

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.E DENGAN
CRONIC KIDNEY DIASEASE (CKD)
DI RUANG INTERNE RSUD CURUP
TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

ASMARTY SHOLIHAH

NIM.P00320119001

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.E DENGAN
CRONIC KIDNEY DIASEASE (CKD)
DI RUANG INTERNE RSUD CURUP
TAHUN 2022**

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

**ASMARTY SHOLIHAH
NIM.P00320119001**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Asmarty Sholihah
Tempat, Tanggal Lahir : Curup, 21 Juni 2001
N I M : P00320119001
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cronic
Kidney Disease (CKD) di Ruang Internal
RSUD Curup

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 07 Maret 2022

Curup, 07 Maret 2022

Pembimbing



Fatimah Khoirini, SST, M.Kes
NIP: 198010202005012004

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.E DENGAN
CRONIC KIDNEY DIASEASE (CKD)
DI RUANG INTERNE RSUD CURUP
TAHUN 2022**

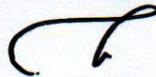
Disusun oleh :

Asmarty Sholihah
NIM. P00320119001

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 07 Maret 2022, dan dinyatakan

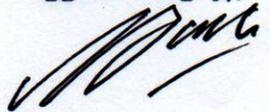
LULUS

Ketua Penguji



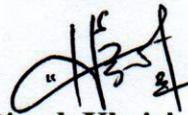
Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP: 197112171991021001

Anggota Penguji I



Ns. Nurbaiti, S.Kep
NIP: 198311282005022003

Anggota Penguji II



Fatimah Khoirini, SST, M.Kes
NIP: 198010202005012004

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP.197112171991021001

ABSTRAK

Latar Belakang Keluhan utama yang paling sering dirasakan oleh penderita Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah sesak nafas, nafas tampak cepat dan dalam atau yang disebut pernafasan kussmaul. SpO₂, dapat memberikan gambaran langsung dari jumlah total oksigen yang dialirkan darah ke jaringan setiap menit. Pemberian posisi semi fowler pada pasien dilakukan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak napas. **Tujuan** penulisan ini untuk mengetahui pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap Saturation of Peripheral Oxygen (SPO₂) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK). Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif tipe studi kasus.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik (GGK), Posisi Semi Fowler

ABSTRACT

Background The main complaint that is most often felt by patients with Chronic Kidney Failure (CKD) is shortness of breath, breathing looks fast and deep or what is called Kussmaul breathing. SpO₂, can describe directly from the total amount of oxygen that delivers blood to the tissues every minute. Giving the patient a semi-Fowler position is done as a way to help reduce shortness of breath.

The purpose of this study was to determine the effect of semi-Fowler's position on Peripheral Oxygen Saturation (SPO₂) in Chronic Renal Failure (CKD) patients. The writing method used is a case study type descriptive method.

Keywords: Nursing Care of Chronic Kidney Failure (CKD), Semi Fowler's Position

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunianya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Cronic Kidney Disease (CKD)*

Penulis Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Program Diploma III Keperawatan Poltekes Kemenkes Bengkulu.

Dalam penyelesaian proposal ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada;

1. Eliana, S.KM,MPH selaku direktur Poltekes Kemenkes Bengkulu
2. Ns. Septiyanti, S.Kep, M.Pd selaku ketua jurusan keperawatan di Poltekes Kemenkes Bengkulu
3. Ns. Derison Marsinova Bakara,S.Kep,M.Kep selaku ketua program studi diploma III Keperawatan
4. Fatimah Khorini,SST,M.Kes selaku pembimbing dalam penulisan proposal ini yang senantiasa selalu memberi saran positif dan kritik yang membangun, serta selalu dapat menyediakan waktu untuk memberikan konsultasi.
5. Kedua orang tua saya alm bapak Anhar Tarmizi dan almh ibu Zuryati yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun materil.

6. Seluruh Civitas Akademik yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah serta seluruh teman-teman saya yang sudah banyak membantu dan mendukung saya.
7. Dan teman-teman seperjuangan saya khususnya Elda Eftika, Noviarti Zahra, Nadia Cahyani, Vevi Delta Anggria, Nola Delerema.

Curup, 07 Maret 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Manifestasi Klinik	9
2.1.4 Anatomi Fisiologi	10
2.1.5 Patofisiologi	15
2.1.6 <i>Web Of Caution</i> (WOC)	17
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	18
2.1.8 Penatalaksanaan Medis	20
2.1.9 Penatalaksanaan	20
2.1.10 Klasifikasi	21
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	22
2.2.1 Pengkajian	22
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	29
2.2.3 Intervensi Keperawatan	32
2.2.4 Implementasi Keperawatan	41
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	41
2.3 Hipervolemia	42
2.3.1 Pengertian	42
2.3.2 Tanda Dan Gejala	42
2.3.3 Etiologi	43
2.4 Posisi Semi Fowler	43
2.4.1 Pengertian	43
2.4.2 Pengaruh	43
2.4.3 Tujuan	44

2.4.4 Manfaat.....	44
2.4.5 Sop Tindakan.....	44
BAB III TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian	46
3.1.1 Biodata	46
3.1.2 Riwayat Keperawatan	47
3.1.3 Pemeriksaan Fisik	54
3.1.4 Penatalaksanaan	63
3.1.5 Analisa Data	65
3.2 Diagnosa Keperawatan	67
3.3 Perencanaan Keperawatan.....	68
3.3.1 Intervensi	68
3.4 Implementasi dan Evaluasi.....	76
3.4.1 Implementasi	76
3.4.2 Evaluasi	82
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	87
4.1 Pengkajian	87
4.2 Diagnosa Keperawatan	90
4.3 Intervensi Keperawatan	92
4.4 Implementasi Keperawatan	94
4.5 Evaluasi Keperawatan	95
BAB V PENUTUP	98
5.1 Kesimpulan.....	98
5.2 Saran	100

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
1	Anatomi Ginjal Tampak Depan	9
2	Anatomi Ginjal Tampak Samping	10
3	Anatomi Nefron	12

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
1.	Tabel Rencana Keperawatan	31
2.	Tabel SOP	43
3.	Tabel Pola kebiasaan sehari-hari	51
4.	Tabel Pemeriksaan Laboratorium	61
5.	Tabel Penatalaksanaan (Pemberian Terapi Obat)	62
6.	Tabel Analisa Data	64
7.	Tabel diagnosa keperawatan	66
8.	Tabel Intervensi Keperawatan	67
9.	Tabel Implementasi Keperawatan	75
10.	Tabel Evaluasi Keperawatan Hari Ke-1	81
11.	Tabel Evaluasi Keperawatan Hari Ke-2	82
12.	Tabel Evaluasi Keperawatan Hari Ke-3	84

DAFTAR SKEMA

No	Judul	Halaman
1.	Skema WOC (Web of Causation)	16
2.	Genogram	48

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1.	Lembar konsul
2.	Pernyataan
3.	Biodata
4.	Surat pengambilan kasus
5.	Surat selesai pengambilan kassus
6.	Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit gagal ginjal kronik merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan *elektrolit* akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa *metabolit* (*toksik uremik*) didalam darah (Muttaqin & Sari, 2011). Gagal ginjal kronik adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan *metabolik* cairan dan *elektrolit* yang mengakibatkan *uremia* atau *azotemia* (Brunner & Suddarth, 2000).

World Health Organization (WHO) dan *Global Burden of Disease* (GBD), melaporkan penyakit ginjal dan saluran kemih telah menyebabkan kematian sekitar 850.000 orang setiap tahunnya. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit ini menduduki peringkat 12 tertinggi angka kematian atau peringkat tertinggi ke 17 angka kecacatan (Saragih, 2010). Diperkirakan penduduk dunia pada tahun 2015 ada 36 juta mati akibat penyakit ginjal.

Risiko kematian dini terutama dari penyakit *kardiovaskuler* yang lebih tinggi seratus kali lipat pada pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) dibanding risiko penyakit ginjal terminalnya sendiri. Mempromosikan pendeteksian dini dan pencegahan penyakit ginjal akan menjadi langka penting dalam mencapai target WHO. Untuk menurunkan angka kematian

yang disebabkan oleh penyakit infeksi akan turun sebesar 3% akan tetapi kematian akibat penyakit kronis yang saat ini adalah 72% dari total penyakit yang diderita orang berusia 30an, akan tetapi peningkatan 17% didekade mendatang (Zaki, 2007 dalam Karlina, 2012). Berdasarkan laporan Hasil Riskesdas menunjukkan bahwa di Provinsi Bengkulu menempati urutan ke-13 dengan persentase penderita gagal ginjal 1,8% per-1000 penduduk pada tahun 2013 menjadi 4,0% per-1000 penduduk pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018).

Gagal ginjal juga digolongkan menjadi gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik. Prevalensi gagal ginjal akut di Indonesia pada tahun 2015 yaitu 1.504 kasus, angka itu masih cukup banyak, akan tetapi angka tersebut belum terlalu tinggi dibandingkan dengan prevalensi pada pasien dengan kasus gagal ginjal kronik yang angka kejadiannya mencapai 18.613 kasus (*Indonesian Renal Registry*, 2015). Pada survei yang dilakukan oleh Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) tahun 2014 di empat kota di Indonesia yaitu Sulawesi Utara, Kalimantan Selatan, Banjarmasin, Tapin. Pemeriksaan kadar *kreatinin serum* 1.200 orang didapatkan prevalensi penyakit ginjal kronik cukup besar yaitu 12,5% (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan data *Medical Record* di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2011 didapatkan jumlah penderita Instalasi dengan penyakit ginjal kronik sebanyak 184 orang, meninggal dunia sebanyak 35 orang dan pasien pindah sebanyak 6 orang. Tahun 2012 penderita gagal ginjal kronik sebanyak 263 orang yaitu pasien baru

sebanyak 120 orang dan pasien lama sebanyak 143 orang dengan pasien meninggal sebanyak 56 orang. Tahun 2013 dari bulan Januari-September yaitu sebanyak 308 orang dengan pasien baru sebanyak 101 orang dan pasien lama sebanyak 207 orang, meninggal sebanyak 28 orang. Jadi pasien penderita gagal ginjal kronik yang masih menjalani terapi di Instalasi *Hemodialisa* sebanyak 280 orang (Marpindi, 2015).

Data statistik dari RSUD Curup pada empat tahun terakhir. Tahun 2014 terdapat 202 kasus, sedangkan pada tahun 2015 gagal ginjal kronik menempati peringkat ke empat dari ranking 10 besar penyakit rawat inap tahun 2015 dengan kasus yang ditemukan sebanyak 294 penderita. Pada tahun 2016 terdapat 164 penderita. Tahun 2017 terdapat 298 penderita. Dan pada tahun 2018 terhitung dari bulan januari-maret terdapat 41 penderita gagal ginjal kronik. Angka kejadian gagal ginjal kronik pada tahun 2018 terdapat 178 kasus, sedangkan pada tahun 2019 terdapat 135 kasus, pada tahun 2020 terdapat 88 kasus (RSUD Curup, 2020).

Keluhan utama yang paling sering dirasakan oleh penderita Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah sesak nafas, nafas tampak cepat dan dalam atau yang disebut pernafasan kussmaul. Hal tersebut dapat terjadi karena adanya penumpukan cairan di dalam jaringan paru atau dalam rongga dada, ginjal yang terganggu mengakibatkan kadar albumin menurun. Selain disebabkan karena penumpukan cairan, sesak nafas juga dapat disebabkan karena pH darah menurun akibat perubahan elektrolit serta hilangnya bikarbonat dalam darah. Selain itu rasa mual, cepat lelah serta mulut yang

kering, juga sering dialami oleh penderita Gagal Ginjal Kronik (GGK) (Firdaus,2016).

Sesak termasuk dalam gangguan kesehatan atau biasanya disebut asfiksia (ketidakmampuan seseorang melakukan pernafasan dengan normal), jika hal ini terus di biarkan berkepanjangan dan tidak langsung tertangani tenaga kesehatan, maka akan menyebabkan tidak sadar atau bahkan meninggal. (Wanita, Ashari, and Hardiyansah 2017). Salah satu tindakan mandiri perawat dalam mengatasi sesak napas yaitu dengan meninggikan kepala tempat tidur dan membantu pasien untuk memilih posisi yang mudah untuk bernapas. Menurut Hasanah (2013) berbagai posisi yang dapat digunakan untuk mengatasi ketidaknyamanan akibat sesak diantaranya adalah posisi fowler, semi fowler dan posisi ortopnea. Hal ini sesuai dengan pendapat Ruth dalam Safitri (2011) bahwa salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak nafas pada pasien asma adalah dengan memberikan posisi semi fowler. Pemberian posisi semi fowler untuk menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru yang maksimal, serta untuk mengatasi kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan perubahan membran kapiler alveolus (Doengoes, 2000).

Hasil penelitian sebelumnya oleh Majampoh (2013) dengan judul “Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Kestabilan Pola Nafas Pada Pasien TB Paru di Iriana C5 RSUP. Prof. R.D. Kandou” menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap kestabilan pola

nafas sebelum dan sesudah diberikan posisi semi fowler dengan nilai $p = 0,0000$ ($\alpha 0,05$). Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Burhan dkk (2015) menunjukkan ada pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap respiratory rate pasien TB Paru di RSUD Kabupaten Pekalongan didapatkan nilai $p 0,0001 < \alpha (0,05)$.

Berdasarkan latar belakang diatas menunjukkan bahwa pentingnya peran perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dalam mengatasi permasalahan pada pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD), maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan pemberian posisi semi fowler dalam meningkatkan pertukaran gas pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD), karena pemberian posisi semi fowler sangat penting dalam meningkatkan pertukaran gas, pemberian posisi semi fowler dapat dipraktekkan serta tidak menimbulkan efek samping. Harapannya setelah diberikan prosedur pemberian posisi semi fowler gangguan pertukaran gas yang dialami pasien teratasi dan terjadi peningkatan pertukaran gas.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pemaparan latar belakang penulis merumuskan masalah bagaimana gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Cronic Kidney Diasease (CKD) di Ruang ICU RSUD rejang lebong.

1.3 Tujuan

1. Tujuan Umum

- a Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK)

2. Tujuan Khusus

- a Mampu melakukan pengkajian data pasien dengan gagal ginjal kronik di Rumah Sakit Umum Daerah Curup.
- b Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang didapat dari pasien dengan gagal ginjal kronik di Rumah Sakit Umum Daerah Curup.
- c Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik
- d Mampu menerapkan dari rencana asuhan keperawatan/implementasi pada pasien dengan gagal ginjal kronik.
- e Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.
- f Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

1.4 Manfaat

1. Bagi penulis

Setelah menyelesaikan Proposal ini diharapkan kami sebagai mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan mengenai penyebab serta upaya pencegahan penyakit Gagal Ginjal Kronik.

2. Bagi Petugas Kesehatan

Dapat menambah wawasan dan informasi dalam penanganan Gagal Ginjal Kronik sehingga dapat meningkatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan tambahan atau referensi pelajaran tentang Gagal Ginjal Kronik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Definisi penyakit ginjal kronik menurut beberapa sumber adalah Penyakit ginjal kronik (PGK) merupakan suatu kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan serta elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif yang ditandai dengan penumpukan sisa metabolisme (toksik uremik) di dalam tubuh (Muttaqin & Sari, 2011).

Penyakit ginjal kronik adalah keadaan dimana terjadi kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dan ditandai dengan uremia dan limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah, serta komplikasinya jika tidak dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal (Nursalam & Batticaca, 2011). Penyakit ginjal kronik merupakan akibat terminal destruksi jaringan dan kehilangan fungsi ginjal yang berlangsung secara berangsur – angsur yang ditandai dengan fungsi filtrasi glomerulus yang tersisa kurang dari 25% (Kowalak, Weish, & Mayer, 2011).

Kesimpulan definisi penyakit ginjal kronik (PGK) berdasarkan beberapa sumber diatas adalah suatu keadaan dimana terjadi kegagalan atau kerusakan fungsi kedua ginjal untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit serta lingkungan dalam yang cocok untuk bertahan hidup sebagai akibat terminal dari destruksi atau kerusakan

struktur ginjal yang berangsur – angsur, progresif, ireversibel dan ditandai dengan penumpukan sisa metabolisme (toksik uremik), limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah dan fungsi filtrasi glomerulus yang tersisa kurang dari 25% serta komplikasi dan berakibat fatal jika tidak dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal.

2.1.2 Etiologi

Penyebab gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di Indonesia tahun 2000 menunjukkan glomerulonefritis menjadi etiologi dengan prosentase tertinggi dengan 46,39%, disusul dengan diabetes melitus dengan 18,65%, obstruksi dan infeksi dengan 12,85%, hipertensi dengan 8,46%, dan sebab lain dengan 13,65% (Sudoyo, 2006).

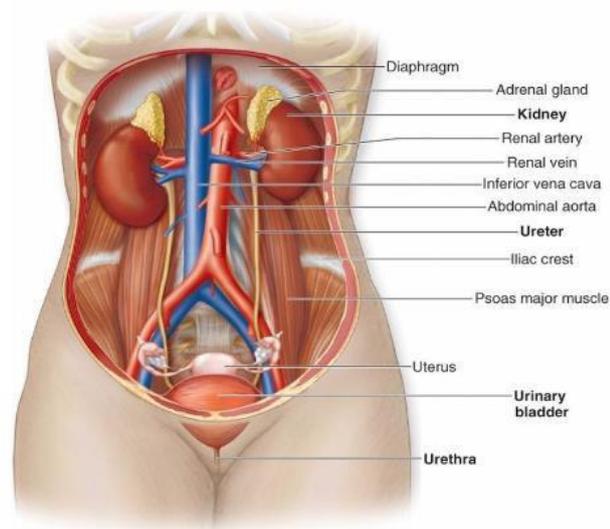
Penyakit ginjal kronik bisa disebabkan oleh penyakit ginjal hipertensi, nefropati diabetika, glomerulopati primer, nefropati obstruktif, pielonefritis kronik, nefropati asam urat, ginjal polikistik dan nefropatilupus / SLE, tidak diketahui dan lain - lain. Faktor terbanyak penyebab penyakit ginjal kronik adalah penyakit ginjal hipertensi dengan presentase 37% (PENEFRI, 2014).

2.1.3 Manifestasi Klinis

1. Hipertensi (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron), pitting edema (kaki, tangan, sakrum), edema periorbital, Friction rub perikardial, pembesaran vena leher.
2. Warna kulit abu-abu mengkilat, kulit kering, bersisik, pruritus, ekimosis, kuku tipis dan rapuh, rambut tipis dan kasar.

3. Krekels, sputum kental dan liat, napas dangkal, pernapasan Kussmaul
4. Napas berbau amonia, ulserasi dan pendarahan pada mulut, anoreksia, mual, muntah, konstipasi dan diare, pendarahan saluran gastrointestinal
5. Kelemahan dan keletihan, konfusi, disorientasi, kejang, kelemahan tungkai, panas pada telapak kaki, perubahan perilaku
6. Kram otot, kekuatan otot hilang, fraktur tulang, foot drop
7. Amenore dan atrofi testikuler

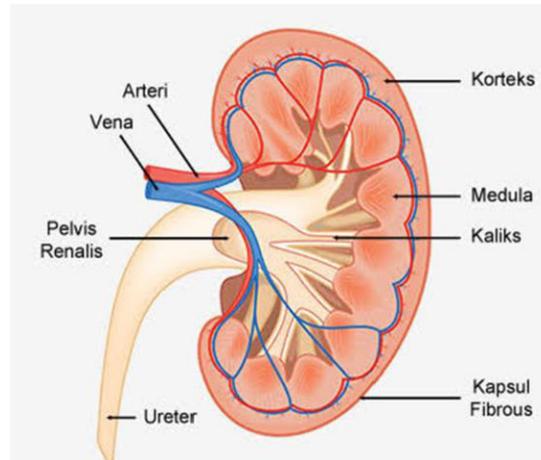
2.1.4 Anatomi Fisiologis



Gambar 1.1 Ket : Anatomi ginjal tampak dari depan.

(Sobotta, 2006)

Anatomi ginjal menurut price dan wilson (2005) dan Smeltzer dan Bare (2002), ginjal merupakan organ berbentuk seperti kacang yang terletak pada kedua sisi kolumna veterbralis. Ginjal kanan sedikit lebih rendah di bandingkan ginjal kiri karena tekanan kebawah oleh hati.



Gambar 1.2 Anatomi ginjal tampak dari samping.

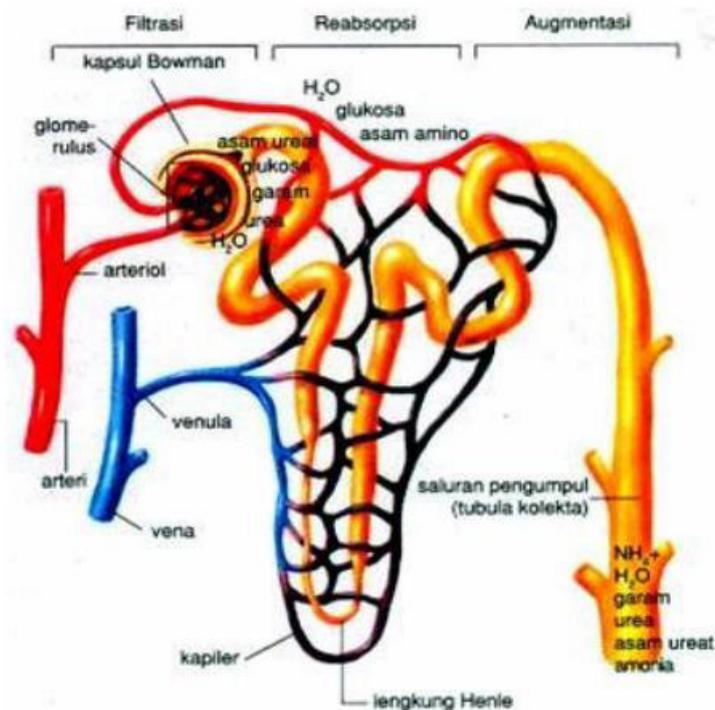
Pearce (2013)

Apabila dilihat melalui potongan longitudinal, ginjal terbagi menjadi dua bagian yaitu korteks bagian luar dan medula bagian dalam. Medula terbagi-bagi menjadi biji segitiga yang disebut piramid, piramid-piramid tersebut diselingi oleh bagian korteks yang disebut kolumna bertini. Piramid-piramid tampak bercorak karena tersusun oleh sekmen sekmen tubulus dan duktus pengumpul nefron. Papila (apeks) dari piramid membentuk duktus papilaris belini dan masuk kedalam perluasan ujung pevis ginjal yang disebut kaliks minor dan bersatu membentuk kaliks mayor.

Bentuk ginjal menyerupai kacang dengan sisi cekungnya menghadap struktur pembuluh darah, sistem limfatik, sistem syaraf dan ureter menuju dan meninggalkan ginjal. Ginjal terletak di rongga abdomen, retroperitoneal primer kiri dan kanan kolumna vertebralis yang dikelilingi oleh lemak dan jaringan ikat di belakang peritoneum. Batas atas ginjal kiri

setinggi iga ke- 11 dan ginjal kanan setinggi iga ke 12 dan batas bawah ginjal kiri setinggi vertebra lumbalis ke-3. Setiap ginjal memiliki panjang 11- 25cm, lebar 5-7 cm, dan tebal 2,5 cm.ginjal kiri lebih panjang dari ginjal kanan. Berat ginjal pada pria dewasa 150-170 gram dan pada wanita dewasa 115-155 gram dengan bentuk seperti kacang, sisi dalamnya menghadap ke vertebra thorakalis, sisi luarnya cembung dan di atas setiap ginjal terdapat kelenjar suprarenal. (Setiadi,2007)

Struktur ginjal, setiap ginjal dilengkapi kapsul tipis dari jaringan fibrus yang dapat membungkusnya, dan membentuk pembungkus yang halus. Didalamnya terdapat struktur ginjal, warnanya ungu tua dan terdiri atas bagian korteks di sebelah luar,dan bagian medulla di sebelah dalam. Bagian medulla ini tersusun atas lima belas sampai enam belas massa berbentuk piramid,yang disebut piramid ginjal. Puncak-puncaknya langsung mengarah ke helium dan berakhir di kalies.kalies ini menghubungkan ke pelvis ginjal.



Gambar 1.3 Anatomi nefron. (Tambayong, 2001)

Nefron, Struktur halus ginjal terdiri atas banyak nefron yang merupakan satuan – satuan fungsional ginjal, diperkirakan ada 1000.000 nefron dalam setiap ginjal. Setiap nefron mulai berkas sebagai kapiler (badan maphigi atau glumelurus) yang serta tertanam dalam ujung atas yang lebar pada urineferus atau nefron. Dari sisi tubulus berjalan sebagian berkelok – kelok dan dikenal sebagai kelokan pertama atau tubula proximal tubula itu berkelok – kelok lagi, disebut kelokan kedua atau tubula distal, yang bersambung dengan tubula penampung yang berjalan melintasi kortek atau medulla, untuk berakhir dipuncak salah satu piramidis.

Pembuluh darah, Selain tubulus urineferus, struktur ginjal mempunyai pembuluh darah. Arteri renalis membawa darah murni dari aorta abdominalis ke ginjal cabang-cabangnya beranting banyak, didalam ginjal dan

menjadi arteriola (artriola afferents), dan masing- masing membentuk simpul dari kapiler- kapiler didalam, salah satu badan Malpighi, inilah glumelurus. Pembuluh eferen kemudian tampil sebagai arterial aferen(arteriola afferents) yang bercabang- cabang membentuk jaringan kapiler sekeliling tubulus uriniferus. Kapiler - kapiler ini kemudian bergabung lagi membentuk vena renalis,yang membawa darah dari ginjal kevena kava inferior (Evelyn, 2013)

1. Fisiologi

a. Berbagai fungsi ginjal anatara lain adalah fungsi ginjal Menurut Prince dan Wilson (2006). Ginjal mempunyai beberapa macam fungsi yaitu ekresi dan fungsi non-ekresi. Fungsi ekresi antara lain :

- 1) Mengekresikan sebagian terbesar produk akhir metabolisme tubuh(sisa metabolisme dan obat obatan).
- 2) Mengontrol sekresi hormon- hormon aldosteron dan ADH dalam mengatur jumlah cairan tubuh.
- 3) Mengatur metabolisme ion kalsium dan vitamin D.
- 4) Menghasilkan beberapa hormon antara lain.
 - a. Eritropoetin yang berfungsi sebagai pembentukan sel darah merah.
 - b. Renin yang berperan dalam mengatur tekanan darah serta hormon prostaglandin.(Setiadi,2007)
 - b. Proses pembentukan urine

Ada 3 tahap proses pembentukan urine :

1. Proses filtrasi : Terjadi di glumelurus, proses ini terjadi karena permukaan aferent lebih besar dari permukaan eferent maka terjadi penyerapan darah, sedangkan bagian yang tersaring adalah bagian cairan darah kecuali protein, cairan yang tertampung oleh simpai bowman yang terdiri dari glukosa air sodium klorida sulfat bikarbonat dll, diteruskan ke tubulus ginjal
2. Proses reabsorpsi : Pada proses ini penyerapan kembali sebagian besar dari glukosa, sodium, klorida, fosfat dan beberapa ion bikarbonat. Prosesnya terjadi secara pasif yang dikenal dengan obligator reabsorpsi terjadi pada tubulus atas. Sedangkan pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi kembali penyerapan dari sodium dan ion bikarbonat, bila diperlukan akan diserap kembali ke dalam tubulus bagian bawah.
3. Proses sekresi : Sisanya penyerapan kembali yang terjadi pada tubulus dan diteruskan ke piala ginjal selanjutnya diteruskan ke luar (Syaefudin, 2006)

2.1.5 Patofisiologi

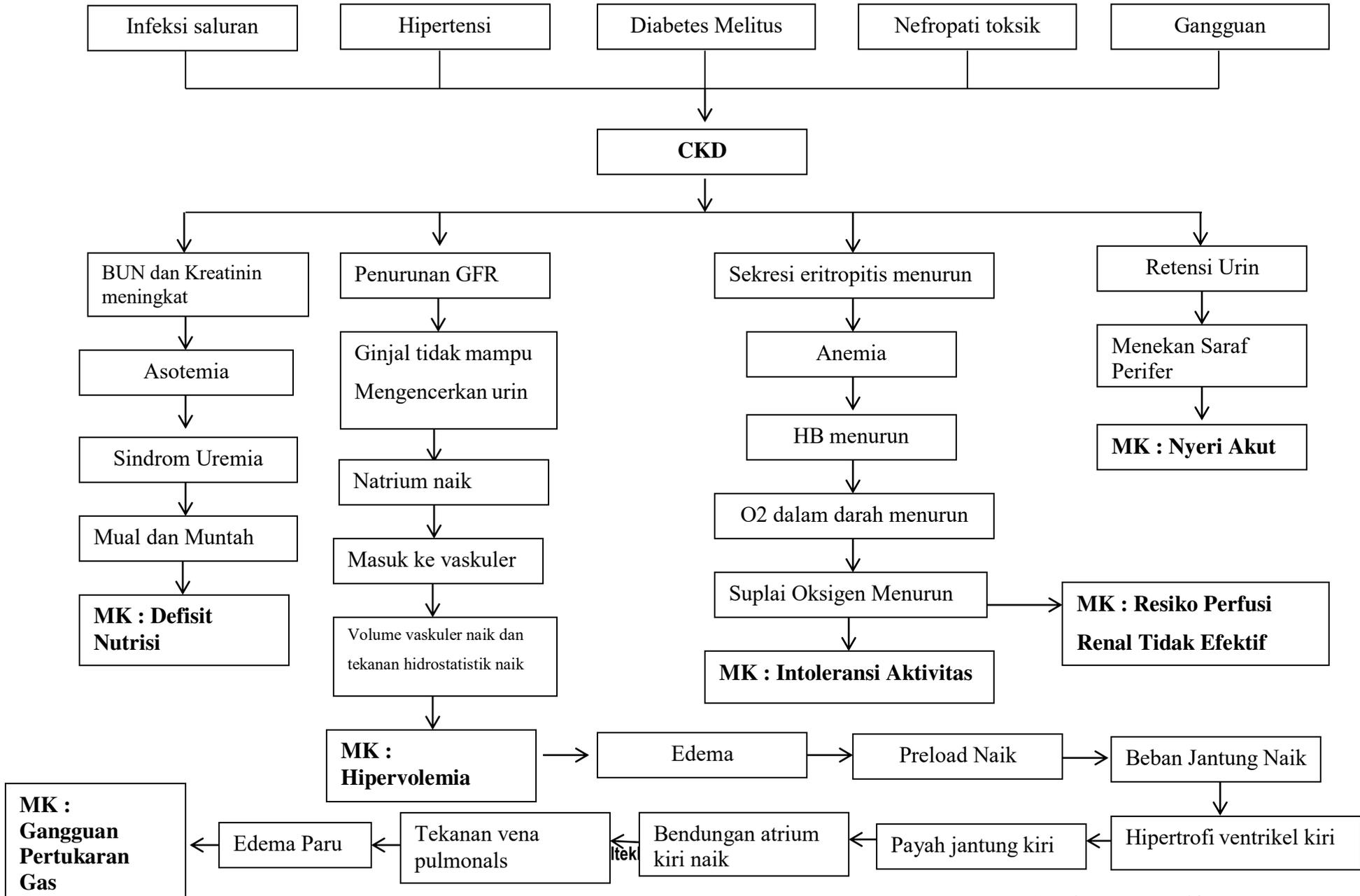
Gagal ginjal mempunyai LFG 20% hingga 25% laju filtrasi normal, sementara penyakit ginjal stadium terminal atau akhir (end stage renal disease) memiliki LFG < 20% laju filtrasi normal (Kowalak, Weish, & Mayer, 2011).

Proses terjadinya penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam proses perkembangannya

yang terjadi kurang lebih sama. Dua adaptasi penting dilakukan oleh ginjal untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit. Penurunan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih bertahan (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi ginjal untuk melaksanakan seluruh beban kerja ginjal, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokinin dan *growth factors*. Hal ini menyebabkan peningkatan kecepatan filtrasi, yang disertai oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Mekanisme adaptasi ini cukup berhasil untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dan cairan tubuh, hingga ginjal dalam tingkat fungsi yang sangat rendah. Pada akhirnya, jika 75% massa nefron sudah hancur, maka LFG dan beban zat terlarut bagi setiap nefron semakin tinggi, sehingga keseimbangan glomerulus – tubulus (keseimbangan antara peningkatan filtrasi dan reabsorpsi oleh tubulus) tidak dapat lagi dipertahankan (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata K, & Setiati, 2007; Price & Wilson, 2013)

Laju penurunan fungsi ginjal dan perkembangan gagal ginjal kronis berkaitan dengan gangguan yang mendasari, ekskresi protein dalam urine, dan adanya hipertensi. Pasien yang mengekskresikan secara signifikan sejumlah protein atau mengalami peningkatan tekanan darah cenderung akan cepat memperburuk dari pada mereka yang tidak mengalami kondisi ini (Brunner dan Suddarth, 2013).

2.1.6 WOC



2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Radiologi : Menilai keadaan ginjal dan derajat komplikasi ginjal.
2. Ultrasonografi ginjal digunakan untuk menentukan ukuran ginjal dan adanya massa kista, obtruksi pada saluran perkemihan bagian atas.
3. Endoskopi ginjal dilakukan untuk menentukan pelvis ginjal.
4. Foto Polos Abdomen : Menilai besar dan bentuk ginjal serta adakah batu
5. Pielografi Intravena : Menilai sistem pelviokalis dan ureter, beresiko terjadi penurunan faal ginjal pada usia lanjut, diabetes melitus dan nefropati asam urat.
6. USG : Menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal ,anatomi sistem pelviokalis, dan ureter proksimal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis dan ureter proksimal, kandung kemih dan prostat.
7. Renogram : Menilai fungsi ginjal kanan dan kiri , lokasi gangguan (vaskuler, parenkhim) serta sisa fungsi ginjal.
8. Pemeriksaan Radiologi Jantung : Mencari adanya kardiomegali, efusi perikarditis.
9. Pemeriksaan radiologi Tulang : Mencari osteodistrofi (terutama pada falangks /jari) kalsifikasi metastatik.
10. Pemeriksaan radiologi Paru : Mencari uremik lung yang disebabkan karena bendungan

11. Pemeriksaan Pielografi Retrograde : Dilakukan bila dicurigai adanya obstruksi yang reversible.
12. EKG : Untuk melihat kemungkinan adanya hipertrofi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, aritmia karena gangguan elektrolit (hiperkalemia).
13. Biopsi Ginjal : Dilakukan bila terdapat keraguan dalam diagnostik gagal ginjal kronis atau perlu untuk mengetahui etiologinya.
14. Pemeriksaan laboratorium menunjang untuk diagnosis gagal ginjal
 - 1) BUN/Kreatinin : meningkat, biasanya meningkat dalam proporsi. Kadar kreatinin 10 mg/dL diduga tahap akhir (mungkin rendah yaitu 5)
 - 2) Urin
 - a) Volume : Biasanya kurang dari 400 ml/jam (oliguria atau urine tidak ada (anuria).
 - b) Warna : Secara normal perubahan urin mungkin disebabkan oleh pus/ nanah, bakteri, lemak, partikel koloid, fosfat, sedimen kotor, warna kecoklatan menunjukkan adanya darah, miglobin, dan porfirin.
 - c) Berat Jenis : Kurang dari 1,015 (menetap pada 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat).

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

1. Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya.
2. Pencegahan dan terapi terhadap kondisi komorbid (comorbid condition).
3. Memperlambat perburukkan fungsi ginjal.
4. Pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskular.
5. Pencegahan dan terapi terhadap komplikasi.
6. Terapi pengganti ginjal berupa dialysis atau transplantasi ginjal.

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Pantau gangguan cairan dan elektrolit yang biasa dijumpai pada penyakit ginjal; laporkan perubahan status cairan dan elektrolit.
- 2) Edukasi pasien dan keluarga mengenai rencana terapi yang telah diprogramkan. Jelaskan tentang perlunya menjalani evaluasi lanjutan tekanan darah, urinalisis untuk protein dan silinder, darah untuk blood uremic nitrogen (BUN), dan kreatinin.
- 3) Jika tindakan dialisis jangka panjang diperlukan, ajarkan pasien dan keluarga mengenai prosedur, cara untuk merawat tempat akses, pembatasan diet, dan modifikasi gaya hidup lain yang diperlukan.
- 4) Rujuk pasien ke perawat kesehatan komunitas atau perawat home care untuk mengkaji perkembangan pasien dan melanjutkan pendidikan kesehatan mengenai masalah yang harus dilaporkan ke penyedia layanan kesehatan.

- 5) Instruksikan pasien untuk membantu semua penyedia layanan kesehatan tentang diagnosis gagal ginjal kronik.

2.1.10 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Dalam Muttaqin dan Sari, 2011 CKD memiliki kaitan dengan penurunan Glomerular Filtration Rate (GFR), maka perlu diketahui derajat CKD untuk mengetahui tingkat prognosanya.

Penurunan GFR menurut Suwitra (2009) dalam Kandacong (2017) dapat diukur dengan menggunakan rumus Cockcroft-Gault untuk mengetahui derajat penurunan fungsi ginjal:

$$\text{LFG/GFR (ml/mnt)} : \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{BB (Kg)}}{72 \times \text{Kreatinin plasma (mg/dl)}}$$

*) pada perempuan dikalikan 0,85

Derajat penurunan laju filtrasi glomerulus pada penyakit ginjal kronik, dibagi menjadi 5 stadium, yaitu:

Stadium	Deskripsi	GFR (ml/menit)
1	Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat	>90
2	Kerusakan ginjal dengan GFR meningkat atau ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan GFR meningkat atau sedang	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan GFR meningkat atau berat	15-29
5	Gagal ginjal	<15 atau dialisis

(Sumber : Sudoyo, 2015)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses sistemik dari pengumpulan data, verifikasi, dan komunikasi tentang klien. Proses keperawatan ini mencakup dua langkah, pengumpulan data dari sumber subjektif dan sumber objektif.

1. Sumber subjektif meliputi data yang di dapat dari klien, orang terdekat klien, keluarga klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian.
2. Sumber objektif yaitu data yang dapat di observasi dan di ukur selama proses pemeriksaan fisik. Data pengkajian yang terkumpul mencakup klien, keluarga, masyarakat, lingkungan, atau kebudayaan. Potter (2005) Berikut ini merupakan data pengkajian secara teori yang di temukan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik. Menurut Dongoes (2000). dan menurut Wijaya (2013), yaitu sebagai berikut :

Riwayat Kesehatan

1. Identitas pasien

Identitas pasien yang perlu dikaji meliputi nama lengkap, usia, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, suku/bangsa, bahasa, golongan darah, alamat, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, No. RM, diagnosa medis. Identitas penanggung jawab : nama, umur, jenis

kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien, dan alamat.

2. Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien gagal ginjal kronis adalah mulai dari *urine output* sedikit sampai tidak dapat BAK, gelisah sampai penurunan kesadaran, tidak selera makan (*anoreksia*), mual, muntah, mulut terasa kering, rasa lelah, napas berbau (*ureum*), dan gatal pada kulit.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji adalah nyeri yang dirasakan oleh pasien meliputi *palliative, provocative, quality, quantity, region, radiaton, severity scala* dan *time*, kaji penurunan *urine output*, penurunan kesadaran, perubahan pola nafas, kelemahan fisik, adanya perubahan kulit, adanya nafas berbau *ammonia*, dan perubahan pemenuhan nutrisi.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang perlu dikaji adalah pernah menderita penyakit gagal ginjal akut, infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat-obat nefrotoksik, Benigna prostatic hyperplasia, dan prostektomi, riwayat penyakit batu saluran kemih, infeksi system perkemihan yang berulang, penyakit diabetes mellitus, dan penyakit hipertensi pada masa

sebelumnya yang menjadi penyebab predisposisi, serta riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah tanyakan pada keluarga ada atau tidak salah satu keluarga yang mengalami penyakit yang sama. Kaji ada tidaknya riwayat infeksi sistem perkemihan yang berulang dan riwayat alergi penyakit hereditas dan penyakit menular.

6. Riwayat psikososial

Riwayat psikososial yang perlu dikaji adalah adanya perubahan fungsi struktur tubuh dan adanya tindakan dialisis akan menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. Lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan, gangguan konsep diri dan gangguan peran pada keluarga.

7. Riwayat psikologis

Pada pasien gagal ginjal kronis harus dapat menerima fakta bahwa terapi penggantian ginjal akan dilakukan untuk sepanjang hidupnya. Bukankah hal yang tidak umum bagi pasien pada awalnya untuk menyangkal apa yang sedang terjadi pada mereka.

8. Status sosio-ekonomi

Kaji masalah finansial pasien terutama untuk proses pengobatan dan jelaskan mengenai proses pengobatan yang relatif panjang dan memakan waktu yang lama bahkan bisa seumur hidup untuk pasien dengan Gagal Ginjal Kronis tahap akhir.

9. Data spiritual

Data spiritual yang perlu dikaji meliputi keyakinan pasien terhadap Tuhan Yang Maha Esa, dan kegiatan keagamaan yang dilakukan pasien.

10. Lingkungan dan tempat tinggal

Lingkungan dan tempat tinggal yang perlu dikaji adalah mengenai kebersihan lingkungan tempat tinggal, area lingkungan rumah (Wijaya, 2013).

a. Pengkajian kesehatan lain yang perlu dikaji

1. Sirkulasi

Pengkajian sirkulasi pada pasien gagal ginjal kronik adalah adanya riwayat hipertensi lama atau berat, nyeri dada (angina), nadi kuat, edema jaringan umum dan pitting pada kaki dan telapak tangan, distrimia jantung, nadi lemah halus, hipotensi ortostatik menunjukkan hipovolemia yang jarang pada penyakit tahap akhir, pasien tampak pucat; kulit coklat kehijauan, kuning, bahkan pasien kecenderungan mengalami perdarahan.

2. Integritas Ego

Integritas ego yang ditunjukkan oleh pasien gagal ginjal kronis adalah menolak, ansietas, takut, marah, mudah tersinggung.

3. Eliminasi

Pengkajian eliminasi yang dapat diperoleh adalah pasien mengalami penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare atau konstipasi, perubahan warna urine, contoh kuning pekat, merah, coklat.

4. Makanan/Cairan

Pengkajian makanan atau cairan adalah terjadinya peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan, anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut, Ulserasi gusi, perdarahan gusi/lidah, penurunan otot, penurunan lemak subkutan.

5. Neurosensori

Pengkajian neurosensori adalah pasien mengeluh sakit kepala, penglihatan kabur, kaki atau tangan pasien mengalami kesemutan dan kelemahan.

6. Nyeri/kenyamanan

Pasien gagal ginjal kronik sering mengalami keluhan merasakan nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki, pasien gelisah.

7. Pernafasan

Pemeriksaan penafasan pada pasien gagal ginjal kronik biasanya nafas pendek, dispnea nokturnal paroksimal, batuk dengan/tanpa sputum kental

dan banyak, takipnea, peningkatan frekuensi/kedalaman (pernafasan kusmaul).

8. Keamanan

Keamanan pada pasien gagal ginjal kronik adalah mengalami pruritus, demam, normotermia dapat secara aktual terjadi peningkatan pada pasien yang mengalami suhu tubuh lebih rendah dari normal, area ekimosis pada kulit, fraktur tulang, jaringan lunak, sendi, keterbatasan gerak sendi.

9. Seksualitas

Pengkajian seksualitas adalah pasien mengalami penurunan libido, amenorea, infertilitas (Dongoes, 2000).

b. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Dongoes (2000). pemeriksaan diagnostik pada penderita gagal ginjal kronis antara lain meliputi:

1. Urine

- a. Volume : biasanya kurang dari 400 ml/24 jam (oliguria) atau urine tidak ada (anuria).
- b. Warna : secara abnormal urine keruh mungkin disebabkan oleh pus, bakteri, lemak partikel koloid, fosfat atau urat sedimen kotor, kecoklatan menunjukkan adanya darah, Hb, mioglobin, porfirin.
- c. Berat jenis : kurang dari 1.015 (menetap pada 1.010 menunjukkan kerusakan ginjal berat).
- d. Osmolalitas: kurang dari 350 mOsm/kg menunjukkan kerusakan tubular, dan rasio urine/serum sering 1:1.

- e. Klirens kreatinin : menurun.
 - f. Natrium : lebih besar dari 40 mEq/L karena ginjal tidak mampu mengabsorpsi natrium.
 - g. Protein : derajat tinggi proteinuria (3:4+) secara kuat menunjukkan kerusakan glomerulus bila fragmen juga ada.
2. Darah.
- a. BUN/kreatinin: meningkat, biasanya meningkat dalam proporsi. Kadar kreatinin 10 mg/dL diduga tahap akhir (mungkin rendah yaitu 5).
 - b. Hitung darah lengkap : Ht : menurun pada adanya anemia. Hb : biasanya kurang dari 7- 8 g/Dl.
 - c. Analisa gas darah AGD: pH: penurunan asidosis metabolik (kurang dari 7,2) terjadi karena kehilangan kemampuan ginjal untuk mengekskresi hidrogen dan amonia atau hasil akhir katabolisme protein.
 - d. Bikarbonat menurun. PCO₂ menurun.
 - e. Kalium : peningkatan sehubungan dengan retensi sesuai dengan perpindahan selular (asidosis) atau pengeluaran jaringan (hemolisis SDM). Pada tahap akhir, perubahan EKG mungkin tidak terjadi sampai kalium 6,5 mEq atau lebih besar.
 - f. Magnesium/fosfat : meningkat
 - g. Kalsium : menurun

- h. Protein (khususnya albumin) : kadar serum menurun dapat menunjukkan kehilangan.
- i. Osmolalitas serum > 285 m osm/kg
- j. KUB foto (Abdomen): Ukuran ginjal/ureter/kandung kemih dan obstruksi (batas).
- k. Pielogram retrograd: identifikasi ekstrasvaskuler, massa
- l. Sisteurogram berkemih: ukuran kandung kemih, refluks kedalaman ureter, retensi.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Potter (2005). Dalam identifikasi masalah klien harus terlebih dahulu menentukan apa masalah kesehatan klien apakah masalah tersebut aktual atau resiko.

- 1) Masalah kesehatan aktual yaitu masalah yang disarankan klien atau dialami klien.
- 2) Masalah kesehatan beresiko, merupakan suatu masalah yang membuat perawat menjadi lebih waspada pada pentingnya intervensi atau rencana keperawatan pencegahan, beresiko berarti menunjukkan situasi yang meningkatkan kerentanan atau peningkatan klien atau kelompok terhadap suatu penyakit atau kecelakaan.
- 3) Rumusan diagnosis keperawatan menurut Capernito (2006) mengandung tiga komponen utama
 - 1) Problem, Etiologi, dan Symptom (PES) yaitu : Problem (P/Masalah), merupakan gambaran keadaan klien dimana

tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah adalah penyimpangan atau kesenjangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi.

- 2) Etiologi (E/Penyebab), keadaan ini menunjukkan penyebab keadaan suatu masalah kesehatan yang memberikan arah terhadap terapi keperawatan. Penyebab meliputi : perilaku, lingkungan, intraksi antara perilaku dan lingkungan. Unsur dari etiologi meliputi: patofisiologi penyakit, situasional, medikasi, dan maturasional.

Menurut Capernito (2006). Diagnosis keperawatan dapat berupa tipe aktual, potensial, kesejahteraan atau sindrom.

- a. Aktual, suatu diagnosis keperawatan aktual menggambarkan penilaian klinis yang harus divalidasi perawat adanya balasan karakteristik mayor.
- b. Resiko, diagnosis resiko menggambarkan penilaian klinis yang individu/kelompok lebih rentan untuk mengalami masalah dibanding orang lain dalam situasi yang sama atau serupa.
- c. Kesejahteraan, diagnosis keperawatan penilaian klinis tentang individu, keluarga atau komunitas tentang transisi dari tingkat kesejahteraan tertentu ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi.
- d. Sindrom, diagnosa keperawatan terdiri atas kelompok diagnosis keperawatan aktual dan resiko yang diperkirakan ada karena situasi atau peristiwa tertentu.

Menurut SDKI (2017). Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler d.d dispnea, PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan.
- b. Resiko Perfusi Renal Tidak Efektif d.d Kekurangan volume cairan, Disfungsi ginjal, Keganasan, Hipoksemia, Hipoksia.
- c. Hipervolemia b.d Gangguan Mekanisme Regulasi d.d Ortopnea, Dispnea, Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), Ederma anasarka dan/atau ederma perifer, Berat badan meningkat dalam waktu singkat, Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat, Refleks hepatojugular positif.
- d. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- e. Defisit Nutrisi b.d anoreksia d.d Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, Cepat kenyang setelah makan, Kram/nyeri abdomen, Nafsu makan menurun.
- f. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d Mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi		
		Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler d.d dispnea, PCO2 meningkat/menurun, PO2 menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Pertukaran Gas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Dispnea menurun 3. Bunyi napas tambahan menurun 4. Pusing menurun 5. Penglihatan kabur menurun 6. Diaforesis menurun 7. Gelisah menurun 8. Napas cuping hidung menurun 9. PCO2 membaik 10. PO2 membaik 11. Takikardia membaik 12. pH arteri membaik 13. Sianosis membaik 14. Pola napas membaik 15. Warna kulit membaik	PEMANTAUAN RESPIRASI 2.1 Observasi - Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas - Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik) - Monitor kemampuan batuk efektif - Monitor adanya produksi sputum - Monitor adanya sumbatan jalan napas - Palpasi kesimetrisan ekspansi - Auskultasi bunyi napas - Monitor saturasi oksigen - Monitor nilai AGD - Monitor hasil x-ray toraks 2. Terapeutik - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan	1. untuk mendeteksi tanda-tanda bahaya 2. untuk mendeteksi pola napas klien 3. untuk mendeteksi kemampuan batuk efektif klien 4. untuk melihat adanya produksi sputum pada klien 5. untuk melihat adanya sumbatan jalan napas pada klien 6. untuk melihat kesimetrisan ekspansi klien 7. untuk mendeteksi bunyi napas klien 8. untuk mengontrol saturasi oksigen klien 9. untuk menilai AGD 10. untuk melihat adanya kelainan pada x-ray toraks 11. agar pemantauan respirasi sesuai dengan kondisi pasien 12. pendokumentasian hasil 13. agar klien dan keluarga

			<p>3. Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 	<p>mengerti mengenai tujuan & prosedur pemantauan</p> <p>14. agar klien dan keluarga mengetahui hasil pemantauan</p>
2.	Resiko Perfusi Renal Tidak Efektif d.d Kekurangan volume cairan, Disfungsi ginjal, Keganasan, Hipoksemia, Hipoksia.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Ketidakadekuatan aliran darah arteri renalis untuk menunjang fungsi ginjal meningkat dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah urine Meningkat 2. Nyeri abdomen Menurun 3. Mual Menurun 4. Muntah Menurun 5. Distensi abdomen Menurun 6. Tekanan arteri rata-rata Membaik 7. Kadar urea nitrogen darah Membaik 8. Kadar kreatinin plasma Membaik 9. Tekanan darah sistolik Membaik 10. Tekanan darah diastolik Membaik 11. Kadar elektrolit Membaik 12. Keseimbangan asam basa 	<p>PENCEGAHAN SYOK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status kardiopulmonal (frekwensi dan kekuatan nadi, frekwensi nafas, TD, MAP) - Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) - Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) - Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil - Periksa riwayat alergi 2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% - Persiapan intubasi dan ventilasi mekanik, jika perlu - Pasang jalur IV, jika perlu - Pasang kateter urine untuk menilai produksi urin, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status kardiopulmonal 2. Untuk mengetahui status oksigenasi 3. Untuk mengetahui status cairan 4. Untuk mengetahui tingkat kesadaran 5. Untuk mengetahui riwayat alergi 6. Untuk mempertahankan status oksigen >94% 7. Untuk mempersiapkan intubasi dan ventilasi jika perlu 8. Untuk mengatasi syok yang dialami 9. Untuk menilai produksi urin 10. Untuk mencegah reaksi alergi 11. Agar pasien mengetahui penyebab/faktor resiko syok 12. Agar pasien mengetahui tanda dan gejala awal syok

		<p>Membaik</p> <p>13. Bising Usus Membaik</p> <p>14. Fungsi hati Membaik</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi 3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab/ faktor resiko syok - Jelaskan tanda dan gejala awal syok - Anjurkan melapor jika menemukan/ merasakan tanda dan gejala syok - Anjurkan memperbanyak asupan oral - Anjurkan menghindari alergen 4. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian IV, jika perlu - Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu - Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu 	<p>13. Mencegah adanya tanda dan gejala syok</p> <p>14. Untuk mencegah terjadinya syok</p> <p>15. Agar tidak terjadi alergi</p> <p>16. Mencegah terjadinya gejala yang lebih parah</p> <p>17. Mencegah terjadinya kekurangan darah</p> <p>18. Mencegah terjadinya antiinflamasi</p>
3.	Hipervolemia b.d Gangguan Mekanisme Regulasi d.d Ortopnea, Dispenea, Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), Ederma anasarka dan/atau ederma perifer, Berat badan meningkat dalam waktu	<p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam diharapkan Keseimbangan Cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluaran urin meningkat 2. Edema Menurun 3. Berat badan membaik 	<p>MANAJEMEN HIPERVOLEMIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> -Periksa tanda dan gejala hipervolemia -Identifikasi penyebab hipervolemia -Monitor status hemodinamik, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul 2. Untuk mengetahui penyebab dari terkena hipervolemia 3. Untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, ataupun seimbang 4. Untuk mengetahui kandungan

<p>singkat, Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat, Refleks hepatojugular positif</p>		<p>PCWP, CO jika tersedia -Monitor intake dan output cairan -Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar Natrium, BUN, hematocrit, berat jenis urine) -Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma -Monitor kecepatan infus secara ketat -Monitor efek samping diuretik 2. Terapeutik -Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama -Batasi asupan cairan dan garam -Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat 3. Edukasi -Anjurkan melapor jika haluaran urine <0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam -Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari -Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan -Ajarkan cara membatasi cairan 4. Kolaborasi -Kolaborasi pemberian diuretik -Kolaborasi penggantian</p>	<p>cairan dalam darah 5. Untuk menghindari kelebihan cairan yang masuk ke dalam tubuh 6. Untuk mengetahui perkembangan berat badan 7. Untuk mengurangi cairan dalam tubuh 8. Untuk memberikan posisi yang nyaman pada pasien 9. Agar dapat segera mendapatkan penanganan yang sesuai perkembangan 10. Agar pasien bisa mengukur cairan tubuhnya sendiri 11. Agar pasien bisa membatasi diri 12. Untuk mempercepat laju pembentukan urine 13. Agar kalium dalam tubuh tetap terjaga</p>
---	--	---	---

			kehilangan kalium akibat diuretic -Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy	
4.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun	MANAJEMEN NYERI 1. Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik 2. Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.	1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui Skala nyeri 3. Untuk mengetahui skala nyeri dari respon nyeri 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui pengetahuann dan keyakinan klien tentang nyeri 6. Untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetik 10. Untuk mengurangi rasa nyeri pada klien 11. Untuk mengurangi rasa nyeri

			<p>TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>3. Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>4. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>dari faktor lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Untuk memberikan kenyamanan pada klien 13. Untuk memilih strategi dalam meredakan nyeri 14. Agar klien mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri 15. Agar klien mengetahui strategi dalam meredakan nyeri 16. Agar klien dapat memonitor nyeri secara mandiri 17. Agar klien dapat menggunakan analgetik secara tepat 18. Agar klien bisa menggunakan teknik nonfarmakologis dalam mengurangi rasa nyeri 19. Untuk meredakan nyeri dengan teknik kolaborasi
--	--	--	--	--

5.	Defisit Nutrisi b.d anoreksia d.d Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, Cepat kenyang setelah makan, Kram/nyeri abdomen, Nafsu makan menurun	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam diharapkan Status Nutrisi membaik dengan kriteria hasil: - Berat badan membaik - Indeks massa tubuh membaik -Nyeri abdomen menurun - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan membaik	MANAJEMEN NUTRISI 1. Observasi - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 2. Teraupetik - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.Piramida makanan) - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan makanan rendah protein 3. Edukasi - Anjurkan posisi duduk, jika mampu	1. Mengetahui status Nutrisi pasien 2. Mengetahui Kebutuhan kalori dan jenis nutrient 3. Mengetahui perlunya penggunaan selang nasogastic 4. Untuk memonitor asupan makanan 5. Untuk mengetahui BB sesudah dan sebelum 6. Untuk memantau hasil pemeriksaan laboratorium 7. Untuk mencegah konstipasi 8. Untuk meminimalkan keperluan kalori dan protein pada tubuh pasien 9. Untuk meningkatkan nafsu makan 10. Untuk Meminimalkan asupan makanan 11. Agar pasien nyaman 12. Agar kebutuhan kalori terpenuhi 13. Bila pasien merasakan nyeri 14. Agar kalori dan jenis nutrien yang masuk tepat
----	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan diet yang diprogramkan <p>4. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), jika perlu - Kolaborasi dengan ahli gizi menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu 	
6.	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d Mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat.	<p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam diharapkan Toleransi Aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saturasi oksigen meningkat - Frekuensi nadi meningkat - Perasaan lemah menurun - Frekuensi napas membaik 	<p>MANAJEMEN ENERGI</p> <p>1. Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur <p>2. Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) - Lakukan latihan rentang gerak pasien dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Untuk mengontrol kelelahan fisik dan emosional 3. Untuk melihat pola dan jam tidur 4. Untuk menciptakan kenyamanan bagi klien 5. Untuk menambah energi klien 6. Agar pasien merasa tenang 7. Melatih mobilisasi klien 8. Agar energi klien terpenuhi 9. Agar bisa segera di atasi 10. Agar klien mengetahui strategi koping dalam mengurangi kelelahan 11. Untuk memenuhi kebutuhan energi

			<p>3. Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan tirah baring- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang- Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>4 Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
--	--	--	--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan (Implementasi) adalah berkesinambungan dan interaktif dengan komponen lain dari proses keperawatan. Sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan dokter (Potter and Perry, 2005).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2006) evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan tindakannya sudah berhasil dicapai. Dalam menentukan masalah teratasi atau tidak teratasi cara membandingkannya yaitu dengan menggunakan SOAP dan SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan.

a. Subjective, Objective, Analisis, dan Planning (SOAP) meliputi :

1. S (Subjective) : Adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
2. O (Objective) : Adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan format penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
3. A (Analisis) : Adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi sebagian.
4. P (Planning) : Adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

2.3 Hipervolemia

2.3.1 Definisi

Hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan intraseluler (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Kelebihan volume cairan ekstraseluler (ECF) dapat terjadi jika natrium dan air kedua-duanya tertahan dengan proporsi yang lebih kurang sama. Seiring dengan terkumpulnya cairan isotonic berlebihan di ECF (hipervolemia), maka cairan akan berpindah ke kompartemen cairan interstisial sehingga menyebabkan terjadinya edema. Kelebihan volume cairan selalu terjadi sekunder akibat peningkatan kadar natrium tubuh total yang akan menyebabkan terjadinya retensi air (Price & Wilson, 2006).

2.3.2 Tanda dan Gejala

Menurut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) data mayor untuk masalah Hipervolemia yaitu :

1. Ortopnea
2. Dispenea
3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)
4. Edema anasarka dan/atau edema perifer
5. Berat badan meningkat dalam waktu singkat
6. Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Cental Venous Pressure (CVP) meningkat
7. Refleks hepatojugular positif

2.3.3 Etiologi

Menurut SDKI (2017) faktor penyebab timbulnya Hipervolemia yaitu :

1. Gangguan mekanisme regulasi
2. Kelebihan asupan cairan
3. Kelebihan asupan natrium
4. gangguan aliran balik vena
5. Efek agen farmakologis (mis. kortikosteroid, chlorpropamide, tolbutamide, vincristine, tryptilinescarbamazepine)

2.4 Posisi Semi Fowler

2.4.1 Definisi

Posisi semi fowler adalah posisi tidur pasien dengan kepala dan dada lebih tinggi dari pada posisi pangul dan kaki. Dimana kepala dan dada dinaikan dengan sudut 30-45° (suparmi, 2008). Tujuannya untuk menurunkan konsumsi O₂ dan menormalkan ekspansi paru yang maksimal, serta mempertahankan kenyamanan (Azis & Musrifatul, 2012).

2.4.2 Pengaruh posisi semi fowler

Mengatur pasien dalam posisi tidur dengan sudut 45° akan membantu menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan ekspansi paru-paru maksimal serta mengatasi kerusakan pertukaran gas. Dengan sudut posisi tidur 45°, sesak nafas berkurang dan sekaligus akan meningkatkan durasi dan kualitas tidur pasien. Pengaturan posisi tidur dengan meninggikan punggung, bahu dan kepala memungkinkan

rongga dada dapat berkembang secara luas dan pengembangan paru meningkat. Kondisi ini akan menyebabkan asupan oksigen membaik sehingga proses respirasi kembali normal (Melanie, 2014).

2.4.3 Tujuan

Tujuan pemberian posisi semi fowler adalah membantu mengatasi masalah kesulitan pernapasan dan pasien dengan gangguan jantung (Suparmi, 2008)

2.4.4 Manfaat

Penelitian Supadi, Nurachmah dan Mamnuah (2008), menyatakan bahwa posisi semi fowler membuat oksigen di dalam paru-paru semakin meningkat sehingga memperingan kesukaran nafas. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membrane alveolus akibat tertimbunnya cairan. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya grafitasi sehingga O₂ menjadi optimal. Sesak nafas akan berkurang, dan akhirnya proses perbaikan kondisi klien lebih cepat.

2.4.5 Standar Operasional Prosedur

Pemberian Posisi <i>Semi Fowler</i>		Dilakukan	
Definisi	Cara berbaring pasien dengan posisi setengah duduk	YA	TIDAK
Indikasi	<ul style="list-style-type: none"> a Pasien dengan sesak napas b Pasien pasca operasi trauma hidung, thorak c Pasien dengan gangguan tenggorokan yang memproduksi sputum, aliran gelembung dan kotoran pada saluran pernapasan. d Pasien imobilisasi, penyakit jantung, asma bronchial dan post partum 		
Kontra indikasi	<ul style="list-style-type: none"> a Pasien dengan post operasi servicalis vertebra b Contisio cerebri atau gagar otak c Memar otak 		

Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sandaran punggung atau kursi 2. Bantal atau balok penahan kaki tempat tidur bila perlu 3. Tempat tidur khusus (functional bed) jika perlu 		
Prosedur pelaksanaan:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan keperawatan 2. Identifikasi factor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi 3. siapkan alat dan bahan 4. cuci tangan 		
Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam kepada pasien 2. Menanyakan keluhan 3. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya pemberian terapi posisi semi fowler pada pasien 4. Berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya 		
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien didudukan,sandaran punggung atau kursi diletakan dibawah atau di atas kasur di bagian kepala, diatur sampai setengah duduk dan rapikan.bantal disusun menurut kebutuhan. Pasien dibaringkan kembali dan pada ujung kakinya dipasang penahan. 2. pada tempat tidur khusus (functional bed) pasien dan tempat tidurnya langsung diatur setengah duduk, di bawah lutut ditinggikan sesuai kebutuhan. kedua lengan ditopang dengan bantal. 3. pasien dirapikan. 		
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi 2. Berikan umpan balik 3. Kontrak pertemuan berikutnya 4. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik 5. Bereskan peralatan 		

BAB III
TINJAUAN KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN *CRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD)
DI RUANGAN MELATI RSUD CURUP KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2022

3.1 Pengkajian

3.1.1 Biodata

1. Identitas klien

Nama klien	: Ny.E
Usia/jenis kelamin	: 47 Tahun/Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SLTA/Sederajat
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Belitar Muka
Golongan Darah	: O
Suku bangsa	: Rejang
Sumber informasi	: Klien dan Suami
Tanggal MRS	: 22 April 2022/20:00 WIB
Tanggal Pengkajian	: 23 April 2022/ 16:00 WIB
Diagnosa Medis	: <i>Cronic Kidney Disease</i> (CKD)

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn.S
Usia : 46 Tahun
Pendidikan : Diploma/Strata 1
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam
Alamat : Blitar

3.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama MRS

Klien datang ke UGD pada tanggal 22 April 2022 pada pukul 15:35 WIB dengan keluhan sesak nafas dengan RR 26x/m, Batuk berdahak berwarna putih berkonsistensi cair kurang lebih 5 hari, badan terasa lemas dan ada riwayat Diabetes Melitus

2) Keluhan Saat Ini

a. Pada saat pengkajian pada tanggal 23 April 2022 pada pukul 16:00 WIB klien mengeluh sesak nafas saat tidur terlentang serta saat bergerak seperti berjalan dari kasur ke kamar mandi, klien mengatakan badan nya masih terasa lemas. Keadaan klien lemah dan ada terdapat edema pada kedua kaki dengan kedalaman ± 3 cm dengan pitting edema grade II dan pada klien terpasang oksigen 3 l/m

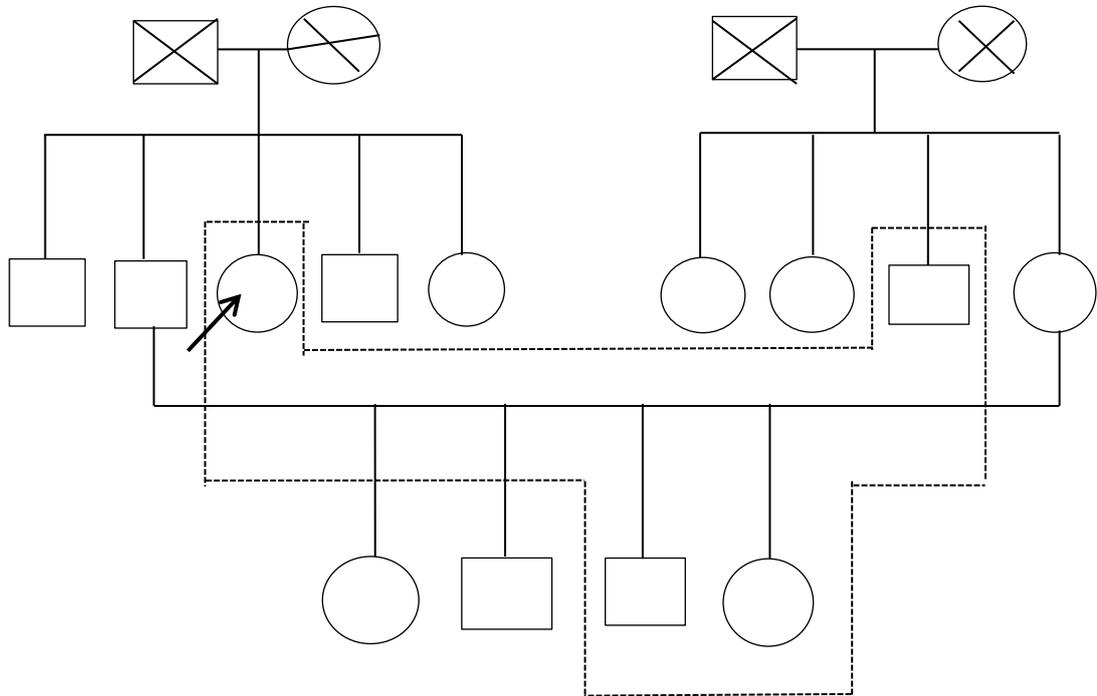
3) Keluhan Kronologis

- a. Factor pencetus : Beraktivitas
- b. Timbulnya keluhan : 1 hari yang lalu
- c. Lamanya : Terus-menerus
- d. Upaya mengatasi : Langsung dibawa ke rs

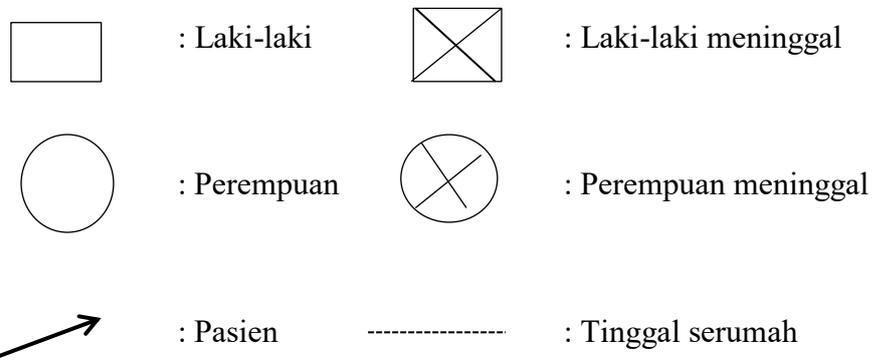
2. Riwayat keluhan masa lalu

- 1) Riwayat Alergi : Tidak ada riwayat alergi apapun
- 2) Riwayat Kecelakaan : Klien tidak ada riwayat kecelakaan
- 3) Riwayat Dirawat di Rs : Klien sudah pernah dirawat di rsud sebelumnya dengan penyakit diabetes melitus 1 bulan yang lalu
- 4) Riwayat Operasi : Klien tidak pernah menjalankan operasi sebelumnya
- 5) Riwayat Pemakaian Obat : Klien meminum obat rutin untuk penyakit DM yang dideritanya yaitu Metformin.
- 6) Riwayat Merokok : Klien tidak merokok.

3. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan:



Klien mengatakan ibu klien juga menderita Diabetes Melitus dan sudah meninggal karena penyakit yang dideritanya

4. Penyakit yang pernah diderita : Diabetes Melitus sudah dari 5 tahun yang lalu

5. Riwayat Psikososial dan Spiritual

- 1) Adanya orang terdekat : Suami dan Anak-anaknya
- 2) Interaksi dalam keluarga
 - a. Pola komunikasi : Klien memiliki komunikasi yang baik didalam keluarganya maupun dimasyarakat
 - b. Pembuatan keputusan : Tn.S sebagai pembuatan keputusan dirumah
 - c. Kegiatan : Klien aktif di kegiatan bermasyarakat, klien juga sering mengikuti kegiatan arisan di lingkungan rumahnya dan mengikuti pengajian ibu-ibu di lingkungan rumahnya
- 3) Dampak penyakit pasien : Klien mengatakan karena penyakit yang dideritanya klien sulit untuk beraktivitas dalam memenuhi tugasnya sebagai ibu rumah tangga dan klien mengatakan susah untuk bekerja karena badan nya yang terasa lemas.
- 4) Masalah yang mempengaruhi: Tidak ada

6. Persepsi pasien terhadap penyakitnya

- 1) Hal yang sangat dipikirkan : Mengenai penyakit yang dia rasakan klien mengatakan takut tidak bisa pulih kembali seperti biasanya.
- 2) Harapan telah menjalani : Klien rutin minum obat, dan ingin segera pulih
- 3) Perubahan yang diharapkan : Klien mengatakan perubahan yang diharapkannya yaitu agar badannya bisa kuat kembali dan bisa menjalankan tugas nya sebagai ibu rumah tangga, dan klien mengatakan akan merubah pola hidup nya menjadi lebih sehat.

7. System nilai kepercayaan

- 1) Nilai-nilai yang di percayai : Agama islam
- 2) Aktivitas agama : Klien mengatakan saat sebelum sakit dia sering mengikuti pengajian di masjid dekat lingkungan rumahnya, namun karena kondisi penyakitnya saat ini klien sudah jarang mengikuti pengajian di masjid seperti biasanya.

8. Pola kebiasaan

No	Hal yang dikaji	Pola kebiasaan	
		Sebelum sakit	Saat sakit
1	Pola nutrisi: 1. Frekuensi makan 3x/hari 2. Nafsu makan baik/tidak 3. Porsi makan yang dihabiskan 4. Makan yang tidak disukai 5. Makanan yang membuat alergi 6. Makanan pantangan 7. Minum 8. Penggunaan obat-obatan sebelum makan 9. Penggunaan alat bantu (NGT,dll) 10. Gangguan kebutuhan nutrisi	3 kali Baik 1 porsi Tidak ada Tidak ada Tidak ada 6 Gelas Tidak ada Tidak ada Tidak ada	3 kali Menurun ½ porsi Tidak ada Tidak ada Klien mendapatkan diet DM 1900 Kkal 2 Gelas (± 500 ml) Tidak ada Tidak ada Tidak ada
2	Pola eliminasi: 1. BAK a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan d. Penggunaan alat bantu (kateter,dll) 2. BAB a. Frekuensi b. Waktu c. Warna d. Konsistensi e. Keluhan f. Penggunaan <i>Laxatif</i> 3. Gangguan eliminasi	4-5 kali Jernih Tidak ada Tidak ada 1 kali Pagi hari Kekuningan Lembek Tidak ada Tidak ada Tidak ada	2 kali Kuning pekat Pengeluaran sedikit-sedikit atau tidak lancar Tidak ada 1 kali Pagi hari kekuningan Lembek Tidak ada Tidak ada Tidak ada
3	Pola personal hygiene 1. Mandi a. Frekuensi b. Waktu 2. Oral hygiene a. Frekuensi b. Waktu	2 kali Pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore	Klien belum mandi dan hanya di lap dengan tisu basah Pagi dan sore 1 kali Pagi

	<p>3. Cuci rambut</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Waktu</p> <p>4. Gangguan personal hygiene</p>	<p>2 kali</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Belum ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Ada, klien belum mampu berjalan ke kamar mandi karena masih terasa lemas</p>
4	<p>Pola istirahat dan tidur</p> <p>1. Lama tidur siang</p> <p>2. Lama tidur malam</p> <p>3. Kebiasaan sebelum tidur</p> <p>4. Gangguan istirahat dan tidur</p>	<p>Tidak ada</p> <p>6-8 jam</p> <p>Menonton TV</p> <p>Tidak ada</p>	<p>30 menit</p> <p>± 2 jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Ada, klien kurang tidur karena sesak dan lingkungan yang berisik</p>
5	<p>Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan</p> <p>1. Merokok: Ya/Tidak</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Jumlah</p> <p>2. Minuman Keras: Ya/Tidak</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Jumlah</p> <p>c. Lama pemakaian</p> <p>3. Gangguan kesehatan</p>	<p>Tidak</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Tidak</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
6	<p>Pola Aktivitas dan latihan</p> <p>1. Makan dan minum</p> <p>2. Mandi</p> <p>3. Toileting</p> <p>4. Berpakain</p> <p>5. Mobilitas ditempat tidur</p> <p>6. Berpindah/berjalan</p> <p>7. Ambulasi/rom</p> <p>8. Gangguan aktivitas</p>	<p>Mandiri</p> <p>Mandiri</p> <p>Mandiri</p> <p>Mandiri</p> <p>Mandiri</p> <p>Mandiri</p> <p>Mandiri</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Mandiri</p> <p>Dibantu keluarga</p> <p>Dibantu keluarga</p> <p>Dibantu keluarga</p> <p>Mandiri</p> <p>Dibantu keluarga</p> <p>Dibantu keluarga</p> <p>Ada, klien mengalami gangguan intoleransi aktivitas dimana klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri karena akan mempengaruhi penyakitnya yang akan menyebabkan sesak nafas</p>

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan fisik umum

Keadaan umum	: Lemah
Tingkat kesadaran	: Composmentis
Glasgow coma scale (GCS)	: E4V5M6 (15)
Berat badan	: 50 kg
Tinggi badan	: 155 cm
Tekanan darah	: 120/80 mmHg
Nadi	: 78 x/menit
Frekuensi nafas	: 26 x/menit
Suhu tubuh	: 36,0

2. System penglihatan

Posisi mata	: Simetris antara kanan dan kiri
Kelopak mata	: Tidak terdapat pembekakan pada kelopak mata klien
Pergerakan bola mata	: Pergerakan bola mata simetris
Konjungtiva	: Anemis
Kornea	: Normal
Sclera	: An-ikterik
Pupil	: Isokor
Otot-otot mata	: Otot mata normal
Fungsi penglihatan	: Kabur saat membaca tulisan
Tanda-tanda radang	: Tidak ada tanda-tanda radang

Pemakaian kaca mata	: Klien tidak menggunakan kacamata
Pemakaian lensa kontak	: Klien tidak menggunakan lensa kontak
Reaksi terhadap cahaya	: Mengecil

3. System pendengaran

Daun telinga	: Simetris antara kanan dan kiri, daun telinga bersih, tidak ada pembekakan, tidak ada nyeri tekan
Kondisi telinga tengah	: Tidak ada serumen
Cairan dan telinga	: Tidak ada perdarahan dalam telinga, tidak ada cairan yang keluar
Perasaan penuh di telinga	: Tidak ada
Tinnitus	: Tidak ada
Fungsi pendengaran	: Baik
Gangguan keseimbangan	: Tidak ada gangguan keseimbangan
Pemakaian alat bantu	: Tidak ada

4. System pernafasan

Jalan nafas	: Tidak efektif
Penggunaan otot bantu bantu	: Menggunakan otot bantu pernafasan
Frekuensi	: 26 x/menit
Irama	: Irreguler
Jenis pernafasan	: Takipneu

Batuk	: Ada
Sputum	: Ada dan berbuih
Terdapat darah	: Tidak ada
Suara nafas	: Ronchi

5. System kardiovaskular

1) Sirkulasi perifer

b. Frekuensi nadi	: 78 x/m
a) Irama	: Reguller
c. Distensi vena jugularis	:
a) Kanan	: Tidak ada
b) Kiri	: Tidak ada
c) Temperature kulit	: 36,0
d. Warna kulit	: Sianosis
e. Edema	: Ada, terdapat edema pada kedua kaki \pm 3 cm dengan pitting edema grade II
f. Capilarey refill time	: Kembali dalam < 2 detik

2) Sirkulasi jantung

a. Irama	: Irama jantung teratur
b. Sakit dada	: Tidak ada nyeri pada bagian dada

6. System hematomegali

1) Gangguan hematomegali

- a. Pucat : Ada
- b. Perdarahan : Tidak ada

7. System pencernaan

- a. Keadaan mulut
 - a) Gigi : Gigi lengkap
 - b) Gigi palsu : Tidak ada
 - c) Stomatitis : Tidak ada
 - d) Lidah kotor : Tidak ada
- b. Mukosa bibir : Kering
- c. Muntah : Tidak ada
- d. Nyeri perut : Tidak ada
- e. Bising usus : 18x/menit
- f. Konsistensi feces : Tidak ada
- g. Konstipasi : Tidak ada
- h. Hepar dan limfa : Hepar dan limfa tidak teraba dan tidak ada pembekakan dan pembesaran
- i. Abdomen :
 - a) Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi
 - b) Palpasi : Tidak pembekakan dan tidak ada nyeri tekan
 - c) Auskultasi : Bising usus normal 18x/menit

d) Perkusi : Bunyi pekak

8. System endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tyroid : Tidak ada
 b. Nafas berbau keton : Tidak ada
 c. Luka ganggren : Tidak ada

9. System urogenital

- a. Perubahan Pola Kemih
 BAK : 2x/hari
 Warna : Kuning pekat
 b. Distensi/ketegangan : Tidak ada
 Kandung kemih : Tidak ada
 c. Keluhan sakit pinggang : Tidak ada
 d. Balance Cairan :

Hari/ Tanggal/ Jam	Shif Dinas	Cairan Masuk (Input)	Cairan Keluar (Output)	Paraf
Sabtu, 23 April 2022 20.00 wib	Sore	Minum : 200 ml IVFD : 720 ml Injeksi : 1 ml Obat syr : 5 ml + <u> </u> 926 ml	Urine : 150 cc	Asmarty
	Malam	Minum : 300 ml IVFD : 360 ml Obat syr : <u>5 ml</u> +	Urine : 50 cc Feses : 100 cc	Perawat Ruangan

Senin 25 April 2022 14.00	Pagi	Minum : 100 IVFD : 250 Injeksi : <u>1 ml</u> + 351	Urine : 100 cc Feses : 100 cc	Asmarty
		Hasil Intake : 351+ AM (5xBB = 5x50 = 250) = 601	Hasil Output : 200 + IWL (15x50 = 750) = 950	

10. System integument

- a. Turgor kulit : Kurang elastis, kembali dalam waktu > 3 detik
- b. Warna kulit : Pucat pada seluruh bagian tubuh
- c. Keadaan kulit
 - a) Luka, lokasi : Tidak ada
 - b) Insisi operasi, lokasi : Tidak ada
 - c) Kondisi : Kulit klien terlihat kering dan mengelupas, dan bersisik ketika diraba.
 - d) Gatal-gatal : Klien mengeluh kulitnya gatal terutama pada bagian lipatan paha, kaki, tangan, punggung.
 - e) Kelainan pigmen : Tidak ada

- f) Decubitus, lokasi : Tidak ada
- d. Kelainan kulit : Hiperpigmentasi pada kulit dengan menghitam keunguan
- e. Kondisi kulit daerah infus : Tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak dan tidak ada keluhan gatal pada daerah infus

11. System musculoskeletal

- a. Kesulitan dalam pergerakan : Terdapat kesulitan berjalan dikarenakan edema pada ekstremitas bawah dextra dan sinistra, selain itu klien juga mengatakan kaki dan tangannya kebas dan kesemutan.
- b. Sakit tulang, sendi, kulit : Tidak ada
- c. Fraktur
 - a) Lokasi : Tidak ada
 - b) Kondisi : Tidak ada
- d. Keadaan tonus : Nilai 4 (kelemahan sedang), pergerakan antara tangan kiri dan kanan baik, tangan terpasang infus. Tetapi kekuatan otot kaki agak Berkurang

- e. Kekuatan otot :

4	4
4	4
- f. Ekstremitas
- a. Atas : Tidak ada keluhan, ekstremitas atas terpasang infus nacl pada tangan kiri
- b. Bawah : Ada, terdapat edema pada kedua kaki dengan kedalaman \pm 3 cm dengan pitting edema grade II

12. Data Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan 16 April 2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Rujukan
Kreatinin	7,0	mg/dL	0,4 - 1,2
Ureum	245	mg/dL	15 – 38
Albumin	3,5	mg/dL	3,5 – 5,3

$$\frac{(140 - \text{usia}) \times \text{BB} \times 1,2 \times (0,85 \text{ untuk wanita})}{72 \times \text{serum kreatinin}}$$

$$72 \times \text{serum kreatinin } 4743$$

$$\text{GFR} : \frac{(140 - 47) \times 50 \times 1,2 \times 0,85}{72 \times 7}$$

$$72 \times 7$$

$$: \frac{93 \times 51}{504}$$

$$504$$

$$: 9,5 (< 15 \text{ Dialysis})$$

Tanggal pemeriksaan 22 April 2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	8,0	g/dL	W:11,7-15,5. L:13,2-17,3
Jumlah leukosit	8.600	uL	W:3.600-11.000 L:3.800-10-600
Jumlah eritrosit	3,8	Juta/uL	W:3,8-5,2 L:4,4-5,9
Jumlah trombosit	390.000	uL	150.000-440.000
Laju endap darah	35	Mm	W: 0-20 L:0-10
Diff Count	0/5/0/51/31/13	%	0-1/2-4/3-5/50-70/25-40/2-8
Hematokrit	23	%	W: 35-47 L: 40-52
MCV	93	fL	80-100
MCH	31	Pg	26-34
MCHC	33	g/dL	32-36

Tanggal pemeriksaan 22 April 2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Rujukan
Gula darah sewaktu	60	mg/dL	74-106

3.4.1 Penatalaksanaan

No	Hari/Tanggal	Jenis Obat	Dosis Obat
1	Sabtu, 23 April 2022	1. IVFD NaCl 0,9%	20 tetes/menit
		2. Furosemid	3x1 amp (10 mg)
		3. Lansoprazole	1x1 vial (30 mg)
		4. Asam Folat	3x1 tab
		5. CaCO ₃	3x1 tab
		6. Keto G	2x1 tab
		7. Sanadryl syrup	3x1
		8. Dextrose 40 %	1 fls

2	Minggu, 24 April 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. IVFD NaCl 0,9% 2. Furosemid 3. Lansoprazole 4. Asam folat 5. CaCo₃ 6. Dextrose 40% 	<p>20 tetes/menit</p> <p>1x1 amp (10 mg)</p> <p>1x1 vial (30 mg)</p> <p>3x1 tab</p> <p>3x1 tab</p> <p>1 fls</p>
3	Senin ,25 April 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. IVFD NaCl 0,9% 2. Asam folat 3. CaCo₃ 4. Dextrose 40 % 	<p>20 tetes/menit</p> <p>3x1 tab</p> <p>3x1 tab</p> <p>1 fls</p>

		-Klien terlihat lemas -Klien terpasang O2 Nasal canul 3 lpm -TTV: RR: 26x/m P : 78x/m TD: 120/80 S : 36,0 °C SpO2 : 99%		
3	16:00 WIB	Ds: -Klien mengatakan ada riwayat diabetes melitus sudah dari 2 tahun yang lalu Do: Hb : 8,0 g/dL GDS: 60 mg/dL - TTV: RR: 26x/m P : 78x/m TD: 120/80 S : 36,0 °C SpO2 : 99% -Hasil pemeriksaan ginjal Ureum : 245 Kreatinin : 7,0 -Hasil GFR : $\frac{(140 - 47) \times 50 \times 1,2 \times 0,85}{72 \times 7}$ $: 93 \times 51$	Disfungsi Ginjal	Resiko perfusi renal tidak efektif (D.0016)

		504 : 9,5 (< 15 Dialysis)		
4	16:00 WIB	Ds : -Klien mengatakan badannya terasa lemas dan lesu Do: -Klien terlihat lemas -Kadar glukosa darah 60 mg/dL	Hipoglikemia	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0038)

3.2 Diagnosa Keperawatan

Nama pasien : Ny.E

Umur : 47 tahun

Ruangan : Melati

Diagnose Medis : CKD

Tanggal : 23 April 2022

No.RM : 235636

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi
1	Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi	23 April 2022	25 April 2022
2	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh	23 April 2022	Masalah teratasi sebagian intervensi dilanjutkan klien dirumah
3.	Resiko perfusi renal tidak efektif b.d Disfungsi ginjal	23 April 2022	25 April 2022
4.	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah	23 April 2022	25 April 2022

3.3 Perencanaan Keperawatan

3.3.1 Intervensi

Nama pasien : Ny.E Umur : 47 tahun
 Ruangan : Melati Diagnose Medis : CKD
 Tanggal : 23 April 2022 No.RM : 235636

Hari/tanggal	No. DP	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasionalisasi
23 April 2022	1	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam diharapkan Keseimbangan Cairan meningkat dengan kriteria hasil : 7. Keluaran urin meningkat 8. Edema Menurun 9. Berat badan membaik	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik, tekanan darah, 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor kecepatan infus secara ketat 6. Monitor efek samping diuretik Terapeutik 7. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 8. Batasi asupan cairan dan garam 9. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat	1. Untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul 2. Untuk mengetahui penyebab dari terkena hipervolemia 3. Untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, ataupun seimbang 4. Untuk mengetahui kandungan cairan dalam darah 5. Untuk menghindari kelebihan cairan yang masuk ke dalam tubuh 6. Untuk mengetahui perkembangan berat badan 7. Untuk mengurangi cairan dalam tubuh 8. Untuk memberikan posisi yang nyaman pada pasien 9. Agar dapat segera mendapatkan penanganan yang sesuai perkembangan 10. Agar pasien bisa

		<p>Edukasi</p> <p>10. Anjurkan melapor jika haluaran urine <0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>11. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>12. Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13. Kolaborasi pemberian diurutik</p> <p>Pengaturan posisi (I. 01019)</p> <p>Observasi</p> <p>14. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p>Teraupetik</p> <p>15. Atur posisi tidur yang di sukai, jika tidak kontraindikasi</p> <p>16. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis: semi fowler)</p> <p>17. Tinggikan tempat tidur bagian kepala</p> <p>18. Berikan bantal yang tepat pada leher</p> <p>Edukasi</p>	<p>mengukur cairan tubuhnya sendiri</p> <p>11. Agar pasien bisa membatasi diri</p> <p>12. Untuk mempercepat laju pembentukan urine</p> <p>13. Agar kalium dalam tubuh tetap terjaga</p> <p>14. Agar mengetahui kebutuhan oksigenasi</p> <p>15. Mengetahui keadaan penggunaan alat traksi</p> <p>16. meningkatkan kenyamanan pasien</p> <p>17. menggunakan bel agar memudahkan memanggil</p> <p>18. mengurangi sesak klien</p> <p>19. meningkatkan kualitas kenyamanan tidur pasien untuk menghindari kontraindikasi</p> <p>20. menjaga kenyamanan bagian kepala pasien</p> <p>21. meningkatkan kenyamanan pada leher pasien</p> <p>22. Agar pasien merasa nyaman</p> <p>23. Agar pasien bisa mengubah posisi nyaman secara mandiri</p>
--	--	---	--

			<p>19. informasikan saat kan dilakukan perubahan posisi</p> <p>20. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi</p>	
23 April 2022	2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam intoleransi aktivitas klien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. frekuensi nadi meningkat 2. saturasi oksigen meningkat 3. keluhan lelah menurun 4. dyspnea setelah beraktivitas menurun 5. frekuensi nafas membaik 	<p>Manajemen Energi (I. 05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya,suara,ku njungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/aktif 7. Fasilitasi duduk disisi tempat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. untuk mengetahui kelelahan fisik dan emosional 3. untuk mengetahui pola dan jam tidur klien 4. untuk mengetahui lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 5. agar klien merasa nyaman didalam ruangan 6. agar tidak terjadi kekakuan pada tubuh klien selama berbaring ditempat tidur 7. untuk meregangkan otot-otot tubuh klien 8. agar klien tetap rileks dan nyaman 9. untuk membatasi aktivitas klien 10. agar klien dapat melakukan aktivitas secara bertahap 11. agar perawat

			<p>tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Anjurkan tirah baring</p> <p>9. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>10. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>11. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>12. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>Terapi Oksigen</p> <p>Observasi</p> <p>13. Monitor kecepatan aliran oksigen</p> <p>14. Monitor efektifitas terapi oksigen</p> <p>15. Monitor kemampuan melapaskan oksigen saat makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>16. Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu</p>	<p>mengetahui kondisi klien</p> <p>12. agar keluarga mengetahui mengenai cara mengurangi lelah pada pasien</p> <p>13. agar kecepatan aliran oksigen terkontrol</p> <p>14. Untuk mempertahankan efektifitas terapi oksigen</p> <p>15. Agar mengetahui kemampuan pasien</p> <p>16. Agar jalan nafas bersih</p> <p>17. Untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>18. Untuk menggunakan oksigen dalam beraktivitas</p>
--	--	--	---	--

			<p>17. Pertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>Kolaborasi</p> <p>18. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur</p>	
23 April 2022	3	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi renal meningkat klien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah urin meningkat 2. Kadar urea nitrogen dalam darah membaik 3. Kadar kreatinin plasma membaik 	<p>Pencegahan syok (I.02068)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya respon kompensasi awal syok (misalnya, tekanan darah normal, nadi melemah, hipotensi ortostatik ringan, perlambatan pengisian kapiler, pucat, dingin pada kulit, takipnea, mual, muntah, peningkatan rasa haus, dan kelemahan) 2. Monitor adanya tanda awal reaksi alergi (misalnya rhinitis, mengi, dispnea, gatal-gatal, dan kemerahan, angiodema pada kulit, gangguan saluran pencernaan dll) 3. Monitor kemungkinan penyebab kehilangan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar syok dapat ditangani sejak awal. Dan tidak mengakibatkan kematian. 2. Karena alergi juga dapat menimbulkan syok. 3. Agar penyebabnya langsung diatasi dan terhindar dari syok 4. Agar klien dapat memenuhi kebutuhan bernafasnya 5. Agar kebutuhan cairan terpenuhi syok pun tidak terjadi 6. Karena oksigen adalah salah satu kebutuhan dasar manusia 7. Agar pasien dapat berhati-hati dan terhindar dari syok 8. Agar keluarga juga dapat mengantisipasi dan melakukan pertolongan pertama terhadap syok 9. Agar keluarga mengetahui apa yang harus dilakukan apabila

			cairan Terapeutik 4. Berikan dan pertahankan kepatenan jalan nafas, sesuai kebutuhan Kolaborasi 5. Berikan cairan intravena atau oral, sesuai kebutuhan 6. Berikan oksigen dan/atau ventilasi mekanik sesuai kebutuhan	terjadi syok
23 April 2022	4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil: 1. Kadar glukosa darah membaik 2. Jumlah urine membaik 3. Lelah lesu menurun	Manajemen Hipoglikemia (I. 03115) Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia Terapeutik 3. Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu 4. Batasi glucagon, jika perlu 5. Berikan	1. Untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda dan gejala hipoglikemia 2. Untuk mengetahui penyebab hipoglikemia 3. Untuk mengatasi hipoglikemia 4. Agar hipoglikemia teratasi 5. Memberikan makanan sesuai diet yang telah ditetapkan 6. Menghindari ketidakefektifan jalan nafas 7. Agar akses IV tetap

			<p>karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet</p> <p>6. Pertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>7. Pertahankan akses IV, jika perlu</p> <p>8. Hubungi layanan medis, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>9. Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat</p> <p>10. Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat</p> <p>11. Anjurkan monitor kadar glukosa darah</p> <p>12. Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian</p>	<p>aman</p> <p>8. Agar hipoglikemia lebih cepat diatasi</p> <p>9. Agar kadar gula pasien stabil</p> <p>10. Untuk memudahkan mengevakuasi klien</p> <p>11. Untuk mengetahui kadar glukosa darah setiap waktu</p> <p>12. Supaya hipoglikemia cepat teratasi</p> <p>13. Agar klien mengetahui tentang diitnya</p> <p>14. Untuk mencegah hipoglikemia</p>
--	--	--	--	---

			<p>program pengobatan</p> <p>13. Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olahraga</p> <p>14. Anjurkan pengelolaan hipoglikemia(tanda dan gejala, faktor risiko dan pengobatan hipoglikemia)</p> <p>15. Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia Kolaborasi</p> <p>16. Kolaborasi pemberian dextros, jika perlu</p> <p>17. Kolaborasi pemberian glucagon, jika perlu</p>	
--	--	--	---	--

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

3.4.1 Implementasi

Nama pasien : Ny.E Umur : 47 tahun

Ruangan : Melati Diagnose Medis : CKD

Tanggal : 23 April 2022 No.RM : 235636

No.	Tanggal/ Jam	No. Dx	Implementasi	Respon hasil	Paraf
1	23 April 2022 14.00 WIB	1,3	Mengatur posisi klien menjadi semi fowler	Klien mengatakan nyaman dengan posisi ini dan sesak sedikit berkurang	Asmarty
	14.05	1,3	Memasang oksigen nasal canul 3 lpm	Klien mengatakan sesak berkurang	Asmarty
	14.10	1.3	Memonitor saturasi oksigen klien	SpO2 99 % dengan terpasang O2 nasal canul 3 lpm	Asmarty
	17.05	4	Melakukan pemeriksaan GDS pada pasien	GDS klien : 68 mg/dL	Asmarty
	17.15	4	Memberikan Dextrose 40% 1 fls melalui jalur IV	Terapi cairan telah diberikan, aliran pada infus set lancar tidak ada pembengkakan pada tangan yang terpasang infus.	Asmarty
	20.00	1	Menghitung balance cairan (shift sore)	Balance Cairan : Intake – Output= 926-150 = +776	Asmarty

	14.40	1,2,3	Memonitor vital sign	TD : 120/80 mmHg N: 78 x/menit RR: 26 x/menit S: 36,0 SpO2: 99% dengan NC	Asmarty
	15.00	1	Mengidentifikasi lokasi edema	Edema berada pada bagian ekstremitas bawah \pm 3 cm dengan pitting edema grade II	Asmarty
	15.05	1,3	Memonitor kecepatan infus	Terpasang infus NaCl 0,9% 20 mgtt	Asmarty
	15.10	2	Mengkaji kelemahan pasien	Klien terlihat lemas dan lemah	Asmarty
	15.20	2	Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan	Klien hanya mampu beraktifitas diatas tempat tidur, dan bila ingin ke toilet dibantu oleh keluarga	Asmarty
	15.30	2	Memantau tingkat kemampuan mobilisasi	Mobilisasi pasien dibantu keluarganya	Asmarty
	15.40	2	Menganjurkan pasien untuk tirah baring	Klien masih terlihat lemas	Asmarty
	18.00	1	Melakukan injeksi melalui IV Lansoprazole 1x1	Injeksi sudah diberikan. Pasien merasakan	Asmarty
2	24 April 2022 08.00	1,3	Menghitung cairan intake dan output (shift malam)	Hasil intake dan output = 665-150 = +515 cc	Asmarty

08.05	1,2,3	Mengukur TTV Pasien	TD : 110/80 mmHg N: 80 x/m RR: 26 x/m S: 36,5 SpO2: 99%	Asmarty
08.05	1,2,3	Mengobservasi keadaan pasien	Keadaan pasien masih lemah dan sesak	Asmarty
08.45	1,3	Mengatur posisi pasien menjadi semi fowler	Pasien tetap dalam posisi semi fowler	Asmarty
08.53	1	Mengauskultasi suara nafas pasien	Nafas vesikuler, irama nafas reguler	Asmarty
08.55	1	Memonitor respirasi	Irama nafas reguler	Asmarty
09.00	1,3	Mengobservasi terapi oksigen sesuai indikasi yang diberikan	Oksigen nasal canul 3lpm	Asmarty
09.15	1	Mempertahankan kepatenan jalan nafas	Posisi pasien tetap semi fowler dan bantal diatas kepala	Asmarty
09.30	1	Mengkaji lokasi dan luas edema	Terdapat pitting edema pada ekstremitas bawah \pm 3 cm	Asmarty
09.45	1,3	Mengingatkan kembali kepada pasien dan keluarga Pasien untuk membatasi asupan cairan	Pasien minum 100ml dan mendengarkan penjelasan dari perawat	Asmarty
10.00	2	Mengkaji kelemahan pasien	Pasien masih terasa lemas	Asmarty
10.05	2	Memantau tingkat kemampuan mobilisasi pasien	Mobilisasi pasien dibantu oleh keluarga	Asmarty

	12.05	1	Injeksi obat diuretik furosemid 1mg, dan	Pasien mengatakan tidak terasa sakit	Asmarty
	12.30	4	Melakukan pemeriksaan GDS	GDS pasien 70 g/dL	Asmarty
	12.40	4	Memberikan Dextrose 40% 1 fls melalui jalur IV	Terapi cairan telah diberikan, aliran pada infus set lancar tidak ada pembengkakan pada tangan yang terpasang infus.	Asmarty
	13.00	2	Menganjurkan pasien untuk tidak turun dari tempat tidur sendiri	Pasien mengatakan mengerti dengan apa yang dijelaskan	Asmarty
	13.45	1,3	Menghitung output urine	- Output urine pasien \pm 150 ml,	Asmarty
	14.00	1,3	Menghitung cairan intake dan output per 8 jam (shift pagi)	Hasil intake-output = 506-200= +306	Asmarty
	14.05	1,3	Kolaborasi dengan perawat ruangan dalam menghitung cairan intake dan output per 8 jam (shift sore)	Hasil intake-output = 465-150	Asmarty
3	25 April 2022 08.00	1,3	Menghitung balance cairan per 24 jam (shift malam)	Hasil intake-output = 1736-1350 = + 386	Asmarty
	08.10	1,2,3	Mengukur TTV	TD : 110/80 RR : 18x/m N : 85x/m S : 36,7 SpO2 : 98 %	Asmarty

	08.20	1,2,3	Mengobservasi keadaan pasien	Keadaan pasien masih lemas dan sesak sudah berkurang	Asmarty
	08.20	1,3	Mengatur posisi pasien menjadi semifowler	Pasien tetap dalam posisi semi fowler	Asmarty
	08.50	1	Mengauskultasi suara nafas pasien	Suara nafas pasien vesikuler	Asmarty
	08.55	1,3	Memonitor respirasi pasien	Irama pernafasan reguler	Asmarty
	09.00	1	Mengobservasi terapi oksigen yang diberikan sesuai dengan indikasi	Pasien sudah tidak menggunakan oksigen	Asmarty
	09.15	1,3	Mempertahankan kepatenan jalan nafas	Pasien tetap pada posisi semi fowler dengan bantal diatas kepala	Asmarty
	09.30	1	Mengkaji lokasi dan luas edema	Edema pada kedua tungkai kaki \pm 1 cm dan sudah berkurang	Asmarty
	10.45	2	Mengkaji kelemahan pasien	Pasien sudah sedikit bertenaga	Asmarty
	10.45	1,3	Mengingatkan kembali kepada pasien dan keluarga untuk membatasi minum pasien	Pasien minum 150 ml dan mendengarkan penjelasan perawat	Asmarty
	11.05	2	Memantau tingkat kemampuan mobilisasi	Mobilisasi pasien masih dibantu keluarga	Asmarty

	11.10	4	Memeriksa GDS pasien	GDS : 82 mg/dL	Asmarty
	12.00	4	Memberikan Dextrose 40% 1 fls melalui jalur IV	Terapi cairan telah diberikan, aliran pada infus set lancar tidak ada pembengkakan pada tangan yang terpasang infus.	Asmarty
	12.30	1,3	Memonitor intake cairan pasien	Intake cairan 1/3 gelas (100 ml), output urine 100 ml	Asmarty
	12.30	1,3	Menghitung output urine	Output pasien \pm 200 cc, IWL (15x50:24) = 32 cc	Asmarty

3.		20.00	<p>S : Klien mengatakan BAK masih keluar sedikit-sedikit</p> <p>O : Klien masih terlihat pucat dan lemas</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Jumlah urine</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kadar urea nitrogen darah</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar kreatinin plasma</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 6,7,9</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Jumlah urine			√			2.	Kadar urea nitrogen darah	√					3.	Kadar kreatinin plasma	√					Asmarty
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Jumlah urine			√																												
2.	Kadar urea nitrogen darah	√																														
3.	Kadar kreatinin plasma	√																														
4.		20.00	<p>S : Klien mengatakan badannya masih terasa lemas</p> <p>O : GDS pasien masih rendah 68 mg/Dl</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kadar Glukosa Darah</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Jumlah urine</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Lelah lesu</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan, 1, 7, 16</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Kadar Glukosa Darah	√					2.	Jumlah urine		√				3.	Lelah lesu	√					
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Kadar Glukosa Darah	√																														
2.	Jumlah urine		√																													
3.	Lelah lesu	√																														

No Dx	Hari/ tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf/ Nama														
1.	Hari kedua Minggu, 24 April 2022	14.00	<p>S : Klien mengatakan BAK sudah mulai lancar dan sesak nafas berkurang</p> <p>O : -Kaki klien masih ada edema</p> <p>-R: 22x/m</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Dispnea</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Dispnea			√			Asmarty
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5												
1.	Dispnea			√														

			2.	Keluaran urin			√																																														
			3.	Edema				√																																													
			4.	Berat badan				√																																													
			P : Intervensi dilanjutkan 1,2,4,7,10,16,18,23																																																		
2.		14.00	<p>S : Klien mengatakan badan masih terasa lemas dan lelah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien masih terlihat lemas -mobilisasi klien masih dibantu keluarga <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Saturasi oksigen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Keluhan lelah</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Dyspnea setelah beraktivitas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Frekuensi nafas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 2,3,4,10</p>								N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Frekuensi nadi				√		2.	Saturasi oksigen					√	3.	Keluhan lelah		√				4.	Dyspnea setelah beraktivitas			√			5.	Frekuensi nafas				√		Asmar y
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																															
1.	Frekuensi nadi				√																																																
2.	Saturasi oksigen					√																																															
3.	Keluhan lelah		√																																																		
4.	Dyspnea setelah beraktivitas			√																																																	
5.	Frekuensi nafas				√																																																
3.		14.00	<p>S : Klien mengatakan BAK sudah mulai lancar</p> <p>O : -Kaki klien masih ada edema</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Jumlah urine</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kadar urea nitrogen darah</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar kreatinin plasma</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 6,7,9</p>								N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Jumlah urine			√			2.	Kadar urea nitrogen darah	√					3.	Kadar kreatinin plasma	√																			
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																															
1.	Jumlah urine			√																																																	
2.	Kadar urea nitrogen darah	√																																																			
3.	Kadar kreatinin plasma	√																																																			
4.		14.00	S: Klien mengatakan badan nya masih terasa lemas																																																		

			<p>O: Klien masih terlihat lemas, GDS pasien : 70 mg/dL</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kadar Glukosa Darah</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Jumlah urine</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Lelah lesu</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,7,16</p>					No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Kadar Glukosa Darah	√					2.	Jumlah urine		√				3.	Lelah lesu	√					
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																														
1.	Kadar Glukosa Darah	√																																		
2.	Jumlah urine		√																																	
3.	Lelah lesu	√																																		

No Dx	Hari/ tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf/ Nama																																			
1.	Hari Ketiga Senin, 25 April 2022	12.30	<p>S : Klien mengatakan BAK sudah lancar, klien sudah tidak sesak lagi</p> <p>O :</p> <p>-Kaki klien sudah tidak edema</p> <p>-R: 20x/m</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Dispnea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Keluaran urin</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Edema</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Berat badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Dispnea					√	2.	Keluaran urin				√		3.	Edema				√		4.	Berat badan				√		Asmar y
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																	
1.	Dispnea					√																																	
2.	Keluaran urin				√																																		
3.	Edema				√																																		
4.	Berat badan				√																																		
2.		12.30	<p>S : Klien mengatakan badan masih terasa lemas dan lelah</p> <p>O :</p> <p>- klien masih terlihat lemas</p> <p>-mobilisasi klien masih dibantu keluarga</p>	Asmar y																																			

			A : Masalah teratasi sebagian						
			N o	Kriteria hasil	1	2	3	4	5
			1.	Frekuensi nadi					√
			2.	Saturasi oksigen					√
			3.	Keluhan lelah		√			
			4.	Dyspnea setelah beraktivitas				√	
			5.	Frekuensi nafas					√
			P : Intervensi dilanjutkan pasien dirumah 5,6,10						
3.		12.30	S : Klien mengatakan BAK sudah lancar O : Edema pada kaki klien sudah mengempis A : Masalah teratasi						
			N o	Kriteria hasil	1	2	3	4	5
			1.	Jumlah urine				√	
			2.	Kadar urea nitrogen darah	√				
			3.	Kadar kreatinin plasma	√				
			P : Intervensi dihentikan						
4.		12.30	S : Klien mengatakan badannya masih lemas O : GDS klien 82 mg/dL A : Masalah teratasi						
			N o	Kriteria hasil	1	2	3	4	5
			1.	Kadar Glukosa Darah					√
			2.	Jumlah urine				√	
			3.	Lelah lesu					
			P : Intervensi dihentikan						

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab pembahasan penulis akan membandingkan antara teori asuhan keperawatan Chronic kidney disease (CKD) dengan praktik asuhan keperawatan Chronic kidney disease (CKD) tersebut dengan proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan pemecahan masalah serta dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus asuhan keperawatan pada Ny.E dengan penyakit Chronic kidney disease (CKD) di ruang rawat inap Melati RSUD Curup kabupaten Rejang Lebong.

4.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan masalah pasien. Pengkajian pada pasien Ny. E dengan penyakit Chronic kidney disease (CKD) dilakukan pada tanggal 24 April 2022, dalam mengumpulkan data penyusun menggunakan metode wawancara dengan pasien dan keluarga, dan mengobservasi keadaan klien meliputi pemeriksaan fisik per sistem, karena perawat menganggap lebih sistematis dan akurat, serta didukung oleh sumber catatan perawatan, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang sehingga didapatkan data yang diperlukan.

Menurut Wijaya (2013), keluhan utama yang dirasakan oleh pasien Chronic kidney disease (CKD) adalah output urine sedikit bahkan tidak dapat

BAK, gelisah sampai penurunan kesadaran, kaki atau tangan pasien mengalami kesemutan dan kelemahan, tidak nafsu makan (anoreksia), mual muntah, peningkatan berat badan cepat (edema) atau penurunan berat badan (malnutrisi), pernafasan takipnea peningkatan frekuensi/kedalaman, dan hiperpigmentasi pada kulit serta gatal pada kulit. Riwayat penyakit dahulu, pasien pernah menderita penyakit gagal ginjal akut, infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat-obat nefrotoksik, Benigna prostatic hyperplasia, dan prostektomi, riwayat penyakit batu saluran kemih, infeksi sistem perkemihan yang berulang, penyakit diabetes mellitus, dan penyakit hipertensi.

Berdasarkan pengkajian yang ditemukan pada kasus Ny. E sesuai dengan konsep teori, keluhan utama dan riwayat penyakit dahulu pada Ny. E yaitu sesak nafas dan mengalami pengeluaran urine sedikit pada saat BAK , bahkan volume urine yang sedikit kurang lebih 100-500 ml/hari. Selain itu pasien juga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Pasien mempunyai riwayat penyakit Diabetes Melitus. Berdasarkan teori riwayat penyakit dahulu, adanya kesamaan antara teori dan praktek yang ditemukan pada pasien yaitu Ny. E menderita penyakit DM sejak ±5 tahun yang lalu.

Menurut Wijaya (2013), pengkajian sistem sirkulasi pada pasien dengan Chronic kidney disease (CKD) yaitu riwayat hipertensi lama atau berat, nyeri dada (angina), nadi kuat, edema jaringan umum dan pitting pada kaki dan telapak tangan, distrimia jantung, nadi lemah halus, hipotensi ortostatik menunjukkan hipovolemia yang jarang pada penyakit tahap akhir, Friction rub pericardial (respon terhadap akumulasi sisa), pasien tampak pucat; kulit coklat kehijauan,

kuning, bahkan pasien kecenderungan mengalami perdarahan. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan dengan pasien Ny. E, pasien mengalami pitting edema derajat ke II pada kedua kaki pasien, dan pasien tampak lemas.

Pengkajian eliminasi yang dapat diperoleh pada pasien Chronic kidney disease (CKD) adalah pasien mengalami penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare atau konstipasi, perubahan warna urine contoh kuning pekat, merah atau coklat (Doenges, 2000). Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. E urine pasien pengeluarannya sedikit, berwarna kuning keruh, Ny. E menggunakan kateter untuk melihat berapa volume urine yang dikeluarkan maka penulis melakukan percobaan dengan memantau urine pasien menghitung berapa volume urine pasien setiap 24/jam.

Menurut Wijaya dan Yessie (2013), Pemeriksaan pernafasan pada pasien Chronic kidney disease (CKD) biasanya nafas pendek, dispnea nocturnal paroxsimal, batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak, takipnea, peningkatan frekuensi/kedalaman (pernafasan kussmaul). Berdasarkan pengkajian pada Ny. E ditemukan adanya kesamaan antara teori dan praktik yaitu Ny. E mengalami nafas cepat dimana frekuensi nafas 26 x/menit, kedalaman nafas dangkal.

Hasil dari pengkajian yang berupa data-data subyektif dan data obyektif dikumpulkan kemudian dianalisis sehingga didapatkan masalah-masalah pasien untuk selanjutnya menjadi diagnosa keperawatan. Hasil pengkajian perawat menemukan bahwa tanda klinis dari data subyektif dan data obyektif sesuai dengan teori dan tidak ditemukan perbedaan pada saat perawat melakukan pengkajian.

Menurut Gallo (2010), data penunjang penyakit Chronic kidney disease (CKD) menurut teori adanya pemeriksaan laboratorium kimia darah, hematologi, ultrasonography ginjal (USG), pemeriksaan bedah, tetapi pada Ny. E. USG ginjal dan pemeriksaan bedah tidak dilakukan karena kondisi pasien tidak mengharuskan untuk pemeriksaan USG dan pemeriksaan bedah. Pemeriksaan kimia darah yaitu ureum dan kreatinin yang meningkat. Pada saat pemeriksaan laboratorium didapatkan data jika ureum dan kreatinin Ny. E meningkat, pemeriksaan tanggal 16 April 2022 ureum 245 mg/dL (normal ureum 17-43 mg/dL), kreatinin 7,0 mg/dL (normal kreatinin 0,45-0,75 untuk wanita dan 0,62-1,10 untuk laki-laki). Ditambah dengan pemeriksaan hematologi yaitu, Hb 8,0 g/dL (normal Hb wanita 11,7-15,5) Hematokrit 23% (normal wanita 35-47). Ditambah dengan keluhan sebagai data pendukung bahwa pasien mengalami penyakit Chronic kidney disease (CKD).

4.2.Diagnosa Keperawatan

Setelah pengumpulan data, dan penulis menganalisa data data tersebut dan mengidentifikasi prioritas masalah pada pasien dengan Chronic kidney disease (CKD) berdasarkan teori Nurarif (2015) dan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016) yaitu sebagai berikut :

1. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh
3. Resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan Disfungsi ginjal
4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Anoreksia

5. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler
6. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Dari keenam diagnosa tersebut ada 3 diagnosa yang penulis angkat dikarenakan adanya data-data pendukung yaitu :

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian Ny.E mengatakan susah BAK, dan kulit klien tidak elastis, serta saat balance cairan intake lebih besar daripada output selain itu klien juga mengeluh sesak dengan RR: 26x/m dan terpasang O2 nasal canul 3 lpm
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian pada Ny.E didapatkan data klien badan terasa lemas, sulit untuk melakukan aktifitas sendiri, klien mengatakan dibantu oleh keluarganya jika ingin pergi ke kamar mandi dan saat melakukan ADL seperti makan dan minum
3. Resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan Disfungsi ginjal. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan kreatinin dan ureum klien mengalami kelainan, yaitu ureum 245 mg/dL (normal ureum 17-43 mg/dL), kreatinin 7,0 mg/dL (normal kreatinin 0,45-0,75 untuk wanita dan 0,62-1,10 untuk laki-laki).

Saat pengkajian ditemukan diagnosa lainnya karena klien mengalami komplikasi yaitu CKD disertai riwayat penyakit DM, maka diagnosa yang diangkat yaitu :

4. Resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan Hipoglikemia.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan GDS pada klien dengan hasil GDS 60 mg/dL dimana hasilnya lebih rendah dari pada nilai normal.

Ada beberapa diagnosa di teori yang tidak diangkat oleh penulis. Sedangkan 3 diagnosa lagi yang tidak diangkat dikarenakan tidak ada data pendukung, salah satunya yaitu Gangguan Pertukaran Gas, dikarenakan pemeriksaan AGD (Analisa Gas Darah) yang merupakan salah satu pemeriksaan penunjang dalam pengangkatan diagnosa Gangguan Pertukaran Gas belum tersedia di RSUD Curup. Maka dari itu penulis tidak dapat mengambil diagnosa Gangguan pertukaran gas.

4.3. Intervensi Keperawatan

Setelah pengkajian dan menegakkan diagnosa selanjutnya adalah menyusun rencana keperawatan yang merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan di dalam asuhan keperawatan yang dilakukan. Rencana keperawatan dibuat berlandaskan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan rasionalnya menurut Doenges namun disesuaikan dengan prosedur ruangan, fasilitas yang ada dan faktor-faktor psikologis dan kondisi pasien serta keluarga. Rencana keperawatan disusun dalam bentuk kata perintah, operasional untuk

mengatasi, mengurangi dan mencegah masalah yang ada pada pasien serta melatih pasien dalam kemandirian.

Rencana keperawatan dibentuk berdasarkan diagnosa yang tertegak berdasarkan masalah yang ada pada pasien saat dilakukannya pengkajian dikarenakan ada 3 diagnosa yang tertegak maka intervensi pun harus sesuai dengan diagnosa sehingga dapat diimplementasikan dengan baik, tetapi dari seluruh intervensi yang telah direncanakan tidak seluruhnya dapat dilakukan karena keterbatasan alat maupun kemampuan perawat.

Perencanaan yang telah penulis susun untuk diagnosa Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi adalah pertahankan catatan intake dan output cairan yang akurat, monitor tanda-tanda vital, mengatur posisi klien untuk mengurangi sesak seperti memposisikan klien pada posisi semi fowler, kaji lokasi dan luas edema, monitor masukan makanan atau cairan, berikan diuretik sesuai terapi, monitor berat badan. Intervensi untuk diagnosa kelebihan volume cairan yang tidak dapat dilakukan adalah memonitor berat badan pasien dikarenakan kondisi pasien yang mengalami kesulitan dalam bergerak jadi hanya dilakukan pertama kali ketika pengkajian saja.

Untuk perencanaan pada diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh antara lain kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan, monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien, bantu pasien mengubah posisi

secara perlahan, bantu pasien untuk mengidentifikasi aktifitas yang dapat dilakukan, melibatkan keluarga dalam perawatan.

Perencanaan untuk diagnosa terakhir Resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan Disfungsi ginjal yaitu pemantauan intake dan output cairan, mengobservasi edema, monitor status hidrasi dan monitor hasil pemeriksaan penunjang.

4.4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah disusun, dalam pelaksanaan tindakan keperawatan penulis tidak berada diruangan selama 24 jam tetapi penulis berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, sedangkan untuk mengikuti perkembangan pasien dimana penulis tidak dinas maka penulis melihat catatan perawat ruangan Melati dan catatan dokter serta menanyakan langsung pada perawat yang sedang jaga ataupun dengan keluarga.

Tindakan keperawatan dalam pelaksanaan yang telah direncanakan ada yang dapat dilakukan mandiri oleh penulis dan ada juga yang dilakukan secara berkolaborasi dengan tim medis kesehatan lain seperti perawat dan ada juga melibatkan keluarga pasien dalam pemberian perawatan. Penulis tidak menemukan banyak kesulitan saat pelaksanaan perawatan, tetapi penulis melihat bahwa pasien Ny.E dengan Chronic kidney disease (CKD) yang harusnya dilakukan pemasangan kateter untuk memonitoring output cairan, pada kenyataannya Ny.E tidak dilakukan pemasangan kateter

karena merasa tidak nyaman jika dipasang kateter dan lebih memilih BAK sendiri ke toilet, sehingga untuk mengukur output cairan pasien Ny.E penulis menampung urine kedalam pispot dan diukur setiap 24 jam sekali.

Terapi yang dilakukan oleh penulis untuk klien yaitu pengaturan posisi semi fowler yang bertujuan untuk mengatasi sesak nafas yang dialami klien. Pada pelaksanaan terapi menurut jurnal ini penulis tidak menemukan kendala apapun, dikarenakan dari ketersediaan peralatan dan kondisi pasien cukup memadai dalam pelaksanaan tindakan. Setelah dilakukan tindakan didapatkan kesimpulan bahwa posisi semi fowler ini terbukti efektif dalam mengurangi sesak nafas pada Ny.E dimana hasilnya sesuai dengan jurnal yang telah diambil oleh penulis.

4.5.Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan. Evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi yang dilaksanakan penulis telah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis susun dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning).

Adapun menurut Bararah, (2013) Evaluasi secara teori yang terdapat pada pasien gagal ginjal kronik yaitu :

1. Intake dan output cairan seimbang

2. Tidak ada edema
3. Tanda-tanda vital dalam batas normal
4. Kadar elektrolit darah normal
5. Tidak ada mual, dan muntah
6. Pasien dapat menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan.
7. Tidak ada gatal-gatal dan lecet pada kulit
8. Tahan terhadap aktifitas tanpa ada kelelahan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny.E dengan Chronic kidney disease (CKD) terdapat tiga diagnosa teratasi diantaranya yaitu:

1. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi, pada evaluasi terakhir ditemukan BAK pasien sudah sedikit lancar ± 300 ml, edema pada ekstremitas bawah sudah tidak ada, dan terapi pengaturan posisi semi fowler dalam mengatasi sesak nafas akibat hipervolemia terbukti efektif.
2. Resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan Disfungsi ginjal, pada evaluasi terakhir klien mengatakan BAK sudah mulai lancar dan edema pada kaki klien sudah mengempis

Dan terdapat juga masalah keperawatan yang baru teratasi sebagian diantaranya untuk diagnosa :

1. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen, pada evaluasi terakhir ditemukan kondisi pasien masih mudah lelah, dan pasien masih terlihat hati-hati saat berjalan.

Setelah melihat perkembangan klien dokter memutuskan untuk klien pulang pada tanggal 25 April 2020 pukul 12.30 WIB.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.E selama 3 hari dengan diagnosa medis Chronic kidney disease (CKD) di ruang Melati RSUD Curup kabupaten Rejang Lebong, maka penulis dapat menarik kesimpulan :

1. Pengkajian

Asuhan keperawatan ditegakkan melalui pengkajian yang cermat dari perawatan meliputi data biografi klien, riwayat kesehatan atau keperawatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, yang terdiri dari pemeriksaan laboratorium.

Hasil pengkajian perawat menemukan bahwa tanda klinis dari data subjektif dan data objektif Chronic kidney disease (CKD) sesuai dengan teori dan tidak ditemukan perbedaan pada saat perawat melakukan pengkajian.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan prioritas masalah pada pasien Ny.E sehingga dari 6 diagnosa keperawatan yang ada secara teori hanya 3 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada kasus Ny.E dengan Chronic kidney disease (CKD) diagnosa yang dapat diangkat yaitu: Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan

ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh, dan Resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan Disfungsi ginjal.

3. Intervensi

Penulis menentukan perencanaan tindakan keperawatan guna mencapai tujuan yang diinginkan berdasarkan teori yang ada dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan rasionalnya penulis melihat berdasarkan teori Doenges, perencanaan di buat secara matang agar memenuhi kebutuhan keperawatan pasien saat itu, penulis dapat melakukan perencanaan secara teoritis dalam bentuk asuhan keperawatan, kepada pasien dan keluarga pasien secara langsung.

4. Implementasi

Pada tahap pelaksanaan tindakan keperawatan hasil yang diharapkan adalah tercapainya tujuan. Dari rencana keperawatan yang dibuat haruslah diimplementasikan semaksimal mungkin agar tujuannya dapat tercapai dengan baik dan dapat membantu proses pemulihan dan penyembuhan pasien. Pelaksanaan studi kasus pada pasien Ny.E dengan Chronic kidney disease (CKD) penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari sampai pasien pulang, yaitu mulai tanggal 23 April 2022 – 25 April 2022.

5. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan penilaian keberhasilan keperawatan, terdapat 3 diagnosa yang 2 diantaranya sudah teratasi dan 1 diagnosa lainnya teratasi sebagian, setelah implementasi dilakukan diperlukan respon terhadap tindakan yang dilakukan sebagai bentuk penilaian dari keberhasilan implementasi. Evaluasi respon pasien ini dapat dilihat sebagai catatan perkembangan keadaan pasien setiap hari. Pasien pulang pada tanggal 25 April 2022 pada pukul 12.30 WIB dengan keadaan dan kondisi yang jauh lebih baik.

5.2 Saran

1. Bagi klien penderita Chronic kidney disease (CKD)

Diharapkan untuk klien penderita Chronic kidney disease (CKD) harus memperhatikan kesehatan ginjal, pernafasannya, gaya hidup, pola nutrisi (makanan dan cairan) baik selama bahkan setelah perawatan di rumah sakit dikarenakan klien penderita penyakit Chronic kidney disease (CKD) memiliki resiko untuk memiliki penyakit yang lain dan jika tanpa pengobatan serta perawatan yang baik dapat menimbulkan komplikasi yang lebih berat serta pada akhirnya dapat menyebabkan kematian.

2. Bagi profesi perawat

Bagi profesi perawat hendaknya melakukan pengkajian lebih teliti dan lebih akurat demi mendapatkan data-data yang mendukung, serta dapat menegakkan diagnosa yang tepat, sehingga para perawat dapat

membuat intervensi serta dapat melaksanakan rencana yang telah dibuat dengan menyesuaikan kondisi klien dan rumah sakit agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan serta dapat mengevaluasi perkembangan keadaan klien demi untuk menunjang penyembuhan klien.

3. Bagi pelayanan kesehatan atau rumah sakit

Bagi pelayanan kesehatan diharapkan untuk meningkatkan kualitas Pelayanan kesehatan baik secara fisik maupun non fisik sehingga tingkat kepuasan dan kesembuhan klien semakin meningkat dengan pelayanan yang baik juga akan membawa kebaikan bagi layanan kesehatan.

4. Bagi institusi pendidikan

Pada institusi pendidikan diharapkan dapat menyediakan, melengkapi, dan memperbanyak referensi buku dipergustakaan sebagai landasan teori bagi mahasiswa untuk memperoleh pengetahuan yang luas tentang keperawatan pada klien dengan Chronic kidney disease (CKD).

DAFTAR PUSTAKA

- Batticaca, F.B., & Nursalam. (2011). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika, Jakarta
- Brunner & Suddarth, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, alih bahasa:Waluyo Agung., Yasmin Asih., Juli., Kuncara., I.made karya, EGC,Jakarta.
- Carpenito, L J. 2006. *Diagnosa keperawatan Aplikasi pada Praktek Klinik Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Doengoes, M.E., M.F. Moorhouse, dan A.C. Geissler. 1999. *Nursing Care Plans. Guidelines For Planning and Documenting Patient Care F.A Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A*. Terjemahan Kariasa, I.M., N.M. Sumarwati. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi Ketiga. Cetakan 1. Jakarta : EGC
- Evelyn C. 2013. *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakata: PT Gramedia Pustaka Utama
- Firdaus, R. B. (2016). *Upaya Penatalaksanaan Pola Nafas Tidak Efektif pada Pasien Chronic Kidney Disease di RSUD dr . Soehadi Prijonegoro*
- Hidayat, A.Aziz Alimul. 2001. *Dokumentasi Proses Keperawatan*. Penerbit Buku Kedokteran: EGC
- Kemenkes RI. 2015. *Infodantin Gagal Ginjal Kronik*. Jakarta: Direktorat Kementrian Kesehatan RI.
- Kandacong, Ayumi. 2017. *Jumlah Trombosit Pre dan Post Hemodialisa (HD) pada Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronik (PGK) di Rumah Sakit Perguruan Tinggi Negeri (RSPTN) Universitas Hasanuddin*.Makassar: Universitas Hasanuddin
- Kowalak JP, Welsh W, Mayer B, 2011, *Buku Ajar Patofisiologi*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta, pp.548-566
- Muttaqin dan Sari. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*.Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam (2006) *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan System Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika

- PERNEFRI. (2014). 7th Report of Indonesia Renal Registry
- Perry and Potter. 2005. Fundamental Keperawatan Edisi IV. Jakarta : EGC
- Prince, S. A. dan Wilson, L. M. (2006). Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Edisi 6, Volume 1. Jakarta: EGC
- Rumah Sakit Umum Daerah Curup. 2014-2020. Laporan Tahunan Rekam Medis Tahun. RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong. Bengkulu.
- Setiadi (2007), Anatomi dan Fisiologi Manusia. Jakarta, Penerbit : Graha Ilmu.
- Smeltzer, C. S. dan Bare, G. B. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth. Jakarta: EGC.
- Sudoyo. 2015. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FKUI
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017.*Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018.*Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Peratuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018.*Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Peratuan Perawat Nasional Indonesia.
- USRD (United States Renal Data System). 2013. USRDS Annual Data Report. Diakses pada tanggal 20 Januari 2016.
- Vika Maris Nuraini, Sulis Maryanti, 2013. *Gambaran Makna Hidup Gagal Ginjal Kronik yang Mengalami Hemodialisa*. Jurnal Psikologi. II , 1 Juni 2013.
- Wanita, First, Ashari, and Hardiyansah. 2017. "Sistem Pakar Deteksi Dini Penyakit Dengan Gejala Sesak Nafas Menggunakan Metode Forward Chaining." Prosiding Seminar Nasional Ilmu Komputer Dan Teknologi Informasi 2 (2):74-79.
- WHO. 2013. *Annual Data Report*. Diakses pada tanggal 17 Januari 2016.
- Wijaya, A dan Putri, Y. 2013. Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta : Nuha Medika

**L
A
M
P
I
R
A
N**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Asmarty Sholihah
NIM : P00320119001
NAMA PENGUJI : Nurbaiti S.Kep Ners
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Cronic Kidney Disease Diruangan Melati Di RSUD
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Kamis 05 Agustus 2022	1. Rapikan KTI 2. Perbaiki bab 4 dan bab 5 3. Masukkan jurnal terapi pada pembahasan	
2	Senin 08 Agustus 2022	Acc perbaikan KTI	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Asmarty Sholihah
NIM : P00320119001
NAMA PENGUJI : Ns.Derison Marsinova Bakara, S,Kep., M.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Cronic Kidney Disease Diruangan Melati Di RSUD
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Kamis 04 Agustus 2022	1. Perbaiki penulisan KTI 2. Tambahkan Diagnosa	
2	Jumat 05 Agustus 2022	Acc perbaikan KTI	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns.Derison Marsinova Bakara, S,Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Asmarty Sholihah
NIM : P00320119001
NAMA PEMBIMBING : Fatimah Khoirini, SST, M.Kes
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Cronic Kidney Disease Diruangan Melati Di RSUD
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Rabu 15 Desember 2021	1. Acc judul 2. Buat bab 1	R
2	Jumat 11 Februari 2022	1. Perbaiki Latar belakang 2. Dilatar belakang ditambahkan data CKD di provinsi Bengkulu	R
3.	Senin 14 Februari 2022	1. Tambahkan lagi data CKD di Provinsi Bengkulu	R
4.	Selasa 15 Februari 2022	1. Bab 2 tambahkan intervensi SIKI	R
5.	Kamis 17 Februari 2022	1. Cari jurnal yang berhubungan dengan CKD 2. Ganti riskesdas 2018	R
6.	Jumat 18 Februari 2022	1. Bab 1 tambahkan alasan digunakan intervensi jurnal 2. Bab 2 tambahkan teori intervensi	R

		jurnal pengertian, indikasi, kontraindikasi, dan SOP	
7.	Senin 21 Februari 2022	1. Cari jurnal yang lebih mudah diterapkan di ruangan rawat inap	R
8.	Senin 28 Februari 2022	1. ACC Ujian Proposal	R
9.	Jumat 01 Juli 2022	1. Perbaiki cara pendokumentasian hasil pengkajian 2. Lengkapi data mayor minor	R
11.	Jumat 08 Juli 2022	1. Perbaiki diagnosa keperawatan	R
12.	Selasa 12 Juli 2022	1. Tambahkan balance cairan pada data pengkajian	R
13.	Rabu 13 Juli 2022	1. Buat bab 4 dan 5 dan lengkapi semua dari cover sampai dengan lampiran	R
14.	Senin 18 Juli 2022	1. Tambahkan diagnosa teori, implementasi teori, dan evaluasi pada pembahasan	R
15	Jumat 22 uli 2022	1. Acc ujian siapkan ppt dan lengkapi data	R

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Asmarty Sholihah

NIM : P00320119001

Judul Proposal KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Cronic
Kidney Disease* di Ruang Interne RSUD Curup

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa proposal ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak di kemudian hari terbukti dalam Karya Tulis Ilmiah ini ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 07 Maret 2022

Yang Menyatakan



Asmarty Sholihah

Poltekkes Kemenkes Bengkulu

BIODATA

Nama : Asmarty Sholihah
Tempat dan tanggal lahir : Curup, 21 Juni 2001
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Adirejo
Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 03 Rejang Lebong
2. SMP Negeri 1 Rejang Lebong
3. SMA Negeri 4 Rejang Lebong



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 100 /RSUD – DIKLAT/2022 Curup, 23 April 2022
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - Karu Interne/P Dalam
Perihal : Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di

RSUD Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes Program Diploma Tiga Kemenkes Bengkulu Nomor :DM.01.04/078/6/IV/2022 Tanggal 19 April 2022, Perihal Permohonan Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa :

Nama : **ASMARTY SHOLIAH**
NIM : P00320119001
Prodi : D.III Keperawatan
Tanggal : 23 April s.d 25 April 2022
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cronic
Kidney Deasease (CKD)di RuanganInterne/Penyakit
Dalam Di RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong
Tahun 2022.**

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan selama melaksanakan Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup
Kepala Bagian Administrasi

DWI PRASETYO, SKM
NIP. 19711007 199203 1 003



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP



Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114

Nomor : 29.a /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di RSUD Curup

Curup, 25 April 2022
Kepada Yth,
Direktur Prodi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -
Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/078/6/IV/2022 tanggal 19 April 2022, Perihal Surat Pengantar Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : **ASMARTY SHOLIAH**
NIM : P0 0320119001
Jurusan : Keperawatan Program Diploma Tiga
Waktu Penelitian : 15 April s/d 17 April 2022
Judul : ***Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Cronic Kidney deasease (CKD)di diruang Interne/Penyakit Dalam RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.***

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD Curup
Kepala Bagian Administrasi


DWI PRASETYO, SKM
NIP. 19711007 199203 1 003





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



19 April 2022

Nomor : DM.01.04/ 578 /6/IV/2022
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir

Kepada Yth

Direktur RSUD Curup
Kabupaten Rejang Lebong

Di
Tempat

Dengan Hormat

Sehubungan dengan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Laporan Kasus bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Curup Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, maka bersama ini kami mohon ketersediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami tersebut dibawah ini untuk melakukan Asuhan Keperawatan yang berkaitan dengan judul: *Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Cronic Kidney Disease (CKD) Diruangan Interne RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.*

Adapun nama mahasiswa yang akan melakukan kegiatan tersebut adalah:

Nama : Asmary Sholihah

Nim : P00320119001

Demikianlah atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga



Dr. Derison Marsinova B.S.Kep.M.Kep
NIP. 19711211991021001

Tembusan :

- Arsip



DOKUMENTASI

