**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS CKD DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT (ICU)***

**RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

****

**OLEH :**

**SINTHYA NUR MEGA PERMATA**

**NIM . 182.0053**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS CKD DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU)**

**RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh :**

**SINTHYA NUR MEGA PERMATA**

**NIM .182.0053**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

# 

**SURAT PERNYATAAN**

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

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

Surabaya, 14 Juni 2021

Sinthya Nur Mega Permata

182.0053

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku dosen pembimbing mahasiswa :

Nama : Sinthya Nur Mega Permata

NIM : 1820053

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul :**”ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS CKD DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA”**

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd.Kep)**

Surabaya, 11 Juni 2021

Pembimbing

Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03.033

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal :11 Juni 2021

# C:\Users\WIN10\Downloads\SINTHYA HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN _page-0001.jpg

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan sebesar-besarnya

1. Ibu Dr. A. V. Sri Suhardiningsih., S.Kep., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan.
2. Puket I, II, III yang telah membekali memfasilitasi proses pembelajaran kami sehingga kami dapat mengikuti proses pendidikan dengan baik di sekolah tinggi ilmu kesehatan hang tuah surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku kepala prodi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah.
5. Bapak Nuh Huda,S.Kep.,Ns.,M.Kep,Sp.Kep.MB selaku dosen penguji 1 dan ibu Nur Muji,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji ke 2 terima kasih telah memberi masukan saya untuk menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik.
6. Ibu Nadia Okhtiary, A.md selaku kepala Perpustakaan di Stikes Hangtuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
7. Ibu Indarti,S.Kep.Ns selaku CI lahan di ICU RSU Haji Surabaya yang telah membimbing dan memberikan saya kesempatan observasi untuk penyelesaian tugas akhir.
8. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Kepada orang tua saya yang selalu ada dan selalu memberikan doa setiap langkahku.
10. Tn.S yang telah bersedia untuk menjadi bagian dalam penelitian asuhan keperawatan ini.
11. Teman & sahabat saya terimakasih telah menemaniku melewati masa kuliah ini dan tetap ada disuka duka saya.
12. Sahabat-sahabat perjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hnag Tuah Surabaya yang telah Memberikan dorongan semngat serta do’a sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan akan tetap terjalin
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 14 Juni 2021

Sinthya Nur Mega Permata

182.0053

# DAFTAR ISI

[HALAMAN PERSETUJUAN ii](#_Toc74403499)

[HALAMAN PENGESAHAN iii](#_Toc74403500)

[KATA PENGANTAR iv](#_Toc74403502)

[DAFTAR ISI vii](#_Toc74403503)

[DAFTAR TABEL xi](#_Toc74403504)

[DAFTAR LAMPIRAN xi](#_Toc74403505)

[DAFTAR SINGKATAN xiv](#_Toc74403506)

[BAB I 1](#_Toc74403507)

[PENDAHULUAN 1](#_Toc74403508)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc74403509)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc74403510)

[1.3 Tujuan Penelitian 4](#_Toc74403511)

[A. Tujuan umum 4](#_Toc74403512)

[B. Tujuan Khusus 4](#_Toc74403513)

[1.4 Manfaat 5](#_Toc74403514)

[A. Secara Teoritis 5](#_Toc74403515)

[B. Secara Praktis 5](#_Toc74403516)

[1.5. Metode Penulisan 6](#_Toc74403517)

[A. Teknik Pengumpulan Data 6](#_Toc74403518)

[B. Sumber Data 7](#_Toc74403519)

[C. Studi Kepustakaan 7](#_Toc74403520)

[1.6 Sistematika Penulisan 7](#_Toc74403521)

[1.6.1. Bagian awal 7](#_Toc74403522)

[1.6.2. Bagian inti 7](#_Toc74403523)

[1.6.3 Bagian Akhir 8](#_Toc74403524)

[BAB 2 9](#_Toc74403525)

[TINJAUAN PUSTAKA 9](#_Toc74403526)

[2.1 Anatomi dan Fisiologi Ginjal 9](#_Toc74403527)

[A. Anatomi Ginjal 9](#_Toc74403528)

[B. Patofisiologi Ginjal 12](#_Toc74403529)

[C. Patofisiologi Ginjal 13](#_Toc74403530)

[2.2. Konsep Penyakit *Chronic Kidney Disease* 16](#_Toc74403531)

[A. Definisi Chronic Kidney Disease 16](#_Toc74403532)

[B. Etiologi Chronic Kidney Disease 17](#_Toc74403533)

[C. Klasifikasi Chronic Kidney Disease 18](#_Toc74403534)

[D. Penatalaksanaan 19](#_Toc74403535)

[E. Komplikasi 21](#_Toc74403536)

[F. Manifestasi Klinis *Chronic Kidney Disease* 22](#_Toc74403537)

[G. Pemeriksaan Penunjang *Chronic Kidney Disease* 23](#_Toc74403538)

[H. Pencegahan Chronic Kidney Disease 24](#_Toc74403539)

[G. Penatalaksanaan Chronic Kidney Disease 26](#_Toc74403540)

[2.3 Konsep Intensive Care Unit (ICU) 27](#_Toc74403541)

[A. Definisi ICU 27](#_Toc74403542)

[B. Fungsi ICU 27](#_Toc74403543)

[C. Tujuan ICU 28](#_Toc74403544)

[D. Prosedur Pasien Masuk ICU 28](#_Toc74403545)

[E. Indikasi Masuk ICU 29](#_Toc74403546)

[F. Kontraindikasi Masuk ICU 32](#_Toc74403547)

[G. Kriteria Keluar Dari ICU 32](#_Toc74403548)

[2.4 Konsep Asuhan Keperawatan *Chronic Kidney Disease* 34](#_Toc74403549)

[A. Pengkajian 34](#_Toc74403550)

[BAB 3 45](#_Toc74403551)

[TINJAUAN KASUS 45](#_Toc74403552)

[3.1 Pengkajian 45](#_Toc74403553)

[A. Identitas 45](#_Toc74403554)

[B. Keluhan utama 45](#_Toc74403555)

[C. Riwayat penyakit sekarang 45](#_Toc74403556)

[D. Riwayat penyakit dahulu 46](#_Toc74403557)

[E. Riwayat Penyakit Keluarga 46](#_Toc74403558)

[F. Keadaan umum 46](#_Toc74403559)

[G. Pemeriksaan Penunjang 50](#_Toc74403560)

[H. Pemberian Terapi 55](#_Toc74403561)

[3.2 ANALISA DATA 57](#_Toc74403562)

[3.3`PRIORITAS MASALAH 59](#_Toc74403563)

[3.4 RENCANA KEPERAWATAN 60](#_Toc74403564)

[BAB 4 73](#_Toc74403565)

[PEMBAHASAN 73](#_Toc74403566)

[A. Pengkajian 73](#_Toc74403567)

[B. Diagnosa Keperawatan 74](#_Toc74403568)

[C. Penatalaksanaan 75](#_Toc74403569)

[D. Evaluasi 76](#_Toc74403570)

[BAB V 77](#_Toc74403571)

[PENUTUP 77](#_Toc74403572)

[5.1 KESIMPULAN 77](#_Toc74403573)

[5.2 SARAN 78](#_Toc74403574)

[DAFTAR PUSTAKA 80](#_Toc74403575)

# DAFTAR TABEL

[Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium Tn, S tanggal 28 april 2021 52](#_Toc74404584)

[Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium Tn. S 30 April 2021 54](#_Toc74404585)

[Tabel 3. 3 Terapi obat Tn.s 56](#_Toc74404586)

[Tabel 3. 4 Analisa data tn. s 58](#_Toc74404587)

[Tabel 3. 5 Prioritas masalah Tn.S 59](#_Toc74404588)

[Tabel 3. 6 Rencana keperawatan Tn. s 64](#_Toc74404589)

[Tabel 3. 7 Tindakan keperawatan Tn. S 71](#_Toc74404590)

**DAFTAR GAMBAR**

[Gambar 2. 1 Anatomi ginjal 10](file:///F:\Sekolah%20Sukses%20Om%20Svaha\SUKSES%20KTI%20ASTUNGKARA%20TAT%20ASTU%20SVAHA\11%20juni%201820038_%20PUTU%20MEISANINGSI%20%20KTI%20ASTUNGKARA%20TAT%20ASTU%20SVAHA%20SUKSES%20MEISA%20-%20Copy.docx#_Toc74404840)

[Gambar 2. 2 Struktur ginjal manusia 12](file:///F:\Sekolah%20Sukses%20Om%20Svaha\SUKSES%20KTI%20ASTUNGKARA%20TAT%20ASTU%20SVAHA\11%20juni%201820038_%20PUTU%20MEISANINGSI%20%20KTI%20ASTUNGKARA%20TAT%20ASTU%20SVAHA%20SUKSES%20MEISA%20-%20Copy.docx#_Toc74404841)

[Gambar 3. 1 Hasil foto Thorax pasien Tn. S 54](file:///F:\Sekolah%20Sukses%20Om%20Svaha\SUKSES%20KTI%20ASTUNGKARA%20TAT%20ASTU%20SVAHA\11%20juni%201820038_%20PUTU%20MEISANINGSI%20%20KTI%20ASTUNGKARA%20TAT%20ASTU%20SVAHA%20SUKSES%20MEISA%20-%20Copy.docx#_Toc74404847)

[Gambar 3. 2 Hasil EKG Tn. S 55](file:///F:\Sekolah%20Sukses%20Om%20Svaha\SUKSES%20KTI%20ASTUNGKARA%20TAT%20ASTU%20SVAHA\11%20juni%201820038_%20PUTU%20MEISANINGSI%20%20KTI%20ASTUNGKARA%20TAT%20ASTU%20SVAHA%20SUKSES%20MEISA%20-%20Copy.docx#_Toc74404848)

# DAFTAR SINGKATAN

ADL : Activity daily living

AKG : Angka Kecukupan Gizi

BB : Berat badan

C : Celcius

CM : Compos Mentis

CRP : CreactinProtein

CRT : Capilary Refill time

D3 : Diploma III

DEPKES : Departemen Kesehatan

DKK : Dan Kawan Kawan

DM : Diabetes melitus

DO : Data Objektif

DS : Data Subjektif

Fe : *Ferum*

GCS : Glasgow Coma scale

GDA : Gula Darah Acak

GDS : Gula Darah Sewaktu

HB : Hemoglobin

HGB : Hemoglobin

IMT : Indeks Masa Tubuh

IV : Intravena

Ka : Kalium

KEMENKES : Kementrian Kesehatan

Kg : Kilogram

KKal : Kilokalori Kecil

KMB : Keperawatan Medikal Bedah

KRS : Keluar Rumah Sakit

m : Meter

Mg : miligram

Mg : Miligram

MRS : Masuk Rumah Sakit

N : Nadi

Na : Natrium

PCT : Procalcitonin

PDW : Platelet Distribution Widht

PLT : Plateletcount

RI : Republik Indonesia

ROM : Range of motion

ROS : Review of system

RR : Respiratory rate

S : Suhu

SDKI : Standar diagnosis Keperawatan Indonesia

SDM : Sumber Daya Manusia

SGOT : Serum Glutamic Ocaloaseptik

SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

SLKI : Standar Luaran keperawatan Indonesia

SMRS : Sebelum masuk rumah sakit

STIKES : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

TB : Tinggi Badan

TBC : *Tuberculosis*

TD : Tekanan darah

Tn : Tuan

TNI : Tentara Nasional Indonesia

TTV : Tanda – tanda VItal

WBC : White Blood Cel

WHO : *World Health Organization*

# BAB I

# PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Ginjal manusia mempunyai fungsi untuk mempertahankan keseimbangan cairan tubuh seperti pengatur volume cairan, keseimbangan asam basa, osmotic, ekskresi sisa metabolism, dan mengatur system hormonal dan metabolisme(Marya, 2013). Ginjal merupakan organ paling penting di tubuh manusia karena berfungsi sebagai penyaring suatu cairan atau darah kotor. Apabila salah satu ginjal mengalami kerusakan atau tidak berfungsi dengan baik maka seseorang tersebut akan mengalami gagal ginjal. Gagal ginjal *(renal atau kidney failure)* yaitu ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal.. Penyakit *Chronic Kidney Disease* biasanya disertai dengan komplikasi seperti penyakit cardiovaskuler, penyakit saluran nafas, penyakit saluran cerna, kelainan pada otot dan tulang, kulit serta anemia (Mardhatillah et al., (2020). Gagal ginjal kronik merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat pada setiap nefron (biasanya berlangsung beberapa tahun dan reversible). Masalah keperawatan yang timbul pada penderita dengan gagal ginjal kronik adalah kelebihan volume cairan, pola nafas tidak efektif, ketidakseimbangan nurtisi kurang dari kebutuhan, resiko infeksi (PPNI, 2016)

Menurut (WHO) angka kejadian gagal ginjal kronik di dunia secara global lebih dari 500 juta orang dan yang harus menjalani hidup dengan bergantung pada cuci darah (Hemodialisa) 1,5 juta orang. Dari 4123 orang yang mejalani hemodialisa di USA hanya terdapat 21% di Amerika,pasien masih bekerja. Prevalensi CKD meningkat setiap tahunnya. (Mardhatillah et al., (2020) menyatakan diperkirakan insiden CKD di Indonesia berkisar 100-150 per 1 juta penduduk dan prevalensi mencapai 200-250 kasus per juta penduduk.. Saat ini di Indonesia terdapat 300.000 penderita CKD. Studi populasi di 4 kota besar di Indonesia yaitu Jakarta, Yogyakarta, Bali dan Surabaya pada 10.000 pasien menyimpulkan prevalensi CKD di Indonesia berkisar 8,6%Di RSU Haji Surabaya Khususnya di ruang ICU pasien dengan CKD dari bulan Januari-April 2021 didapatkan 16 pasien.

Patofisiologi penyakit ginjal kronis berupa kerusakan ginjal yang direpresentasikan oleh penurunan laju filtrasi glomerulus yang berujung pada berbagai komplikasi.injal normal memiliki 1 juta nefron (unit satuan ginjal) yang berpengaruh terhadap laju filtrasi glomerulus. Ginjal memiliki kemampuan untuk menjaga laju filtrasi glomerulus dengan meningkatkan kerja nefron yang masih sehat ketika ada nefron yang rusak Selain itu, filtrasi glomerulus bergantung pada tekanan intra dan transglomerulus sehingga membuat kapiler glomerulus sensitif terhadap gangguan hemodinamik.penyakit ginjal kronis akan berujung menjadi beberapa komplikasi, di antaranya adalah Anemia, akibat penurunan eritropoietin yang diproduksi oleh ginjal. Penurunan eritropoietin ini seiring dengan penurunan laju filtrasi glomerulus,Osteodistrofi ginjal, akibat peningkatan hormon paratiroid akibat retensi fosfat dan hipokalsemia akibat dari defisiensi vitamin D.Penyakit kardiovaskular Semua pasien *Chronic Kidney Disease* disarankan dipertimbangkan berada dalam risiko tinggi penyakit kardiovaskular.Malnutrisi protein Penurunan LFG sering disertai dengan anoreksia, mual dan muntah sehingga menyebabkan pemasukkan makanan dan nutrisi berkurang.terjadinya Asidosis metabolic terjadi ketika kondisi asam di tubuh terlalu berlebihan saat atau ginjal tidak mampu mengeluarkan asam dari dalam tubuh.(Karinda et al., 2019).

Sebagai tenaga kesehatan kita bis melakukan edukasi dan promosi kesehatan kepada P penyakit ginjal kronis untuk menghindari faktor risiko yang dapat diubah, mengenali gejala tanda bahaya yang harus segera dikonsultasikan ke dokter, serta nutrisi dan diet.Batasan asupan protein sebanyak < 0.8 gr/kg/hari pada laju filtrasi glomerulus < 30 ml/min/1.73 m2.Bila terdapat tanda dan gejala malnutrisi, jumlah asupan protein yang diberikan perlu dilakukan penyesuaian asupan protein kembali.Batasan kalori untuk usia di bawah 60 tahun adalah 35 kkal/kgBB/hari, pada usia di atas 60 tahun dengan aktivitas fisik yang menurun adalah 30 – 35 kkal/kgBB/hari.Batasan cairan per hari dilihat dari tingkat keparahan dan berat badan kering pasien. Batasan asupan fosfat dan kalium seperti minuman kaleng, keju, kerang, ikan sarden, telur ikan, jeroan, hati ayam dan sapi, makanan siap saji.Beberapa contoh makanan tinggi kalium seperti alpukat, pisang, buah kering, mangga, pepaya, brokoli, kacang-kacangan, kentang, biji-bijian.untuk mengurangi hal tersebut berikan suplementasi oral dan menyarankan pasien untuk menjalani hemodialisia(Kalengkongan et al., 2018)

## 1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pasien Tn.S dengan diagnosis medis *Chronic Kidney Disease* hari ke-2 di ruang ICU RSU Haji Surabaya ?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### A. Tujuan umum

Melakukan asuhan keperawatan pada Tn.S secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pasien diagnosis medis *Chronic Kidney Disease* hari ke-2 di ruang ICU RSU Haji Surabaya

### B. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Tn. S diagnosis medis *Chronic Kidney Disease* hari ke-2 di ruang ICU RSU Haji Surabaya
2. Menegakkan diagnosa keperawatan *Chronic Kidney Disease* pada Tn.S
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pasien diagnosis medis *Chronic Kidney Disease* hari ke-2 di ruang ICU RSU Haji Surabaya .
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien diagnosis medis *Chronic Kidney Disease* hari ke-2 di ruang ICU RSU Haji Surabaya
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* hari ke-2 di ruang ICU RSU Haji Surabaya .

Mendokumentasikan proses asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* hari ke-2 di ruang ICU RSU Haji Surabaya

## 1.4 Manfaat

Beberapa tujuan umum maupun tujuan khusus, maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan. Adapaun manfaat-manfaat dari karya ilmiah akhir secara teoritis dan praktis seperti tersebut dibawah ini:

### A. Secara Teoritis

Pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan cermat akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian *disability* dan mortalitas pada Tn.S dengan diagnosis medis *Chronic Kidney Disease* hari ke-2 di ruang ICU RSU Haji Surabaya.

### B. Secara Praktis

1. Bagi institusi rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk meyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien diagnosis medis *Post Operation Spondylosis Cervical* sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan.

1. Bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya pada diagnosis medis *Post Operation Spondylosis Cervical* sehingga dapat meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

1. Bagi keluarga dan pasien

Keluarga mampu melakukan perawatan pasien diagnosis *Post Operation Spondylosis Cervical* dirumah agar meminimalkan aktivitas.

1. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien khususnya dengan diagnosis medis *Post Operation Spondylosis Cervical* sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

## 1.5. Metode Penulisan

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada suatu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara

### A. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui Rekam medis Tn.S dan percakapan dengan keluarga Tn.S maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan pengamatan selanjutnya.

### B. Sumber Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasienTn.S.

1. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga Tn.S atau orang terdekat dengan pasien Tn.S, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena.

### C. Studi Kepustakaan

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

**1.6 Sistematika Penulisan**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalan 3 bagian, yaitu:

### Bagian awal

Memuat halaman judul, surat pernyataan keaslian laporan, halaman persetujuan pembimbing, kata pengantar, daftra isi, daftar gambar, daftar tabel, daftar singkatan dan daftar lampiran.

### Bagian inti

Meliputi lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan yang berisikan tentang latar belakang masalah,

perumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Landasan teori yang berisikan tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa diagnosis medis *Chronic Kidney Disease.*

BAB 3: Hasil yang berisikan tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5: Simpulan dan saran.

### 1.6.3 Bagian Akhir

Terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

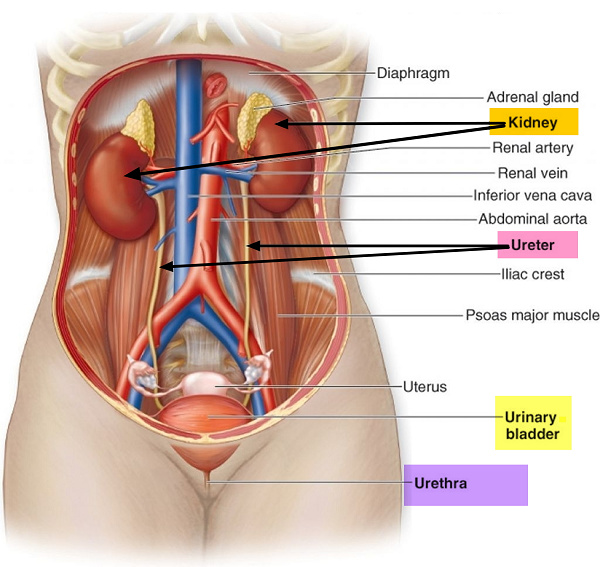
. Dalam bab 2 akan dijelaskan secara teoritis mengenai konsep dasar penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien Tn.S dengan diagnosis medis *Chronic Kidney Disease* . Konsep penyakit akan diuraikan dalam definisi,anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis,pemeriksaan penunjang,serta penanganan secara medis.Pada konsep asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah keperawatan dalam menangani *Chronic Kidney Disease* yang dirangkum dalam pengkajian,analisa data,diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

## 2.1 Anatomi dan Fisiologi Ginjal

### A. Anatomi Ginjal

1. Pengertian Ginjal

Ginjal adalah sepasang organ retroperineal yang integral dengan homeostatis tubuh dalam mempertahankan keseimbangan, termasuk keseimbangan fisika dan kimia. Ginjal menyekresikan hormone dan enzim yang membantu pengaturan produksi eritrosit, tekanan darah, serta metabolism dan menyesuaikan ekskresi air dan pelarut. Ginjal mengatur volume ciran tubuh, asiditas dan elektrolit, sehingga mempertahankan komposisi cairan yang normal.(Marya, 2013) Ginjal memiliki bentuk seperti biji kacang yang jumlahnya ada dua buah yaitu di sebelah kiri dan kanan. Ginjal kiri memiliki ukuran lebih besar dari ginjal kanan dan pada umumnya ginjal laki-laki memiliki ukuran yang lebih panjang dibandingkan dengan ginjal wanita.(Kalengkongan et al., 2018)

****

Gambar 2. 1 Anatomi ginjal

**Gambar 2.1** Anatomi Ginjal

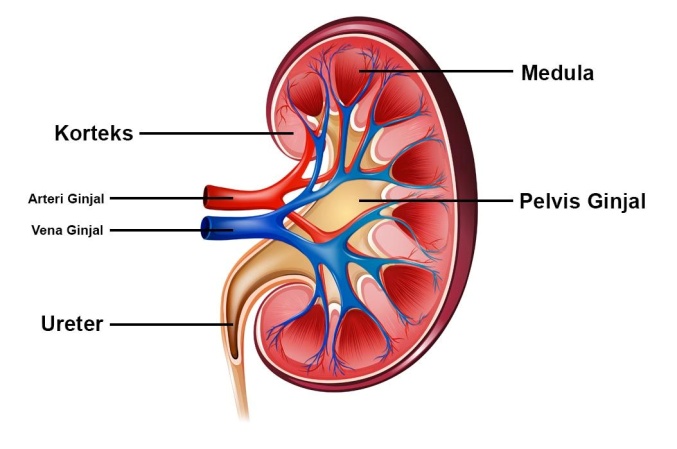
**Sumber:** (Karinda et al., 2019)

1. Fungsi Ginjal

Seperti kita sebutkan di atas tadi, selain untuk menyaring kotoran dalam darah, ginjal mempunyai fungsi-fungsi sebagai berikut :

1. Mengekskresikan zat-zat yang merugikan bagi tubuh, antara lain : urea, asam urat, amoniak, creatinine, garam anorganik, bakteri dan juga obat-obatan. Jika zat-zat tersebut tidak di ekskresikan oleh ginjal, maka manusia tidak akan bisa bertahan hidup. Hal ini dikarenakan tubuhnya akan diracuni oleh kotoran yang dihasilkan oleh tubuhnya sendiri. Bagian dari ginjal yang memiliki tugas untuk menyaring adalah nefron.
2. Mengekskresikan gula kelebihan gula dalam darah. Zat-zat oenting yang larut dalam darah akan ikut masuk ke dalam nefron, lalu kembali ke aliran darah. Akan tetapi, apabila jumahnya didalam darah berlebihan, maka nefron tidak akan menyerapnya kembali.
3. Membantu keseimbangan air dalam tubuh, yaitu mempertahankan tekanan osmotic ekstraseluler. Cairan tubuh yang larut dalam darah, jumlahnya diatur oleh darah. Oleh karena itu volume darah harus tetap dalam jumlah seimbang agar tidak terjadi kekurangan atau kelebihan cairan.
4. Mengatur konsentrasi garam alam darah dan keseimbangan asam basa darah. Jika konsentrasi garam dalam darah berlebihan maka akan terjadi peningkatan air oleh garam. Dampaknya adalah cairan akan menumpuk diintra vaskuler. Selain itu banyaknya zat kimia yang tidak berguna bagi tubuh didalam darah, maka tubuh akan bekerja secara berlebihan dan pada akhirnya akan mengalami berbagai macam gangguan.
5. Ginjal mempertahankan pH plasma darah pada kisaran 7,4 melalui pertukaran ion hydronium dan hidroksil. Akibatnya, urine yang dihasilkan dapat bersifat asam pada pH 5 atau alkalis pada pH 8.
6. Struktur Ginjal

Setiap ginjal terbungkus oleh selaput tipis yang disebut kapsul fibrosa dan memiliki dua lapisan yang berbeda yaitu korteks yang coklat kemerahan yang mendapat banyak darah dan medulla pada bagian dalam, yaitu tempat ditemukannya satuan fungsional ginjal yaitu nefron (Marya, 2013)

****

Gambar 2. 2 Struktur ginjal manusia

**Gambar 2.2** Struktur Ginjal Manusia

**Sumber:**(Karinda et al., 2019)

### B. Patofisiologi Ginjal

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. (Marya, 2013).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.

Pada penyakit gagal ginjal kronik masa nefron yang berkurang menyebabkan masa nefron yang tersisa melakukan kompensasi hiperfiltrasi. Proses kompensasi ini berlangsung baik hingga sel nefron tak mampu melakukannya lagi dan pada akhirnya nefron ini akan menjadi sklerosis. Karena proses ini, maka terjadi penurunan fungsi nefron. Proses ini terus berlangsung dan mengakibatkan penurunan LFG secara progresif. Pada akhirnya pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (Annisa, 2018).

1. Gangguan klirens renal

Banyak masalah yang muncul pada gagal ginjal sebagai akibat dari penurunan jumlah glomelurus yang berfungsi, penurunan laju filtrasi glomelurus/Glomerular Filtration Rate (GFR) dapat didekteksi dengan mendapatkan urin 24 jam untuk pemeriksaan kreatinin. Penurunan GFR mengakibatkan klirens kreatinin akan menurun dan kadar nitrogen urea/ Blood Urea Nitrogen (BUN) akan meningkat. BUN tidak hanya dipengaruhi oleh gangguan renal tetapi dapat juga dipengaruhi oleh masukan protein dalam diet, katabolisme dan medikasi seperti steroid (Annisa, 2018) .

1. Retensi cairan dan natrium.

Kerusakan ginjal menyebabkan ginjal tidak mampu mengonsentrasikan atau mengencerkan urin.Pada gangguan ginjal tahap akhir respon ginjal terhadap masukan cairan dan elektrolit tidak terjadi.Pasien sering menahan natrium dan cairan sehingga menimbulkan risiko edema, gagal jantung kongesif dan hipertensi. Hipertensi juga terjadi karena aktivitas aksi rennin angiotensin kerjasama antara hormone rennin dan angiotensin meningkatkan aldosteron.Pasien mempunyai kecenderungan untuk kehilangan garam.Episode mual dan diare menyebabkan penipisan air dan natrium, yang semakin memperburuk status uremik (Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, 2008).

* + 1. Asidosis

Ketidak mamapuan ginjal dalam melakukan fungsinya dalam mengeksresikan muatan asam (H+) yang berlebihan membuat asidosis metabolik. Penurunan asam akibat ketidak mampuan tubulus ginjal untuk menyekresikan ammonia (NH3-) dan mengabsorsi natrium bikarbonat (HCO3-), penurunan eksresi fosfat dan asam organik lain juga terjadi. Gejala anoreksia, mual dan lelah yang sering ditemukan pada pasien uremia, sebagian disebabkan oleh asidosis.Gejala yang sudah jelas akibat asidosis adalah pernafasan kusmaul yaitu pernafasan yang berat dan dalam yang timbul karena kebutuhan untuk meningkatkan ekskresi karbondioksida, sehingga mengurangi keparahan asidosis (Annisa, 2018)

* + 1. Anemia

Anemia terjadi akibat dari produksi eritroprotein yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, devisiensi nutrisi dan kecenderungan untuk mengalami pendarahan akibat status uremik, terutama dari saluran gastrointestinal. Pada pasien gagal ginjal, produksi eritroprotein menurun karena adanya peningkatan hormon paratiroid yang merangsang jaringan fibrosa dan anemia menjadi berat, disertai keletihan, angina dan napas sesak (Annisa, 2018).

* + 1. Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat

Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan timbal balik, jika salah satu meningkat, maka yang lain menurun dan demikian sebaliknya. Filtrasi glomelurus yang menurun sampai sekitar 25% dari normal, maka terjadi peningkatan kadar fosfat serum dan penurunan kadar kalsium serum. Penurunan kadar kalsium serum menyebabkan sekresi hormon paratiroid dari kelenjar paratiroid dan akibatnya kalsium di tulang menurun dan menyebabkan penyakit dan perubahan pada tulang. Selain itu metabolit aktif vitamin D (1,25-dihidrokolekalsiferol) yang dibuat di ginjal menurun seiring dengan berkembangnya gagal ginjal. Produki kompleks kalsium meningkat sehingga terbentuk endapan garam kalsium fosfat dalam jaringan tubuh.Tempat lazim perkembangan kalsium adalah di dalam dan di sekitar sendi mengakibatkan artritis, dalam ginjal menyebabkan obstruksi, pada jantung menyebabkan distritmia, kardiomiopati dan fibrosis paru.Endapan kalsium pada mata dan menyebabkan band keratopati (Annisa, 2018).

* + 1. Penyakit tulang uremik.

Penyakit tulang uremik sering disebuat osteodistrofi renal yang terjadi dari perubahan kompleks kalsium, fosfat dan keseimbangan hormon paratiroid.Osteodistrofi renal merupakan komplikasi penyakit gagal ginjal kronis yang sering terjadi.(Annisa, 2018).

## 2.2. Konsep Penyakit *Chronic Kidney Disease*

### A. Definisi Chronic Kidney Disease

### *Chronik Kidney Disease (CKD*)adalah kerusakan pada bagian ginjal yang menyebabkan fungsi ginjal mulai menurun secara bertahap. Penyakit CKD biasanya disertai dengan komplikasi seperti penyakit cardiovaskuler, penyakit saluran nafas, penyakit saluran cerna, kelainan pada otot dan tulang, kulit serta anemia. Pengelolaan CKD lebih mengutamakan diagnosis dan pengobatan terhadap penyakit ginjal spesifik yaitu hemodialisis atau cuci darah dan transplantasi ginjal. Rumusan Masalah “Apakah faktor–faktor risiko yang berhubungandengan kejadian Chronik KidneyDisease (CKD) penderita yang dirawat di Rumah Sakit Daerah Liukendage Tahuna”?Tujuan Penellitian Untuk mengetahui faktor – faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian ChonikKidny Disease (CKD) penderita yang di rawat di Rumah Sakit Daerah Liun-Kendage Tahuna.Jenis Penelitian ini adalah penelitian analitik korelasi dengan pendekatan croossectional. Sampel semua penderita CKD yang dirawat selama penelitian berlangsung yang memenuhi kriteria sebanyak 50 responden. Hasil Penelitian.Dari hasil uji analisis Bivariat.(Philip Jevon Beverly Ewens, 2009)

Faktor- faktor risiko yang berhubungan dengan CKD, ditemukan bahwa tidak terdapat hubungan antara hypertensi dengan kejadian CKD, dilihat dari nilai p<0,05 (p=0,895),dan nilai OR=2,924, CI= 1,284- 3,004. Terdapat hubungan penyakit DM, dengan kejadian CKD, nilai signifikan p<0,009 lebih kecil dari 0,05 (0,009 p>0,05), Nilai (OR=3,063, CI=1,323-3,478). Terdapat hubungan antara Pyelonefritis/infksi ginjal dengan kejadian CKD, dengan nilai p= 0,000 (0,000 <0,05). Nilai OR=5,063 (95%; CI=2,144- 4,861). Tidak terdapat hubungan perokok dengan kejadian CKD. Nilai p=0,812 (0,812 <0,05). Nilai OR=1,868 (95%; CI=0,272-2,778). Tidak terdapat hubungan kebiasaan minum alkohol dengan kejadian CKD. Nilai P=0,991 <p0,05). Dari Nilai OR 0,993 (95%; CI=0,312-3,158).(Kalengkongan et al., 2018).

### B. Etiologi Chronic Kidney Disease

CKD sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya. Penyebab yang sering adalah DM dan Hipertensi.Selain itu ada beberapa penyebab CKD yaitu Penyakit Glomerular kronis,Infeksi kronis,Kelainan congenital,Penyakit vaskuler,Obstruksi saluran kemih CKD sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder (*secondary illness*). Penyebab yang sering adalah diabetes mellitus dan hipertensi. Selain itu, ada beberapa penyebab lainnya dari gagal ginjal kronis menurut (Muttaqin, 2013) yaitu Penyakit glomerural kronis (glomerulonefritis),Infeksi kronis (pyelonefritis kronis, tuberculosis),Kelainan kongenital (polikistik ginjal),Penyakit vaskuler (renal nephrosclerosis),Obstruksi saluran kemih (nephrolithisis),Penyakit kolagen (Systemic Lupus Erythematosus),Obat-obatan nefrotoksik (aminoglikosida).(Mardhatillah et al., 2020).

### C. Klasifikasi Chronic Kidney Disease

Pada pasien dengan penyakit ginjal kronik, klasifikasi stadium ditentukan oleh nilai laju filtrasi glomerulus, yaitu stadium yang lebih tinggi menunjukkan nilai laju filtrasi glomerulus yang lebih rendah, klasifikasi tersebut membagi penyakit ginjal kronik dalam lima stadium. Stadium 1 adalah kerusakan ginjal dengan fungsi ginjal yang masih normal, stadium 2 kerusakan ginjal dengan penurunan fungsi ginjal yang ringan, stadium 3 kerusakan ginjal dengan penurunan sedang fungsi ginjal, stadium 4 kerusakan ginjal dengan penurunan berat fungsi ginjal, dan stadium 5 adalah gagal ginjal (Fadilla et al., 2018).

Tabel 2. 1 Klasifikasi Chronic Kidney Disease

***Tabel pribadi Sumber:*** <https://images.app.goo.gl/QZkVXX4AiyUSRXN19>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stadium | Fungsi ginjal | Laju filtasi glomerulus (ml/menit/1,73 m2 |
| Resiko meninggal | Normal | >90 (ada factor risiko) |
| Stadium 1 | Normal/Meningkat | >90 (ada kerusakan ginjal,proteinuria) |
| Stadium 2 | Penurunan ringan | 60-89 |
| Stadium 3 | Penurunan sedang | 30-59 |
| Stadium 4 | Penurunan berat | 15-29 |
| Stadium 5 | Gagal ginjal | <15 |

### D Penatalaksanaan

Mengingat fungsi ginjal yang rusak sangat sulit untuk dilakukan pengembalian, maka tujuan dari pelaksanaan klien gagal ginjal kronis adalah untuk mengoptimalka fungsi ginjal yang ada dan mempertahankan keseimbangan secara maksimal untuk memperpanjang harapan hidup klien. Sebagai penyakit yang kompleks, gagal ginjal kronis membutuhkan penatalaksannan terpadu dan serius, sehingga akan meminimalisir komplikasi dan meningkatkan harapan hidup klien. Oleh karena itu, beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan penatalaksanaan pada klien gagal ginjal kronis ( Robinson, 2013 ):

1. Perawatan kulit yang baik

Perhatikan hygiene kulit pasien dengan baik melalui personal hygiene (mandi/seka) secara rutin. Gunakan sabun yang mengandung lemak dan lotion tanpa alkohol untuk mengurangi rasa gatal. Jangan gunakan gliserin/ sabun yang mengandung gliserin karena akan mengakibatkan kulit tambah kering.

1. Jaga kebersihan oral

Lakukan perawatan oral hygiene melalui sikat gigi dengan bulu sikat yang lembut / spon. Kurangi konsumsi gula (bahan makanan manis) untuk mengurangi rasa tidak nyaman dimulut.

1. Beri dukungan nutrisi

Kolaborasi dengan *nutritionist* untuk menyediakan menu makanan favorit sesuai dengan anjuran diet. Beri dukungan intake tinggi kalori, rendah natrium dan kalium.

1. Pantau adanya hiperkalemia

Hiperkalemia biasanya ditunjukan dengan adanya kejang / kram pada lengan dan abdomen, dan diarea. Selain itu pemantauan hiperkalemia dengan hasil ECG. Hiperkalemia bisa diatasi dengan dianalisis.

1. Atasi hiperfosfatemia dan hipokalsemia

Kondisi hiperfosfatemia dan hipokalsemia bisa diatasi dengan pemberian antasida (kandungan alumunium / kalsium karbonarat.

1. Kaji status hidrasi dengan hati-hati

Dilakukan dengan memeriksa ada / tidaknya distensi vena jugularis, ada / tidaknya crackles pada auskultasi paru. Selain itu status hidrasi bisa dilihat dari keringat berlebih pada aksila, lidah yang kering,hipertensi, dam edema perifer. Cairan hidrasi yang diperbolehkan adalah 500-600 ml atau lebih dari urine 24 jam.

1. Control tekanan darah

Tekanan diupayakan dalam kondisi normal. Hipertensi dicegah dengan mengontrol volume intravaskuler dan obat-obatan anti hipertensi.

1. Observasi adanya tanda-tanda pendarahan

Pantau kadar hemoglobin dan hematokrit klien, pemberian heparin selama klien menjalani dialysis harus disesuaikan dengan kebutuhan

1. Obseervasi adanya gejala neurologis

Laporkan segera jika dijumpai kedutan, sakit kepala, kesadaran delirium, dan kejang otot. Berikan diazepam / fenitoin jika dijumpai kejang.

1. Laporkan segera jika ditemui tanda-tanda perikarditis (friction rub dan nyeri dada)
2. Tata laksana dialisis / transplantasi ginjal

Untuk membantu mengoptimalkan fungsi ginjal maka dilakukan dialisis. Jika memungkinkan koordinasikan untuk dilakukan transplantasi ginjal.

### E. Komplikasi

Komplikasi yang dapat di timbulkan dari penyakit *Chronic Kidney disease* adalah:

1. Penyakit Tulang

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

1. Penyakit Kardiovaskuler

Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara seistemik berupa hipertens,kelainan lipi,intoleransi glukosa,dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri).

1. Anemia

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

1. Disfungsi Seksual

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

### F. Manifestasi Klinis *Chronic Kidney Disease*

Pada penderita CKD setiap sistem tubuh sudah dipengaruhi oleh kondisi ureum, sehingga penderita akan menunjukan bermacam-macam tanda dan gejala. Keparahan tanda dan gejala tergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, dan kondisi lain yang mendasar. Manefestasi yang terjadi pada *Chronic Kidney Disease* antara lain yaitu pada sistem cardiovaskuler, gastrointestinal, neurologis, integumen, pulmoner, muskuloskletal dan psikologis (Rachmadi, 2010) yaitu:

* 1. Kardiovaskuler:
     1. Hypertensi, diakibatkan oleh retensi cairan dan natrium dari aktifitas sistem renin angiotension aldosteron.
     2. Gagal jantung kongestif.
     3. Edema pulmoner, akibat dari carian yang berlebihan
  2. Gastrointestinal: Anoreksia, mual dan muntah, perdarahan GI, ulserase, perdarahan mulut, nafas bau ammonia.
  3. Neurologis: Perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu

berkonsentrasi, kedutan otot sampai kejang.

* 1. Integumen: Pruritis atau penumpukan urea pada lapisan kulit, perubahan warna kulit seperti keabu-abuan, kulit kering dan berisik, kuku tipis dan rapuh.
  2. Pulmoner: Adanya sputum kental dan liat, pernafasan dangkal, kusmaul sampai terjadinya edema pulmonal.
  3. Muskuloskletal: Dapat tejadi fraktur karena kekurangan kalsium dan pengeroposan tulang akibat terganggunya hormon dihidroksi kolekalsiferon, kram otot, dan kehilangan kekuatan otot.
  4. Psikologis: Penurunan tingkat kepercayaan diri sampai pada harga dirirendah (HDR),ansietas pada penyakit dan merasa ingin mati. (Kalengkongan et al., 2018).

### G. Pemeriksaan Penunjang *Chronic Kidney Disease*

Pemeriksaan yang dilakukan pada pasien penderita *Chronic Kidney Disease* adalah:

**Tabel 2. 2 Jenis pemeriksaan pasien chronic kidney disease**

***Tabel Pribadi Sumber:*** [***https://images.app.goo.gl/BsKJF4Rh151RBjRm8***](https://images.app.goo.gl/BsKJF4Rh151RBjRm8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Darah | * Hemoglobin * Hematokrit * Eritrosit * Leukosit * Trombosit |
| 2 | Kimia Klinik | * GDA * BUN * Creatinin Serum * ALBUMIN |
| 3 | Eektrolit | * Kalium * Natrium * Clorida |
| 4 | Kardiovaskuler | * Elektrokardiogram (EKG) * Echocardiografi (ECO) |
| 5 | Radiologi | * USG abdominal * CT Scan Abdominal * Renogram * BNI/IVP |

### H. Pencegahan Chronic Kidney Disease

* + - 1. Pencegahan primer

Komplikasi pada Penyakit Ginjal Kronik (PGK) dapat dicegah dengan sedini mungkin. Oleh karena itu ada beberapa upaya yang harus dilakukan adalah dengan cara pencegahan yang efektif terhadap penyakit ginjal kronik dan dalam hal ini dimungkinkan karena berbagai factor risiko untuk penyakit ginjal kronik dapat dikendalikan. Pencegahan primer pada penyakit ginjal kronik berupa :

* + - * 1. Penghambatan hipertensi dengan menstabilkan tekanan darah

sampai normal untuk mencegah risiko penurunan fungsi pada

ginjal

* + - * 1. Pengendalian gula darah pada penderita DM, lemak darah, dan

anemia

* + - * 1. Penghentian merokok pada perokok aktif
        2. Pengendalian pada berat badan pada penderita obesitas
        3. Banyak minum air putih agar urine tidak pekat dan mampu Menampung/melarutkan seua kadar garam agar tidak terjadi pembentukan batu.
      1. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder berupa penatalaksanaan yang terdiri atas pengobatan penyakit penyerta untuk menghambat progresifitas, untuk memperhatikan nilai prognistik yang lebih baik dan menurunkan mortalitas. Penatalaksanaan pencegahan skunder :

* + - * 1. Terapi Hemodialisis

Hemodialisis adalah dialisa yang diguakan dengan menggunakan membrane sintetik semipermeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisiss pada ginjal buatan berupa mesin. Proses ini dirangkai dengan mesin hemodialisis yang berfungsi mencampur air dan konsentrat dialysis, memompa darah keluar dari dalam tubuh dan memompa darah masuk ke dalam tubuh pasien. Hemodialisis akan mengeluarkan dari dalam tubuh berupa air, natrium, kalium dan ion H+, juga toksin uremik.

* + - * 1. CAPD

CAPD dari singkatan dari Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis terapi ini adalah metode cuci darah yang dilakukan lewat perut dan memanfaatkan selaput dalam rongga perut (peritoneum) yang memiliki permukaan luas dan banyak jaringan pembuluh darah sebagai filter alami Ketika dilewati oleh zat sisa.

* + - * 1. Transpaltasi Ginjal

Transplantasi ginjal adalah metode dimana ginjal yang sudah tidak berfungsi sebagaimana mestinya akan di transplan/diganti oleh ginjal pada pendonor transplantasi ginjal

### G. Penatalaksanaan Chronic Kidney Disease

Penatalaksanaan yang diberikan pada penderita CKD disesuaikan dengan stadium penyakit pada penderta tersebut (*National Kidney Fondation*,2010).

***Tabel 2. 3 Rencana penatalaksanaan CKD sesuai stadium***

**Sumber:** [**https://images.app.goo.gl/GWUWDmi2b7HfAAwr5**](https://images.app.goo.gl/GWUWDmi2b7HfAAwr5)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stadium** | **GFR**  **(Glomerular Filtration Rate )** | **Rencana Penatalaksanaan** |
| 1 | ≥ 90 | Observasi ,Kontrol Tekanan Darah |
| 2 | 60-89 | Observasi,Kontrol tekanan darah, dan Faktor resiko |
| 3a | 45-59 | Observasi,Kontrol Tekanan Darah |
| 3b | 30-44 | Faktor Resiko |
| 4 | 15-29 | Persiapan untuk PRT |
| 5 | < 15 | RRT |

## 2.3 Konsep Intensive Care Unit (ICU)

### A. Definisi ICU

*Intensive Care Unit* (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang terpisah, dengan staf khusus dan perlengkapan yang khusus, yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam jiwa dengan prognosis dubia. ICU menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsifungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut.(Musliha, 2018)

### B. Fungsi ICU

Menurut (Musliha, 2018) fungsi ICU di Runah Sakit adalah sebagai

berikut:

* + - 1. ICU trauma/bedah

Unit yang melaksanakan observasi pascah operasi dan stabilisasi pasien setelah melaksanakan operasi bedah atau anastesi.

* + - 1. ICU umum

Unit yang melaksanakan pelayanan intensive untuk pasien dewasa.

* + - 1. ICU pediatric

Unit yang melaksanakan pelanan kesehatan kritis untuk bayi,balita yang kritis dan membutuhkan pelayanan secara intensif.

* + - 1. ICU neonates

Unit di dalam rumah sakit untuk merawat pasien neonatal atau bayi baru lahir.

### C. Tujuan ICU

1. Menyelamatkan kehidupan

Mencegah pasien memburuk dengan segera melakukan penanganan intensive

1. Mencegah terjadinya kondisi memburuk dan komplikasi

Dengan melalui observasi dan monitaring evaluasi yang ketat disertai kemampuan menginterpretasikan setiap data yang didapat dan melakukan tindak lanjut.

1. Meningkatkan kualitas pasien dan mempertahankan kehidupan.

Dengan memantau perkembangan pasien selama berapa di ruang ICU.

1. Mengurangi angka kematian pasien kritis dan mempercepat proses penyembuhan pasien.

Dengan melakukan monitoring dan evaluasi setiap perkembangan yang terjadi pada pasien.

### D. Prosedur Pasien Masuk ICU

Pasien yang masuk ICU dikirim oleh dokter di luar ICU setelah berkonsultasi dengan doketr ICU. Konsultasi sifatnya tertulis, tetapi dapat juga didahului secara lisan (misalnya lewat telepon), terutama dalam keadaan mendesak, tetapi harus segera diikuti dengan konsultasi tertulis. Keadaan yang mengancam jiwa akan menjadi tanggung jawab dokter pengirim. Transportasi ke ICU masih menjadi tanggungjawab dokter pengirim, kecuali transportasi pasien masih perlu bantuan khusus dapat dibantu oleh pihak ICU. Selama pengobatan di ICU, maka dimungkinkan untuk konsultasi dengan berbagai spesialis di luar dokter pengirim atau dokter ICU bertindak sebagai koordinatornya. Terhadap pasien atau keluarga pasien wajib diberikan penjelasan tentang perlunya masuk ICU dengan segala konsekuensinya dengan menandatangani informed concern.

### E. Indikasi Masuk ICU

Pasien yang masuk ICU adalah pasien yang dalam keadaan terancam jiwanya sewaktu waktu karena kegagalan atau disfungsi satu atau multple organ atau sistem dan masih ada kemungkinan dapat disembuhkan kembali melalui perawatan, pemantauan dan pengobatan intensif. Selain adanya indikasi medik tersebut, masih ada indikasi sosial yang memungkinkan seorang pasien dengan kekritisan dapat dirawat di ICU. Beberapa contoh kondisi pasien yang dapat dipakai sebagai indikasi masuk ke ICU antara lain :

1. Ancaman / kegagalan sistem pernafasan : gagal nafas, impending gagal nafas.
2. Ancaman / kegagalan sistem hemodinamik : shock
3. Ancaman / kegagalan sistem syaraf pusat : stroke, penurunan kesadaran.
4. Overdosis obat, reaksi obat dan intoksikasi : depresi nafas
5. Infeksi berat : sepsis

Dalam menentukan tindakan kepada pasien harus memperhatikan tingkat prioritas pasien sehingga penanganan yang diberikan sesuai dan tepat. Prioritas pasien antara lain :

1. Prioritas 1

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif seperti dukungan/bantuan ventilasi, infus obat-obat vasoaktif kontinu, dan lain-lainnya. Contoh pasien kelompok ini antara lain pascabedah kardiotoraksik, atau pasien *shock septic*. Mungkin ada baiknya beberapa institusi membuat kriteria spesifik untuk masuk ICU, seperti derajat hipoksemia, hipotensi di bawah tekanan darah tertentu. Pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak mempunyai batas ditinjau dari macam terapi yang diterimanya.

1. Prioritas 2

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih dari ICU. Jenis pasien ini berisiko sehingga memerlukan terapi intensif segera, karenanya pemantaun intensif menggunakan metode seperti *pulmonary* *arterial catheter* sangat menolong. Contoh jenis pasien ini antara lain mereka yang menderita penyakit dasar jantung, paru, atau ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan major. Pasien prioritas 2 umumnya tidak terbatas macam terapi yang diterimanya mengingat kondisi mediknya senantiasa berubah.

1. Prioritas 3

Pasien jenis ini sakit kritis, dan tidak stabil di mana status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, baik masing-masing atau kombinasinya, sangat mengurangi kemungkinan kesembuhan dan atau mendapat manfaat dari terapi di ICU. Contoh pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastase disertai penyulit infeksi, *pericardial tamponade*, atau sumbatan jalan napas, atau pasien menderita penyakit jantung atau paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pasien-pasien prioritas 3 (tiga) mungkin mendapat terapi intensif untuk mengatasi penyakit akut, tetapi usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi kardiopulmoner.

Jenis pasien berikut umumnya tidak mempunyai kriteria yang sesuai untuk masuk ICU, dan hanya dapat masuk dengan pertimbangan seperti pada keadaan luar biasa, atas persetujuan kepala ICU. Lagi pula pasien-asien tersebut bila perlu harus dikeluarkan dari ICU agar fasilitas yang terbatas tersebut dapat digunakan untuk pasien prioritas 1, 2, 3 (satu, dua, tiga):

1. Pasien yang telah dipastikan mengalami *brain death*. Pasien-pasien seperti itu dapat dimasukkan ke ICU bila mereka potensial donor organ, tetapi hanya untuk tujuan menunjang fungsi-fungsi organ sementara menunggu donasi organ.
2. Pasien-pasien yang kompeten tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi ”perawatan yang nyaman” saja. Ini tidak menyingkirkan pasien dengan perintah ”DNR”. Sesungguhnya, pasien-pasien ini mungkin mendapat manfaat dari tunjangan canggih yang tersedia di ICU untuk meningkatkan kemungkinan survivalnya.
3. Pasien dalam keadaan vegetatif permanen.
4. Pasien yang secara fisiologis stasbil yang secara statistik risikonya rendah untuk memerlukan terapi ICU. Contoh pasien kelompok ini antara lain, pasien pascabedah vaskuler yang stabil, pasien *diabetic ketoacidosis* tanpa komplikasi, keracunan obat tetapi sadar, *concussion*, atau payah jantung kongestif ringan. Pasien-pasien semacam ini lebih disukai dimasukkan ke suatu unit intermediet untuk terapi definitif dan atau observasi.

### F. Kontraindikasi Masuk ICU

Yang mutlak tidak boleh masuk ICU adalah pasien dengan penyakit yang sangat menular, misalnya gas gangren. Pada prinsipnya pasien yang masuk ICU tidak boleh ada yang mempunyai riwayat penyakit menular.

### G. Kriteria Keluar Dari ICU

Pasien tidak perlu lagi berada di ICU apabila :

* 1. Meninggal dunia
  2. Tidak ada kegawatan yang menganca jiwa sehingga dirawat di ruang biasa atau dapat pulang
  3. Atas permintaan keluarga atau pasien. Untuk kasus seperti ini keluarga atau pasien harus menandatangani surat keluar ICU atas permintaan sendiri.

Berdasarkan Prioritasnya, indikasi pasien keluar antara lain :

1. Prioritas I :

Pasien prioritas 1 (satu) dikeluarkan dari ICU bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, atau bila terapi telah gagal dan prognosis jangka pendek jelek dengan kemungkinan kesembuhan atau manfaat dari terapi intensif kontinu kecil. Contoh hal terakhir adalah pasien dengan tiga atau lebih gagal sistem organ yang tidak berespons terhadap pengelolaan agresif.

1. Prioritas II :

Pasien prioritas 2 (dua) dikeluarkan bila kemungkinan untuk mendadak memerlukan terapi intensif telah berkurang.

1. Prioritas III :

Pasien prioritas 3 (tiga) dikeluarkan dari ICU bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, tetapi mereka mungkin dikeluarkan lebih dini bila kemungkinan kesembuhannya atau manfaat dari terapi intensif kontinu kecil. Contoh dari hal terakhir antara lain adalah pasien dengan penyakit lanjut (penyakit paru kronis, penyakit jantung atau liver terminal, karsinoma yang telah menyebar luas dan lain-lainnya yang telah tidak berespons terhadap terapi ICU untuk penyakit akutnya, yang prognosis jangka pendeknya secara statistik rendah, dan yang tidak ada terapi yang potensial untuk memperbaiki prognosisnya). Dengan mempertimbangkan perawatannya tetap berlanjut dan sering merupakan perawatan khusus setara pasien ICU, pengaturan untuk perawatan non-ICU yang sesuai harus dilakukan sebelum pengeluaran dari ICU.

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan *Chronic Kidney Disease*

### A. Pengkajian

1. **Pengkajian Primer (*Primary Survey*)**
2. Airway (Jalan Nafas)
3. Pasien terpasang intuybasi
4. Terdapat sekret di paru-paru
5. suara nafas abnormal: snoring
6. Breathing (Pernafasan)
7. Periksa adanya pernafasan efektif (Look, Listen, Fell)
8. Cek warna kulit
9. Identifikasi pola pernafasan abnormal
10. Periksa adanya penggunaan otot bantu nafas
11. Circulation (Sirkulasi)
12. Periksa denyut nadi, kualitas dan karakternya
13. Periksa adanya gangguan irama jantung
14. Periksa pengisian kapiler, warna kulit dan suhu tubuh
15. Disability
16. kesadaran pasien menurun
17. Cek respon pupil
18. Periksa sistem neurologi menurun
19. **Pengkajian Sekunder (*Secondary Survey*)**
20. Keluhan utama : mual muntah, nyeri pinggang, nyeri abdomen, cemas, lemah, tidak kuat berjalan / beraktivitas, berat badan menurun drastis, sesak nafas, sulit berkemih
21. Riwayat penyakit sekarang ; berisi tentang kapan terjadinya penyakit muncul, GCS, penyebab penyakit, upaya yang dilakukan untuk menghilangkan rasa sakit sebelum masuk rumah sakit.
22. Riwayat penyakit dahulu : diabetes melitus, glomerulo nefritis, hipertensi, rematik, hiperparatiroidisme, obstruksi saluran kemih dan traktus urinarius bagian bawah juga dapat memicu kemungkinan terjadinya PGK.
23. Riwayat penyakit keluarga : adanya faktor risiko, riwayata keluarga penyakit Diabetes Melitus, riwayat pankreatik kronik, terapi obat jenis diuretik.
    * + 1. **Pengkajian Fisik**
24. **B1 (*Breathing)***

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

1. **B2 (*Blood)***

Pada kondisi uremia berat, tindakan auskultasi perawat akan  
menemukan adanya friction rub yang merupakan tanda khas efusi  
perikardial. Didapatkan tanda dan gejala gagal jantung kongestif, TD meningkat, akral dingin, CRT >3detik, palpitasi, nyeri dada atau angina dan sesak nafas , gangguan irama jantung, edema penurunan perfusi perifer sekunder dari penurunan curah jantung akibat hiperkalemia dan gangguan konduksi elektrikal otot ventrikel. Pada sistem hematologi sering didapatkan adanya anemia.

1. **B3 (*Brain*)**

Didapatkan penurunan tingkat kesadaran, disfungsi serebral, seperti proses pikir dan disorientasi. Klien sering didapatkan adanya kejang, adanya neuropati perifer, burning feet syndrome, restless leg syndrome, kram otot dan nyeri otot.

1. **B4 (*Bladder*)**

Penurunan retensi urine output <400ml/hr sampai anuria, terjadi penurunan libido berat

1. **B5 (*Bowel*)**

Didapatkan adanya mual dan muntah, anoreksia. dari bau mulut amonia, peradangan mukosa mulut, dan ulkus saluran cerna sehingga sering didapatkan penurunan intake nutrisi dari kebutuhan.

1. **B6 (*Bone*)**

Didapatkan adanaya nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, nyeri kaki, kulit gatal, adanya infeksi, pruritus, demam (sepsis, dehidrasi), petekie, area ekimosis pada kulit, fraktur tulang, defosit fosfat kalsium pada kulit , jaringan lunak dan keterbatasan gerak sendi karena terdapat edema pada bagian tubuh pasien. Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum sekunder dari anemia dan penurunan perfusi perifer dari hipertensi.

* + - 1. **Diagnosa Kperatan *Chronic Kidney Disease***

1. Hipervolemi b.d Kelebihan asupan cairan d.d. Dispnea, Edema perifer, Tedengar suara nafas tambahan (ronchi), kadar Hb/Ht turun, Oliguria.(SDKI D.0022,Hal 62).
2. Gangguan Pertukaran Gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi d.d. Dispnea, PCO2 meningkat, Bunyi nafas tambahan (ronchi), pusing, penglihatan kabur, Pola nafas Abnormal, Warna kulit abnormal (pucat), Kesadaran Menurun.(SDKI D.0003 Hal 22).
3. Intoleransi aktifitas b.d Kelemahan (SDKI Hal D.0056).
   * + 1. **Intervensi Keperawatan *Chronic Kidney Disease***

**Tabel 2.4** Intervensi Keperawatan *Chronic Kidney Disease*

*Sumber:*(PPNI, 2017)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1 | **Hipervolemia**  (Peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial dan intraseluler).Ditandai dengan :  Ds:   1. Ortopnea 2. Dispnea 3. *Paroxysmal nocturnal dsypnea* (PND)   Do:   1. Edema Anasarka / Edema perifer 2. BB meningkat dalam waktu singkat 3. JVP/CVP meningkat 4. Terdengar suara napas tambahan 5. Hepatomegali 6. Hb/Ht turun     **SDKI (D.0022 hal.62)** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam,untuk menyelesaikan masalah hipervolemia diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:   1. Asupan cairan meningkat 2. Edema menurun 3. Dispnea menurun 4. Suara napas tambahan menurun 5. Kadar Ht membaik   **SLKI**   * **Luaran utama (L.03020 hal.41)** * **Luaran tambahn (L.03028 hal.107)** | 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia  * Masih terdapat edema * Masih terdapat Dispnea * Terdapat suara napas tambahan  1. Identifikasi penyebab hipervolemia 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor tanda hemokonsentrasi 4. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat 5. Kolaborasi pemberian diuretik (furosimide)   **SIKI**   * **Intervensi utama (I.03114, hal 181)** | 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien dan menentukan tindakan selanjutnya 2. Untuk mengetahui penyebab hipervolemia 3. Untuk mengetahui keadaan cairan dalam tubuh pasien 4. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen pada tubuh pasien 5. Untuk memudahkan aliran darah pembawa oksigen kembali ke jantung 6. Untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan proses penyakit dengan farmakologis |
| 2 | **Gangguan pertukaran gas**  (Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler ). Ditandai dengan:  Ds:   1. Dispnea 2. Pusing 3. Penglihatan kabur   Do:   1. PCO2 meningkat/menurun 2. PO2 menurun 3. Takikardi 4. Sianosis 5. Gelisah 6. Diaphoresis 7. Napas cuping hidung 8. Pola napas abnormal 9. Kesadaran menurun   **SDKI (D.0003 hal.22)** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam,untuk menyelesaikan masalah gangguan pertukaran gas diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:   1. Dispnea menurun 2. Gelisah menurun 3. PCO2 membaik 4. PO2 membaik 5. pHarteri membaik 6. napas cuping hidung menurun 7. Tingkat kesadaran meningkat   **SLKI**   * **Luaran Utama (L.01003 hal.94)** | 1. Monitor frekuensi,irama,kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas (masih sesak atau tidak ) 3. Monitor adanya produksi sputum 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor hasil x-ray thorax 6. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien   **SIKI**   * **Intervensi utama (I.01014 hal.247)** | 1. Untuk mengetahui keadaan pernapasan pasien 2. Untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan 3. Untuk memonitor keadaan bersihan jalan napas 4. Untuk memudahkan ekspirasi dan inspirasi pernapasan pasien dan memberikan posisi nyaman 5. Untuk melatih mengeluarkan dahak secara mandiri 6. Untuk mengetahui keaadaan respirasi pasien |
| **3** | **Intoleransi aktivitas**  **(**ketidakcukupann energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari). Ditandai dengan:  Ds:   1. Mengeluh lelah 2. Dispnea saat/setelah aktivitas 3. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 4. Merasa lemah   Do:   1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat 2. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 3. Gambaran EKG menunjukan aritmia saat/setelah beraktivitas 4. Gambaran EKG menunjukan iskemia 5. Sianosis   **SDKI (D.0056 Hal,128)** | Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat  KH :   1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas (ADL) meningkat 3. Kekuatan tubuh meningkat 4. Keluhan lelah menurun 5. Dispnea menurun 6. Sianosis menurun 7. Tekanan darah membaik 8. Frekuensi napas membaik   **SLKI**  **Luaran uatama (L.05047 hal.149)** | 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Sediakan lingkungan nyaman 5. Lakukan latihan rentang gerak 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Ajarkan strategi mengurangi kelelahan dengan beristirahat yang cukup   **SIKI**  **Intervensi pendukung (I 05178 hal,176)** | 1. Untuk mengetahui penyebab kelelahan 2. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 3. Untuk memastikan kebutuhan istirahat tidur pasien terpenuhi sesuai kebutuhan 4. Memberikan rasa nyaman pada pasien 5. Untuk melatih rentang gerak pasien dan mencegah terjadinya sendi kaku 6. Memandirikan pasien untuk beristirahat Untuk melatih kekuatan tubuh pasien secara bertahap 7. Untuk memandirikan pasien mengatasi kelelahannya   Untuk meningkatkan manajemen energi |

Tabel 2. 4 Intervensi keperawatan chronic kidney disease

* + - 1. **Implementasi**

Merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat 2 jenis tindakan, yaitu tindakan mandiri perawat dan tindakan kolaborasi.

* + - 1. **Evaluasi**

Merupakan langkah terakhir  dari  proses  perawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindak keperawatan pada kriteria hasil

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat dengan CKD.Penulis melaksanakan pengkajian pada Pasien Tn.S di ruang ICU Rumah Sakit Haji Surabaya.Pasien Tn.S datang ke IGD Rumah Sakit Haji Surabaya pada tanggal 25 April 2021 , pada tanggal 26 April 2021 pasien Tn.S di pindahkan ke ruang ICU. Maka dari itu penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 April 2021 sampai dengan 30 April 2021, dengan data pengkajian pada tanggal 28 April 2021 jam 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien Tn.S dan file No. Register 894-xx-xx sebagai berikut

## 3.1 Pengkajian

### A. Identitas

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn.S berusia 58 tahun, beragama islam, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia. Pasien tinggal di ketandan , Surabaya. Pekerjaan pasien swasta dan istrinya sebagai ibu rumah tangga.

### B. Keluhan utama

Pasien mengeluh sesak napas sejak tanggal 23 April 2021 dan kaki bengkak sejak tanggal 12 April 2021

### C. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke IGD RSU Haji Surabaya tanggal 25 April 2021 pukul 15.47 diantar oleh keluarga, pasien bernama Tn. S dengan usia 58 tahun. Pasien mengeluh sesak sejak tiga hari, badan lemas,disertai kedua kaki bengkak sejak 2 minggu yang lalu. pada tanggal 25 April 2021 pasien di bawa oleh keluarga pergi ke IGD Rumah Sakit Haji Surabaya untuk memeriksakan keadaannya,setalah sampai di IGD Perawat lakukan pengkajian.Setelah diperiksa pasien dicurigai mengalami *Chronic Kidney Disease*, kemudian pasien dirujuk ke ruangan ICU Rumah Sakit Haji Surabaya untuk penanganan lebih lanjut

### D. Riwayat penyakit dahulu

Pasien pernah memiliki riwaayat gejala penyakit jantung 3 tahun yang lalu dan memiliki riwayat penyakit *Chronic Kidney Disease* sejak 2 tahun yang lalu,istri pasien mengatakan dulu suaminya sering mengkonsumsi minuman beralkohol dan seorang perokok.

### E. Riwayat Penyakit Keluarga

Istri pasien mengatakan tidak ada keluarga pasien yang mempunyai riwayat penyakit yang sama seperti pasien.

### F. Keadaan umum

Keadaan umum pasien tampak lemah, status kesadaran compos mentis, GCS 324, BB pasien 70kg ,TB pasien 175cm, nadi 78x/menit, RR 35x/menit, TD 130/80mmHg, suhu 37oC.

1. B1 (Breathing): Pada sistem pernapasan didapatkan nafas tidak efektif dengan bantuan O2 NRM (Non-Rebreating Mask) 12 lpm SPO2 100%, tidak tampak pernapasan cuping hidung, bentuk dada normochest, pergerakan dada simestris, tidak ada jejas pada dada, irama nafas reguler, suara nafas vesikuler dan tidak ada pemakaian otot bantu napas, RR : 35x/menit (takipnea). Pasien batuk efektif dan produksi sputum, tidak ada nyeri tekan, fremitus vokal teraba, suara perkusi adalah sonor, terdapat suara napas tambahan ( ronchi). PCO2 : 39 mmHg (menurun), PO2 : 54mmHg, pH : 7,20, FiO2 : 69%.
2. B2 (Blood) : Pada sistem kardiovaskuler didapatkan pergerakan dada simetris, tidak ada sianosis, pasien mendapatkan terapi infus di tangan kanan dengan cairan infus Pz 500cc/24jam. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, ictus cordis teraba pada ICS 4-5 midclavikula sinistra, nyeri dada tidak ada, akral hangat, kering. Terdapat Odem pada kedua kaki, dan terdapat distensi vena jugularis, bunyi jantung S1 S2 tunggal, irama jantung reguler. Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 28 April 2021 GDA : 167mg/dl, creatinin serum : 9,3 mg/dl, dan kalium 4,7 mmol/L.
3. B3 (Brain) : Pada sistem persarafan didapatkan GCS 324, kesadaran compos mentis. Reflek fisiologis patella +/+, bisep +/+, dan reflek patologis babin sky -/-. Untuk N 1 samapi N XII tidak terkaji karena pasien dalam keadaan tidak sadae.
4. B4 (Bladder) :

Tidak ada distensi kandung kemih. Pasien terpasang Folley kateter no.16 terfiksasi dengan baik, kateter terpasang sejak tanggal 25 april 2021, warna urin kuning jernih. Daerah genetalia dan sekitarnya tampak sedikit kotor.

Input :

Pz 500 cc

Minum 300 cc +

Total input 800 cc

Output :

Urin 450 cc

IWL 720 cc +

Total output 1270 cc/24 jam

Balance cairan :

Total input = 800 cc

Total output = 1270 cc -

(-) 470 cc

1. B5 (Bowel) : Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan mulut bersih, membran mukosa kering, nafsu makan pasien menurun.Pada pemeriksaan abdomen tidak didapatkan pembesaran hepar ataupun lien, rectum dan anus normal dan tidak ada hemoroid.
2. B6 (Bone) : Pada saat pengkajian pasien terpasang infus di tangan kanan, rambut berwarna hitam, tidak ada benjolan, kulit kepalabersih, turgor kulit kering,ROM menurun, ada kelemahan pada sisi kanan dan kiri tangan dan kaki, fisik lemah,kekuatan otot :

4444 4444

1111 1111

Tidak ada fraktur atau dislokasi.

Ket:

5: otot normal, dapat melawan tahanan maksimal

4: otot mampu berkontraksi dan bergerak melawan tahanan minimal

3: otot dapat berkontraksi dan bergerak melawan gravitasi

2: otot dapat berkontraksi tetapi tidak mampu melawan gravitasi

1: Terdapat kontraksi otot

0: Tidak ada kontraksi otot

Pemenuhan kebutuhan *Activity Daily Living* pasien dibantu sepenuhnya oleh perawat.

1. Sistem Integumen

Pada inspeksi warna kulit tidak ikterik, kulit kepala tidak ada benjolan, tidak terdapat lesi pada punggung pasien, tidak berbau, akral hangat, turgor kulit pada tangan kurang elastis. Pada ekstremitas pasien saat di palpasi terdapat pembengkakan pada kedua tangan dengan derajat kedalaman dengan kembali seperti semula selama 2 detik.

1. Sistem Penginderaan

Kepala : Pada pemeriksaan inspeksi kepala, kepala simetris,tidak ada benjolan atau lesi warna rambut hitam, bersih dan rapi, pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada kepala.

Mata : bentuk mata normal, konjungtiva anemis, sklera tidak tampak ikterus (+/+), gerak mata normal, pupil isokor, refleks cahaya (+/+).

Hidung : Bentuk hidung simetris, septum berada di tengah, tidak terdapat polip dan tidak ada gangguan , tidak ada sekret atau lendir.

Telinga : Telinga simetris, telinga bersih, tidak ada penumpukan serumen, terdapat gangguan pendengaran.

Lidah : Lidah bersih uvula terdapat di tengah, tidak ada kesulitan telan, berbicara normal dan baik.

Lidah: mukosa mulut pasien lembab, lidah tidak kotor berwarna merah muda, uvula berada ditengah, tidak ada nyeri telan.

### G. Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 3.1** Hasil Laboratorium Tn.S tanggal 28 April 2021

**(Sumber:**Tabel Pribadi Berdasarkan Hasil Lab pasien**)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tanggal** | **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil** | **Nilai Normal** |
| 28 April 2021 | GDA  Kalium  Natrium  Clorida  Creatinin Serum  Hematokrit  **BLOOD GAS**  \*MEASURED  pH  pCO2  pO2  \*Temp-corrected  pH (T)  pCO2 (T)  pO2 (T)  HCO3-  HCO3std  TCO2  BEecf  BE (B)  SO2c  A-aDO2  paO2/pAO2  P/F Ratio  Temp  %FiO2 | 157mg/dl  4,7mmol/L  143 mmol/L  112 mmol/L  9,3 mg/dl  27,2 %  37,0 C  7,20  29 mmHg  92 mmHg  36,1C  7,21  37 mmHg  51 mmHg  15,2 mmol/L  15,0 mmol/L  16,4 mmol/L  -12,8 mmol/L  -12,1 mmol/L  79 %  395 mmHg  0,11  78mmHg  36,1 C  69,0 % | < 50 mg/dl  3,6-5.0 mmol/L  136-145 mmol/L  96-106 mmol/L  96-106 mmol/L  33-45 %  7,35-7,45  35-45 mmHg  80-100 mmHg |

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium Tn, S tanggal 28 april 2021

**Tabel 3.2 Hasil Laboratorium Tn.S tanggal 30 April 2021**

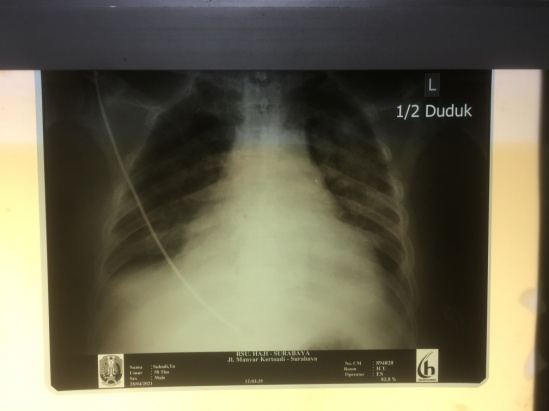
**(Sumber:** Tabel pribadi berdasarkan Hasil lab pasien**)**

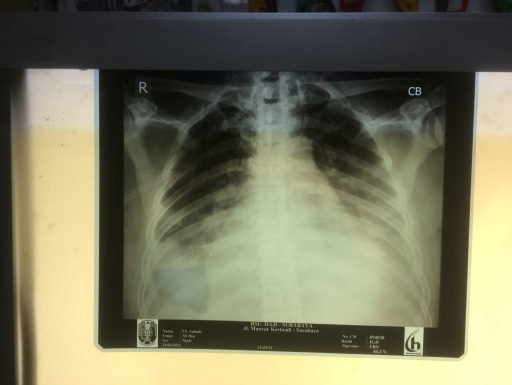
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tanggal** | **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil** | **Nilai Normal** |
| 29 April 2021 | GDA  Kalium  Natrium  Clorida  Creatinin Serum  Hematokrit  **BLOOD GAS**  \*MEASURED  pH  pCO2  pO2  \*Temp-corrected  pH (T)  pCO2 (T)  pO2 (T)  HCO3-  HCO3std  TCO2  BEecf  BE (B)  SO2c  A-aDO2  paO2/pAO2  P/F Ratio  Temp  %FiO2 | 133 mg/dl  4,8mmol/L  146 mmol/L  113 mmol/L  9,4 mg/dl  24,1  37,3 C  7,33  39 mmHg  54mmHg  37,4C  7,32  28 mmHg  94mmHg  14,8 mmol/L  17,4 mmol/L  15,7 mmol/L  -11,1 mmol/L  -9,7 mmol/L  97%  156 mmHg  0,38  230mmHg  37,4 C  40,0 % | < 50-140 mg/dl  3,6-5.0 mmol/L  136-145 mmol/L  96-106 mmol/L  96-106 mmol/L  33-45 %  7,35-7,45  35-45 mmHg  80-100 mmHg |

Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium Tn. S 30 April 2021

**Gambar 3.1** Hasil foto Thorax Pasien Tn.S

**(Sumber**:hasil foto pribadi )

****

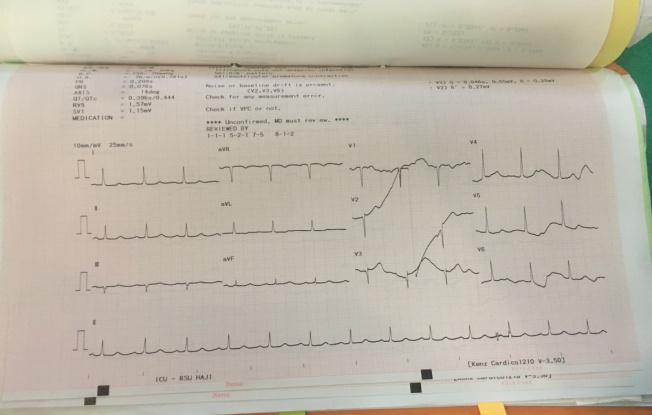
****

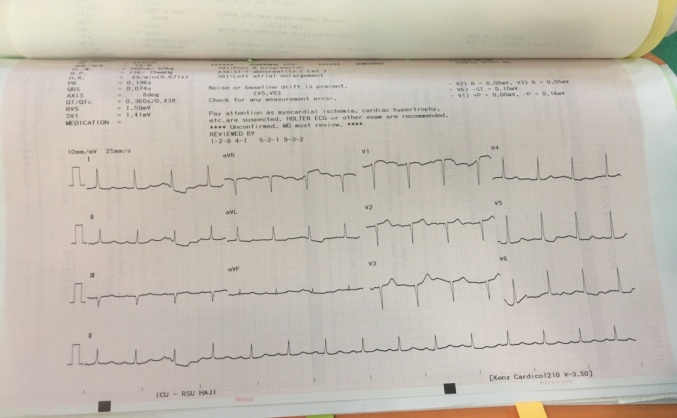
Gambar 3. 1 Hasil foto Thorax pasien Tn. S

**Gambar 3.2** Hasil EKG Pasien Tn.S

**(Sumber:** Hasil Foto Pribadi)

1. Hasil EKG Tanggal 28 April 2021

****

 **2.**Hasil EKG Tanggal 30 April 2021

Gambar 3. 2 Hasil EKG Tn. S

### H. Pemberian Terapi

**Tabel 3.3** Terapi Obat Tn.S

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tanggal** | **Terapi** | **Dosis** | **Indikasi** |
| 28/04/2021 | I**NFUS** | | |
|  | Infus Pz | 500 cc/24 jam | Mengatasi atau mencegah hipokalemia |
| **OBAT-OBAT INJEKSI** | | |
| Lansoprazole | 30 mg  (1 x 1) | Ulkus gaster dan gastroesophageal reflux |
| Furosemide | 10 ml  (1 x 1) | Mengeluarkan kelebihan cairan dari dalam tubuh melalui urine. |
| Caftriaxone | 2x1 gr |  |
| **OBAT-OBAT ORAL** | | |
| ISDN | 5 mg  (2 x 1) | Mencegah dan meredakan angina (nyeri dada) |
| Ramipril | 2,5 mg  (1 x 1) | Mengobati hipertensi |
| Concor | 1,25 mg  (1 x 1) | Menurunkan tekanan darah tinggi, mencegah stroke, serangan jantung |
| 29/04/2021 | **INFUS** | | |
| Infus Pz | 7 tpm  (500 cc/24 jam) | Mengganti cairan tubuh yang hilang |
| **OBAT-OBAT INJEKSI** | | |
| Injeksi lansoprazole | 30 mg  (1 x 1) | Ulkus gaster dan gastroesophageal reflux |
| Injeksi furosemide | 10 ml  (1 x 1) | Mengeluarkan kelebihan cairan dari dalam tubuh melalui urine. |
| Meylon | 100 mEq/24 jam | Mengontrol Ph urin |
| **OBAT OBAT ORAL** | | |
| Citicolin | 500 mg  (2x1) | Meningkatkan kemampuan kognitif pada lansia |
| ISDN | 5 mg  (2x1) | Mencegah dan meredakan angina (nyeri dada) |
| Ramipiril | 2,5mg  (1x1) | Mengobati hipertensi |
| 30/04/2021 | **INFUS** | | |
| Infus Pz | 500/24 jam | Mengatasi atau mencegah hipokalemia |
| **OBAT-OBAT INJEKSI** | | |
| Lansoprazole | 30 mg  (1 x 1) | Ulkus gaster dan gastroesophageal reflux |
| Injeksi furosemide | 10 ml  (1 x 1) | Mengeluarkan kelebihan cairan dari dalam tubuh melalui urine. |
| **OBAT-OBAT ORAL** | | |
| Citicoline | 500 mg  (2 x 1) | Meningkatkan kemampuan kognitif pada lansia |
| ISDN | 5 mg  (2 x 1) | Mencegah dan meredakan angina (nyeri dada) |
| Ramipril | 2,5 mg  (1 x 1) | Mengobati hipertensi |

Tabel 3. 3 Terapi obat Tn.s

## 3.2 ANALISIS DATA

**Tabel 3.4** Analisa Data Tn.S

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **PROBLEM** |
| **1.** | **Ds :** -  **Do :**   * Edema pada tangan dan kaki * Ht menurun (dari 27,2 menjadi 24,1) * Peningkatan creatinin serum (9,3 mg/dl menjadi 9,4 mg/dl) * Suara nafas tambahan (ronchi) | **Mekanisme Regulasi** | **Hipervolemia**  **SDKI (D.0022 Hal.62** |
| **2.** | **Ds :** -  **Do :**   * Peningkatan PCO2 (dari 28 menjadi 39) * PO2 menurun (dari 92 menjadi 54) * Peningkatan pH arteri (dari 7,21 menjadi 7,32) * Pasien nampak gelisah * Nafas pasien nampak dangkal * Kesadaran pasien menurun * TTV   N:78X/menit  S:36,8 c  RR:35X/menit  Tensi :130/80 mmHg | **ketidakseimbangan ventilasi perfusi** | **Gangguan pertukaran gas**  **SDKI (D.0003 Hal.22)** |
| **3.** | Ds : -  Do :   * Tampak sianosis pada pergelangan kaki pasien * Pasien terbaring dan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa (berjalan) * IMG_9767.JPGHasil EKG menunjukan iskemia | **Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** | **Intoleransi aktivitas**  **SDKI (D.0056, Hal 128)** |

Tabel 3. 4 Analisa data tn. s

## 3.3`PRIORITAS MASALAH

**Tabel 3.5** Prioritas Masalah Tn.S

Nama : Tn.S Ruangan/kamar : ICU

Usia : 58 tahun No. Register : 894-xx-xx

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1. | Hipervolemia berhubungan dengan meksnisme regulasi | 28 April 2021 | 30 April 2021 | Mega |
| 2. | Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. | 28 April 2021 | 30 April 2021 | Mega |
| 3 | Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | 28 April 2021 | 30 April 2021 |  |

Tabel 3. 5 Prioritas masalah Tn.S

## 3.4 RENCANA KEPERAWATAN

**Tabel 3.6** Rencana Keperawatan Tn S

**Sumber:** (PPNI, 2018)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1 | **Hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi.**    **SDKI (D.0022 hal.62)** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam,untuk menyelesaikan masalah hipervolemia diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:   1. Asupan cairan meningkat 2. Edema menurun 3. Dispnea menurun 4. Suara napas tambahan menurun 5. Kadar Ht membaik   **SLKI**   * **Luaran utama Keseimbangan cairan (L.03020 hal.41)** * **Luaran tambahn Status Cairan (L.03028 hal.107)** | * **OBSERVASI**  1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia  * Masih terdapat edema * Masih terdapat Dispnea * Terdapat suara napas tambahan  1. Identifikasi penyebab hipervolemia 2. Monitor hasil pemeriksaan serum (Ht,natrium,kalium) 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor tanda hemokonsentrasi  * **TERAPEUTIK**  1. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat 2. Batasi asupan cairan dan garam  * **EDUKASI**   -   * **KOLABORASI**  1. Kolaborasi pemberian diuretik (furosimide)   **SIKI**   * **Intervensi utama :Menejemen Hipervolemia (I.03114, hal 181)** * **Intervensi Pendukung : Pemantauan cairan (1.03121 hal.238)** | 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien dan menentukan tindakan selanjutnya 2. Untuk mengetahui penyebab hipervolemia 3. Untuk mengetahui adakan penurunan/peningkatan terhadap Ht,natrium,kalium pada pasien. 4. Untuk mengetahui keadaan cairan dalam tubuh pasien 5. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen pada tubuh pasien 6. Untuk memudahkan aliran darah pembawa oksigen kembali ke jantung 7. Untuk mencegah terjadinya kelebihan cairan pada pasien. 8. Untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan proses penyakit dengan farmakologis |
| 2 | **Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi.**    **SDKI (D.0003 hal.22)** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam,untuk menyelesaikan masalah gangguan pertukaran gas diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:   1. Dispnea menurun 2. Gelisah menurun 3. PCO2 membaik 4. PO2 membaik 5. pHarteri membaik 6. napas cuping hidung menurun 7. Tingkat kesadaran meningkat   **SLKI**   * **Luaran Utama:Perukaran Gas (L.01003 hal.94)** | * **OBSERVASI**  1. Monitor frekuensi,irama,kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas (masih sesak atau tidak ) 3. Monitor adanya produksi sputum 4. Monitor saturasi oksigen 5. Monitor hasil x-ray thorax  * **TERAPEUTIK**  1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien  * **EDUKASI**   **-**   * **KOLABORASI**   **-**  **SIKI**   * **Intervensi utama:Pemantauan Respirasi (1.01014 hal.247)** | 1. Untuk mengetahui keadaan pernapasan pasien 2. Untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan 3. Untuk memonitor keadaan bersihan jalan napas 4. Untuk memudahkan ekspirasi dan inspirasi pernapasan pasien dan memberikan posisi nyaman 5. Untuk melatih mengeluarkan dahak secara mandiri 6. Untuk mengetahui keaadaan respirasi pasien |
| 3 | **Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen**  **SDKI (D.0056 Hal,128)** | Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat  KH :   1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas (ADL) meningkat 3. Kekuatan tubuh meningkat 4. Dispnea menurun 5. Perasaan lemah menurun 6. Sianosis menurun 7. Tekanan darah membaik 8. Frekuensi napas membaik 9. EKG iskemia membaik   **SLKI**   * **Luaran uatama :Toleransi aktivitas (L.05047 hal.149)** | * **OBSERVASI**  1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor saturasi oksigen  * **TERAPEUTIK**  1. Sediakan lingkungan nyaman 2. Lakukan latihan rentang gerak 3. Pasang jalan napas buatan (ETT)  * **EDUKASI**   **-**   * **KOLABORASI**  1. Kolaborasi Pemberian obat kardioversi (Concor)   **SIKI**   * **Intervensi pendukung:menejemen energi (1 05178 hal,176)** * **Intervensi Pendukung : Manajemen Aritmia (1.02035 hal.152)** | 1. Untuk mengetahui penyebab kelelahan 2. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 3. Untuk memastikan kebutuhan istirahat tidur pasien terpenuhi sesuai kebutuhan 4. Untuk memenuhi kadar oksigen yang dibutuhkan pasien 5. Memberikan rasa nyaman pada pasien 6. Untuk melatih rentang gerak pasien dan mencegah terjadinya sendi kaku 7. Untuk membantu memperlancar pernafasan pasien 8. Untuk menjecah serangan jantung pada pasien |

Tabel 3. 6 Rencana keperawatan Tn.

* 1. **TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN**

**Tabel 3.7** Tindakan Keperawatan Tn.S

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Hari/Tgl Jam** | **Implementasi** | **Paraf** | **Hari/Tgl Jam** | **No Dx** | **Evaluasi Formatif SOAPIE/Catatan Perkembangan** | **Paraf** |
| 1. | 28/4/2021  07.30  07.30  08.15  08.30 | 1. Memonitor frekuensi, irama, kadalaman, dan upaya napas. (RR : 35x/menit) 2. Memonitor pola napas (pola napas : takipnea) 3. Memonitor adanya produksi sputum. (sedikit, kental, berwarana putih). 4. Monitor saturasi oksigen | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg | Rabu, 28/4/2021  10.30 | 1. | S : -  O : takikardi, pola napas pasien cepat dan dalam.  TD : 135/69 mmHg  N : 102x/menit  RR : 30x/menit  A : masalah keperawatan gangguan pertukaran gas teratasi sebagian  P : intervensi di lanjutkan | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg |
| 2. | 28/4/2021  08.00  08.10  09.00  09.00 | 1. Memonitor tanda dan gejala hipervolemia 2. Memonitor intake dan output cairan. 3. Memberikan asupan cairan oral. 4. Mengkolaborasi pemberian diuretic (furosimide 1x10 ml). | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg | Rabu, 28/4/2021  11.15 | 2. | S : -  O :jumlah urin meningkat.  WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpegA : masalah keperawatan hipervolemi teratasi sebagian  P :intervensi dilanjutkan |  |
| 3. | 28/4/2021  08.00  08.30  08.30  09.20  10.30 | 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Menghitung kebutuhan cairan. 4. Memberikan asupan cairan oral 5. Monitor pola dan jam tidur | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg | Rabu, 28/4/2021  11.25 | 3. | S : -  O : rentang gerak pasien meningkat  A : masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg |
| 1. | 29/4/2021  13.00  13.30  14.00 | 1. Memonitor frekuensi, irama, kadalaman, dan upaya napas. (RR : 28x/menit) 2. Memonitor pola napas (pola napas : takipnea) 3. Memonitor saturasi oksigen (saturasi : 100%) | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg | Kamis, 29/4/2021  16.00 | 1. | S : -  O : sesak nsfas berkurang  TD : 120/79 mmHg  N : 98x/menit  S : 36,4oC  Saturasi : 100%  RR : 28x/menit  A : masalah keperawatan gangguan pertukaran gas teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg |
| 2. | 29/4/2021  13.25  13.40  16.00  16.25  17.00  17.15 | 1. Memonitor tanda dan gejala hipervolemia 2. Memonitor intake dan output cairan. 3. Monitor hasil x-ray Thorax   IMG_9555.JPG   1. Mengkolaborasi pemberian diuretic (furosimide 1x1 10ml) 2. Mengkolaborasi pemberian cairan IV (PZ 500cc/24 jam ) 3. Mengkolaborasi pemberian Meylon (100Meq/24 jam) | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg | Kamis, 29/4/2021  16.15 | 2. | S : -  O : ph urin menurun  A : masalah keperawatan hipervolemia teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg |
| 3.. | 29/4/2021  14.30  15.00  19.00  20.25 | 1. Memonitor intake dan output cairan   Input: sonde (200ccx3=600 cc)  Output:urine (300)   1. Memberikan asupan cairan oral 2. Menyediakan lingkungan nyaman 3. Monitor pola tidur dan jam tidur | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg | Kamis, 29/4/2021  16.30 | 3. | S : -  O : rentang gerak pasien meningkat  A : masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg |
| 1. | 30/4/2021  07.30  09.25 10.20 | 1. Memonitor frekuensi, irama, kadalaman, dan upaya napas. (RR : 24x/menit) 2. Memonitor pola napas (pola napas : takipnea) 3. Memonitor saturasi oksigen (saturasi : 100%) | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg | Jum’at, 30/42021  10.00 | 1. | S : -  O : Suara nafas berkurang  TD : 129/65 mmHg  N : 98x/menit  S : 37oC  Saturasi : 100%  RR : 24x/menit  A : masalah keperawatan gangguan pertukaran gas teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg |
| 2. | 30/4/2021  08.40  09.35  10.45 | 1. Memonitor tanda dan gejala hipervolemia 2. Memonitor intake dan output cairan.   -Intake: sonde (200ccx3=600 cc)  -output :urine (250 cc)   1. Meninggikan tempat tidur pasien | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg | Jum’at, 30/42021  11.15 | 2. | S : -  O : jumlah urin berkurang  A : masalah keperawatan hipervolemia teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg |
| 3. | 30/4/2021  09.25  09.35  10.00 | 1. Menyediakan lingkungan yang nyaman 2. Membantu melakukan latihan rentang gerak 3. Monitor pola dan jam tidur pasien Tn.S | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg | Jum’at, 30/4/2021  11.30 | 3. | S : -  O : gelisah saat hendak tidur berkurang  A : masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan | WhatsApp Image 2021-06-12 at 17.33.58(1).jpeg |

Tabel 3. 7 Tindakan keperawatan Tn. S

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Dalam Pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dengan asuhan keperawatan pada pasien Tn.S dengan diagnosa *Chronic Kidney Disease* di Ruang ICU RSU Haji Surabaya yang meliputi pengkajian,perencanaan,pelaksanaan dan evaluasi.

## A. Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data,penulis penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien,sehingga pasien dan keluarga dapat mengerti serta kooperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesengajaan yaitu pada tinjauan pustaka yang di dapat pada pemgumpulan data ditemukan keluhan utama. Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan pasien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan dengan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar pasien.

Pada tahap ini penulis menggunakan metode wawancara kepada keluarga dan pasien, metode observasi, metode studi dokumentasi yang mana penulis melihat data catatan medis pasien. Dimana catatan medis tersebut berisi tentang riwayat kesehatan pasien, program terapi dan data penunjang lainnya yang berhubungan

dengan perkembangan kesebatan pasien. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 25 April 2021 pukul 22.56 WIB dibawa oleh keluarga dengan keluhan sesak nafas dan kedua kaki bengkak,saat datang ke IGD dilakukan pemeriksaan TTV dengan TD 130/80 mmHg, RR 35 x/menit, N 78 x/menit, T 36,8ºC.

Pada pasien ini awalnya mengalami gelisah setiap saat dan terjadi penurunan kesadaran secara tiba-tiba yang ditandai dengan mata membuka saat diajak berbicara,suara hanya mengerang,saat di beri rangsangan nyeri reaksi ekstermitas flexi cepat dan abduksi bahu,dengan nilai GSS 324 jumlah 9, kesadaran : Somnolen dengan GCS : E3 V2 M4 (E3 : mata terbuka saat diberi rangsangan nyeri, V2 : tidak bersuara sama sekali, M4 : satu atau kedua tangan melurus ketika diberi rasa nyeri.

Dari hasil pegkajian ditemukan juga pasien mengalami masalah kelebihan volume cairan berhubungan erat dengan *Chronic Kidney Disease* karena penurunan fungsi ginjal progresif yang *irreversibel* ketika ginjal tidak mampu mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan, dan elektrolit yang menyebabkan terjadinya uremia dan azotemia (Bayhakki, 2012). Masalah tersebut didukung data objektif : Adanya edema di bagian kedua ekstremitas bawah dengan turgor kulit yang kembali dalam waktu > 5 detik saat ditekan, asites dibagian perut kanan kuadran 4, dengan balance cairan : intake cairan infu 500 cc peroral 600 cc,output urine 1000 cc/24 jam.

### B. Diagnosa Keperawatan

Dari SDKI PPNI 2016 didapatkan diagnosa pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* berjumlah 3 dengan diagnosa : Gangguan pertukaran gas, hipervolemia, dan intoleransi aktivitas.

Diagnosa keperawatan yang didapatkan berjumlah 3 dengan diagnosa dari SDKI PPNI 2016 yaitu Hipervolemi berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, Gangguan Pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi,intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

### C. Penatalaksanaan

Pada prinsipnya pelaksanaan merupakan realisasi dari rencana tindakkan keperawatan yang telah disusun sebelumnya, akan tetapi dalam hal-hal tertentu perawat dapat memberikan tindakkan perawatan diluar rencana yang telah disusun. Klien memiliki sifat unik yang dilihat dari ekspresi klien baik secara verbal maupun nonverbal. Tentunya hal ini berdasarkan situasi dan kondisi yang menganjurkan pelaksanaan tindakkan keperawatan yang dimiliki dan mendokumentasikan tindakan-tindakan dalam catatan keperawatan. Tindakan yang dilakukan selama perawatan dirumah sakit pada klien Tn.S dengan *Chronic Kidney Desease*:

Hipervolemia berhungan dengan mekanisme regulasi. Melakukan tindakan keperawatan dengan mengobservasi dan monitoring intake dan output pasien, menghitung balance cairan pasien.

Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. Membatasi masukan cairan, mengidentifikasi sumber potensial cairan, menjelaskan pada keluarga klien tentang pembatasan cairan,menjelaskan pada klien tentang pembatasan cairan.,timbang berat badan harian Keseimbangan masukan dan haluaran turgor kulit dan adanya oedema Tekanan darah, denyut dan irama nadi,tentukan kemampuan klien untuk berpartisipasi dalam aktifitas perawatan diri ( skala 0 – 4 ).

Intoleransi aktivitas berhungan dengan kelemahan. Melakukan tindakan keperawatam dengan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, dan memberikan hasil kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

### D. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk menilai sejauh mana sumber keberhasilan dari rencana keperawatan yang diberikan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapakan, dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan langsung pasien sendiri, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Walaupun evaluasi dianggap sebagai tahap akhir dalam proses keperawatan, namun bukan berarti masalahnya sudah selesai atau teratasi sebagian.

Pada tahap ini penulis melakukan sesuai dengan tujuan dan kriteria yang ingin dicapai selama perawatan yang telah ditetapkan sebelumnya dengan memperhatikan respon dan perubahan-perubahan yang terjadi pada pasien.

# BAB V

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Chronic Kidney Disease di RSU Haji Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien

## 5.1 KESIMPULAN

Tanggal 25 April 2021 Tn.S ditemani keluarga datang ke IGD RSU Haji Surabaya.Saat pengkajian tanggal 25 April 2021 pukul 22.56 WIB Tn.S masih dan tampak lemah, saat dilakukan pengkajian di dapatkan tekanan darah 130/80 MmHg , nadi 78x/menit, suhu 36,8C, RR 35x/menit.

1. Diagnosis keperawatan yang muncul pada Tn.S adalah hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi,gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi,dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
2. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan.Perencanaan tindakan keperawatan yang disusun oleh penulis sesuai dengan tinjauan pustaka atau literatur yang ada yaitu, buku Standart Intervensi Keperawatan Indonesia 2018.
3. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari. Prioritas penanganan pada Tn. S dengan diagnosa *Chronic Kidney Disease* hari pertama adalah mengutamakan masalah hipervolemia yang di tandai dengan kelebihan volume cairan dan keadaan umum lemah.
4. Evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan kriteria hasil yang diharapkan penulis yaitu, adanya perbaikan klinis pada pasien.
5. Pendokumentasian pada Tn.S adalah agar selalu menjaga pola makan, berolahraga, mengurangi aktivitas yang berlebihan dan selalu rajin untuk mengontrol kondisi kesehatannya.

## 5.2 SARAN

Bertolak dari kesimpulan di atas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

* + 1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
    2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lain nya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*
    3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang prefisional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
    4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
    5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komperensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

# DAFTAR PUSTAKA

Annisa, R. (2018). *Perbedaan Kadar Kalsium Pada Plasma Yang Dibuat Menggunakan Tabung Vacutainer Lithium Heparin Dengan Dan Tanpa Gel Separator Pada Pasien Post Hemodialisis*. 7–35.

Fadilla, I., Adikara, P. P., & Perdana, R. S. (2018). Klasifikasi Penyakit Chronic Kidney Disease ( CKD ) Dengan Metode Extreme Learning Machine ( ELM ). *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, *2*(10), 3397–3405.

Kalengkongan, D., Makahaghi, Y., & Tinungki, Y. (2018). Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Chronik Kidney Disease (Ckd) Penderita Yang Dirawat Di Rumah Sakit Daerah Liunkendage Tahuna. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, *2*, 100–114.

Karinda, T. U. S., Sugeng, C. E. C., & Moeis, E. S. (2019). Gambaran Komplikasi Penyakit Ginjal Kronik Non Dialisis di Poliklinik Ginjal-Hipertensi RSUP Prof . Dr . R . D . Kandou. *Jurnal E-Clinic (ECl)*, *7*(2), 169–175.

Mardhatillah, M., Arsin, A., Syafar, M., & Hardianti, A. (2020). Ketahanan Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di Rsup Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim*, *3*(1), 21–33. https://doi.org/10.30597/jkmm.v3i1.10282

Marya, R. K. (2013). *Buku Ajar Patofisiologi Mekanisme Terjadinya Penyakit* (M. K. Dr.Eka Roina Megawati (ed.)). BUNARUPA AKSARA.

Musliha. (2018). *No Title*.

Muttaqin. (2013). *No Title*.

Philip Jevon Beverly Ewens. (2009). *Pemantauan Pasien Kritis* (Edisi 2).

PPNI, T. P. S. D. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnosis* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1).

PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi Tindakan Keperawatan* (Edisi 1).

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Brunner & Suddarth. Jakarta*.