conekta, CDL dan Cimino, Tampak terpasang NRM dengan aliran oksigen 8 liter, tampak kulit pasien kering dan bersisik, tampak tidak ada edema, pasien menggunakan otot bantu pernapasan, pasien hanya terbaring ditempat tidur dengan posisi semi-fowler. Pada pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan TD : 170/80 mmHg, Suhu : 36,6 c, Nadi : 102 x/ menit, pernapasan : 28 x/menit spo2 93%. Keluarga pasien mengatakan dalam 1 minggu pasien melakukan cuci darah sebanyak 3 kali. Pemeriksaan laboratorium didapatkan HGB : 7,4 G/dL, HCT 22,0%, Pemeriksaan ureum : 344,8 mg/dL, creatinin : 11,48 mg/dL, Terapi obat yang di berikan yaitu ketorolac 1 amp/8 jam/ IV, Nephrosteril 1 botol/ 24 jam /IV, Omeprazole 1 amp /12 jam /IV, Amplodipine 10 mg/1x1/ oral, ondansentron 4 mg /8 jam/IV.

Saat pengkajian penulis menemukan beberapa tanda dan gejala pada pasien yaitu sesak napas dan nyeri pada bagian pinggang, pasien menggunakan alat bantu NRM dengan aliran oksigen 8 liter, tidak ditemukan edema, tampak konjungtiva anemis dan kulit kering serta bersisik. Konjungtiva tampak anemis menandakan pasien mengalami anemia normokromik dan anemia normositer akibat gangguan eritropoiesis, anemia terjadi akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah serta produksi eritropoetin menurun karena adanya peningkatan hormon paratiroid yang merangsang jaringan fibrosa yang dapat menyebabkan pasien mengalami kelelahan, angina dan sesak napas, hal ini berkaitan dengan regulasi dari hormon eritropoetin yang dihasilkan oleh ginjal dimana hormon ini berfungsi sebagai stimulus pembentukan eritrosit yang dilakukan oleh sum-sum tulang belakang, pada pasien CKD terjadi kerusakan pada jaringan ginjal yang menghambat proses sekresi dari hormon eritropoetin sehingga menghambat aktivitas sum-sum tulang belakang untuk menghasilkan eritrosit sehingga dalam jangka waktu yang lama akan terjadi kondisi anemia,

Sesak napas terjadi karena adanya gangguan pada sistem pernapasan akibat dari komplikasi yang terjadi, komplikasi tersebut diantaranya adalah anemia, asidosis metabolik dan edema paru, teruma pada kondisi anemia yang mengalami kekurangan sel darah merah dan Hb serta menimbulkan keluhan sesak napas, hal ini terjadi karena anemia yang berat akan memaksa tubuh untuk meningkatkan pola nafasnya agar mendapat suplai oksigen yang cukup, komplikasi dari edema paru terjadi karena adanya gangguan filtrasi ginjal, gangguan ini berdampak pada terhadap tekanan hidrostatik yang ada didalam tubuh salah satunya mempengaruhi tekanan onkotik plasma, akibatnya akan terjadi penumpukan cairan diparu terutama di alveoli yang merupakan organ penting untuk

melakukan proses respirasi. Sesak napas juga dapat terjadi karena fungsi nefron yang mengalami penurunan sehingga mengakibatkan gangguan ginjal secara irreversible sehingga tidak mampu mengsekresi asam yang mengakibatkan terjadinya asidosis metabolik dimana sekresi asam, sekresi amoniak dan absorpsi natrium dan bikarbonat mengalami penurunan, retensi cairan dan natrium terjadi karena ginjal tidak mampu untuk berkonsentrasi atau mengencerkan urine secara normal pada penyakit ginjal tahap akhir.

Pada pasien ada riwayat hipertensi sejak 12 tahun yang lalu Menurut (Kalengkongan et al., 2018). faktor pencetus penyakit CKD adalah DM dan hipertensi. Hipertensi dapat menyebabkan pembuluh darah pada ginjal mengerut sehingga aliran zat-zat makanan menuju ginjal terganggu dan mengakibatkan kerusakan sel-sel ginjal, pengobatan anti-hipertensi dapat menyebabkan peningkatan serum asam dan jika hal ini terjadi secara terus menerus maka sel-sel ginjal tidak akan berfungsi lagi dan akan terjadi kerusakan pada ginjal. Diabetes melitus (DM) adalah suatu penyakit yang ditandai dengan kadar glukosa di dalam darah cukup tinggi karena tubuh tidak dapat melepaskan atau menggunakan insulin secara cukup, tingginya kadar gula dalam darah membuat ginjal harus bekerja lebih keras dalam proses penyaringan darah, dan mengakibatkan kebocoran pada ginjal, awalnya penderita akan mengalami kebocoran protein albumin yang dikeluarkan oleh urine, kemudian berkembang dan mengakibatkan fungsi penyaringan ginjal menurun, pada saat itu akan mendapatkan banyak limbah karena menurunnya fungsi ginjal.

Berdasarkan pengkajian yang telah diuraikan diatas, bahwa Ny "R" mengalami penyakit hipertensi selama 12 tahun, sedangkan menurut teori salah satu penyebab penyakit gagal ginjal kronik

adalah hipertensi.

Pemeriksaan diasnostik yang didapat adanya nilai abnormal diantaranya ureum : 344,8 mg/dL, kreatinin : 11,48 mg/dL, ureum dan kreatinin adalah sisa-sisa protein yang menjadi racun dalam tubuh, sehingga jika ginjal rusak atau tidak mampu mengekskresikan urine maka ureum kreatinin akan tetap tertinggal dalam tubuh sehingga terjadinya peningkatan ureum kreatinin, sedangkan hasil pemeriksaan darah HGB 7,4 g/dL anemia terjadi karena fungsi ginjal untuk menghasilkan eritropoetin menurun sehingga stimulasi pembentukan sel-sel darah di sum-sum tulang juga menurun.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada penerapan kasus, penulis memprioritaskan 5 diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi penulis mengangkat diagnosa ini berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian, dimana pasien mengeluh sesak napas, pernafasan pasien 28 x/menit, tampak pasien dibantu menggunakan otot bantu pernapasan nasal kanul dengan konsentrasi aliran oksigen sebanyak 5 liter, pasien di berikan posisi duduk semi fowler. Diagnosa ini diangkat oleh penulis sebagai diagnosa utama karena jika masalah pola napas tidak efektif tidak di tangani dengan segera maka dapat berakibat fatal bagi pasien.
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin penulis mengangkat diagnosa ini berdasarkan data yang diperoleh dari pasiensaat pengkajian, dimana pasien mengalami pucat dan lemas, konjungtiva pasien anemis, Tekanan darah 170/80 mmHg, CRT kembali > 3 detik, HGB menurun 7,4. Jika masalah perfusi perifer tidak efektif ini

tidak ditangani akan menyebabkan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme lemak dari daerah penyimpanan lemak, hal ini dapat menyebabkan metabolisme lemak yang abnormal disertai terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan adanya endapan kolesterol pada dinding pembuluh darah, endapan pada dinding pembuluh darah ini akan menurunkan sirkulasi darah karena pembuluh darah semakin menyempit.

- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis
penulis mengangkat diagnosa ini berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian, dimana pasien mengeluh nyeri pada bagian pinggang, tampak pasien meringis kesakitan dengan skala nyeri 7. Diagnosa ini diangkat oleh penulis sebagai diagnosa utama karena karena jika masalah nyeri akut tidak ditangani dengan segera maka dapat berakibat fatal serta munculnya rasa tidak nyaman pada pasien.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis penulis mengangkat diagnosa keperawatan ini berdasarkan dari data yang diperoleh pada saat pengkajian dimana pasien mengalami nafsu makan pasien berkurang, pasien hanya dapat menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan, pasien merasa mual ketika makan Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{4}$ makanan yang diberikan Tampak pasien mengalami penurunan berat badan dari 65 kg menjadi 46 kg IMT pasien 16,91
- e. konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal. Penulis mengangkat diagnosa ini berdasarkan data yang diperoleh dari pasien saat pengkajian, dimana pasien sudah 2 minggu tidak BAB, perut pasien terasa penuh dan keras serta merasa sakit, pasien tidak menyukai makan sayur yang diberikan dari rumah sakit, selama pasien masuk rumah sakit

pasien tidak mau makan sayur dan buah, tampak perut membesar dan keras terdengar bising usus pasien 4 x/menit, tampak pasien merasa gelisa.

Bila dibandingkan dengan diagnosa keperawatan yang ada pada teori, ada 3 diagnosa yang tidak ditemukan pada kasus yaitu:

hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak ditemukan adanya data pendukung seperti edema pada daerah tubuh pasien

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak ditemukan adanya masalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak ditemukan adanya data pendukung seperti kerusakan pada lapisan kulit.

3. Intervensi Keperawatan

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera biologis, dengan kriteria hasil : lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu : memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi dalam pemberian analgetik.

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi dengan kriteria hasil : pola napas, posisi semi-fowler, berikan oksigen, frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu : pola napas seperti bradipnea, tajipnea, hiperventilasi, kusmaul, cheynestoke, biot, ataksik. Auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen.
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dengan kriteria hasil : faktor resiko gangguan sirkulasi, monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, hindari pemasangan infus atau pengambilan darah didaerah keterbatasan perfusi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, anjurkan minum obat penurun tekanan darah, anjurkan minum obat penurun tekanan darah secara teratur, anjurkan untuk perawatn kulit misalkan melembabkan kulit yang kering, ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis dengan kriteria hasil : status nutris, alergi dan intoleransi makanan, asupan makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai, memberikan makan tinggi serat.
- e. Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat dengan kriteia hasil : mengidentifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar, monitor buang air besar, berikan air hangat setelah makan, sediakan makanan tinggi serat, jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus, menganjurkan mencatat, warna, frekuensi, konsistensi , volume feses.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan seluruhnya sesuai dengan perencanaan keperawatan waktu yang telah ditetapkan sebelumnya pada masing-masing diagnosa : pelaksanaan keperawatan bisa berjalan dengan baik berkat kerja sama dengan pasien, keluarga pasien, perawat diruangan, dokter dan rekan-rekan mahasiswa

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan Ny "R" sebagai berikut :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi dengan kriteria hasil : pola napas, posisi semi-fowler, berikan oksigen, frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu : pola napas seperti bradipnea, tajipnea, hiperventilasi, kusmaul, cheynestoke, biot, ataksik. Auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen. Masalah keperawatan belum teratasi, meskipun pasien sudah menggunakan otot bantu pernapasan nasal kanul, pernapasan 25 x/menit tetapi saturasi oksigen masih 98%, maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dengan kriteria hasil : faktor resiko gangguan sirkulasi, monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, hindari pemasangan infus atau pengambilan darah didaerah keterbatasan perfusi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, anjurkan minum obat penurun tekanan darah, anjurkan minum obat penurun tekanan darah secara teratur, anjurkan untuk perawatn kulit misalkan melembabkan kulit yang kering, ajarkan program diet untuk memperbaiki

sirkulasi. Masalah ini sudah teratasi, tampak capillary refill time kembali < 3 detik, tekanan darah pasien sudah turun dari 170/80 mmHg menjadi 150/70 mmHg, maka perencanaan dari diagnosa ini dihentikan

- c. Nyeri akut berhubungan dengan cedera biologis, dengan kriteria hasil : lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi dalam pemberian analgetik. Masalah sudah teratasi sebagian meskipun pasien sudah mampu mengetahui apa yang memperberat dan meringankan rasa nyeri, serta telah mengajarkan dan memberikan teknik nonfarmakologi untuk meringankan rasa nyeri dengan pemberian terapi oil lavender dengan cara inhalasi ataupun diusapkan pada pinggang pasien yang nyeri.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis dengan kriteria hasil : status nutrisi, alergi dan intoleransi makanan, asupan makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai, memberikan makan tinggi serat. Masalah belum teratasi, pasien masih makan sedikit, pasien hanya mampu menghabiskan $\frac{1}{4}$ makan, tampak pasien tidak menghabiskan makanan yang telah diberikan. Maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat.
- e. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal dengan kriteria hasil : mengidentifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar, monitor buang air besar, berikan air hangat setelah makan, sediakan makanan tinggi serat, jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus, menganjurkan mencatat, warna,

frekuensi, konsistensi , volume feses. Masalah ini sudah teratasi, pasien sudah bisa BAB dengan pengeluaran feses yang banyak. Maka perencanaan dari diagnosa ini dihentikan.

B. Pembahasan Penerapan Nursing Evidence Based Nursing (EBN)

1. Judul Jurnal

- a. Inhalasi aromaterapi lavender terhadap komplikasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal kronis
- b. Comparing the effects of lavender oil and olive oil massage on pain due to muscular cramp during hemodialysis
- c. Terapi minyak esensial lavender sebagai Evidence Based Nursing untuk mengurangi nyeri pinggang pada pasien hemodialisis

2. Diagnosa keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 8 jam nyeri akut menurun dengan kriteria hasil

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun
- c. Kesulitan tidur menurun
- d. Pola tidur membaik

3. Intervensi keperawatan

Intervensi prioritas yang diberikan oleh penulis adalah pemberian teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu memberikan terapi massage dan inhalasi minyak lavender 2% dilakukan selama 3 hari dimulai dari tanggal 06 juni 2022-08 juni 2022 di berikan setiap hari, dengan frekuensi, dua, tiga dan lima tetes.

a. Pengertian Tindakan

Lavender merupakan salah satu herbal lamiaceae dengan nama ilmiah *lavandula angustifolia*. Banyak peneliti telah membahas efek anti-nyeri, antianxiety dan anti depresan serta peningkatan tidur, beberapa peneliti mengatakan bahwa lavender memberikan efek psikologis melalui efek pada sistem limbik, terutama amigdala dan hipocampus,

Minyak Lavender merupakan minyak yang aromaterapi yang sangat aman bahkan dapat digunakan tanpa harus dilarutkan, bahan aktif lavender dapat dengan cepat diserap melalui kulit dan menghasilkan efek penenang, antidepresan, dan efek relaksasi otot, serta berpengaruh positif pada peningkatan kualitas tidur dan perasaan bahagia lavender mempunyai manfaat yaitu mengurangi rasa nyeri, antidepresan, antimikrobal, antiseptik, antiinsektisidasi, sedatif, stimulan dan menurunkan tekanan darah, penerapan minyak esensial dalam menurunkan nyeri dikaitkan dengan aktivitas antimitokondria atau penyumbatan saluran (Ca^{2+} , Na^{+}), blok arus natrium pada serabut saraf yang menstimulasikan nyeri sehingga memblokir pesan nyeri, topikal lavender dapat meningkatkan sirkulasi darah dan kandungan linaloolnya dapat menurunkan tonus otot dan menciptakan efek penenang, dapat meningkatkan oksigenasi dan nutrisi bagi sel dan jaringan, meningkatkan endorphine yang nantinya akan meningkatkan relaksasi mental dan fisik sehingga mampu meredakan rasa nyeri. Kandungan linalool dan linalyl acetate di tanaman ini dapat merangsang sistem saraf parasimpatis, linalyl asetat memiliki efek narkotik dan linalool sebagai obat penenang. Pemberian aroma terapi secara massage merupakan salah satu cara untuk merenggangkan otot yang dilakukan dengan aroma terapi lavender dapat mempengaruhi fungsi motor, meningkatkan aliran

darah menuju otak dan menyeimbangkan produksi dopamin, mengatur pergerakan, pembelajaran, daya ingat, emosi, rasa senang, tidur dan kognisi, sementara itu hormon endorfin berfungsi sebagai hormon penenang yang dapat menghasilkan rasa aman dan nyaman sehingga dapat menurunkan nyeri (Dewi & Masfuri, 2021)

b. Tujuan Evidence Based Nursing (EBN)

Pemberian terapi minyak lavender pada pasien CKD bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, antidepresan, antimikrobal, antiseptik, antiinsektisidasi, sedatif, stimulan dan menurunkan tekanan darah, penerapan minyak esensial dalam menurunkan nyeri di kaitkan dengan aktivitas antimikaridik atau penyumbatan saluran (CA²⁺, NA⁺), blok arus natrium pada serabut saraf yang menstranmisikan nyeri sehingga memblokir pesan nyeri, topikal lavender dapat meningkatkan sirkulasi darah dan kandungan linaloolnya dapat menurunkan tonus otot dan menciptakan efek penenang, dapat meningkatkan oksigenasi dan nutrisi bagi sel dan jaringan.

c. Picot Evidence Based Nursing (EBN)

1. Inhalasi aroma terapi lavender terhadap komplikasi hemodialisis pada pasien gagal ginjal kronis

Population/Problem	Dilakukan pada 553 pasien yang CKD yang melakukan hemodialisis/ pasien <i>Chronic Kidney Disease</i> dengan terapi hemodialisis yang mengalami komplikasi terkait HD, pasien CKD yang menjalani HD selama 3 bulan, menjalani HD regular 2-3 minggu. Pasien CKD yang menjalani HD akan mengalami atau merasakan nyeri, kecemasan dan kelelahan.
Intervensi	Memberikan terapi minyak lavender untuk menurunkan rasa nyeri pada pasien CKD digunakan setiap hari atau tiga kali dalam

	seminggu, cara pemberian inhalasi yaitu dengan cara menuangkan larutan ke bola kapas/ kasa dan tempatkan di kerah pasien pada jarak yang (15-30 cm) dengan durasi pemberian selama 30 menit.
Comparison	Berdasarkan penelitian lain, teknik yang digunakan untuk mengurangi rasa nyeri yaitu penggunaan krim <i>prilocaine</i> dan semprotan lidokainerapan serta cryotherapi. Namun tindakan ini memiliki efek negatif pada fungsi AVF dan tidak dapat digunakan pada semua pasien.
Outcome	Dalam dua artikel yang di evaluasi menunjukkan inhalasi aromaterapi lavender dapat menurunkan tingkat nyeri. Penelitian lain yang dilakukan pada sampel yang berbeda juga menunjukkan hasil yang sejalan yaitu inhalasi aroma terapi lavender dapat menurunkan/mengurangi tingkat nyeri.
Time	05 Mei 2021

2. Comparing the effects of lavender oil and olive oil massage on pain due to muscular cramp during hemodialysis

Populasion/Problem	60 pasien yang dipilih secara acak dan sampe secara acak kemudian di bagi menjadi dua kelompok masing masing kelompok terdiri atas 30. Nyeri akibat kram otot pada pasien hemodialisis.
Intervensi	Kelompok pertama menerima pijat lavender sebanyak 10 tetes dan kelompok ke dua juga sebanyak 10 tetes, durasi pemijatan minyak lavender selama 5 menit dan tiga jam satu jam setelah dialisis, dua jam setelah dialisis and setengah jam setelah dialisis total 15 menit.
Comparison	Pada jurnal ini tidak ada pembanding antara jurnal yang satu dengan jurnal yang lain tapi ada tindakan komperatif yaitu memberikan terapi minyak lavender dengan terapi minyak

	zaitun.
Outcome	Terapi minyak lavender ini diberi skor pada pasien dengan interpretasi nilai 0-3 nyeri ringan, 4-7 nyeri sedang dan 8-10 nyeri berat.
Time	30 januari 2021

3. Terapi minyak esensial lavender sebagai Evidence Based Nursing untuk mengurangi nyeri pinggang pada pasien hemodialisis

Population/problem	Populasi sebanyak 10 responden CKD yang menjalani hemodialisis/ 10 responden (100%) menunjukkan rerata nyeri kanulasi <i>av shunt</i> dan nyeri pinggang.
Intervention	Memberikan tindakan pengolesan pada area yang nyeri dan meletakkan kasa yang sudah di tetesi minyak esensial lavender sebanyak 3 tetes pada kera baju atau leher selama 5 menit.
Comparison	Tidak ada pembandingan dalam jurnal ini
Outcome	10 responden (100%) menunjukkan rerata nyeri setelah diberikan minyak esensial lavender mengalami penurunan. Intervensi aplikasi topical lavender diketahui rata-rata skala nyeri sebelum intervensi adalah 2,91 dan skala nyeri setelah intervensi 1,69 sehingga hasil penerapan ini menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara intensitas nyeri pada pasien ($p=,000$) dengan nilai rata-rata skala nyeri sebelum dilakukan intervensi diketahui rata-rata 5,6 dan sesudah intervensi dilakukan nilai rata-rata 3,8 dari skala tersebut menunjukkan bahwa disaat intervensi nyeri yang dirasakan pasien berada pada skala nyeri sedang dan setelah mendapatkan intervensi minyak esensial lavender secara inhalasi dan topical didapatkan rerata skala nyeri berada pada kategori nyeri ringan.
Time	06-15 januari 2020

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Ny "R" umur 62 tahun dengan *chronic kidney disease*, maka penulis menari kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian dari *chronic kidney disease* pada kasus Ny "R" ada faktor penyakit hipertensi yang telah diderita selama 12 tahun, faktor pola makan dan faktor usia. Pasien menderita penyakit *chronic kidney disease* selama 3 tahun. Berdasarkan hasil pengkajian penulis menemukan data dari pasien antara lain : pasien mengeluh nyeri pinggang, sesak napas, lemas, pusing, pucat, pemeriksaan HB pasien 7,4. Pasien juga mengalami penurunan berat badan lebih dari 10% dan pasien tidak BAB selama 2 minggu.
2. Diagnosa dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny "R" masalah yang ditemukan adalah nyeri akut b/d agen pencedera biologis, pola napas tidak efektif b/d penurunan energi, perfusi perifer b/d penurunan konsentrasi hemoglobin, Defisit nutrisi b/d faktor psikologis, konstipasi b/d penurunan motalitas gastrointestinal
3. Intervensi keperawatan

Dari rencana keperawatan yang penulis susun, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis : meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, tindakan kolaborasi dan penyuluhan. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerja sama dengan pasien, keluarga dan perawat

ruangan dan sarana yang ada di Rumah Sakit.

4. Implementasi keperawatan selama 3 hari, penulis menemukan bahwa masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis sudah teratasi sebagian karena nyeri yang dirasakan pasien sudah berkurang, pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi belum teratasi karena pasien masih merasakan rasa sesak, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin sudah teratasi karena pasien sudah tidak pucat, lemas, konjungtiva sudah tidak anemis, dan tekanan darah 150/70 mmHg, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis masalah belum teratasi karena pasien mengatakan makanan yang dimakan hanya 1/4, dan konstipasi berhubungan dengan ketidak cukupan asupan serat masalah ini sudah teratasi karena pasien sudah bisa BAB.

5. Evaluasi keperawatan

Dari hasil evaluasi baru sebagian diagnosa teratasi, karena perawatan pasien *Chronik Kidney Disease* CKD, membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat setempat.

6. Dokumentasi

Telah dilakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Ny "R" dengan Chronik Kidney Disease CKD dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi selama 3 hari dengan kerja sama yang baik oleh bantuan rekan dan perawat.

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien chronik kidney disease maka penulis ingin memberikan masukan dan saran yang dapat dilakukan jika sesuai dengan harapan dan kemampuan serta

dapat bermanfaat bagi semua pihak :

1. Bagi rumah sakit

Dengan semakin meningkatnya angka kematian yang disebabkan penyakit *chronik kidney disease* maka penulis mengharapkan rumah sakit lebih meningkatkan kualitas pelayanan terutama dalam penyuluhan, tindakan kuratif, dan kolaborasi antar tenaga kesehatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan agar institusi dapat meningkatkan mutu pendidikan baik dalam teori maupun praktek langsung dilapangan guna menghasilkan pendidikan lulusan yang profesional. Dalam hal ini penulis mengharapkan agar institusi selalu menyediakan buku-buku yang berkaitan dengan *chronik kidney disease* sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi

3. Bagi Pasien Dan Keluarga

Dari faktor predisposisi dari penyakit *chronik kidney disease* pada pasien, maka penulis mengharapkan agar keluarga selalu memantau dan memberikan dukungan kepada pasien dalam menjaga kesehatannya.

4. Bagi Mahasiswa

Diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan, keterampilan atau praktek khususnya dalam bidang keperawatan dan mengikuti perkembangan terbaru dalam bidang keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- 6 Dewi, I. A. M., & Masfuri, M. (2021). Inhalasi Aromaterapi Lavender terhadap Komplikasi Hemodialisis pada Pasien Gagal Ginjal Kronis.. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/jks.v5i1.2956>
- Haryanti, I. A. P., & Berawi, K. N. (2015). Terapi Konservatif dan Terapi Pengganti Ginjal sebagai Penatalaksanaan pada Gagal Ginjal Kronik. <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1447/1282>
- Kalengkongan, D. J., Makahaghi, Y. B., & Tinungki, Y. L. (2018). Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Chronik Kidney Disease (CKD) Penderita Yang Dirawat Di Rumah Sakit Daerah Liunkendage Tahuna. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, 2(2), 100–114. <http://www.e-journal.polnustar.ac.id/jis/article/view/183>
- Mailani, F. (2015). Kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis: systematic review. *Ners Jurnal Keperawatan*, <https://www.researchgate.net/profile/Fitri>
- Mulyono, S. (2021). Telehealth Pada Pasca Rawat Pasien Gagal Ginjal Kronik Literature Review. *Jurnal Cakrawala Ilmiah*, 1(5), 925–930. <https://www.bajangjournal.com/index.php/JCI/article/view/1147>
- Mutiara Dewi, I. A., & Masfuri, M. (2021). Inhalasi Aromaterapi Lavender terhadap Komplikasi Hemodialisis pada Pasien Gagal Ginjal Kronis. *Jurnal Keperawatan Silampari*, <https://doi.org/10.31539/jks.v5i1.2956>
- Nabila Permata Sukma, N. (2021). *Asuhan Keperawatan Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman DAN Nyaman: Kecemasan*. Universitas Kusuma Husada Surakarta. http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1085/1/NASPUB_KTI_CKD_Nabil.pdf
- Panma, Y. (2018). Penerapan Teori Adaptasi Roy Pada Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 2(2), 99–117. [file:///C:/Users/HP/Downloads/48-Article Text-148-1-10-20200730.pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/48-Article%20Text-148-1-10-20200730.pdf)
- Seprima, F., Kesehatan, P. A., Kesehatan, F., Mohammad, U., & Thamrin,

H. (2022). Studi Gambaran Kadar Asam Urat , Ureum dan Kreatinin Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik produksi purin dalam tubuh berlebih ,baik yang disebabkan oleh makanan maupun kerusakan. <http://journal.thamrin.ac.id/index.php/anakes/article/view/871/705>

Siagian, N. (2020). Kualita Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Di Wilayah Kerja Puskesmas Karyawangi Kecamatan Parongpong Kabupaten Bandung Barat. *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 6(1), 10–15. <https://doi.org/https://doi.org/10.35974/jsk.v6i1.2319>

Lampiran 4

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CHRONIK KIDNEY DISEASE DI
RUANGAN BERNADET III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Nama: Tresya Tandi Pau'

Nim: NS2114901147

Pembimbing: 1. Nikodemus S. Beda, Ns.,M.Kep

2. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi bimbingan	Saran	TTD PEMBIMBING	TTD MAHASISWA
1.	04 Juni 2022	Lapor kasus	<ol style="list-style-type: none">1. Lakukan pengkajian2. Buat analisa data, diagnosis keperawatan3. Cari jurna EBN terkait diagnosis prioritas4. Buat PICOTterkait dengan jurnal EBN		

2.	16 Juni 2022	BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapiakan penulisan 2. Cari jurnal EBN 3. Konsulkan BAB 4 	0			
3.	20 Juni 2022	BAB I dan BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapiakan penulisan 2. Rapiakan dan urutkan penulisan 3. Penulisan ikuti sesuai panduan 4. Tambahkan penanganan untuk pasien CKD 				
4.	28 Juni 2022	BAB I dan BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapiakan penulisan 2. Tambahkan kata yang mendukung penulisan 				
5.	28 Juni 2022	BAB II dan BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perjelas dari aotcome untuk jurnal terapi EBNnya 2. Rapiakan penulisan 3. Buat sesuai dengan panduan 	1			

			4. Perhatikan marginya				
6.	07 Juli 2022	BAB IV dan BAB I	1. Ganti diagnosa utama 2. Rapihan kata penganlar	<i>p</i>	<i>Si</i>	<i>TW</i>	
7.	08 Juli 2022	BAB I, II, III, IV, V	ACC	<i>p</i>	<i>Si</i>	<i>TW</i>	
8.	11 Juli 2022	Konsul PPT	PPT di ACC	<i>p</i>	<i>Si</i>	<i>TW</i>	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

1. Nama : Tresya Tandi Pau'
 Tempat/Tanggal Lahir : Pongkeru/28 April 1998
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : katolik
 Alamat : Jl.Maipa no 4

Identitas Orang Tua:

2. Nama ayah : M. Tandi Tola
 Agama : Katolik
 Pekerjaan : Karyawan swasta
 Alamat : marowali
3. Nama Ibu : Yuliana Padudung
 Agama : Pantekosta
 Pekerjaan : Karyawan swasta
 Alamat : Malili

B. Riwayat Pendidikan

- SDN 235 Pongkeru : Tahun 2009-2010
 SMP Negeri 4 Malili : Tahun 2012-2013
 SMA Negeri 1 Malili : Tahun 2015-2016
 STIK Stella Maris Makassar: 2017-Sekarang

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Topik : Pemberian Aroma Terapi Lavender
Sasaran : Pasien Rawat Inap Chronik Kidney Disease di Bernadet III
Hari/Tanggal : 8 Juni 2022
Waktu : 09.00 Selesai WITA
Alokasi Waktu: 30 Menit
Tempat : Rumah Sakit Stella Maris, Ruang Bernadet III

A. Tujuan

4. Tujuan Intruksional umum

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan tentang aroma terapi lavender maka diharapkan keluarga dapat memahami pemberian aroma terapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri.

5. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan diharapkan peserta dapat:

- a. Keluarga dapat mengetahui defenisi aroma terapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri.
- b. Keluarga dapat mengetahui manfaat dari pemberian aroma terapi lavender
- c. Keluarga dapat mengetahui aturan pemakaian romaterapi lavender.
- d. Keluarga dapat mengetahui tujuan pemberian terapi lavender

B. Pokok Bahasan

Pendidikan Kesehatan Pemberian Aromaterapi Lavender Untuk Mengurangi Rasa Nyeri

C. Sup Pokok Bahasan

1. Defenisi Aromaterapi Lavender
2. Manfaat dari Pemberian Aromaterapi Lavender
3. Aturan pemakaian aromaterapi lavender

4. Tujuan pemberian terapi lavender

D. Metode

Ceramah, Tanya Jawab dan Demonstrasi.

E. Media

Leaflet

F. Strategi Pelaksanaan

Strategi yang digunakan dalam penyampaian penyuluhan ini berupa ceramah dan tanya jawab menggunakan media leaflet dan demonstrasi.

G. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap/waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan sasaran	Metode	Media
1.	3 Menit	Pembukaan: 1. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan pokok bahasan dan tujuan penyuluhan	Menjawab salam Memperhatikan Memperhatikan	Cerama	
2.	15 Menit	Pelaksanaan : 1. Menjelaskan pengertian dari aroma terapi lavender 2. Menjelaskan manfaat dari pemberian aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri 3. Menjelaskan aturan pemakaian Aromaterapi Lavender. 4. Menjelaskan tujuan	Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan	Cerama	

		pemberian terapi lavender			
3.	9 Menit	Tanya jawab dan evaluasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kepada peserta untuk bertanya tentang materi yang telah disampaikan. 2. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan 	Klien mampu memahami dan mengerti tentang materi yang disampaikan	Diskusi dan tanya jawab	
4.	3 Menit	Terminasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan terima kasih atas peran serta keluarga 2. Mengucapkan salam penutup 		Cerama	

H. Materi Penyuluhan

1. Defenisi Aromaterapi Lavender

Lavender merupakan salah satu herbal lamiaceae dengan nama ilmiah *lavandula angustifolia*. Banyak peneliti telah membahas efek anti-nyeri, antianxiety dan anti depresan serta peningkatan tidur, beberapa peneliti mengatakan bahwa lavender memberikan efek psikologis melalui efek pada sistem limbik, terutama amigdala dan hipocampus, Minyak Lavender merupakan minyak aromaterapi yang sangat aman bahkan dapat digunakan tanpa harus dilarutkan, bahan aktif lavender dapat dengan cepat diserap melalui kulit dan menghasilkan efek penenang, antidepresan, dan efek relaksasi otot, serta berpengaruh positif pada peningkatan kualitas tidur dan perasaan bahagia lavender mempunyai manfaat yaitu mengurangi rasa nyeri, antidepresan, antimikrobal, antiseptik, antiinsektisidasi, sedatif, stimulan dan menurunkan tekanan darah, penerapan minyak esensial dalam menurunkan nyeri di kaitkan dengan aktivitas antimikaridik atau penyumbatan saluran (CA²⁺, NA⁺), blok arus natrium pada serabut saraf yang menstranmisikan nyeri sehingga memblokir pesan nyeri, topikal lavender dapat meningkatkan sirkulasi darah dan kandungan linaloolnya dapat menurunkan tonus otot dan menciptakan efek penenang, dapat

meningkatkan oksigenasi dan nutrisi bagi sel dan jaringan, menurunkan endorphine yang nantinya akan meningkatkan relaksasi mental dan fisik sehingga mampu meredakan rasa nyeri. Kandungan linalool dan linalyl acetate di tanaman ini dapat merangsang sistem saraf parasimpatis, linalyl aasetat memiliki efek narkotik dan linalool sebagai obat penenang. Pemberian aroma terapi secara massage merupakan salah satu cara untuk merenggangkan otot yang dilakukan dengan aroma terapi lavender dapat mempengaruhi fungsi motor, meningkatkan aliran darah menuju otak dan menyeimbangkan produksi dopamin, mengatur pergerakan, pembelajaran, daya ingat, emosi, rasa senang, tidur dan kognisi, sementara itu hormon endorphin berfungsi sebagai hormon penenang yang dapat menghasilkan rasa aman dan nyaman sehingga dapat menurunkan nyeri (Dewi & Masfuri, 2021)

2. Tujuan dan Manfaat Pemberian Aromaterapi Lavender

Pemberian terapi minyak lavender pada pasien CKD bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, antidepresan, antimikrobal, antiseptik, antiinsektisidasi, sedatif, stimulan dan menurunkan tekanan darah, penerapan minyak esensial dalam menurunkan nyeri di kaitkan dengan aktivitas antimikaridik atau penyumbatan saluran (CA²⁺, NA⁺), blok arus natrium pada serabut saraf yang menstranmisikan nyeri sehingga memblokir pesan nyeri, topikal lavender dapat meningkatkan sirkulasi darah dan kandungan linaloolnya dapat menurunkan tonus otot dan menciptakan efek penenang, dapat meningkatkan oksigenasi dan nutrisi bagi sel dan jaringan.

3. Pengaturan pemakaian minyak aromaterapi lavender

- a. Cara massage yaitu usapkan pada daerah yang terasa nyeri sebanyak 3 tetes dan aroma terapi lavender akan meresap dalam waktu 5 menit, digunakan 3 kali dalam seminggu.
- b. Cara pemberian inhalasi yaitu dengan cara menuangkan larutan ke bola kapas /kasa dan tempatkan di kerah baju pasien pada jarak (15-30 cm) dengan durasi pemberian selama 30 menit.

