

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA PASIEN
TN. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS *CHRONIC KIDNEY DISEASE*
(CKD) + HIPERTENSI DI RUANG ICU CENTRAL
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA



OLEH :

DIANA WAHYU AMALIA, S. Kep
NIM. 2230030

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA PASIEN
TN. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS *CHRONIC KIDNEY DISEASE*
(CKD) + HIPERTENSI DI RUANG ICU CENTRAL
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat Untuk
Memperoleh Gelar Ners**



Oleh :

DIANA WAHYU AMALIA, S. Kep
NIM. 2230030

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 4 Mei 2023

Penulis,

Diana Wahyu Amalia

NIM. 223.0030

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Diana Wahyu Amalia, S.Kep
Nim : 2030022
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Pasien Tn. S Dengan Diagnosa Medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Hipertensi Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ilmiah akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Pembimbing Institusi

Pembimbing Klinik

Dwi Priyantini, S. Kep., Ns., M. Kep

Anisya Ken Syayekti, S. Kep., Ns

NIP. 03.006

NIP. 197507022006042001

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 03.009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 28 September 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Diana Wahyu Amalia
Nim : 2230030
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Pasien Tn. S Dengan Diagnosa Medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Hipertensi Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya tulis ilmiah akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Christina Yulastuti, S.Kep., Ns., M.Kep _____
NIP. 03017

Penguji II : Dwi Priyantini.Kep., Ns., M.Sc _____
NIP. 03006

Penguji III : Anisya Ken Sayekti, S.Kep., Ns., _____
NIP. 197507022006042001

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 03.009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 21 Juli 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Kolonel Laut (K) dr. Eko Prasetyo Adi Wibowo, Sp.OT (K) Hip and Knee., selaku Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir
2. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Dwi Priyantini, S. Kep., Ns., M. Kep, selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Anisya Ken Syayekti, S. Kep., Ns, selaku Pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
6. 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 Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Alm. Papa saya, Dwi Wahyu Widodo, yang selalu menjadi penyemangat saya untuk segera menyelesaikan pendidikan saya.
8. Ibu saya, Wida Ningrum serta kakak saya, Robby Wahyu dan Tante Rini yang sudah banyak membantu saya dalam menyelesaikan pendidikan Profesi Ners ini.

9. Klien Tn. S yang telah memberikan kesempatan untuk dilakukan asuhan keperawatan dalam mendukung pelaksanaan praktek Keperawatan Komprehensif dan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.

10. Mas Dadek yang sudah berkenan menemani dan membantu saya selama proses pendidikan profesi Ners saya.

11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT mem balas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 2023

Penulis

Diana Wahyu Amalia, S. Kep
NIM. 2230030

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	1
KARYA ILMIAH AKHIR	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penulisan.....	4
1.4.1 Akademis.....	4
1.4.2 Secara Praktis.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.5.1 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.2 Sumber Data.....	6
1.5.3 Studi Kepustakaan.....	7
1.5.4 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Teori <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD).....	8
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Klasifikasi.....	10
2.1.4 Patofisiologi.....	10
2.1.5 WOC.....	12
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	13

2.1.7	Penatalaksanaan.....	14
2.1.8	Komplikasi	16
2.1.9	Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.2	Konsep Hemodialisa.....	18
2.2.1	Pengertian	18
2.2.2	Tujuan.....	18
2.2.3	Prinsip.....	18
2.2.4	Indikasi	19
2.2.5	Kontra Indikasi	20
2.2.6	Adekuasi	20
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan.....	22
2.3.1	Pengkajian Keperawatan	22
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	25
2.3.3	Intervensi Keperawatan	26
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		28
3.1	Pengkajian	28
3.1.1	Identitas	28
3.1.2	Keluhan Utama	28
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	28
3.1.4	Riwayat Penyakit Dahulu.....	29
3.1.5	Riwayat Penyakit Keluarga.....	29
3.1.6	Riwayat Alergi	29
3.1.7	Keadaan Umum	29
3.1.8	Pemeriksaan Fisik.....	29
3.1.9	Pemeriksaan Penunjang	31
3.2	Analisa Data	32
3.3	Diagnosa Keperawatan	33
3.4	Intervensi Keperawatan	34
3.5	Implementasi Keperawatan dan Evaluasi	36
BAB 4 PEMBAHASAN		38
4.1	Pengkajian	38
4.1.1	Identitas	38
4.1.2	Keluhan Utama	39
4.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	39
4.1.4	Riwayat Penyakit Dahulu.....	39
4.1.5	Riwayat penyakit Keluarga.....	40
4.1.6	Riwayat Alergi	40

4.1.7	Pemeriksaan Fisik.....	40
4.1.8	Pemeriksaan Penunjang.....	41
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	42
4.3	Intervensi Keperawatan.....	44
4.4	Implementasi Keperawatan.....	45
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	46
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....		49
5.1	Kesimpulan.....	49
5.2	Saran.....	52
DAFTAR PUSTAKA.....		53
LAMPIRAN 1.....		55
LAMPIRAN 2.....		56
LAMPIRAN 3.....		57

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Penunjang pada Tn. S dengan Diagnosa Medis CKD + Hipertensi Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	62
Tabel 3.2 Terapi Medis pada Tn. S dengan Diagnosa Medis CKD + Hipertensi di Ruang ICU Central Dr. Ramelan Surabaya	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal	10
Gambar 2.3 Skema WOC <i>Chronic Kidney Disease</i>	46

DAFTAR SINGKATAN

CKD	: <i>Chronic Kidney Disease</i>
GFR	: <i>Glomerular Filtration Rate</i>
NIDDK	: <i>National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases</i>
Hb	: Hemoglobin
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
WBC	: <i>White Blood Cell</i>
Neu	: Neutrofil
Lym	: <i>Lymphosite</i>
Mon	: Monosit
HCT	: Hematokrit
PLT	: Platelet / Trombosit
BUN	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
GDA	: Glukosa Darah Acak

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit gagal ginjal kronik merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan prevalensi dan insidens yang terus meningkat, menimbulkan kemungkinan yang buruk dan memerlukan biaya yang cukup banyak dalam penanganannya (Brunner dan Suddarth, 2016). *Chronic Kidney Disease* atau Gagal Ginjal Kronik merupakan suatu kondisi penurunan fungsi pada ginjal yang cukup berat dan terjadi secara perlahan dalam kurun waktu yang lama, dimana tubuh tidak mampu atau gagal memelihara metabolisme cairan dan elektrolit yang menyebabkan gangguan reabsorpsi (Kementerian Kesehatan, 2013). Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi peningkatan tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya $>140\text{mmHg}$ dan tekanan diastoliknya $>90\text{mmHg}$ (Setiati, 2015).

World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa pravalensi penyakit ginjal di dunia mewakili sekitar 65% dari semua penyakit diabetes dan sebagian besar adalah kanker. Diperkirakan bahwa sebanyak 5 sampai 10 juta orang meninggal dunia sebelum waktunya karena penyakit ginjal (WHO, 2018). Angka kejadian gagal ginjal kronis di Indonesia mencapai 3,8%, di Jawa Timur ada sebanyak 3% (Risesdas 2018). Sedangkan prevelensi pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di Indonesia sebanyak 17.193 jiwa dan di Jawa Timur sebanyak 852 jiwa (Syafitri dan Mailani, 2018).

Gagal ginjal dapat disebabkan karena beberapa faktor yaitu gangguan metabolik seperti diabetes, hipertensi, obstruksi saluran kemih (nephrolithiasis), yang dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Selain itu, penyalahgunaan penggunaan obat-obat analgetik baik secara bebas maupun yang diresepkan dokter selama bertahun-tahun dapat memicu risiko nekrosis papiler dan gagal ginjal kronik (Prabowo dan Pranata, 2014). Kebiasaan merokok dan penggunaan minuman suplemen energi juga dapat menjadi penyebab terjadinya gagal ginjal (Mughtar dkk, 2015). Penurunan fungsi ginjal dapat menyebabkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron sebagai upaya kompensasi, hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Secara perlahan akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum (Meita, 2020). Tanda dan gejala gagal ginjal kronik yang timbul seperti hipertensi, edema pada ekstremitas, pembesaran vena leher, sesak napas, kulit kering bersisik, asites pada abdomen, CRT >3 detik, anemia, hiperkalemia, Diabetes Mellitus, hipoalbumemia, hipoksia, ikterus pada kulit (Rizky dan Andina, 2017).

Untuk mencegah terjadinya penyakit gagal ginjal kronik bisa dengan cara menjaga asupan cairan, tidak merokok, periksa tekanan darah secara rutin, menjaga berat badan dengan berolahraga secara teratur (Gloria *et al*, 2016). Selama ini dikenal dua metode dalam penanganan gagal ginjal, pertama yaitu transplantasi ginjal dan kedua dialisis atau cuci darah. Untuk transplantasi ginjal masih terbatas karena banyak kendala yang harus dihadapi seperti ketersediaan donor ginjal, teknik operasi dan perawatan pascaoperasi. Kedua hemodialisa yaitu terapi pengganti untuk pasien gagal ginjal baik yang bersifat akut maupun kronik.

Terapi hemodialisa membutuhkan waktu 12-15 jam untuk dialisa setiap minggunya, atau paling sedikit 3-4 jam per kali terapi. Kegiatan ini akan berlangsung terus-menerus sepanjang hidupnya (Mughtar dkk, 2015).

Pada klien dengan diagnosa *Chronic Kidney Disease* (CKD) tidak hanya keadaan fisik, tetapi fisiologis klien juga berdampak karena timbulnya berbagai macam manifestasi klinis CKD. Penyakit CKD memerlukan perawatan dan penanganan yang dijalankan seumur hidup yang dimana telah terjadi banyak klien yang keluar masuk rumah sakit untuk melakukan pengobatan dan dialisis (Parwati, 2019).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini ialah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Pasien Tn. S dengan Diagnosa Medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Hipertensi Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” ?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Pasien Tn. S dengan Diagnosa Medis *Chronic Kidney Disease* (CKD)+Hipertensi Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Tn. S dengan Diagnosa Medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) Stage 5 + Hipertensi Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. S dengan Diagnosa Medis *Chronic Kidney Disease (CKD) Stage 5 + Hipertensi* Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Diagnosa Medis *Chronic Kidney Disease (CKD) Stage 5 + Hipertensi* Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. S dengan Diagnosa Medis *Chronic Kidney Disease (CKD) Stage 5 + Hipertensi* Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. S dengan Diagnosa Medis *Chronic Kidney Disease (CKD) Stage 5 + Hipertensi* Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Diagnosa Medis *Chronic Kidney Disease (CKD) Stage 5 + Hipertensi* Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat Penulisan

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1.4.1 Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan ilmu pengetahuan khususnya dalam hal melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease (CKD) Stage 5 + Hipertensi* Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan serta meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan baik.

2. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) serta bagi tenaga kesehatan agar dapat lebih proaktif dalam hal menginformasikan kepada masyarakat tentang faktor yang berhubungan maupun yang beresiko mempertinggi kejadian *Chronic Kidney Disease* (CKD).

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu tambahan referensi bagi penulis berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) untuk sebagai dasar dalam penelitian selanjutnya namun dengan menambahkan faktor lain yang belum diteliti.

4. Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat pada umumnya, disarankan agar lebih berperan aktif dalam melakukan pencegahan terhadap *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan melakukan *general chek-up* agar dapat dilakukan deteksi dini terhadap suatu kasus berkaitan dengan gangguan sistem ekskresi.

1.5 Metode Penulisan

Metode deskriptif

yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan 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, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.1 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien dan rekam medis.

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku yang dapat diamati. Serta melakukan percakapan dengan pasien dan keluarga.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium, dan radiologi, yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.2 Sumber Data

1. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien langsung.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.3 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.5.4 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi 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, Masalah, Tujuan, Manfaat, Penelitian dan sistematika Penulisan studi Kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease* (CKD).

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD). Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul, dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengmantauan, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Teori *Chronic Kidney Disease* (CKD)

2.1.1 Pengertian

Chronic Kidney Disease (CKD) atau disebut Gagal Ginjal Kronik yaitu suatu kondisi dimana organ ginjal sudah tidak mampu mengangkut sampah sisa metabolik tubuh berupa bahan yang biasanya dieliminasi melalui urin dan menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit, serta asam basa (Abdul, 2015).

Gagal ginjal kronik biasanya akibat akhir dari kehilangan fungsi ginjal lanjut secara bertahap, penyebab glomerulonefritis, infeksi kronis, penyakit vaskuler (nefrosklerosis), proses obstruktif (kalkuli), penyakit kolagen (lupus sistemik), agen nefritik (aminoglikosida), dan penyakit endokrin (diabetes) (Doenges, 2014).

2.1.2 Etiologi

Pada dasarnya, penyebab gagal ginjal kronik adalah penurunan laju filtrasi glomerulus atau yang disebut juga penurunan glomerulus filtration rate (GFR).

Penyebab gagal ginjal kronik menurut Andra dan Yessie (2013) :

1. Gangguan pembuluh darah : berbagai jenis lesi vaskuler 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. Hyperplasia fibromaskular pada satu atau lebih arteri besar yang juga menimbulkan sumbatan pembuluh darah. Nefrosklerosis yaitu suatu kondisi yang disebabkan oleh hipertensi lama yang tidak di obati, dikarakteristikan oleh penebalan, hilangnya elastisitas system, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal ginjal.
2. Gangguan imunologis : seperti glomerulonephritis
3. Infeksi : dapat dijelaskan 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 bagian bawah lewat ureter ke ginjal sehingga dapat menimbulkan kerusakan irreversible ginjal yang disebut pielonefritis.
4. Gangguan metabolik : seperti DM yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membrane kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membrane glomerulus.

5. Gangguan tubulus primer : terjadinya nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.
6. Obstruksi traktus urinarius : oleh batu ginjal, hipertrofi prostat, dan kontriksi uretra.
7. Kelainan kongenital dan herediter : penyakit polikistik sama dengan kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista atau kantong berisi cairan didalam ginjal dan organ lain, serta tidak adanya jaringan ginjal yang bersifat kongenital (hypoplasia renalis) serta adanya asidosis.

2.1.3 Klasifikasi

Tabel 2.1 Klasifikasi *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Stadium	Deskripsi	LFG (mL/menit/1.73m)
1	Fungsi ginjal normal, tetapi temuan urin abnormalitas struktur/ciri genetik menunjukkan adanya penyakit ginjal	>90
2	Penurunan ringan fungsi ginjal akibat kerusakan ginjal, belum terasa gejala yang mengganggu	60-89
3	Penurunan sedang fungsi ginjal akibat kerusakan ginjal, namun masih dapat dipertahankan	30-59
4	Penurunan berat fungsi ginjal akibat kerusakan ginjal yang sudah masuk tingkat membahayakan	15-29
5	Gagal ginjal yaitu kerusakan ginjal parah yang mengharuskan dilakukan terapi hemodialisa atau transplantasi ginjal	<15

(The Renal Association, 2013)

2.1.4 Patofisiologi

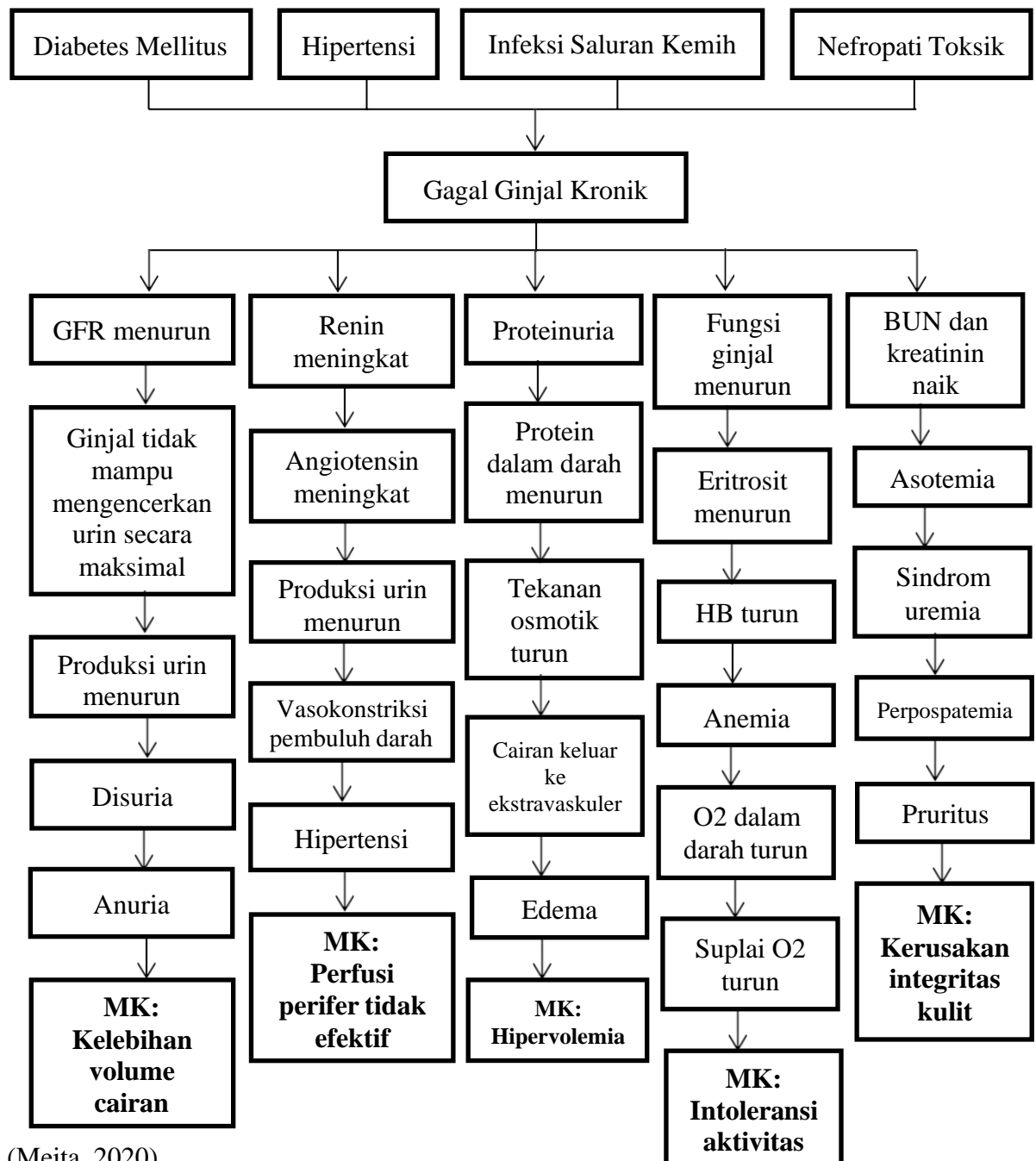
Patofisiologi penyakit gagal ginjal kronik tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangannya proses yang terjadi sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (surviving nephrons) sebagai upaya kompensasi, hal ini

mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti dengan peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus (Meita, 2020).

Pada stadium paling dini pada penyakit gagal ginjal kronik, terjadi kehilangan daya cadang ginjal (renal reserve), dimana basal Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) masih normal atau dapat meningkat secara perlahan tapi pasti, dan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), tetapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum sampai pada LFG sebesar 30% (Meita, 2020).

Kerusakan ginjal dapat menyebabkan terjadinya penurunan fungsi ginjal, produk akhir metabolik yang seharusnya dieksresikan ke dalam urin menjadi tertimbun di dalam darah. Semakin banyak timbunan produk metabolik (sampah), maka gejala yang timbul akan semakin berat (Brunner & Suddarth, 2018). Kondisi ini menyebabkan gangguan keseimbangan cairan seperti hipovolemi atau hipervolemi, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. LFG <15% menimbulkan gejala dan komplikasi yang serius dan pasien memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) seperti dialisis atau transplantasi ginjal (Suharyanto dalam Hidayati, 2012).

2.1.5 WOC

Gambar 2.1 WOC *Chronic Kidney Disease* (CKD)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik menurut Suyono (2011) 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 spuntum kental
3. Gangguan gastrointestinal : Anoreksia, mual, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau amonia
4. Gangguan muskuloskeletal : Pegal pada kaki sehingga selalu digerakan, 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 (hasil pemecahan hemoglobin dan yang membuat warna urin), gatal – gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh
6. Gangguan endokrin : Libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan aminore. Gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D
7. Gangguan perkemihan : Terjadi penurunan fungsi dari glomerulus, biasanya retensi garam dan air, tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia, proteinuria, BUN dan kreatinin meningkat, serta terjadi dysuria maupun anuria

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

2.1.7 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan adalah menjaga keseimbangan cairan elektrolit dan mencegah komplikasi, yaitu sebagai berikut (Muttaqin, 2012) :

1. Dialisis : dapat dilakukan dengan mencegah komplikasi gagal ginjal yang serius, seperti hiperkalemia, pericarditis, dan kejang. Dialisis memperbaiki abnormalitas biokimia, menyebabkan cairan, protein dan natrium dapat dikonsumsi secara bebas, menghilangkan kecenderungan perdarahan dan membantu penyembuhan luka. Dialisis atau dikenal dengan nama cuci darah adalah suatu metode terapi yang bertujuan untuk menggantikan fungsi/kerja ginjal yaitu membuang zat-zat sisa dan kelebihan cairan dari tubuh. Terapi ini dilakukan apabila fungsi kerja ginjal sudah sangat menurun (lebih dari 90%) sehingga tidak lagi mampu untuk menjaga kelangsungan hidup individu, maka perlu dilakukan terapi. Selama ini dikenal ada 2 jenis dialisis :
2. Hemodialisis (cuci darah dengan mesin dialiser)/HD : adalah jenis dialisis dengan menggunakan mesin dialiser yang berfungsi sebagai ginjal buatan. Pada proses ini, darah dipompa keluar dari tubuh, masuk kedalam mesin dialiser. Didalam mesin dialiser, darah dibersihkan dari zat-zat racun melalui proses difusi dan ultrafiltrasi oleh dialisat (suatu cairan khusus untuk dialisis), lalu setelah darah selesai di bersihkan, darah dialirkan kembali kedalam tubuh. Proses ini dilakukan 1-3 kali seminggu di rumah sakit dan membutuhkan waktu sekitar 2-4 jam.

3. Dialisis peritoneal (cuci darah melalui perut) : metode cuci darah dengan bantuan membrane peritoneum (selaput rongga perut). Jadi, darah tidak perlu dikeluarkan dari tubuh untuk dibersihkan dan disaring oleh mesin dialisis.
4. Koreksi hiperkalemi : Mengendalikan kalium darah sangat penting karena hiperkalemi dapat menimbulkan kematian mendadak. Hal pertama yang harus diingat adalah jangan menimbulkan hiperkalemia. Selain dengan pemeriksaan darah, hiperkalemia juga dapat didiagnosis dengan EEG dan EKG. Bila terjadi hiperkalemia, maka pengobatannya adalah dengan mengurangi intake kalium, pemberian Na Bikarbonat, dan pemberian infus glukosa.
5. 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 ada indikasi yang kuat, misalnya ada infusensi coroner.
6. Koreksi asidosis : Pemberian asam melalui makanan dan obat-obatan harus dihindari. Natrium Bikarbonat dapat diberikan peroral atau parenteral. Pada permulaan 100 mEq natrium bikarbonat diberi intravena perlahan-lahan, jika diperlukan dapat diulang. Hemodialisis dan dialisis peritoneal dapat juga mengatasi asidosis.
7. Pengendalian hipertensi : Pemberian obat beta bloker, alpa metildopa dan vasodilatator dilakukan. Mengurangi intake garam dalam mengendalikan hipertensi harus hati-hati karena tidak semua gagal ginjal disertai retensi natrium.

8. Transplantasi ginjal : Dengan pencangkokkan ginjal yang sehat ke pasien gagal ginjal kronik, maka seluruh faal ginjal diganti oleh ginjal yang baru.

2.1.8 Komplikasi

Menurut Jennifer (2014) komplikasi dari Gagal Ginjal Kronik adalah :

1. Anemia
2. Neuroperifer
3. Komplikasi kardiopulmoner
4. Komplikasi gastrointestinal
5. Disfungsi seksual
6. Parestesia
7. Disfungsi saraf motorik seperti foot drop dan paralisis flasid
8. Fraktur patologis
9. Hiperkalemia

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada gagal ginjal kronik, yaitu : (Sudoyo, 2015)

- a. Foto Polos Abdomen (Menilai besar dan bentuk ginjal serta adakah batu atau obstruksi lain).
- b. USG (Menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, dan ureter proksimal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis dan ureter proksimal, kandung kemih dan prostat).
- c. Renogram (Menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi gangguan (vaskuler, parenkhim) serta sisa fungsi ginjal).
- d. Pemeriksaan Radiologi Jantung (Mencari adanya kardiomegali, efusi perikarditis)

- e. Pemeriksaan radiologi Tulang (Mencari osteodistrofi (terutama pada falangks /jari) kalsifikasi metastatik).
- f. Pemeriksaan radiologi Paru (Mencari uremik lung yang disebabkan karena bendungan).
- g. EKG (Untuk melihat kemungkinan adanya hipertrofi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, aritmia karena gangguan elektrolit (hiperkalemia).
- h. Pemeriksaan laboratorium menunjang untuk diagnosis gagal ginjal
 - 1) Laju endap darah
 - 2) Urin
 - a) Volume: Biasanya kurang dari 400 ml/jam (oliguria atau urine tidak ada (anuria).
 - b) Warna: Secara normal perubahan urine mungkin disebabkan oleh pus / nanah, bakteri, lemak, partikel koloid, fosfat, sedimen kotor, warna kecoklatan menunjukkan adanya darah, miglobin, dan porfirin.
 - c) Berat Jenis: Kurang dari 1,015 (menetap pada 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat).
 - d) Osmolalitas: Kurang dari 350 mOsm/kg menunjukkan kerusakan tubular, amrasio urine / ureum sering 1:1.
 - 3) Ureum dan Kreatinin
 - Kreatinin: Biasanya meningkat dalam proporsi. Kadar kreatinin 10 mg/dL diduga tahap akhir (mungkin rendah yaitu 5).

2.2 Konsep Hemodialisa

2.2.1 Pengertian

Hemodialisa (HD) adalah suatu metode terapi dialisis yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah yang tertimbun dalam darah yang bersifat toksik ketika secara akut atau secara progresif ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut. Terapi ini dilakukan dengan menggunakan sebuah mesin yang dilengkapi dengan membran penyaring semi permeabel (ginjal buatan) (Wong, 2017).

2.2.2 Tujuan

Tujuan dilakukannya terapi HD adalah sebagai berikut (Indrasari, 2015) :

- a. Menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi, yaitu membuang sisa metabolisme dalam tubuh, seperti ureum, kreatin, dan mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan sebagai urin saat ginjal sehat.
- b. Mempertahankan kadar serum elektrolit dalam darah, mengoreksi asidosis, dan mempertahankan kadar bikarbonat dalam darah.
- c. Meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita gagal ginjal dengan menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu program pengobatan yang lain.

2.2.3 Prinsip

Menurut Muttaqin (2011), prinsip hemodialisa pada dasarnya sama seperti pada ginjal, ada tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisa, yaitu : difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi.

1. Proses difusi, adalah proses berpindahnya zat karena adanya perbedaan kadar di dalam darah, makin banyak yang berpindah ke dialisat.

2. Proses ultrafiltrasi, adalah proses berpindahnya zat terlarut dan air karena perbedaan hidrostatis di dalam darah dan dialisat. Luas permukaan dan daya saring membran mempengaruhi jumlah zat dan air yang berpindah. Pada saat dialisis, pasien, dialiser, dan rendaman dialisat memerlukan pemantauan yang konstan untuk mendeteksi berbagai komplikasi yang dapat terjadi misal: emboli udara, ultrafiltrasi yang tidak adekuat atau berlebihan, hipotensi, kram, muntah, perembesan darah, kontaminasi dan komplikasi terbentuknya pirau atau fistula).
3. Proses osmosis, adalah proses berpindahnya zat dan air karena perbedaan hidrostatis di dalam darah dan dialisat.

2.2.4 Indikasi

Indikasi terapi HD dibedakan menjadi hemodialisis segera (emergency) dan hemodialisis kronis (Daugirdas, dkk, 2015) :

- a. Hemodialisis segera : merupakan HD yang harus segera dilakukan, indikasinya antara lain terjadi kegawatan ginjal seperti pada keadaan berikut ini :
 1. Klinis: keadaan uremik berat, overhidrasi
 2. Oligouria (produksi urin < 200 ml/ 12 jam)
 3. Anuria (produksi urin < 50 ml/ 12 jam)
 4. Hiperkalemia (terutama jika terjadi perubahan EKG, biasanya K >6,5 mmol/l)
 - 5) Asidosis berat (pH < 7,1 atau bikarbonat < 12 meq)
 5. Uremia (BUN > 150 mg/dL)
 6. Ensefalopati uremikum
 7. Perikarditis uremikum
 8. Disnatremia berat (Na > 160 mmol/L atau < 115 mmol/L)
 9. Hipertermia

b. Indikasi hemodialisis kronis : merupakan HD yang dikerjakan berkelanjutan seumur hidup pasien dengan menggunakan mesin HD. Hemodialisis dimulai jika LFG < 15 ml/menit. Keadaan pasien yang mempunyai LFG < 15 ml/menit tidak selalu sama sehingga HD mulai dianggap perlu jika dijumpai salah satu dari hal di bawah ini (Daugirdas, dkk, 2015):

1. LFG < 15 ml/menit, tergantung gejala klinis
2. Gejala uremia meliputi: letargia, anoreksia, mual, dan muntah.
3. Adanya malnutrisi atau hilangnya massa otot.
4. Hipertensi yang sulit dikontrol dan adanya kelebihan cairan.
5. Komplikasi metabolik yang refrakter

2.2.5 Kontra Indikasi

Menurut Wijaya, dkk 2013 menyebutkan kontra indikasi pasien yang hemodialisa adalah sebagai berikut :

1. Hipertensi berat TD 200/100 mmHg
2. Hipotensi TD 100 mmHg
3. Adanya perdarahan hebat
4. Demam tinggi

2.2.6 Adekuasi

Pencapaian adekuasi hemodialisis diperlukan untuk menilai efektivitas tindakan hemodialisis yang dilakukan. Hemodialisis yang adekuat akan memberikan manfaat yang besar dan memungkinkan pasien penyakit ginjal tetap bisa menjalani aktivitasnya seperti biasa. Hemodialisis inadekuat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti bersihan ureum yang tidak optimal,

waktu dialisis yang kurang, dan kesalahan dalam pemeriksaan laboratorium. Untuk mencapai adekuasi hemodialisis, maka besarnya dosis yang diberikan harus memperhatikan hal-hal berikut (Daugirdas, dkk, 2015) :

1. Interdialytic Time Waktu interval atau frekuensi pelaksanaan HD yang berkisar antara 2 kali/minggu atau 3 kali/minggu. Idealnya HD dilakukan 3 kali/minggu dengan durasi 4-5 jam setiap sesi, akan tetapi di Indonesia dilakukan 2 kali/minggu dengan durasi 4-5 jam.
2. Time of Dialysis Lama waktu pelaksanaan HD idealnya 10-12 jam perminggu. Bila HD dilakukan 2 kali/minggu maka lama waktu setiap kali HD adalah 5-6 jam, sedangkan bila dilakukan 3 kali/minggu maka waktu setiap kali HD adalah 4-5 jam.
3. Quick of Blood (Blood flow) Besarnya aliran darah yang dialirkan ke dalam dialiser yaitu antara 200-600 ml/menit. Pengaturan Q_b 200ml/menit akan memperoleh bersihan ureum 150 ml/menit, dan peningkatan Q_b sampai 400ml/menit akan meningkatkan bersihan ureum 200 ml/menit. Kecepatan aliran darah (Q_b) rata-rata adalah 4 kali berat badan pasien, ditingkatkan secara bertahap selama HD dan dimonitor setiap jam.
4. Quick of Dialysate (Dialysate flow) Besarnya aliran dialisat yang menuju dan keluar dari dialiser yang dapat mempengaruhi tingkat bersihan yang dicapai, sehingga perlu diatur sebesar 400- 800 ml/menit.
5. Trans membrane pressure Besarnya perbedaan tekanan hidrostatis antara kompartemen dialisis (P_d) dan kompartemen darah (P_b) yang diperlukan agar terjadi proses ultrafiltrasi. Nilainya tidak boleh kurang dari -50 dan P_b harus lebih besar daripada P_d .

6. Clearance of dialyzer Klirens menggambarkan kemampuan dialiser untuk membersihkan darah dari cairan dan zat terlarut, dan besarnya klirens dipengaruhi oleh bahan, tebal, dan luasnya membrane.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada Gagal Ginjal Kronik menurut Hidayat (2014), sebagai berikut :

1. Identitas : Gagal Ginjal Kronik terjadi terutama pada usia lanjut (50 – 70 tahun), usia muda, dapat terjadi pada semua jenis kelamin tetapi 70 % pada laki - laki. Laki-laki sering memiliki resiko lebih tinggi terkait dengan ginjal mengalami kegagalan filtrasi. pekerjaan dan pola hidup sehat. Gagal ginjal kronis merupakan periode lanjut dari insidensi gagal ginjal akut, sehingga tidak berdiri sendiri
2. Keluhan Utama : Keluhan utama sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa urine output yang menurun (oliguria) sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada sistem sirkulasi-ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, dialoresis, fatigue, napas berbau urea, dan pruritus. Kondisi ini dipicu oleh karena penumpukkan (akumulasi) zat sisa metabolisme/toksin dalam tubuh
3. Riwayat Penyakit Sekarang : Pada klien dengan gagal ginjal kronis biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, perubahan pola napas karena komplikasi dari gangguan sistem ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit, bau urea pada napas. Selain itu, karena berdampak pada proses (sekunder karena intoksikasi), maka akan terjadi anoreksi, nausea dan vomit sehingga beresiko untuk terjadinya gangguan nutrisi

4. Riwayat Penyakit Dahulu : Gagal ginjal kronik dimulai dengan periode gagal ginjal akut dengan berbagai penyebab (multikausa). Oleh karena itu, informasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk penegakan masalah. Kaji riwayat ISK, payah jantung, penggunaan obat berlebihan (overdosis) khususnya obat yang bersifat nefrotoksik, BPH, dan lain sebagainya yang mampu mempengaruhi kerja ginjal. Selain itu, ada beberapa penyakit yang berlangsung mempengaruhi atau menyebabkan gagal ginjal yaitu diabetes mellitus, hipertensi, batu saluran kemih (*urolithiasis*)

5. Riwayat Kesehatan Keluarga : Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga sisilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat hereditas. Kaji pola kesehatan keluarga yang diterapkan jika ada anggota keluarga yang sakit, misalnya minum jamu saat sakit

6. Riwayat Psikososial : Kondisi ini tidak selalu ada gangguan jika klien memiliki coping adaptif yang baik. Pada klien gagal ginjal kronis, biasanya perubahan psikososial terjadi pada waktu klien mengalami perubahan struktur fungsi tubuh dan menjalani proses dialisa. Klien akan mengurung diri dan lebih banyak berdiam diri (murung). Selain itu, kondisi ini juga dipicu oleh biaya yang dikeluarkan selama proses pengobatan, sehingga klien mengalami kecemasan

Pemeriksaan Fisik :

a) Keadaan umum

Keadaan umum klien dengan gagal ginjal kronik biasanya lemah.

(fatigue), tingkat kesadaran bergantung pada tingkat toksisitas

b) Tanda vital

Peningkatan suhu tubuh, nadi cepat dan lemah, hipertensi, nafas cepat (tachypneu), dyspnea

c) Pemeriksaan body systems

1. Sistem Pernapasan (B1: Breathing) : Adanya bau urea pada bau napas. Jika terjadi komplikasi pada asidosis atau alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patologi gangguan. Pada napas akan semakin cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi (kussmaul)
2. Sistem kardiovaskular (B2: Bleeding) : Penyakit yang berhubungan langsung dengan kejadian gagal ginjal kronis salah satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi di atas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnasi ini akan memicu retensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan beban jantung
3. Sistem Neuromuskuler (B3: Brain) : Penurunan kesadaran terjadi jika telah mengalami hiperkarbic dan sirkulasi cerebral terganggu. Oleh karena itu, penurunan kognitif dan terjadinya disorientasi akan dialami klien gagal ginjal kronis
4. Sistem Perkemihan (B4: Bowel) : Dengan gangguan/kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi dan ekskresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urine <400 ml/hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output)
5. Sistem Hematologi (B5: Blood) : Ditemukan adanya fricition pada kondisi uremia berat. Selain itu, biasanya terjadi TD meningkat, akral dingin, CRT >3 detik. Palpatasi jantung, chest pain, dsypneu, gangguan irama jantung dan

gangguan sirkulasi lainnya. Kondisi ini akan semakin parah jika zat sisa metabolisme semakin tinggi dalam tubuh karena tidak efektif dalam ekskresinya. Selain itu, pada fisiologis darah sendiri sering ada gangguan anemia karena penurunan eritropoetin

6. Sistem Muskuluskeletal (B6: Bone) : Dengan penurunan/kegagalan fungsi sekresi pada ginjal maka berdampak pada proses demineralisasi tulang sehingga resiko terjadinya osteoporosis tinggi.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dan natrium (SDKI, 2016. D.0022)
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (SDKI, 2016. D.0005)
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (SDKI, 2016. D.0009)
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
<p>Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dan natrium</p> <p>SDKI, 2016 D.0020 Kategori: Fisiologis Subkategoris: Nutrisi dan Cairan</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan status keseimbangan cairan dapat ditingkatkan dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terbebas dari edema, efusi dan anaskara 2. TTV dalam batas normal 3. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam 4. Turgor kulit tidak mengkilap dan tegang 5. Membrane mukosa lembab 6. Menjelaskan indikator kelebihan cairan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya tanda dan gejala hipervolemia (mis. dispnea, edema JVP CVP, suara napas tambahan) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (mis. kadar protein, dan albumin meningkat) 4. Batasi asupan cairan dan garam 5. Kolaborasi pemberian diuretik dan pengganti kehilangan kalium akibat diureti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan menunjukkan hipervolemia. Kelebihan volume cairan berpotensi gagal jantung kongestif atau edema paru 2. Keseimbangan positif menunjukkan kebutuhan evaluasi lebih lanjut 3. Terjadinya peningkatan tekanan onkotik plasma mengakibatkan terjadinya Edema 4. Menjaga agar kelebihan cairan tidak bertambah parah dan garam mengikat air sehingga memperparah kelebihan cairan 5. Diuretik dapat meningkatkan laju aliran urin sehingga produksi urin meningkat guna mengurangi kelebihan volume cairan dalam tubuh

<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p> <p>SDKI, 2016. D. 0005</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam Pola Napas membaik dengan kriteria hasil : (</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilasi semenit meningkat 2. Kapasitas vital meningkat 3. Tekanan ekspirasi meningkat 4. Tekanan inspirasi meningkat 5. Dispnea menurun 6. Penggunaan otot bantu napas menurun <p>Kedalaman napas membaik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift 5. Posisikan semifowler and fowler 6. Berikan minum hangat 7. Berikan fisioterapi dada bila perlu 8. Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik 9. Berikan oksigen, jika perlu 10. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak kontra indikasi 11. Ajarkan teknik batuk efektif 12. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui pola napas pasien 2. Mengetahui bunyi napas pasien 3. Menghitung jumlah sputum dan warna sputum 4. Mempertahankan kepatenan jalan napas pasien 5. Membantu mengeluarkan sputum 6. Membantu meningkatkan kebutuhan oksigen
<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam</p>	<p>1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian</p>	<p>1. Mengetahui tanda dan gejala perfusi perifer klien</p>

<p>peningkatan tekanan darah</p> <p>SDKI, 2016 D.0020 Kategori: Fisiologis Subkategori: Nutrisi dan Cairan</p>	<p>diharapkan status keseimbangan cairan dapat ditingkatkan dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik 	<p>kapiler, warna, suhu)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tekanan darah 3. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 4. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Memantau keadaan klien 3. Mencegah tekanan darah meningkat 4. Untuk membantu menurunkan tekanan darah tinggi
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>SDKI, 2016 D.0056 Kategori: Fisiologis Subkategori: Aktivitas/Istirahat</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pasien dapat bertoleransi terhadap aktivitas kembali, dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari – hari (ADLs) secara mandiri 3. Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan alat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji hal – hal yang mampu dilakukan klien 2. Bantu klien memenuhi kebutuhan aktivitasnya sesuai dengan tingkat keterbatasan klien 3. Beri penjelasan tentang hal – hal yang dapat membantu dan meningkatkan kekuatan fisik klien 4. Libatkan keluarga dalam pemenuhan 5. Jelaskan pada keluarga dan klien pentingnya bedrest di tempat tidur ADL klien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tingkat ketergantungan klien dalam memenuhi kebutuhannya 2. Bantuan sangat diperlukan klien pada saat kondisi lemah dalam pemenuhan kebutuhan sehari – hari tanpa mengalami ketergantungan pada orang lain 3. Untuk memotivasi klien dengan kooperatif selama perawatan terutama terhadap tindakan yang dapat meningkatkan kekuatannya 4. Karena keluarga merupakan orang terdekat dengan klien 5. Untuk mencegah terjadinya keadaan yang lebih parah

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Maternitas dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Hipertensi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati pada tanggal 06 Februari 2023 dengan data pengkajian pada tanggal 06 Februari 2023 jam 08.00 WIB di Di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file register sebagai berikut

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang ayah bernama Tn. S berusia 59 tahun. Pasien MRS pada tanggal 30 Januari 2023 pukul 15:30 WIB di ruang G2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan dilakukan pengkajian di ruang ICU Central pada tanggal 6 Februari 2023 pukul 08:00 WIB. Pasien beragama Islam dengan diagnosa medis CKD stage 5. Pendidikan terakhir pasien SMA, bekerja sebagai supir truk di salah satu ekspedisi pengiriman barang. Pasien tinggal di Surabaya.

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien terintubasi

3.1.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 22 Januari 2023, pasien dilarikan ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan perut terasa nyeri dibagian perut tengahdan sakit saat ditekan, perut terasa mual dan ingin muntah saat diisi makanan. Berdasarkan rekam medis, saat di IGD pasien dipasang infus NS, Inj. Omeprazole 1 amp, cek darah lengkap,

EKG, dan GDA stik. Di dapatkan TTV dengan hasil TD : 171/93, N : 90x/mnt, S:36,5, RR:20x/mnt, SPO2:98%, GCS:456, kesadaran pasien coposmentis. Pada saat pukul 17:30 WIB, pasien dipindahkan ke ruangan G2 lalu diberikan infus NS dengan tetesan 14 tpm, pengambilan darah lengkap. Saat di C2, di dapatkan hasil TTV: 168/90, N : 86x/mnt, S : 36,4, RR : 19x/mnt, SPO2 : 99%, GCS : 456. Pada saat di Ruang C2 pasien tampak sadar dan menjalani rawatan di ruang rawat inap selama kurang lebih 1 minggu dan pada tanggal 30 Januari 2023, pukul 23:30 WIB pasien mengalami kejang dan langsung tidak sadarkan diri. Setelah konsul dengan DPJP, pasien dipindahkan ke ruang ICU Central untuk mendapatkan perawatan intensifnya. Saat dikajidi ruang ICU Central, di dapatkan hasil TTV dengan TD : 189/101, N : 94x/mnt, RR : 24x/mnt, GCS : 111, kesadaran koma dan dipasang ETT sambung ventilator mode BIPAP, kateter urine untuk monitor urine output, cek BGA, Inj. Omeprazole 2x1 amp, Inf. NS rehidrasi 500cc 20 tpm.

Riwayat Penyakit Dahulu Berdasarkan hasil rekam medis saat di IGD, pasien tidak menyangkal adanya riwayat penyakit DM dan HT sejak 2018.

Riwayat Penyakit Keluarga Keluarga pasien tidak dapat dikaji dan pasien terintubasi

Riwayat Alergi Berdasarkan rekam medis, pasien tidak memiliki riwayat alergi obat ataupun makanan

Keadaan Umum Pasien tampak lemah

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Airway&Breathing

Bentuk dada normochest, tidak ada otot bantu nafas tambahan, pergerakan simetris, pola nafas irregular, suara nafas wheezing dan ronchi, terdapat sesak nafas, terdapat pernafasan cuping hidung, adanya sputum berwarna kuning kental produksi sedang, tidak ada sianosis, terpasang ETT sambung ventilator mode BIPAP PC 25, PS 15, PEEP 5, FiO2 60%, Fr 24, RR actual 24-28x/mnt.

Masalah Keperawatan : Pola Nafas Tidak Efektif

2. Circulation

Tidak terdapat perdarahan, ictus cordis teraba pada ICS 4-5 Mid ClaviculaLine Sinistra, irama jantung regular, nyeri dada tidak terkaji, CRT > 3 detik, akral dingin, tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening, TD :158/89mmHg, N :82x/mnt, RR : 24x/mnt, S : 36,4, terpasang CVC 3 lumen 7fr subclavica sinistra pemasangan hari ke 7, CVP terakhir 16 cm, sambung Sp. Vascon 100 nano/kgbb/menit, Sp. Vasopressin 0,04 ui/jam, Sp. Dobutamin 5 mcg/kgbb/menit, Sp. Insulin 1 ui/jam (IV), bunyi jantung S1-S2 tunggal, terdapat edema pada kedua tangan dan kaki dan pitting edema derajat 3, turgor kulit buruk.

Masalah Keperawatan : Hipervolemia, Perfusi Perifer Tidak Efektif

3. Neurology

GCS 1X2, kepala bulat simetris, nyeri kepala tidak terkaji, tidak ada paralisis, bentuk hidung simetris, septum terletak di tengah, tidak ada polip, tidak ada gangguan/kelainan lainnya, mata simetris, pupil isokor, reflek cahaya -/-, konjungtiva unanemis, sklera unikterik, lapang pandang tidak terkaji dan tidak ada kelainan lainnya, telinga simetris kebersihan sedikit kotor. Tidak menggunakan alat bantu

dengar, kebersihan lidah kotor, tidak dapat berbicara dengan jelas dan tidak terkaji.

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik

4. Urinary

Pasien terpasang folley catheter urine no. 16 pemasangan hari ke-8, jumlah 100cc/3 jam, warna kuning kecoklatan, GDA 181, HD reguler Senin-Rabu, intake : infus, diit neprisol, output : urine, NGT

Masalah Keperawatan : Tidak ada

5. Gastrointestinal

Mulut tampak kotor dan terdapat secret, tidak ada gigi palsu, membrane mukosa kering, terpasangselang NGT no. 14 pemasangan hari ke-8, diit persone neprisol 3x150cc, retensi 20cc warna coklat kehitaman, bentuk perut normal, peristaltic 18x/mnt, tidak ada kelainan abdomen, tidak adamasalah pada hepar, tidak ada pada lien dan tidak ada kelainan pada abdomen, pasien menggunakan pampers dan BAB 3x sehari, konsistensi cair berwarna hijau, tidak terdapat colostomy.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

1. Bone&Integumen

Rambut dan kulit kepala tampak sedikit kotor, warna kulit sawo matang, kuku berwarna putih dan sedikit kotor, turgor kulit kembali dalam 3 detik, terdapat oedema pada kedua tangan, ROM tidak bebas, tidak ada kelainan tulang dan jaringan/trauma,

Kekuatan otot : $\frac{1111}{1111} \mid \frac{1111}{1111}$

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik&Gangguan Integritas Kulit

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium

Tanggal 07/02/2023

Parameter	Result	Unit	Ref. Ranges
HEMATOLOGI			
Bas#	0.15	10 ³ /uL	0.0 - 0.1
Bas%	1.9	%	0.0 - 1.0
Eos#	0.66	10 ³ /uL	0.02 - 0.5
Eos%	8.4	%	0.5 - 5.0
HCT	25.9	%	37.0 - 54.0
HGB	9.2	g/dL	12.1 - 15.1
IMG#	0.0	10 ³ /uL	0.0 - 999.99
IMG%	0.0	%	0.0 - 100.0
Lym#	0.96	10 ³ /uL	0.8 - 4.0
Lym%	12.3	%	20.0 - 40.0
MCH	30.7	pg	27.0 - 34.0
MCHC	35.6	g/dL	32.0 - 36.0
MCV	86.3	fL	80.0 - 100.0
Mon#	0.49	10 ³ /uL	0.12 - 1.2
Mon%	6.2	%	3.0 - 12.0
MPV	9.0	fL	6.5 - 12.0
Neu#	5.57	10 ³ /uL	2.0 - 7.0
HEMATOLOGI			
Neu%	71.2	%	50.0 - 70.0
PCT	1.91	%	0.108 - 0.5
PDW	9.5		15.0 - 17.0
PLT	211	10 ³ /uL	150.0 - 450.0
RBC	3.0	10 ⁶ /uL	3.5 - 5.5
RDW_CV	13.8	%	11.0 - 16.0
RDW_SD	42.3	fL	35.0 - 56.0
WBC	7.83	10 ³ /uL	4.0 - 10.0
KIMIA			
BUN	107*)	mg/dL	10 - 24
Calcium	10.3	mg/dL	8.8 - 10.4
Kalium	4.75	mmol/L	3.00 - 5.00
Kreatinine	16.8*)	mg/dL	0.6 - 1.5
Natrium	136.2	mmol/L	135.0 - 147.0
Phospor	9.7	mg/dL	

Gambar 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

3.1.5 Pemberian Terapi

Tabel 3.1 Terapi Medis pada Tn. S

Hari/Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
	Inj. Furosemide		Untuk mengatasi edema atau hipertensi
	Moxifloxacin	400mg	Untuk pneumonia
	Ca. Gluconas	100mg	Hipokalsemia akut yang simptomatik
	Inj. Meropenem	100mg	Untuk mengatasi berbagai penyakit infeksi bakteri
	Lansoprazole	30mg	Untuk mengatasi kondisi yang berkaitan dengan peningkatan asam lambung
	Depakine syrup		Obat untuk kejang demam
	Bisoprorol	2.5mg	Untuk mengatasi hipertensi, angina pectoris
	Candesartan 16mg	2x1	Untuk menangani hipertensi pada orang dewasa dan anak berusia ≥ 1 tahun, serta untuk menangani gagal jantung pada orang dewasa.

3.1.6 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosa keperawatan, yaitu :

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas yang ditandai dengan Pasien terpasang ETT sambungventilator mode BIPAP, tidak ada otot bantu nafas tambahan, pergerakan simetris, nafas regular, pola nafas irregular, suara nafas wheezing dan ronchi, terdapat sesak nafas, adanya sputum berwarna kuningkental produksi sedang, tidak ada sianosis, terpasang ETT sambung ventilator mode BIPAP PC 25, PS 15, PEEP 5, FiO2 60%, Fr 24, RR actual 24-28x/mnt. **SDKI 2016 (D.0005) Kategori : Fisiologis Subkategori :Respirasi**

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan pada system pernapasan pasien yang tidak bisa bernapas dengan spontan dan dibantu dengan penggunaan oksigen.

- b. Hipervolemia berhubungan dengan kegagalan fungsi ginjal yang ditandai dengan Pasien tampak oedema di keduatangan dan kaki, BUN 53mg (10- 24mg/dl), Kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%), Output urine 100cc/3jam =800cc/24jam, Output retensi 20cc Intake cairan renxamin 200/24 jam = 25/3 jam, Intake clear water 3x150cc. **SDKI 2016 (D.0022) Kategori : Fisiologis Subkategori : Nutrisi dan Cairan**

Rasional : Diagnosa ini ditegakkan karena sangat pentingnya perhitungan cairan pada pasien dengan CKD.

- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yang ditandai dengan TD : 158/89mmHg, N : 82x/mnt, CRT > 2 detik, Akral dingin, Turgor kulit menurun. **SDKI 2016 (D.0054) Kategori : Fisiologis Subkategori : Sirkulasi**

3.2 Rencana Asuhan Keperawatan

Rencana Asuhan Keperawatan

No	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi (Observasi, Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)	Rasional
1.	Pola nafas tidak efektif SDKI, 2016 D.0005 Kategori : Fisiologis Subkategori : Respirasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8jam maka pola nafas membaik	Kriteria Hasil : 1. Dispnea menurun 2. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 3. Frekuensi nafas membaik 4. Kedalaman nafas membaik	Observasi 1. Monitor pola nafas (Frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi tambahan (Mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (Jumlah, warna, aroma) Terapeutik 4. Posisikan semi fowler 5. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 6. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	

2.	<p>Hipervolemia</p> <p>SDKI, 2016 D.0020 Kategori : Fisiologis Subkategori : Nutrisi dan Cairan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan respon adaptif</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terbebas dari edema, efusi dan anaskara 2. TTV dalam batas normal 3. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam 4. Turgor kulit tidak mengkilap dan tegang 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor adanya tanda dan gejala hipervolemia (Mis. Dispnea, edema JVP CVP, suara nafas tambahan) • Monitor intake dan output cairan • Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (Mis. Kadar protein, dan albumin meningkat) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meninggikan kepala pasien 30°-40° <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian diuretik dan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik 	
3.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Peningkatan tekanan darah</p> <p>SDKI 2016D.0009 Kategori: Fisiologis Subkategori: sirkulasi Halaman: 37</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3x8 jam maka perfusi perifer meningkat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 6. Monitor tekanan darah 7. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi (Candesartan 16 mg 2 tab 	

				1x/hari pagi hari dan Clonidin500mg 1 tab 3x/hari Pagi siang malam)	
--	--	--	--	--	--

3.3 Intervensi Keperawatan
IMPLEMENTASI & EVALUASI

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
Senin/06 Februari 2023	1,3	08:00	1. Memonitor pola nafas dan tekanan darah (Frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : RR : 22x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 155/91mmHg, N : 99x/mnt, SPO2 : 98%	<i>Diana</i>	Dx 1 : Pola Nafas Tidak Efektif S : - Pasien terintubasi O : - Terpasang ventilator mode BIPAP FiO2 60% - RR : 22x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 155/91mmHg, N : 99x/mnt, SPO2 : 98% - Bunyi nafas wheezing - GCS 1X1 - Kesadaran koma - Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan
	2	08:15	2. Memonitor adanya tanda dan gejala hipolemia (Mis. Dispnea, edema JVP CVP, suara nafas tambahan) Hasil : Pitting oedema derajat 3, suara nafas tambahan wheezing, urin tampung selama 8 jam 100cc, balance cairan -560		
	3	08.20	3. Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) Hasil : N : 99x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin		
			4. Memonitor bunyi tambahan (Mis.		

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
	1	08.35	Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) Hasil : Wheezing	<i>Diana</i>	Dx 2 : Hipervolemia S : - Pasien terintubasi O :
	1,2	08.40	5. Memposisikan semi fowler 30-40°		- Urine tampung 1400cc - Balance cairan -560
	1	08.50	6. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu		- N : 99x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin
	1	09.10	7. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil : Dilakukan dengan close suction		- BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%) - Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc
	1	09.20	8. Memonitor sputum (Jumlah, warna, aroma) Hasil : Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan		- Output : Urine : 100cc/3jam NGT : 20cc berwarna kehitaman
	2	11:00	9. Monitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc Output : Urine : 100cc/3jam		A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
			NGT : 20cc berwarna kehitaman	<i>Diana</i>	Dx 3 : Perfusi perifer tidak efektif S : - Pasien terintubasi O : - N : 99x/mnt teraba lemah dan cepat - CRT > 3 detik - Akral teraba dingin - Hasil GDA 181 mg/dL - HB : 11,60 g/dL - Kulit tampak pucat A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan
	2	11:15	10. Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (Mis. Kadar protein, dan albumin meningkat) Hasil : BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%)		
	3	12:00	11. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Hasil : GDA 181 mg/dL		
	2	12:00	12. Kolaborasi pemberian diuretik dan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik		
	3	12:00	13. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi		

Hari Ke-2

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
Selasa/07 Februari 2023	1,3	14:00	14. Memonitor pola nafas dan tekanan darah (Frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : RR : 21x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 151/81mmHg, N : 102x/mnt, SPO2 : 98%	<i>Diana</i>	Dx 1 : Pola Nafas Tidak Efektif S : - Pasien terintubasi O : - Terpasang ventilator mode BIPAP FiO2 60% - RR : 22x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 155/91mmHg, N : 99x/mnt, SPO2 : 98% - Bunyi nafas wheezing - GCS 1X1 - Kesadaran koma - Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan
	2	14:15	15. Memonitor adanya tanda dan gejala hipervolemia (Mis. Dispnea, edema JVP CVP, suara nafas tambahan) Hasil : Pitting oedema derajat 3, suara nafas tambahan wheezing, urin tampung selama 8 jam 300cc		
	3	14.25	16. Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) Hasil : N : 102x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin		
	1	14.35	17. Memonitor bunyi tambahan (Mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)	<i>Diana</i>	

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
			Hasil : Wheezing		Dx 2 : Hipervolemia
	1,2	15.40	18. Memposisikan semi fowler 30-40°		S : - Pasien terintubasi
	1	15.50	19. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu		O : - Urine tampung 1400cc - Balance cairan -560 - N : 99x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin
	1	16.10	20. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil : Dilakukan dengan close suction		- BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%)
	1	16.20	21. Memonitor sputum (Jumlah, warna, aroma) Hasil : Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan		- Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc
	2	17:00	22. Monitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc Output : Urine : 100cc/3jam NGT : 20cc berwarna kehitaman	<i>Diana</i>	- Output : Urine : 100cc/3jam NGT : 20cc berwarna kehitaman A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
	2	18:15	23. Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (Mis. Kadar protein, dan albumin meningkat) Hasil : BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%)		Dx 3 : Perfusi perifer tidak efektif S : - Pasien terintubasi O : - N : 99x/mnt teraba lemah dan cepat - CRT > 3 detik - Akral teraba dingin - Hasil GDA 181 mg/dL - HB : 11,60 g/dL - Kulit tampak pucat A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan
	3	19:00	24. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Hasil : GDA 181 mg/dL		
	2	19:10	25. Kolaborasi pemberian diuretik dan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik		
	3	19:15	26. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi		

Hari Ke-3

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
Rabu/08 Februari 2023	1,3	21:00	27. Memonitor pola nafas dan tekanan darah (Frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : RR : 21x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 151/81mmHg, N : 102x/mnt, SPO2 : 98%	<i>Diana</i>	Dx 1 : Pola Nafas Tidak Efektif S : - Pasien terintubasi O : - Terpasang ventilator mode BIPAP FiO2 60% - RR : 22x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 155/91mmHg, N : 99x/mnt, SPO2 : 98% - Bunyi nafas wheezing - GCS 1X1 - Kesadaran koma - Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan
	2	21:15	28. Memonitor adanya tanda dan gejala hipervolemia (Mis. Dispnea, edema JVP CVP, suara nafas tambahan) Hasil : Pitting oedema derajat 3, suara nafas tambahan wheezing, urin tampung selama 8 jam 300cc		
	3	21.25	29. Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) Hasil : N : 102x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin		
	1	21.45	30. Memonitor bunyi tambahan (Mis. Gurgling, mengi, wheezing,		

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
			ronchi kering) Hasil : Wheezing		Dx 2 : Hipervolemia
	1,2	21.50	31. Memposisikan semi fowler 30-40°	<i>Diana</i>	S : - Pasien terintubasi
	1	21.55	32. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, jika perlu ekspektoran,		O : - Urine tampung 1400cc - Balance cairan -560 - N : 99x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin
	1	22.00	33. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil : Dilakukan dengan close suction		- BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%) - Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc
	1	22.20	34. Memonitor sputum (Jumlah, warna, aroma) Hasil : Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan		- Output : Urine : 100cc/3jam NGT : 20cc berwarna kehitaman
	2	01:00	35. Monitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc Output : Urine : 100cc/3jam		A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
			NGT : 20cc berwarna kehitaman		Dx 3 : Perfusi perifer tidak efektif
	2	05:15	36. Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (Mis. Kadar protein, dan albumin meningkat) Hasil : BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%)	<i>Diana</i>	S : - Pasien terintubasi O : - N : 99x/mnt teraba lemah dan cepat - CRT > 3 detik - Akral teraba dingin - Hasil GDA 181 mg/dL - HB : 11,60 g/dL - Kulit tampak pucat
	3	06:10	37. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Hasil : GDA 181 mg/dL		A : - Masalah belum teratasi
	2	06:30	38. Kolaborasi pemberian diuretik dan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik		P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan
	3	06:45	39. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi		

IMPLEMENTASI & EVALUASI

Hari Ke-1

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
Senin/06 Februari 2023	1,3	08:00	1. Memonitor pola nafas dan tekanan darah (Frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : RR : 22x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 155/91mmHg, N : 99x/mnt, SPO2 : 98%	<i>Diana</i>	Dx 1 : Pola Nafas Tidak Efektif S : - Pasien terintubasi O : - Terpasang ventilator mode BIPAP FiO2 60% - RR : 22x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 155/91mmHg, N : 99x/mnt, SPO2 : 98% - Bunyi nafas wheezing - GCS 1X1 - Kesadaran koma - Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan
	2	08:15	2. Memonitor adanya tanda dan gejala hipolemia (Mis. Dispnea, edema JVP CVP, suara nafas tambahan) Hasil : Pitting oedema derajat 3, suara nafas tambahan wheezing, urin tampung selama 8 jam 100cc, balance cairan -560		
	3	08.20	3. Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) Hasil : N : 99x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin		
			4. Memonitor bunyi tambahan (Mis.		

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
	1	08.35	Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) Hasil : Wheezing	<i>Diana</i>	Dx 2 : Hipervolemia S : - Pasien terintubasi
	1,2	08.40	5. Memposisikan semi fowler 30-40°		O : - Urine tampung 1400cc - Balance cairan -560
	1	08.50	6. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu		- N : 99x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin
	1	09.10	7. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil : Dilakukan dengan close suction		- BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%) - Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc
	1	09.20	8. Memonitor sputum (Jumlah, warna, aroma) Hasil : Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan		- Output : Urine : 100cc/3jam NGT : 20cc berwarna kehitaman
	2	11:00	9. Monitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc Output : Urine : 100cc/3jam		A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
			NGT : 20cc berwarna kehitaman	<i>Diana</i>	Dx 3 : Perfusi perifer tidak efektif S : - Pasien terintubasi O : - N : 99x/mnt teraba lemah dan cepat - CRT > 3 detik - Akral teraba dingin - Hasil GDA 181 mg/dL - HB : 11,60 g/dL - Kulit tampak pucat A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan
	2	11:15	10. Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (Mis. Kadar protein, dan albumin meningkat) Hasil : BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%)		
	3	12:00	11. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Hasil : GDA 181 mg/dL		
	2	12:00	12. Kolaborasi pemberian diuretik dan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik		
	3	12:00	13. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi		

Hari Ke-2

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
Selasa/07 Februari 2023	1,3	14:00	18. Memonitor pola nafas dan tekanan darah (Frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : RR : 21x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 151/81mmHg, N : 102x/mnt, SPO2 : 98%	<i>Diana</i>	Dx 1 : Pola Nafas Tidak Efektif S : - Pasien terintubasi O : - Terpasang ventilator mode BIPAP FiO2 60% - RR : 22x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 155/91mmHg, N : 99x/mnt, SPO2 : 98% - Bunyi nafas wheezing - GCS 1X1 - Kesadaran koma - Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan
	2	14:15	19. Memonitor adanya tanda dan gejala hipervolemia (Mis. Dispnea, edema JVP CVP, suara nafas tambahan) Hasil : Pitting oedema derajat 3, suara nafas tambahan wheezing, urin tampung selama 8 jam 300cc		
	3	14.25	20. Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) Hasil : N : 102x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin		
	1	14.35	21. Memonitor bunyi tambahan (Mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)	<i>Diana</i>	

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
			Hasil : Wheezing		Dx 2 : Hipervolemia
	1,2	15.40	23. Memposisikan semi fowler 30-40°		S : - Pasien terintubasi
	1	15.50	24. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, jika perlu ekspektoran,		O : - Urine tampung 1400cc - Balance cairan -560 - N : 99x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin
	1	16.10	25. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil : Dilakukan dengan close suction		- BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%)
	1	16.20	26. Memonitor sputum (Jumlah, warna, aroma) Hasil : Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan		- Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc
	2	17:00	27. Monitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc Output : Urine : 100cc/3jam NGT : 20cc berwarna kehitaman	<i>Diana</i>	- Output : Urine : 100cc/3jam NGT : 20cc berwarna kehitaman A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
	2	18:15	27. Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (Mis. Kadar protein, dan albumin meningkat) Hasil : BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%)		Dx 3 : Perfusi perifer tidak efektif S : - Pasien terintubasi O : - N : 99x/mnt teraba lemah dan cepat - CRT > 3 detik - Akral teraba dingin - Hasil GDA 181 mg/dL - HB : 11,60 g/dL - Kulit tampak pucat A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan
	3	19:00	28. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Hasil : GDA 181 mg/dL		
	2	19:10	29. Kolaborasi pemberian diuretik dan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik		
	3	19:15	30. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi		

Hari Ke-3

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
Rabu/08 Februari 2023	1,3	21:00	31. Memonitor pola nafas dan tekanan darah (Frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Hasil : RR : 21x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 151/81mmHg, N : 102x/mnt, SPO2 : 98%	<i>Diana</i>	Dx 1 : Pola Nafas Tidak Efektif S : - Pasien terintubasi O : - Terpasang ventilator mode BIPAP FiO2 60% - RR : 22x/mnt, RR actual : 23-25x/mnt, TD : 155/91mmHg, N : 99x/mnt, SPO2 : 98% - Bunyi nafas wheezing - GCS 1X1 - Kesadaran koma - Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan
	2	21:15	32. Memonitor adanya tanda dan gejala hipervolemia (Mis. Dispnea, edema JVP CVP, suara nafas tambahan) Hasil : Pitting oedema derajat 3, suara nafas tambahan wheezing, urin tampung selama 8 jam 300cc		
	3	21.25	33. Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) Hasil : N : 102x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin		
	1	21.45	34. Memonitor bunyi tambahan (Mis. Gurgling, mengi, wheezing,		

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
			ronchi kering) Hasil : Wheezing		Dx 2 : Hipervolemia
	1,2	21.50	36. Memposisikan semi fowler 30-40°	<i>Diana</i>	S : - Pasien terintubasi
	1	21.55	37. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, jika perlu		O : - Urine tampung 1400cc - Balance cairan -560 - N : 99x/mnt, pitting oedema kaki dan tangan derajat 3, CRT > 3 detik, akral dingin
	1	22.00	38. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil : Dilakukan dengan close suction		- BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%) - Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc
	1	22.20	39. Memonitor sputum (Jumlah, warna, aroma) Hasil : Sekret kental sebanyak 3cc, berwarna jernih kehijauan		- Output : Urine : 100cc/3jam NGT : 20cc berwarna kehitaman
	2	01:00	40. Monitor intake dan output cairan Hasil : Intake : Renxamin 25cc/3 jam Clear water : 6x650cc Output : Urine : 100cc/3jam		A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan

Hari/Tgl	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
			NGT : 20cc berwarna kehitaman		Dx 3 : Perfusi perifer tidak efektif
	2	05:15	40. Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (Mis. Kadar protein, dan albumin meningkat) Hasil : BUN 53mg (10-24mg/dl), kreatinin 4,03 (0,6-1,5 md/dL), HCT 34,40 (42-50%)	<i>Diana</i>	S : - Pasien terintubasi
	3	06:10	41. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Hasil : GDA 181 mg/dL		O : - N : 99x/mnt teraba lemah dan cepat - CRT > 3 detik - Akral teraba dingin - Hasil GDA 181 mg/dL - HB : 11,60 g/dL - Kulit tampak pucat
	2	06:30	42. Kolaborasi pemberian diuretik dan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik		A : - Masalah belum teratasi
	3	06:45	43. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi		P : - Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 dilanjutkan

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan Diagnosa Medis CKD di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 06 Februari 2023. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan. Pembahasan untuk asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. S dengan melihat rekam medis pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang pasien. Pembahasan akan dimulai dari :

1. Identitas

Data yang didapatkan Tn. S berjenis kelamin laki-laki, berusia 59 tahun, pekerjaan sebagai supir truk ekspedisi, Pendidikan terakhir SMA. Menurut (Rachmawati & Marfianti, 2020) kejadian CKD lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan. Selain itu, usia tua juga meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas penderita CKD. CKD saat ini memiliki prioritas sebagai masalah kesehatan utama di masyarakat dunia. Data IRR pada tahun 2020 mencatat penderita baru CKD sebanyak 20.193 dan khususnya untuk daerah Surabaya sebanyak 3.258 pasien (Kemkes RI, 2020).

Menurut (Utomo, 2018) pada dasarnya setiap penyakit dapat menyerang manusia baik laki-laki dan perempuan. Namun, berbagai literatur tidak ada yang menyatakan bahwa jenis kelamin merupakan patokan untuk menyebabkan seseorang mengalami CKD. Pendapat penulis sejalan dengan (Utomo, 2018), menyatakan

bahwa laki-laki lebih cenderung terkena CKD karena pola hidupnya yang kurang sehat. Seperti minuman bersoda, makan gorengan berlebih, minum kopi dan merokok.

Berdasarkan usia, menurut (Rachmawati & Marfianti, 2020) semakin tua usianya maka semakin menurun fungsi renalnya dan sesudah usia 40 tahun akan terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus secara progresif hingga umur 70 tahun yaitu kuranglebih 50% dari normalnya.

Berdasarkan pekerjaan pasien sebagai supir truk, penulis sepakat dengan peneliti (Setiadi & Rustam, 2019), yang menjelaskan bahwa pekerjaan sebagai supir lebih beresiko terkena CKD dikarenakan faktor yang tidak tidur di malam hari, pola makan yang tidak teratur, serta cenderung untuk mengkonsumsi minuman yang berenergi supaya stamina kembali dan mengakibatkan kurangnya minum air putih yang dapat mengakibatkan kerusakan pada ginjal. Melihat kondisi yang demikian, bila tidak diimbangi dengan perubahan pola hidup yang sehat maka akan berdampak hal yang serius yaitu komplikasi penyakit lainnya dan dapat menyebabkan kematian.

2. Riwayat Sakit dan Kesehatan

Menurut keluarga pasien, pasien mengidap penyakit hipertensi dan DM sejak tahun 2018, tidak memiliki riwayat penyakit lainnya.

Hal ini sejalan dengan pernyataan (Setiadi & Rustam, 2019), yang menyatakan bahwa ginjal dan system peredaran darah saling bergantung satu sama lain untuk menjaga fungsi ginjal. Ginjal membantu menyaring limbah dan cairan ekstra dari darah, dan organ tersebut melibatkan banyak pembuluh darah. Ketika pembuluh darah rusak, nefron yang menyaring darah tidak menerima

oksigen dan nutrisi yang mereka butuhkan untuk berfungsi dengan baik. Seiring waktu, tekanan darah yang tidak terkontrol dapat menyebabkan arteri di sekitar ginjal menyempit, melemah atau mengeras. Arteri yang rusak ini tidak mampu memberikan cukup darah ke jaringan ginjal dan mengakibatkan ginjal tidak berfungsi dengan baik dan juga hipertensi menjadi penyebab utama kedua CKD.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Pernafasan

Saat pengkajian, RR pasien 24x/mnt, fase ekspirasi memanjang, terdapat wheezing, pola nafas hiperventilasi, SPO2 98%, dan terpasang ventilator RTT mode BIPAP FiO2 60%, bentuk dada normochest, irama nafas pasien regular, pergerakan dada simetris, tidak terdapat otot bantu nafas dan terdapat sesak. Pada periode oliguri sering didapatkan adanya gangguan pola napas dan jalan napas yang merupakan respons terhadap azotemia dan sindrom akut uremia. Klien bernapas dengan bau urine (fotor uremik) sering didapatkan pada fase ini. Pada beberapa keadaan respons uremia akan menjadikan asidosis metabolik sehingga didapatkan pernapasan kussmaul (Pujiwidodo, 2016). Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis, bahwa adanya suara nafas wheezing, dispnea, fase ekspirasi memanjang, RR 24x/mnt memunculkan diagnosa pola nafas tidak efektif dikarenakan ventilasi atau pertukaran udara inspirasi atau ekspirasi tidak adekuat. Pola pernafasan tidak efektif dapat menyebabkan tubuh tidak mendapatkan cukup oksigen ke sel. Kegagalan pernafasan mungkin berhubungan dengan variasi laju pernafasan, pola nafas yang menyebabkan pertukaran O2 (respirasi) dan CO2 (ekspirasi) tidak teratur atau tidak adekuat (Fiari, 2022).

b. Sistem Kardiovaskular

Pada system kardiovaskular didapatkan CRT > 3 detik, N : 82x/mnt dengan irama regular, TD 158/89mmHg, HB : 11,60 g/dL, akral pasien teraba dingin dan terdapat oedema pada kedua kaki dan tangan pasien. Menurut (Suparyanto dan Rosad, 2020) sebagian besar hipertensi pada penyakit ginjal kronik disebabkan hipervolemia atau hypovolemia akibat retensi natrium dan air. Keadaan ini biasanya cukup parah untuk bisa menimbulkan edema, namun mungkin terdapat ritem jantung tripel. Hipertensi seperti ini biasanya memberikan respons terhadap restriksi natrium dan pengendalian volume tubuh melalui dialysis, jika fungsi ginjal memadai, pemberian furosemid dapat mengurangi tekanan darah tinggi dan memunculkan diagnosa hipervolemia dan gangguan integritas kulit yang disebabkan karena adanya penurunan aliran darah. Penulis dan peneliti (Suparyanto dan Rosad, 2020) sepatutnya dengan adanya teori dan fakta yang ada di lapangan.

c. Sistem Persyarafan

Keadaan umum lemah, GCS 1X1, kesadaran koma, orientasi lingkungan, orang dan tempat buruk. Menurut (Istiqomah & Suyadi, 2019), manifestasi gagal ginjal kronik/ Chronic Kidney Disease (CKD) terjadi lebih awal dan mencakup perubahan mental kesulitan berkonsentrasi, kelelahan, dan insomnia. Komplikasi intradialisis lainnya berupa efek hemodialisis kronik yaitu fatigue. Terdapat beberapa kondisi yang dapat mempengaruhi kondisi fatigue pada pasien hemodialisis yaitu uremia, anemia, malnutrisi, depresi, dan kurangnya aktivitas fisik. Fatigue memiliki prevalensi yang tinggi pada

populasi pasien dialisis mencapai 60-97%. Pada pasien yang menjalani hemodialisis dalam waktu lama, simtom fatigue dialami 82% sampai 90% pasien. Fatigue mulai dialami pasien dialisis rata-rata 6-8 bulan pertama dan fatigue meningkat di akhir kunjungan dialisis. Kelelahan sangat berat dialami pada 6 bulan pertama menjalani hemodialysis (Sajidah, Wilutono and Safitri, 2021). Pada system persyarafan didapatkan diagnosa gangguan mobilitas fisik dikarenakan saat dikaji pasien dalam keadaan koma sehingga mengakibatkan sendi pasien tidak dapat digerakan secara mandiri dan harus dibantu oleh perawat.

d. Sistem Perkemihan

Didapatkan hasil pengkajian pada system perkemihan tampak kurang bersih pada bagian genetalia, urine tampung 1400cc, terpasang kateter urine no. 16, warna kuning keruh, tidak ada hematuria, balance cairan +549, terdapat distensi abdomen. Implementasi yang bisa dilakukan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) yaitu dengan melakukan tindakan pemantauan cairan. Pemantauan cairan merupakan tindakan memonitor atau memantau cairan yang masuk (intake cairan) dan cairan yang keluar dari tubuh (output cairan) selama 24 jam. Pemantauan cairan penting dilakukan untuk mencegah kelebihan volume yang akan berakibat pada perburukan ginjal (Nair, M., & Peate, 2015). Hal ini dikarenakan adanya kegagalan ginjal dalam memproduksi urin dan menyaring kembali urin sehingga diagnosa keperawatan yang muncul yaitu hipervolemia berhubungan dengan kegagalan fungsi ginjal.

e. Sistem Pencernaan

Pada saat pengkajian, didapatkan membran mukosa kering, keadaan mulut kotor. Pasien hanya mengonsumsi clear water sebanyak 150cc yang diberikan 6x melalui selang NGT. Dari hasil pengkajian didapatkan hasil GDA pasien 181mg/dL

Pada dasarnya fungsi ginjal yang utama adalah sebagai penyaring, dimana racun-racun tubuh akan disaring sehingga dapat dikeluarkan oleh ginjal dalam bentuk urin. Bila kegagalan ginjal terjadi, fungsi tersebut akan terganggu. Tubuh akan kesulitan membuang racun, sehingga terjadi penumpukan racun pada tubuh. Penumpukan racun pada tubuh ini lah yang sering kali menimbulkan gejala : mual, muntah, bahkan membuat penderita gagal ginjal mengalami penurunan kesadaran, dan bila racun tersebut menumpuk di otak dapat membahayakan hidupnya (Cooper, 2019). Pada sistem pencernaan tidak ditemukan masalah pasien dikarenakan pasien pembatasan dan pemantauan cairan, dan yang dikonsumsi pasien melalui NGT berupa cleanwater 6 x 150 cc.

f. Sistem Muskuloskeletal

Hasil pengkajian didapatkan kulit pasien berwarna sawo matang, kuku tampak kotor. Rentang gerak terbatas pada kedua kaki dan tangan. Pada sistem muskuloskeletal didapatkan diagnosa gangguan mobilitas fisik yang dapat menyebabkan koma pada pasien CKD dikarenakan adanya sel otot tubuh yang kekurangan energi. Tubuh akan memberikan respons dengan memecah simpanan lemak. Proses ini kemudian membentuk asam beracun yang dikenal sebagai keton. Apabila keton dan gula darah kadarnya sudah tinggi dan tidak ditangani dapat menyebabkan koma diabetes (Widiantoro, 2013). Hal ini yang

menyebabkan pasien CKD dapat koma dan sistem muskuloskeletalnya dapat terganggu dan tidak dapat berfungsi dengan baik.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah sebagai berikut :

1. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (**SDKI, 2016. D.0005**)
2. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme reguler (**SDKI, 2016. D.0023**)
3. Resiko perfusi renal tidak efektif b.d disfungsi ginjal (**SDKI, 2016. D.0016**)
4. Gangguan integritas kulit b.d kelembapan ditandai dengan : pruritus, kulit kering dan bersisik, pigmentasi abnormal (**SDKI, 2016. D.0139**)

Namun pada tinjauan kasus ditemukan dan diprioritaskan tiga diagnosa keperawatan, yaitu :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Dari hasil pengkajian didapatkan RR : 24x/mnt, N : 99x/mnt, kesadaran koma, GCS 1X1, SPO2 98%, terdapat suara wheezing. Sesak nafas sering kali ditemukan pada penderita Chronic Kidney Disease (CKD). Salah satu faktor pencetus terjadinya sesak nafas adalah hipertensi. Hipertensi yang tidak terkontrol akan menyebabkan arteri di sekitar ginjal menyempit. Kerusakan pada arteri ini akan menghambat darah yang diperlukan oleh jaringan sehingga menyebabkan nefron tidak bisa menerima oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan, Sehingga penderita CKD tidak bisa bernafas secara normal dan mengalami sesak nafas (*Pendekatan Persistem B1-B6. Analisa Data Secara Deskriptif.*, 2022).
2. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium ditandai dengan adanya oedema pada kaki pasien, Hb pasien 11,60 g/dl, dan terdengar suara napas

wheezing. Hipervolemia adalah kelebihan volume cairan (fluid volume excess, FVE) yang terjadi saat tubuh menahan air dan natrium dengan proporsi yang sama dengan CES (cairan ekstraseluler) normal. Karena air dan natrium ditahan dalam tubuh, konsentrasi natrium serum pada intinya tetap normal. FVE selalu menjadi akibat sekunder dari peningkatan kandungan natrium tubuh total (Kozier & Erb, 2010). Chronic Kidney Disease (CKD) menimbulkan kerusakan fungsi ginjal yaitu filtrasi, reabsorpsi dan juga augmentasi. Karena banyaknya cairan yang tidak tersaring, tidak terserap nutrisi yang masih dibutuhkan tubuh dan tidak bisa terbangun karena penurunan fungsi ginjal tersebut, mengakibatkan terjadi penumpukan cairan. Edema dapat terlokalisir atau generalisata (seluruh tubuh). Edema terlokalisir terjadi seperti pada inflamasi setempat dan obstruktif. Edema generalisata atau anasarka menimbulkan pembengkakan yang berat.

3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan capillary refill time pasien lebih dari 3 detik, terdapat oedema pada ekstremitas bagian bawah dan atas, warna kulit tampak pucat, dan akral pasien teraba dingin. Komplikasi yang paling sering dari Chronic Kidney Disease (CKD) yaitu pada tekanan darah. Dalam hal ini Peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan perfusi perifer tidak efektif karena tekanan darah yang tinggi dapat merusak pembuluh darah dan mempersempit pembuluh darah. Hal ini dapat mengurangi aliran darah ke jaringan tubuh dan menyebabkan perfusi perifer tidak efektif. Dalam kasus Tn. C didapatkan hasil TD : 189/59mmHg, RR : 24x/mnt, akral teraba dingin, turgor kulit memburuk.

4.3 Perencanaan

Pada tinjauan pustaka dan pada perencanaan tindakan keperawatan pada Tn. S menggunakan kriteria hasil pada pencapaian tujuan. Dalam intervensinya adalah memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan menangani masalah (psikomotor) dan perubahan tingkah laku (afektif).

Tujuan tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata 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, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Tujuan yang diharapkan dari pasien yaitu pola nafas membaik. Dengan perilaku adaptif : Dispnea menurun, pemanjangan fase inspirasi menurun, frekuensi nafas membaik, kedalaman nafas membaik. Intervensi keperawatan antara lain : 1) Monitor pola nafas (Frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2) Monitor bunyi tambahan (Mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3) Monitor sputum (Jumlah, warna, aroma) 4) Posisikan semi fowler Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, 6) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Tujuan yang diharapkan dari pasien yaitu keseimbangan cairan meningkat dengan respon adaptif : Terbebas dari edema, efusi dan anaskara, TTV dalam batas normal, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam, turgor kulit tidak mengkilap dan tegang. Intervensi keperawatan antara lain : 1) Monitor adanya tanda dan gejala hipervolemia (Mis. Dispnea, edema JVP CVP, suara nafas tambahan),

- 2) Monitor intake dan output cairan 3) Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (Mis. Kadar protein, dan albumin meningkat), 4) Meninggikan kepala pasien 30°-40° 5) Kolaborasi pemberian diuretik dan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah. Tujuan yang diharapkan pada pasien yaitu perfusi perifer meningkat. Intervensi keperawatan antara lain : 1) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), 2) Monitor tekanan darah, 3) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, 4) Kolaborasi pemberian obat antihipertensi

4.4 Implementasi

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 06 Februari 2023, 07 Februari 2023, 08 Februari 2023. Implementasi yang dilakukan adalah : 1) Memonitor pola nafas (Frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2) Memonitor bunyi tambahan (Mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3) Memonitor sputum (Jumlah, warna, aroma) 4) Memposisikan semi fowler Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5) Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, 6) Memberikan *clear water* melalui NGT 7) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 06 Februari 2023, 07 Februari 2023, 08 Februari 2023. Implementasi yang dilakukan adalah : 1) Memonitor adanya tanda dan gejala hipervolemia (Mis. Dispnea, edema JVP atau CVP, suara nafas tambahan), 2) Memonitor intake dan output cairan, 3) Memonitor tanda peningkatan onkotik plasma (Mis. Kadar protein, dan albumin meningkat), 4) Meninggikan kepala pasien 30°-40° 5) Memeriksa GDA pasien 6) Kolaborasi pemberian diuretik dan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 06 Februari 2023, 07 Februari 2023, 08 Februari 2023. Implementasi yang dilakukan adalah : 1) Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), 2) Memonitor tekanan darah, 3) Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, 4) Memeriksa aliran oksigen yang diberikan pasien 5) Kolaborasi pemberian obat antihipertensi

4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Evaluasi pada hari ketiga (08 Februari 2023) didapatkan RR 23x/mnt, kesadaran koma, GCS 1X1, terdapat bunyi wheezing, SPO2 98%, terpasang ventilator tersambung ETT mode BIPAP FiO2 50%
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Evaluasi pada hari ketiga (08 Februari 2023) didapatkan edema pada ekstremitas atas dan bawah pada kedua kaki dan tangan, HB : 10,73g/dL, balance cairan +429
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah. Evaluasi pada hari ketiga (08 Februari 2023) didapatkan CRT > 3 detik, terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah, akral dingin, nadi teraba lemah dan cepat, warna kulit pucat, GDA 179mg/dL

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Diagnosa Medis CKD + Hipertensi di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Maka penulis menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

1. Pada saat pengkajian pasien RR : 24 x/menit, tampak pernapasan cuping hidung, warna kulit pucat, dengan kesadaran koma dan GCS 1X1, terdengar suara napas wheezing, dengan saturasi oksigen sebesar 98%, CRT pasien > 3 detik, akral teraba dingin dan terdapat oedema pada kaki dan tangan pasien, hasil laboratorium menunjukkan kadar Hemoglobin pasien 11,60 g/dl.
2. Pada pasien muncul diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan pola nafas membaik, keseimbangan cairan meingkat, dan perfusi perifer membaik. Rencana tindakan keperawatan sudah disesuaikan dengan teori dan kondisi pasien dengan menetapkan penyusunan rencana keperawatan. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis CKD di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya harus melihat kondisi pasien secara keseluruhan dan target waktu penyelesaiannya juga disesuaikan dengan kemampuan pasien.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan meliputi, monitor kecepatan aliran oksigen, monitor posisi alat terapi oksigen, monitor efektifitas terapi oksigen (missal oksimetri, analisa gas darah), bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu, pertahankan kepatenan jalan napas, ajarkan keluarga dan pasien cara penggunaan oksigen di rumah, kolaborasi penentuan dosis oksigen, kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur, Periksa sirkulasi perifer (missal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), dentifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (missal diabetes, hipertensi, kadar kolesterol), monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas, hindari pemasangan infus dan pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, lakukan pencegahan infeksi, lakukan perawatan kaki dan kuku, lakukan hidrasi, njurkan berhenti merokok, anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.
5. Hasil evaluasi pada tanggal 08 Februari 2023 pasien belum mengalami perbaikandan intervensi dilanjutkan

5.2 Saran

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan di perlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai sikap, pengetahuan dan ketrampilan yang mendukung sehingga mampu bekerja secara professional.
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat perlu ditingkatkan baik formal maupun nonformal guna tercapainya proses pelayanan yang professional.

DAFTAR PUSTAKA

- Andra, S.W., & Yessie, M.P. (2013). KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep. Yogyakarta: Nuha Medika
- Daugirdas, J. dkk. 2015. 'Update Of The KDOQI TM Clinical Practice Guideline For Hemodialysis Adequacy.' National Kidney Foundation ; KDOQI, Pp. 1–78.
- Dharma, PS. 2014. Penyakit Ginjal Deteksi Dini dan Pencegahan. Yogyakarta: CV Solusi Distribusi.
- Gloria M., Butcher, Howard K., Dochterman, Joanne M., & Wagner, Cheryl M, et al. 2016. Nursing interventions classification (NIC). Mosby: Elsevier Inc.
- Indrasari, D. N. 2015. 'Perbedaan Kadar Ureum dan Kreatinin pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Berdasarkan Lama Menjalani Terapi Hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta: Naskah Publikasi.' Yogyakarta : STIKES Aisyiyah Yogyakarta.
- Muttaqin, Arif. 2011. Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan. Jakarta. Salemba Medika.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2018. Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS 2018 : Badan Litbangkes, Depkes RI 2018.
- Setiadi. 2012. Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. 2013. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.
- Sudoyo. 2014. Buku Ajar Penyakit Dalam. FKUI, Jakarta.

Suharyanto dan Abdul, Madjid. 2013. Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem perkemihan. Trans Info Media: Jakarta.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonsia*. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Toto, Abdul.(2015). Asuhan Keperawatan Pada Sistem Perkemihan. Jakarta : Trans Info Media.

