**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**

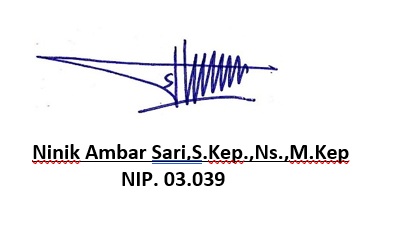
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | Rara Ayu Diya Kartika Budi Setiya Rini |
| NIM | : | 192.0033 |
| Program Studi | : | D3 Keperawatan |
| Judul | : | Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Sepsis + Chronic Kidney Disease di Ruang ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya |

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

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, pada :

Hari/Tanggal : Senin, 21 Februari 2022

Ditetapkan : STIKES HANGTUAH Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)” pada Prodi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

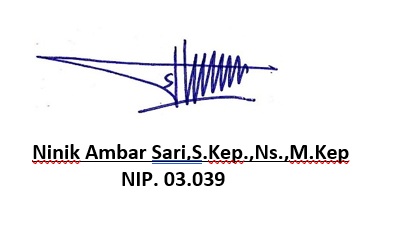
Penguji I : **Dr. Setiadi, M.Kep**

**NIP. 03.001**



Penguji II : **Sifira Kristiningrum, S.Kep.,Ns**

**NIP.** **197802192001122001**

****

Penguji III : **Ninik Ambar Sari S.kep., Ns, M.Kep**

**NIP. 03.039**

**Mengetahui,**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**Ka Prodi Pendidikan D3 KEPERAWATAN**

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

**KATA PENGANTAR**

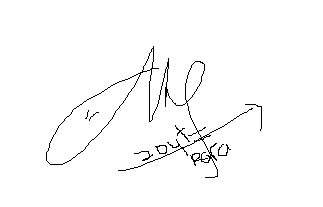
Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas Kasih dan karunia yang diberikan sehingga saya dapat menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Chronic Kidney Disease di Ruang ICU CENTRAL RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai 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, sehinggga karya tulis ilmiah ini diibuat 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. Kolonel Laut (K) Dr. Gigih Imanta J., So.PD., Finasim.,M.M selaku Direktur Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn), 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. Dr. Setiadi, M.Kep selaku penguji kami yang penuh kesabaran dan perhatian dan iklhas 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**](#_Toc33050073)

[**HALAMAN PERNYATAAN ..**](#_Toc33050074)**iii**

[**HALAMAN PERSETUJUAN iv**](#_Toc33050075)

[**HALAMAN PENGESAHAN**](#_Toc33050076) **v**

[**MOTTO & PERSEMBAHAN**](#_Toc33050077) **vi**

[**KATA PENGANTAR**](#_Toc33050078) **vii**

[**DAFTAR ISI**](#_Toc33050079) **viii**

[**DAFTAR TABEL**](#_Toc33050080) **ix**

[**DAFTAR GAMBAR**](#_Toc33050081) **x**

[**DAFTAR LAMPIRAN xi**](#_Toc33050082)

[**DAFTAR SINGKATAN**](#_Toc33050083) **xii**

[**BAB 1 PENDAHULUAN**](#_Toc33050084) **1**

[1.1 Latar Belakang ......](#_Toc33050086).1

[1.2 Rumusan Masalah .......](#_Toc33050087)4

[1.3 Tujuan Penelitian .......](#_Toc33050088)4

[1.3.1 Tujuan Umum](#_Toc33050089) 4

[1.3.2 Tujuan Khusus](#_Toc33050090) 4

[1.4 Manfaat .......](#_Toc33050092)5

[1.5 Metode Penulisan .......](#_Toc33050095)6

[1.6 Sistematika Penulisan .......](#_Toc33050096)7

[**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**](#_Toc33050097) **9**

[**2.1 Konsep Dasar Sepsis .....**](#_Toc33050099)**..9**

[2.1.1 Pengertian Sepsis](#_Toc33050100) 9

[2.1.2 Etiologi Sepsis](#_Toc33050101) 10

[2.1.3 Manifestasi Klinis Sepsis](#_Toc33050102) 10

[2.1.4 Pemeriksaan Penunjang Sepsis](#_Toc33050103) 11

[**2.2 Konsep Penyakit CKD .....**](#_Toc33050110)**12**

[2.2.1 Pengertian CKD](#_Toc33050111) 12

[2.2.2 Anatomi dan Ginjal](#_Toc33050114) 13

[2.2.3 Etiologi CKD](#_Toc33050118) 15

[2.2.4 Manifestasi Klinis Sepsis .....](#_Toc33050106)15

[2.2.5 Klasifikasi .....](#_Toc33050106)16

[2.2.6 Pemeriksaan Penunjang CKD .....](#_Toc33050106)16

[**2.3 Konsep Asuhan keperawatan gawat darurat .....**](#_Toc33050110)**18**

[2.3.1 Pengkajian](#_Toc33050120) 18

[2.3.2 Pemeriksaan Fisik B1-B6](#_Toc33050123) 20

[2.3.3 Diagnosa Keperawatan](#_Toc33050125) 21

[2.3.4 Rencana Keperawatan .....](#_Toc33050106)22

[2.3.5 Implementasi .....](#_Toc33050106)25

[2.3.6 Evaluasi .....](#_Toc33050106)25

[**2.4 WOC .....**](#_Toc33050119)**26**

[**BAB 3 TINJAUAN KASUS**](#_Toc33050126) **28**

[3.1 Pengkajian .....](#_Toc33050128)28

[3.1.1 Identitas](#_Toc33050129) 28

[3.1.2 Keluhan Utama](#_Toc33050130) 28

[3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang](#_Toc33050131) 28

[3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu](#_Toc33050132) 29

[3.1.5 Riwayat Alergi](#_Toc33050133) 29

[3.1.6 Pemeriksaan Fisik B1-B6](#_Toc33050134) 29

[3.1.7 Pemeriksaan Penunjang](#_Toc33050135) 32

[3.1.8 Pemberian Terapi](#_Toc33050136) 33

[3.3 Analisa Data .....](#_Toc33050145)34

[3.4 Rencana Keperawatan .....](#_Toc33050146)40

[3.5 Implementasi dan Evaluasi](#_Toc33050147) .....43

[**BAB 4 PEMBAHASAN**](#_Toc33050126) **61**

[4.1 Pengkajian](#_Toc33050107) 61

[4.2 Diagnosa Keperawatan](#_Toc33050108) 64

[4.3 Rencana keperawatan](#_Toc33050109) 65

[4.4 Implementasi](#_Toc33050109) 68

[4.5 Evaluasi](#_Toc33050109) 71

[**BAB 5 PENUTUP**](#_Toc33050126) **73**

[5.1 Simpulan](#_Toc33050107) 73

[5.2 Saran](#_Toc33050108) 74

[**DAFTAR PUSTAKA**](#_Toc33050126) **76**

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Motto dan Persembahan 78

Lampiran 2 SOP Fisioterapi dada dan Suction 80

**DAFTAR TABEL**

[Tabel 2.1 Tabel laboratorium sepsis................................................................. 11](file:///C:\Users\win%2010\Documents\KTI%20UPIL\KTI%20GADAR%20CKD%20RARA.docx#_Toc46322278)

[Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium pada Ny. S dengan diagnosa medis CKD](file:///C:\Users\win%2010\Documents\KTI%20UPIL\KTI%20GADAR%20CKD%20RARA.docx#_Toc46322278) 32

Tabel 3.2 Pemberian terapi ............................................................................. 33

Tabel 3.2 Analisa Data ..................................................................................... 34

Tabel 3.3 Tabel observasi................................................................................. 36

[Tabel 3. 4 Intervensi keperawatan pada pada Ny. S dengan diagnosa medis CKD….....](file:///C:\Users\win%2010\Documents\KTI%20UPIL\KTI%20GADAR%20CKD%20RARA.docx#_Toc46322279) 40

[Tabel 3. 5](file:///C:\Users\win%2010\Documents\KTI%20UPIL\KTI%20GADAR%20CKD%20RARA.docx#_Toc46322280) Implementasi dan evaluasi pada Ny.S dengan diagnosa CKD…...........43

**DAFTAR GAMBAR**

[Gambar 2.1. Gambar lokasi terjadinya Sepsis 11](file:///C:\Users\win%2010\Documents\KTI%20UPIL\KTI%20GADAR%20CKD%20RARA.docx#_Toc46322585)

[Gambar 2.2 Anatomi Ginjal 13](file:///C:\Users\win%2010\Documents\KTI%20UPIL\KTI%20GADAR%20CKD%20RARA.docx#_Toc46322585)

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 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 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 Surabaya, didapatkan sebanyak 6 (4,41%) kasus dari total 265 pasien terhitung sejak bulan Oktober-Desember 2021 .

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 meyebabkan 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 urineyang dikeluarkan pasien setiap harinya menggunakan chart atau tabel.Pemantauan intake outputcairan 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. **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. **Tujuan**
     1. Tujuan umum

Melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S 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. 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. **Manfaat**
      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. Manfaat Praktis

1. Bagi institusi rumah Sakit

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

1. Bagi institusi pendidikan

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

1. Bagi penulis selanjutnya

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

* 1. **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. RamelanSurabaya. Dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi 5 langkah, yaitu pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Tahap Pengumpulan Data
2. Wawancara

Pengambilan data dilakukan dengn 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.

1. 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.

1. Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan untuk melengkapi data tentang pasien dapatdilakukan 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.

1. Sumber Data
2. Data Primer

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

1. Data Sekunder

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

1. Tinjauan Kepustakaan

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

* 1. **Sistematika Penulisan**

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

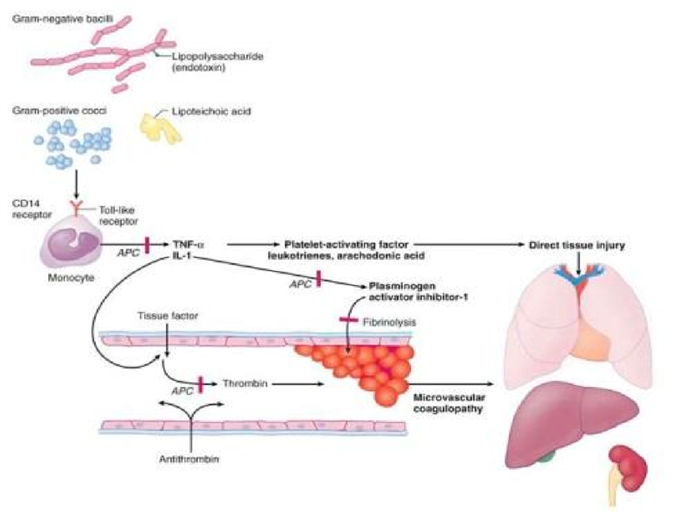
1. Bagian awal, memuat halaman judul, abstrak penulisan, halaman persetujuan, halaman pengesahan, surat pernyataan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan daftar lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari 5 bab yang masing masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut :
   1. BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.
   2. BAB 2 : Tinjauan Pustaka yang berisi uraian secara teoritis mengenai konsep Chronic Kidney Disease (CKD) dan sepsis.
   3. 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.
   4. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini analisis.
   5. 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**

* 1. **Konsep Penyakit Sepsis**
     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 (>38oC atau <36oC) ; 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 Lokasi terjadinya sepsis

* + 1. **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 pneumonia. 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)

* + 1. **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.

* + 1. **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.2.1 Laboratorium Sepsis

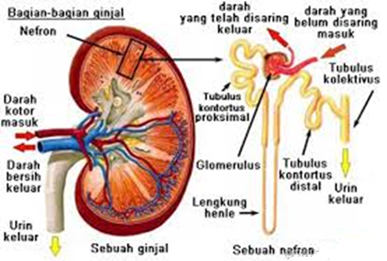
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tes laboratorium** | **Temuan** | **Keterangan** |
| **Hitung sel darah putih** | Leukositosis atau leukopenia | Endotoksemia dapat menyebabkan *early leukopenia* |
| **Hitung**  **platelet** | Trombositosis atau trombositopenia | Nilai tinggi awal dapat dilihat sebagai respon fase akut, jumlah trombosit yang rendah terlihat pada DIC |
| ***Coagulation cascade*** | Defisiensi Protein C; defisiensi antitrombin; level Ddimer meningkat; PT  (*Prothrombin Time*) dan PTT (*Partial*  *Thromboplastin Time*) memanjang | Kelainan dapat diamati sebelum timbulnya kegagalan organ dan tanpa perdarahan yang jelas. |
| **Level kreatinin** | Meningkat | *Doubling*-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 *Creactive protein***  **(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**

Chonic Kidney D1.isease (CKD) adalah suatu proses patofisilogi dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang irrevesibel dan progesfi 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 pravelensinya yang semakin meningkat, pengobatan pengganti ginjal yang harus di jalani 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 ± 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 teridiri dari glukosa, air, natrium, klorida,sulfat, bikarbonat, dan lain-lain, yang diteruskan ke tubulus ginjal.

1. 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 oblogator 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).

1. 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
    * 1. **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 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.
   1. **Konsep Asuhan Keperawatan CKD**
6. **Pengkajian** 
   1. Identitas : Meliputi nama lengkap, tempat tinggal (alamat), umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orang tua, pekerjaan orang tua.
   2. Riwayat penyakit
7. Keluhan utama : Keluhan pasien sangat bervariasi, antara lain edema, urine output yang menurun <400 ml/hari (oliguria), anoreksia. (Husna, 2010)
8. Riwayat penyakit sekarang : Pada pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, perubahan pola nafas karena komplikasi dari gangguan sistem ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit. Selain itu, karena berdampak pada proses metabolisme (sekunder karena intoksikasi), maka akan terjadi mual dan muntah, anoreksia sehingga beresiko untuk terjadinya gangguan nutrisi. (Husna, 2010)
9. Riwayat penyakit dahulu : Gagal ginjal kronik dimulai dengan periode gagal ginjal akut dengan berbagai penyebab. Oleh karena itu, informasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk penegakan masalah. Kaji riwayat penyakit payah jantung, infeksi saluran kemih, penggunaan obat berlebihan (overdosis) khususnya obat yang bersifat nefrotoksik, dan lain sebagainya yang mampu mempengaruhi kerja ginjal. Selain itu, ada beberapa penyakit yang langsung mempengaruhi ataumenyebabkan gagal ginjal yaitu batu saluran kemih (urolithiasis), diabetes mellitus, hipertensi.
10. Riwayat penyakit keluarga : Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan penyakit menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun pencetus sekunder seperti diabetes mellitus dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis.
    1. *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 dindang 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 ekternal dan internal. Vital sign (tanda vital)

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

1. **Pemeriksaan fisik ( B1-B6 )** 
   * 1. Breathing (B1) : Pasien bernapas dengan bau urin sering didapatkan di fase ini. Respon uremia didapatkan adanya pernapasan kussmaul. Pola napas cepat dandalam merupakan upaya untuk melakukan pembuangan karbondioksida yang menumpuk di sirkulasi(Muttaqin, A., & Sari, 2014)
     2. Blood (B2) : Didapatkan tanda gagal jantung kongestif, TD meningkat, akral dingin, CRT >3 detik, nyeri dada, sesak napas, edema. Pada sistem hematologi didapatkan anemia. Anemia akibat dari penurunan usia sel darah merah dan kehilangan darah, biasanya dari saluran gastrointestinal, kecenderungan mengalami pendarahan sekunder dari trombositopenia (Muttaqin & Sari, 2014).
     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.
2. **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. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi.
5. **Rencana Keperawatan**
6. Hipervolemia b.d penurunan volume urin, retensi cairan dan natrium. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tidak terjadi kelebihan volume cairan sistemik, dengan Kriteria hasil:
7. Haluaran urine meningkat
8. Edema menurun
9. Membrane mukosa lembab, kadar hemogoblin dan albumin dalam rentan normal.(PPNI,2018b)

Intervensi Utama :

1. Kaji adanyan edema ekstrmitas

R/ curiga gagal kongesti / kelebihan volume cairan

1. Anjurkan klien untuk tirah baring saat edema masihterjadi

R/ Menjaga klien dalam beberapa hari mungkin diperlukan untuk meningkatkan diuresis yang bertujuan mengurangi edema.

1. 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

1. Ukur intake dan outputcairan

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

1. Beri oksigen tambahan sesuaiindikasi

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

1. Gangguan integritas kulit b.d iskemia jaringan, penurunanaktivitas

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 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, pruitus, daninfeksi

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

1. Kaji terhadap adanya petekie danpurpura

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

1. Kolaborasi pemberianantipruitus

R : Mengurangi stimulus gatal pada kulit

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Aliran arah serebal 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 .

1. Monitor penurunan tingkatkesadaran

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

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

Setelah dilakukan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah gangguan pertukaran gas diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:

* + - 1. Dispnea menurun

1. PCO2 membaik
2. PO2 membaik
3. Tingkat kesadaran meningkat

Intervensi kperawatan

1. Monitor frekuensi,irama,kedalaman dan upaya nafas

R/ agar mengetahui frekuensi dan kedalam upaya pasien

1. Monitor pola nafas (masih sesak atau tidak)

R/ agar mengetahui pola nafas pasien

1. Monitor adanya produksi sputum

R/ agar mengetahui perkembangan sputum pasien

1. Monitor saturasi oksigen

R/ agar mengetahui saturasi pasien

1. Monitor hasil x-ray thorax

R/ agar mengetahui hasil thorax pasien

1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

R/ agar mengetahui pemantauan respirasi pasien

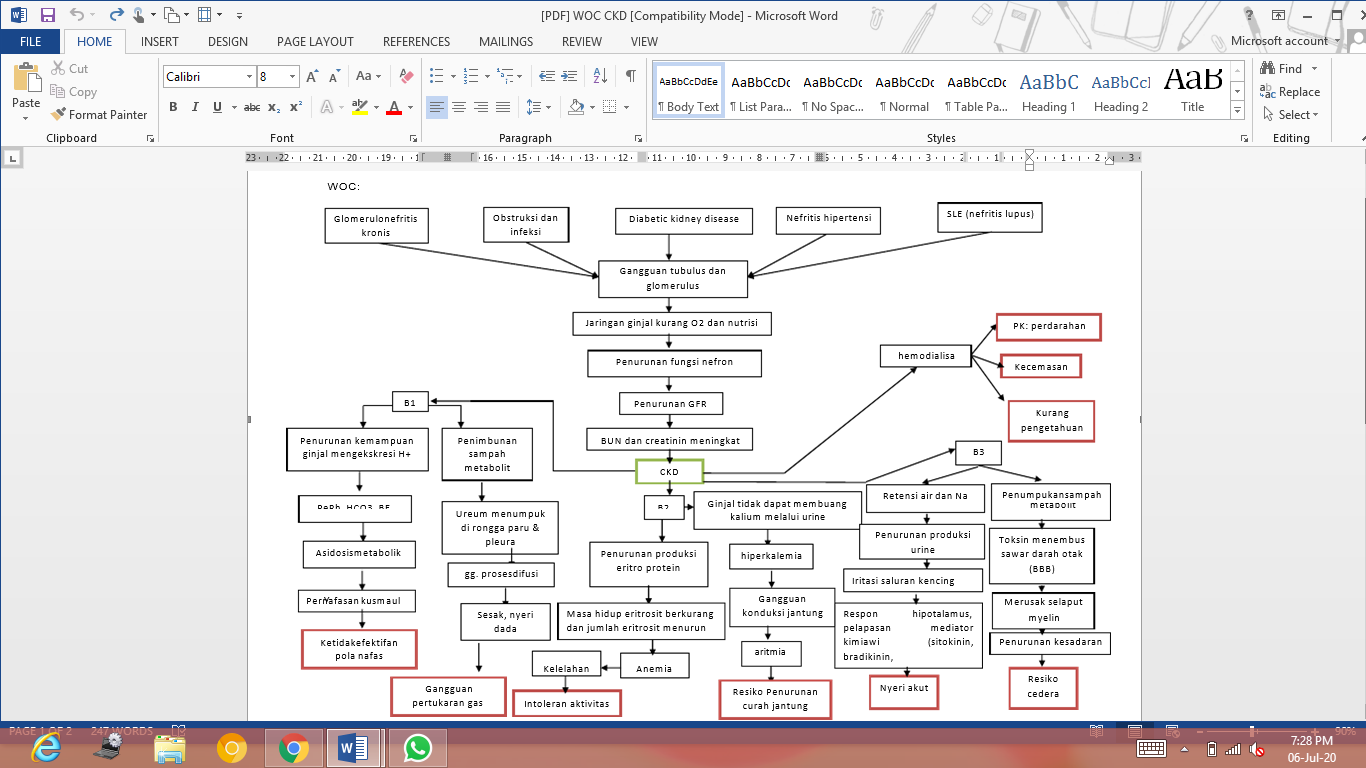
1. **Pelaksanaan**

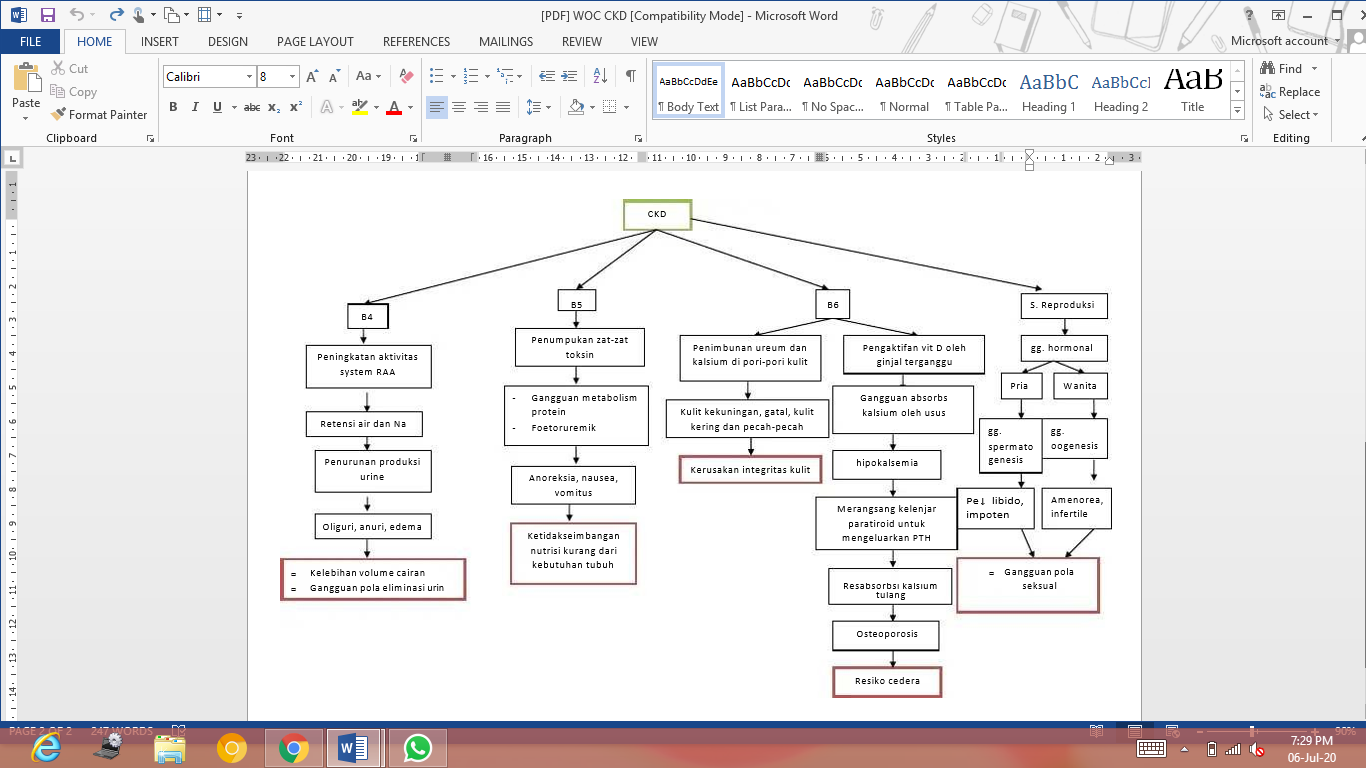
Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien saat ini.

1. **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.

**2.4 WOC (GGK. WOC 2003)**





**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. Ananmnesa diperoleh dari Ny. S dengan file No. Regristrasi 65.xx.xx sebagai berikut :

* 1. **Pengkajian** 
     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.

* + 1. **Keluhan Utama**

Pasien mengalami Penurunan Kesadaran

* + 1. **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 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 %, FI02 50, 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.

* + 1. **Riwayat Penyakit dahulu**

Hipertensi sudah lama ± 10 tahun, Kontrol teratur. Sudah tidak pernah minum obat.

* + 1. **Riwayat Alergi**

Tidak ada

* + 1. **Pemeriksaan fisik B1-B6**

1. B1 (Breathing)

Nafas pasien via ETT no 7,5 kedalaman 21 cm, di fibris kanan 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, CVC terpasang hari ke 1 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 cc

Diite nefrisol 600 cc ┼

800 cc

Output : BAK 25 cc

BAB 0 cc

IWL (15x50) 750 cc ┼

775 cc

Balance Cairan : 800-775 = 25 cc

5. B5 (Bowel)

Pasien terpasang NGT ke 1 hari 7 no 16, 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.

* + - 1. 1111
      2. 2222

**3.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

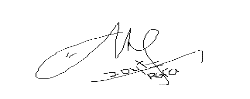
Tabel 3.1 Laboratorium Ny.S

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hari/Tanggal | Jenis Pemeriksaan | Hasil | Normal |
| Sabtu15/01/2022  Rabu, 18/01/2022 | Foto Thoraks  Anti Swab  Anti HIV  Kultur Urine  Amikacin  Ampicilin  Ampicilin sulbactam  Cefepime  Ceftazideme  Ceftriazone  Ciprofloaxacin  Ertapenem  Gentamicin  Meropenem  Nitruforatoin  Piperacillin tazobactam  Tigecycline  Trimethoprim sulfamenthoxazole  Laboratorium  Leukosit  Trombosit  HB  BUN  Kreatinin  SGPT  SGOT  Natrium  Kalium  Clorida  GDA | Kardiomegali  Negatif  Negatif  S  R  R  S  R  R  R  S  R  S  I  S  S  S  R  R  10.30/mm2  262.000/mm2  10.30/g%  16 mg/dL  9.26 mg/dL  46  14  128.7  4.99  9.50  148 | Sinus Rythm  Negatif  Negatif  5.0-10.0 mm2  150-400 mm2  12.0-14.0 g%  0.25-1.0 mg/dL  0,5-1,1 mg/dL  <23  <21  135-145 mmol/L  94-111 mmol/L  3,5-5,0 mmol/L   * 1. mg/dL |

**3.1.8 Pemberian Terapi**

Tabel 3.2 Terapi Ny. S

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/Tanggal | Medikasi | Cara Pemberian | Dosis | Indikasi |
| Senin, 18/01/2022 | Nebul NS +Midiatro  Renxamin  Ranitidin  Cefepim  Inpepsa  Donperidon    Vascon  Dabutamin | Masker nebulizer  IV  IV  IV  Peroral  Peroral  Syringe pump  Syringe pump | 3x1mg 3/jam  200/ 3 jam  2x1mg 11.00  3x1 gr  11.00  30 cc  09.00  3x1mg  11.00  100 nano/ 3 jam  3 gama/mcg/ 3 jam | * u/ menambhakan oksigen dan mengeluarkan sekret dalam tubuh * u/ meningkatkan nutrisi dan protein * u/ agar mengurangi jumla asam lambung yang berlebihan pada tubuh * u/ mengobati saluran infeksi pernafasan/antibiotik * u/ memeberi asupan pada tubuh klien. * u/ memeberi asupan pada tubuh klien. * u/menigkatkan nadi      * u/ meningkatkan tekanan darah |

Surabaya, 17 Februari 2022

(Rara Ayu Diya) NIM. 1920033

* 1. **Tabel Anialisa Data**

Nama Klien : Ny.S Ruangan : ICU Central

Umur : 77 tahun RM : 65.xx.xx

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Penyebab | Masalah |
| 1. | DS : Tidak Terkaji , karena penurunan kesadaran  DO:   * 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 PC 15, PS 8, Peep 8, rr 10, SPO2 100%, tanggal 17 januari 2022 mode | Hipersekresi Jalan Nafas | Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif |
| 2. | DS : Tidak Terkaji, karena penurunan kesadaran  DO:   * 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   Input : 200  600 ┼  800 cc  Output : 25  0  IWL 750 ┼  775 cc  Balance Cairan : 800-775 = 25 cc (excess) | Gangguan Mekanisme Regulasi | Hipervolemia |
| 3. | DS : Tidak Terkaji , karena penurunan kesadaran  DO:   * Tampak lemah * TD: 103/54mmHg, Nadi:98x/menit, RR:10x/menit, Suhu: 36.9 * Kesadaran somnolen, GCS E: 2 V: x M: 1 Total : 2x1 * Respon pupil melambat,   pupil isokor   * Kreatinin 9.26   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 | Gangguan metabolisme, ensefalopati, uremikum | Penurunan Kapasitas adaktif Intra Cranial |
| 4. | DS : tidak terkaji, karena pasien mengalami penurunan kesadaran  DO:   * Klien tampak lemah * Adanya edema pada kedua tangan dan kaki * Tirah baring lama * Gerakan terbatas * Kekuatan otot menurun   1111 1111  2222 2222 | Penurunan Kekuatan otot | Gangguan Mobilitas Fisik |

* 1. **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 | 88 | 100 % |  | PSIMV | 50 |  |  |
| 10.00 | 107/50 | 11 | 98 | 36.7 |  | 100 % | 4,5 | 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 % | 4,5 | 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 % | 6,8 | 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 % | 6,8 | 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 % | 6,8 | 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 % | 4,1 | 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 % | 4,1 | 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 % | 4,5 | 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 % | 4,5 | 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 % | 9,4 | 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 % | 6,8 | 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 % | 6,8 | 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 % | 4,1 | 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 % | 4,1 | 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 % | 4,5 | PSIMV | 50 |  |  |
| 06.00 | 137/71 | 13 | 90 | 36,7 |  | 100 % |  | PSIMV | 50 |  |  |
| 07.00 | 137/71 | 13 | 90 | 36,7 | 68 | 100 % | 6,8 | 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 % | 6,8 | 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 |

* 1. **Tabel Rencana Asuhan Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
| 1. | Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Hipersekresi Jalan Nafas  (D.0001) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24jam, maka bersihan jalan napas pada pasien meningkat dengan Kriteria Hasil:  L.01001  Hal. 18   1. Produksi sputum menurun 5 2. Pola nafas membaik 5 3. Frekuensi nafas membaik 5   12-24 x/menit | HAL 186, 187 , 299 intervensi utama : manajeman jalan nafas  Observasi   * Monitor pola nafas * Monitor sputum * Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam   Terapeutik   * 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   * Jelaskan keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan nafas buatan   Kolaborasi   * Kolaborasi intubasi ulang jika terbentuk mucous plug yang tidak dapat dilakukan penghisapan |
| 2. | Hipervolemia b.d Gangguan Mekanisme Regulasi  (D0022) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam, maka keseimbangan cairan pada pasien meningkat dengan Kriteria Hasil :  L.03020  HAL. 41   1. Asupan cairan cukup meningkat 5 2. Edema menurun 5 3. Tekanan darah membaik 5 | HAL 181, 238 intervensi utama : manajeman hipervolemia  Observasi   * Monitor status hemodynamic * Monitor intake output cairan * Monitor frekuensi nafas * Monitor nadi * Monitor tekanan darah   Terapeutik   * Tinggikan kepala tidur 30-40° * Dokumentasi hasil pemantauan   Edukasi   * Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan pada keluarga pasien   Kolaborasi   * Kolaborasi pemberian diuretik |
| 3. | Penurunan Kapasitas adaktif Intra Cranial b.d Hipertensi Intrakranial idiopatik | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan Kapasitas adaptif intrakranial pada pasien meningkat  L.06049  HAL 35   1. Tingkat kesadaran meningkat 5 2. Pola nafas membaik 5 3. Tekanan Nadi membaik 5 | HAL 205, 245, 249 intervensi utama : manajeman peningkatan tekanan intra kranial  Observasi   * Monitor tingkat kesadaran * Monitor tanda-tanda vital * Monitor CVP * Monior MAP * Monitor penurunan frekuensi jantung   Terapeutik   * Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien * Pertahankan posisi kepala dan leher netral * Pertanhankan suhu tubuh normal * Dokukentasikan hasil pemantauan   Edukasi   * Informasikan hasil pemantauan pada keluarga pasien, jika perlu.   Kolaborasi   * Kolaborasi pemberian diuretik osmosis (vascon dan dabutamin) |
| 4. | Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan otot | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat  L.05042  HAL 65   1. Pergerakan ekstremitas meningat 5 2. Kekuatan otot meningkat 5 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 5 | HAL 30, 350 intervensi utama : dukungan mobilisasi  Observasi   * Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi * Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi   Terapeutik   * Berikan latihan gerak aktif dan pasif * Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) * Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan   Edukasi   * Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi |

* 1. **Tabel Implementasi dan Evaluasi**

Nama Klien : Ny.S Hari/Tanggal : Selasa, 18 Januari 2022

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No DX | Waktu  (tgl&jam) | Tindakan | TT Perawat | Waktu  (tgl&jam) | Catatan Perkembangan | TT Perawat |
| 2  1.2.3.  2  2  2  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  3  4  4  2 | 18-01-22  08.00  08.35  08.40  08.40  08.40  08.40  09.00  10.00  09.30  09.50  09.55  09.55  10.00  11.07  08.40  08.45  09.40  09.50  13.30 | * Serah terima jaga pagi * Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x1 * Memonitor tanda-tanda vital (TD: 102/55, RR: 13, Nadi: 101, Suhu: 36.3, SPO2: 100) * Memonitor CVP (45) * Memonior MAP (45) * Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 101) * 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 Diiet Nefrisol 6x100) * Menjelaskan keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan nafas buatan * Tinggikan kepala tidur 30-40° * Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) * Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi * Monitor intake output cairan (Intake cairan infus 25, diit nefrisol 100 = 125   Output, urine 45  Balance cairan 125-45 =  80 cc) | *RARA* | 18-01-22  14.00 | Dx 1  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * 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   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-4.  Dx 2  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Asupan cairan cukup (Balance cairan 125-45 = 80 cc) * Edema tangan menurun * Tekanan darah 102/55 mmHg   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-4.  Dx 3  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Tingkat kesadaran GCS 2x1 * Pola napas klien tampak reguler * Frekuensi nafas RR: 13x/menit * Tekanan Nadi (Nadi: 101) * Reflek neurologis (CVP 4,5, MAP 88)   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-8.  Dx 4  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri * Kekuatan otot meningkat   + 1. 1111   2222 2222   * Rentang gerak (ROM) tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-2. | *RARA* |
| 3  1  1  1  1  1  2  2  2 | 14.00  14.20  14.20  18.20  18.40  19.10  19.13  16.00  15.30  20.30 | * Serah terimah dengan jaga siang * Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x1 * Monitor sputum (sputum sedang 35 cc, warna merah sedikit bening) * Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam * Memberikan terapi nebulizer NS + Midatro * Melakukan fisioterapi dada claping/perkusi * Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik * Memberikan asupan cairan 800cc * Monitor status hemodynamic (TD: 135/76, RR: 13, Nadi: 100, Suhu: 37, SPO2: 100) * Monitor intake cairan 425 output BAK 45 | *Chritina* | 21.00 | Dx 1  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 1-4.  Dx 2  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Asupan cairan cukup (Balance cairan 425-45 = 380 cc) * Edema tangan menurun * Tekanan darah 135/76 mmHg   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-6.  Dx 3  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Tingkat kesadaran GCS 2x1 * Pola napas klien tampak reguler * Frekuensi nafas RR: 13x/menit * Tekanan Nadi (Nadi: 100x/menit) * Reflek neurologis (CVP 6,8, MAP 68)   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-8.  Dx 4  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri * Kekuatan otot meningkat  1. 1111   2222 2222   * Rentang gerak (ROM) tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-2. | *Christina* |
| 1.2.3  3  3  3  1  2  1  1  1  1  1.2.3  4  4  4  2  2.3.4 | 21.00  21.30  22.00  22.20  22.20  22.20  22.40  01.00  01.10  01.40  01.45  03.00  04.15  04.35  04.45  05.20  06.30 | * Serah terimah dengan jaga malam * Monitor status hemodynamic (TD: 122/68, RR: 12, Nadi: 92, Suhu: 36, SPO2: 100) * Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x1 * Memonitor CVP (4,1) * Memonior MAP (41) * Monitor pola nafas (irama nafas reguler) * Monitor sputum (sputum sedang 35 cc, warna merah sedikit putih) * 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 * Monitor status hemodynamic (TD: 100/56, RR: 15, Nadi: 100, Suhu: 36.6, SPO2: 100) * Memberikan asupan cairan 800cc/24 * Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (TD: 100/62, RR: 15, Nadi: 100, Suhu: 36.6, SPO2: 100) * Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi * Monitor intake cairan 800cc output 800cc * Dokukentasikan hasil pemantauan (TD: 115/66, RR: 13, Nadi: 98, Suhu: 36.4, SPO2: 100) | *Bakhti* | 07.00 | Dx 1  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pola nafas klien tampak reguler * 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   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-4.  Dx 2  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:  Asupan cairan cukup (Balance cairan Balance cairan 800-800 = 0cc)   * Edema tangan menurun * Tekanan darah 115/66 mmHg   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-7  Dx 3  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Tingkat kesadaran GCS 2x1 * Pola napas klien tampak reguler * Frekuensi nafas RR: 13x/menit * Tekanan Nadi (Nadi: 98) * Reflek neurologis (CVP 4,1, MAP 41)   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-10.  Dx 4  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri * Kekuatan otot meningkat  1. 1111   2222 2222   * Rentang gerak (ROM) tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-6. | *Bhakti* |

Nama Klien : Ny.S Hari/Tanggal : Rabu, 19 Januari 2022

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No DX | Waktu  (tgl&jam) | Tindakan | TT Perawat | Waktu  (tgl&jam) | Catatan Perkembangan | TT Perawat |
| 12  1  1  1  1  1  123  2  3  3  3  4  4 | 19-01-22  08.00  08.35  08.40  08.40  08.40  08.40  09.00  10.00  09.30  09.50  09.55  09.55  10.00  11.07  13.30 | * Serah terima jaga pagi * 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 125cc/3 jam * 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)   * Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x5 * Memonior MAP (45) * Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 93) * 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 | *RARA* | 19-01-22  14.00 | Dx 1  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * 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   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-6.  Dx 2  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Asupan cairan cukup (Balance cairan 125-20 = 105 cc) * Edema tangan menurun * Tekanan darah 134/70 mmHg   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-3.  Dx 3  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Tingkat kesadaran GCS 2x5 * Pola napas klien tampak reguler * Tekanan Nadi (Nadi: 101) * Reflek neurologis (MAP 45)   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-5  Dx 4  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan * Kekuatan otot  1. 1111   2222 2222   * Rentang gerak (ROM) dapat bergerak secara mandiri apabila adanya rangsangan nyeri   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-2 | *RARA* |
| 12  1  1  1  1  1  123  2  3  3  3  3  4  4 | 14.00  14.20  14.20  18.20  18.40  19.10  19.13  16.00  15.30  15. 45  16.15  16.36  17.00  17.15  20.30 | * Serah terima jaga siang * Monitor sputum (sputum sedang 25 cc, warna putih 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 asupan cairan (renxamin 25/3 jam dan Diiet Nefrisol 400) * Monitor status hemodynamic (TD: 100/52 RR: 10, Nadi: 98, Suhu: 37, SPO2: 100) * Monitor intake output cairan * Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x5 * Memonitor CVP (41) * Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 98) * Pertanhankan suhu tubuh normal (Suhu: 36.3) * 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 | *AFI* | 21.00 | Dx 1  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pola nafas klien tampak reguler * sekret tampak masih ada, warna putih kental produksi 25 cc. * Frekuensi nafas RR: 10x/menit * Tekanan darah 100/52 mmHg * Nadi : 98 x/menit   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-7  Dx 2  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Asupan cairan cukup (Balance cairan 425-20= 405 cc) * Edema tangan menurun * Tekanan darah 100/52 mmHg   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-3.  Dx 3  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Tingkat kesadaran GCS 2x5 * Pola napas klien tampak reguler * Tekanan Nadi (Nadi: 98x/menit) * Reflek neurologis (CVP 41)   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-5  Dx 4  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan * Kekuatan otot  1. 1111   2222 2222   * Rentang gerak (ROM) dapat bergerak secara mandiri apabila adanya rangsangan nyeri   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-2 | *AFI* |
| 12  1  1  1  1  1  1  123  2  3  2  3  3  3  3  3  4  4 | 21.00  21.30  22.00  22.20  22.20  22.20  22.40  01.00  01.10  01.40  01.45  03.00  04.15  04.35  04.45  05.20  02.00  05.45  06.30 | * Serah terima jaga malam * 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 * Melakukan perawatan mulut dengan kasa * Memberikan asupan cairan (renxamin 200/3 jam dan Diiet Nefrisol 600) * Monitor status hemodynamic (TD: 100/62, RR: 15, Nadi: 100, Suhu: 36,6, SPO2: 100) * Monitor intake output cairan * 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) * Memonitor tingkat kesadaran GCS 2x5 * Memonitor CVP (68) * Memonior MAP (68) * Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 90) * Pertanhankan suhu tubuh normal (Suhu: 36.7) * 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 | *IKA* | 07.00 | Dx 1  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pola nafas klien tampak reguler * sekret tampak masih ada, warna putih kental produksi 10 cc. * Frekuensi nafas RR: 13x/menit * Tekanan darah 137/71 mmHg * Nadi : 90 x/menit   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-6.    Dx 2  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Asupan cairan cukup (Balance cairan 800-780 = 20cc) * Edema tangan menurun * Tekanan darah 137/71 mmHg   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-3.  Dx 3  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.  Dx 4  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri * Kekuatan otot meningkat  1. 1111   2222 2222   * Rentang gerak (ROM) tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-2. | *IKA* |

Nama Klien : Ny.S Hari/Tanggal : Kamis, 20 Januari 2022

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No DX | Waktu  (tgl&jam) | Tindakan | TT Perawat | Waktu  (tgl&jam) | Catatan Perkembangan | TT Perawat |
| 12  1  1  1  1  1  123  2  3  3  3  4  4 | 20-01-22  08.00  08.35  08.40  08.40  08.40  08.40  09.00  10.00  09.30  09.50  09.55  09.55  13.30 | * 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 1250cc/3 jam * 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) * Memonitor tingkat kesadaran GCS 3x5 * Memonior MAP (68) * Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 98) * 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 | *RARA* | 20-01-22  14.00 | Dx 1  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * 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   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-7.  Dx 2  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Asupan cairan cukup (Balance cairan 125-10 = 115 cc) * Edema tangan menurun * Tekanan darah 107/50 mmHg   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-3  Dx 3  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  Dx 4  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pergerakan ekstremitas dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan * Kekuatan otot   2222 2222  2222 2222   * Rentang gerak (ROM) dapat bergerak secara mandiri apabila adanya rangsangan nyeri   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-2 | *RARA* |
| 12  1  1  1  1  1  123  2  3  3  3  3  4  4 | 14.00  14.20  14.20  18.20  18.40  19.10  19.13  16.00  15.30  15. 45  16.15  16.36  17.00  17.15  20.30 | * Serah terima jaga siang * Monitor pola nafas (irama nafas reguler) * Monitor sputum (sputum sedang 15 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 (renxamin 25/3 jam dan Diiet Nefrisol 400) * Monitor status hemodynamic (TD: 135/76, RR: 13, Nadi: 100, Suhu: 37, SPO2: 100) * Monitor intake output cairan * Memonitor tingkat kesadaran GCS 3x5 * Memonitor CVP (68) * Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 99) * Pertanhankan suhu tubuh normal (Suhu: 36.7) * 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 | *MENTARI* | 21.00 | Dx 1  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pola nafas klien tampak reguler * sekret tampak masih ada, warna putih kental produksi 15 cc. * Frekuensi nafas RR: 13x/menit * Tekanan darah 105/64 mmHg * Nadi : 99 x/menit   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-7  Dx 2  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Asupan cairan cukup (Balance cairan 425-15 = 415 cc) * Edema tangan menurun * Tekanan darah 135/76 mmHg   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-3.  Dx 3  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * 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  Dx 4  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan * Kekuatan otot   2222 2222  2222 2222   * Rentang gerak (ROM) dapat bergerak secara mandiri apabila adanya rangsangan nyeri   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-2 | *MENTARI* |
| 12  1  1  1  1  1  2  123  2  123  2  123  3  3  3  3  3  4  4 | 21.00  21.30  22.00  22.20  22.20  22.20  22.40  01.00  01.10  01.40  01.45  03.00  04.15  04.35  04.45  05.20  02.00  05.45  06.30 | * Serah terima jaga malam * Monitor pola nafas (irama nafas reguler) * Monitor sputum (sputum sedang 0 cc, warna putih 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 asupan cairan (renxamin 200/3 jam dan Diiet Nefrisol 600) * Monitor status hemodynamic (TD: 135/76, RR: 13, Nadi: 100, Suhu: 37, SPO2: 100)) * Monitor intake output cairan * 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) * Memonitor tingkat kesadaran GCS 3x5 * Memonitor CVP (8) * Memonior MAP (8) * Memonitor penurunan frekuensi jantung (Nadi: 98) * Pertanhankan suhu tubuh normal (Suhu: 36.4) * Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi (TD: 115/66, RR: 13, Nadi: 98, Suhu: 36,4 , SPO2: 100) * Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi | *KHANNA* | 07.00 | Dx 1  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pola nafas klien tampak reguler * sekret tampak masih ada, warna putih kental produksi 0 cc. * Frekuensi nafas RR: 13 x/menit * Tekanan darah 155/66 mmHg * Nadi : 98 x/menit   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dihentikan  Dx 2  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  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.  Dx 3  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.  Dx 4  S : Tidak Terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran  O:   * Pergerakan ekstremitas tidak dapat bergerak secara mandiri * Kekuatan otot meningkat   2222 2222  2222 2222   * Rentang gerak (ROM) tidak dapat bergerak secara mandiri/dengan bantuan   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 1-2. | *KHANNA* |

**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 analisi atau opini penulis. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

**4.1 Pengkajian**

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada Ny.S dengan cara anamnesa pada oberservasi 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 tinjuan pustaka dan tinjauan kasus tidak banya 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.

Pada pemeriksaan fisik Ny. S didapatakan keadaan umum Ny.S tidak terkaji karena mengalami penurunan kesadaran pada pemeriksaan Fisik B1-B6 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. Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak tampak distensi vena juguler tidakter dengar 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, CVC berada di sub clavicula dextra nilai CVP: 4,5 , CRT <2 detik. Perkusi terdapat suara sonor. Kesadaran pasien somnolen, respon pupil melambat, pupil isokor, GCS E: 2 V: x M: 1 Total : 2x1. 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) dan diit nefrisol 6x100 dan Output BAK 25 cc, IWL (15x50) = 750 untuk balance cairan (excess) total 25 cc/24 jam. 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. 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, pada bagian ektremitas atas dengan kekuatan 1111 dan pada bagian ektremitas bawah pasien dengan kekuatan 2222 tidak adanya decubitis.

Dan pengkajian lain didapatkan dari data pemeriksaan penunjang yaitu laboratorium yang dimana adanya penurunan HB (10.30 g/dL dan tingginya BUN (16mg/dL) KREATININ (9.26mg/dL) sehingga menyebabkan pasien mendapatkan diagnosa medis Chonic Kidney Disease (CKD) penyebaran infeksi yang terjadi pada ginjal menyebabkan pasien tidak dapat mengabsorbsi darah dengan lancar dan diharuskan pasien mendapatkan perawatan seperti Cuci Darah atau Hemodialisa (HD). Pengkajian intugumen 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, penurunan aktivitas.
3. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Faktor resiko
4. 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.

* 1. Hipervolemia b.d Gangguan Mekanisme Regulasi

Diagnosa ini diangkat dari adanya laboratorium yang dimana Hb klien menurun dan tingginya Bunkret pasien.

* 1. 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.

* 1. 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 Intervensi Keperawatan**

Pada perumusan tujuan antara pustaka dan tinjuan kasus. Pada tinjauan pustaka intervensi menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus intervensi menggunakan sasaran dalam intervensinya dengan alas an penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga pasien dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (afektif), dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor).

Dalam tujuan tinjauan kasus dicantumkan kriteria hasil karena pada kasus nyata diketahui keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan Pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan:

* 1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Nafas, maka akan dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : produksi sputum menurun, pola nafas membaik, frekuensi nafas membaik. Dengan intervensi monitor 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 + Midiatro) 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 yag diberikan.
  2. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi selama 3x24 jam, maka akan dilakukan tindakan keperawatan keseimbangan cairan meningkat dengan Kriteria Hasil : asupan cairan meningkat, edema menurun, tekanan darah membaik. Dengan intervensi 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 kesulihatan bernafas. 7. Dokumentasi hasil pemantauan agar mengetahui perkembangan pasien. 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan agar keluarga mengethaui perkembangan pasien. 9. Pemberian diuretik (Rexamin, Ranitidin, Cefipim, Inpensa, dan Donperidon) agar pasien dapat meningkatkan tekanan darah .
  3. Penurunan Kapasitas adaktif Intra Cranial berhubungan dengan gangguan metabolisme ensefalopati uremikum selama 3x24 jam, maka akan dilakukan tindakan keperawatan Kapasitas adaktif Intra Cranial meningkat dengan Kriteria Hasil : Tingkat kesadaran meningkat, pola nafas membaik, Tekanan nadi membaik. Dengan intervensi 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. Pertanhankan suhu tubuh normal agar mengetahui suhu pasien. 9. Dokukentasikan 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. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan otot selama 3x24 jam, maka akan dilakukan tindakan keperawatan mobilitas fisik meningkat dengan Kriteria Hasil : pergerakan ektremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat. Dengan intervensi 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.

**4.4 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 tinjuan pustaka belum dapat direlasisasikan karena hanya membahas teori sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direlisasikan 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 tinjuan pustaka. Dan hal ini harus memiliki kerjasama tim anatara dokter, perawat dan kolabolator lainnya.

Pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan pada diagnosa tinjuan kasus :

* 1. Pelaksaan tindakan keperawatan pada diagnose pertama yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas dimulai pada tanggal 18 Januari 2022 dengan melakukan monitor pola nafas, monitor sputum, monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam, berikan terapi nebulizer (ns+midatro), lakukan fisioterapi dada dengan claping, lakukan suction, berikan pre oksigenasi 100 % sebelum dan setelah melakukan suction, lakukan perawatan mulut, berikan asupan cairan 800cc/hari.
  2. Pelaksaan tindakan keperawatan pada diagnose kedua yaitu Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi dimulai pada tanggal 18 Januari 2022 dengan melakukan 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 kesulihatan bernafas. 7. Dokumentasi hasil pemantauan agar mengetahui perkembangan pasien. 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan agar keluarga mengethaui perkembangan pasien. 9. Pemberian diuretik (Rexamin, Ranitidin, Cefipim, Inpensa, dan Donperidon) agar pasien dapat meningkatkan tekanan darah .
  3. Pelaksaan tindakan keperawatan pada diagnose ketiga yaitu penurunan kapasitas adaktif intra kranial b.d hipertensi intrakranial idiopatik dimulai pada tanggal 18 Januari 2022 dengan melakukan 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. Pertanhankan suhu tubuh normal agar mengetahui suhu pasien. 9. Dokukentasikan 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. Pelaksaan tindakan keperawatan pada diagnose keempat gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dimulai pada tanggal 18 Januari 2022 dengan melakukan 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 koperatif dengan perawat sehingga rencana keperawatan dapat dilakukan dengan baik.

**4.4 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalah secara langsung.

Pada tinjuan kasus pada pasien dengan CKD (Chronic Kedney Desease) di ruangan ICU CENTRAL RSPAL dr. Ramelan Surabaya dilaksanakan evaluasi dengan membandingkan tujuan dan kriteria hasil dengan hasil implementasi dengan menggunakan evaluasi subyektif, obyektif, assessment dan planning, sedangkan hasil terperinci masing-masing diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut :

* + - 1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi 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.
      2. 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 25 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.
      3. 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 menggerakan kedua kaki pasien dengan mandiri dengan status kesadaran Delirium dan masalah teratasi sebagian dan intervensi tetap dilanjutkan.
      4. 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 .

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 menunjukan pada sistem Breathing kami menemukan data bersihan jalan nafas tidak efektif yang disebab karena adanya sekret. Pada sistem brain kami menemukan data Penurunan kapasitas adaktif intra cranial yang disebab karena kesadaran pasien 2x1 somnolen. Pada sistem bladder kami menemukan hipervolemia yang disebab karena balance cairan positif. Pada sistem bone kami menemukan gangguan mobilitas fisik disebab karena kekuatan otot lemah pada ektremitas atas 1111 dan bawah 2222.
      2. Diagnosis keperawatan diantaranya : 1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan nafas. 2. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi. 3. Penurunan kapasitas adaktif intra cranial b.d gangguan metabolisme ensefalopati uremikum. 4. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot.
      3. Intervensi keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semuaya 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. Evaluasi yang dapat dijelaskan bahwa pada tinjauan kasus dari keempat diagnosa dengan hasil assessment yang sama yaitu masalah teratasi. Keberhasilan proses keperawatan pada pasien dapat tercapai sepenuhnya, apabila asuhan keperawatan dilakukan secara berkesinambungan dan observasi keadaan umum pasien juga sangat penting untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien

1. **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.

1. Praktisi
2. Bagi Rumah Sakit

Penanganan yang cepat dan tepat pada kasus CKD (*Chronic Kedney Desease*) sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dari kerusakan mikrovaskular dan sirkulasi.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk lebih meningkatkan mutu pendidikan dengan menambah litteratur atau reverensi untuk kelengkapan pada perkuliahan.

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Partisipasi keluarga dengan tenaga kesehatan dalam menangani kasus CKD (*Chronic Kedney Desease*), sangat dibutuhkan untuk memudahkan tenaga kesehatan melakukan proses asuhan keperawatan yang maksimal

1. Bagi Mahasiswa

Bagi mahasiswa lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan tentang perkembangan teori-teori terbaru dalam dunia kesehatan.

**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 Encephalophaty 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

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.

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*](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 Ruangan 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 khusunya 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 terimkasih 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. Posturnal Drainase  a. Perawat mencuci tangan, lalu memasang sarung tangan  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 | | 5 menit |
| 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 | | 1-2 menit |
| 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 membuangn napas, perlahan getarkan tangan dengan cepat tanpa melakukan penekanan berlebihan  e. Posisikan pasien untuk dilakukan tindakan batuk efektif | | 5-8 menit |
| Total | | ± 15 menit |

(Sumber : Pakpahan R.E., 2020)

**Standar Prosedur Operasional**

**Suction**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Pengertian | Melakukan tindakan penghisapan lendir di jalan nafas |
| 1. Tujuan | 1. Mengeluarkan secret/cairan pada jalan nafas 2. Melancarkan jalan nafas. |
| 1. Indikasi | 1. Pasien tidak sadar 2. Pasien yang tidak mampu mengeluarkan lender sendiri |
| 1. Persiapan Kerja | 1. Persiapan alat 2. Bak instrument berisi: pinset anatomi 2, kasa secukupnya 3. NaCl atau air matang 4. Canule suction 5. Perlak dan pengalas 6. Mesin suction 7. Kertas tissue 8. Persiapan Perawat 9. Persiapan lingkungan: data biografi pasien 10. Bicarakan keinginan pasien, kekawatirannya, dan ketakutannya dengan cara yang simpatik dan teliti |
| 1. Tahapan Kerja | 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 ± 5 cm, mulut ±10 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 |
| 1. Evaluasi | 1. Mengevaluasi tindakan yang baru dilakukan 2. Merapikan pasien dan lingkungan 3. Berpamitan dengan pasien 4. Membereskan dan kembalikan alat ketempat semula 5. Mencuci tangan 6. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan 7. Nilai kepuasan klien dan betulkan cara penggunaannya 8. Evaluasi perasaan pasien (merasa aman dan nyaman) 9. Kontrak waktu untuk kunjungan, selanjutnya |

(Brunner & Suddarth.2002. Keperawatan medikal bedah, VOL:1, Jakarta:EGC)