

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS
SEPSIS+CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG ICU
CENTRAL RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

RARA AYU DIYA KARTIKA BUDI SETIYA RINI
NIM. 1920033

**PRODI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2022

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS
SEPSIS+CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG ICU
CENTRAL RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**



Oleh :

RARA AYU DIYA KARTIKA BUDI SETIYA RINI
NIM. 1920033

**PRODI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2022

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah 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, 17 Februari 2022
Penulis

Rara Ayu Diya Kartika Budi Setiya Rini
NIM. 1920033

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

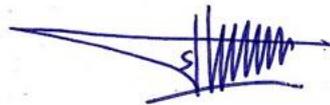
Nama : Rara Ayu Diya Kartika Budi Setiya Rini
NIM : 192.0033
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Sepsis + Chronic Kidney Disease di Ruang ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya tulis ilmiah ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)

Surabaya, 17 Februari 2022

Pembimbing



(Ninik Ambar Sari S.Kep.,Ns.M.Kep)

NIP. 03039

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Rara Ayu Diya Kartika Budi Setiya Rini
NIM. : 192.0033
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Diagnosa Medis
Sepsis+ Chronic Kidney Disease di Ruang ICU
CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)” pada Prodi D3
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Ninik Ambar Sari S.kep., Ns, M.Kep** _____
NIP. 03.039

Penguji II : **Sifira Kristiningrum, S.Kep.,Ns** _____
NIP. 197802192001122001

Mengetahui,

STIKES HANG TUAH SURABAYA
Ka Prodi Pendidikan D3 KEPERAWATAN

Dya Sustrami, S.Kep., Ns.,M.Kes
NIP. 03.007

Ditetapkan : STIKES HANGTUAH Surabaya
Tanggal : 21 Februari 2022

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas Kasih dan karunia yang diberikan sehingga saya dapat menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Chronic Kidney Disease di Ruang ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Progam D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya tulis ilmiah ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya tulis ilmiah ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. **Bapak Kol** dr. Gigih Imanta J., So.PD., Finasim.,M.M selaku Direktur Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
2. **Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes** selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D3 Keperawatan.
3. Ibu Dya Sustrami, S.kep., Ns, M.Kes selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan

kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan

4. Ibu Ninik Ambar Sari S.Kep.,Ns.M.Kep selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
5. Ibu Sifiria Kristiningrum S.Kep.,Ns. selaku pembimbing ruangan kami yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
6. Bapak Dr. Setiadi, M.Kep selaku penguji kami yang penuh kesabaran dan perhatian dan ikhlas dalam memberikan pengarahan dan mengajar kami.
7. Mama Dan Ayah Tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
8. Teman-teman sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Semoga kasih yang telah diberikan saya mendapatkan balasan dari Tuhan Yang Maha Esa. Akhirnya saya berharap bahwa karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua.

Surabaya, 17 Februari 2022

Rara Ayu Diya Kartika Budi Setiya Rini

NIM 192.0033

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
MOTTO & PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Dasar Sepsis	9
2.1.1 Pengertian Sepsis	9
2.1.2 Etiologi Sepsis	10
2.1.3 Manifestasi Klinis Sepsis	10
2.1.4 Pemeriksaan Penunjang Sepsis	11
2.2 Konsep Penyakit CKD	12
2.2.1 Pengertian CKD	12
2.2.2 Anatomi dan Ginjal	13
2.2.3 Etiologi CKD	15
2.2.4 Manifestasi Klinis Sepsis.....	15

2.2.5 Klasifikasi	16
2.2.6 WOC.....	17
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang CKD.....	19
2.3 Konsep Ventilator	20
2.3.1 Definisi	20
2.3.2 Klasifikasi.....	20
2.3.3 Indikasi	21
2.3.4 Komplikasi.....	24
2.4 Konsep Asuhan keperawatan gawat darurat.....	26
2.4.1 Pengkajian.....	26
2.4.2 Pengumpulan data	26
2.4.3 Pemeriksaan Fisik B1-B6	27
2.4.4 Diagnosa Keperawatan	28
2.4.5 Rencana Keperawatan	29
2.4.6 Evaluasi	33
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	34
3.1 Pengkajian	34
3.1.1 Identitas.....	34
3.1.2 Keluhan Utama.....	34
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang	34
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu	35
3.1.5 Riwayat Alergi	35
3.1.6 Pemeriksaan Fisik B1-B6	36
3.1.7 Pemeriksaan Penunjang	39
3.1.8 Pemberian Terapi	40
3.3 Analisa Data	41
3.4 Rencana Keperawatan.....	48
3.5 Implementasi dan Evaluasi.....	51
BAB 4 PEMBAHASAN	72
4.1 Pengkajian	72
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	76
4.3 Rencana keperawatan.....	77
4.4 Evaluasi	80

BAB 5 PENUTUP	82
5.1 Simpulan.....	82
5.2 Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA.....	85
Lampiran 1 Motto dan Persembahan	87
Lampiran 2 SOP Fisioterapi dada dan Suction	91

DAFTAR TABEL

Tabel 1.2 Tabel laboratorium sepsis.....	11
Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium pada Ny. S dengan diagnosa medis CKD	39
Tabel 3.2 Pemberian terapi	40
Tabel 3.2 Analisa Data	41
Tabel 3.3 Tabel observasi.....	43
Tabel 3. 4 Intervensi keperawatan pada pada Ny. S dengan diagnosa medis CKD.....	48
Tabel 3. 5 Implementasi dan evaluasi pada Ny.S dengan diagnosa CKD.....	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Gambar lokasi terjadinya Sepsis	09
Gambar 2.2 Anatomi Ginjal	13
Gambar 2.3. Gambar Ventilator.....	20

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit ginjal kronik telah menjadi suatu masalah kesehatan utama masyarakat dunia. Penyakit ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Penyakit ginjal kronik semakin meningkat setiap tahun. Hal tersebut dipengaruhi oleh faktor pertumbuhan, peningkatan proses penuaan, obesitas, dan gaya hidup tidak sehat (Putri et al., 2016). CKD adalah penyakit ginjal yang progresif dan tidak dapat kembali sembuh secara total seperti sediakala (ireversibel) dengan laju filtrasi glomerulus(LFG) <60 ml/menit dalam waktu 3 bulan atau lebih, sehingga kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit, yang menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Suwitra, 2014). Masalah keperawatan yang didapat pada klien CKD ditinjau dari gangguan kebutuhan dasar yaitu Gangguan kebutuhan dasar cairan elektrolit atau Hipervolemia. Hilangnya jaringan ginjal fungsional merusak kemampuan untuk mengatur keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa. Kerusakan filtrasi dan reabsorpsi menyebabkan penumpukan cairan pada tubuh, sehingga tubuh mengalami kelebihan cairan.

Menurut data World Health Organization (WHO) penyakit CKD berkontribusi pada beban penyakit dunia dengan angka kematian sebesar 850.000 setiap tahun. Penyakit tersebut merupakan penyebab ke-12 kematian dan ke-17

penyebab kecacatan di dunia (Safitri & Sani, 2019). Angka kematian akibat gagal ginjal kronis terus meningkat di banyak negara termasuk Indonesia. Berdasarkan Riskesdas 2018, penderita penyakit ginjal kronis tertinggi terjadi pada umur 65-74 tahun. Pada 2018, prevalensi penyakit ginjal mencapai 3,8% dari total rumah tangga, meningkat dari 2013 yang sebesar 2%. Laki-laki memiliki prevalensi lebih tinggi dari perempuan, yaitu 4,17% untuk laki-laki dan 3,52% untuk perempuan. Sedangkan diagnosa medis CKD di ruang ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan, didapatkan sebanyak 6 (4,41%) kasus dari total 265 pasien terhitung sejak bulan Oktober 2020 .

Faktor pencetus terjadinya Chronic Kidney Disease (CKD) yaitu dimulai dari zat toksik, vaskular infeksi dan juga obstruksi saluran kemih yang dapat menyebabkan arterio sclerosis, kemudian suplai darah dalam ginjal menurun yang mengakibatkan GFR menurun, saat GFR menurun memicu adanya retensi natrium dalam tubuh, ketika sudah terjadi retensi natrium dalam tubuh maka cairan juga akan menumpuk dan berpengaruh pada beban jantung sehingga jantung harus bekerja lebih keras lagi, dan jika cardiac output menurun maka aliran darah dalam ginjal akan menurun, maka akan muncul manifestasi klinis retensi Na dan cairan yang menyebabkan masalah keperawatan kelebihan volume cairan. Jika tidak segera ditangani akan terjadi komplikasi dan didiagnosis mengalami Chronic Kidney Disease (CKD) tahap akhir atau End-Stage Renal Disease (ESRD) (Huda Nurarif & Kusuma, 2015)

Pada penyakit ginjal kronik kehilangan protein melalui urin dapat menyebabkan terjadinya penurunan kadar albumin serum atau hipoalbuminemia. Dimana keluarnya albumin melalui urin adalah karena peningkatan permeabilitas

di tingkat glomerulus yang menyebabkan protein lolos ke dalam filtrat glomerulus. Albumin (69 kDa) merupakan protein utama dalam plasma manusia (3,4-4,7 g/dL), dan membentuk sekitar 60% protein plasma total. Sekitar 40% albumin terdapat dalam plasma, dan 60% sisanya terdapat di ruang ekstrasel.⁸ Albumin berperan dalam membantu mempertahankan tekanan osmotik koloid darah (75-80% tekanan osmotik plasma), sebagai protein transpor dari beberapa macam substansi antara lain metal, bilirubin, enzim, hormon, obat-obatan (Putri et al., 2016).

Tindakan keperawatan untuk mengatasi kelebihan volume cairan pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) dapat dilakukan dengan cara farmakologi dan nonfarmakologi. Upaya farmakologi dilakukan dengan memberikan terapi furosemid yang berperan sebagai diuretik (mempengaruhi produksi urine). Sedangkan upaya nonfarmakologi adalah dengan melakukan pemantauan dengan cara mencatat jumlah cairan yang masuk dan jumlah urine yang dikeluarkan pasien setiap harinya menggunakan chart atau tabel. Pemantauan intake output cairan pasien dilakukan dalam waktu 24 jam dan dapat dibagi tiap shift jaga (± 7 jam) untuk kemudian dimasukkan ke dalam chart atau tabel sesuai jam dan jenis intake pasien apakah makanan, minuman, atau infus dan output, apakah muntah, urine, BAB, atau IWL untuk kemudian dihitung balance cairan pasien tersebut (Safitri & Sani, 2019).

Asuhan keperawatan yang tepat dan komprehensif pada pasien gagal ginjal kronik merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan oleh seorang perawat untuk membantu mengatasi masalah pasien. Melalui proses pemberian asuhan keperawatan dan komunikasi terapeutik pada pasien, diharapkan kebutuhan pasien dapat terpenuhi dan masalah pasien dapat terpenuhi. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu melakukan penerapan asuhan keperawatan pasien dengan

diagnosa medis Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) hari ke 6 di ruang ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.1 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) hari ke 6 di Ruang ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan umum

Melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pasien diagnosis medis Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) hari ke 6 di Ruang ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian pada Ny. S dengan diagnosa Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menegakkan diagnosa keperawatan sesuai hasil pengkajian pada Ny. S dengan diagnosa Sepsis +Chronic Kidney Disease (CKD) di ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD di ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) di ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

5. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnose Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) di ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnose Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) di ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat Teoritis

Pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan cermat akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian mortalitas pada Ny. S dengan diagnosa medis Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) di ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi institusi rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien diagnosis medis Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan.

2. Bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya pada diagnosis medis Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) sehingga dapat meningkatkan pengembangan vokasi keperawatan.

3. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien khususnya dengan diagnosis medis Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.4 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) di ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi 5 langkah, yaitu pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

2. Tahap Pengumpulan Data

a. Wawancara

Pengambilan data dilakukan dengan 2 cara yaitu, autoanamesa dimana penulis melakukan pengkajian tentang kondisi pasien dengan melakukan wawancara heteroanamesa dimana penulis melakukan pengkajian tentang kondisi pasien dengan melakukan wawancara terhadap keluarga pasien dan tim kesehatan lainnya.

b. Observasi

Pengambilan data juga dilakukan dengan melakukan observasi secara langsung terhadap kondisi umum, reaksi, pasien selama perawatan yang

dapat diamati, serta mempelajari rekam medis pasien untuk mendapatkan data data yang mendukung.

c. Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan untuk melengkapi data tentang pasien dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan fisik dengan menggunakan sistem B1 sampai B6. Untuk pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium yaitu: darah, kimia klinik, faal hemostasis, CT- Scan, foto thorax.

d. Sumber Data

1) Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung dari pasien. Akan tetapi pasien mengalami penurunan kesadaran.

2) Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari keluarga, tim kesehatan, hasil pemeriksaan penunjang medis, pemeriksaan dokter dan rekam medis pasien.

3. Tinjauan Kepustakaan

Tinjauan kepustakaan dilakukan untuk mengumpulkan teori yang mendukung asuhan keperawatan pada pasien dengandiagnosa medis Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD).

1.5 Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis akhir ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, abstrak penulisan, halaman persetujuan, halaman pengesahan, surat pernyataan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel,

daftar gambar dan daftar lampiran.

2. Bagian inti, terdiri dari 5 bab yang masing masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut :
 - a. BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.
 - b. BAB 2 : Tinjauan Pustaka yang berisi uraian secara teoritis mengenai konsep Chronic Kidney Disease (CKD) dan sepsis.
 - c. BAB 3 : Tinjauan Kasus yang berisi tentang deskriptif dari hasil pengkajian, penyusunan diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny. N dengandiagnosa medis Penurunan kesadaran + Suspect Ensefalopati + Sepsis + Chronic Kidney Disease (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus.
 - d. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini analisis.
 - e. BAB 5 : Penutup yang berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar lampiran dan daftar pustaka dari buku dan jurnal.

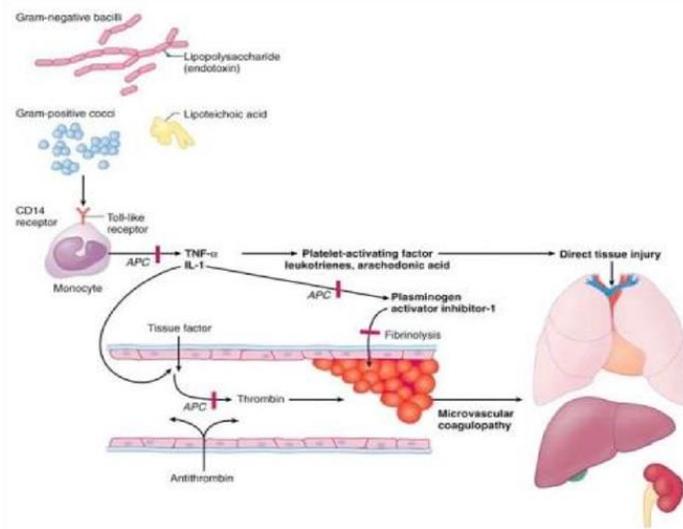
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Sepsis

2.1.1 Pengertian Sepsis

Sepsis adalah sindroma respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome) dengan etiologi mikroba yang terbukti atau dicurigai. Bukti klinisnya berupa suhu tubuh yang abnormal ($>38^{\circ}\text{C}$ atau $<36^{\circ}\text{C}$); takikardi; asidosis metabolik; biasanya disertai dengan alkalosis respiratorik terkompensasi dan takipneu; dan peningkatan atau penurunan jumlah sel darah putih. Sepsis juga dapat disebabkan oleh infeksi virus atau jamur. Sepsis berbeda dengan septikemia. Septikemia (nama lain untuk blood poisoning) mengacu pada infeksi dari darah, sedangkan sepsis tidak hanya terbatas pada darah, tapi dapat mempengaruhi seluruh tubuh, termasuk organ-organ.



Gambar 2.1

2.1.2 Etiologi Sepsis

Sepsis biasanya disebabkan oleh infeksi bakteri (meskipun sepsis dapat disebabkan oleh virus, atau semakin sering, disebabkan oleh jamur). Mikroorganisme kausal yang paling sering ditemukan pada orang dewasa adalah *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, dan *Streptococcus pneumoniae*. Spesies *Enterococcus*, *Klebsiella*, dan *Pseudomonas* juga sering ditemukan. Umumnya, sepsis merupakan suatu interaksi yang kompleks antara efek toksik langsung dari mikroorganisme penyebab infeksi dan gangguan respons inflamasi normal dari host terhadap Infeksi Kultur darah positif pada 20-40% kasus sepsis dan pada 40-70% kasus syok septik.

Sepsis dapat dipicu oleh infeksi di bagian manapun dari tubuh. Daerah infeksi yang paling sering menyebabkan sepsis adalah paru-paru, saluran kemih, perut, dan panggul. Jenis infeksi yang sering dihubungkan dengan sepsis yaitu:

- 1) Infeksi paru-paru (pneumonia)
- 2) Flu (influenza)
- 3) Appendiksitis
- 4) Infeksi lapisan saluran pencernaan (peritonitis)
- 5) Infeksi kandung kemih, uretra, atau ginjal (infeksi traktus urinarius)

2.1.3 Manifestasi Klinis

Tanda-tanda infeksi adalah gejala awal sepsis. Gejala yang bisa muncul antara lain demam, suhu tubuh rendah (hipotermia), menggigil, detak jantung meningkat, tekanan darah menurun, napas cepat atau sesak, diare, mual dan muntah, nyeri otot, linglung, hingga penurunan kesadaran.

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Hasil laboratorium sering ditemukan asidosis metabolik, trombositopenia, pemanjangan waktu prothrombin dan tromboplastin parsial, penurunan kadar fibrinogen serum dan peningkatan produk fibrin split, anemia, penurunan PaO₂ dan peningkatan PaCO₂, serta perubahan morfologi dan jumlah neutrofil. Pemeriksaan cairan serebrospinal dapat menunjukkan neutrofil dan bakteri. Pada stadium awal meningitis, bakteri dapat dideteksi dalam cairan serebrospinal sebelum terjadi suatu respons inflamasi.

Tabel.1.2

Laboratorium Sepsis

Tes laboratorium	Temuan	Keterangan
Hitung sel darah putih	Leukositosis atau leukopenia	Endotoksemia dapat menyebabkan <i>early leukopenia</i>
Hitung platelet	Trombositosis atau trombositopenia	Nilai tinggi awal dapat dilihat sebagai respon fase akut, jumlah trombosit yang rendah terlihat pada DIC
Coagulation cascade	Defisiensi Protein C; defisiensi antitrombin; level Ddimer meningkat; PT (<i>Prothrombin Time</i>) dan PTT (<i>Partial Thromboplastin Time</i>) memanjang	Kelainan dapat diamati sebelum timbulnya kegagalan organ dan tanpa perdarahan yang jelas.
Level kreatinin	Meningkat	<i>Doubling</i> -menandakan cedera ginjal akut
Level asam laktat	Lactic acid > 4 mmol/L (36 mg/dL)	Mengindikasikan hipoksia jaringan
Level enzim hepar	Level alkaline phosphatase, AST, ALT, bilirubin meningkat	Mengindikasikan cedera hepatoseluler akut yang disebabkan hipoperfusi

Level serum fosfat	Hipofosfatemia	Berkorelasi terbalik dengan tingkat sitokin proinflamasi
Level <i>Creactive protein</i> (CRP)	Meningkat	Respons fase akut
Level prokalsitonin	Meningkat	Membedakan SIRS yang infeksius dari SIRS yang noninfeksius

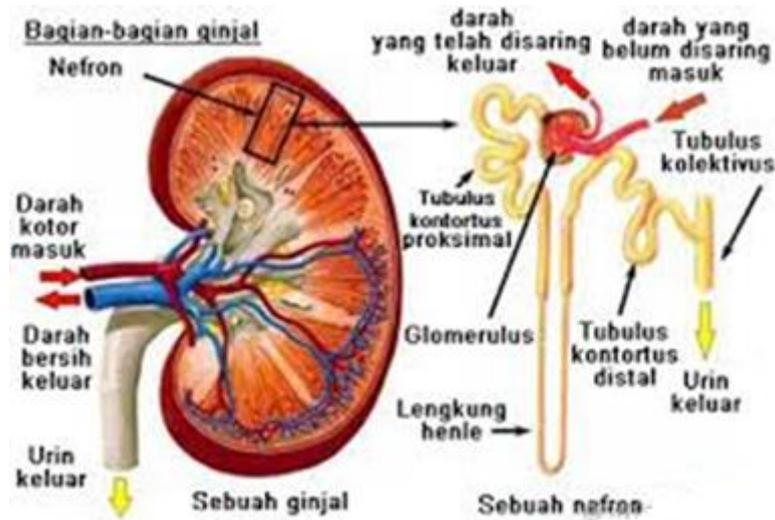
2.2 Konsep Penyakit Chronic Kidney Disease (CKD)

2.2.1 Definisi CKD

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah suatu proses patofisiologi dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang irreversibel dan progresif dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia (Black & Hawk dalam Dwy Retno Sulystianingsih, 2018).

Gagal ginjal kronik atau CKD saat ini merupakan masalah kesehatan yang penting mengingat selain insiden dan prevalensinya yang semakin meningkat, pengobatan pengganti ginjal yang harus dijalani oleh penderita gagal ginjal merupakan pengobatan yang sangat mahal. Dialisa adalah suatu tindakan terapi pada perawatan penderita gagal ginjal terminal. Tindakan ini sering juga disebut sebagai terapi pengganti karena berfungsi menggantikan sebagian fungsi ginjal.

2.2.2 Anatomi dan Fisiologi ginjal



Gambar 2.2 Anatomi Ginjal

Lokasi ginjal berada dibagian belakang dari kavum abdominalis, area retroperitoneal bagian atas pada kedua sisi vertebrae lumalis III, dan melekat langsung pada dinding abdomen. Bentuknya seperti biji buah kacang merah (kara/ercis), jumlahnya ada 2 buah yang terletak pada bagian kiri dan kanan, ginjal kiri lebih besar dari pada ginjal kanan. Pada orang dewasa berat ginjal \pm 200 gram (Nuari dan Widyanti, 2016). Menurut Setiadi (2016), bila sebuah ginjal kita iris memanjang, maka akan tampak bahwa ginjal terdiri dari 3 bagian, yaitu bagian kulit (korteks), sumsum ginjal (medula), dan bagian rongga ginjal (pelvis renalis).

Pada tubulus ginjal akan terjadi penyerapan kembali zat-zat yang sudah disaring pada glomerulus, sisa cairan akan diteruskan ke piala ginjal terus berlanjut ke ureter. Urine berasal dari darah yang dibawa arteri renalis masuk kedalam ginjal, darah ini terdiri dari bagian yang padat yaitu sel darah dan bagian plasma darah. Terdapat tiga tahap dalam proses pembentukan urine:

- 1) Proses filtrasi

Proses filtrasi terjadi di glomerulus. Proses ini terjadi karena permukaan aferen lebih besar dari permukaan eferen maka terjadi penyerapan darah. Sedangkan sebagian yang tersaring adalah bagian cairan darah kecuali protein karena protein memiliki ukuran molekul yang lebih besar sehingga tidak tersaring oleh glomerulus. Cairan yang tersaring ditampung oleh simpai bowman yang terdiri dari glukosa, air, natrium, klorida, sulfat, bikarbonat, dan lain-lain, yang diteruskan ke tubulus ginjal.

2) Proses reabsorpsi

Proses ini terjadi penyerapan kembali sebagian besar bahan-bahan glukosa, natrium, klorida, fosfat, dan ion bikarbonat. Prosesnya terjadi secara pasif yang dikenal sebagai obligator reabsorpsi terjadi pada tubulus diatas. Sedangkan pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi kembali penyerapan natrium dan ion bikarbonat. Bila diperlukan akan diserap kembali kedalam tubulus bagian bawah. Penyerapannya terjadi secara aktif dikenal dengan reabsorpsi fakultatif dan sisanya dialirkan pada papilla renalis. Hormon yang dapat ikut berperan dalam proses reabsorpsi adalah anti diuretic hormone (ADH).

3) Proses sekresi

Sisanya penyerapan urine kembali yang terjadi pada tubulus dan diteruskan ke piala ginjal selanjutnya diteruskan ke ureter masuk ke vesika urinaria. Urine dikatakan abnormal apabila didalamnya mengandung glukosa, benda-benda keton, garam empedu, pigmen empedu, protein, darah dan beberapa obat-obatan.

2.2.3 Etiologi

CKD dapat disebabkan oleh penyakit yang ada pada ginjal maupun dari organ tubuh lain/luar ginjal. Untuk penyebab yang bersumber dari ginjal dapat berupa penyakit glomerular, polycystic kidney disease, nephrolithiasis (batu ginjal), atau obstruksi ginjal dan saluran kemih. Sementara, untuk penyebab dari luar ginjal dapat berupa diabetic kidney disease dan hypertension nephropathy.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Pada tahap awal penyakit ginjal (stage 1 dan 2), kemungkinan besar penderita belum merasakan tanda dan gejala apapun sehingga tidak mudah untuk mendeteksi adanya kelainan ginjal secara kasatmata. CKD baru menimbulkan tanda dan gejala jika telah mencapai tahap yang cukup lanjut. Tanda dan gejalanya juga dapat sangat bervariasi karena CKD sendiri dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Namun secara umum, tanda dan gejala dari CKD adalah sebagai berikut:

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

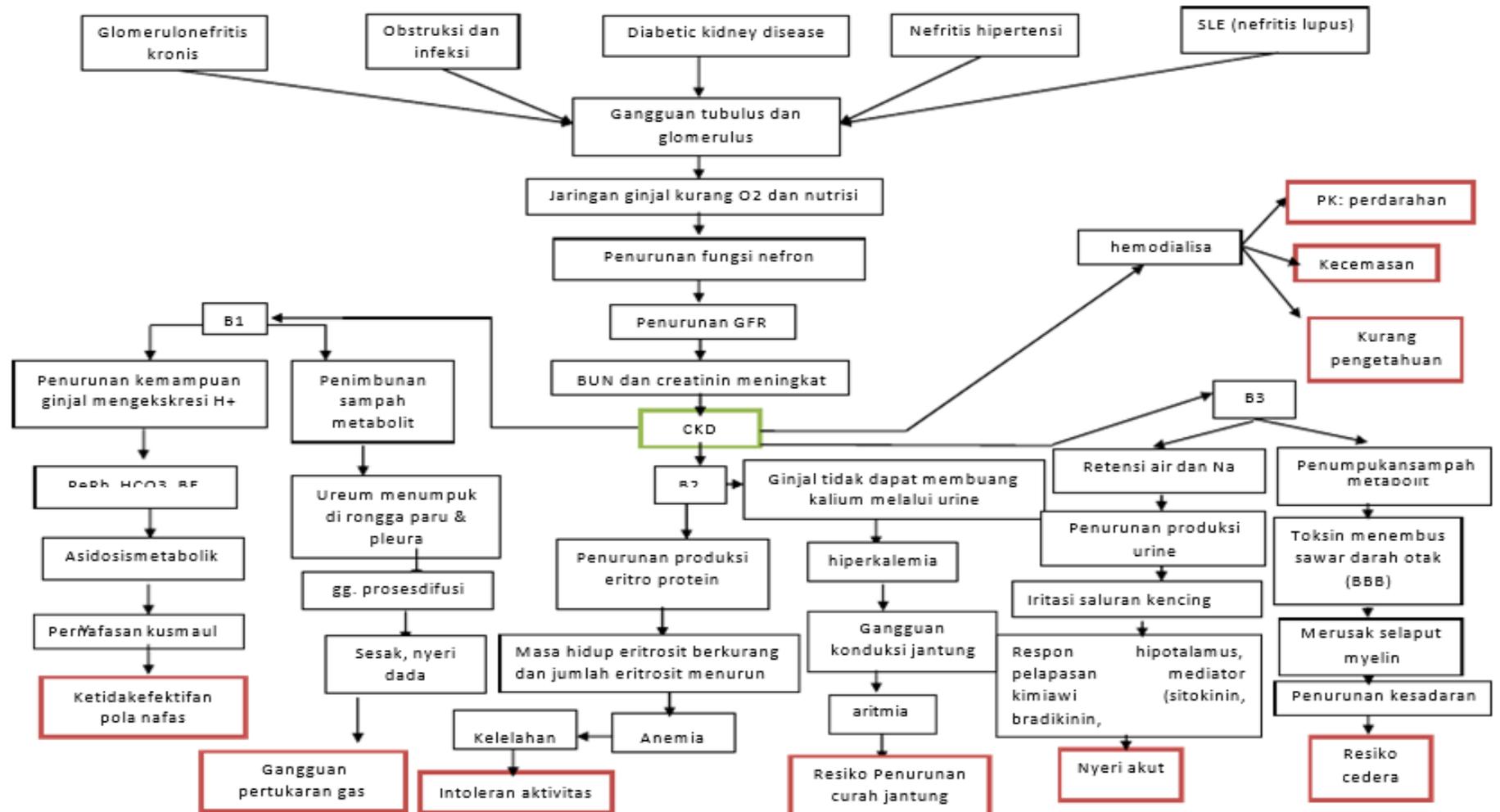
2.2.5 Klasifikasi

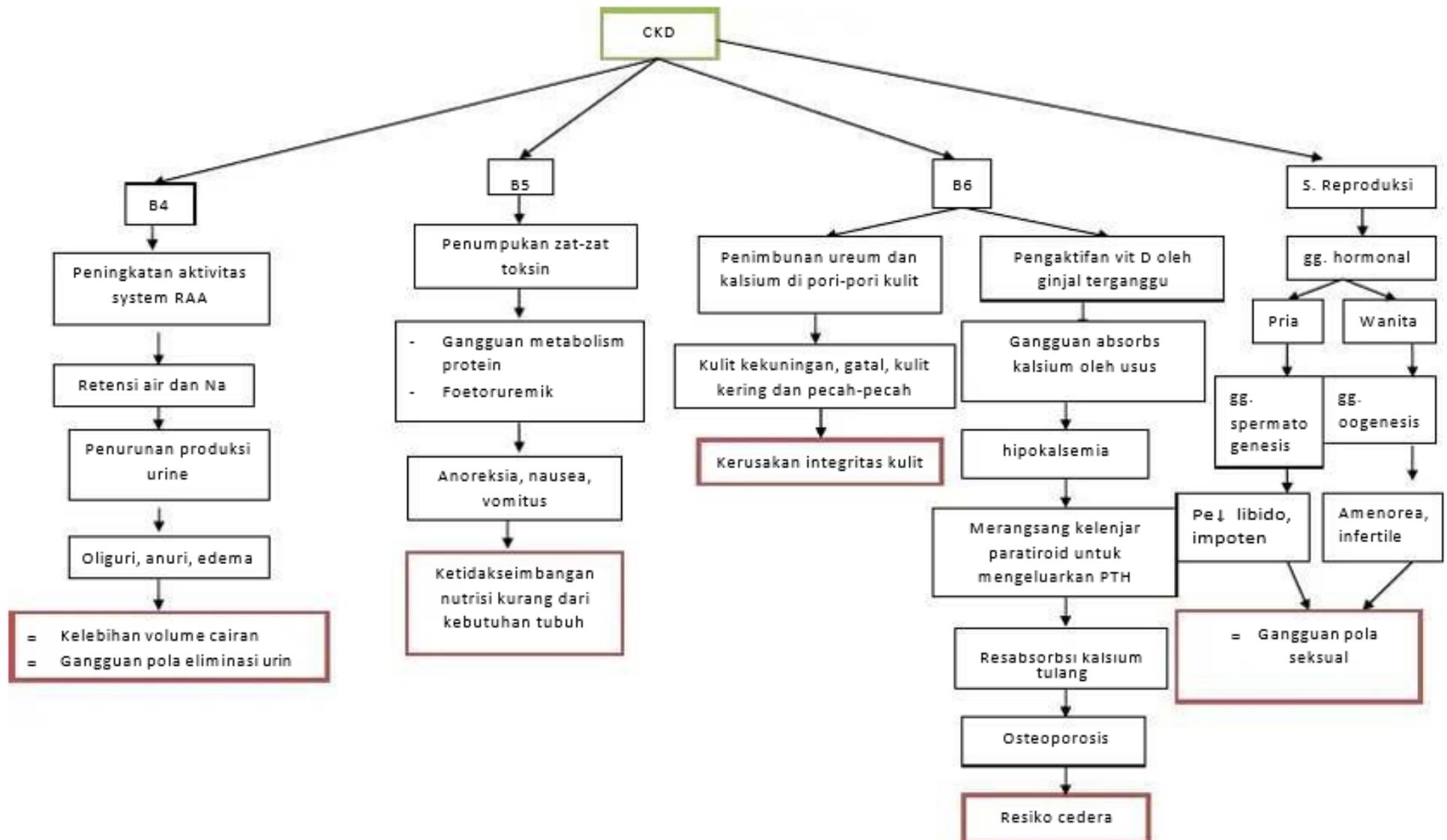
Berikut adalah tahapan dari CKD menurut guideline:

1. Stage 1 : Penyakit ginjal dengan eGFR normal atau meningkat, eGFR : >90 mL/min/1.73 m²
2. Stage 2: Penyakit ginjal dengan penurunan ringan, eGFR : 60-89 mL/min/1.73 m²
3. Stage 3a : Penyakit ginjal dengan penurunan ringan-sedang, eGFR : 45-59 mL/min/1.73 m²
4. Stage 3b : Penyakit ginjal dengan penurunan sedang-berat, eGFR : 30-44 mL/min/1.73 m²
5. Stage 4 : Penyakit ginjal dengan penurunan berat eGFR : 15-29 mL/min/1.73 m²
6. Stage 5 : Gagal ginjal : <15 mL/min/1.73 m²

Berdasarkan guideline, penyakit ginjal dapat digolongkan sebagai kronis jika penurunan eGFR sudah terjadi selama setidaknya 3 bulan. Apapun penyebabnya, ketika telah terjadi eGFR telah berada pada angka ≥ 60 mL/min/1.73 m², maka kerusakan yang terjadi pada nephron juga sudah berat dan mencapai tahap. Jika hal tersebut terjadi, maka ginjal akan mengalami sclerosis permanen yang dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal secara progresif.

2.2.6 WOC





2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

CKD itu umumnya irreversible, maksudnya kecil kemungkinan untuk dapat memperbaiki fungsi ginjal. Pengobatan CKD biasanya lebih berfokus pada pengendalian tanda dan gejala, mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi, dan mencegah perburukan yang ada. Jika penyakit ginjal sudah mencapai tahap gagal ginjal, maka dibutuhkan terapi pengganti fungsi ginjal seperti dialysis atau transplantasi ginjal.

Terapi pengganti fungsi ginjal juga dapat diberikan pada penderita CKD asymptomatic dengan eGFR 5-9 mL/min/1.73 m².

Berikut adalah pemeriksaan yang dapat dilakukan:

1. Pemeriksaan darah, seperti fungsi ginjal yang melihat kadar creatinine dan urea
2. Pemeriksaan urine
3. Pemeriksaan pencitraan/imaging, untuk melihat struktur dan ukuran ginjal, dapat dengan USG, CT-scan (dengan atau tanpa kontras), MRI, dan MRA ginjal
4. Pemeriksaan biopsy untuk mengkonfirmasi temuan dari pemeriksaan sebelumnya
5. Pemeriksaan yang dilakukan bertujuan untuk memastikan adanya diagnosis penyakit ginjal dan menentukan sudah sampai tahap berapakah penyakit ginjal yang ada. Untuk menentukan tahapannya, kita memerlukan informasi eGFR (estimated GFR). Tentang eGFR sudah pernah dibahas di HML

2.3 Konsep Ventilator

2.3.1 Definisi Ventilator

Ventilator atau ventilasi mekanik adalah alat bantu pernafasan yang memberikan tekanan positif melalui jalan nafas buatan (Hygrobac, 2012). Terapi suportif utama untuk pasien kritis adalah pengertian dari ventilasi mekanik, terapi ini merupakan hal yang sering dilakukan di ICU.



Gambar 2.3 Ventilator

2.3.2 Klasifikasi

Ventilator mekanis dapat diklasifikasikan berdasarkan cara alat tersebut mendukung ventilasi menurut Smeltzer (2008) terdapat dua kategori, yaitu :

1. Ventilator tekanan negatif, ventilator yang digunakan pada gagal nafas kronik, yang berhubungan dengan kondisi neurovaskuler seperti poliomyelitis, distrofi muskular, sklerosis lateral, amiotrofik, dan miestania gravis. Terdapat beberapa jenis tekanan negatif yaitu Iron Lung memberikan tekanan negative pada dinding

dada untuk mecentuskan inspirasi, Body Wrap dan Chest Ciurass yang menciptakan bilik tekanan negatif disekitar toraks dan abdomen, jenis ventilator ini hanya digunakan pada pasien tertentu.

2. Ventilator tekanan positif, Ventilator tekanan positif mengembungkan paru-paru dengan mengeluarkan tekanan positif pada jalan napas, serupa dengan mekanisme di bawah, dan dengan demikian mendorong alveoli untuk mengembang selama inspirasi. Ekspirasi terjadi secara pasif. Pada ventilator jenis ini diperlukan intubasi endotrakea atau trakeostomi (Smeltzer, 2008). Terdapat 4 jenis tekanan positif yaitu ventilator siklus volume yaitu memberikan udara dalam jumlah konstan yang telah diset, ventilator siklus tekanan menghasilkan suatu aliran gas yang mengembungkan paru sampai tekanan jalan nafas yang telah diset, ventilator siklus waktu yaitu Diprogram untuk memberikan sejumlah gas pada periode waktu tertentu melalui penyesuaian rasio inspirasi terhadap ekspirasi, dan ventilator jet frekuensi tinggi.

2.3.3 Indikasi

Indikasi pemakaian ventilator atau ventilasi mekanik menurut Krisna (2015) adalah henti jantung (Cardiac Arrest), henti nafas (Respiratory Arrest), hipoksemia yang tidak teratasi dengan obat-obatan dan pemberian oksigen non invasive, kelelahan pernafasan yang tidak responsive dengan obat-obatan dan pemberian oksigen non invasive, gagal nafas atau dengan takipneu, penggunaan otot-otot pernafasan

tambahan, penurunan kesadaran, saturasi oksigen menurun drastis, tindakan pembedahan yang menggunakan anestesi umum, peningkatan tekanan intra kranial.

a. Mode Ventilator

Mode ventilator terbagi menjadi 3 target utama menurut Krisna (2015) yaitu:

- 1) Target volume yang besarnya volume udara masuk kedalam paru-paru pasien tergantung pada volume tidal (TV) dan atau menit volume (MV) yang kita tentukan pada mesin ventilator. Mode-mode dengan target volume diantaranya Volume Control (VC), CMV, IPPV, (S) CMV, SIMV (Servo 900C) dan APV cmv.
- 2) Target Tekanan (Pressure) yaitu besarnya volume udara yang masuk ke dalam paru-paru pasien tergantung pada besarnya tekanan udara inspirasi atau Inspiratory Pressure Level (IPL) yang kita tentukan pada mesin ventilator. Pada mode ini, jumlah TV atau MV tidak perlu kita tentukan karena besarnya volume udara yang dihasilkan tergantung pada kecukupan IPL yang kita set pada mesin ventilator. Mode-mode dengan target tekanan diantaranya adalah Pressure Control (PC), PS, BIPAP ASSIST, CPAP ASB, PCV+, P supp, DUO PAP, APRV, SPON, dan NIV.

3) Gabungan Volume dan Tekanan adalah besarnya volume dan tekanan udara dalam paru-paru pasien tergantung pada TV (atau MV) dan IPL yang kita tentukan pada mesin. Mode-mode dengan target gabungan volume dan tekanan diantaranya SIMV + PS, IPPV (Drager tipe savina), SIMV (Galileo, Drager tipe savina, Evita 2 dura dan Evita 4 edition), MMV, ILV, APV simv, dan ASV.

b. Alarm Ventilator

Penyebab umum alarm pada ventilator menurut Jones & fix (2009) adalah menggigit selang endotrakeal, pasien membutuhkan suction, batuk, tersedak selang endotrakeal, pasien melawan atau tidak “sinkron” dengan ventilator, pasien mencoba berbicara, pasien mengalami apnea, selang ventilator tertekuk, balon selang endotrakeal memerlukan lebih banyak udara, kebocoran pada selang endotrakeal, kelebihan air didalam selang ventilator, kebocoran udara dari selang dada (Chest Tube) jika terpasang, peningkatan paru yang noncompliance, edema paru, peningkatan retensi jalan nafas, pneumotoraks atau hematoraks.

c. Penyapihan (Weaning)

Proses weaning (penyapihan) dimulai jika penyebab gagal nafas sudah tearatasi, parameter Analisa gas darah dalam batas normal, pernafasan spontan pasien sudah cukup kuat memenuhi

TV optimal dan mode yang digunakan sudah memungkinkan untuk diberikan bantuan minimal. Ada beberapa syarat ekstubasi menurut Krisna (2015) adalah AGD dalam batas normal, pola nafas, tekanan darah, dan frekuensi jantung dalam batas normal dengan bantuan inotropik minimal, factor penyebab gagal nafas sudah teratasi, dapat melakukan batuk secara efektif, complain paru adekuat, secara klinis pasien sudah siap untuk dilakukan ekstubasi, nilai RSBI (Rapid Shallow Breathing Index) <105 dengan bantuan IPL < 7 cmH₂O.

2.3.4 Komplikasi

Ada beberapa komplikasi menggunakan ventilator menurut Krisna (2015):

1. Infeksi Nosokomial

a. Kolonisasi bakteri pada jalan nafas merupakan hal yang sangat potensial pada pasien-pasien yang terpasang ETT. Dan ini sangat beresiko untuk terjadinya infeksi secara nosocomial. Infeksi yang paling sering adalah VAP (Ventilator Acquired Pneumonia) yaitu pneumonia yang timbul lebih dari 48-72 jam setelah intubasi (pemasangan ventilator).

b. Barotrauma atau Volutrauma

Barotrauma atau Volutrauma adalah komplikasi dari ventilator atau dikenal dengan istilah VILI (Ventilator Induce Lung Injury) terjadi karena penggunaan tekanan dan atau volume yang terlalu tinggi sehingga alveolus mengalami rupture dan ini akan mengakibatkan udara dari luar masuk kedalam ruang interstitial,

ruang mediastinum, ruang pleura (menyebabkan pneumothoraks), jaringan subkutan (menyebabkan emfisema subkutan), pericardium (menyebabkan tamponade) dan ke dalam ruang peritonium.

- c. Curah Jantung (Cardiac Output)
- d. Penggunaan PEEP yang terlalu tinggi akan mengakibatkan penurunan preload ventrikel kanan. Venous return dan ventikuler filling menjadi menurun karena dilatasi ventrikel tertekan oleh tekanan intratorakal yang meningkat. Jika isi sekunup menurun, maka curah jantung pun mengalami penurunan. keadaan klinis ditunjukkan dengan hipotensi dan takikardia yang mendadak sesaat setelah pasien terpasang ventilator atau setelah pemilihan PEEP dan TV yang tinggi.
- e. Gastrointestinal
- f. Hipomotility dan konstipasi dapat terjadi karena efek dari obat-obatan paralitik, sedasi dan analgetik. Muntah terjadi karena stimulus vagal pada faring. Distensi gaster terjadi karena masuk udara kedalam gaster yang bisa disebabkan oleh kebocoran balon atau kurang posisi ETT. Keadaan ini diatasi dengan pembuangan udara melalui pemasangan NGT dan memperbaiki posisi ETT. Jika balon pecah, reintubasi harus segera dilakukan.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Gawat Darurat

1. Pengkajian

2. Pengumpulan Data :

- a. Identitas : Identitas digunakan untuk mengetahui klien yg mengalami CKD sebagai kelengkapan data atau pemeriksaan.

- b. Primary Survey (Data Objektif)

Airway

Kaji : Bersihan jalan nafas ada/tidaknya sumbatan jalan nafas, distress pernafasan, tanda-tanda pendarahan, muntahan, ada edema laring.

Breathing

Kaji : Frekuensi nafas, usaha nafas dan Pergerakan dinding dada, suara pernafasan melalui hidung atau mulut, udara yang dikeluarkan dari jalan nafas.

Pemeriksaan yang tampak pada pasien

- 1) Tampak lemah
- 2) Tampak terpasang alat bantu (ventilator)
- 3) Tampak cemas

Sirkulasi

Kaji : Denyut nadi karotis, tekanan darah, warna kulit, kelembaban kulit, tanda-tanda pendarahan eksternal dan internal.

Vital sign (tanda vital)

- 1) Pemeriksaan temperature dalam batas normal
- 2) Pemeriksaan RR
- 3) Pemeriksaan Nadi Pada klien post operasi BPH mengalami peningkatan nadi
- 4) Pemeriksaan Tekanan darah.

c. Primary Secondary

Keluhan Utama : pemeriksaan atau pengkajian yang dirasakan klien saat ini.

Riwayat penyakit sekarang: pemeriksaan awal hingga perawatan sekarang, dari mulai keluhan sampai tindakan yang diberikan.

Riwayat penyakit dahulu : yang dimana riwayat penyakit yang diderita klien dahulu.

3. Pemeriksaan fisik (B1-B6)

- 1) Breathing (B1) : Pernafasan yang dialami oleh pasien saat diobservasi, seperti terpasangnya ETT, Terpasangnya CVP, Terpasangnya Monitor, irama nafas teratur, suara vesicular.
- 2) Blood (B2) : Pemeriksaan terjadi dibagian jantung , seperti Irama jantung irregular, lemah, adanya suara nafas tambahan seperti Wheezing, Ronki, hasil Tekanan Darah, akral hangat CRT < 2 detik, tidak ada edema

- 3) Brain (B3) : Pemeriksaan terjadi pada Kesadaran seperti composmentis, stupor, somnolen. Penilaian GCS 4,5,6, tidak kejang dan kelumpuhan. Reaksi pupil isokor, konjungtiva an anemis.
- 4) Bladder (B4) : Pemeriksaan terjadi dibagian perkemihan, BAK/BAB dengan bantuan alat. Terpasang treeway. Observasi intake output cairan .
- 5) Bowel (B5) : Pemeriksaan terjadi dibagian abdomen, observasi bising usu setiap 3 jam sekali, Tidak pernah BAB, tidak ada nyeri tekan, tidak terasa kembung, terpasang NGT, mukosa rembesan tidak bibir lembab, lidah bersih.
- 6) Bone (B6) : Observasi pergerakan aktivitas klien, aktif tidaknya, adanya fraktur, turgor baik, Integumen, dan kekuatan otot lemah tidaknya.

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pasien dengan Chronic kidney disease (CKD) menurut (PPNI, 2017) adalah sebagai berikut :

1. Hipervolemia berhubungan dengan penurunan volume urin, retensi cairan dan natrium, gangguan mekanisme regulasi.
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan iskemia jaringan, penurunan aktivitas.
3. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Faktor resiko

4. Intoleransi aktifitas b.d Kelemahan
5. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi.

5. Rencana Keperawatan

1. Hipervolemia b.d penurunan volume urin, retensi cairan dan natrium. Setelah dilakukan intervensi selama 3x 24 jam, diharapkan Tidak terjadi kelebihan volume cairan sistemik, dengan Kriteria hasil:

- 1) Haluaran urine meningkat
- 2) Edema menurun
- 3) Membrane mukosa lembab, kadar hemoglobin dan albumin dalam rentang normal.(PPNI,2018b)

Intervensi Utama :

- 1) Kaji adanya edema ekstremitas
R/ curiga gagal kongesti / kelebihan volume cairan
- 2) Anjurkan klien untuk tirah baring saat edema masih terjadi
R/ Menjaga klien dalam beberapa hari mungkin diperlukan untuk meningkatkan diuresis yang bertujuan mengurangi edema.
- 3) Kaji tekanan darah dan CVP
R/ Sebagai salah satu cara untuk mengetahui peningkatan cairan yang dapat diketahui dengan beban kerja jantung dari meningkatnya tekanan darah.R/pasien dapat batasi cairan secara bernafas dengan baik
- 4) Ukur intake dan output cairan

R/ Penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium/air, penurunan urin output

5) Beri oksigen tambahan sesuai indikasi

R/ Diuretik bertujuan untuk menurunkan volume plasma dan menurunkan retensi cairan di jaringan.

2. Gangguan integritas kulit b.d iskemia jaringan, penurunan aktivitas
Setelah dilakukan **intervensi selama 3x 24 jam**, diharapkan Tidak terjadi gangguan integritas kulit. dengan Kriteria hasil:

- 1) Kulit tidak kering membaik
- 2) Hiperpigmentasi berkurang
- 3) Memar pada kulit berkurang

Intervensi Utama :

1) Kaji terhadap kekeringan kulit, pruritus, dan infeksi

R : Perubahan mungkin disebabkan oleh penurunan aktivitas kelenjar keringat atau pengumpulan kalsium

2) Kaji terhadap adanya petekie dan purpura

R : Perdarahan yang abnormal sering dihubungkan dengan penurunan jumlah dan fungsi platelet akibat uremia

3) Kolaborasi pemberian antipruritus

R : Mengurangi stimulus gatal pada kulit

3. Resiko perfusi serebral tidak efektif

Setelah dilakukan intervensi selama 3x 24 jam, diharapkan Aliran arah serebral meningkat, dengan Kriteria hasil:

1) Peningkatan tingkat kesadaran

2) Tekanan darah membaik

3) Suhu tubuh normal

Intervensi Utama :

1) Monitor tanda gejala TIK (Peningkatan TD, nadi melebar
bradikardi, pola nafasirreguler)

R: Apabila TD pasien meningkat dapat menyebabkan
kerusakan pada jaringan otak .

2) Monitor penurunan tingkatkesadaran

R: apabila terjadi peningkatan TIK, maka akan terjadinya
penurunan tingkat kesadaran akibat kerusakan otak.

3) Monitor keterlambatan atau ketidaksimetrisanpupil

R: Pupil akan tidak simetris dan tidak ada respon apabila terjadi
penurunan kesadaran serta kerusakan jaringan pada otak.
(PPNI, 2018)

4. Intoleransi aktifitas b.d Kelemahan

Setelah dilakukan intervensi **selam 3x 24 jam**, diharapkan Aliran arah
serebal meningkat, dengan Kriteria hasil:

1) Frekuensi nadi meningkat

2) Kekuatan tubuh meningkat

3) Keluhan lelah menurun

4) Dispnea menurun

Intervensi Utama :

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan
kelelahan

R/ Untuk mengetahui penyebab kelelahan

2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

R/ Untuk mengetahui keadaan umum pasien

3) Monitor pola dan jam tidur

R/ Untuk memastikan kebutuhan istirahat tidur pasien terpenuhi sesuai kebutuhan

4) Sediakan lingkungan nyaman

R/ Memberikan rasa nyaman pada pasien

5) Lakukan latihan rentang gerak

R/ Untuk melatih rentang gerak pasien dan mencegah terjadinya sendi kaku

6) Edukasi anjurkan tirah baring

R/ Memandirikan pasien untuk beristirahat Untuk melatih kekuatan tubuh pasien secara bertahap

7) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

R/ Untuk memandirikan pasien mengatasi kelelahannya

8) Ajarkan strategi mengurangi kelelahan dengan beristirahat yang cukup

R/ Untuk meningkatkan manajemen energi

5. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan **selama 3x24 jam**, untuk menyelesaikan masalah gangguan pertukaran gas diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:

1. Dispnea menurun
- 2) PCO2 membaik
- 3) PO2 membaik
- 4) Tingkat kesadaran meningkat

Intervensi keperawatan

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas
R/ agar mengetahui frekuensi dan kedalaman upaya pasien
- 2) Monitor pola nafas (masih sesak atau tidak)
R/ agar mengetahui pola nafas pasien
- 3) Monitor adanya produksi sputum
R/ agar mengetahui perkembangan sputum pasien
- 4) Monitor saturasi oksigen
R/ agar mengetahui saturasi pasien
- 5) Monitor hasil x-ray thorax
R/ agar mengetahui hasil thorax pasien
- 6) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
R/ agar mengetahui pemantauan respirasi pasien

6. **Evaluasi**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum dapat juga timbul.

BAB 3

TINJUAN KASUS

Untuk penggambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada Ny.S dengan CKD, maka penulis menyajikan suatu kasus mulai tanggal 18 januari 2022 sampai dengan 20 januari 2022 dengan data pengkajian tanggal 18 januari 2022 jam 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari Ny. S dengan file No. Registrasi 65.xx.xx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang ibu bernama “S” usia 77 tahun, beragama islam, Pasien seorang ibu rumah tangga mempunyai anak 3 dan 2 laki-laki 1 perempuan, ketiga anaknya sudah menikah. Dan mempunyai 6 cucu. Pasien berasal dari suku Jawa, bangsa Indoseia. Tinggal di Surabaya.

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengalami Penurunan Kesadaran

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien rujukan dari RS Brawijaya dengan keluhan pusing, kejang 1x mata melirik keatas, pasien datang ke igd RSPAL pada tanggal 11 januari 2022 pukul 21.00 terapi yang diberikan igd yaitu pemasangan infus RL 100 ml, pemasangan nasal kanul 3 lpm, dan terapi obat injeksi ca glukonas 1 amp melalui IV bolus pelan, lalu pasien dipindah keruang HCU pada

tanggal 12 januari 2022 pukul 03.00 dengan keadaan lemah terapi yang diberikan yaitu terpasang infus d5% 1000 cc, nefrosteril 18 tetes/menit, terpasang perdipin.pump 0.25 mcg kec. 5.25 BB 50 kg tapering off, terpasang O2 NRB 15 lpm, rr 10, Spo2 100%, pemasangan kateter, lalu pasien pindah ke ruang ICU Central tanggal 16 januari 2022 pukul 15.35 dengan keluhan penurunan kesadaran, terapi yang diberikan terpasang ETT no 7,5 kedalaman 21cm, dibibir kanan terpasang ETT hari kedua. Dengan sambung ventilator mode rest duo level 80 %, terpasang NGT, dan diit nefrisol 3x50cc. Saat pengkajian tanggal 18 Januari 2022 pukul 08.00. Keluhan pasien tidak terkaji karena penurunan kesadaran, nafas klien via ETT sambung ventilator dengan mode rest PSIMV, PC 15, PS 8, Peep 8, rr 10, CVp 4,5 SPO2 100, Tensi 103/54 Suhu 36,9 , nadi 98, gcs 2x1, urin 25cc/3jam, infus NS 1000 ml, mobilisasi dibantu, rr actual 10, irama reguler. Terdapat Sekret merah hitam kental, produksi sedang 50cc. HD rutin 1 minggu 3 kali, hari Senin, Selasa dan Sabtu.

3.1.4 Riwayat Penyakit dahulu

Hipertensi sudah lama ± 10 tahun, Kontrol teratur.

3.1.5 Riwayat Alergi

Tidak ada

3.1.6 Pengkajian fisik B1-B6

1 B1 (Breathing)

Nafas pasien via ETT sambung ventilator dengan mode PSIMV, PC 15, PS 8, Peep 8, rr 10, SPO2 100%, rr actual 10, irama reguler Terdapat Sekret merah hitam kental, produksi sedang 50cc. Inspeksi bentuk dada simetris, irama nafas regular. Tidak sianosis, tidak terdapat napas cuping hidung. Pasien tidak dapat melakukan batuk efektif, terdengar suara ronkhi diakhir ekspirasi.

2. B2 (Blood)

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak tampak distensi vena juguler tidak terdengar bunyi jantung tambahan. Tekanan Darah: 103/54mmHg, Nadi: 98x/menit RR: 10x/menit, Suhu: 36.9°, Terpasang infus NS 1000ml, mukosa bibir lembab, terasa akral hangat, nadi teraba lemah, irama jantung teratur, CVP berada di sub clavicula dextra nilai CVP: 4,5 , CRT <2 detik. Perkusi terdapat suara sonor.

3. B3 (Brain)

Kesadaran somnolen, respon pupil melambat, pupil isokor, GCS E: 2 V: x M: 1 Total : 2x1,

Nervus Kranial

NI : Tidak terkaji

NII : Tidak terkaji

NIII : px dapat mengangkat kelopak mata

- NIV : px merespon rangsangan nyeri
- NV : Tidak terkaji
- NVI : Tidak terkaji
- NVII : Tidak terkaji
- NVIII : px mampu mendengar
- NIX : Tidak terkaji
- NX : px menggunakan NGT
- NXI : Tidak terkaji
- NXII : Tidak terkaji

4. B4 (Bladder)

Pasien terpasang kateter ke 1 hari 7 no 16 isi balon 10cc,

BAK 25cc/3 jam warna kuning bersih, pasien tidak BAB.

Intake cairan renxamin 200 (25cc/3jam)

Input :	cairan renxamin	200	
	Diite nefrisol	600	+
		800	
Output :	BAK	25	
	BAB	0	
	IWL (15x50)	750	+
		775	

Balance Cairan : $800 - 775 = 5$ cc (Retriksi Cairan)

5. B5 (Bowel)

Pasien terpasang NGT ke 1 hari 7 no 19, bising usus 8x/menit. diit Nefrisol 6x100 Kebersihan mulut kurang, mukosa bibir kering, tidak adanya sariawan.

6. B6 (Bone)

Warna kulit sawo matang, turgor kulit sedang <2 detik, didapatkan edema di ekstremitas bawah kanan dan kiri, tidak ada kontraksi otot secara tiba-tiba (kejang), kelemahan ekstremitas atas dan bawah, Terpasang CVC di subclavia dektra Keadaan lemah, kekuatan otot menurun, tidak adanya decubitis.

1111		1111
<hr/>		
2222		2222

3.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Laboratorium Ny.S

Hari/ Tang gal	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Normal
Sabtu 15/01 /2022	Foto Thoraks	Kardiomegali	Sinus Rythm
	Anti Swab	Negatif	Negatif
	Anti HIV	Negatif	Negatif
	Kultur Urine		
	Amikacin	S	
	Ampicilin	R	
	Ampicilin sulbactam	R	
	Cefepime	S	
	Ceftazideme	R	
	Ceftriazone	R	
	Ciprofloaxacin	R	
	Ertapenem	S	
	Gentamicin	R	
	Meropenem	S	
	Nitruforatoin	I	
	Piperacillin tazobactam	S S	
	Tigecycline	S	
	Trimethoprim sulfamenthoxazole	R R	
	Laboratorium		
	Leukosit	10.30/mm ²	5.0-10.0 mm ²
Trombosit	262.000/mm ²	150-400 mm ²	
HB	10.30/g%	12.0-14.0 g%	
BUN	16 mg/dL	0.25-1.0 mg/dL	
Kreatinin	9.26 mg/dL	60-150 U/L	
SGPT	46	<23	
SGOT	14	<21	
Natrium	128.7	135-145 mmol/L	
Kalium	4.99	94-111 mmol/L	
Clorida	9.50	3,5-5,0 mmol/L	
GDA	148	70-100 mg/dL	
Rabu, 18/01 /2022			

3.1.8 Pemberian Terapi

Tabel 3.2

Hari/Tanggal	Medikasi	Cara Pemberian	Dosis	Indikasi
Senin, 18/01/2022	Nebul NS +Midiatro	Masker	3x1 mg 3/jam	- u/ menambhakan oksigen dan mengeluarkan sekret dalam tubuh
	Renxamin	IV	200/ 3 jam	- u/ meningkatkan nutrisi dan protein
	Ranitidin	IV	2x1 mg	- u/ agar mengurangi jumla asam lambung yang berlebihan pada tubuh
	Cefepim	IV	3x1 gr	- u/ mengobati saluran infeksi pernafasan/antibiotik
	Inpepsa	Peroral	3x2mg	- u/ memeberi asupan pada tubuh klien.
	Donperidon	Peroral	3x1 mg	- u/ memeberi asupan pada tubuh klien.
	Vascon	Sryrim pam	100 nano	- u/menigkatkan nadi
	Dabutamin	Sryrim pam	3 gama/ mcg	- u/ meningkatkan tekanan darah

Surabaya, 16 Februari 2022



(Rara Ayu Diya)
NIM. 1920033

3.2 Tabel Anialisa Data

Nama Klien : Ny.S

Ruangan : ICU Central

Umur : 77 tahun

RM : 65.xx.xx

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS : Tidak Terkaji , karena penurunan kesadaran</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sekret merah hitam kental, produksi sedang 50cc. - Terdapat Ronkhi - rr actual 10, irama reguler, SPO2 100 - Nafas klien via ETT sambung ventilator dengan mode PSIMV tanggal 17 januari 2022 	Hipersekreasi Jalan Nafas	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif
2.	<p>DS : Tidak Terkaji, karena penurunan kesadaran</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HB 10.30 - Warna Urin Kuning bersih 25cc/24 jam - BUN 16 - Kreatinin 9.26 - Pitting edama ditangan dan kaki - HD rutin Senin, Selasa, dan Sabtu <p>Input : 200 $\begin{array}{r} 600 \\ + \\ \hline 800 \text{ cc} \end{array}$</p> <p>Output : 25 0</p> <p>IWL $\begin{array}{r} 750 \\ + \\ \hline 775 \text{ cc} \end{array}$</p> <p>Balance Cairan : 800-775 = 5 cc (retriaksi cairan)</p>	Gangguan Mekanisme Regulasi	Hipervolemia
3.	<p>DS : Tidak Terkaji , karena penurunan kesadaran</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak lemah - TD: 103/54mmHg, Nadi:98x/menit, 	Gangguan metabolisme, ensefalopati, uremikum	Penurunan Kapasitas adaktif Intra Cranial

	<p>RR:10x/menit, Suhu: 36.9</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran somnolen, GCS E: 2 V: x M: 1 Total : 2x1 - Respon pupil melambat, pupil isokor - Kreatinin 9.26 <p>NI : Tidak terkaji NII: Tidak terkaji NIII: px dapat mengangkat kelopak mata NIV: px merespon rangsangan nyeri NV: Tidak terkaji NVI: Tidak terkaji NVII: Tidak terkaji NVIII: px mampu mendengar NIX: Tidak terkaji NX: px menggunakan NGT NXI: Tidak terkaji NXII: Tidak terkaji</p>						
4.	<p>DS : tidak terkaji, karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Adanya edema pada kedua tangan dan kaki - Tirah baring lama - Gerakan terbatas - Kekuatan otot menurun 	Penurunan Kekuatan otot	Gangguan Mobilitas Fisik				
	<table style="border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1111</td> <td style="padding: 2px 5px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2222</td> <td style="padding: 2px 5px;">2222</td> </tr> </table>	1111	1111	2222	2222		
1111	1111						
2222	2222						

3.3 Tabel Observasi

Nama Klien : Ny.S

Hari/Tanggal : Selasa, 18 Januari 2022

Jam	Tensi	RR	HR	SUHU	MAP	SPO2	CVP	MODE REST	FIO2	INPUT	OUTPUT
08.00	103/54	10	98	36.9		100 %		PSIMV	50		
09.00	101/53	10	98	36,7		100 %		PSIMV	50		
10.00	107/50	11	98	36.7	45	100 %	45	PSIMV	50		
11.00	110/54	13	95	37		100 %		PSIMV	50		
12.00	100/52	10	98	37		100 %		PSIMV	50		
13.00	105/53	11	100	37	45	100 %	45	PSIMV	50		
14.00	102/55	13	101	36.3		100 %		PSIMV	50	125	45
15.00	134/70	12	93	36,5		100 %		PSIMV	50		
16.00	132/67	15	90	36,9	68	100 %	68	PSIMV	50		
17.00	137/71	13	90	36,7		100 %		PSIMV	50		
18.00	134/68	12	90	36,2		100 %		PSIMV	50		
19.00	126/68	13	90	36,5	68	100 %	68	PSIMV	50		
20.00	136/70	13	91	32,2		100 %		PSIMV	50		
21.00	135/76	13	100	37		100 %		PSIMV	50	425	40
22.00	103/54	13	98	36.9	68	100 %	68	PSIMV	50		
23.00	107/50	13	98	36.7		100 %		PSIMV	50		
24.00	110/54	13	95	37		100 %		PSIMV	50		
01.00	100/52	13	98	37	41	100 %	41	PSIMV	50		

02.00	105/53	15	100	37		100 %		PSIMV	50		
03.00	100/56	15	100	36.6		100 %		PSIMV	50		
04.00	110/65	16	100	36.3		100 %		PSIMV	50		
05.00	100/62	15	100	36.6	41	100 %	41	PSIMV	50		
06.00	115/66	13	98	36.4		100 %		PSIMV	50		
07.00	122/68	12	92	36		100 %		PSMIV	40	800	800

Nama Klien : Ny.S

Hari/Tanggal : Rabu, 19 Januari 2022

Jam	Tensi	RR	HR	SUHU	MAP	SPO2	CVP	MODE REST	FIO2	INPUT	OUTPUT
08.00	103/54	10	98	36.9	45	100 %	45	PSIMV	50		
09.00	101/53	10	98	36,7		100 %		PSIMV	50		
10.00	110/54	13	95	37		100 %		PSIMV	50		
11.00	100/52	10	98	37	45	100 %	45	PSIMV	50		
12.00	105/53	11	100	37		100 %		PSIMV	50		
13.00	102/55	13	101	36.3		100 %		PSIMV	50		
14.00	134/70	12	93	36,5	94	100 %	94	PSIMV	50	125	20
15.00	132/67	15	90	36,9		100 %		PSIMV	50		
16.00	137/71	13	90	36,7		100 %		PSIMV	50		
17.00	134/68	12	90	36,2	68	100 %	68	PSIMV	50		
18.00	103/54	10	98	36.9		100 %		PSIMV	50		

19.00	101/53	10	98	36,7		100 %		PSIMV	50		
20.00	110/54	13	95	37	68	100 %	68	PSIMV	50		
21.00	100/52	10	98	37		100 %		PSIMV	50	425	20
22.00	105/53	11	100	37		100 %		PSIMV	50		
23.00	102/55	13	101	36.3	41	100 %	41	PSIMV	50		
24.00	134/70	12	93	36,5		100 %		PSIMV	50		
01.00	132/67	15	90	36,9		100 %		PSIMV	50		
02.00	137/71	13	90	36,7	41	100 %	41	PSIMV	50		
03.00	134/68	12	90	36,2		100 %		PSIMV	50		
04.00	134/70	12	93	36,5		100 %		PSIMV	50		
05.00	132/67	15	90	36,9	45	100 %	45	PSIMV	50		
06.00	137/71	13	90	36,7		100 %		PSIMV	50		
07.00	137/71	13	90	36,7	68	100 %	68	PSIMV	50	800	780

Nama Klien : Ny.S

Hari/Tanggal : Kamis, 20 Januari 2022

Jam	Tensi	RR	HR	SUHU	MAP	SPO2	CVP	MODE REST	FIO2	INPUT	OUTPUT
08.00	103/54	10	98	36.9		100 %		PSIMV	50		
09.00	101/53	10	98	36,7		100 %		PSIMV	50		
10.00	107/50	13	98	36.7	68	100 %	68	Duolevel	50		
11.00	110/54	13	95	37		100 %		Duolevel	50		
12.00	100/52	13	98	37		100 %		Duolevel	50		

13.00	105/53	15	100	37	8	100 %	8	Duolevel	50		
14.00	107/50	13	98	36.7		100 %		Duolevel	40	125	0
15.00	110/54	13	95	37		100 %		Duolevel	40		
16.00	100/52	13	98	37	8	100 %	8	Duolevel	40		
17.00	105/53	15	100	37		100 %		Duolevel	40		
18.00	100/56	15	100	36.6		100 %		Duolevel	40		
19.00	110/65	16	100	36.3		100 %		Duolevel	40		
20.00	100/62	15	100	36.6		100 %		Duolevel	40		
21.00	105/64	15	99	36.7		100 %		Duolevel	40	425	10
22.00	122/68	12	92	36		100 %		Duolevel	40		
23.00	107/50	13	98	36.7		100 %		Duolevel	40		
24.00	110/54	13	95	37		100 %		Duolevel	40		
01.00	100/52	13	98	37	8	100 %	8	Duolevel	40		
02.00	105/53	15	100	37		100 %		Duolevel	40		
03.00	100/56	15	100	36.6		100 %		Duolevel	40		
04.00	110/65	16	100	36.3		100 %		Duolevel	40		
05.00	100/62	15	100	36.6		100 %		Duolevel	40		
06.00	105/64	15	99	36.7		100 %		Duolevel	40		
07.00	115/66	13	98	36.4		100 %		Duolevel	40	800	770

3.4 Tabel Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Hipersekreasi Jalan Nafas (D.0001)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24jam , maka bersihan jalan napas pada pasien meningkat dengan Kriteria Hasil: L.01001 Hal. 18 <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum menurun 5 2. Pola nafas membaik 5 3. Frekuensi nafas membaik 5 12-24 x/menit 	HAL 186, 187 , 299 Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola nafas - Monitor sputum - Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Berikan terapi nebulizer, jika perlu - Lakukan fisioterapi dada, jika perlu - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Berikan pre oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6 kali ventilasi) sebelum dan setelah penghisapan - Lakukan perawatan mulut (kasa) - Berikan asupan cairan 800 cc/hari, jika tidak kontraindikasi Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan nafas buatan
2.	Hipervolemia b.d Gangguan Mekanisme Regulasi (D0022)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam , maka keseimbangan cairan pada pasien meningkat dengan Kriteria Hasil : L.03020 HAL. 41 <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan cukup meningkat 5 2. Edema menurun 5 	HAL 181, 238 Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodynamic - Monitor intake output cairan - Monitor frekuensi nafas - Monitor nadi - Monitor tekanan darah Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Tinggikan kepala tidur 30-40°

		3. Tekanan darah membaik 5	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasi hasil pemantauan Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian diuretik
3.	Penurunan Kapasitas adaktif Intra Cranial b.d Hipertensi Intrakranial idiopatik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24jam diharapkan Kapasitas adaptif intrakranial pada pasien meningkat L.06049 HAL 35 <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 5 2. Pola nafas membaik 5 3. Tekanan Nadi membaik 5 	HAL 205, 245, 249 Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tingkat kesadaran - Monitor tanda-tanda vital - Monitor CVP - Monior MAP - Monitor penurunan frekuensi jantung Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien - Pertahankan posisi kepala dan leher netral - Pertanhankan suhu tubuh normal - Dokukentasikan hasil pemantauan Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
4.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan otot	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat L.05042 HAL 65 <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 	HAL 30, 350 Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik

		<p>5</p> <p>2. Kekuatan otot meningkat 5</p> <p>3. Rentang gerak (ROM) meningkat 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan latihan gerak aktif dan pasif - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
--	--	--	---

3.5 Tabel Implementasi dan Evaluasi

Nama Klien : Ny.S

Hari/Tanggal : Selasa, 18 Januari 2022

No D X	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	TT Perawat	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan	TT Perawat
1.	18-01-22 08.00 08.35 09.40 10.30 11.00 11.02 11.05 11.07 13.30	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola nafas (irama nafas reguler) - Monitor sputum (sputum sedang 50 cc, warna merah hitam kental) - Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam - Memberikan terapi nebulizer NS + Midatro - Melakukan fisioterapi dada 1-2 menit dengan cara claping/perkusi - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Memberikan pre oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6 kali ventilasi) sebelum dan setelah penghisapan - Melakukan perawatan mulut dengan kasa - Memberikan asupan cairan 800cc/hari (renxamin 200/3 jam dan Diet Nefrisol 6x100) 	<i>RARA</i>	18-01-22 14.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas klien tampak reguler - sekret tampak masih ada, warna merah hitam kental produksi 50 cc. - Frekuensi nafas RR: 13x/menit - Tekanan darah 102/55 mmHg - Nadi : 101 x/menit <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1-8.</p>	<i>RARA</i>

	13.35	- Menjelaskan keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan nafas buatan				
	14.00	- Serah terima dengan jaga siang	<i>Christina</i>	21.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O: - Pola nafas klien tampak reguler - sekret tampak masih ada, warna merah sedikit bening produksi 35 cc. - Frekuensi nafas RR: 13x/menit - Tekanan darah 135/76 mmHg - Nadi : 100 x/menit A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-6.	<i>Christina</i>
	14.20	- Monitor pola nafas (irama nafas reguler)				
	15.20	- Monitor sputum (sputum sedang 35 cc, warna merah sedikit bening)				
	18.20	- Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam				
	18.40	- Memberikan terapi nebulizer NS + Midatro				
	19.10	- Melakukan fisioterapi dada 1-2 menit dengan cara claping/perkusi				
	19.13	- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik				
	20.30	- Memberikan asupan cairan (renxamin 200/3 jam dan Diet Nefrisol 6x100)				
	21.00	- Serah terima dengan jaga malam	<i>Bakhti</i>	07.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O: - Pola nafas klien tampak reguler	<i>Bhakti</i>
	21.30	- Monitor pola nafas (irama nafas reguler)				
	22.00	- Monitor sputum (sputum				

	23.20 01.30 03.00 05.15 06.30	<p>sedang 35 cc, warna merah sedikit putih)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam - Memberikan terapi nebulizer NS + Midatro - Melakukan fisioterapi dada 1-2 menit dengan cara claping/perkusi - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Memberikan asupan cairan (renxamin 200/3 jam dan Diet Nefrisol 6x100) 			<ul style="list-style-type: none"> - sekret tampak masih ada, warna merah sedikit putih produksi 35 cc. - Frekuensi nafas RR: 12x/menit - Tekanan darah 122/68 mmHg - Nadi : 92 x/menit <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1-6.</p>	
2.	18-01-22 08.30 09.45 10.35 11.20 11.42	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodynamic (TD: 102/55, RR: 13, Nadi: 101, Suhu: 36.3, SPO2: 100) - Monitor intake output cairan (Intake cairan infus 25, diit nefrisol 100 = 125 Output, urine 45 Balance cairan 125-45 = 80 cc) - Monitor frekuensi nafas (RR: 13) - Monitor nadi (Nadi: 101) - Monitor tekanan darah (TD: 102/55) 	<i>RARA</i>	14.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan cukup (Balance cairan 125-45 = 80 cc) - Edema tangan menurun - Tekanan darah 102/55 mmHg <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1-4.</p>	<i>RARA</i>

11.45 12.47 13.30 13.35	<ul style="list-style-type: none"> - Tinggikan kepala tidur 30-40° - Dokumentasi hasil pemantauan - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Pemberian diuretik (ranitidin, cefipim, inepesa) 				
14.20 15.00 18.00 20.20	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodynamic (TD: 135/76, RR: 13, Nadi: 100, Suhu: 37, SPO2: 100) - Monitor intake output cairan - Dokumentasi hasil pemantauan (TD: 135/76, RR: 13, Nadi: 100, Suhu: 37, SPO2: 100) - Pemberian diuretik (ranitidin, cefipim, inepesa) 	<i>Chritina a</i>	21.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan cukup (Balance cairan 425-45 = 380 cc) - Edema tangan menurun - Tekanan darah 135/76 mmHg <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1-6.</p>	<i>Chritina</i>
21.40 24.30 24.40 03.30 05.35 06.40	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodynamic (TD: 122/68, RR: 12, Nadi: 92, Suhu: 36, SPO2: 100) - Monitor intake output cairan - Pemberian diuretik (ranitidin, cefipim, inepesa) - Monitor status hemodynamic (TD: 132/67, RR: 15, Nadi: 90, Suhu: 36,9, SPO2: 100) - Monitor intake output cairan - Dokumentasi hasil pemantauan (TD: 115/66, RR: 13, Nadi: 93, 	<i>Bakhti</i>	07.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Asupan cairan cukup (Balance cairan Balance cairan 800-800 = 0cc) - Edema tangan menurun - Tekanan darah 115/66 mmHg <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1-7.</p>	<i>Bakhti</i>

		Suhu: 36,6, SPO2: 100)				
3.	08.00	- Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x1	<i>RARA</i>	14.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran	<i>RARA</i>
	08.30	- Memonitor tanda-tanda vital (TD: 102/55, RR: 13, Nadi: 101, Suhu: 36.3, SPO2: 100)			O:	
	09.45	- Memonitor CVP (45)			- Tingkat kesadaran GCS 2x1	
	10.15	- Memonitor MAP (45)			- Pola napas klien tampak reguler	
	10.35	- Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 101)			- Frekuensi nafas RR: 13x/menit	
	11.20	- Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien			- Tekanan Nadi (Nadi: 101)	
	11.42	- Pertahankan posisi kepala dan leher netral			- Reflek neurologis (CVP 45, MAP 45)	
	11.45	- Pertahankan suhu tubuh normal (Suhu: 36.3)			A: masalah teratasi sebagian	
	12.47	- Dokumentasikan hasil pemantauan (TD: 102/55, RR: 13, Nadi: 101, Suhu: 36.3, SPO2: 100)			P: intervensi dilanjutkan 1-8.	
	13.30	- Informasikan hasil pemantauan				
	13.35	- Kolaborasi pemberian diuretik osmosis (Vascon, dabutamin)				
	14.20	- Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x1	<i>Chritina</i>	21.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran	<i>Chritina</i>
	14.45	- Memonitor tanda-tanda vital	<i>a</i>			

	<p>(TD: 135/76, RR: 13, Nadi: 100, Suhu: 37, SPO2: 100)</p> <p>16.00 - Memonitor CVP (68)</p> <p>16.10 - Memonitor MAP (68)</p> <p>16.20 - Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 100)</p> <p>18.30 - Pertahankan suhu tubuh normal (Suhu: 37)</p> <p>19.30 - Dokumentasikan hasil pemantauan (TD: 135/76, RR: 13, Nadi: 100, Suhu: 37, SPO2: 100)</p> <p>20.10 - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis (Vascon, dabutamin)</p>			<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran GCS 2x1 - Pola napas klien tampak reguler - Frekuensi nafas RR: 13x/menit - Tekanan Nadi (Nadi: 100x/menit) - Reflek neurologis (CVP 68, MAP 68) <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1-8.</p>	
	<p>21.30 - Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x1</p> <p>22.10 - Memonitor tanda-tanda vital (TD: 122/68, RR: 12, Nadi: 92, Suhu: 36, SPO2: 100)</p> <p>24.30 - Memonitor CVP (41)</p> <p>24.40 - Memonitor MAP (41)</p> <p>03.30 - Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 92)</p> <p>04.20 - Pertahankan suhu tubuh normal (Suhu: 36.)</p> <p>05.35 - Dokumentasikan hasil pemantauan (TD: 122/68, RR:</p>	<i>Bakhti</i>	07.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran GCS 2x1 - Pola napas klien tampak reguler - Frekuensi nafas RR: 12x/menit - Tekanan Nadi (Nadi: 92) - Reflek neurologis (CVP 41, MAP 41) <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1-10.</p>	<i>Bakhti</i>

	06.40	12, Nadi: 92, Suhu: 36, SPO2: 100) - pemberian diuretik osmosis (Vascon, dabutamin)								
4.	08.00 09.35 10.30 11.20 12.47 13.20	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (TD: 102/55, RR: 13, Nadi: 101, Suhu: 36.3, SPO2: 100) - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Memberikan latihan gerak aktif dan pasif - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	<i>RARA</i>	14.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O: - Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri - Kekuatan otot meningkat <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1111</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2222</td> <td style="padding: 0 5px;">2222</td> </tr> </table> - Rentang gerak (ROM) tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-2.	1111	1111	2222	2222	<i>RARA</i>
1111	1111									
2222	2222									
	14.45 16.00	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (TD: 135/76, RR: 13, Nadi: 100, Suhu: 37, SPO2: 100) - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	<i>Chritina</i>	21.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O: - Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri - Kekuatan otot meningkat	<i>Chritina</i>				

	20.10	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">1111</td> <td style="padding: 2px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">2222</td> <td style="padding: 2px;">2222</td> </tr> </table> <p>- Rentang gerak (ROM) tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-2.</p>	1111	1111	2222	2222	
1111	1111									
2222	2222									
	21.30 05.35	<p>- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (TD: 122/68, RR: 12, Nadi: 92, Suhu: 36, SPO2: 100)</p> <p>- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p>	<i>Bakhti</i>	07.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri - Kekuatan otot meningkat <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">1111</td> <td style="padding: 2px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">2222</td> <td style="padding: 2px;">2222</td> </tr> </table> <p>- Rentang gerak (ROM) tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-6.</p>	1111	1111	2222	2222	<i>Bakhti</i>
1111	1111									
2222	2222									

Nama Klien : Ny.S

Hari/Tanggal : Rabu, 19 Januari 2022

No D X	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	TT Perawat	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan	TT Perawat
1.	19-01-22 08.00 08.35 11.00 11.02 11.05 13.30	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola nafas (irama nafas reguler) - Monitor sputum (sputum sedang 35 cc, warna putih kental) - Memberikan terapi nebulizer NS + Midatro - Melakukan fisioterapi dada 1-2 menit dengan cara claping/perkusi - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Memberikan asupan cairan 800cc/hari (renxamin 200/3 jam dan Diet Nefrisol 6x100) 	<i>RARA</i>	19-01-22 14.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas klien tampak reguler - sekret tampak masih ada, warna putih kental produksi 35 cc. - Frekuensi nafas RR: 12x/menit - Tekanan darah 134/70 mmHg - Nadi : 93 x/menit <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1-6.</p>	<i>RARA</i>
	14.00 14.20 15.40 16.20	<ul style="list-style-type: none"> - Serah terima jaga siang - Monitor sputum (sputum sedang 25 cc, warna putih kental) - Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam - Memberikan terapi nebulizer 	<i>AFI</i>	21.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas klien tampak reguler - sekret tampak masih ada, warna putih kental produksi 25 cc. 	<i>AFI</i>

	17.30	NS + Midatro - Melakukan fisioterapi dada 1-2 menit dengan cara claping/perkusi			- Frekuensi nafas RR: 10x/menit - Tekanan darah 100/52 mmHg - Nadi : 98 x/menit	
	18.00	- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik			A: masalah teratasi sebagian	
	19.15	- Memberikan asupan cairan (renxamin 200/3 jam dan Diet Nefrisol 6x100)			P: intervensi dilanjutkan 1-7	
	21.00	- Serah terima jaga malam	<i>IKA</i>	07.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran	<i>IKA</i>
	21.20	- Monitor pola nafas (irama nafas reguler)			O:	
	22.00	- Monitor sputum (sputum sedang 10 cc, warna putih kental)			- Pola nafas klien tampak reguler	
	23.20	- Memberikan terapi nebulizer NS + Midatro			- sekret tampak masih ada, warna putih kental produksi 10 cc.	
	01.30	- Melakukan fisioterapi dada 1-2 menit dengan cara claping/perkusi			- Frekuensi nafas RR: 13x/menit	
	01.35	- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik			- Tekanan darah 137/71 mmHg	
	05.15	- Melakukan perawatan mulut dengan kasa			- Nadi : 90 x/menit	
	06.30	- Memberikan asupan cairan (renxamin 200/3 jam dan Diet Nefrisol 6x100)			A: masalah teratasi sebagian	
					P: intervensi dilanjutkan 1-6.	

2.	19-01-22 08.30 10.35 13.30	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodynamic (TD: 134/70, RR: 12, Nadi: 93, Suhu: 36.5, SPO2: 100) - Monitor intake output cairan (Intake cairan infus 25, diit nefrisol 100 = 125 Output, urine 20 Balance cairan 125-20 = 105 cc) - Pemberian diuretik (ranitidin, cefipim, inpepsa) 	<i>RARA</i>	14.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan cukup (Balance cairan 125-20 = 105 cc) - Edema tangan menurun - Tekanan darah 134/70 mmHg <p>A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-3.</p>	<i>RARA</i>
	14.20 17.10 20.20	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodynamic (TD: 100/52 RR: 10, Nadi: 98, Suhu: 37, SPO2: 100) - Monitor intake output cairan - Pemberian diuretik (ranitidin, cefipim, inpepsa) 	<i>AFI</i>	21.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan cukup (Balance cairan 425-20= 405 cc) - Edema tangan menurun - Tekanan darah 100/52 mmHg <p>A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-3.</p>	<i>AFI</i>
	21.30 24.30 24.40	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodynamic (TD: 100/62, RR: 15, Nadi: 100, Suhu: 36,6, SPO2: 100) - Monitor intake output cairan - Pemberian diuretik (ranitidin, cefipim, inpepsa) 	<i>IKA</i>	07.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan cukup (Balance cairan 800-780 = 20cc) 	<i>IKA</i>

	03.30 05.35 06.40	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodynamic (TD: 137/71, RR: 13, Nadi: 90, Suhu: 36,7, SPO2: 100) - Monitor intake output cairan - Dokumentasi hasil pemantauan (TD: 137/71, RR: 13, Nadi: 90, Suhu: 36,7, SPO2: 100) 			<ul style="list-style-type: none"> - Edema tangan menurun - Tekanan darah 137/71 mmHg <p>A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-3.</p>	
3.	08.00 08.30 08.35 11.20	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x5 - Memonitor MAP (45) - Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 93) - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis (Vascon, dabutamin) 	<i>RARA</i>	14.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran GCS 2x5 - Pola napas klien tampak reguler - Tekanan Nadi (Nadi: 101) - Reflek neurologis (MAP 45) <p>A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-5</p>	<i>RARA</i>
	14.20 14.45 15.00 16.10 19.10	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x5 - Memonitor CVP (41) - Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 98) - Pertahankan suhu tubuh normal (Suhu: 36.3) - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis (Vascon, dabutamin) 	<i>AFI</i>	21.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran GCS 2x5 - Pola napas klien tampak reguler - Tekanan Nadi (Nadi: 98x/menit) - Reflek neurologis (CVP 41) <p>A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-5</p>	<i>AFI</i>

	21.30 22.10 24.30 24.40 03.30 05.35	- Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x5 - Memonitor CVP (68) - Memonitor MAP (68) - Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 90) - Pertahankan suhu tubuh normal (Suhu: 36.7) - pemberian diuretik osmosis (Vascon, dabutamin)	<i>IKA</i>	07.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O: - Tingkat kesadaran GCS 2x5 - Pola napas klien tampak reguler - Tekanan Nadi (Nadi: 90) - Reflek neurologis (CVP 68, MAP 68) A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-4.	<i>IKA</i>						
4.	08.00 09.35	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (TD: 134/70, RR: 12, Nadi: 93, Suhu: 36.5, SPO2: 100) - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	<i>RARA</i>	14.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O: - Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1111</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2222</td> <td style="padding: 0 5px;">2222</td> </tr> </table> - Rentang gerak (ROM) dapat bergerak secara mandiri apabila adanya rangsangan nyeri A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-2	1111	1111			2222	2222	<i>RARA</i>
1111	1111											
2222	2222											

	<p>14.45</p> <p>16.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (TD: 100/52, RR: 10, Nadi: 98, Suhu: 36.5, SPO2: 100) - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 	<i>AFI</i>	21.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1111</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2222</td> <td style="padding: 0 5px;">2222</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak (ROM) dapat bergerak secara mandiri apabila adanya rangsangan nyeri <p>A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-2</p>	1111	1111	2222	2222	<i>AFI</i>
1111	1111									
2222	2222									
	<p>21.30</p> <p>05.35</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (TD: 137/71, RR: 13, Nadi: 90, Suhu: 36,7 , SPO2: 100) - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 	<i>IKA</i>	07.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri - Kekuatan otot meningkat <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1111</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2222</td> <td style="padding: 0 5px;">2222</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak (ROM) tidak dapat 	1111	1111	2222	2222	<i>IKA</i>
1111	1111									
2222	2222									

					bergerak secara mandiri/dengan bantuan A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-2.
--	--	--	--	--	--

Nama Klien : Ny.S

Hari/Tanggal : Kamis, 20 Januari 2022

No D X	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	TT Perawat	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan	TT Perawat
1.	20-01-22 08.00 08.35 09.40 11.02 11.05 13.30	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola nafas (irama nafas reguler) - Monitor sputum (sputum sedang 10 cc, warna putih kental) - Memberikan terapi nebulizer NS + Midatro - Melakukan fisioterapi dada 1-2 menit dengan cara claping/perkusi - Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Memberikan asupan cairan 800cc/hari (renxamin 200/3 jam dan Diet Nefrisol 6x100) 	<i>RARA</i>	20-01-22 14.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas klien tampak reguler - sekret tampak masih produksi 10 cc, warna putih kental. - Frekuensi nafas RR: 13x/menit - Tekanan darah 107/50 mmHg - Nadi : 98 x/menit <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1-7.</p>	<i>RARA</i>
	14.00 14.40	<ul style="list-style-type: none"> - Serah terima jaga siang - Monitor pola nafas (irama nafas reguler) 	<i>MENTARI</i>	21.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p>	<i>MENTARI</i>

15.40	- Monitor sputum (sputum sedang 15 cc, warna putih kental)			O:	
16.20	- Memberikan terapi nebulizer NS + Midatro			- Pola nafas klien tampak reguler	
17.30	- Melakukan fisioterapi dada 1-2 menit dengan cara claping/perkusi			- sekret tampak masih ada, warna putih kental produksi 15 cc.	
17.35	- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik			- Frekuensi nafas RR: 13x/menit	
19.15	- Memberikan asupan cairan (renxamin 200/3 jam dan Diet Nefrisol 6x100)			- Tekanan darah 105/64 mmHg	
				- Nadi : 99 x/menit	
				A: masalah teratasi sebagian	
				P: intervensi dilanjutkan 1-7	
21.00	- Serah terima jaga malam	<i>KHAN</i>	07.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran	<i>KHANN</i>
22.00	- Monitor pola nafas (irama nafas reguler)	<i>NA</i>			<i>A</i>
23.20	- Monitor sputum (sputum sedang 0 cc, warna putih kental)			O:	
01.30	- Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam			- Pola nafas klien tampak reguler	
02.00	- Memberikan terapi nebulizer NS + Midatro			- sekret tampak masih ada, warna putih kental produksi 0 cc.	
02.30	- Melakukan fisioterapi dada 1-2 menit dengan cara claping/perkusi			- Frekuensi nafas RR: 13 x/menit	
02.40	- Melakukan penghisapan lendir			- Tekanan darah 155/66 mmHg	
				- Nadi : 98 x/menit	
				A: masalah teratasi sebagian	
				P: intervensi dihentikan	

	05.15	<p>kurang dari 15 detik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan asupan cairan (renxamin 200/3 jam dan Diet Nefrisol 6x100) 				
2.	20-01-22 08.30 11.45 13.35	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodynamic (TD: 107/50, RR: 13, Nadi: 98, Suhu: 36.7, SPO2: 100) - Monitor intake output cairan (Intake cairan infus 25, diit nefrisol 100 = 125 Output, urine 10 Balance cairan 125-10 = 115 cc) - Pemberian diuretik (ranitidin, cefipim, inpepsa) 	<i>RARA</i>	14.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan cukup (Balance cairan 125-10 = 115 cc) - Edema tangan menurun - Tekanan darah 107/50 mmHg <p>A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-3</p>	<i>RARA</i>
	14.20 17.10 20.20	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodynamic (TD: 135/76, RR: 13, Nadi: 100, Suhu: 37, SPO2: 100) - Monitor intake output cairan - Pemberian diuretik (ranitidin, cefipim, inpepsa) 	<i>MENTARI</i>	21.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan cukup (Balance cairan 425-15 = 415 cc) - Edema tangan menurun - Tekanan darah 135/76 mmHg <p>A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-3.</p>	<i>MENTARI</i>
	21.30	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodynamic (TD: 135/76, RR: 13, Nadi: 100, 	<i>KHANNA</i>	07.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p>	<i>KHANN A</i>

	24.30 24.40 03.30 05.35 06.40	Suhu: 37, SPO2: 100)) - Monitor intake output cairan - Pemberian diuretik (ranitidin, cefipim, inpepsa) - Monitor status hemodynamic (TD: 115/66, RR: 13, Nadi: 98, Suhu: 36,4, SPO2: 100) - Monitor intake output cairan - Dokumentasi hasil pemantauan (TD: 115/66, RR: 13, Nadi: 98, Suhu: 36,4, SPO2: 100)			O: Asupan cairan cukup (Balance cairan Balance cairan 800-770 = 30cc) - Edema tangan menurun - Tekanan darah 115/66 mmHg A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-3.	
3.	08.00 08.30 08.35 11.20	- Memonitor tingkat kesadaran GCS 3x5 - Memonitor MAP (68) - Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 98) - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis (Vascon, dabutamin)	<i>RARA</i>	14.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O: - Tingkat kesadaran GCS 3x5 - Pola napas klien tampak reguler - Tekanan Nadi (Nadi: 98) - Reflek neurologis (MAP 68) A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-5	<i>RARA</i>
	14.20 14.45 15.00	- Memonitor tingkat kesadaran GCS 3x5 - Memonitor CVP (68) - Memonitor penurunan frekuensi	<i>MENTARI</i>	21.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O:	<i>MENTARI</i>

	16.10 19.10	- jantung (Nadi: 99) - Pertahankan suhu tubuh normal (Suhu: 36.7) - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis (Vascon, dabutamin)			- Tingkat kesadaran GCS 3x5 - Pola napas klien tampak reguler - Tekanan Nadi (Nadi: 99x/menit) - Reflek neurologis (CVP 68) A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-5	
	21.30 22.10 24.30 24.40 03.30 05.35	- Memonitor tingkat kesadaran GCS 3x5 - Memonitor CVP (8) - Memonitor MAP (8) - Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 98) - Pertahankan suhu tubuh normal (Suhu: 36.4) - pemberian diuretik osmosis (Vascon, dabutamin)	<i>KHAN</i> <i>NA</i>	07.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O: - Tingkat kesadaran GCS 3x5 - Pola napas klien tampak reguler - Tekanan Nadi (Nadi: 98) - Reflek neurologis (CVP 8, MAP 8) A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-4.	<i>KHANN</i> <i>A</i>
4.	08.00 09.35	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (TD: 107/50, RR: 13, Nadi: 98, Suhu: 36.7, SPO2: 100) - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	<i>RARA</i>	14.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O: - Pergerakan ekstremitas dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan - Kekuatan otot	<i>RARA</i>

					$\frac{2222}{2222} \mid \frac{2222}{2222}$ <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak (ROM) dapat bergerak secara mandiri apabila adanya rangsangan nyeri <p>A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-2</p>	
	14.45 16.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (TD: 105/64, RR: 15, Nadi: 99, Suhu: 36.7, SPO2: 100) - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 	<i>MENTARI</i>	21.00	<p>S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan - Kekuatan otot $\frac{2222}{2222} \mid \frac{2222}{2222}$ <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak (ROM) dapat bergerak secara mandiri apabila adanya rangsangan nyeri <p>A: masalah teratasi sebagian</p>	<i>MENTARI</i>

					P: intervensi dilanjutkan 1-2	
	21.30	- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (TD: 115/66, RR: 13, Nadi: 98, Suhu: 36,4 , SPO2: 100)	<i>KHAN</i> <i>NA</i>	07.00	S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O: - Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri - Kekuatan otot meningkat	<i>KHANN</i> <i>A</i>
	05.35	- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi			$\begin{array}{r l} 2222 & 2222 \\ \hline 2222 & 2222 \end{array}$ - Rentang gerak (ROM) tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 1-2.	

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 ini membahas tentang proses asuhan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosis medis CKD di Ruang ICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 17 Januari 2022 – 22 Januari 2022. Pendekatan studi kasus dilakukan untuk mendapatkan pembahasan antara fakta di lapangan dan teori yang disertai analisis atau opini penulis. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada Ny.S dengan cara anamnesa pada observasi pasien, karena pasien mengalami penurunan kesadaran, pemeriksaan fisik dan mendapatkan data pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari: pasien adalah seorang ibu bernama "S" usia 77 tahun, beragama Islam, pasien seorang ibu rumah tangga mempunyai anak 3 dan 2 laki-laki 1 perempuan, ketiga anaknya sudah menikah. Dan mempunyai 6 cucu. Pasien dipindah di ICU tanggal 16 Januari 2022 pukul 15.35 WIB.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan, Keluhan Utama yang kami dapatkan tidak dapat Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran, dan tidak dapat berbicara apa yang dikeluhkan saat ini. Untuk riwayat penyakit yang dirasakan sekarang kami dapatkan dari observasi selama 6 hari. Pasien rujukan dari RS Brawijaya dengan keluhan pusing, kejang 1x mata melirik keatas, pasien datang ke igd RSPAL pada tanggal 11 Januari 2022 pukul 21.00 terapi yang diberikan igd yaitu pemasangan infus RL

100 ml, pemasangan nasal kanul 3 lpm, dan terapi obat injeksi ca glukonas 1 amp melalui IV bolus pelan, lalu pasien dipindah keruang HCU pada tanggal 12 januari 2022 pukul 03.00 dengan keadaan lemah terapi yang diberikan yaitu terpasang infus d5% 1000 cc, nefrosteril 18 tetes/menit, terpasang perdipin.pump 0.25 mcg kec. 5.25 BB 50 kg tapering off, terpasang O2 NRB 15 lpm, rr 10, Spo2 100%, pemasangan kateter, lalu pasien pindah ke ruang ICU Central tanggal 16 januari 2022 pukul 15.35 dengan keluhan penurunan keasadaran, terapi yang diberikan terpasang ETT no 7,5 kedalaman 21cm, dibibir kanan terpasang ETT hari kedua. Dengan sambung ventilator mode rest duo level 80 %, terpasang NGT, dan diit nefrisol 3x50cc. Saat pengkajian tanggal 18 Januari 2022 pukul 08.00. Keluhan pasien tidak terkaji karena penurunan kesadaran, nafas klien via ETT sambung ventilator dengan mode rest PSIMV, PC 15, PS 8, Peep 8, rr 10, CVp 4,5 SPO2 100, Tensi 103/54 Suhu 36,9 , nadi 98, gcs 2x1, urin 25cc/3jam, infus NS 1000 ml, mobilisasi dibantu, rr actual 10, irama reguler. Terdapat Sekret merah hitam kental, produksi sedang 50cc. HD rutin 1 minggu 3 kali, hari Senin, Selasa dan Sabtu. Pasien tidak mempunyai riwayat dahulu dan pasien tidak mempunyai Alergi obat ataupun makanan. Keadaan pasien saat ini lemah dengan status kesadaran somnolen GCS 2x1 yang dimana eye pasien dapat menerima respon apabila adanya nyeri atau rangsangan dan x yang dimana pasien terpasangnya ETT dan nilai 1 yang dimana motorik pasien tidak dapat menerima rangsangan nyeri ataupun perintah dari perawat. Observasi hemodinamik yang dirasakan pasien saat pengkajian Tensi 103/54 mmHg, nadi 98 x/menit, rr actual 10x/menit, dan suhu 36.9 derajat celcius.

Dan pemeriksaan Fisik B1-B6 yaitu :

1. B1 (Breathing)

Nafas pasien via ETT sambung ventilator dengan mode PSIMV, PC 15, PS 8, Peep 8, rr 10, SPO2 100%, rr actual 10, irama reguler Terdapat Sekret merah hitam kental, produksi sedang 50cc. Inspeksi bentuk dada simetris, irama nafas regular. Tidak sianosis, tidak terdapat napas cuping hidung. Pasien tidak dapat melakukan batuk efektif, terdengar suara ronkhi diakhir ekspirasi.

2. B2 (Blood)

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak tampak distensi vena juguler tidak terdengar bunyi jantung tambahan. Tekanan Darah: 103/54mmHg, Nadi: 98x/menit RR:10x/menit, Suhu: 36.9°, Terpasang infus NS 1000ml, mukosa bibir lembab, terasa akral hangat, nadi teraba lemah, irama jantung teratur, CVP berada di sub clavicula dextra nilai CVP: 4,5 , CRT <2 detik. Perkusi terdapat suara sonor.

3. B3 (Brain)

Kesadaran somnolen, respon pupil melambat, pupil isokor, GCS E: 2 V: x M: 1 Total : 2x1.

Nervus Kranial

- NI : Tidak terkaji
- NII : Tidak terkaji
- NIII : px dapat mengangkat kelopak mata
- NIV : px merespon rangsangan nyeri
- NV : Tidak terkaji
- NVI : Tidak terkaji
- NVII : Tidak terkaji
- NVIII : px mampu mendengar

- NIX : Tidak terkaji
- NX : px menggunakan NGT
- NXI : Tidak terkaji
- NXII : Tidak terkaji

4. B4 (Bladder)

Pasien terpasang kateter ke 1 hari 7 no 16 isi balon 10cc, BAK 25cc/3 jam warna kuning bersih, pasien tidak BAB. Intake cairan renxamin 200 (25cc/3jam)

<p>Input:</p> <p>cairan renxamin 200</p> <p>Diit nefrisol 600 \dagger</p> <p style="text-align: center;"><u> </u></p> <p style="text-align: center;">800 cc</p>	<p>Output :</p> <p>BAK 25</p> <p>BAB 0</p> <p>IWL (15x50) 750 \dagger</p> <p style="text-align: center;"><u> </u></p> <p style="text-align: center;">775 cc</p>
---	---

Balance Cairan : $800 - 775 = 5$ cc (Retriksi Cairan)

5. B5 (Bowel)

Pasien terpasang NGT ke 1 hari 7 no 19, bising usus 8x/menit. diit Nefrisol 6x100 Kebersihan mulut kurang, mukosa bibir kering, tidak adanya sariawan.

6. B6 (Bone)

Warna kulit sawo matang, turgor kulit sedang <2 detik, didapatkan edema di ekstremitas bawah kanan dan kiri, tidak ada kontraksi otot secara tiba-tiba (kejang), kelemahan ekstremitas atas dan bawah, Terpasang CVC di subclavia dektra Keadaan lemah, kekuatan otot menurun, tidak adanya decubitis.

1111	1111
<u> </u>	<u> </u>
2222	2222

Dan pengkajian lain didapatkan dari data pemeriksaan penunjang yaitu laboratorium yang dimana adanya penurunan HB dan tingginya BUN/KREATININ sehingga menyebabkan pasien mendapatkan diagnosa medis Chronic Kidney Disease (CKD) penyebaran infeksi yang terjadi pada ginjal menyebabkan pasien tidak dapat mengabsorpsi darah dengan lancar dan diharuskan pasien mendapatkan perawatan seperti Cuci Darah atau Hemodialisa (HD) (Arliza dalam Nita Permanasari, 2018). Pengkajian integritas didapatkan adanya edema pada kedua tangan pasien.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dengan keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka yaitu :

1. Hipervolemia berhubungan dengan penurunan volume urin, retensi cairan dan natrium, gangguan mekanismeregulasi.
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan iskemia jaringan, penurunanaktivitas.
3. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Faktor resiko
4. Intoleransi aktifitas b.d Kelemahan
5. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi.

Dengan keperawatan yang ada pada tinjauan kasus yaitu :

1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Hipersekresi Jalan Nafas
Diagnosa ini diangkat dari adanya sekret yang menumpuk dengan retensi sekitar 50cc dengan warna merah hitam.
2. Hipervolemia b.d Gangguan Mekanisme Regulasi
Diagnosa ini diangkat dari adanya laboratorium yang dimana Hb klien menurun dan tingginya Bunkret pasien.

3. Penurunan Kapasitas adaktif Intra Cranial b.d gangguan metabolisme (ensofalopati uremikum)

Diagnosa ini diangkat dari adanya penurunan kesadaran pasien, reflek neurologis pasien yang terganggu dan adanya hasil kreatinin yang tinggi.

4. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan otot

Diagnosa ini diangkat dari adanya kekuatan otot yang menurun dan kesadaran pasien atau GCS yang didapat yaitu 2x1 yang dimana butuh perawatan yang stabil dan dukungan mobilisasi agar klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

4.3 Pelaksanaan

Pada pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi hal itu karena disesuaikan oleh keadaan pasien yang sebenarnya dan melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direlasisasikan karena hanya membahas teori sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direlisisasikan pada klien dan ada pendokumentasikan dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaa diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka. Dan hal ini harus memiliki kerjasama tim anantara dokter, perawat dan kolabolator lainnya.

Pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan pada diagnosa tinjauan kasus :

1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan

Nafas dilakukan tindakan keperawatan yaitu 1. Monitor pola nafas agar mengetahui status nafas pasien. 2. Monitor sputum agar mengetahui perkembangan Sputum yang dikeluarkan . 3. Monitor tekanan balon ETT 4-8 jam agar tidak masuknya udara kedalam tubuh. 4. Berikan pre oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6 kali ventilasi) sebelum dan setelah penghisapan agar pasien dapat bernafas sendiri saat dilakukan penghisapan. 5. Berikan terapi nebulizer (NS + Midekro) agar sekret yang ada didalam tubuh keluar. 6. Lakukan fisioterapi dada agar mengeluarkan sekret yang ada di alveoli . 7. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik agar pasien dapat bernafas dengan baik. 8. Lakukan perawatan mulut (kasa) agar pasien nyaman. 9. Berikan asupan cairan 800 cc/hari, jika tidak kontraindikasi agar perkembangan intake dan output pasien dapat diketahui. 10. Jelaskan keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan nafas agar keluarga mengetahui tindakan yang diberikan.

2. Pada masalah Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi dilakukan tindakan keperawatan 1. Observasi Monitor Status hemodinamik untuk mengetahui status perkembangan pasien dari TD, RR, Nadi, Suhu, dan SPO2 . 2. Observasi Monitor intake output cairan untuk mengetahui perkembangan intake output pasien . 3. Monitor frekuensi nafas agar mengetahui rr pasien. 4. Monitor nadi agar mengetahui perkembangan nadi pasien. 5. Monitor tekanan darah agar mengetahui tensi pasien. 6. Tinggikan kepala tiur 30-40 derajat agar pasien nyaman saat tirah baring dan tidak mengalami kesulitan bernafas. 7. Dokumentasi hasil pemantauan agar mengetahui perkembangan pasien. 8. Jelaskan tujuan dan

prosedur pemantauan agar keluarga mengetahui perkembangan pasien. 9. Pemberian diuretik (Rexamin, Ranitidin, Cefipim, Inpensa, dan Donperidon) agar pasien dapat meningkatkan tekanan darah .

3. Pada masalah Penurunan Kapasitas adaktif Intra Cranial berhubungan dengan gangguan metabolisme ensefalopati uremikum dilakukan tindakan keperawatan
1. Monitor Tingkat kesadaran agar mengetahui status perkembangan kesadaran pasien.
2. Observasi Monitor Tanda-tanda vital agar mengetahui perkembangan TD, RR, Nadi, Suhu, dan SPO2 .
3. Monitor CVP pasien agar mengetahui perkembangan pasien.
4. Monitor MAP agar mengetahui perkembangan pasien.
5. Monitor penurunan frekuensi jantung agar mengetahui perkembangan nadi pasien.
6. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien agar mengetahui kondisi pasien sesuai jadwal .
7. Pertahankan posisi kepala dan leher agar terhindar cedera lain.
8. Pertahankan suhu tubuh normal agar mengetahui suhu pasien.
9. Dokumentasikan hasil pemantauan agar mengetahui status perkembangan pasien.
10. Informasikan hasil pemantauan agar keluarga mengetahui status perkembangan pasien.
11. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis (Vascon dan dabutamin) agar pasien dapat meningkatkan nadi dan tekanan darah.
4. Pada masalah Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan otot dilakukan tindakan keperawatan
1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi agar mengetahui kondisi pasien.
2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi agar mengetahui perkembangan
3. Berikan latihan gerak aktif dan pasif agar pasien dapat melatih gerak secara mandiri.
4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi

dengan alat bantu (pagar tempat tidur) agar pasien tidak mengalami resiko jatuh. 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan agar keluarga dapat membantu pasien. 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi agar keluarga mengetahui tindakan yang diberikan.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan keluarga kooperatif dengan perawat sehingga rencana keperawatan dapat dilakukan dengan baik.

4.4 Evaluasi

Pada waktu pelaksanaan evaluasi Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekreasi jalan nafas kebutuhan pasien dapat diketahui saat tindakan yang diberikan yaitu sekret pasien berkurang dari 50cc menjadi 0cc dengan warna putih kental dan masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan. Pada diagnosa kedua Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi kebutuhan pasien dapat diketahui saat tindakan yang diberikan yaitu adanya peningkatan HB 10.30, Bun 16 dan Kreatinin 9.26. Status hemodinamik yang didapat TD 122/68 mmHg, RR 12x/menit, Nadi 92x/menit, Suhu 36 derajat celcius, SPO2 100% dan didapat intake 800cc dari infus renxamin 200 (25/3 jam) dan diit nefrisol 600 (6x100) dan output pasien urine 20 cc, BAB 0 cc dan IWL 750 cc. Sehingga output yang dikeluarkan pasien tidak sesuai dengan intake yang diberikan pasien dan masalah teratasi sebagian dan intervensi tetap dilanjutkan. Pada diagnosa ketiga Penurunan Kapasitas adaktif Intra Cranial berhubungan dengan Gangguan Metabolisme ensefalopati uremikum diketahui saat tindakan yang diberikan yaitu penurunan kesadaran pasien sedikit membaik dapat dilakukan penilaian dengan penilaian GCS yaitu 3x5 yang dimana pasien dapat membuka

mata dengan perintah yang diberikan dan motorik pasien dapat menggerakkan kedua kaki pasien dengan mandiri dengan status kesadaran Delirium dan masalah teratasi sebagian dan intervensi tetap dilanjutkan. Pada diagnosa keempat Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan otot dapat diketahui saat tindakan yang diberikan edema pada tangan pasien sedikit berkurang dan dukungan mobilisasi tetap berlanjut dilakukan sesuai kondisi pasien saat ini dan masalah teratasi sebagian dan intervensi tetap dilanjutkan.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien dan tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Ny. S sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan .

BAB 5

PENUTUP

Setelah kami melakukan pengamatan dan proses asuhan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosis medis CKD di Ruang ICU RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 17 Januari 2022 – 22 Januari 2022., maka kami dapat menarik kesimpulan dan sekaligus memberikan saran yang dapat bermanfaat untuk membantu meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan CKD .

5.1 Kesimpulan

Setelah menguraikan berbagai persamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, maka kami dapat mengambil simpulan sebagai berikut:

1. **Pengkajian** pada pasien dengan diagnosis CKD dilakukan dengan pendekatan persistem mulai dari B1-B6 dan pola nervus kranial. Pada pengkajian Primary primer Airway Breathing kami menemukan data bersihan jalan nafas tidak efektif yang disebabkan karena adanya sekret. Ada beberapa nervis pada sistem persyarafan yang tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.
2. **Dalam penegakkan diagnosis keperawatan**, tidak semua diagnosis yang ada di tinjauan pustaka tercantum di tinjauan kasus. Kami menegakkan diagnosis keperawatan sesuai kondisi klinis yang dialami oleh pasien.
3. Intervensi keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semuanya tercantum pada tinjauan kasus. Intervensi yang kami lakukan menyesuaikan diagnosis yang ditemukan pada pasien.

4. Pelaksanaan implementasi keperawatan, kami melakukan pendelegasian tindakan keperawatan kepada teman sejawat dan bekerja sama dengan perawat ruangan.
5. Keberhasilan proses asuhan keperawatan pada pasien belum tercapai sepenuhnya. Hal ini disebabkan karena terbatasnya waktu dan kondisi pasien yang dalam perawatan intensif belum adanya tanda peningkatan kesadaran, sehingga keluarga memilih tetap merawat dirumah sakit.

5.2 **Saran**

Adapun saran-saran yang ingin penulis sampaikan setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD adalah sebagai berikut:

1. Akademisi

Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi sumber referensi bagi akademisi untuk memperdalam ilmu tentang proses asuhan keperawatan pada pasien CKD.

2. Praktisi

- a. Bagi Pelayanan Rumah Sakit

Penanganan yang cepat dan tepat pada kasus CKD sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

- b. Bagi Penulis

Dalam menyusun studi kasus pada pasien dengan diagnosis CKD, kerja sama antar sesama tim kesehatan dalam melakukan proses asuhan keperawatan, sangat dibutuhkan untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien.

c. Bagi Keluarga Pasien

Partisipasi keluarga dengan tenaga kesehatan dalam menangani kasus CKD, sangat dibutuhkan untuk memudahkan tenaga kesehatan melakukan proses asuhan keperawatan yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

Putri, T. D., Mongan, A. E., & Memah, M. F. (2016). *Gambaran Kadar Albumin Serum Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Stadium 5 Non Dialisis*. *Jurnal E-Biomedik*, 4(1), 173–177. <https://doi.org/10.35790/Ebm.4.1.2016.10861>.

Rosari, F., Sirait, H., & Sari, M. I. (2017). *Ensefalopati Uremikum Pada Gagal Ginjal Kronis Uremic Encephalopathy In Chronic Kidney Disease*. 7, 19–24.

Safitri, L. N., & Sani, F. N. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Ny . H Dengan Chronic Kidney Disease (Ckd) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan*. C.

Mbenu, Agustina Wanti (2019) *Asuhan Keperawatan Pada Klien Chronic Kidney Disease Dengan Masalah Hipervolemia Di Rumah sakit Panti Waluya sawahan Malang*.

<http://repository.stikespantiwaluya.ac.id/id/eprint/337>

Gambaran Aktivitas Perawat tentang Penatalaksanaan Masalah Pk: Peningkatan Tekanan Intrakranial. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.50314>

Pengaruh Tindakan Suction Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Yang Di Rawat Di Ruang Icu Rsud Raa Soewondo Pati Emma Setiyo Wulan, Nanang Nurul Huda Vol 9, No 1 (2022) > Wulan.

Y., Romadoni, S., & Imardiani, I. (2019). *Pengaruh Tindakan Suction ETT Terhadap Kadar Saturasi Oksigen Pada Pasien Gagal Nafas di Ruang ICU dan IGD Rumah Sakit Umum Daerah Prabumulih Tahun 2017*. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*. <https://doi.org/10.23917/bik.v12i2.4551>

- Harianto, A, S. R. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah I Diagnosa Nanda. Media.*
- Sinaga Et Al. (2017). *Evaluasi Kerasionalan Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Gagal Ginjal Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Pharmacon, 6(3), 10–19.*
- Tahir, A. M. (2019). *Patofisiologi Kesadaran Menurun. Umi Medical Journal, 3(1), 80–88. <https://doi.org/10.33096/Umj.V3i1.37>*
- Arfai, M Fahmi. (2014). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di Rsud Tugurejo Semarang. Semarang: UNIMUS.*
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia - Definisi dan Indikator Diagnostik.* (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Ed.). DPP PPNI.
- Seren, Rutas Elti. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada An. A. L Dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Kenanga Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Kupang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.*
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia - Definisi dan Tindakan Keperawatan.* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Ed.). DPP PPNI.
- SLKI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia - Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan.* (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, Ed.). DPP PPNI.

Lampiran 1

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Karena begitu besar kasih Allah akan dunia ini, sehingga Ia telah mengaruniakan anakNya yang tunggal, supaya setiap orang yang percaya kepadaNya tidak binasa, melainkan beroleh hidup yang kekal.

PERSEMBAHAN

1. Terima kasih kepada Tuhan Yesus Kristus yang telah memeberikan kesehatan serta kasih dan karunia bagi saya untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Terima kasih buat mama ayah yang telah berjuang dan memberikan semangat saat menyusun KTI selalu diberi asupan ditengah malam hari dari snack ataupun Mie Goreng wkwk serta doa dan dukungan yang penuh cinta kasih sampai anakmu yang cantik ini lulus terimakasih juga buat kakakku tercinta yang sukanya cerita hantu disaat adekmu tercinta menyusun KTI ditengah malam-malam, terimakasih sudah menunggu sampai menyelesaikan KTI dengan tepat waktu sekalipun begadang dari siang sampai pagi i love you.
3. Terima kasih kepada ibu dan bapak dosen pembimbing dan penguji khususnya bu ninik dan bu sifira yang telah membimbing saya hingga saat ini untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Terima kasih kepada sahabat – sahabatku khususnya Zulfa kawan kecil yang always ada didekatku sekalipun sudah lama ga bertemu karena sibuk nyusun Skripsi masing-masing thanks buat apapun i love you ,

Sharing is Caring (Yona , Echa , Alya thanks sudah kasih Nasihat yang menguatkan iman yang lebih bertumbuh lagi sama Tuhan i love you guys) Rich People soon To Be (Meirlyn , Witri , Ladev , Laela , Ana , Okta , dan Alm Tria sahabatku yang ceria dan wishnya namanya ingin disebutkan pada tulisan KTI ku i love you guys) Keperawatan 2 (Zyesi , Rina , Nadia, Yosi , Teti , Viona , Sukma , Salsa , Nisa , Silfany thanks selama 3 tahun bersama yang membuat kenangan indah maupun pahit semoga kita bisa sukses bersama dan biarlah kenangan kita tetap selalu ada dihati kita masing-masing i love you) Terimakasih juga sodaraku Kura-kura letting 73 Menwa (Renni , Eja , Amel , Okta , Dila , Sadam , Husni makasih sudah berjuang selama kita pendidikan bersama guling bersama, makan cepat bersama, moment yang ga pernah dilupakan selamanya. Dan teruskan perjuangan kalian hngga masa jabat kalian berakhir semoga kalian bisa membanggakan kampus ke satuan-satuan lain dan membanggakan Menwa satuan 882 khususnya i love you and i miss you) dan yang terakhir Kesmala (Ucup , Putri, Anjari , Dini , Inas , Dewi , Rindi , Riris, dan Firman maaf kalau semisal selama menjabat banyak sekali kekurangan terimakasih atas moment saat nyelem bersama thanks gaes i love you) Terimakasih semuanya gaes meskipun aku tahu kalian ga ngapa-ngapain wkwk, sukses bersama ya gaes , Tuhan Berkati.

5. Terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berpartisipasi dan memberikan dukungan kepada saya hingga terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini.

Lampiran 2

Standar Prosedur Operasional

Fisioterapi Dada

Pengertian	Fisioterapi dada adalah suatu rangkaian tindakan keperawatan yang terdiri atas perkusi (clapping), vibrasi, dan postural drainage
Tujuan	a. Membantu melepaskan atau mengeluarkan sekret yang melekat di jalan napas dengan memanfaatkan gaya gravitasi. b. Memperbaiki ventilasi. c. Meningkatkan efisiensi otot-otot pernapasan. d. Memberi rasa nyaman.
Indikasi	a. Terdapat penumpukan sekret pada saluran napas yang dibuktikan dengan pengkajian fisik, X Ray dan data Klinis. b. Sulit mengeluarkan sekret yang terdapat pada saluran pernapasan.
Kontraindikasi	a. Hemoptisis b. Penyakit jantung c. Serangan Asma Akut d. Deformitas struktur dinding dada dan tulang belakang e. Nyeri meningkat f. Kepala pening g. Kelemahan
Persiapan alat	a. Stetoskop b. Handuk c. Sputum pot d. Handscoon e. Tissue f. Bengkok g. Alat tulis
Persiapan pasien	a. Salam terapeutik b. Menjelaskan prosedur dan tujuan kepada responden c. Menjaga privasi pasien d. Memberikan informed consent e. Longgarkan pakaian atas pasien f. Periksa nadi dan tekanan darah g. Ukur Saturasi Oksigen, Frekuensi nafas dan produksi sputum
Persiapan perawat	a. Memiliki pengetahuan anatomi dan fisiologi sistem pernapasan, sistem peredaran darah b. Memiliki pengetahuan tentang pemeriksaan fisik sistem pernafasan
Tahap Pelaksanaan	Waktu
1. Postural Drainase a. Perawat mencuci tangan, lalu memasang sarung tangan	5 menit

<p>b. Auskultasi area lapang paru untuk menentukan lokasi sekret c. Posisikan pasien pada posisi berikut untuk sekret-sekret di area target segmen/ lobus paru pada: - Bronkus Apikal Lobus Anterior Kanan dan Kiri atas Minta pasien duduk di kursi, bersandar pada bantal - Bronkus Apikal Lobus Posterior Kanan dan Kiri Atas Duduk membungkuk, kedua kaki ditekuk, kedua tangan memeluk tungkai atau bantal - Bronkus Lobus Anterior Kanan dan Kiri Atas Supinasi datar untuk area target di segmen anterior kanan dan kiri atas - Lobus anterior kanan dan kiri bawah Supinasi dengan posisi trendelenburg. Lutut menekuk di atas bantal - Lobus kanan tengah. Supinasi dengan bagian dada kiri/ kanan lebih ditinggikan, dengan posisi trendelenburg (bagian kaki tempat tidur di tinggikan) - Lobus tengah anterior Posisi sim's kanan/ kiri disertai posisi trendelenburg - Lobus bawah anterior Supinasi datar dan posisi trendelenburg - Lobus bawah posterior Pronasi datar dengan posisi trendelenburg - Lobus lateral kanan bawah. Miring kiri dengan lengan bagian atas melewati kepala disertai dengan posisi trendelenburg - Lobus lateral kiri bawah Miring kiri dengan lengan bagian atas melewati kepala disertai dengan posisi trendelenburg</p>	
<p>2. Perkusi dada (clapping) a. Letakkan handuk diatas kulit pasien b. Rapatkan jari-jari dan sedikit difleksikan membentuk mangkok tangan c. Lakukan perkusi dengan menggerakkan sendi pergelangan tangan, prosedur benar jika terdengar suara gema pada saat perkusi d. Perkusi seluruh area target, dengan pola yang sistematis</p>	1-2 menit
<p>3. Vibrasi Dada a. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam dan mengeluarkan napas perlahan-lahan b. Pada saat buang napas, lakukan prosedur vibrasi, dengan teknik: Tangan non dominan berada dibawah tangan dominan, dan diletakkan pada area target. c. Instruksikan untuk menarik nafas dalam d. Pada saat membuang napas, perlahan getarkan tangan dengan cepat tanpa melakukan penekanan berlebihan e. Posisikan pasien untuk dilakukan tindakan batuk efektif</p>	5-8 menit
<p>Total</p>	± 15 menit

(Sumber : Pakpahan R.E., 2020)

Standar Prosedur Operasional

Suction

1. Pengertian	Melakukan tindakan penghisapan lendir di jalan nafas
2. Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluarkan secret/cairan pada jalan nafas 2. Melancarkan jalan nafas.
3. Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak sadar 2. Pasien yang tidak mampu mengeluarkan lender sendiri
4. Persiapan Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> 1. Bak instrument berisi: pinset anatomi 2, kasa secukupnya 2. NaCl atau air matang 3. Canule suction 4. Perlak dan pengalas 5. Mesin suction 6. Kertas tissue 2. Persiapan Perawat <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan lingkungan: data biografi pasien 2. Bicarakan keinginan pasien, keawatirannya, dan ketakutannya dengan cara yang simpatik dan teliti
5. Tahapan Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien kepala sedikit Ekstensi 2. Memberikan Oksigen 2 – 5 menit 3. Meletakkan pengalas di bawah dagu pasien 4. Memakai sarung tangan 5. Menghidupkan mesin, mengecek tekanan dan botol penampung 6. Memasukkan kanul section dengan hati-hati (hidung \pm 5 cm, mulut \pm10 cm) 7. Menghisap lendir dengan menutup lubang kanul, menarik keluar perlahan sambil memutar (+ 5 detik untuk anak, + 10 detik untuk dewasa) 8. Membilas kanul dengan NaCl, berikan kesempatan pasien bernafas 9. Mengulangi prosedur tersebut 3-5 kali suctioning 10. Mengobservasi keadaan umum pasien dan status pernafasannya 11. Mengobservasi secret tentang warna, baud an volumenya
6. Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tindakan yang baru dilakukan 2. Merapikan pasien dan lingkungan

	<ol style="list-style-type: none">3. Berpamitan dengan pasien4. Membersihkan dan mengembalikan alat ke tempat semula5. Mencuci tangan6. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan7. Nilai kepuasan klien dan betulkan cara penggunaannya8. Evaluasi perasaan pasien (merasa aman dan nyaman)9. Kontrak waktu untuk kunjungan, selanjutnya
--	--

(Brunner & Suddarth.2002. Kepera