

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. G DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
CKD (*CHRONIC KIDNEY DISEASE*) DI RUANG C2  
RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**



**OLEH :**

**MUHAMMAD ARIYANUL MI'RAJU**  
**NIM. 2020024**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
HANG TUAH SURABAYA  
2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. G DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
CKD (*CHRONIC KIDNEY DISEASE*) DI RUANG C2  
RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**MUHAMMAD ARIYANUL MI'RAJU**  
**NIM. 2020024**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
HANG TUAH SURABAYA  
2023**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang di jatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 21 Februari 2023

Penulis

M. ARIYANUL MI'RAJU  
NIM. 2020024

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Muhammad Ariyanul Mi'raju  
NIM : 2020024  
Program Studi : D3 Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. G Dengan Diagnosa Medis  
CKD (*Chronic Kidney Disease*) Di Ruang C2 dr. Ramelan  
Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini di ajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

### AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Pembimbing Institusi

Pembimbing Klinik

Dedi Irawadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 03050

Sulistiyono, S.Kep.,Ns  
Penata Tk.1-III/D 197103231996031003

Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns.,M.Kes  
NIP. 03007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 21 Februari 2023

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Muhammad Ariyanul Mi'raju  
NIM : 2020024  
Program Studi : D3 Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. G Dengan Diagnosa Medis  
CKD (*Chronic Kidney Disease*) Di Ruang C2 dr. Ramelan  
Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah STIKES Hang  
Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : 21 Februari 2023  
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh GELAR AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D3  
Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Astrida Budiarti, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Mat  
NIP. 03025 \_\_\_\_\_

Penguji II : Sulistiyono, S.Kep.,Ns  
Penata Tk.1-III/D 197103231996031003 \_\_\_\_\_

Penguji III : Dedi Irawadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 03050 \_\_\_\_\_

**Mengetahui,**

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns.,M.Kes  
NIP. 03007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2023

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Tulis Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan kali ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., MM, selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama (Purn) Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S. Kep., M.Kes., FISQua, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, Skep., Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Mat selaku Penguji Ketua yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak Dedi Irawadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Pembimbing Institusi, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Sulistiyono, S.Kep.,Ns selaku Pembimbing Ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Kedua orangtua saya tercinta Ibu dan Bapak yang senantiasa mendoakan, mendukung, memotivasi memberikan semangat dan materilnya selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

10. Perpustakaan yang telah memberikan lahan untuk mencari sumber sumber penulisan karya tulis ilmiah ini.
11. Pasien dan keluarga yang telah memberikan banyak informasi tentang kasus yang telah diangkat oleh penulis dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Februari 2023

**Penulis**

## DAFTAR ISI

<b>COVER DALAM</b> .....	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>xii</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1 Akademis .....	5
1.4.2 Dari Segi Praktisi .....	5
1.5 Metode Penulisan .....	6
1.5.1 Metode .....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	6
1.5.3 Sumber Data .....	6
1.5.2 Studi Kepustakaan .....	7
1.6 Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
2.1 Konsep Penyakit <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD) .....	9
2.1.1 Definisi CKD .....	9
2.1.2 Etiologi .....	10
2.1.3 Manifestasi Klinis .....	11
2.1.4 Tanda dan Gejala .....	12
2.1.5 Patofisiologi .....	13
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....	15
2.1.7 Penatalaksanaan .....	16
2.1.9 Komplikasi .....	18
2.1.10 Pencegahan .....	19
2.2 Anatomi Fisiologi Ginjal .....	21
2.2.1 Anatomi .....	21
2.2.2 Fisiologi .....	23
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD .....	24
2.3.1 Pengkajian Pada Pasien CKD .....	24
2.3.2 Diagnosa Keperawatan Pada Pasien CKD .....	26
2.3.3 Intervensi Keperawatan Pada Pasien CKD .....	26
2.3.4 Pelaksanaan .....	30
2.3.5 Evaluasi .....	30
2.4 <i>Web Of Caution</i> (WOC) CKD .....	31

<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>31</b>
3.1 Pengkajian.....	32
3.1.1 Identitas.....	32
3.1.2 Keluhan Utama.....	32
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	32
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu.....	34
3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga.....	34
3.1.6 Genogram.....	34
3.1.7 Riwayat Alergi.....	34
3.1.8 Pemeriksaan Fisik.....	34
3.1.9 Pemberian Terapi Medis.....	41
3.2.1 Prioritas Masalah.....	43
3.3 Intervensi Keperawatan.....	44
3.4 Implementasi dan Evaluasi.....	46
<b>BAB 4 PEMBAHASAN.....</b>	<b>54</b>
4.1 Pengkajian.....	54
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	56
4.3 Perencanaan.....	57
4.4 Pelaksanaan.....	59
4.5 Evaluasi.....	62
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>63</b>
5.1 Kesimpulan.....	63
5.2 Saran.....	66
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>67</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>69</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi Hipervolemia .....	27
Tabel 2. 2 Intervensi Risiko ketidakseimbangan elektrolit .....	27
Tabel 2. 3 Intervensi Penurunan curah jantung .....	28
Tabel 2. 4 Intervensi Intoleransi aktifitas .....	29
Tabel 3. 1 Kemampuan perawatan diri Tn. G .....	38
Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium Tn.G .....	39
Tabel 3. 3 Pemberian terapi medis Tn.G .....	41
Tabel 3. 4 Analisis data .....	42
Tabel 3. 5 Prioritas Masalah .....	43
Tabel 3. 6 Rencana Keperawatan Tn.G .....	44
Tabel 3. 7 Implementasi dan Evaluasi Tn.G .....	46

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Alat Hemodialisa.....	20
Gambar 2. 2 Anatomi ginjal.....	21
Gambar 2. 3 Posisi ginjal .....	22
Gambar 2. 4 <i>Web Of Caution</i> (WOC) CKD.....	31
Gambar 3. 1 Genogram.....	34
Gambar 3. 2 Foto Thorax .....	40

## DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang air besar
BAK	: Buang air kecil
CKD	: <i>Chronic kidney disease</i>
CRT	: <i>Cardiac resynchronization therapy</i>
DO	: Data obyektif
DS	: Data subyektif
E. Coli	: <i>Escherichia coli</i>
EEg	: <i>Elektroensefalogram</i>
EKG	: <i>Elektrokardiografi</i>
GCS	: <i>Glasgow coma scale</i>
GDA	: Gula darah acak
Hb	: Hemoglobin
HD	: Hemodialisa
IGD	: Instalasi gawat darurat
KIE	: Komunikasi, informasi dan edukasi
KRS	: Keluar rumah sakit
LFG	: Laju filtrasi glomerulus
MRS	: Masuk rumah sakit
NGT	: Nasogastric tube
RSPAL	: Rumah sakit pusat tni angkatan laut
SMRS	: Sebelum masuk rumah sakit
TTV	: Tanda tanda vital
WHO	: <i>World health organization</i>

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan gangguan ginjal yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit menyebabkan uremia sehingga muncul masalah keperawatan resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung (Yang et al., 2013). Chronic Kidney Disease (CKD) atau penyakit ginjal kronik adalah suatu gangguan pada ginjal ditandai dengan abnormalitas struktur ataupun fungsi ginjal yang berlangsung lebih dari 3 bulan, yang ditandai dengan satu atau lebih tanda kerusakan ginjal yaitu albuminuria, abnormalitas sedimen urin, elektrolit, histologi, struktur ginjal, ataupun adanya riwayat transplantasi ginjal, juga disertai penurunan laju filtrasi glomerulus (Hemodialisis & Padang, 2019)

Menurut *World Health Organization* (WHO), CKD berkontribusi pada beban penyakit dunia dengan angka kematian sebesar 850.000 jiwa per tahun. CKD merupakan penyebab kematian peringkat ke-27 di dunia tahun 1990 dan meningkat menjadi urutan ke-18 pada tahun 2010. Menurut Data Kemenkes pada tahun 2020, prevalensi *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Indonesia meningkat seiring dengan bertambahnya usia, peningkatan tajam terjadi pada kelompok usia 65-74 tahun (8,23%), diikuti usia  $\geq 75$  tahun (7,48%), dan usia 55-64 tahun (7,61%), prevalensi tertinggi pada usia lansia disebabkan karena semua fungsi organ tubuh termasuk ginjal menurun dengan bertambahnya usia, Prevalensi pada laki-laki (4,17%) lebih tinggi dari perempuan (3,52%) disebabkan oleh faktor

risiko terkena CKD yaitu pada prevalensi merokok 29,3% dan konsumsi minuman berkafein 34,9% yang sebagian besar merupakan dari kebiasaan dari seorang laki-laki. Prevalensi lebih tinggi pada masyarakat perkotaan yaitu 3,85 % dan pada masyarakat pedesaan lebih rendah yaitu 3,84%. Prevalensi lebih tinggi terjadi pada masyarakat yang belum/tidak pernah sekolah (5,73%) dan masyarakat yang tidak bekerja (4,76%). Hal ini disebabkan karena pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan (*Kemenkes RI, 2022*). Kejadian CKD di provinsi Jawa Timur lebih rendah dari prevalensi nasional, dimana provinsi Jawa Timur menempati posisi terbanyak ketiga dengan jumlah pasien CKD sekitar 4.828 jiwa (*Riskesdas, 2022*). Berdasarkan data yang diperoleh dari buku register di Ruang C2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya selama 1 tahun dari bulan Januari hingga Desember 2022 terdapat kurang lebih 360 orang pasien CKD, sedangkan pada ruang C2 selama 1 tahun terdapat kurang lebih 60 orang pasien CKD.

Apabila tidak dilakukan pengobatan atau penanggulangan pada pasien CKD maka dapat terjadi kegawatan, salah satu dampak penyakit CKD adalah terkadang pasien harus berhenti dari pekerjaannya karena keterbatasan fisiknya. Kelelahan, menurunnya energi membuat produktifitas pasien menjadi menurun. Semakin menurunnya fungsi ginjal maka semakin tinggi resiko kematian. Ketika terjadi penurunan fungsi ginjal maka sisa metabolisme dan cairan akan tertumpuk di dalam tubuh. Kondisi ini dapat menyebabkan beberapa masalah seperti *oedema*, kesulitan tidur, muntah, dan kesulitan bernafas. Sehingga penting sekali untuk dilakukan pencegahan dan mempertahankan fungsi ginjal supaya tidak terjadi penurunan lebih lanjut (Yang et al., 2013)

Perawat mempunyai peran dan tugas yang cukup besar untuk membantu mengatasi masalah yang dihadapi pasien dalam kasus Chronic Kidney Disease (CKD). Sebagai pengelola, perawat diharapkan mampu memberikan informasi dan pengetahuan yang *up to date* dan benar. Dalam menjalankan fungsinya ini tidak lepas dari upaya pencegahan yang dilakukannya, maka perawat harus dapat memberikan pelayanan asuhan keperawatan dan penyuluhan serta pengarahan khususnya kepada pasien, keluarga, dan masyarakat, serta meningkatkan peran perawat didalam pengembangan bidang keperawatan khususnya pada kasus Chronic Kidney Disease (CKD).

Atas dasar berbagai permasalahan diatas maka dipandang perlu untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tn.G dengan diagnosa medis Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakan asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn. G dengan diagnosa medis *Choronic Kedney Desease* di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa dapat melakukan identifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Membuat perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Membuat intervensi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan evaluasi pada pasien dengan diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

## **1.4 Manfaat**

Berhubungan dengan tujuan, maka tugas karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

### **1.4.1 Akademis**

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Kidney Disease (CKD)

### **1.4.2 Dari Segi Praktisi**

Tugas Karya Tulis Ilmiah Ini Akan Bermanfaat Bagi :

- a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat bermanfaat bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) dengan baik dan benar.

- b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini bermanfaat bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan pembuatan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Chronic Kidney Disease (CKD).

- c. Bagi profesi kesehatan

Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman asuhan keperawatan yang lebih baik terkait dengan pasien Chronic Kidney Disease (CKD).

## **1.5 Metode Penulisan**

### **1.5.1 Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang bersifat memaparkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.

### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

#### **a. Wawancara**

Data diperoleh dari hasil percakapan dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

#### **b. Observasi**

Data yang diambil dari hasil pengamatan secara visual maupun percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

#### **c. Pemeriksaan**

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium sebagai pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosa keperawatan dan untuk tindakan selanjutnya.

### **1.5.3 Sumber Data**

#### **a. Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

b. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga ataupun orang terdekat pasien, catatan rekam medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan lainnya.

### 1.5.2 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber referensi yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang sedang dibahas.

## 1.6 Sistematika Penulisan

Dalam Buku Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah (2022). Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

#### BAB 1 :

Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

#### BAB 2 :

Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose Chronic Kidney Disease (CKD), serta kerangka masalah.

**BAB 3 :**

Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

**BAB 4 :**

Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

**BAB 5 :**

Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan gawat darurat tentang penyakit Chronic Kidney Disease (CKD). Konsep penyakit dalam bab ini akan diuraikan mulai dari definisi etiologi dan penanganan secara medis beserta asuhan keperawatan dengan diagnose medis Chronic Kidney Disease (CKD) yaitu tindakan sistemis dengan pendekatan pemecahan masalah yang logis dan teratur secara komprehensif dan efektif yang diawali pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

#### **2.1 Konsep Penyakit Chronic Kidney Disease (CKD)**

##### **2.1.1 Definisi CKD**

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan irrevesibel dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolic, cairan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azotemia. CKD adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut.(Suparyanto dan Rosad (2015, 2020b).

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan irreversible (lambat) artinya jika ginjal mengalami satu kerusakan maka akan ada kemungkinan terjadi kerusakan yang lebih banyak dan tidak dapat kembali normal. CKD terjadi setelah berbagai macam penyakit yang merusak massa nefron ginjal. Sebagian besar penyakit ini merupakan penyakit parenkim ginjal difus dan bilateral, meskipun lesi obstruktif pada traktus urinarius ditandai

oleh uremia yang sudah lama juga dapat menyebabkan CKD. Keadaan ini merupakan konsekuensi akhir dari semua penyakit CKD (Ofori et al., 2020).

Gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (Suparyanto dan Rosad (2015, 2020a).

### **2.1.2 Etiologi**

Gagal ginjal kronik sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder (secondary illness). Penyebab yang sering adalah diabetes mellitus dan hipertensi. Selain itu ada beberapa penyebab lainnya dari gagal ginjal kronik, yaitu:

1. Gangguan pembuluh darah ginjal. Berbagai jenis lesi vaskular dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan konstiksi skleratik progresif pada pembuluh darah. Hiperplasia fibromuskular pada satu atau lebih arteri besar yang juga menimbulkan sumbatan pembuluh darah. Nefrosklerosis yaitu suatu kondisi yang disebabkan oleh hipertensi lama yang tidak diobati, dikarakteristikan oleh penebalan, hilangnya elastisitas sistem, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal ginjal.
2. Infeksi, dapat disebabkan oleh beberapa jenis bakteri terutama E. Coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus urinarius bakteri. Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang lebih sering secara ascenden dari traktus urinarius bagi. Bawah lewat ureter ke ginjal sehingga

dapat menimbulkan kerusakan irrevesibel ginjal yang disebut plenlonefritis.

3. Obtruktus traktus urinarius, oleh batu ginjal, hipertrofiprostata dan konstriksi uretra.
4. Gangguan tubulus primer, terjadinya nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.
5. Kelainan kongenital dan hereditas, kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista/kantong yang berisi cairan didalam ginjal dan organ lain, serta tidak ada jaringan ginjal yang bersifat kongenital adanya asidosis (K. More & Prasetyo, 2018)

### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

Menurut (Fabiana Meijon Fadul, 2019) manifestasi klinis pasien CKD antara lain : hipertensi, (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sistem renin – angiotensin aldosteron), gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan) dan perikarditis (akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi). Menurut (Wijayanti, 2021) manifestasi klinik tentang CKD (Chronic kidney disease) adalah sebagai berikut :

1. Gangguan kardiovaskuler. Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, efusi perikardiak dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.
2. Gangguan pulmoner. Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan riak.

3. Gangguan gastrointestinal. Anoreksia, muntah, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau amonia.
4. Gangguan muskuloskeletal. Restless leg syndrom (pegal pada kaki sehingga selalu digerakan), Burning feet syndrom (rasa kesemutan dan terbakar, terutama di telapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot – otot ekstremitas)
5. Gangguan integumen. Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning – kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal – gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.
6. Gangguan endokrin. Gangguan seksual : libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan amenore. Gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D.
7. Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam basa. Biasanya terjadi retensi garam dan air, tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan
8. Sistem hematologi. Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin, sehingga rangsangan eritopoesis pada sum-sum tulang berkurang, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopenia.

#### **2.1.4 Tanda dan Gejala**

Pada tahap awal penyakit ginjal (stage 1 dan 2), kemungkinan besar penderita belum merasakan tanda dan gejala apapun sehingga tidak mudah untuk mendeteksi adanya kelainan ginjal secara kasatmata. CKD baru menimbulkan tanda dan gejala jika telah mencapai tahap yang cukup lanjut. Tanda dan gejalanya

juga dapat sangat bervariasi karena CKD sendiri dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Namun secara umum, tanda dan gejala dari CKD adalah sebagai berikut:

1. Mual dan muntah
2. Penurunan nafsu makan
3. Badan terasa lemas
4. Gangguan tidur
5. Perubahan jumlah urine
6. Perubahan status mental
7. Pembengkakan pada kaki
8. Gatal yang permanen
9. Nyeri dada (jika ada penimbunan cairan)
10. Sesak napas
11. Peningkatan tekanan darah

#### **2.1.5 Patofisiologi**

Gagal ginjal kronis sering berlangsung progresif melalui 4 stadium penurunan cadangan ginjal memperlihatkan laju filtrasi glomerulus sebesar 35% hingga 50% laju filtrasi normal. Insufisiensi renal memiliki laju filtrasi glomerulus sebesar 20% hingga 35% laju filtrasi normal. Gagal ginjal mempunyai laju filtrasi glomerulus sebesar 20% hingga 25% laju filtrasi normal. Sementara penyakit ginjal stadium terminal (end-stage renal disease) memiliki laju filtrasi glomerulus kurang dari 20%, laju filtrasi normal. Kerusakan nefron berlangsung progresif, nefron yang sudah rusak tidak dapat berfungsi dan tidak bias pulih kembali, Ginjal dapat memperlihatkan fungsi yang relative normal sampai terdapat sekitar 75%, nefron yang tidak berfungsi. Nefron yang masih hidup akan

mengalami hipertrofi serta meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, serta sekresi, ekskresi kompensasi terus berlanjut ketika laju filtrasi glomerulus semakin menurun.

Urine dapat mengandung protein, sel darah merah dan sel darah putih atau sedimen (endapan) dalam jumlah abnormal. Produk akhir ekskresi yang utama pada dasarnya masih normal dan kehilangan nefron menjadi signifikan. Ketika terjadi penurunan laju glomerulus, kadar kreatinin plasma meningkat secara proporsional jika tidak dilakukan penyesuaian untuk mengatur ketika pengangkutan natrium dalam nefron meningkat maka lebih sedikit natrium yang di reabsorpsi sehingga terjadi kekurangan natrium dan depleksi volume ginjal tidak mampu lagi memekatkan dan mengencerkan urine. Jika penyebab gagal ginjal kronis sebagai permasalahan yang ditemukan pada asidosis tubulus renal yaitu depleksi garam dan gangguan pengenceran serta pemekatan urine.

Jika penyebab primernya merupakan kerusakan vaskuler dan glomerulus gejala proteinuria, hematuria serta sindrom netrotik lebih menonjol pada insufisiensi ginjal yang dini terjadi peningkatan ekskresi asam dan reabsorpsi fosfat untuk mempertahankan pH pada nilai normal. Ketika laju filtrasi glomerulus menurun hingga 30% sampai 40% maka terjadi pada asidosis metabolik yang progresif dan sekresi kalium dalam tubulus renal meningkat (Kadir, 2018).

### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD)

menurut (Annisa, 2018) meliputi:

1. Urine
  - a) Volume < 400 ml/24 jam (oliguria) atau anuria
  - b) Warna : urin keruh
  - c) Berat jenis < 1,105
  - d) Klirens kreatinin : turun
  - e)  $\text{Na}^{++} > 40 \text{ mEq/l}$
  - f) Protein : proteinuria (3 – 4 +)
2. Darah
  - a) BUN/kreatinin : ↑
  - b) Hitung darah lengkap : Ht ↓, Hb < 7-8 gr%
  - c) Eritrosit : waktu hidup ↓
  - d) GDA, pH ↓ : asidosis metabolik
  - e)  $\text{Na}^{++}$  serum : ↓
  - f)  $\text{K}^{+}$  : ↑
  - g)  $\text{Mg}^{++}$  / fosfat : ↑
  - h) Protein (khusus albumin) : ↓
3. KUB foto : ukuran ginjal/ureter/KK dan obstruksi (batas)
4. Pielogram retrograd : identifikasi ekstravaskular, massa
5. Sistouretrogram berkemih : ukuran KK, refluks kedalam ureter, retensi
6. Ultrasono ginjal : sel jaringan untuk diagnosis histologist
7. Endoskopi ginjal, nefroskopi : batu, hematuria, tumor
8. EKG : ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa

9. Foto kaki, tengkorak, columna spinal dan tangan : demineralisasi

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Tujuan penatalaksanaan ialah menjaga keseimbangan cairan elektrolit serta mencegah komplikasi, yaitu sebagai berikut (Yonata et al., 2020) :

1. Dialisis, Dialisis dapat dilakukan dengan mencegah komplikasi gagal ginjal yang serius, seperti hiperkalemia, pericarditis, serta kejang. Dialisis memperbaiki abnormalitas biokimia, yang menyebabkan cairan, protein dan natrium dapat dikonsumsi secara bebas, menghilangkan kecenderungan perdarahan serta membantu penyembuhan luka. Dialisis dikenal dengan cuci darah ialah salah satu metode terapi yang bertujuan untuk menggantikan fungsi/kerja ginjal yang membuang zat-zat sisa serta kelebihan cairan dari tubuh. Terapi ini dilakukan apabila fungsi kerja ginjal sudah sangat rendah (lebih dari 90%) sehingga tidak lagi untuk menjaga kelangsungan hidup individu, maka perlu dilakukan terapi.
2. Koreksi Hiperkalemi Mengendalikan kalium darah sangat penting oleh karena hiperkalemi dapat menimbulkan kematian mendadak. Hal pertama yang harus diingat ialah jangan menimbulkan hiperkalemia. Selain dengan pemeriksaan darah, hiperkalemia juga dapat didiagnosis dengan EEG serta EKG. Bila terjadi hiperkalemia, maka pengobatannya ialah dengan mengurangi intake kalium, pemberian Na Bikarbonat, dan pemberian infus glukosa.
3. Koreksi Anemia Usaha pertama harus ditujukan untuk mengatasi factor defisiensi, kemudian mencari apakah ada perdarahan yang mungkin dapat diatasi. Pengendalian gagal ginjal pada keseluruhan akan dapat

meninggikan Hb. Tranfusi darah hanya dapat diberikan bila adanya indikasi yang kuat, contoh adanya infusensi coroner.

4. Koreksi Asidosis Pemberian asam melalui makanan serta obat-obatan yang harus dihindari. Natrium Bikarbonat dapat diberikan peroral atau parenteral. Pada permulaan 100 mEq natrium bikarbonat diberi intravena perlahan-lahan, jika diperlukan dapat diulang. Hemodialisis serta dialisis peritoneal dapat juga mengatasi asidosis.
5. Pengendalian Hiperetensi Pemberian obat beta bloker, alpa metildopa dan vasodilatator perlu dilakukan Mengurangi intake garam dalam mengendalikan hipertensi harus berhati-hati karena tidak semua gagal ginjal disertai retensi natrium.
6. Transplantasi Ginjal Dengan pencangkokkan ginjal yang sehat pasien gagal ginjal kronik, maka seluruh faal ginjal diganti oleh ginjal yang baru.

#### **2.1.8 Klasifikasi CKD**

Menurut intanastri 2017, ada pun klasifikasi dari gagal ginjal kronis antara lain :

1. Stadium I (satu) Kelainan ginjal ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang masih normal ( $>90$  ml/menit/1,73m<sup>2</sup>)
2. Stadium II (dua) Kelainan ginjal ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang ringan (60-89 ml/menit/1,73m<sup>2</sup>)
3. Stadium III (tiga) Kelainan ginjal ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang sedang (30-59 ml/menit/1,73m<sup>2</sup>)
4. Stadium IV (empat) Kelainan ginjal ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang berat (15-29 ml/menit/1,73m<sup>2</sup>)

5. Stadium V (lima) Kelainan ginjal ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang End-Stage Renal Disease (terminal)

### **2.1.9 Komplikasi**

Komplikasi menurut (Fabiana Meijon Fadul, 2019) yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronis adalah:

1. Penyakit tulang

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan dekalsifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur pathologis pathologis.

2. Penyakit kardiovaskuler

Ginjal sebagai control sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri).

3. Anemia

Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal mengakibatkan penurunan hemoglobin.

4. Disfungsi seksual

Dengan gangguan sirkulasi pada ginjal, maka libido sering mengalami penurunan dan terjadi impoten pada pria. Pada wanita, dapat terjadi hiperprolaktinemia.

### 2.1.10 Pencegahan

#### 1. Pencegahan primer

Komplikasi penyakit CKD (*Chronic kidney disease*) dapat dicegah dengan melakukan penanganan secara dini. Oleh karena itu, upaya yang harus dilaksanakan adalah pencegahan yang efektif terhadap penyakit ginjal kronik, dan hal ini dimungkinkan karena berbagai faktor risiko untuk penyakit ginjal kronik dapat dikendalikan. Pencegahan primer terhadap penyakit CKD dapat berupa :

- a. Penghambatan hipertensi dengan menurunkan tekanan darah sampai normal untuk mencegah risiko penurunan fungsi ginjal
- b. Pengendalian gula darah, lemak darah, dan anemia
- c. Penghentian merokok
- d. Pengendalian berat badan.
- e. Banyak minum air putih agar urine tidak pekat dan mampu menampung/melarutkan semua garam agar tidak terjadi pembentukan batu.
- f. Konsumsi sedikit garam, makin tinggi konsumsi garam, makin tinggi ekskresi kalsium dalam air kemih yang dapat mempermudah terbentuknya kristalisasi.
- g. Mengurangi makanan yang mengandung protein tinggi dan kolestrol tinggi.

## 2. Pencegahan sekunder

Pencegahan skunder berupa spenatalaksanaan yang terdiri atas pengobatan penyakit penyerta untuk menghambat progresifitas, mempertahankan nilai prognostik yang lebih baik dan menurunkan mortalitas. Penatalaksanaan pencegahan skunder berupa:

### a. Hemodialisa

Hemodialisis adalah dialisa yang dilakukan dengan menggunakan membran sintetik semipermeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisis pada ginjal buatan. Proses ini dirangkai dalam mesin hemodialisis yang berfungsi mencampur air dengan konsentrat dialisis, memompa darah keluar tubuh dan memompa darah masuk ke dalam tubuh pasien. Hemodialisis akan mengeluarkan dari dalam tubuh air, natrium, kalium, dan ion H<sup>+</sup>, juga toksin uremik. Masalah akut yang terjadi saat hemodialisa seperti emboli udara dapat diatasi dengan adanya monitor pada mesin hemodialisa.



**Gambar 2. 1 Alat Hemodialisa**

**Sumber :** (Jaya & Ilham, 2019)

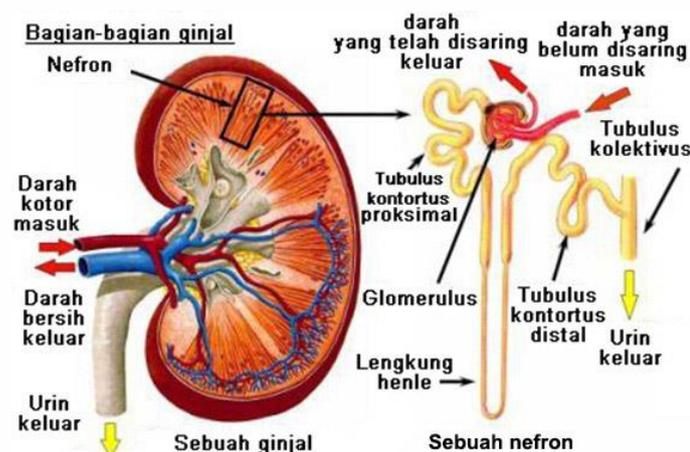
b. Transplantasi ginjal

Tranplantasi ginjal telah menjadi terapi pilihan bagi kebanyakan pasien dengan penyakit ginjal tahap akhir, karena menghasilkan rehabilitasi yang lebih baik dibanding dialisis kronik dan menimbulkan perasaan sehat seperti orang normal.

## 2.2 Anatomi Fisiologi Ginjal

### 2.2.1 Anatomi

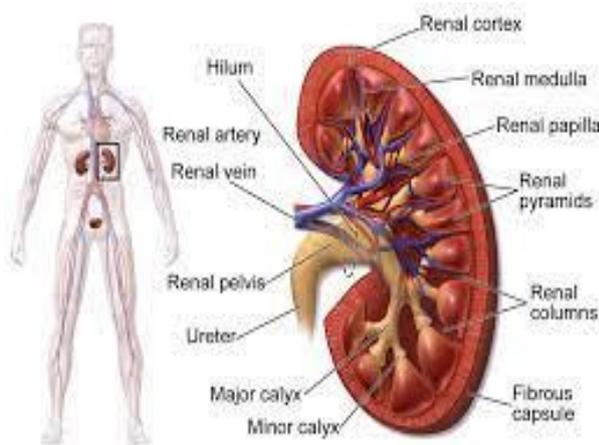
Ginjal adalah suatu organ yang terletak di retroperitoneal pada dinding abdomen di kanan dan kiri columna vertebralis setinggi vertebra T12 sehingga L3. Ginjal kanan terletak lebih rendah dari kiri karena besarnya lobus hepar. Ginjal dibungkus oleh tiga lapis jaringan. Jaringan yang terdalam ialah kapsula renalis, jaringan pada lapisan kedua merupakan adiposa serta jaringan terluar ialah fascia renal. Ketiga lapisan jaringan ini berfungsi sebagai pelindung dari trauma dan memfiksasi ginjal.



Sumber : (Francisco, 2013)  
Gambar 2. 2 Anatomi ginjal

Ginjal dibungkus oleh jaringan fibrous tipis dan mengkilat yang disebut oleh kapsula fibrosa (true capsule) ginjal melekat pada parenkim ginjal. Di luar kapsul fibrosa terdapat jaringan lemak yang bagian luarnya dibatasi oleh fasia gerota. Diantara kapsula fibrosa ginjal dengan kapsul gerota terdapat rongga perirenal. Di sebelah kranial ginjal terdapat kelenjar anak ginjal atau glandula adrenal atau disebut juga kelenjar suprarenal yang berwarna kuning. Di sebelah posterior, ginjal dilindungi oleh berbagai otot punggung yang tebal serta tulang rusuk ke XI dan XII, sedangkan disebelah anterior dilindungi oleh organ intraperitoneal. Ginjal kanan dikelilingi oleh hati, kolon, dan duodenum, sedangkan ginjal kiri dikelilingi oleh limpa, lambung, pankreas, jejunum, dan kolon.

Ginjal memiliki korteks ginjal pada bagian luar yang berwarna coklat gelap. Korteks ginjal mengandung jutaan alat penyaring dianggap nefron. Setiap nefron terdiri dari glomerulus serta tubulus.. Piramida ginjal bermanfaat untuk mengumpulkan yang akan terjadi eksresi kemudian disalurkan ke tubulus kolektivus menuju pelvis ginjal.



Sumber : (Annisa, 2018)

**Gambar 2. 3 Posisi ginjal**

### 2.2.2 Fisiologi

Ginjal ialah bagian dari sistem perkemihan, dimana sistem perkemihan terdiri dari sepasang ginjal, sepasang ureter, satu kandung kemih dan uretra, Sistem ini berperan dalam menjaga homeostasis melalui proses yang cukup rumit yakni filtrasi, absorpsi dan sekresi. Fungsi ginjal secara umum antara lain:

- a. Eksresi produk sisa metabolisme serta bahan kimia asing Nitrogen nonprotein meliputi urea, kreatinin, dan asam urat. Nitrogen dan urea dalam darah merupakan hasil metabolisme protein. Jumlah ureum yang difiltrasi tergantung pada asupan protein. Kreatinin ialah hasil akhir metabolisme otot yang dilepaskan dari otot dengan kecepatan yang hampir konstan dan diekskresi dalam urin dengan kecepatan yang sama. Peningkatan kadar ureum dan kreatinin yang meningkat disebut azotemia. Sekitar 75% asam urat diekskresikan oleh ginjal, sehingga jika terjadi peningkatan konsentrasi asam urat serum akan membentuk kristal-kristal penyumbat pada ginjal yang dapat menyebabkan gagal ginjal akut atau kronik.
- b. Mengatur keseimbangan air dan elektrolit Kelebihan air dalam tubuh akan diekskresikan oleh ginjal sebagai urin yang encer dalam jumlah besar. Kekurangan air (kelebihan keringat) menyebabkan urin yang diekskresikan jumlahnya berkurang dan konsentrasinya lebih pekat sehingga susunan dan volume cairan tubuh dapat dipertahankan relatif normal.
- c. Mengatur osmolaritas cairan tubuh dan konsentrasi elektrolit Fungsi ini terjadi dalam plasma bila terdapat pemasukan dan pengeluaran yang abnormal dari ion-ion. Akibat pemasukan garam yang berlebihan atau

penyakit perdarahan, diare, dan muntah-muntah, ginjal akan meningkatkan ekskresi ion-ion yang penting misalnya Na, K, Cl, Ca, dan fosfat.

- d. Mengatur keseimbangan asam-basa Tergantung pada apa yang dimakan, campuran makan (mixed diet) akan menghasilkan urin yang bersifat agak asam, pH kurang dari enam. Hal ini disebabkan oleh hasil akhir metabolisme protein. Apabila banyak makan sayur-sayuran, urin akan bersifat basa, pH urin bervariasi antara 4,8 sampai 8,2. Ginjal mengekskresikan urin sesuai dengan perubahan pH darah.
- e. Glukoneogenesis. Pada saat terjadi peningkatan kadar asam dalam tubuh maka H<sup>+</sup> akan dieksresikan ke dalam urin untuk menghindari asidosis dan apabila terjadi peningkatan basa maka ginjal akan mereabsorpsi bikarbonat agar tidak terjadi alkalosis.

### **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD**

Asuhan keperawatan adalah tindakan sistemis dengan pendekatan pemecahan masalah yang logis dan teratur secara komprehensif dan efektif yang meliputi pengkajian, analisa data, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **2.3.1 Pengkajian Pada Pasien CKD**

Pengkajian adalah dasar utama proses perawatan yang akan membantu dalam penentuan status kesehatan serta pola pertahanan pasien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan pasien serta merumuskan diagnose keperawatan

##### **a. Identitas**

Identitas digunakan untuk mengetahui klien yg mengalami CKD, identitas pasien terdiri dari nama, nomor rekam medik, usia (biasanya mayoritas

pada usia 30 tahun – 60 tahun), pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, cara masuk dan diagnosa medis pasien

b. Pemeriksaan Fisik ( B 1 - B 6 )

*Breathing* (B1)

Klien bernapas dengan bau urine (feter amonia) sering didapatkan pada fase ini. Respon uremia didapatkan adanya adanya pernapasan Kusmaul. Pola nafas cepat dan dalam merupakan upaya untuk melakukan pembuangan karbondioksida yang menumpuk di sirkulasi.

*Blood* (B2)

Pemeriksaan terjadi dibagian jantung , seperti Irama jantung irregular, lemah, adanya suara nafas tambahan seperti Wheezing, Ronki, hasil Tekanan Darah, akral hangat CRT < 2 detik, tidak/ adanya edema

*Brain* (B3)

Pemeriksaan terjadi pada Kesadaran seperti composmentis, stupor, somnolen. Penilaian GCS 4,5,6, tidak kejang dan kelumpuhan. Reaksi pupil isokor, konjungtiva an anemis.

*Bladder* (B4)

Pemeriksaan terjadi dibagian perkemihan, BAK/BAB dengan bantuan alat. Terpasang treeway. Observasi intake output cairan .

*Bowel* (B5)

Pemeriksaan terjadi dibagian abdomen, observasi bising usu setiap 3 jam sekali, Tidak pernah BAB, tidak ada nyeri tekan, tidak terasa kembung, terpasang NGT, mukosa rembesan tidak bibir lembab, lidah bersih.

### *Bone (B6)*

Observasi pergerakan aktivitas klien, aktif tidaknya, adanya fraktur, turgor baik, Integumen, dan kekuatan otot lemah tidaknya.

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan Pada Pasien CKD**

Diagnosis keperawatan yang mungkin ada dalam penyakit Chronic Kidney Disease (CKD) sumber (PPNI DPP Pokja SDKI, 2017), antara lain:

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan cairan. **(SDKI. D.0022)**
2. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan disfungsi ginjal, ketidakseimbangan cairan, kelebihan volume cairan. **(SDKI. D.0037)**
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung perubahan frekuensi jantung perubahan preload perubahan afterload. **(SDKI. D.0008)**
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tirah baring kelemahan imobilitas. **(SDKI. D.0056)**

### **2.3.3 Intervensi Keperawatan Pada Pasien CKD**

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien.

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan cairan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat.

Kriteria hasil : Asupan cairan meningkat, Output urin meningkat, Kelembaban membran mukosa meningkat, Asupan makanan meningkat.

**Tabel 2. 1 Intervensi Hipervolemia**

Intervensi	Rasional
Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake output Terapeutik 4. Timbang berat badan setiap hari Edukasi 5. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 6. Kolaborasi untuk pemberian diuretik	Observasi 1. Mengetahui tanda dan gejala yang muncul 2. Mengetahui penyebab dari hipervolemia 3. Untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, ataupun seimbang Terapeutik 4. Untuk mengetahui perkembangan berat badan Edukasi 5. Agar pasien bisa membatasi diri Kolaborasi 6. Untuk mempercepat laju pembentukan urine

2. Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan disfungsi ginjal, ketidakseimbangan cairan, kelebihan volume cairan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan elektrolit membaik.

Kriteria hasil : Serum natrium membaik, Serum kalium membaik, Serum klorida membaik, Serum kalsium membaik, Serum magnesium membaik, Serum fosfor membaik.

**Tabel 2. 2 Intervensi Risiko ketidakseimbangan elektrolit**

Intervensi	Rasional
Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 2. Monitor tanda-tanda mual	Observasi 1. Untuk membantu dalam melakukan tindakan keperawatan 2. Untuk membantu dalam mendiagnosis dan

<p>dan muntah</p> <p>3. Monitor kehilangan cairan, <i>jika perlu</i></p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>	<p>memberikan tidak keperawatan</p> <p>3. Untuk membantu dalam segera memberikan tidak keperawatan jika terjadi kehilangan cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Agar mempermudah pemantauan dan tidak mengganggu istirahat pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Untuk mengurangi kecemasan pasien dan keluarga dan menambah pengetahuan</p>
---	--

3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan preload, perubahan afterload.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat.

Kriteria hasil : Kekuatan nadi perifer meningkat, Ejection fraction (EF) meningkat, Cardiac indeks (CI) meningkat, Left ventricular stroke work indeks (LVSWI) meningkat, Stroke volume indeks (SVI) meningkat.

**Tabel 2. 3 Intervensi Penurunan curah jantung**

Intervensi	Rasional
<p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi tanda dan gejala skunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</p> <p>2. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, <i>jika perlu</i>)</p> <p>3. Monitor intake dan output cairan</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi yang tepat memudahkan pemberian intervensi yang tepat</p> <p>2. Mengetahui adanya perubahan di tekanan darah</p> <p>3. Mengetahui intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Agar pasien merasa nyaman dan membuat sirkulasi darah berjalan dengan baik</p> <p>Edukasi</p>

<p>Terapeutik</p> <p>4. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6. Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i></p>	<p>5. Agar dapat mengatur cairan yang dibutuhkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6. Untuk menangani kondisi aritmia atau ketika denyut jantung berdetak terlalu cepat/ terlalu lambat dan tidak teratur</p>
---	--

4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat.

Kriteria hasil : Frekuensi nadi meningkat, Saturasi oksigen meningkat, Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, Kecepatan berjalan meningkat, Jarak berjalan meningkat, Kekuatan tubuh bagian atas meningkat, Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, Toleransi dalam menaiki tangga meningkat.

**Tabel 2. 4 Intervensi Intoleransi aktifitas**

Intervensi	Rasional
<p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3. Monitor pola tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>Edukasi</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan</p> <p>2. Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien</p> <p>3. Untuk mengetahui pola tidur pasien teratur atau tidak</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien</p> <p>Edukasi</p>

5. Anjurkan tirah baring Kolaborasi	5. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien saat beristirahat
6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	Kolaborasi 6. Untuk memaksimalkan proses penyembuhan pasien

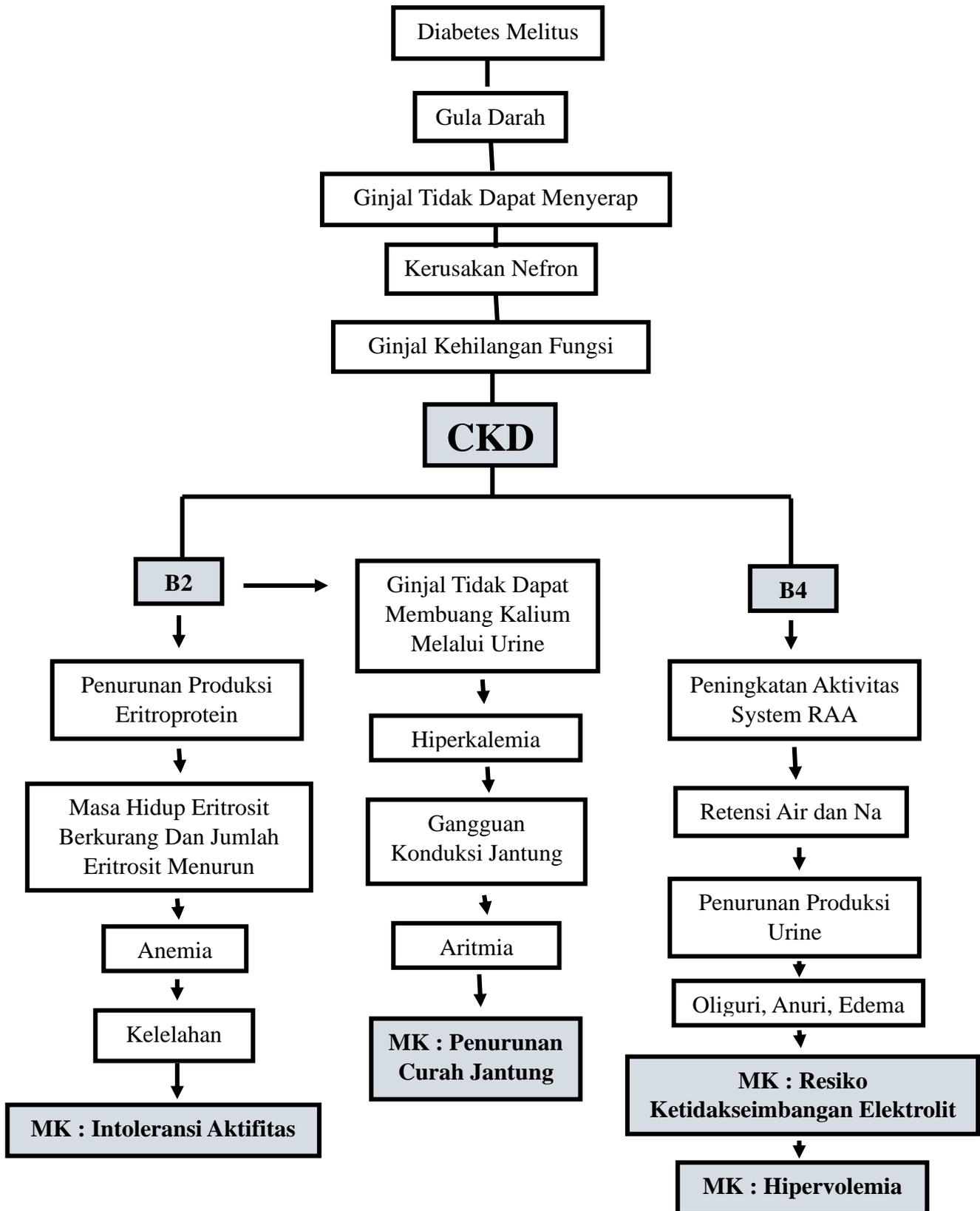
#### 2.3.4 Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan tim perawat melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan proses perencanaan keperawatan yang disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien.

#### 2.3.5 Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai, pada bagian evaluasi ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga akan timbul masalah baru pada pasien sesuai dengan kondisi situasional pasien setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan seluruh masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi.

## 2.4 Web Of Caution (WOC) CKD



Sumber : (Pangaribuan, 2018)

Gambar 2.4 Web Of Caution (WOC) CKD

## **BAB 3**

### **TUJUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan dengan diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD), maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 24 Januari 2023 sampai dengan 26 Januari 2023, dengan data pengkajian mulai tanggal 19 Januari 2023 sampai dengan tanggal 26 Januari 2023. Anamnesa diperoleh dari pasien maupun keluarga dan didukung data penunjang yang didapatkan dari rekam medis pasien.

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn. G umur 47 tahun lahir pada tanggal 15 Mei 1975 di Surabaya, pasien beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Jawa, pasien adalah karyawan swasta di salah satu pabrik di Surabaya, pasien tinggal di Gubeng Kertajaya Surabaya. Pendidikan terakhir S1, pasien tinggal serumah dengan istri.

##### **3.1.2 Keluhan Utama**

Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah dan bengkak pada bagian buah zakar dan paha kiri kanan

##### **3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien di bawa keluarga ke IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 19 Januari 2023 pukul 16.00 WIB dengan keadaan umum lemah, keluhan nafas terasa sesak, mudah pusing, bengkak dikedua buah zakar, bengkak dikedua kaki, serta nyeri pada daerah sekitar perut bawah saat dibuat aktivitas, didapatkan kesadaran compos mentis: E4V5M6, observasi tanda-tanda vital di IGD, tekanan

darah: 160/90 mmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,5°C, SpO<sub>2</sub>: 98%, RR: 22x/menit. Tindakan yang diberikan di IGD antara lain: pengambilan sample darah lengkap, DL, SE, foto thorax, pemeriksaan swab antigen dan PCR serta pemberian terapi oksigen 7 lpm, terapi Inj Lasix 1 mg/iv. Hasil pemeriksaan darah lengkap pasien di IGD pada tanggal 19 Januari 2023 menunjukkan nilai batas rendah pada kadar Hemoglobin: 10.40 gr/dL, Hematokrit: 31,70 %, Natrium : 134.90 mEq/L, dan peningkatan BUN : 58 mg/dL serta Kreatinin 6.99 mg/dL. Kemudian pada pukul 19.00 WIB pasien diarahkan untuk MRS di ruang C2 RSPAL dr.Ramelan Surabaya, tindakan yang diberikan antara lain: pemberian tranfusi darah PRC 1 kolf Gol. O Rhesus +, dilanjutkan pemberian terapi infus NaCl 7tpm, dan terapi peroral Candasartan 8 mg serta Amlodipin 10mg.

Pada saat dilakukan pengkajian Selasa, 24 Januari 2023 pukul 08.00 WIB di ruang C2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, didapatkan pasien terpasang terapi oksigen 5lpm dan terpasang PRC 1 kolf Gol. O Rhesus +, didapatkan keadaan umum kesadaran compos mentis: E4V5M6, CRT <2 detik, konjungtiva anemis, observasi tanda tanda vital tekanan darah: 118/65 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 36,5°C, SpO<sub>2</sub>: 99%, RR: 24x/menit. Pasien mengeluh nafas terasa sesak, bengkak dikedua buah zakar, bengkak dikedua kaki, serta nyeri pada daerah sekitar perut bawah saat dibuat aktivitas, pengkajian nyeri P: nyeri saat dibuat beraktivitas, Q: seperti ditusuk tusuk, R: dibagian perut bawah, S: skala nyeri 5(1-10), T: hilang timbul. Setelah mendapatkan tranfusi PRC 1 Kolf pasien diberikan terapi infus NaCl 0.9% 7tpm dan terapi peroral Candasartan 8 mg serta Amlodipin 10mg.

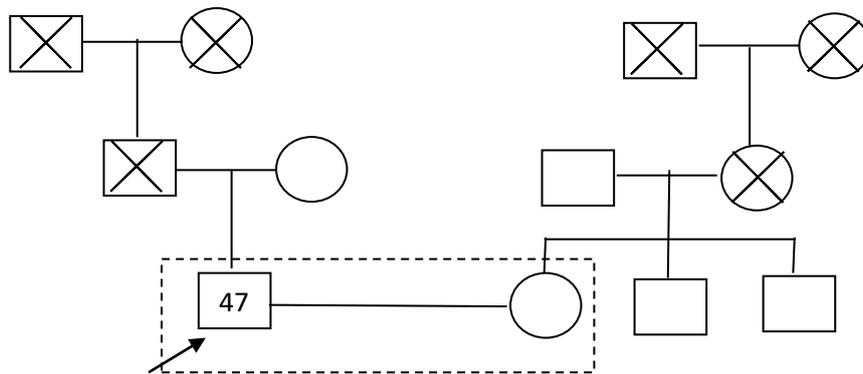
### 3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Diabetes dan Hipertensi pada tahun 2022

### 3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ayahnya memiliki riwayat Hipertensi

### 3.1.6 Genogram



Keterangan:

- = Laki-laki
- = Perempuan
- X = Meninggal
- = Pasien
- = Tinggal satu rumah

**Gambar 3. 1 Genogram**

### 3.1.7 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan dan obat

### 3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum lemas, kesadaran Composmentis. Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,3°C, *respiratori rate* 22x/menit, antropometri pasien didapatkan data tinggi badan 180 cm, berat badan sebelum sakit 90 kg, berat badan setelah sakit 88 kg.

1. Pernafasan (*Breath*)

Bentuk dada Normochest, pergerakan dinding dada simetris, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas cuping hidung, irama nafas vesikuler, pola nafas reguler, taktil atau vocal fremitus teraba, saat dilakukan tindakan auskultasi didapatkan suara nafas tambahan ronchi di semua lapang paru, ada sesak nafas, terdapat batuk, terdapat sputum berwarna putih kekuningan khas, ada sesak nafas, tidak ada sianosis, kemampuan aktivitas pasien pada saat sesak kadang terpengaruh dan bisa membangunkan pasien saat tidur, RR pasien 21x/menit, Terpasang 02 Nassal canul 5 lpm, nafas dangkal dan cepat.

**Masalah Keperawatan : Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif**

2. Kardiovaskuler (*Blood*)

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat sianosis, konjungtiva tidak anemis, CRT <2 detik, tidak ada nyeri dada, nadi 88x/menit, akral teraba hangat kering merah, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Pada perkusi suara peka, dan pada pemeriksaan auskultasi irama jantung reguler, bunyi jantung S1S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti murmur atau gallop.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

3. Persarafan (*Brain*)

Kesadaran composmentis, GCS 456, mata membuka dengan spontan (4), verbal orientasi baik (5), motorik menurut perintah (6), total 15 pasien sadar baik. Refleks fisiologis: biceps +/+, triceps +/+, patella +/+, refleks patologis: babinsky -/-, burdzinsky -/-. Pada pemeriksaan nervus kranial I:

pasien mampu mengenali bau, nervus kranial II: pasien dapat membaca nama papan perawat, nervus kranial III: pasien mampu membuka kelopak mata, nervus kranial IV: pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah, nervus kranial V: pasien mampu mengunyah dengan baik, nervus kranial VI: pasien mampu menggerakkan mata ke arah lateral, nervus kranial VII: pasien mampu tersenyum simetris, nervus kranial VIII: pasien dapat mendengar dengan baik, nervus kranial IX: pasien tidak mengalami kesulitan menelan, nervus kranial X: pasien mampu menelan dengan baik dan tidak kesulitan untuk membuka mulut, nervus kranial XI: pasien mampu menahan tahanan pada kedua pundaknya, nervus kranial XII: pasien mampu menjulurkan lidahnya dengan simetris. Pada pemeriksaan inspeksi kepala tidak ditemukan benjolan, rambut berwarna hitam, tidak mengeluh nyeri kepala, dan tidak ada paralisis. Bentuk hidung simetris, septum ditengah dan tidak ada polip, tidak ada kelainan. Mata simetris, pupil isokor, tidak ada kelainan, reflek cahaya +/+, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, lapang pandang pasien normal. Pada pendengaran baik, dan tidak ada gangguan, lidah tampak bersih, uvula di tengah, tidak ada kesulitan menelan, dan pasien berbicara dengan normal.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

4. Perkemihan (*Bladder*)

Organ genitalia tampak bersih. Pada pemeriksaan palpasi tidak terdapat distensi urin pada kandung kemih, tidak ada nyeri tekan. Eliminasi urin SMRS frekuensi 8-10x/hari, jumlah  $\pm$  2000cc/24 jam, warna kuning

jernih. Eliminasi urine MRS jumlah  $\pm$  1600cc/24 jam, warna kuning jernih, pasien buang air kecil menggunakan kateter urine.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

5. Pencernaan (*Bowel*)

Pada inspeksi mulut pasien bersih, membran mukosa lembab, tidak terdapat gigi palsu, makan yang dikonsumsi SMRS dan MRS sama yaitu nasi, lauk dan sayur 3x sehari  $\frac{1}{2}$  porsi makan habis. Bentuk perut supel, eliminasi defaksi normal, tidak ada batasan makanan, tidak ada nyeri telan, tidak menggunakan alat bantu. Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, pengkajian nyeri :

P : nyeri saat beraktifitas

Q : seperti di tusuk-tusuk

R : dibagian perut bawah

S : skala nyeri 5 (0-10)

T : Hilang timbul

**Masalah Keperawatan : Nyeri Akut**

6. Musculoskeletal & Integumen (*Bone*)

Rambut pasien hitam, kulit kepala bersih tidak ada benjolan dan lesi, warna kulit sawo matang, tidak icteric, kuku bersih, turgor kulit elastic, kemampuan gerak sendi bebas. Kekuatan otot tidak ada kelainan tulang dan jaringan, didapatkan kekuatan otot :

5555	5555
4444	4444

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

## 7. Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada hiperglikemia, tidak ada hipoglikemia.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

## 8. Seksual reproduksi

Pasien tidak pernah pemeriksaan masalah reproduksi, seksual yang berhubungan dengan penyakit tidak ada

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

## 9. Kemampuan Perawatan Diri

**Tabel 3. 1 Kemampuan perawatan diri Tn. G**

Keterangan	SMRS	MRS
Mandi	1	3
Berpakaian/dandan	1	3
Toileting/eliminasi	1	3
Mobilitas di tempat tidur	1	3
Berpindah	1	3
Berjalan	1	3
Naik tangga	1	3
Berbelanja	1	2
Memasak	1	2
Pemeliharaan rumah	1	2

**Keterangan Skor :**

1: Mandiri

2: Alat bantu

3: Dibantu orang lain dan alat

4: Tergantung/ tidak mampu

**Masalah Keperawatan: Intoleransi Aktivitas (SDKI D.0056)**

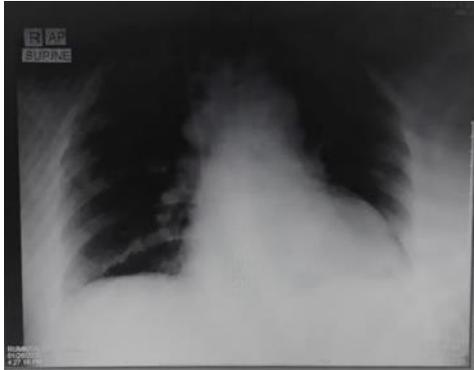
## 10. Data Penunjang

### 1. Laboratorium

**Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium Tn.G Tgl pemeriksaan: 23 Januari 2023**

Jenis Pemeriksaan	Hasil (Satuan)	Nilai Rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>		
<b>Darah lengkap</b>		
<b>Leukosit</b>	21.09 10 <sup>3</sup> /uL	4.00-12.00
Hitung jenis leukosit		
Eosinophil#	0.50 10 <sup>3</sup> /uL	0.02-0.80
Eosinophil%	2.40 %	0.5-5.0
Basofil#	0.08 10 <sup>3</sup> /uL	0.00-0.10
Basofil %	0.4 %	0.0-1.0
Neutrofil #	17.91 10 <sup>3</sup> /uL	2.00-7.00
Neutrofil%	84.90 %	50.0-70.0
Limfosit#	0.95 10 <sup>3</sup> /uL	0.80-4.00
Limfosit%	4.50 %	20.0-40.0
Monosit #	1.65 10 <sup>3</sup> /uL	0.12-1.20
Monosit%	7.80 %	3.0-12.0
<b>Hemoglobin</b>	10.40 g/dL	13-17
Hematokrit	31.70 %	40.0-54.0
<b>Eritrosit</b>	3.65 10 <sup>6</sup> /uL	4.00-5.50
Indeks Eritrosit:		
MCV	86.7 fL/cell	69-93
MCH	28.6 pg	22-34
MCHC	33.0 g/dL	32-36
RDW_CV	14.0 %	11.0-16.0
RDW_SD	42.0 fL	35.0-56.0
<b>Trombosit</b>	255.00 10 <sup>3</sup> /uL	150-450
<b>KIMIA KLINIK</b>		
<b>FUNGSI GINJAL POST HD</b>		
Kreatinin	6.99 mg/dL	0.6-1.5
BUN	58 mg/dL	10-24
<b>ELEKTROLIT &amp; GAS DARAH</b>		
Kalsium	7.8 mg/dL	8.8-10.4
Natrium (Na)	134.90 mEq/L	135-147
Kalium (K)	2.50 mmol/L	3.0-5.0
Clorida (Cl)	95.5 mEq/L	95-105

2. Pemeriksaan Foto Thorax  
Hasil Foto Thorax Tn. G pada tanggal 23 Januari 2023 di IGD RSPAL Dr.  
Ramelan Surabaya  
Keterangan : Cor dan Pulmo normal



**Gambar 3. 2 Foto Thorax**

3. Antigen :  
Hasil Antigen Tn. G pada tanggal 23 Januari 2023 di IGD RSPAL Dr.  
Ramelan Surabaya  
Keterangan : Antigen SARS Cov-2 : Negatif (Normal, Negatif)

### 3.1.9 Pemberian Terapi Medis

**Tabel 3. 3 Pemberian terapi medis**

Hari/Tanggal	Terapi	Dosis	Indikasi
23 /01/2023	<b>INFUS</b>		
	Infus NS	500 cc / 24jam	Sebagai pengganti cairan yang masuk ke tubuh
	PRC Gol. O Rhesus +	250 cc 1x1	Modalitas terapi yang digunakan untuk mengobati pasien anemia yang membutuhkan komponen sel darah merah
	<b>OBAT INJEKSI</b>		
	Inj Lasix	1 mg (3 x 1 ampul) iv	Lasix digunakan untuk membuang cairan berlebih di dalam tubuh. Komposisi Furosimide merupakan komposisi obat dengan golongan obat diuretik yang dapat digunakan untuk mengurangi cairan atau kadar garam yang berlebih didalam tubuh melalui urine serta dapat digunakan untuk mengurangi pembengkakan yang disebabkan oleh penyakit gagal jantung, penyakit hati dan penyakit kronis lainnya.
	<b>OBAT ORAL</b>		
	Candasartan	8 mg (1x 1)	Untuk menurunkan Tekanan darah pada hipertensi. Obat ini juga digunakan dalam pengobatan gagal jantung
	Amlodipin	10 mg (1x1)	Untuk menurunkan tekanan darah pada kondisi hipertensi. Selain itu, obat ini juga bisa digunakan dalam pengobatan nyeri dada akibat penyakit

### 3.2 Analisa Data

**Tabel 3. 4 Analisis data**

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan napasnya sesak</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan selama dirumah kencing sedikit</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hb turun: 10.40 gr/dL</li> <li>- Ht turun: 31,70 %</li> <li>- Natrium : 134.90 mEq/L</li> <li>- BUN : 58 mg/dL</li> <li>- Kreatinin 6.99 mg/dL</li> <li>- Frekuensi napas 22x/menit</li> <li>- Terdapat edema di kedua kaki</li> <li>- Terdapat edema di ke dua buah zakar</li> </ul>	<p>Gangguan Mekanisme Regulasi</p>	<p>Hipervolemia (SDKI D.0022)</p>
2	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.G mengeluh nyeri pada perut bagian bawah</li> <li>- Skala Nyeri (PQRST)</li> </ul> <p>P : nyeri pada saat beraktivitas.  Q : Seperti ditusuk-tusuk  R : pada perut bagian bawah  S : 5 (0-10)  T : hilang timbul</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.G tampak gelisah dan cemas</li> <li>- Nafsu makan Tn.G berkurang</li> <li>- N : 80 x/menit</li> <li>- TD : 118/65 mmHg</li> <li>- S : 36,5°C</li> <li>- RR : 21 x/menit</li> <li>- SPO2 : 99%</li> </ul>	<p>Agen Pencedera Fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut (SDKI D.0077)</p>
3	<p><b>Ds :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien mengatakan nafas terasa sesak dan berat</li> </ul> <p><b>Do :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Suara nafas tambahan ronkhi</li> </ul>	<p>Hipersekresi Jalan Nafas</p>	<p>Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif (SDKI D.0001)</p>

-Nafas dangkal dan cepat -Terpasang O2 Nassal 5lpm -Hasil TTV : -TD : 160/90mmHg -N : 92 x/menit -S : 36,5°C -RR : 24 x/menit -SPO2 : 99%		
--	--	--

### 3.2.1 Prioritas Masalah

**Tabel 3. 5 Prioritas Masalah**

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.0001)	24 Januari 2023	27 Januari 2023	<i>RAM</i>
2	Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	24 Januari 2023	27 Januari 2023	<i>RAM</i>
3	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	24 Januari 2023	27 Januari 2023	<i>RAM</i>

### 3.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 3. 6 Rencana Keperawatan Tn.G dengan diagnosa CKD di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.**

Sumber: (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan ( <b>SDKI D.0001</b> )	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan pola nafas dalam batas normal dengan kriteria hasil : a. Penggunaan alat otot bantu menurun b. Frekuensi nafas normal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola nafas (TTV khususnya respirasi)</li> <li>2. Posisikan semi fowler</li> <li>3. Berikan minum hangat</li> <li>4. Anjurkan pasien Tarik nafas dalam (tarik nafas melalui hidung lalu dibuang melalui mulut secara perlahan- lahan)</li> <li>5. Pemberian oksigen nasal kanul 8 lpm</li> <li>6. Ajarkan batuk efektif</li> </ol>
2	Hipervolemia berhubungan dengan kekurangan asupan cairan ( <b>SDKI D.0022</b> )	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan Keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : a. Asupan cairan normal b. Asupan makanan normal c. Oedema menurun	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>2. Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>3. Monitor intake dan output cairan</li> <li>4. Timbang berat badan setiap hari</li> <li>5. Ajarkan cara membatasi cairan</li> <li>6. Kolaborasi untuk pemberian diuretik</li> </ol>

3	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis</p> <p>( <b>SDKI D.0077</b> )</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Keluhan nyeri menurun (keluhan nyeri tidak ada)</p> <p>b. Meringis menurun</p> <p>c. Frekuensi nadi membaik</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri (menjelaskan pada pasien penyebab dari nyeri yang dirasakan pasien)</li> <li>5. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik dan obat untuk penyakit jantung (Adalat oros)</li> </ol>
---	--	---	---

### 3.4 Implementasi dan Evaluasi

**Tabel 3. 7 Implementasi dan Evaluasi Tn.G dengan diagnosa CKD di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.**

Hari, Tgl/Jam	No.Dx	Implementasi	Paraf	Hari, Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
Selasa, 24 Januari 2023 08.00	1,2,3	<p>- Melakukan timbang terima dengan perawat ruangan. KU pasien : kesadaran composmetis, px mengeluh nafas terasa sesak, bengkak dikedua buah zakar, bengkak dikedua kaki, serta nyeri pada daerah sekitar perut bawah saat dibuat aktivitas.</p> <p>Respon :</p> <p>B1: Pasien mengatakan sesak nafas, terpasang O2 Nasal 5lpm, RR: 21 x/menit, SpO2: 99%.</p> <p>B2: Hasil Lab tgl 19/Januari/2023, Hb: 10.40 gr/dL, Ht turun: 31,70 %, Natrium : 134.90 mEq/L, BUN : 58 mg/dL, Kreatinin 6.99 mg/dL, TD : 120/65 mmHg, N : 88x/menit, terpasang IV line perifer (D) no.22 NaCl 0.9% 500 cc 7 tpm</p> <p>B3: GCS 456, pupil isokor, kesadaran composmetis.</p> <p>B4: Terpasang cateter urine, intake : 2.182, output : 2.670, balance : 488</p> <p>B5: Mual (-), bising usus 15x/menit, tidak ada distensi abdomen.</p> <p>B6: Akral hangat, suhu 36.2°C, Oedem (+), Mobilisasi dibantu sebagian perawat</p>	<i>RAM</i>	Selasa, 24 Januari 2023 14.00	<p><b><u>Dx 1</u></b></p> <p>S : Pasien mengatakan sesak nafas batuk dan kedua kaki pada paha bengkak</p> <p>O : Pasien tampak menggunakan masker oksigen 8 lpm</p> <p>TD : 118/65 mmHg</p> <p>N : 80x/menit</p> <p>RR : 21x/menit</p> <p>S : 36,2°C</p> <p>SPO2 : 99%</p> <p>Hasil GDA: 256 mg/dL</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p><b><u>Dx 2</u></b></p> <p>S : Pasien mengatakan kedua buah zakar dan kedua kaki pada pergelangan bengkak</p> <p>O : Intake : 2.182</p> <p>Output : 2.550</p> <p>Balance : 368</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<i>RAM</i>
08.20	1,2,3	- Melakukan observasi tanda-tanda vital	<i>RAM</i>			

		<p>dan keadaan umum pasien          TD : 118/65 mmHg          N : 80x/menit          RR : 21x/menit          S : 36,2°C          SPO2 : 99%</p>					
09.00	3	<p>- Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri.          P : Pada saat beraktivitas          Q : Seperti ditusuk-tusuk          R : di perut bawah          S : 5 (0-10)          T : hilang timbul</p>	<i>RAM</i>			<p><b><u>Dx 3</u></b>  <b>S :</b>          Tn.G mengatakan nyeri di perut          P : pada saat aktivitas          Q : Seperti ditusuk-tusuk          R : di bagian perut bawah          S : 5 (0-10)          T : hilang timbul          -Tn.G melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul.  <b>O :</b>          Tn.G dapat tidur meskipun hanya sering terbangun sebentar karena nyeri</p>	<i>RAM</i>
09.10	3	<p>- Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri. Skala nyeri : 5 (0-10)</p>	<i>RAM</i>			<p>TD : 118/65 mmHg          N : 80x/menit          RR : 21x/menit          S : 36,2°C          SPO2 : 99%</p>	
09.30	1	<p>- Memasang transfuse PRC 1 bag(O)</p>	<i>RAM</i>				
12.30	1	<p>- Mengganti tranfuse PRC 1 bag dengan normasalin 0.9% 500 cc 7tpm</p>	<i>RAM</i>				
12.40	1	<p>- Melakukan pemberian injeksi Lasix 1 amp (iv)</p>	<i>RAM</i>				
12.50	2	<p>- Memasang terapi masker oksigen 8lpm</p>	<i>RAM</i>				
13.00	1,2,3	<p>- Memberikan makan diit dari rumah sakit</p>	<i>RAM</i>				



		<p>composmentis.  B4: Terpasang cateter urine, intake : 2.550, output : 2.670, balance : 120  B5: Mual (-), bising usus 15x/menit, tidak ada distensi abdomen.  B6: Akral hangat, suhu 36.2°C, Oedem (+), Mobilisasi dibantu sebagian perawat</p>			<p>Output : 2.550  Balance : 368  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan</p>	
08.20	1,2,3	- Mengobservasi keadaan umum pasien dan tanda tanda vital pasien : TD : 118/65 mmHg N : 80x/menit RR : 21x/menit S : 36,2°C SPO2 : 99%	<i>RAJU</i>		<p><b><u>Dx 3</u></b>  <b>S</b> : Tn.G mengatakan nyeri di perut berkurang  <b>P</b> : pada saat beraktivitas  <b>Q</b> : Seperti ditusuk-tusuk  <b>R</b> : di perut bagian bawah  <b>S</b> : 4 (0-10)  <b>T</b> : hilang timbul, Tn.G melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul.  <b>O</b> :  - Tn.G dapat tidur pulas  Observasi tanda tanda vital :  TD : 118/65 mmHg  N : 80x/menit  RR : 21x/menit  S : 36,2°C  SPO2 : 99%  <b>A</b> : masalah teratasi sebagian.  <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p>	<i>RAJU</i>
08.30	1	- Rencana HD	<i>RAJU</i>			
08.45	1	- Mengantar pasien HD	<i>RAJU</i>			
10.45	1	- Menjemput pasien HD	<i>RAJU</i>			
10.50	2	- Memasang terapi masker oksigen 3lpm	<i>RAJU</i>			
11.00	1	- Melakukan pemberian injeksi oral amlodipine 10mg	<i>RAJU</i>			
11.10	1	- Memberikan injeksiinsulin novorapid 4 ui (sc)	<i>RAJU</i>			
11.30	1,2,3	- Memberikan makan diit dari rumah sakit	<i>RAJU</i>			
11.45	1,2,3	- Menganjurkan makan selagi masih hangat	<i>RAJU</i>			



		B6: Akral hangat, suhu 36.2°C, Oedem (+), Mobilisasi dibantu sebagian perawat			A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
08.20	1,2,3	- Melakukan observasi tanda tanda vital dan keadaan umum pasien TD : 120/65 mmHg N : 80x/menit RR : 21x/menit S : 36,1°C SPO2 : 99%	<i>RAJU</i>		<b><u>Dx 3</u></b> S : Tn.G mengatakan nyeri di perut berkurang P : pada saat beraktivitas Q : Seperti ditusuk-tusuk R : di perut bagian bawah S : 3 (0-10) T : hilang timbul, Tn.G melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul.	<i>RAJU</i>
08.30	1	- Melakukan pemberian injeksi Lasix 1 amp (iv)	<i>RAJU</i>		<b>O :</b>	
08.40	2	- Memasang terapi masker oksigen 3lpm	<i>RAJU</i>		- Tn.I dapat tidur pulas	
08.50	1,2,3	- Memfasilitasi pasien untuk istirahat (memberikan posisi tidur semi Fowler 30 derajat).	<i>RAJU</i>		TD : 120/65 mmHg N : 80x/menit RR : 21x/menit S : 36,1°C SPO2 : 99%	
09.20	3	- Mengobservasi reaksi tidak nyaman secara non verbal : pasien terlihat tidur mulai membaik jarang terbangun akibat perut terasa sakit seperti ditusuk-tusuk	<i>RAJU</i>		<b>A :</b> masalah teratasi sebagian. <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan	
09.30	1	- Memberikan injeksi insulin novorapid 4 ui (sc)	<i>RAJU</i>			
10.00	1,2,3	- Memberikan makan diit dari rumah sakit	<i>RAJU</i>			

10.10	1,2,3	- Menganjurkan makan selagi masih hangat	<i>RAM</i>			
12.00	1,2,3	- Menganjurkan pasien untuk istirahat siang	<i>RAM</i>			
14.00	1,2,3	- Melakukan timbang terima dengan perawat ruangan	<i>RAM</i>			
Jumat, 27 Januari 2023 08.00	1,2,3	- Melakukan timbang terima dengan perawat ruangan. KU pasien : kesadaran composmetis, Respon : B1: Nafas spontan O2 bebas, RR: 20 x/menit, SpO2: 99%. B2: TD : 120/65 mmHg, N : 88x/menit, terpasang IV line perifer (D) no.22 NaCl 0.9% 500 cc 7 tpm B3: GCS 456, pupil isokor, kesadaran composmetis. B4: Terpasang cateter urine, intake : 2.782, output : 2.660, balance : 112 B5: Mual (-), bising usus 15x/menit, tidak ada distensi abdomen. B6: Akral hangat, suhu 36.2°C, Oedem (-)	<i>RAM</i>	Jumat, 27 Januari 2023 14.00	<b><u>Dx 1</u></b> S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi O : TD : 125/65 mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit S : 36,1°C SPO2 : 99% A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	<i>RAM</i>
08.20	1,2,3	- Melakukan observasi tanda tanda vital dan keadaan umum pasien TD : 125/65 mmHg N : 80x/menit RR : 21x/menit S : 36,1°C SPO2 : 99%	<i>RAM</i>		<b><u>Dx 2</u></b> S : Pasien mengatakan kedua buah zakar dan kedua kaki pada pergelangan sudah tidak bengkak dan mulai membaik O : Intake : 2250 Output : 2600 Balance : 350 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	<i>RAM</i>

09.00	1,2,3	- Melaporkan dokter penanggung jawab untuk rencana KRS pasien karena sudah tidak ada keluhan	<i>RAJU</i>		<b><u>Dx 3</u></b> <b>S</b> : Tn.G mengatakan nyeri di perut sudah sangat berkurang <b>P</b> : pada saat beraktivitas <b>Q</b> : Seperti ditusuk-tusuk <b>R</b> : di perut bagian bawah <b>S</b> : 1 (0-10) <b>T</b> : hilang timbul, Tn.G melakukan teknik yang diajarkan perawat dengan menggunakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri saat nyeri timbul. <b>O</b> : - Tn.I dapat tidur pulas <b>TD</b> : 125/65 mmHg <b>N</b> : 80x/menit <b>RR</b> : 21x/menit <b>S</b> : 36,1 C <b>SPO2</b> : 99% <b>A</b> : masalah teratasi <b>P</b> : Intervensi dihentikan pasien KRS, Kontrol 1 minggu kedepan pada Klinik Urologi 3 Februari 2023	<i>RAJU</i>
09.20	1	- Memberikan injeksi insulin novorapid 4 ui (sc)	<i>RAJU</i>			
09.30	1,2,3	- Memberikan makan diit dari rumah sakit	<i>RAJU</i>			
09.40	1,2,3	- Menganjurkan makan selagi masih hangat	<i>RAJU</i>			
10.30	1,2,3	- ACC dari dokter penanggung jawab untuk Tn.G KRS	<i>RAJU</i>			
10.45	1,2,3	- Memberikan KIE/ meriview ulang pada pasien dan keluarga sebelum KRS seputar penyakit CKD dan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Serta memberikan edukasi pemberian obat oral setelah KRS Glucophage 500mg dan Amlodipine 10mg, dan jadwal kontrol minggu depan pada Klinik Urologi 3 Februari 2023.	<i>RAJU</i>			
11.00	1,2,3	- Pasien KRS	<i>RAJU</i>			

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 ini membahas tentang asuhan keperawatan pada Tn. G dengan diagnosa medis CKD (Chronic Kidney Disease) di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 16 Januari 2023 sampai dengan 21 Januari 2023. Pendekatan studi kasus dilakukan untuk mendapatkan pembahasan antara fakta dilapangan dengan teori yang disertai analisi atau opini penulis. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada saat melakukan pengkajian secara langsung kepada pasien, penulis tidak mengalami kesulitan. Hal ini, disebabkan oleh adanya hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien dengan perawat melalui komunikasi secara langsung. Sehingga pasien dan keluarga terbuka serta kooperatif. Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada pasien dan keluarga pasien, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang medis.

Seseorang dengan CKD (Chronic kidney disease) akan mengalami kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan irrevesibel dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azotemia (Suparyanto, 2015). Pada pemeriksaan darah lengkap untuk CKD, dapat terlihat penurunan kadar beberapa zat, seperti: Kreatinin pada pasien dengan CKD, ginjal tidak mampu membuang kreatinin dengan baik, sehingga kadar kreatinin dalam darah akan meningkat,

Urea adalah produk limbah yang dihasilkan dari pemecahan protein dalam tubuh, kadar urea dalam darah juga meningkat pada pasien dengan CKD, Natrium adalah elektrolit yang berfungsi dalam menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh, pada pasien dengan CKD, keseimbangan elektrolit dapat terganggu, sehingga kadar natrium dalam darah dapat turun, Kalium adalah elektrolit yang juga berfungsi dalam menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh. Pada pasien dengan CKD, ginjal tidak mampu mengeluarkan kalium dengan baik, sehingga kadar kalium dalam darah dapat meningkat, Hemoglobin adalah protein yang berfungsi dalam mengikat oksigen dalam darah. Pada pasien dengan CKD, produksi hormon eritropoietin yang berperan dalam pembentukan sel darah merah dapat terganggu, sehingga kadar hemoglobin dalam darah dapat turun, Albumin adalah protein yang diproduksi oleh hati dan berfungsi dalam menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh. Pada pasien dengan CKD, ginjal tidak mampu membuang albumin dengan baik, sehingga kadar albumin dalam darah dapat turun (Annisa, 2018).

Pada hasil pengkajian terhadap pasien secara langsung, penulis mendapatkan data yang sinkron antara tinjauan pustaka anemia dan tinjauan kasusnya. Pada pemeriksaan darah lengkap pasien mengalami penurunan pada kadar Hemoglobin: 10.40 gr/dL, Hematokrit: 31,70 %, Natrium : 134.90 mEq/L, dan peningkatan BUN : 58 mg/dL serta Kreatinin 6.99 mg/dL Hal ini terjadi diakibatkan oleh faktor yang menyertai keadaan pasien. Menurut pengamatan penulis yang terjadi pada pasien adalah salah satu penyebab dari adanya gangguan pembuluh darah ginjal, serta diabetes mellitus. Karena gagal ginjal kronik sendiri sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lain. Maka antara

pengkajian dengan pasien dan penulisan pada teori terdapat kesamaan tanda dan gejala yang terjadi

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya berisi teori, namun pada kenyataannya dilapangan, analisa data disesuaikan dengan keluhan- keluhan yang telah dialami pasien. Kesenjangan yang didapatkan oleh penulis tentang diagnosa- diagnosa keperawatan yang tertuang di tinjauan pustaka tidak semuanya didapatkan dalam tinjauan kasus. Diagnosa keperawatan yang tertuang dalam tinjauan pustaka berjumlah empat diagnosa namun diagnosa keperawatan yang penulis temukan di tinjauan kasus berjumlah tiga diagnosa

Diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka yaitu : Diganosa pertama Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan cairan. Diagnosa kedua Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan disfungsi ginjal, ketidakseimbangan cairan, kelebihan volume cairan. Diagnosa ketiga Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung perubahan frekuensi jantung perubahan preload perubahan afterload. Diagnosa Keempat Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tirah baring kelemahan imobilitas

Dari keempat diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus. Sedangkan diagnosa keperawatan yang tidak muncul pada tinjauan pustaka dan tetap ada pada tinjauan kasus menurut (Tim Pokja SDKI DPP, 2017) yakni dengan diagnosa keperawatan :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (SDKI D.0001). Diagnosa ini diangkat dengan adanya kriteria yaitu pasien tampak sesak dan menggunakan masker oksigen 8 lpm.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077). Diagnosa ini diangkat dengan adanya kriteria yaitu pasien mengeluh nyeri pada bagian perut bawah, nyeri seperti ditusuk-tusuk.

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien CKD secara umum, sedangkan pada tinjauan kasus diketahui bahwa diagnosa keperawatan disesuaikan dengan keadaan pasien secara langsung. Faktor yang berhubungan atau etiologi di dalam tinjauan pustaka merupakan faktor secara umum, tetapi pada tinjauan kasus etiologi dipilih berdasarkan keadaan pasien secara nyata.

#### **4.2 Perencanaan**

Dalam perumusan antara tujuan pustaka dan tujuan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan keperawatan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran dalam intervensinya, dengan alasan yang bertujuan untuk memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) yang akan meningkatkan pengetahuan, keterampilan dalam mengenal masalah, dan perubahan perilaku pasien.

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata diketahui keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa

keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

1. Diagnosa Hipervolemia berhubungan dengan kekurangan asupan cairan.

Untuk melakukan asuhan keperawatan pada diagnosa hipervolemia maka akan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : Asupan cairan meningkat, Output urin meningkat, Kelembaban membran mukosa meningkat, Asupan makanan meningkat. Maka dituliskan intervensi keperawatan : Periksa tanda dan gejala hipervolemia, Identifikasi penyebab hipervolemia, Monitor intake output, Timbang berat badan setiap hari, ajarkan cara membatasi cairan, Kolaborasi untuk pemberian diuretik.

2. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Untuk melakukan asuhan keperawatan pada diagnosa Nyeri akut maka akan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, gelisah menurun. Maka dituliskan intervensi keperawatan : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik), jelaskan penyebab dan pemicu nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

3. Diagnosa Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan .

Untuk melakukan asuhan keperawatan pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif maka akan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : batuk efektif meningkat, produksi sputum meningkat, wheezing meningkat, mengi meningkat, mekonium (pada neonatus) meningkat. Maka dituliskan intervensi keperawatan : identifikasi kemampuan batuk, monitor adanya retensi sputum, monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas, atur posisi semi-Fowler atau Fowler, jelaskan tujuan batuk efektif, kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, *jika perlu*.

### **4.3 Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah perwujudan realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien CKD dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun

dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis. Sehingga pada pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pasien tidak terjadi kendala dalam melaksanakannya.

Hipervolemia berhubungan dengan kekurangan asupan cairan. Pada tanggal 24 Januari 2023 memberikan tindakan keperawatan secara mandiri, melakukan observasi tanda-tanda vital pasien, didapatkan tekanan darah : 118/65 mmHg, nadi : 80x/menit, suhu : 36,2°C, RR : 21x/menit, SPO2 : 99%, Memasang transfuse PRC 1 bag (B), Mencatat hasil Intake dan output, Melakukan pemberian injeksi Lasix 1 amp (iv), Memberikan makan diit dari rumah sakit, melakukan pengecekan GDA. Pada tanggal 25 Januari 2023 memberikan tindakan keperawatan secara mandiri, melakukan observasi tanda-tanda vital pasien didapatkan tekanan darah : 118/65 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,2°C, RR : 21x/menit, SPO2 : 99%, Melakukan pemberian injeksi oral amlodipine 10 mg, Memberikan makan diit dari rumah sakit, Pengecekan GDA. Pada tanggal 26 Januari 2023 memberikan tindakan keperawatan secara mandiri, melakukan observasi tanda-tanda vital pasien didapatkan tekanan darah : 125/65 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,1°C, RR : 21x/menit, SPO2 : 99%, Memberikan makan diit dari rumah sakit. Maka dari hasil evaluasi yang dilakukan masalah keperawatan Hipervolemia teratasi.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Pada tanggal 24 Januari 2023 memberikan tindakan keperawatan secara mandiri, Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri. P : Pada saat beraktivitas, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : di perut bawah, S : 5 (0-10), T : hilang

timbul, Mengidentifikasi tingkat rasa nyeri. Skala nyeri : 5 (0-10), Menjelaskan penyebab dari nyeri yang dirasakan pasien, Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, Menganjurkan pasien untuk istirahat siang. Pada tanggal 25 Januari 2023 memberikan tindakan keperawatan secara mandiri, Mengidentifikasi lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri. P : Pada saat beraktivitas, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : di perut bawah, S : 4 (0-10), T : hilang timbul, Menjelaskan penyebab dari nyeri yang dirasakan pasien, Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologis dengan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, Mengobservasi reaksi ketidaknyamanan secara non verbal : pasien terlihat tampak tidur kadang terbangun akibat perut terasa sakit seperti ditusuk-tusuk. Pada tanggal 26 Januari 2023 memberikan tindakan keperawatan secara mandiri, Memberikan KIE/ meriview ulang pada pasien dan keluarga sebelum KRS seputar penyakit CKD dan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Maka dari hasil evaluasi yang dilakukan masalah keperawatan Nyeri akut teratasi.

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Pada tanggal 24 Januari 2023 memberikan tindakan keperawatan secara mandiri, mengidentifikasi penyebab sesak, Memasang terapi masker oksigen 8lpm, Memposisikan pasien semi-Fowler. Pada tanggal 25 Januari 2023 memberikan tindakan keperawatan secara mandiri, Memasang terapi masker oksigen 7lpm, Memposisikan pasien semi-Fowler. Pada tanggal 26 Januari 2023 memberikan tindakan keperawatan secara mandiri, Memposisikan pasien semi-

Fowler. Maka dari hasil evaluasi yang dilakukan masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi.

#### **4.4 Evaluasi**

Pada waktu dilaksanakan evaluasi Hipervolemia berhubungan dengan kekurangan asupan cairan . kebutuhan pasien sudah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 26 Januari 2023, dibuktikan dengan data subjektif maupun objektif dari pasien. Pasien mengatakan kedua buah zakar dan kedua kaki pada pergelangan sudah tidak bengkak dan mulai membaik, hasil monitoring Intake : 2250cc, Output : 2600cc, Balance : 350cc

Pada diagnosa kedua Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Tingkat nyeri menurun dalam 3x24 jam karena tindakan tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 26 Januari 2023, dibuktikan dengan data subjektif maupun objektif dari pasien. Pasien mengatakan nyeri di perut pada saat beraktivitas sudah sangat berkurang, pasien dapat tidur pulas. TTV pasien TD : 125/65 mmHg, N : 80x/menit, RR : 21x/menit, S : 36,1 C, SPO2 : 99%

Pada diagnosa ketiga Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan. Bersihan jalan nafas meningkat dalam 3x24 jam karena tindakan tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 26 Januari 2023, dibuktikan dengan data subjektif maupun objektif dari pasien, pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi, Observasi tanda-tanda vita TD : 125/65 mmHg, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,1°C, SPO2 : 99%.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah melakukan pengamatan dan memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien dengan diagnosa medis CKD (*Chronic Kidney Disease*) di ruang C2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya maka penulis menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan dalam menangani pasien dengan diagnosa medis CKD (*Chronic Kidney Disease*).

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan kepada pasien dengan diagnosa medis CKD (*Chronic Kidney Disease*) maka penulis membuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian yang dilakukan pada pasien diagnosa medis CKD (*Chronic Kidney Disease*) dimulai dengan keluhan utama pasien mengeluhkan nyeri pada bagian perut bawah dan bengkak pada bagian buah zakar dan paha kiri kanan di dukung dengan pengkajian lainya secara obyektif dan dilakukan pemeriksaan pemunjang didapatkan penurunan kadar Hemoglobin : 10.40 gr/dL, Hematokrit: 31,70 %, Natrium : 134.90 mEq/L, BUN : 58 mg/dL dan Kreatinin 6.99 mg/dL. Pada pengkajian B1 didapatkan beberapa tanda gejala seperti tampak sesak nafas, terdapat otot bantu nafas tambahan, irama nafas pasien regular, pola nafas spontan, RR 20x/menit. Maka muncul masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif. Pada pengkajian B2 didapatkan beberapa tanda gejala seperti pasien mengatakan napasnya sesak, kencing sedikit, hasil pemeriksaan

penunjang Lab darah lengkap terdapat penurunan kadar Hb: 10.40 gr/dL, Ht: 31,70 % , Natrium : 134.90 mEq/L, BUN : 58 mg/dL, Kreatinin 6.99 mg/dL, frekuensi napas 22x/menit , terdapat edema di kedua kaki, terdapat edema di ke dua buah zakar. Maka muncul masalah keperawatan Hipervolemi. Pada pengkajian B5 didapatkan beberapa tanda gejala seperti pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, pengkajian nyeri : P : nyeri saat beraktifitas, Q : seperti di tusuk-tusuk, R : dibagian perut bawah, S : skala nyeri 5 (0-10), T : Hilang timbul. Maka muncul masalah keperawatan Nyeri akut.

2. Diagnosis yang dapat dirumuskan berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada pasien meliputi: Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, Hipervolemi berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
3. Perencanaan diagnosis keperawatan pada pasien Hipervolemia berhubungan dengan kekurangan asupan cairan, setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : Asupan cairan meningkat, Output urin meningkat, Kelembaban membran mukosa meningkat, Asupan makanan meningkat. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, gelisah menurun. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang

tertahan, setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan batuk efektif meningkat, produksi sputum meningkat, wheezing meningkat, mengi meningkat, mekonium (pada neonatus) meningkat.

4. Evaluasi dilakukan setelah melakukan asuhan keperawatan secara mandiri maupun kolaborasi. Pada tanggal 27 Januari 2023 pada waktu dilaksanakan evaluasi : Hipervolemia berhubungan dengan kekurangan asupan cairan, kebutuhan pasien sudah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi, dibuktikan dengan data subjektif maupun objektif dari pasien. Pasien mengatakan kedua buah zakar dan kedua kaki pada pergelangan sudah tidak bengkak dan mulai membaik, hasil monitoring Intake : 2250cc, Output : 2600cc, Balance : 350cc. Pada diagnosa kedua Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Tingkat nyeri menurun dalam 3x24 jam karena tindakan tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi, dibuktikan dengan data subjektif maupun objektif dari pasien. Pasien mengatakan nyeri di perut pada saat beraktivitas sudah sangat berkurang, pasien dapat tidur pulas. TTV pasien TD : 125/65 mmHg, N : 80x/menit, RR : 21x/menit, S : 36,1 C, SPO2 : 99%. Pada diagnosa ketiga Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan. Bersihan jalan nafas meningkat dalam 3x24 jam karena tindakan tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi, dibuktikan dengan data subjektif maupun objektif dari pasien, pasien

mengatakan sudah tidak sesak lagi, Observasi tanda-tanda vita TD : 125/65 mmHg, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,1°C, SPO2 : 99%.

5. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakkan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Tn. G.

## 5.2 Saran

Mengacu dari kesimpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Rumah Sakit hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan diagnosis medis CKD (*Chronic Kidney Disease*). Perawat hendaknya melakukan observasi secara teliti pada keadaan umum dan keluhan pasien terutama pada pasien dengan diagnosa medis CKD (*Chronic Kidney Disease*).
2. Institusi pendidikan hendaknya meningkatkan mutu pendidikan dan menambahkan literature untuk kelengkapan perkuliahan terutama literature tentang diagnose medis CKD (*Chronic Kidney Disease*).
3. Mahasiswa hendaknya lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan tentang penatalaksanaan pada pasien dengan diagnosa medis CKD (*Chronic Kidney Disease*).

## DAFTAR PUSTAKA

- Annisa, R. (2018). Perbedaan Kadar Kalsium Pada Plasma Yang Dibuat Menggunakan Tabung Vacutainer Lithium Heparin Dengan Dan Tanpa Gel Separator Pada Pasien Post Hemodialisis. *Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*, 7–35. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/239/>
- Fabiana Meijon Fadul. (2019). Artikel Chronic Kidney Disease. *Komplikasi CKD*.
- Francisco, A. R. L. (2013). Anatomi Fisiologi Ginjal. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. [http://repository.unimus.ac.id/1148/3/BAB II.pdf](http://repository.unimus.ac.id/1148/3/BAB%20II.pdf)
- Hemodialisis, M., & Padang, M. D. (2019). *Artikel Penelitian Gambaran Klinis Penderita Penyakit Ginjal Kronik yang*. 7(1), 42–50.
- Jaya, I., & Ilham, M. (2019). Sistem Monitoring Supply Air pada Alat Hemodialisa Berbasis Arduiono Uno ATMEGA 328. *Jurnal Litek : Jurnal Listrik Telekomunikasi Elektronika*, 16(2), 48. <https://doi.org/10.30811/litek.v16i2.1276>
- K. More, Y., & Prasetyo, W. (2018). CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO TINGGI TERHADAP PENURUNAN CURAH JANTUNG. *Jurnal Keperawatan*, 5(1), 43–47. <https://doi.org/10.47560/kep.v5i1.181>
- Kadir, A. (2018). Hubungan Patofisiologi Hipertensi dan Hipertensi Renal. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 5(1), 15. <https://doi.org/10.30742/jikw.v5i1.2>
- Kemenkes RI. (2022). <https://kemkes.go.id/>
- Ofori, D. A., Anjarwalla, P., Mwaura, L., Jamnadass, R., Stevenson, P. C., Smith, P., Koch, W., Kukula-Koch, W., Marzec, Z., Kasperek, E., Wyszogrodzka-Koma, L., Szwerc, W., Asakawa, Y., Moradi, S., Barati, A., Khayyat, S. A., Roselin, L. S., Jaafar, F. M., Osman, C. P., ... Slaton, N. (2020). Bahaya penyakit CKD. *Molecules*, 2(1), 1–12. <http://clik.dva.gov.au/rehabilitation-library/1-introduction-rehabilitation%0Ahttp://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/as.2017.81005%0Ahttp://www.scirp.org/journal/PaperDownload.aspx?DOI=10.4236/as.2012.34066%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.pbi.201>
- Pangaribuan, R. (2018). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Disease ( Ckd ) Yang Menjalani Hemodialisa Dengan Intervensi Inovasi Mengulum Es Batu Terhadap Kelebihan Volume Cairan Di Unit Husada Bontang Tahun 2016 Karya Ilmiah Akhir Ners Disusunoleh : R. *Karya Ilmiah Akhir, C*.
- PPNI DPP Pokja SDKI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). In *Persatuan Perawat Nasional Indonesia* (1st ed.).
- Riskesdas. (2022). <https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/pemanfaatan-data/menu-risikesnas/menu-data-risikesdas>
- Suparyanto dan Rosad (2015). (2020a). Konsep dasar CKD. *Smeltzer & Bare (2015, 5(3), 248–253*.
- Suparyanto dan Rosad (2015). (2020b). 濟無No Title No Title No Title. *Suparyanto Dan Rosad (2015, 5(3), 248–253*.

- Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *standar diagnosa keperawatan indonesia* (I cetakan). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Wijayanti, A. (2021). Faktor Fisiologis dan Kelelahan Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisa : Literature Review. *Jurnal Kesehatan*.
- Yang, C. K. D., Hemodialisis, M., Handayani, R. S., Rahmayati, E., Kidney, C., & Ckd, D. (2013). *Faktor faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien*. IX(2), 238–245.
- Yonata, A., Taruna, A., & Islamy, N. (2020). Deteksi dini dan pencegahan penyakit gagal ginjal kronik. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Ruwa Jurai Deteksi*, 5(1), 62–65.

## LAMPIRAN

<b>STANDART OPERASIONAL PROSEDUR</b>	
<b>TRANSFUSI DARAH</b>	
<b>Pengertian</b>	Tranfusi darah merupakan tindakan yang dilakukan bagi klien yang memerlukan darah dengan memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan set tranfusi.
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Meningkatkan volume darah sirkulasi (setelah pembedahan, trauma, atau perdarahan).</li><li>2. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada klien anemia berat.</li><li>3. Memberikan komponen selular tertentu sebagai terapi sulih (misalnya, faktor pembekuan untuk membantu mengontrol perdarahan pada pasien hemofilia).</li></ol>
<b>Prosedur</b>	<p>A. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kateter besar (18G atau 19G)</li><li>2. Cairan IV salin normal (NaCl 0.9%)</li><li>3. Set infuse darah dengan filter</li><li>4. Produk darah yang tepat</li><li>5. Sarung tangan sekali pakai</li><li>6. Kipas alcohol</li><li>7. Plester</li><li>8. Manset tekanan darah</li><li>9. Stetoskop</li><li>10. Thermometer</li><li>11. Format persetujuan pemberian transfusi yang ditanda tangani</li></ol> <p>B. Prosedur</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan prosedur kepada klien, kaji pernah atau tidak klien menerima transfusi sebelumnya dan catat reaksi yang timbul</li><li>2. Minta klien untuk melaporkan adanya menggigil, sakit kepala, gatal-gatal atau ruam dengan segera</li><li>3. Pastikan bahwa klien telah menandatangani surat persetujuan</li></ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan</li><li>5. Pasang selang IV dengan menggunakan kateter berukuran besar</li><li>6. Gunakan selang infuse yang memiliki filter didalam selang</li><li>7. Gantungkan botol larutan salin normal 0.9% untuk diberikan setelah pemberian infuse darah selesai</li><li>8. Ikuti protokol lembaga dalam mendapatkan produk darah dari bank darah</li><li>9. Identifikasi produk darah dan klien dengan benar</li><li>10. Ukur tanda vital dasar klien</li><li>11. Berikan dahulu larutan salin normal. Mulai berikan transfuse secara perlahan diawali dengan pengisian filter didalam selang</li><li>12. Atur kecepatan sampai 2ml/menit untuk 15 menit pertama dan tetapkan bersama klien.</li><li>13. Monitor tanda vital setiap 5 menit selama 15 menit pertama transfuse, selanjutnya ukur setiap jam.</li><li>14. Pertahankan kecepatan infuse yang di programkan dengan menggunakan pompa infuse.</li><li>15. Lepas dan buang sarung tangan, cuci tangan.</li></ol>
<b>Referensi</b>	<a href="https://jurnal.poltekkes-bsi.ac.id/index.php/bsm/article/view/8">https://jurnal.poltekkes-bsi.ac.id/index.php/bsm/article/view/8</a>

## LAMPIRAN

<b>STANDART OPERASIONAL PROSEDUR</b>	
<b>PEMBERIAN OBAT ORAL</b>	
<b>Pengertian</b>	Memberikan obat melalui mulut pada pasien.
<b>Tujuan</b>	Memberikan obat tertentu yang pemberiannya dengan cara oral.
<b>Prosedur</b>	<p>A. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obat sesuai program</li> <li>2. Cairan / makanan yang di gunakan pasien minum obat</li> <li>3. Formulir pencatatan</li> </ol> <p>B. Persiapan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur dan tujuan</li> <li>2. Tanya pasien makanan / minuman yang sering digunakan untuk minum obat</li> </ol> <p>C. Pelaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan sesuai SPO</li> <li>2. Jelaskan pada pasien dan anggota keluarga cara pemberian obat, efek obat yang diharapkan dan kemungkinan efek yang tidak diharapkan</li> <li>3. Lakukan identifikasi cek sekali lagi kebenaran obat</li> <li>4. Berikan obat dengan prinsip 6 BENAR benar pasien, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian, benar indikasi dan dokumentasi.</li> <li>5. Tentukan kemampuan pasien untuk menelan tablet/kapsul (bila perlu digerus dulu)</li> <li>6. Kaji adanya kontra indikasi waktu pemberian obat, sukar menelan , peristaltik turun, operasi gastro intestinal, instruksi puasa , kemampuan interaksi obat alergi (catat alergi pada klien sebelum memberikan tiap obat)</li> <li>7. Cek tanggal kadaluwarsa pada obat</li> <li>8. Berikan pada saat perut kosong atau sesudah makan, sesuai kebutuhan Bantu pasien posisi duduk/ berbaring</li> <li>9. Berikan obat dengan tepat dan makanan / minuman yang memudahkan untuk menelan obat, mungkin lebih mudah pasien memegang obat sendiri</li> <li>10. Jika pasien tidak mampu memegang sendiri obatnya bantu</li> </ol>

	dengan meletakkan obat di bibir/ ujung lidah kemudian minta pasien menelan
<b>Referensi</b>	<a href="https://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/155">https://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/155</a>

## LAMPIRAN

<b>STANDART OPERASIONAL PROSEDUR</b>	
<b>TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM</b>	
<b>Pengertian</b>	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan
<b>Tujuan</b>	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri
<b>Prosedur</b>	<p>A. Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca status klien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> </ol> <p>B. Interaksi</p> <p>C. Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salam : Memberi salam sesuai waktu</li> <li>2. Memperkenalkan diri.</li> <li>3. Validasi kondisi klien saat ini. Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya</li> <li>4. Menjaga privasi klien</li> <li>5. Kontrak. Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan</li> </ol> <p>D. Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas</li> <li>2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.</li> <li>3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara</li> <li>4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah</li> </ol>

	<p>dan merasakan lega</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)</li> <li>6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh</li> <li>7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya</li> <li>8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi</li> <li>9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri</li> <li>10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit</li> </ol> <p>E. TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini</li> <li>2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan.</li> <li>3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam</li> <li>4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya</li> </ol> <p>F. Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan</li> <li>2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan</li> </ol>
<b>Referensi</b>	<a href="https://bemj.e-journal.id/BEMJ/article/view/1/1">https://bemj.e-journal.id/BEMJ/article/view/1/1</a>