**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CRONIC KIDNEY DISEASE**

**DI RUANG JANTUNG RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

****

**Oleh :**

**ROSALIA MEGARIANTI PUTRI**

**NIM. 1720067**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CRONIC KIDNEY DISEASE**

**DI RUANG JANTUNG RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**KaryaTulisIlmiahinidiajukansebagaisalahsatusyaratuntukmemperoleh**

**gelar Ahli MadyaKeperawatan**

****

**Oleh :**

**ROSALIA MEGARIANTI PUTRI**

**NIM 1720067**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

**SURAT PERNYATAAN**

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

Jika kemudian hari ini ternyata saya melakukan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes hang tuah Surabaya.

Bangkalan, 14 juni 2021

ROSALIA MEGARIANTI PUTRI

1720067

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan kami amati, selaku pembimbing mahasiswa

Nama : ROSALIA MEGARIANTI PUTRI

NIM : 1720067

Program studi : D-III KEPERAWATAN

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M SENGAN DIAGNOSA MEDIS CHRNIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG JANTUNG RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA

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

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

Surabaya, 14 juni 2021

|  |
| --- |
| **Pembimbing** **Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep****NIP.03.001** |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 04 juni 2021

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : ROSALIA MEGARIANTI PUTRI

NIM : 1720067

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul : ASUHAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M SENGAN DIAGNOSA MEDIS CHRNIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG JANTUNG RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA

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

 Hari, tanggal : 14 Juni 2021

 Bertempat : STIKES HANG TUAH SURABAYA

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Nuh Huda,S.Kep.,Ns., M.Kep,Sp.Kep. MB



Penguji II : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep

Penguji III : Christina Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka. Prodi D-III Keperawatan

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

NIP . 03.007

**KATA PENGANTAR**

 Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “ Asuhan Keperawatan pada Ny. M Deangan Diagnosa Medis *Cronic Kidney Disease* (CKD) Di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan” sesuai dengan waktu yang telah di tentukan.

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Achmad Samsulhadi selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis ilmiah dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

2.Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes HangTuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes, selaku Kepala program studi DIII Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Dr.Setiadi, S.Kep.,Ns M.Kep selaku Pembimbing dan Penguji ketua, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Bapak Nuh Huda,S.Kep.,Ns., M.Kep,Sp.Kep. MB , Dr.Setiadi, S.Kep.,Ns M.Kep, dan Ibu Christina Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep

selaku penguji, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan, penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

6. Bapak dan Ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.

7. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehubungan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 14 Juni 2021

Penulis

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**“ Kegagalan bisa terjadi jika terlalu banyak berencana namun sedikit berpikir”**

 **“ketika menyerah, berpikirlh bahwa ada 1000 orang menuju kesuksesan dengan sungguh-sugguh”**

Kupersembahkan karya tulis ilmiah ini untuk:

1. Bapak dan Ibu saya, saya berterimakasih karena telah membesarkan saya dengan penuh kasih sayang dan tanpa pamrih mengkasihiku , terimakasih atas bimbingan selama ini sehingga saya dapat berstudi hingga saat ini. Terimakasih atas bait-bait disetiap sujudmu selalu mendoakan saya semoga tidak terputus sampai akhir hayat.

2. Untuk kakak saya Aditya Hardi Putra yang tidak berhenti untuk mensuport dan memotivasi saya sehingga selalu bersemangat bila mengerjakan hal apapun.

3. Untuk pembimbing saya Bapak Dr.Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep termakasih selama penyusunan karya Tulis Ilmiah selalu mendampingi dan memberi arahan hingga selesai.

4. Bagi teman-teman kuliah saya dan teman angkatan 24, serta teman yang tidak bisa saya sebutkan semua, saya berterimakasih karna telah mendorong saya untuk membangun semangat serta memberi motivasi dan membantu ketika saya kesulitan dan terimakasih selalu memberi kebahagiaan di setiap harinya.

DAFTAR ISI

[SURAT PERNYATAAN ii](#_Toc74485114)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc74485115)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc74485116)

[KATA PENGANTAR v](#_Toc74485117)

[MOTTO DAN PERSEMBAHAN vii](#_Toc74485118)

[DAFTAR ISI viii](#_Toc74485119)

[DAFTAR TABEL xi](#_Toc74485120)

[DAFTAR GAMBAR xii](#_Toc74485121)

[DAFTAR SINGKATAN xiii](#_Toc74485122)

[BAB 1 1](#_Toc74485123)

[PENDAHULUAN 1](#_Toc74485124)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc74485125)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc74485126)

[1.3 Tujuan Penelitian 3](#_Toc74485127)

[1.3.1 Tujuan Umum 3](#_Toc74485128)

[1.3.2 Tujuan Khusus 3](#_Toc74485129)

[1.4 Manfaat 4](#_Toc74485130)

[1.5 Metode Penulisan 4](#_Toc74485131)

[1.5.1 Metode Deskriptif 4](#_Toc74485132)

[1.5.2 Tehnik Pengumpulan Data 4](#_Toc74485133)

[1.5.3 Sumber Data 5](#_Toc74485134)

[1.5.4 Studi Kepustakaan 5](#_Toc74485135)

[1.6 Sistematika Penulisan 5](#_Toc74485136)

[BAB 2 6](#_Toc74485137)

[TINJAUAN PUSTAKA 6](#_Toc74485138)

[2.1 Anatomi Dan Fisiologi Ginjal 6](#_Toc74485139)

[2.1.1 Ginjal 6](#_Toc74485140)

[2.1.2 Bagian-bagian Ginjal 7](#_Toc74485141)

[2.1.3 Fungsi Ginjal 9](#_Toc74485142)

[2.1.4 Darah Ginjal Aliran 9](#_Toc74485143)

[2.2 Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik 10](#_Toc74485144)

[2.2.1 Definisi 10](#_Toc74485145)

[2.2.2 Etiologi 10](#_Toc74485146)

[2.2.3 Manifestasi klinis 12](#_Toc74485147)

[2.2.4 Patofisiologi 14](#_Toc74485148)

[2.2.5 Pemeriksaan Penunjang 15](#_Toc74485149)

[2.2.6 Penatalaksanaan Medis 15](#_Toc74485150)

[2.2.7 Komplikasi 16](#_Toc74485151)

[2.3 Konsep Asuhan Keperawatan 17](#_Toc74485152)

[2.3.1 Pengkajian 17](#_Toc74485153)

[2.3.2 Diagnosa Keperawatan 22](#_Toc74485154)

[2.3.3 Rencana Keperawatan 22](#_Toc74485155)

[2.3.4 Pelaksanaan 28](#_Toc74485156)

[2.3.5 Evaluasi 29](#_Toc74485157)

[2.3.6 Kerangka Masalah 1](#_Toc74485158)

[BAB 3 1](#_Toc74485159)

[TINJAUAN KASUS 1](#_Toc74485160)

[3.1 Pengkajian 1](#_Toc74485161)

[3.1.1 Identitas 1](#_Toc74485162)

[3.1.2 Keluhan Utama 1](#_Toc74485163)

[3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang 1](#_Toc74485164)

[3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu 2](#_Toc74485165)

[3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga 2](#_Toc74485166)

[3.1.6 Pengkajian keluarga 2](#_Toc74485167)

[3.1.7 Riwayat Alergi 3](#_Toc74485168)

[3.1.8 Pemeriksaan Fisik 3](#_Toc74485169)

[3.1.9 Pemeriksaan Penunjang 8](#_Toc74485170)

[3.1.10 Penatalaksanaan 9](#_Toc74485171)

[3.2 Diagnosa Keperawatan 10](#_Toc74485172)

[BAB 4 27](#_Toc74485173)

[PEMBAHASAN 27](#_Toc74485174)

[4.1 Pengkajian Keperawatan 27](#_Toc74485175)

[4.1.1 Pengumpulan data 27](#_Toc74485176)

[4.1.2 Analisis Data 33](#_Toc74485177)

[4.2 Diagnosis keperawatan 34](#_Toc74485178)

[4.3 Perencanaan 36](#_Toc74485179)

[4.3.1 Perencanaan Diagnosis Keperawatan 1 36](#_Toc74485180)

[4.3.2 Perencanaan Diagnosis Keperawatan 2 37](#_Toc74485181)

[4.3.3 Perencanaan Diagnosis Keperawatan 3 38](#_Toc74485182)

[4.3.4 Perencanaan Diagnosis Keperawatan 4 38](#_Toc74485183)

[4.4 Pelaksanaan 38](#_Toc74485184)

[4.4.1 Pelaksanaan Diagnosis Keperawatan 1 39](#_Toc74485185)

[4.4.2 Pelaksanaan Diagnosis Keperawatan 2 39](#_Toc74485186)

[4.4.3 Pelaksanaan Diagnosis Keperawatan 39](#_Toc74485187)

[4.4.4 Pelaksanaan Diagnosis Keperawatan 40](#_Toc74485188)

[4.5 Evaluasi 40](#_Toc74485189)

[4.5.1 Evaluasi Diagnosis Keperawatan 1 40](#_Toc74485190)

[4.5.2 Evaluasi Diagnosis Keperawatan 2 41](#_Toc74485191)

[4.5.3 Evaluasi Diagnosis Keperawatan 3 41](#_Toc74485192)

[4.5.4 Evaluasi Diagnosis Keperawatan 4 41](#_Toc74485193)

[BAB 5 42](#_Toc74485194)

[PENUTUP 42](#_Toc74485195)

[5.1 Simpulan 42](#_Toc74485196)

[5.2 Saran 44](#_Toc74485197)

**DAFTAR TABEL**

[Tabel 3. 1 Hasil Laboraturium 8](#_Toc74318787)

[Tabel 3. 2 Terapi Obat 9](#_Toc74318788)

[Tabel 3. 3 Analisis Data 11](#_Toc74318789)

[Tabel 3. 4 Prioritas Masalah 14](#_Toc74318790)

[Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan 15](#_Toc74318791)

[Tabel 3. 6 Tindakan Keperawatan 20](#_Toc74318792)

**DAFTAR GAMBAR**

[Gambar 2. 1 Bagian-bagian ginjal 7](#_Toc74318826)

**DAFTAR SINGKATAN**

CKD : Cronic Kidney Disease

ESDR : End Stage Renal Disease

BB : Berat Badan

TB : Tinggi Badan

N : Nadi

TD : Tekanan Darah

S (Tanda vital): Suhu

S : Subjektif

RR : Respiratory Rate

PGK : Penyakit Ginjal Kronis

ARDS : Acute Respiratory Distress Syndrome

PRC : Packed Red Cell

GGK : Gagal Ginjal Kronis

GFR : Glomerular Filtrasi Rate

IV : Intra Vena

SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

Tn : Tuan

C : Celcius

BAK : Buag Air Kecil

KRS : Keluar Rumah Sakit

MRS : Masuk Rumah Sakit

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit

GDA : Gula Darah Acak

Mg : Miligram

CRT : Capillary Refill Time

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Gagal Ginjal merupakan sebuah gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible, dimana fungsi ginjal mengalami peurunan dalam mempertahankan metabolisme keseimbangan cairan dan elektrolit, sehingga terjadi uremia. Gagal ginjal biasanya berakibat akhir dari kehilangan fungsi ginjal lanjut secara bertahap. Gagal ginjal kronik adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolism serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa-sisa dari metabolism sebelumnya di dalam darah (Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2011).

Penyakit Ginjal Kronis di dunia saat ini mengalaami peningkatan dan menjadi masalah kesehatan serius, hasil penelitian Global Burden Of Disease tahun 2010, penyakit ginjal kronis merupakan penyebab kematian peringkat ke-27 di dunia tahun 1990 dan meningkatkan menjadi urutan ke-18 pada tahun 2010. Lebih dari 2 juta penduduk di Dunia mendapat perawatan dengan dialisis atau trasplantasi ginjal dan hanya sekitar 10% yang benar-benar mengalami perawatan tersebut. Sepuluh persen penduduk di Dunia mengalami penyakit Gagal Ginjal Kronis dan jutaan meninggal setiap tahun karena tidak mempunyai akses untuk pengobatan. Pada tahun 2011 sekitar 113.136 pasien di Amerika Serikat mengalami *End Stage Renal Disease* (ESDR), penyebab utamanya adalah diabetes dan hipertensi dengan jumlah kasus terbanyak ditemukan pada usia lebih dari 70 tahun.

Penelitian di Amerika Serikat risiko2,3 kali mengalami PGK bagi orang yang mengkonsumsi cola dua gelas atau lebih per hari. Pada tahun 2013, sebanyak 2 per 1000 penduduk atau 499.800 penduduk Indonesia menderita penyakit Gagal Ginjal. Sebanyak 6 per 1000 penduduk atau 1.499.400 penduduk Indonesia menderita batu ginjal (Riskesdas, 2013). Prevalensi Gagal Ginjal Kronik pada laki-laki (0,3%) lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (0,2%). Berdasarkan karakteristik umur prevalensi tertinggi pada kategori usia diatas 75 tahun (0,6%), dimana mulai terjadi peningkatan pada usia 35 tahun ke atas. Peneliti badan penelitian dan pengembangan kesehatan (Balitbangkes) tahun 2004 menunjukkan konsumsi minuman bersoda dan berenergi lebih dari tiga kali perbulan beresiko 25,8 kali mengalami PGK. Berdasarkan data pada Departemen Kesehatan pada tahun 2006, penyakit gagal ginjal menduduki no 4 angka penyebab kematian di Rumah sakit Indonesia. Dalam kurun waktu Januari 2019 sampai januari 2020 jumlah pasien di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya mencapai 10.250 pasien dan diruang penyakit dalam B2 Rumkital Dr Ramelan Surabaya keseluruhan pasein berjumlah 487 pasien dan yang menderita gagal ginjal kronis sebanyak 78 pasien.

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan kedalam urin)tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap system tubuh. Banyak gejala uremia membaik setelah dialysis ( Smeltzer & Bare, 2002).Gangguan klirens renal,banyak masalah muncul pada gagal ginjal sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi, yang menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal. Penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR) dapat dideteksi dengan mendapatkan urin 24jam untuk pemeriksaan klirens kreatinin. Ginjal juga tidak mampu untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal pada penyakit ginjal tahap akhir, sehingga respons ginjal kurang efektif terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari, tidak terjadi kelainan ini akan menimbulkan pola napas tidak efektif, nyeri akut, hipervolemia, perfusi jaringan tidak efektif.

Pasien yang menjalani hemodialisa memiliki kualitas hidup yang buruk dan cenderung mengalami komplikasi seperti depresi, kekurangan gizi, dan peradangan. Banyak dari mereka mengalami gangguan kognitif, seperti kehilangan memori, konsentrasi rendah, gangguan fisik, mental dan social yang nantinya mengganggu aktivitas seharihari. Banyak peneliti menekankan bahwa peningkatan kualitas hidup akan mengurangi komplikasi yang terkait dengan penyakit ini. Kualitas hidup diukur berdasarkan rasa subjektif dan kesejahteraan umum yang dirasakan oleh pasien yang juga akan digunakan sebaga ukuran klinis dalam hal perawatan medis pasien yang menjalani hemodialisis.Untuk meningkatkan kualitas hidup, maka diperlukan beberapa program antara lain memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir atau end stage renal disease (ESRD) yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen. Tujuan hemodialisis adalah untuk mengeluarkan zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan (Suharyanto dan Madjid, 2009). Hemodialisis adalah proses pembersihan darah oleh akumulasi sampah buangan. Hemodialisis digunakan bagi pasien dengan tahap akhir gagal ginjal atau pasien berpenyakit akut yang membutuhkan dialisis waktu singkat. Penderita gagal ginjal kronis, hemodialisis akan mencegah kematian. Hemodialisis tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal dan tidak mampu mengimbangi hilangnya aktivitas metabolik atau endokrin yang dilaksanakan ginjal dan dampak dari gagal ginjal serta terapinya terhadap kualitas hidup pasien. Tujuan utama Hemodialisis adalah untuk mengembalikan suasana cairan ekstra dan intrasel yang sebenarnya merupakan fungsi dari ginjal normal. Dialisis dilakukan dengan memindahkan beberapa zat terlarut seperti urea dari darah ke dialisat, dan dengan memindahkan zat terlarut lain seperti bikarbonat dari dialisat ke dalam darah.

* 1. **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahu lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Chronic Kedney Disease (CKD) dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* 1. **Tujuan Penelitian**
		1. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pengkajian pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) diruang Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD) diruang Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD) diruang Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD) diruang Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

5. Mengevaluasi Pasien dengan diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD) diruang Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD) diruang Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

* 1. **Manfaat**

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

* + 1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien CKD.
		2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:
1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien CKD dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatanpada klien CKD,

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien CKD.

* 1. **Metode Penulisan**
		1. **Metode Deskriptif**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan dengan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencaaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

* + 1. **Tehnik Pengumpulan Data**

1. Wawancara Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi Data yang diambil melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan yang lain.

3. Pemeriksaan Meliputi pemerikaan fisik dan laburatorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

* + 1. **Sumber Data**

1. Data primer Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

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

* + 1. **Studi Kepustakaan**

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

* 1. **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

* + 1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pebimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
		2. Bagian inti, terdiri dari lima bab,yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini: BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus. BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan Chronic Kidney Disease, serta kerangka masalah. BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan. BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
		3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD)*.* Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah – masalah yang muncul *Chronic Kidney Disease* (CKD). Dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan dan evaluasi.

* 1. **Anatomi Dan Fisiologi Ginjal**
		1. **Ginjal**

Sistem perkemihan/urinaria (ginjal) terdiri dari organ-organ yang memproduksi urin dan mengeluarkan dari tubuh. Sistem ini merupakan salah satu sistem utama memepertahankan homeostatis (kekonsistenan lingkungan internal) (Raimundusn Chalik, 2016).

Ginjal terletak di bagian belakang abdomen atas, di belakang peritorium, di depan dua kosta terakhir dan tiga otot-otot besar transvesus abdominalis, kuadran lumborum dan psoas mayor. Ginjal dipertahankan dalam posisi tersebut oleh bantalan lemak yang tebal. Di sebelah posterior dilindungi oleh kosta dan otot-otot yang miluputi kosta, sedangkan di anterior dilindungi oleh bantalan usus yang tebal.

Pada orang deawasa panjang ginjal 12-13 cm, lebarnya 6 cm dan beratnya antara 120-150 gram. Ukurannya tidak berbeda menurut bentuk dan ukuran tubuh. Sebanyak 95% orang dewasa memiliki jarak antara katup ginjal antara 11-15 cm. perbedaan panjang kedua ginjal lebih dari 1,5 cm atau perubahan bentuk merupakan tanda yang penting karena kebanyakan penyakit ginjal dimanifestasikan dengan perubahan struktur. Permukaan anterior dan posterior katub atas dan bawah serta pinggir lateral ginjal berbentuk konveks, sedangkan pinggir medialnya berbentuk konkaf karena adanya hilus. Ada beberapa struktur yang masuk atau ke luar dari ginjal melalui hilus antara lain arteri dan vena renalis, saraf dan pembuluh getah bening. Ginjal diliput oleh suatu kapsula tribosa tipis mengilat, yang berkaitan longgar dengan jaringan di bawahnya dan dapat dilepaskan dengan mudah dari permukaan ginjal (Rudi Haryono,2013).

* + 1. **Bagian-bagian Ginjal**

Kulit Ginjal (Korteks)

Pada kulit ginjal terdapat bagian yang bertugas melaksanakan penyaringan darah yang disebut nefron. Pada tempat penyaringan darah ini banyak mengandung kapiler-kapiler darah yang tersusun bergumpal-gumpal disebut glomerulus. Tiap glomerulus dikelilingi oleh simpai bowman, dan gabungan antara gromelurus dengan sampai bowman disebut dengan badan malphigi. Penyaringan darah terjadi pada badan malphigi, yaitu di antara glomerulus dan simpai bowman. Zat-zat yang terlarut dalam darah akan masuk ke dalam simpai bowman. Dari sini zat-zat akan menuju ke pembuluh yang merupakan lanjutan dari simpai bowman yang terdapat di dalam sumsum ginjal.unit fungsional.



Gambar 2. 1 Bagian-bagian ginjal

Unit fungsional ginjal adalah nefron. Pada manusia setiap ginjal mengandung 1- 1,5 juta nefron yang pada dasarnya mempunyai struktur dan fungsi yang sama. Nefron dibagi menjadi dua jenis yaitu:

a. Nefron kortikolis yaitu nefron yang glomerulusnya terletk pada bagian luar dari korteks dengan lingkungan henle yang pendek dan tetap berada pada korteks atau mengadakan penetrasi hanya sampai ke zona luar dari medulla.

b. Nefron juxtamedullaris yaitu nefron yang glomerulusnya teretak pada bagian dalam dari korteks dekat dengan korteks – medulla dngan lengkungan henle yang panjang dan turun jauh ke dalam zona dalam dari medulla, sebelum berbalik dan kembali ke korteks.

Bagian-bagian Nefron :

1) Glomerulus Suatu jaringan kapiler berbentuk bola yang berasal dari arteriol afferent yang kemudian bersatu menuju arteriol eferen, berfungsi sebagai tempat filtrasi sebagai air dan zat yang terlarut dari darah yang melewatinya.

2) Kapsula Bowman Bagian tubulus yang melingkupi glomerulus untuk mengumpulkan cairan yang difiltrasikan oleh kapiler glomerulus.

3) Tubulus , terbagi menjadi 3 bagian yaitu :

a Tubulus proksimal Tubulus proksimal berfungsi sebagai mengadakan reabsorbsi bahan bahan dari cairan tubuli dan mengsekresikan bahan-bahan ke dalam cairan tubuli.

b. Lengkung Henle Lengkung henle membentuk lengkungan tajam berbentuk U. terdiri dari pars descendens yaitu bagian yang menurun terbenam dari 11 korteks ke medulla, dam pars ascendens yaitu bagian yang naik kembali ke korteks. Bagian bawah lengkung henle mempunyai dinding yang sangat tipis sehingga disebut segmen tipis, sedangkan bagian atas yang lebih tebal disebut segmen tebal. Lengkung henle berfungsi reabsorbsi bahan-bahan dari cairan tubulus dan sekresi bahan-bahan ke dalam cairan tubulus. Selain itu, berperan penting dalam mekanisme konsentrasi dan difusi urin.

c. Tubulus distal, berfungsi dalam reabsorbsi dan sekresi zat-zat tertentu.

4) Duktus pengumpul (duktus kolektifus) Satu duktus pengumpul mungkin menerima cairan dari delapan nefron yang berlainan. Setiap duktus pengumpulan terbenam ke dalam medulla untuk mengosongkan cairan (urin) ke dalam pelvis ginjal.

2. Sumsum Ginjal (Medula)

Sumsum ginjal terdiri dari beberapa badan berbentuk kerucut ysng dosebut pyramid renal. Dengan dasarnya menghadap korteks dan puncaknya disebut apeks atau papilla renis, mengarah ke bagian dalam ginjal.satu piramit dengan jaringan korteks di dalamnya disebut lobus ginjal. Pyramid antara 8 hingga 18 buah tampak bergaris-garis karena terdiri atas berkas saluran pala;er (tubuli dan duktus koligentes). Di antara pyramid terdapat jaringan korteks yang disebut kolumna renal. Pada bagian ini berkumpul ribuan pembuluh halus yang merupakan lanjutan dari simpai bowman. Di dalam pembuluh darah dalam badan malphigi, setelah mengalami berbagai proses.

3. Rongga Ginjal (Pelvis Renalis)

 Pelvis Renalis adalah ujung ureter yang berpangkal di ginjal, berbentuk corong lebar. Sebelum berbatasan dengan jaringan ginjal, pelvis renalis bercabang dua atau tiga disebut kaliks mayor, yang masing-masing saling bercabang membentuk berbagai beberapa kaliks minor yang langsung menutupi papilla renis dari pyramid. Kalik minor ini menampung urin yang keluar terus menerusdari papilla. Dari kaliks minor urin masuk ke kaliks mayor, ke pelvis renis, ke ureter, hingga ditampung dalam kandung kemih (vesika urinaria).

* + 1. **Fungsi Ginjal**

1. Mengatur volume cairan dalam tubuh Kelebihan air dalam tubuh akan dieksresikan oleh ginjal sebagai urin (kemih) yang encer dalam jumlah besar, kekurangan air (kelebihan keringat) menyebabkan urin yang dieksresikan berkurang dan konsentrasinya lebih pekat sehingga susunan dan volume cairan tubuh dapat dipertahankan relatif normal.

2. Mengatur keseimbangan osmotic dan mempertahankan keseimbangan ion yang optimal dalam plasma (keseimbangan elektrolit). Bila terjadi pemasukan/pengeluaran yang abnormal ion-ion akibat pemasukan garam yang berlebihan atau penyakit perdarahan (diare atau muntah) ginjal akan meningkatkan eksresi ion-ion yang penting (misalnya natrium, kalium, kalsium, fosfat)

3. Mengatur keseimbangan asam basa. Cairan tubuh bergantung pada apa yang dimakan, campuran makanan menghasilkan urin yang bersifat agak asam, pH kurang dari 6 ini disebabkan hasil akhir metabolism protein. Apabila banyak makanan sayur-sayuran, urin akan bersifat basa. pH urin bervariasi antara 4,8-8,2. Ginjal mengsekresikan urin sesuai dengan peruahan pH darah.

4. Eksresi sisa hasil metabolism (ureum, asam urat, kreatinin) zat-zat toksik, obat-obatan, hasil metabolism hemoglobin dan bahan kimia asing (petisida).

5. Fungsi hormonal dan metabolism. Ginjal mensekresikan hormonevrenin yang mempunyai peran penting mengatur tekanan darah (sistem renin angiotensin aldosteron) membentuk eritropoiesis mempunyai peranan penting untuk memproses pembentukan sel dalam merah (eritropiesis) (Eko Prabowo, 2014).

* + 1. **Darah Ginjal Aliran**

Kecepatan aliran darah melalui kedua ginjal sekitar 70 kg atau sekitar 1200 ml/menit. Ada dua jaringan kapiler yang mensuplai nefron tersebut 1) glomerulus, 2) kapiler peritubulus. Jaringan kapiler glomerulus menerima darahnya dari arteriol afferent dan jaringan ini dipisahkan dari jaringan kapiler peritubulus yang dialiri oleh arteriol efferent, yang memberikan tahanan cukup besar terhadap aliran darah. Sebagai skibatnya, jaringan kapiler glomerulus merupakan suatu jaringan bertekanan tinggi sedangkaan jaringan kapiler peritubulus merupakan suatu jaringan bertekanan rendah.

Vasa recta, adalah suatu bagian khusus dari system kapiler peritubulus, yang merupakan suatu jalinan kapiler yang turun ke sekitar bagian bawah ansa henle. Kapiler ini membentuk gelungan di dalah medulla ginjal dan kemudian kembali ke korteks sebelum bermuara kedalam vena. Vasa rekta memegang peranan khusus dalam pembentukan urine pekat.

Di dalam arteriol afferent tekanan turun dari 100 mmHg pada ujung arterinya menjadi tekanan rata-rata kira kita 60 mmHg di dalam glomerulus. Ketika darah mengalir melalui arteriol eferen dari glomerulus kesistem kapiler peritubulus, tekanan tersebut turun 47 mmHg lagi menjadi suatu tekanan kapiler peritubulus rata-rata sebesar 13 mmHg.

Jadi jaringan kapiler bertekanan tinggi di dalam glomerulus bekerja pada tekanan rata-rata sebesar 60 mmHg, sehingga menyebabkan filtrasi cairan yang cepat ke kapsula bowman. Sebaliknya jaringan kapiler bertekanan rendah di dalam system kapiler peritubulus bekerja pada tekanan rata-rata 13 mmHg yang memungkinkan absorbsi cairan yang cepat karena tingginya tekanan osmotic plasma.

* 1. **Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik**
		1. **Definisi**

Gagal Ginjal Kronis Merupakan penyakit ginjal tahap akhir yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (Ari Sutjahjo, 2015).

Gagal ginjal kronis terjadi bila bila ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan internal yang konsisten dengan kehidupan dan pemuliha fungsi tidak dimulai. Pada kebanyakan individu transisi dari sehat ke status kronis atau bisa saja penyakit yang sudah menetap hingga bertahun-tahun (Barbara C Long, 1996: 368 Dalam Buku Rudi Haryono, 2013).

Gangguan ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir (ESRD) ,erupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible di mana kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolism dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). (Brunner & Sunddarth, 2001: 1448 Dalam Buku Rudi Haryono, 2013).

* + 1. **Etiologi**

Begitu banyak kondisi klinis yang bisa menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronis. Akan tetapi, apapun sebabnya respon yang terjadi adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan GGK bisa di sebabkan dari ginjal sendiri dan di luar. Menurut (Rudi Haryono, 2013) adalah

1. Infeksi saluran kemih (pielonefritis kronis)

2. Penyakit peradangan (glomerulonefritis) primer dan sekunder. Glomerulonefritis adalah peradangan ginjal bilateral, bisanya timbul pascainfeksi streptococcus. Untuk glomerulus akut, gangguan fisiologis utamanha dapat mengakibatkan ekskresi air, natrium dan zat-zat nitrogen berkurang sehingga timbulah edema dan azotemia, peningkatan aldosteron menyebabkan retensi air dan natrium. Untuk glomerulonefritis kronik, ditandai dengan kerusakan glomerulus secara progresif lambat, akan tampak ginjal mengkerut, berat lebih kurang dengan permukaan bergranula. Ini disebabkan jumlah nefron berkurang karena iskemia, karena tubulus mengalami atropi, fibrosis intestisial dan penebalan dinding arteri.

3. Gangguan ginjal pada penderita Diabetes

Diabetes merupakan salah satu penyebab utama terjadinya penyakit ginjal. Diabetes atau yang sering disebut dengan penyakit gula di bagi menjadi 2 tipe yaitu diabetes tipe 1 dan diabetes tipe 2. Diabetes tipe 1 adalah konsidi saat tubuh tidak mempeoduksi cukup insulin. Sementara diabetes tipe 2 adalah kondisi saat tubuh tidak menggunakan insulin dengan efektif.

Insulin memiliki fungsi yang sangat penting bagi tubuh. Fungsi insulin yang dimaksud tersebut diantaranya adalah : mengatur kadar glukosa atau gula dalam darah, membatasi kadar glukosa agar tidak menngkat terlalu tinggi setelah makan, menjaga kadar glukosa agar tidak terlalu rendah pada jeda antara waktu makan. Jika glukosa dalam darah terlalu tinggi, ini dapat mempengaruhi kemampuan ginjal untuk menyaring kotoran dalam darah dengan merusak system penyaringan ginjal. Maka dari itu sangat penting bagi penderita diabetes untuk menjada tingkat glukosa mereka melalui pola makan yang sehat dan mengkonsumsi obat-obatan anti diabetes sesuai aturan dari dokter.

Gagal ginjal diperkirakan diderita sekitar 1-2 dari 5 pengidap diabetes tipe 1 sebelum umue mereka mencapai 50 tahun. Hal ini juga terjadi pada pengidap diabetes tipe 2 yang 1 dari 3 di antaranya juga mengalami tanda-tanda kerusakan ginjal. Adanya protein dalam kadar rendah pada urin merupakan gejala utama gangguan ginjal akibat diabetes.

1. Gangguan Ginjal pada Pengidap Hipertensi

Tekanan darah adalah ukuran tekanan saat jantung memompa darah ke pembuluh arteri dalam setiap denyut nadi. Tekanan darah kerap diasosiasikan dengan penyakit ginjal, karena tekanan darah yang berlebihan dapat merusak organ tubuh. Hipertensi menghambat proses penyaringan dalam ginjal. Kondisi ini merusak ginjal dengan menekan pembuluh darah kecil dalam orang tersebut. Meski Sembilan dari sepuluh penyebab kasus tekanan darah tinggi tidak diketahui, namun ada kaitannya antara kondisi tersebut dengan kesehatan tubuh seseorang secara menyeluruh, termasuk pola makan dan gaya hidup. Orang yang memiliki kebiasaan tertentu seperti kurang berolahraga, kebiasaan merokok, stress, pbesitas, mengkonsumsi minum keras berlebihan, terlalu banyak garam dan lemak dalam makanan yang dikonsumsi, serta kurang protasium dan vitamin D, maka orang tersebut akan memiliki risiko mengidap penyakit hipertensi lebih tinggi.

1. Faktor Lain Penyebab Gagal Ginjal

Ada beberapa kondisi lain yang lebih tidak umum, tapi juga berisiko menyebabkan penyakit gagal ginjal. Kondisi yang dimaksud tersebut di antranya adalah sebagai berikut.

1. Gangguan Ginjal Polisistik

Ganggan ini merupakan sebuah kondisi saat kedua ginjal berukuran lebih besar dari normal karena pertambahan masa kista. Kondisi ini bersifat diwariskan atau factor genetik.

1. Lupus Eritematosus Sistemik

Lupus eritematosus sistemik merupakan kondisi saat system kekebalan tubuh menyerang dan mengenali ginjal sebagai jaringan asing.

1. Penggunan Obat-obatan

Penggunaan rutin obat-obatan tertentu dalam jangka panjang, seperti obat anti inflamasi non-steroid termasuk aspirin dan ibu profen.

1. Peradangan Ginjal

Jika seseorang mengalami peradangan pada ginjal, maka orang tersebut memiliki potensi untuk mengidap gagal ginjal. Penyumbatan, seperti yang disebabkan batu ginjal dan adanya gangguan prostat juga dapat memicu terjadinya gagal ginjal.

* + 1. **Manifestasi klinis**

Manifestasi klinis gagal ginjal kronis sangat bervariasi. Banyak orang dengan CKD hanya memiliki sedikit keluhan. Pada stadium I, klien biasanya memiliki tekanan darah yang normal, tidak ada kelainan dalam tes laboratorium, dan tidak ada manifestasi klinis klien pada stadium 2 umumnya asimtomatik, tetapi mungkin mengalami hipertensi, dan ada kelanan pada tes laboratorium. Pada stadium 3, klien biasanya masih asimtomatik tetapi nilai laboratorium menunjukkan kelainan di beberapa system organ, dan hipertensi sering ada. Pada stadium 4, klien mulai mengalami manifestasi klinis terkait CKD seperti kelelahan dan nafsu makan yang buruk. Pada stadium 5, sesak napas berat menjadi manifestasi klinis penyakit ginjal stadium akhir (Ari Sutjahjo, 2015).

Proteinuria adalah salah satu predictor yang paling kuat akan perkembangan CKD. Oleh karna GFR menurun, klien mungkin menunjukkan tidak hanya proteinuria tetapi juga hipertensi, berbagai kelainan laboratorium san manifestasi yang diakibatkan dari gangguan di organ lain. Kelainan ini termasuk anemia, asidosis metabolic, dislipidemia, penyakit tulang, malnutrisi proteinenergi, dan neuropati; perubahan dalam status kesehatan.

* 1. Gangguan cairan elektrolit dan asam basa

Pada kebanyakan pasien yang menderita CKD, jumlah kadar air dan sodium meningkat, walaupun tidak tampak pada pemeriksaan klinik. Fungsi ginjal yang normal menjamin reabsorbsi tubular terhadap air dan sodium diatur sedemikian rupa sehingga seimbang dengan intake penderita. Beberapa bentuk dari penyakit ginjal mengganggu keseimbangan glomerulotobular sehingga intake melebihi eksresi urin, yang akan mengarah kepada retensi sodium dan penambahan cairan volume ekstraseluler yang dapat menyebabkan keadaan hipertensi yang akan memperburuk kerusakan ginjal. Selama intake cairan tidak melebihi clearancenya cairan ekstraseluler akan tetap isotonic dan pasien akan memiliki kadar sodium yang normal dan osmolaritas yang efektif.

* 1. Potassium Homeostasis

Pada pasien CKD, penurunan GFR tidak berhubungan dengan penurunan eksresi potassium, yang mana secara dominan dimediasi oleh aldosterone dependent secretory pada segmen nefron distal. Beberapa kondisi yang dapat memperberat kondisi hiperkalemi yaitu intake kalium yang meningkat, katabolisme protein, hemolisis, perdarahan, transfuse packed red cell (PRC), dan asidosis metabolic. Penyebab dari CKD dapat berhubungan dengan gangguan mekanisme sekresi kalium pada distal nefron.

* 1. Metabolic Asidoseis

Asidosis metabolic merupakan suatu kejadian yang umum terjadi pada kerusakan ginjal yang lanjut. Kebanyakan penderita masih mampu mengasamkan urin, akan tetapi produksi ammonia berkurang sehingga tidak mampu mengeksresikan jumlah proton yang normal. Jika terjadi hiperkalemia, akan menekan produksi ammonia.

* + 1. **Patofisiologi**

Menurut (Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2011) gagal ginjal kronik selalu berkaitan dengan penurunan progresif GFR. Stadium-stadium gagal ginjal kronik berdasarkan pada tingkat GFR yang tersisa yang meliputi hal-hal berikut:

1. Penurunan GFR

Penurunan GFR dapat dideteksi dengan mendapatkan urin 24 jam untuk pemeriksaan klirens kreatinin. Akibt dari penurunan GFR, maka klirens kretinin akan menurun, kreatinin akn meningkat, dan nitrogen urea darh (BUN) juga akan meningkat.

1. Gangguan klirens renal

Banyak maslah muncul pada gagal ginjal sebagai akibat dari penurunan jumlah glumeruli yang berfungsi, yang menyebabkan penurunan klirens (substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal)

1. Retensi cairan dan natrium

Ginjal kehilangan kemampuan untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal. Terjadi penahanan cairan dan natrium; meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung kongestif dan hipertensi.

1. Anemia

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adequate, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk terjadi perdarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran GI.

1. Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat

Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan yang saling timbale balik, jika salah satunya meningkat, yang lain akan turun. Dengan menurunnya GFR, maka terjadi peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar kalsium. Penurunan kadar kalsium ini akan memicu sekresi paratormon, namun dalam kondisi gagal ginjal, tubuh tidak berespon terhadap peningkatan sekresi parathormon, akibatnya kalsium di tulang menurun menyebabkab perubahan pada tulang dan penyakit tulang.

1. Penyakit tulang uremik(osteodistrofi)

Terjadi dari perubahan kompleks kalsium, fosfat, dan keseimbangan parat hormon.

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

Berikut ini adalah pemeriksaan penunjang yang dapat menegakkan diagnose medis gagal ginjal kronis menurut .

1. Gambaran Klinis Gambaran klinis pasien penyakit gagal ginjal akut yang mendasari seperti diabetes mellitus, infeksi traktus urinarius, batu traktus urinarius, hipertensi, hiperurikemi. Pada sindrom uremia, yaitu terdiri dari lemah, latergi anoreksia, mual, muntah, nokturia, kelebihan volume cairan. Gejala komplikasinya antara lain, hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolic, gangguan keseimbangan elektrolit.

2. Gambaran Laboratorium Gambaran klinis pasien penyakit gagal ginjal akut yang mendasarinya. Penurunan fungsi ginjal berupa peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum dan penurunan LGF. Kadar kreatinin serum saja tidak bias dipergunakan untuk memperkiran fungsi ginjal. Terdapat juga kelainan biokimiawi darah meliputi penurunan kadar hemoglobin, peningkatan kadar asam urat, hiper atau hipokalemia, asidosis metabolic. Terdapat juga kelainan urinalis meliputi, proteiuria hematuri, leukosuria, cast, isostenuria.

3. Gambara Radiologis Pemeriksaan radiologis penyakit gagal ginjal kronis meliputi:

a. Foto polos abdomen, bias tampak batu radio-opak

b. Ultrasonograf ginjal bisa memperlihatkan ukuran ginjal yang mengecil, korteks yang menipis adanya hidroefrosis atau batu ginjal, kista, massa.

* + 1. **Penatalaksanaan Medis**

Mengingat fungsi ginjal yang rusak sangat sulit untuk dilakukan pengembalian, maka tujuan dari penatalaksanaan pasien gagal ginjal kronis adalah untuk mengoptimalkan fungsi ginjal yang ada dan mempertahankan keseimbangan secara maksimal untuk memperpanjang harapan hidup pasien. Sebagai penyakit yang kompleks, gagal ginjal kronis membutuhkan penatalaksanaan terpadu dan serius, sehingga akan meminimalisir komplikasi dan meningkatkan harapan hidup pasien. Oleh karena itu, beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan penatalaksanaan pada pasien gagal ginjal kronis, menurut Sylvia Price (2000) adalah sebagai berikut:

1. Obat anti hipertensi yang sering dipakai adalah Metildopa (Aldomet), propanolol dan klonidin. Obat deuretik yang dipakai adalah furosemid (lasix).

2. Hiperkalamia akut dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena yang memasukkan K+ kedalam sel atau dengan pemberian kalsium glukonat 10% intravena dengan hati-hati sementara EKG terus diawasi. Bila kadar K+ tidak dapa diturunkan dengan dialisis, maka dapat digunakan resin penukar katoin natrium polistiren sulfonat (Keyexalate).

3. Pengobatan untuk aneia yaitu: rekombinasi eritropoitin (r-EPO) secara meluas, saat ini pengobatan anemia uremik: dengan memperkecil kehilangan darah, pemberian vitamin, androgen untuk wanita, depotestoteron untuk pria dan transfusi darah.

4. Asidosis dapat tercetus bilamana suatu asidosis akut terjadi pada penderita yng sebelumnya sudah menderita asidosis kronik ringan, pada diare berat yang disertai HCO3. Bila asidosis berat akan dikoreksi dengan pemberian NaHCO3 parenteral.

5. Dialisis peritoneal: merupakan alternatif dari hemodialisis pada penanganan gagal ginjal akut dan kronik.

6. Pada orang dewasa, 2 L cairan dialisis steril dibiarkan mengalir kedalam rongga peritoneal melalui kateter selama 10-20 menit. Biasanya keseimbangan dialisis dan membran semipermeabel peritoneal yang banyak vaskularisasinya akan tercapai setelah dibiarkan selama 30 menit.

7. Transplantasi ginjal: prosedur standartnya adalah memutar ginjal donor dan menempatkannya pada fosa iliaka pasien sisi kontralateral. Dengan demikian ureter terletak disebelah anterior dari pembulu darah ginjal, dan lebih mudah dianastomistis atau ditanamkan kedalam kandung kemih resipien.

* + 1. **Komplikasi**

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronis adalah (Baughman, 2000 dalam Ns. Eko Prabowo & Andi Eka Pranata 2014, hal 203).

1. Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan dekalsifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis). Dan jika berlangsung lama akan menyebabkan graktur patologis

2. Penyakit kardiovaskuler Ginjal sebagai kontol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertofi ventrikel kiri).

3. Anemia Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropotin yang mengalami defisiensi ginjal akan mangakibatakan penurunan hemoglobin.

4. Disfungsi seksual Dengan gangguan sirkulasi pada ginjal, maka libido sering mengalami penurunan adan terjadi impotensin pada pria. Pada wanita dapat terjadi hiperprolaktenemia.

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan**
		1. **Pengkajian**

Pengkajian pada pasien Cronic Kidney Disease sebenarnya hampir sama dengan pasien gagal ginjal akut, namun disini pengkajian lebih penekanan pada suport sistem untuk mempertahankan kondisi keseimbangan dalam tubuh (hemodinamicali process) dengan tidak optimalnya gagalnya fungsi ginjal, maka tubuh akan melakukan upaya kompensasi selagi dalam batas ambang kewajaraan. Tetapi, jika kondisi ini berlanjut (Kronis), maka akan menimbulkan berbgai manifestasi klinis yang menandakan gangguan sistem tersebut. Berikut ini adalah pengkajian pada pasien dengan gagal ginjal kronis:

1. **Pengumpulan Data**
2. **Biodata**

Tidak ada spesifikasi khusus untuk kejadian gagal ginjal, namun lakilaki memiliki resiko lebih tinggi terkait dengan pekejaan dengan pola hidup sehat. Gagal ginjal kronis merupakan periode lanjut dari insidensi gagal ginjal akut, sehingga tidak berdiri sendiri.

1. **Keluhan Utama**

Keluhan sangat bervariasi, terlebih terdapat penyakit skunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa urine output yang menurun (oliguria) sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikas pada system sirkulasi ventilasi, anoreksia, mual, dan muntah, diaforeis, vatigue, nafas berbau urea, dan proritus. Kondisi ini dipicu oleh karena penumpukan (akumulasi) dan sisa metabolisme/toksin dalam tubuh karena ginjal mengalami kegagalan filtrasi.

1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Pada pasien dengan gagal ginjal kronis biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, perubahan pola nafas karena komplikasi dari gangguan sistem fentilasi, vatigue, perubahan fisiologi kulit, bau urea pada nafas. Selain itu, karena berdampak pada proses metabolisme (skunder karena intoksitasi), maka akan terjadi anoreksia, nausea, dan vomit sehingga beresiko untuk teradinya gangguan nutrisi.

1. **Riwayat Penyakit Dahulu**

Gagal ginjal kronik dimulai dengan periode gagal ginjal akut dengan berbagai penyebab (multicausa). Oleh karena itu, infrmasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk menegakkan masalah. Kaji riwayat penyakit ISK, payah jantung, penggunaan obat berlebihan (overdosis) khususnya obat yang bersifat nefrotoksik, BPH dan lain seagainya yang mampu mempengaruhi kinerja ginjal. Selain itu, ada beberapa penyakit yang langsung mempengaruhi/ menyebabkan gagal ginjal yaitu diabetes melitus, hipertensi, batu saluran kemih (urolithiasis)

1. **Riwayat Kesehtan Keluarga**

Gagal ginjal kronis bukan penyakit yang menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit ini bersifat herediter. Kaji pola kesehatan keluarga yang di terapkan jika ada anggota keluarga yang sakit,misalnya minum jamu saat sakit.

1. **Riwayat Psikososial**

Kondisi ini tidak terlalu ada gangguan jika pasien memiliki koping adaptif yang baik. Pada pasien gagal ginjal kronis, biasanya perubahan psikososial terjadi pada waktu pasien mengalami perubahan struktur fungsi tubuh dan menjalani proses dialisa. Pasien akan sering mengurung diri dan lebih banyak berdiam diri (murung). Selain itu, kondisi ini juga dipicu oleh biaya yang dikeluarkan selama proses pengobatan, sehingga pasien mengalami kecemasan.

1. **Keadaan Umum dan TTV**

Keadaan umum pasien lemah terlihat sakit berat. Tingkat kesadaran menurun sesuai dengan tingkat urenemia dimana dapat mempengaruhi sistem saraf pusat. Pada TTV sering didapatkan adanya perubahan; RR meningkat. Tekana darah terjadi perubahan dari hipertensi ringan sampai berat.

1. **Sistem Pernafasan**

Adanya bau urea pada bau napas. Jika terjadi komplikasi asidosis/alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patologis gangguan. Pola napas akan semakin cepat dan dalam seebagai batuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi (kussmaul).

1. **Sistem Hematologi**

Ditemukan adanya friction rub kondisi urea berat. Selain itu, biasanya terjadi TD meningkat, akral dingin, CRT > 3 derik, palpitasi jantung, Chest Pain, dyspneu, gangguan irama jantung dan gangguan sirkuasi lainnya. Kondisi ini akan semakin parah bila zat sisa metabolism semakin tinggi dalam tubuh karna tidak efektif dalam sekresinya. Selain itu, pada fisiologis darah sendiri sering ada gangguan anemia karena penurunan eritropoetin.

1. **Sistem Neurouskular**

Penurunan kesadarn terjadi jka telah mengalami hiperkarbic dan sirkulasi cerebral terganggu. Oleh karna itu, penurunan kognitif dan terjadinya disorientasi akan dialami klien gagal ginjal kronis

1. **Sistem Kardiovaskuler**

Penyakit yang berhubungan langsung dengan kejadian gagal ginjal kronik salah satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi di atas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnansi ini akan memicu retensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan beban jantung.

1. **Sistem Endokrin**

Berhubungan dengan pola seksualitas, klien dengan gagal ginjal kronis akan mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormone reproduksi. Selain itu, jika kondisi gagal ginjal kronis berubungan dengan penyaakit diabetes militus, maka aka nada gangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada proses metabolism.

1. **Sistem Perkemihan**

Dengan gangguan/kegagalan fungsi ginjal secara komplek (filtrasi sekresi, reabsorbsi dan ekskresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urine output . 400 ml/hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output).

1. **Sistem Pencernaan**

Gangguan system pencernaan leih dikarenakan efek dari penyakit (stress effect). Sering ditemukan anoreksia, nausea, vomit, dan diare

1. **Sistem Musculoskeletal**

Dengan penurunan/kegagalan fungsi sekresi pada ginjal maka berdampak pada roses demineralisasi tulang, sehingga resiko terjadinya osteoporosis tinggi.

1. **Pemeriksaan Fisik**

Data-data pemeriksaan Menurut (Doenges, Marilynn E,2010)

1. **Aktifitas Istirahat**

Gejala : Kelelahan ekstermitas, kelemahan, malaise, gangguan tidur (insomnia gelisah, sesak napas atau somnolen).

Tanda : Kelemahan otot,ehilangan tonus, penurunan rentang gerak.

1. **Sirkulasi**

Gejala : Riwayat hipertensi lama atau berat, palpitasi; nyeri dada (angina). Tanda : Hipertensi: Nadi kuat, edema jaringan umum dan pittining pada kaki, telapak, tangan, disritmia jantung. Nadi lemah halus, hipotensi ortostatik menunjukkan hipovolimea, yang jarang pada penyakit tahap akhir. Friction rub pericardial (respon terhadap akumulasi sisa). Pucat: kulit coklat kehijauan, kuning. Kecenderungan perdarahan.

1. **Integritas Ego**

Gejala : Faktor stres, contoh finansial, hubungan, dan sebagainya, perasaan tak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekuatan.

Tanda : Menolak, ansietas, takut, marah, mudah terangsang, perubahan kepribadian.

1. **Eliminasi**

Gejala : Penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut). Abdomen kembung, diare atau konstipasi.

Tanda : Perubahan warna urine, contoh kuing pekat, merah coklat, berawan. Oliguria dapat menjadi anuria.

1. **Makanan Dan Cairan**

Gejala : Peningkatan berat badan dengan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi). Anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernafasan amonia). Penggunaan diuretik.

Tanda : Distensi abdomen/asites, pembesaran hati (tahap akhir). Perubahan tugor kulit/kelembaban. Edema (umum, tergantung). Ulserasi gusi, perdarahan gusi/lidah. Penurunan otot, penurunan lemak subkutan, penampilan tak bertenaga.

1. **Neurosensori**

Gejala : Sakit kepala, penglihatan kabur. Kram otot, kejang: sindrom “kaki gelisa”: kebas rasa terbakar pada telapak kaki. kebas/kesemutan dan kelemahan, khususnya ekstermitas bawah (neuropati perifer).

Tanda : Ganggan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran, stupor, koma. Kejang, fasikulasi otot, aktivitas kejang. Rambut tipis, kuku rapuh dan tipis.

1. **Nyeri/Kenyamanan**

Gejala : Nyeri panggul, sakit kepala: kram otot/nyeri kaki (memburuk saat malam hari)

Tanda : Perilaku berhati-hati/distraksi, gelisah.

1. **Pernafasan**

Gejala : Nafas pendek: dispnea nokturnal paroksimal: batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak.

Tanda : Kakipnea, dipsnea, peningkatan frekuensi/kedalaman (pernafasan kussmaul). Batuk produktif dengan sputum merah mudaencer (edema paru).

1. **Keamanan**

Gejala : Kulit gatal ada/ berulangnya infeksi

Tanda : Pruritus, demam (sepsis, dehidrasi); normotermia dapat secara aktual terjadi peningkatan pada pasien yang mengalami suhu tubuh lebih rendah (efek GGK/ depresi respon imun). Petekie, area ekimosis pada kulit. Fraktur tulang: deposit fosfat kalsium ( klasifikasi metastatik) pada kulit, jaringan lunak, sendi, keterbatasan gerak sendi.

1. **Seksualitas**

Gejala : Penurunan libido, amenoria, infertilitas.

1. **Interaksi Sosial**

Gejala : Kesulitan menentukan kondisi, contoh tak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

1. **Penyuluhan/Pembelajaran**

Gejala : Riwayat DM keluarga (resiko tinggi untuk gagal ginjal), penyakit polikistik, nefritis herediter, kalkulus urinaria, malignansi. Riwayat terpajan pada toksin, contoh obat, racun, lingkungan. Penggunaan antibiotik nefrotoksik saat ini/ berulang.

1. **Analisa Data**

Dari hasil pengkajian data tersebut dapat dikelompokkan lalu di analisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan.

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

Menurut (SDKI SLKI SIKI 2019) diagnosa yang muncul pada pasien dengan gagal ginjal kronis adalah sebagai berikut:

* + - 1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
			2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.
			3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
			4. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah, pembatasan diet, dan perubahan membran mukosa mulut.
			5. Perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan perlemahan aliran darah keseluruh tubuh.
			6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan keletihan, anemia, retensi, produk sampah.
			7. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritas, gangguan status metabolic skunder.
		1. **Rencana Keperawatan**

Rencana keperawatan menurut (Taylor, Cyntyhia M. 2010) sebagai berikut:

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola nafas dalam batas normal

Kriteria Hasil:

1. Respiratory Rate Dalam batas Normal ( 16-24 kali/menit)
2. Pasien melaporkan kemampuan bernafas secara nyaman
3. Pasien menyatakan pentingnya beristirahat dengan sering.

Intervensi

1. Kaji dan catat status pernafasan setiap 4 jam
2. Kaji kadar hemoglobin menurut kebijakan
3. Bantu pasien untuk berada pada posisi yang nyaman
4. Ubah posisi pasien secara sering
5. Berikan oksigen sesuai program.

Rasional

1. Untuk mendeteksi tanda-tanda awal adanya kelainan pola nafas
2. Untuk memantau status oksigenasi Untuk memudahkan bernafas
3. Untuk memaksimalkan kenyamanan
4. Untuk membantu penurunan disstres pernafasan.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang.

Kriteria Hasil

1. Pasien mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri)
2. Pasien melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Pasien mampu mengenali nyeri ( skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
4. Pasien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Intervensi

1. Kaji tanda-tanda nyeri, skala, frekuensi, intensitas, dan karakteristik nyeri. 2) Ajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam
2. Rencanakan aktivitas distraksi seperti membaca dan menonton tv.
3. Jelaskan kemungkinan hubungan antara stresor yang teridentifikasi oleh pasien dan bertambahnya nyeri
4. Kolaborasi dalam pemberian analgesic

Rasional

1. Pengkajian kembali yang kontinu memungkinkan memodifikasi rencana keperawatan yang diperluakan.
2. Untuk mengurangi ketergantunagan penggunaan analgesic
3. Untuk membantu pasien menghindari fokus pada nyeri
4. Untuk memberikan dorongan pada pasien untuk mengeksplorasi faktor-faktor emosional dan lingkungan yang dapat berkaitan dengan nyeri
5. Untuk mengurangi nyeri.

3. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluran urine, diet berlebih dan retensi cairan serta natrium.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan keseimbangan cairan tidak terganggu.

Kriteria Hasil:

1. Pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak nafas
2. Pasien mengatakan tidak merasakan lemas
3. Pasien mengatakan tidak merasakan kelelahan, kecemasan atau kebingungan

Intervensi

1. Pantau tekanan darah, nadi, irama jantung, suhu dan suara nafas.
2. Pantau asupan haluran dan berat jenis urine secara cermat.
3. Kaji tugor kulit
4. Ukur lingkar perut setiap hari
5. Periksa kulit pasien setiap hari untuk mengetahui tanda edema atau perubahan warna
6. Kolaborasi dalam pemberian cairan.

Rasional

1. Perubahan parameter dapat mengindikasikan perubahan status cairan
2. Asupan yang melebihi haluran dan peningkatan berat jenis urine dapat mengindikasikan retensi atau kelebihan beban cairan
3. Untuk memantau dehidrasi
4. Untuk memantau asites dan melaporkan setiap perubahan yang terjadi
5. Edema dapat menyebabkan penurunan jaringan perifer dengan perubahan perfusi kulit
6. Kelebihan cairan IV dapat memperburuk kondisi pasien.
7. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah, pembatasan diet, dan perubahan membran mukosa mulut.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mempertahankan status gizi.

Kriteria Hasil

1. Pasien mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
2. Pasien menunjukan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan

Intervensi

1. Beri kesempatan pasien mendiskusikan alasan untuk tidak makan
2. Observasi dan catat asupan pasien (cair dan padat)
3. Tentukan makanan kesukaan pasien dan usahakan untuk mendapatkan makan yang dapat merangsang nafsu makan
4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan pada waktu makan.
5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diit pasien

Rasional

1. Untuk membantu mengkaji penyebab gangguan makan
2. Untuk mengkaji gizi yang dikonsumsi.
3. Untuk meningkatkan nafsu makan pasien.
4. Lingkungan yang nyaman akan membuat nafsu makan meningkat.
5. Dapat memenuhi kebutuhan pasien.

5. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perlemahan aliran darah keseluruh tubuh.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perfusi jaringan normal

Kriteria Hasil:

1. Pasien mengatakan dadanya tidak nyeri lagi
2. Pasien mengatakan kepalanya sudah tidak pusing

Intervensi

1. Pantau tanda-tanda vital dan irama jantung pasien setiap 4 jam, laporkan bila nadi cepat dan tidak teratur.
2. Kaji warna, suhu, dan tekstur kulit, perhatikan, catat, dan laporkan bila terjadi bercak atau daerah kehitaman dan kebiruan kulit.
3. Ubah posisi pasien setiap 4 jam.
4. Anjurkan untuk melakukan ambulasi, pada tingkat yang dapat ditoleransi pasien.
5. Ajarkan pasien untuk melakukan latihan ROM dua kali sehari, tinggikan ekstermitas lebih tinggi dari jantung.

Rasional

1. Hal ini dapat menyebabkan penurunan curah jantung yang mengakibatkan penurunan perfusi jaringan.
2. Penurunan perfusi mengakibatkan bercak, kulit juga menjadi lebih dingin dan tekstur berubah.
3. Untuk mengurangi resiko kerusakan kulit
4. Untuk meningkatkan sirkulasi pada ekstermitas
5. Latihan tersebut dapat membantu sirkulasi kolaterai pada tungkai pasien.

6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan keletihan, anemia, retensi, produk sampah.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan intoleransi berkurang.

Kriteria Hasil:

1. Pasien berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR.
2. Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari.
3. Pasien mengatakan anda-tanda vital normal - Status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat.

Intervensi

1. Identifikasi dan meminimalkan faktor yang dapat menurunkan toleransi pasien.
2. Pantau respon fisiologis terhadap peningkatan aktivitas (respirasi, nadi, tekanan darah)
3. Instruksikan dan bantu pasien untuk melakukan aktivitas diselingi istirahat.
4. Ajarkan pada pasien untuk melakukan latihan yang dapat meningkatkan ketahanan dan kekuatan.
5. Ajarkan pada pasien untuk menghemat energi (duduk dikursi ketika berpakaian, memakai baju ringan yang mudah digunakan, dan memakai sepatu yang tidak licin.

Rasional

1. Untuk membantu meningkatkan aktivitas
2. Untuk meyakinkan bahwa frekuensi kembali normal beberapa menit setelah latihan.
3. Untuk menurunkan kebutuhan tubuh dan mencegah keletihan.
4. Yang dapat meningkatkan pernafasan, dan secara bertahap meningkatkan aktivitas.
5. Tindakan tersebut dapat menurunkan metabolisme selular dan kebutuhan oksigen.

7. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritas, gangguan status metabolic skunder.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selam 1x24 jam diharapkan tidak terjadi kerusakan integritas kulit.

Kriteria Hasil

1. Pasien mengtakan idak ada tanda-tanda infeksi
2. Pasien menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang.
3. Pasien menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka.

Intervensi

1. Inspeksi kulit pasien setiap pergantian tugas jaga, dokumentasikan kulit, dan laporkan setiap perubahan keadaan.
2. Ubah posisi pasien minimal setiap 2 jam sekali dan ikuti jadwal perubahan posisi yang sipasang ditempat tidur.
3. Dorong pasien untuk melakukan ambulasi atau lakukan ROM pasif atau aktif minimal 4 jam sekali.
4. Pertahankan kulit tetap bersih dan kering berikan pelicin bila perlu, hindari pengunaan sabun yang dapat menimbulkan iritasi.
5. Edukasi untuk mengenali tanda dan gejala awal kerusakan kulit.

Rasional

1. Deteksi dini terhadap perubahan kulit dapat mencegah atau meminimalkan kerusakan kulit.
2. Tindakan tersebut dapat mengurangi tekakan pada jaringan, meningkatkan sirkulasi dan mencegah kerusakan kulit.
3. Latihan fisik dapat mencegah atrofi otot dan kontraktur, ambulasi dapat meningkatkan sirkulasi.
4. Untuk mencegah kulit kering meningkatkan kenyamanan, dan mengurangi resiko iritasi dan kerusakan kulit.
5. Tindakan tersebut dapat mendorong kepatuhan terhadap program perawatan.
	* 1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang di berikan kepada pasien ssuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien.

Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola nafas dalam batas normal dengan intervensi, kaji dan catat status pernafasan setiap 4 jam, kaji kadar hemoglogin menurut kebijakan, bantu pasien untuk berada pada posisi yang nyaman, ubah posisi pasien secara sering, berikan oksigen sesuai program.

Pada diagnosa keperawatan Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan volume cairan diet berlebih dan retensi cairan serta natrium setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan keseimbangan cairan tidak terganggu intervensi, pantau tekanan darah, nadi, suhu dan suara nafas, pantau asupan haluran dan berat jenis urine secara cermat, kaji tugor kulit, periksa kulit pasien setiap hari untuk mengetahui tanda edema atau perubahan warna, kolaborasi dalam pemberian cairan.

Pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan keletihan, anemia, retensi, produk sampah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi berkurang. Intervensi, identifikasi dan meminimalkan faktor yang dapat menurunkan toleransi pasien, pantau respon fisiologis terhadap peningkatan aktivitas (respirasi, nadi, tekanan darah), 45 instruksikan dan bantu pasien untuk melakukan aktivitas diselingi istirahat, ajarkan pada pasien untuk melakukan latihan yang dapat meningkatkan ketahanan dan kekuatan, ajarkan pada pasien untuk menghemat energi (duduk dikursi ketika berpakaian, memakai baju ringan yang mudah digunakan, dan memakai sepatu yang tidak licin.

Pada diagnosa keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritas, gangguan status metabolic skunder setelah dilakukan asuhan keperawatan selam 3x8 jam diharapkan tidak terjadi kerusakan integritas kulit. Intervensi, inspeksi kulit pasien setiap pergantian tugas jaga, dokumentasikan kulit, dan laporkan setiap perubahan keadaan, ubah posisi pasien minimal setiap 2 jam sekali dan ikuti jadwal perubahan posisi yang sipasang ditempat tidur, dorong pasien untuk melakukan ambulasi atau lakukan ROM pasif atau aktif minimal 4 jam sekali, pertahankan kulit tetap bersih dan kering berikan pelicin bila perlu, himdari pengunaan sabun yang dapat menimbulkan iritasi, edukasi untuk mengenali tanda dan gejala awal kerusakan kulit.

* + 1. **Evaluasi**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah baru. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan ketidakefektifan pola nafas teratasi, kerusakan integritas kuli teratasi, nyeri akut dapat berkurang, gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi terpenuhi, penurunan perfusi jaringan dapat berkuran dalam waktu 3x8 jam tidak terjadi kelebihan volume cairan dan intoleransi aktivitas teratasi.

* + 1. **Kerangka Masalah**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Infeksi | Vaskuler | Zat Toksik |
| Reaksi anti gen antibody | Arterio sklerosis | Tertimbun di ginjal |
|  | Suplai darah ke ginjal menurun |  |
|  | GFR turun |  |
|  | CKD |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Penurunan fungsi ginjal | Retensi Na & H2O | Sekresi Kalium menurun | Sekresi Eritropoiin turun |
| Sindrom Uremia | CES menurun | Hiperkalemia  | Produksi HB turun |
|  Pruritus Perubahan HCO3 | Tekanan Kapiler naik | Gangguan penghantaran | Oksihemoglobin turun |

Gangguan perfusi jaringan

Intoleransi Aktiivitas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Warna kulitGangguanIntegritas KulitHiperventilasiPola naafas tidak efektif | AsidosisNausea |  Volume Interstisial naik Edema Kelebihan volume cairanResiko gangguan nutrisi | Kelistrikan jantungDisritmiaPeningkatan PreloadPeningkatan beban jantungPenurunan Cop |

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

 Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD maka penulis menyajikan satu kasus yang penulis amati mulai tanggal 04 Mei 2021 sampai dengan 06 Mei 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 04 Mei 2021. Anamnesis diperoleh dari pasien, keluarga, dan file No. Register 64xxxx sebagai berikut :

**3.1 Pengkajian**

**3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang perempuan Bernama Ny.M berusia 68 Tahun beragama Islam dan status pasien menikah beralamat di Surabaya, dari suku Jawa Pendidikan Terakhir S1 dan pensiunan Guru SMP. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 01 Mei 2021 jam 08.30 WIB.

**3.1.2 Keluhan Utama**

Pasien mengeluh sesak napas jika melakukan aktivitas berat dan ketika dibuat tidur dan duduk.

**3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Sebelum masuk rumah sakit pasien rutin melakukan check up kesehatan di Rumah sakit, pasien mengatakan 4 bulan yang lalu pasien di diagnosa gagal ginjal kronis dan pasien melakukan hemodialisa setiap 1 minggu 2 kali dan pasien telah melakukan hemodialisa 9x terapi. Setelah itu pada tanggal 01 Mei 2021 jam 04.30 pada saat ingin berwudhu pasien mengeluh sesak napas dan menggigil hingga keluar keringat dingin setelah itu pasien di bawa ke IGD RSAL pada jam 08.30 dengan hasil observasi TTV TD: 150/83 mmHg N: 126x/menit S: 37 derajat Celcius RR: 30x/menit GCS:456 Spo2:71%. Setelah itu pasien mendapat terapi di IGD O2 nasal rebreting 10 Lpm, pemeriksaan lab GDA 106 mg/dl, pemberian injeksi lasik 40 mg dan pump lasix 10 mg/jam, injeksi ondansentron 8 mg, antrain 1 gr, pemasangan kateter. Setelah kondisi pasien stabil pada jam 13.00 pasien dipindahkan di ruang Jantung setelah itu pasien di Observasi TTV dengan hasil TD: 140/90 mmHg N: 104x/menit S: 36,5°C RR:28 x/menit GCS:456 Spo2: 98% dan terpasang O2 nasal rebreting 10 Lpm. Setelah itu pada jam 13.30 dilakukan pengkajian dan didapatkan pasien mengeluh sesak nafas dan terdapat otot bantu napas cuping hidung, pasien mengeluh kedua telapak kaki dan tangan mengalami pembengkakan, pasien juga mengatakan jika malam pasien kesulitan tidur dikarenakan sesak napas, pasien juga mengatakan jika sebelum masuk rumah sakit pasien tidak napsu makan.

**3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan menderita Hipertensi sejak berusia 20 tahun rutin mengkonsumsi obat- obatan hipertensi seperti Amlodipine dan Bisoprolol, menderita diabetes mellitus sejak berusia 28 tahun yang lalu pasien selalu mengkonsumsi rebusan daun binahong dan mengkonsumsi obat farmakologi yaitu Metformine.

**3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga**

 Pasien mengatakan ibunya menderita diabetes mellitus dan ayahnya menderita hipertensi sejak ber usia ±40 tahun.

**3.1.6 Pengkajian keluarga**

**Genogram** :

X

X

Keterangan :

 : perempuan : perempuan meninggal : pasien

**X**

 : laki –laki : laki –laki meninggal

 : satu rumah

**3.1.7 Riwayat Alergi**

 Dari hasil pengkajian pasien tidak ada alergi obat-obatan maupun makanan.

**3.1.8 Pemeriksaan Fisik**

 Pada pengkajian ROS (Review Of System) didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmetis, TTV TD: 140/90 mmHg, Nadi: 114x/menit, Suhu: 36,5 Derajat Celcius, RR: 30x/menit, TB: 165cm, BB sebelum masuk rumah sakit 60 kg, BB setelah masuk rumah sakit 60 Kg.

1. Pernafasan B1 (Breath)

Pada saat di kaji pada pernapasan pasien didapatkan bentuk dada normochest pergerakan simetris, pasien tampak menggunakan otot batu pernapasan, irama napas ireguler, pola napas takipnea, suara napas eupnea, tidak ada suara napas tambahan, pernapasan cuping hidung, pasien mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 30x/menit dibantu dengan O2 nasal rebreting 10 Lpm, pasien tidak mengalami batuk, Spo2 : 98%.

**Masalah Keperawatan : Pola Napas Tidak Efektif**

1. Kardiovaskuler B2 (Blood)

Pada saat pengkajian kardiovaskuler didapatkan hasil TTV TD: 140/90 mmHg N: 104 x/menit S: 36,5oC RR: 28 x/menit GCS: 456 Spo2 98% di bantu dengan O 2 Nasal rebreting 1o Lpm, ictus cordis teraba pada ICS 5 saat diauskultasi irama jantung regular dan bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bnnyi jantung tambahan, pasien tidak mengalami nyeri pada dada, pada saat di palpasi akral hangat dan CRT<2 detik pasien tidak mengalami pembesaran getah bening, pasien juga tidak mengalami pendarahan, EKG: Sinus takikardi tanggal 04-05-2021.

 **Masalah Keperawatan : Tidak Ada masalah Keperawatan**

1. Persarafan B3 (Brain)

Pada saat dilakukan pengkajian pasien sadar secara penuh dengan GCS 456, reflex fisiologis patella (+), bisep/trisep +/+, refle patologis babinski -/-

a. Nervus Olfaktorius (N.I) : pasien dapat membeda-bedakan bau wangian dan bau tidak sedap Dengan percobaan kedua mata pasien tertutup, satu hidung tertutup, bahan aromatic atau wewangian diletakkan pada lubang hidung pasien dan pasien diminta untuk menghirup. Pasien dapat menyebtkan aroma yang telah dihirup degan benar

b. Nervus Opticus (N.II) : Pasien dapat menggerakkan bola mata kearah kanan dan kiri

1) Ketajaman penglihatan (visual acuity) Membaca papan snellen pada jarak 6 meter. Pencahayaan diruang yang cukup, dengan menutup salah satu mata dengan telapak tangan, mata kanan pasien dapat membaca dengan jelas dan benar, sedangkan mata kiri pasien dapat membaca dengan jelas dan benar

2) Luas lapang pandang (visual field) pada pemeriksaan luas lapang pandang, mata pasien normal. Mata pasien ditutup dengan telapak tangan secara bergantian dan mata yang diperiksa pandangan harus menatap lurus kedepan (ke mata pemeriksa) tidak boleh melirik kea rah objek.

3) Pemeriksaan buta warna Test buta warna dengan menggunakan kartu ishihara, pasien dapat menyebutkan angka-angka yang benar.

4) Pemeriksaan funduskopi Pada saat inspeksi kedua mata pasien tidak terdapat sembab.

c. Nervus Okulomotorius (N.III) : Bola mata pasien dapat mengarahkan ke atas, kebawah.

d. Nervus Troclearis (N.IV) : Tidak terdapat dilatasi pada kedua pupil mata pasien dan dapat menggerakan kearah rotasi

e. Nervus Trigeminus (N.V) : Pasien dapat menggigit dengan kuat. Pasien dapat membuka dan menutup mulut, dapat menggerakkan rahang

f. Nervus Abducens (N.VI) : Pasien dapat menggerakkan bola mata ke arah lateral

g. Nervus Fasialis (N.VII) : pasien dapat tersenyum, pasien dapat mengerutkan kulit dahi dan mengangkat alis. Pasien dapat menutup mata, menangis, menggembungkan kedua pipinya dan memperlihatkan barisan gigi atasnya.

h. Nervus Akustikus (N.VIII) : pasien dapat mendengarkan dengan baik dan dapat mendengarkan dengan jarak jauh 5 meter

i. Nervus Glosofringeus (N.IX) : pasien dapat menjulurkan lidah pasien dapat menelan air liur dengan baik. Tidak ada gangguan pada proses menelan

j. Nervus Vagus (N.X) : reflek menelan pasien baik tidak ada gangguan menelan, ketika menelan ludah pasien tidak ada reflek tersedak

k. Nervus Aksesoris (N.XI) : pasien dapat menggerakkan dagu dengan tekanan

l. Nervus Hipoglosis (N.XII) : pasien dapat menggerakkan lidah kesegala arah Pada saat dilakukan inspeksi mata pasien simetris tidak ada kelainan, pupil anisokor, reflek cahaya baik, konjungtiva didapatkan anemis, pada lapang pandang pasien tidak mengalami gangguan penglihatan, pada saat dilakukan inspeksi pada telinga didapatkan telinga simetris tidak ada kelainan, telinga bersih tidak ada serumen, pasien tidak mengalami gangguan pendengaran. Pada inspeksi lidah dalam keadaan bersih, uvula simetris tidak ada kesulitan menelan atau nyeri

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Perkemihan B4 (Bladder)

Pada saat dilakukan pengkajian pada system perkemihan didapatkan, kebersihan baik, ekresi kurang pada saat dilakukan palpasi didapatkan distensi kandung kemih. Eliminasi pasien SMRS dengan frekuensi 3-4x/hari warna urin kuning jernih jumlah ±500cc/hari, eliminasi MRS terpasang kateter dengan karakteristik urin berwarna kuning jernih jumlah ±400 cc/hari.

Perhitungan IWL : 15 x BB : 24 jam

15 x 60kg : 24 jam = 37,5 cc/jam

Jika per 24 jam = 37,5 cc x 24 jam = 900cc

Balance cairan :

Input : minum/hari ±500cc, terapi cairan 900cc/24 jam, injeksi ± 80cc jumlah

Input pasien 1480cc/24 jam

Output : jumlah urin yang keluar /24 jam ±400 cc, IWL 900cc = 1300 cc

Input-Output = 1480 cc/24 jam – 1300cc/24 jam = 180 cc, jadi kelebihan cairan dalam tubuh yaitu 180 cc, hasil lab : BUN: 45 mg/dl, kreatinin 6,7 mg/dl, Hb: 9,1 g/dl, pasien menderita diabetes mellitus dan hipertensi. Pada tanggal 05 Mei 2021 dilakukan HD yang ke-9 dan setelah pasien melakukan HD kondisi pasien stabil namun pasien tetap mengatur jumlah cairan yang masuk dalam tubuhnya.

**Masalah keperawatan : kelebihan volume cairan (Hipervolemia)**

1. Perencanaan B5 (Bowel)

Pada saaat dilakukan pengkajian pada system pencernaan inspeksi mulut simetris kanan dan kiri, membrane mukosa bibir kering, pasien tidak menggunakan gigi palsu, faring simetris, pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien pasein mengatakan napsu makan normal 3x/hari jenis makanan padat (nasi,lauk,sayur dan bah buahan). Frekuensi minum ditakar sehari 500 cc/hari. Pasien memiliki pantangan makanan buah pisang, jeruk.

Pada saat MRS pasien diet NDM 1500 kkal dengan menu nasi putih, tempe bacem, sayur laksa, buah papaya, air mineral, filet ikan pasien selalu menghabiskan dalam 1 porsi makan.

Pasien inspeksi bentuk perut normal tidak terdapat pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien. Rectum pasien tidak ada hemoroid. Frekuensi BAB SMRS 1x/2hari dengan konsentrasi lembek berwarna kunng kecoklatan, tidak terdapat kolostomi pada perut pasien.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Musculoskeletal & Integumen B6 (Bone)

Pada pengkajian musculoskeletal inspeksi rambut berwarna hitam, kulit kepala bersih tidak ada ketombe, kulit berwarna sawo matang, keadaan kuku bersih, terdapat oedem pada telapak kaki dan tangan. Saat dilakukan palpasi turgor kulit kering, pasien dapat bergerak dengan bebas tidak ada hambatan atau fraktur pada tubuh dan tidak ada krepitasi.

1. Endokrin

Pada saat dilakukan inspeksi dan palpasi tidak ada pembearan kelenjar thyroid, pasien tidak mengalami hipoglikemi atau hiperglikemia dengan hasil gula darah acak 106 mg/dl

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Seksual – Reproduksi

Pasien adalah seorang perempuan, terahir mentruasi pada umur 60 tahun, tidak pernah mengalami masalah dalam mentruasi, pasien tidak pernah melakukan pemeriksaan payudara atau testis sendiri.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Kemampuan merawat diri

Pada saat sebelum masuk rumah sakit pasien dapat mandi, berpakaian, berdandan, dan toileting secara mandiri, pasien dapat mobilisasi secara mandiri. Pada saat pasien masuk rumah sakit dan mengalami sakit kemampuan merawat diri berkurang, pasien hanya terbaring di bad kamar tidur dan perlu bantuan orang lain jika membutuhkan apapun, tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri.

**Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas**

1. Personal Hygiene

SMRS px mengatakan mandi 2x sehari, keramas 3x/seminggu, ganti baju 2x/sehari, menggosok gigi bila mandi. MRS pasien mengatakan jika mandi px diseka oleh istrinya dan ganti baju 1x sehari, sikat gigi hanya 1 kali dalam sehari dan memotong kuku seminggu 1x.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperwatan**

1. Istirahat Tidur

SMRS Pada saat dikaji pasien mengatakan pola tidur pasien 8jam/hari. Pada saat pasien masuk rumah sakit pasien mengatakan jam tidur malam mulai jam 22.00-01.00 sering terbangun karna sesak napas dan demam selama 3 malam, pasien mengatakan Tidak dapat tidur siang dengan jumlah tidur 3jam/hari dengan kualitas tidur kurang baik.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur**

1. Kognitif

Pada saat dilakukan pengkajian persepsi pasien terhadap sakit yang dialami pasien, pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya dan ingin segera pulang dari rumah sakit. Agar dapat beraktivitas kembali.

Konsep diri :

a. Gambaran diri : Pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya

b. Identitas diri : Pasien seorang Perempuan dan memiliki 2 orang anak yaitu laki laki dan perempuan

c. Peran diri : Pasien mengatakan seorang pensiunan guru

d. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya

e. Harga diri : Pasien mengatakan tidak malu dengan kondisi atau keadaan sekarang. Pasien dapat bericara dan berkomunikasi dengan baik, pasien berbicara dengan bahasa jawa dan Indonesia, pasien dapat beradaptasi dengan lingkungan baru dan dapat beradaptasi dengan masalah yang saat ini dihadapi, pasien mengatakan tidak cemas karena pasien telah keluar masuk rumah sakit untuk melakukan Hemodialisa, pasien dapat menghibur diri dengan bermain handphone. Pasien juga selalu berdoa dan terus berdoa untuk kesembuhan penyakitnya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

**3.1.9 Pemeriksaan Penunjang**

1. Hasil Laboraturium

Tanggal 02 Mei 2021

Tabel 3. 1 Hasil Laboraturium

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Pemeriksaan** | **Hasil (satuan)** | **Nilai Normal (satuan)** |
| 1 | WBC | 7.49 µL | 4.0 – 10.0 |
| 2 | Neu# | 5.64 µL | 2.0 – 7.0 |
| 3 | Neu% | 75.3 % | 50.0 – 70.0 |
| 4 | Lym# | 0.94 µL | 0.8-4.0 |
| 5 | Lym% | 12.6 % | 20.0 – 40.0 |
| 6 | Mon# | 0.57 µL | 0.12- 1.2 |
| 7 | Mon% | 7.5 % | 3.0- 12.0 |
| 8 | Eos# | 0.31 µL | 0.02-0.5 |
| 9 | Eos% | 4.2 % | 0.5-5.0 |
| 10 | Bas# | 0.03 µL | 0.0-0.1 |
| 11 | Bas% | 0.4 % | 0.0 – 1.0 |
| 12 | RBC | 3.02 µL | 3.5 – 5.5 |
| 13 | HGB | 7.7 dL | 12.1- 15.1 |
| 14 | HCT | 23.7 % | 37.0 – 54.0 |
| 15 | MCV | 78.6 fL | 80.0- 100.0 |
| 16 | MCH | 25.6 pg | 27.0 -34.0 |
| 17 | MCHC | 32.5 g/ dL | 32.0- 36.0 |
| 18 | RDW\_CV | 17.2 % | 11.0 – 16.0 |
| 19 | RDW\_SD | 48.8 fL | 35.0 – 56.0 |
| 20 | PLT | 93 µL | 150.0 – 450.0 |
| 21 | MPV | 9.1 fL | 6.5 – 12.0 |
| 22 | PDW | 15.6 | 15.0 – 17.0 |
| 23 | PCT | 0.085 % | 0.108 – 0.5 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parameter** | **Result** | **Unit** | **Ref.Ranges** |
| Gula darah Acak | 154 | mg/dL | < 120 |
| BUN | 52 | mg/dL | 10 - 24 |
| Kreatinine | 3.9 | mg/dL | 0.6 – 1.5 |
| SGOT | 22 | U/I | 0 - 35 |
| SGPT | 13 | U/I | 0 - 37 |
| Albumin | 3.80 | mg/dL | 3.40- 4.80 |
| Natrium | 138.2 | mmol/L | 135.0-147.0 |
| Kalium | 6.42 | mmol/L | 3.00-5.00 |
| Chlorida | 116.1 | mmol/L | 95.0- 105.0 |

**3.1.10 Penatalaksanaan**

Terapi :

Tabel 3. 2 Terapi Obat

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | Dosis | Indikasi |
| 1. Infus Normal Saline
 | 1000cc/24jam | Mengganti cairan, Dehidrasi |
| 1. ONDANSENTRON
 | 8mg | Obat untuk menanggulangan mual dan muntah akibat kemotrapi dan radioterapi serta oprasi |
| 1. LASIX
 | 40mg | Digunakan untuk penyakit edema akibat gangguan jantung, hati, ginjal, edema perifer akibat obstruksi mekanik atau insufisiensi vena dan hipertesi |
| 1. LASIX PUMP
 | 10mg/jam | Digunakan untuk penyakit edema akibat gangguan jantung, hati, ginjal, edema perifer akibat obstruksi mekanik atau insufisiensi vena dan hipertesi |
| 1. NICARDIPIN PUMP
 | 0,5mg/jam | Obat ini digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi (hipertensi) |
| 1. ANTRAIN
 | 1gr | Antrain merupakan obat yang dikonsumsi untuk menangani demam dan merupakan anti nyeri |
| 1. AMLODIPIN
 | 10mg | Obat ini digunakan untuk mengatasi hipertensi bisa juga digunakan untuk gejala nyeri dada. |
| 1. DONPERIDON TAB
 | 10mg (PO) | Merupakan obat untuk meredakan mual dan muntah serta mempercepat makanan sapai ke dalam usus |

2. Photo Thorax



Gambar 3. 1

hoto Thorax Bacaan : Efusi Pleura Bilatera

**3.2 Diagnosa Keperawatan**

**3.2.1 Analisa Data (Diagnosa Keperawatan)**

Tabel 3. 3 Analisis Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Data (symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (Problem)** |
| 1. | **DS :**1. Pasien mengeluh sesak nafas
2. Pasien mengatakan sesak bertambah setelah beraktivits
3. Pasien mengatakan sesak berkurang jika diberi selang oksigen nasal kanul
4. pasien mengatakan nafas sesak selama 1 minggu terakhir, badan gemetar dan meriang

**DO:**1. pernafasan pasien cepat
2. Pola nafas takipneu
3. Pernafasan cuping hidung
4. pasien dibantu dengan selang oksigen nasal 10 lpm
5. Suara napas vessikular
6. TTV

TD: 140/90 Nadi: 114x/mnt RR : 30 x/mnt Suhu : 36,5°C | Penurunan Energi | **Pola Napas tidak efektif****(SDKI, hal 26)** |
| 2. | DS :1. Pasien mengatakan didaerah kedua tangan dan kaki mengalami bengkak
2. Tangan dan kaki terasa berat bila dilakukan aktivitas dengan berjalan
3. Pasien mengatakan berat badannya naik seketika.

DO :1. Pasien terlihat oedem di area ekstremitasnya
2. Pasien mengalami kendala dalam aktivitas sehari-hari
3. Hasil lab terdapat hasil BUN: 52mg/dl

Kreatinin : 3,9mg/dl1. Input – output = 1480 cc/24jam – 1300 cc/24 jam = 180 cc
 | Kelebihan asupan cairan | **Hipervolemia (D.0022 SDKI Hal 62)** |
| 3. | DS :1. Pasien mengeluh lemas, letih
2. pasien mengatakan badan terasa lemas
3. Keluarga mengatakan pasien tidak terlalu kuat dalam beraktivitas
4. Pasien mengatakan bertambah sesak saat beraktivitas

DO:1. Pasien tidak bisa beraktivitas secara mandiri
2. Aktivitas pasien lebih banyak dibantu
3. Pasien tidak mengalami keterbatasan gerak
4. Pasien tampak sesak setelah beraktivitas

Kekuatan otot 5,5,4,4 | ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2 | **Intoleransi Aktivitas****(D.0056 SDKI Hal 128)** |
| **4.** | DS :1. pasien mengatakan sejak mengalami penyakit ini pasien sering tidak bisa tidur pada malam hari
2. pasien mengatakan jika pasien selalu tidur sing hanya ±2 jam

DO : didapatkan pasien terlihat ekspresi wajah keletihan dan mata cowong dan mata yang tidak sehat | Kurang kontrol tidur | **Gangguan Pola tidur (D.0055 SDKI Hal 126)** |

**3.2.1 Prioritas Masalah**

Tabel 3. 4 Prioritas Masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
|  |  | **Ditemukan** | **Teratasi** |  |
| 1 | Pola Napas tidak efektif berhubungan dengan Penurunan Energi | 04-05-2021 | 06-05-2021 |  |
| 2 | Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan | 04-05-2021 | 06-05-2021 |  |
| 3 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2 | 04-05-2021 | 06-05-2021 |  |
| 4 | Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur | 04-05-2021 | 06-05-2021 |  |

**3.3 Intervensi Keperawatan**

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa keperawatan** | **Tujuan dan kriteria hasil** | **intervensi** | **Rasional** |
| 1 | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil 1. sesak napas pasien dapat berkurang 2. penapasan cuping hidung pasien dapat teratasi 3. Pola napas pasien dalam batas normal yaitu 12- 20 x/menit | 1. Monitor status pernafasan 2. Monitorhemoglobin. 3. Bantu pasien untuk berada pada posisi yang nyaman 4. Ubah posisi pasien secara sering.5. Jelaskan pada pasien jika terjadi sesak nafas, lakukan posisi setengah duduk 6. Berikan Oksigen 10lpm | 1. Untuk mendeteksi tanda-tanda awal adanya kelainan pola nafas 2. Untuk memantau Status oksigenasi 3. Untuk memudahkan bernafas. 4. Untuk memaksimal kan kenyamanan.5. Memberikan informasi agar pasien Mengerti penanganan sesak. 6. Untuk membantu Penurunan disstres pernafasan. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa keperawatan** | **Tujuan dan kriteria hasil** | **intervensi** | **Rasional** |
| 2 | Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Hipervolemia teratasi dengan kriteria hasil : 1. Edema pada ekstremitas pasien menurun2. Tekanan Darah dalam batas normal pasien 130/80 mmHg3. Pegeluaran output cairan seimbang dengan intake cairan 500 cc/hari 4. Px mengetahui faktor kelebihan cairan | 1. Monitortekanan darah, nadi, irama jantung, suhu dan Respirasi rate 2. Monitor intake output cairan1. Monitor tugor kulit
2. Periksa kulit pasien setiap hari untuk mengetahui tanda edema atau perubahan warna.
3. Beri edukasi agar pasien ingin melakukan mobilisasi
 | 1. Untuk memantau keadaan pasien 2. Untuk mengetahui Perubahan satatus cairan pasien 3. Untuk memantau ada atau tidaknya dehidrasi 4. Edema dapat menyebabkan penurunan jaringan perife dengan perubahan perfusi kulit. 5.untuk pasien dapat mobilisasi cairan dari daerah yang edema. 6. Kelebihan cairan IV dapat memperburuk kondisi pasien |
| **No** | **Diagnosa keperawatan** | **Tujuan dan kriteria hasil** | **intervensi** | **Rasional** |
| 3  | Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan intoleransi Aktivitas teratasi dengan kriteria hasil 1. mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri 2. keseimbangan aktivitas dan istirahat | 1 Monitor adanya factor kelelahan bila beraktivitas1. Monitor pola tidur atau lamanya saat beristirahat
2. Membantu pasien dalam mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
3. memotivasi pasien agar ingin melakukan aktivitas
 | 1. untuk mengetahui factor apa saja yang menjadi kelelahan pasien
2. Untuk mengetahui frekuensi istirahat tidur pasien
3. agar dapat memfasilitasi aktivitas yang mampu dilakukan oleh pasien
4. agar pasien termotivasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa keperawatan** | **Tujuan dan kriteria hasil** | **intervensi** | **Rasional** |
| 4 | Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil 1. melaporkan istirahat tidur malam yang optimal 2. mampu mengidentivikasi hal-hal yang meningkatkan tidur | 1 Monitor factor yang menyebabkan gangguan tidur 2 beri fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur 3 menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman member jadwal tidur pasien 4 memberikan terapi rileksasi distraksi sebelum tidur | 1 untuk mengetahui penyebab gangguan tidur serta dapatt mengantisipasi 2 agar kondisi dapat sesuai apa yang diinginkan pasien 3 agar dapat menciptakan lingkungan yang nyaman 4 agar pasien dapat rileks saat ingin beristirahat |

Tabel 3. 6 Tindakan Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No DX** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Catatan Perkembangan****(SOAP)** | **TT** |
| 1,2,3,41,2,3,41,21,2,3,4232424 | 04-05-202113.0013.1013.2513.30 | Membina hubungan saling percaya dengan pasien Pada saat pengkajian pasien mengeluh sesak napas dan menggigil disertai keringat dingin Observasi TTV TD : 140/90 mmHg N : 104 x/mnt S: 36°C RR : 30 x/mnt SpO2 : 98 % GCS : 456 Memberikan O2 nasal rebriting 10 lpm Memberi posisi nyaman dengan semi fowler Memberi edukasi pasien dalam membatasi cairan yang masuk dalam tubuh 500 cc/hari Memberi edukasi pentingnya mobilisasi ketika sakit secara bertahap Pemberian obat lasix 1 x 40 mg (PO) Memberikan edukasi kepada pasien tentang bagaimana menciptakan tidur yang sehat dan nyenyak Memonitoring dan mencatat cairan output pasien 32 0 cc/24 jam Menganjurkan pasien untuk tidur siang |  | 04-05-202114.00 | Evauasi Formatif : Dx 1 **S :** Pasien mengatakan sesak napas seperti tertimpa benda berat **O :** pasien tampak terengah-engah ketika inspirasi dan terdapat cuping hidung dengan hasil observasi TTV TD: 140/90 mmHg N: 104 x/menit S: 36°C RR 30x/menit SpO2 98% dibantu dengan O2 nasal Rebreting 10 lpm. **A :** masalah pola napas tidak efektif belum teratasi **P :** intervensi dilnjutkan Dx 2 **S :** pasien mengatakan jika telapak tangan dan kaki bengkak hingga berat jika digerakkan **O :** terdapat oedem pada telapak tangan dan kaki pasien, mencatat hasil observasi output urin 320 cc/24jam. pasien tampak lemas dengan hasil Lab HB 9,1 g/dl (11- 15 g/dl) HCT 27,4 (37,0 – 54,0) bun 45 mg/dl **A :** masalah hipervolemia belum teratasi **P :** intervensi dilanjutkan Dx 3 **S :** pasien mengatakan jika tubuhnya tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri dan perlu bantuan orang lain **O :** pasien tampak di atas tempat tidur dengan posisi semifowler dengan keadaan lemas **A :** Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi **P :** intervensi dilanjutkan Dx 4 **S :** pasien juga mengatakan sulit tidur ketika sesak. Pasien sering terbangun bila tidur dan jika terbangun pasien sulit tidur kembali. **O :** pasien tampak mendengarkan penjelasan dari perawat tentang menciptakan tidur yang sehat dan nyaman **A :** Masalah gangguan pola tdur teratasi sebagian **P :** Intervesi dilanjutkan Evaluasi Sumatif :- Pasien masih sesak napas dan terdapat napas cuping hidung frekuensi napas pasien diatas normal 30x/menit. - Telapak tangan dan kaki pasien masih oedem, dengan hasil TD : 140/90 mmHg, pengeluaran output pasien belum ada dalam batas normal, namun pasieng mengetahui penyebab oedem - Pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari hari tanpa bantuan - Pola tidur pasien kurang dari normal |  |
| 1,2,3,421,221,223,442 | 05-05-202107.0009.0011.0011.4013.3014.00 | Memberi posisi pasien senyaman dan merapikan tempat tidur pasien Menanyakan keadaan umum pasien Observasi TTV TD: 130/90 mmHg N: 96x/menit S: 37,5°C RR: 28x/menit SpO2 98% Melakukan cek GDA 2 jam pp dengan hasil 108g/dl Mempertahankan kepatenan jalan napas dengan O2 nasal kanul 4 lpm Mengantarkan pasien untuk HD yang ke-9 Menganti O2 nasal kanul menjadi nasal rebreting 10 lpm Memberi obat amlodipin 10 mg (PO) Mengajari rentan gerak aktif dan pasif pasien Monitoring pola tidur siang pasien dan memberi jadwal istirahat pasien Monitor output cairan pasien dengan hasil 450cc/24jam |  | 05-05-202114.00 | Evaluasi Formatif : Dx 1 **S :** Pasien mengatakan masih sesak namun sudah mendingan, jika oksigen dilepaskan pasien merasakan sesak itu timbul. **O :** pasien terlihat lebih tengan bila inspirasi dan ekspirasi oksigen dan tidak ada cuping hidung dengan hasilmObservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 94x/menit S: 37,1°C RR: 26 x/ menit. Namun pasien mengatakan jika malam hari pasien menggigil dengan suhu 37,8 dan diberi obat per oral extra pamol 1 tab kemudian keadaan pasien stabil **A :** masalah pola napas tidak efetif teratasi sebagian, masalah demam teratasi **P :** pola napas tidak efektif intervensi dilanjutkan, demam intervensi dihentikan Dx 2 **S :** bengkak pada telapak tangan dan kaki sudah agak mendingan namun kaki sebelah kanan masih belum reda dan masih berat jika digerakkan **O :** kedua telapak tangan dan kaki sebelah kiri pasien oedem berkurang namun kaki sebelah kanan masih tetap oedem seperti hari pertama, hasil output urin pasien 450 cc/24 jam, hasil GDA Stik 2 jam pp 108 g/dl, **A :** masalah hipervolemia terataasi sebagian **P :** intervensi dilanjutkan Dx 3 **S :** pasien mengatakan sudah dapat melakukan pergerakan ketika makan namun masih membutuhkan bantuan keluarga **O :**pasien tampak mempraktikkan penjelasan dari perawat **A :** masalah Intoleransi aktivitas teratasi sebagian **P :** intervensi dilanjutkan Dx 4 **S :** pasien mengatakan mencoba mengikuti jadwal tidur yang dijelaskan oleh perawat **O :** pasien tampak kesulitan untuk tidur siang, namun pasien memahami dan mencoba mempraktikan penjelasan perawat **A :** Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian **P :** intervensi dilanjutkan Evaluasi Sumatif : - Pasien mencapai kriteria hasil sesak napas berkurang dari 30-25x/menit, tidak ada cuping hidung, namun frekuensi napas belum dalam batas normal - Oedem pada telapak tangan dan kaki sebelah kiri pasien mengalami penurunan - Pasien dapat mengaplikasikan penjelasan dari perawat - Pasien dapat tidur namun sering terbagun, jika terbangun tidak dapat tidur kembali |  |
| 1,2,3,41,2,3,422112 | 06-05-202107.0009.0009.3013.0013.45 | Menanyakan keadaan umum pasien dan merapikan tempat tidur Mempossikan pasien senyaman mungkin dengan posisi semi fowler Monitor TTV TD: 110/80 mmHg N: 101x/menit S: 37°C RR: 22x/menit SpO2: 97% Monitoring kepatenan jalan napas dengan memberi nasal kanul O2 4 lpm Memberikan edukasi tentang training bleding Memberikan obat donperidon 10 mg Tab Melakukan Aff cateter Peberian obat cefixime 200mg Tab Memberi edukasi jika sesak posisikan tubuh semi fowler Monitoring output cairan 450 cc/24 jam |  | 06-05-2021 | Evaluasi Formatif : Dx 1 **S :** pasien mengatakan tidak sesak namun jika oksigennya dilepas masih ngos-ngosan **O :** keadaan pasien membaik dengan hasil TTV TD: 110/80 mmHg N: 101x/menit S: 37,1°C RR: 20x/menit. **A :** masalah pola napas tidak efektif **P** : intervensi dilanjutkan dengan terapi tetap Dx 2 **S :** pasien mengatakan telapak tangan dan kaki pasien sudah tidak bengkak lagi **O :** pasien dapat menggerakkan kaki dan tangan dengan mudah serta kondisi pasien baik dengan output urin 450 cc/24 jam pasien tampak melakukan BAK di kamar mandi setelah cateter dilepas**A :** masalah hipervolemia teratasi **P :** intervensi dilanjutkan dengan mentakar jumlah cairan yang masuk dalam tubuh Dx 3 **S :** pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berjalan tanpa bantuan keluarganya secara mandiri **O :** keadaan pasien membaik dengan pasien melakukan jalan kaki di dalam ruangan dengan perlahan dank e kamar mandi tanpa bantuan serta melakukan aktivitas yang lain tanpa bantuan **A :** masalah intoleransi aktivitas teratasi **P :** intervensi dianjutkan dengan observasi berkala Dx 4 **S :** pasien mengatakan Tidur pasien masih tidak terjadwal, pasien mengatakan sebelum tidur selalu berdoa dan relaksasi otot**O :** pasien tampak membuat jadwal tidur harian dan mencoba mentaatinya **A :** masalah gangguan pola tidur tertasi **P :** intervensi dilanjutkan dengan mentaaati jadwal tidur secara konsisten Evaluasi Sumatif : - Pasien mencapai criteria hasil pola napas dengan hasil frekuensi napas 20x/menit tidak sesak dan tidak ada cuping hidung - Oedem berkurang pada telapak tangan dan kaki pasien mencapai criteria hasil - Pasien dapat bermobilisasi tanpa bantuan orang lain mencapai criteria hasil - Pasien dapatg tidur namun bertahap |  |

Evaluasi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi Sumatif |
|  | Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Penurunan Energi | Tanggal 06 Mei 2021Dx 1S : pasien mengatakan tidak sesak namun jika oksigennya dilepas maka pasien merasa ngos-ngosan O : keadaan pasien membaik setelah 3 hari perawatan A : masalah teratasi P : intervensi dilanjutkan dengan memberi edukasi jika pasien merasa sesak posisikan dengan posisi semi fowler dan memberi tabung O2 Pasien mencapai kriteria hasil pola napas tidak efektif dengan hasil frekuensi napas normal 20x/menit tidak sesak dan tidak ada cuping hidung |
|  | Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan | Dx 2 S : pasien mengatakan telapak tangan dan kaki pasien sudah tidak bengkak lagi O : pasien dapat menggerakkan kaki dan tangan dengan mudah serta kondisi pasien baik setelah 3 hari perawatan A : masalah teratasi P : intervensi dilanjutkan dengan mentakar jumlah cairan yang masuk dalam tubuh pasien dengan jumlah 500 cc/24jam Pasien mencapai criteria hasil hipervolemia dengan hasil bengkak pada telapak tangan dan kaki berkurang |
|  | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2 | Dx 3 S : pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berjalan tanpa bantuan keluarganya secara mandiri O : keadaan pasien membaik dengan pasien melakukan jalan kaki di dalam ruagan dengan perlahan dank e kamar mandi tanpa bantuan serta melakukan aktivitas yang lain tanpa bantuan A : masalah teratasi P : intervensi dilanjutkan dengan observasi berkala Pasien mencapai criteria hasil intoleransi aktivitas dengan hasil pasien dapat bermoilisasi tanpa bantuan orang lain |
|  | Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur | Dx 4 S : pasien mengatakan tidur pasien masih tidak terjadwal, pasien mengatakan sebelum tidur selalu berdoa dan relaksasi otot O : pasien tampak membuat jadwal tidur harian dan mencoba mentaatinya A : masalah teratasi P : intervensi dilanjutkan dengan mentaati jadwal tidur secara konsisten Pasien mencapai kriteria hasil gangguan pola tidur dengan hasil pasien dapat tidur namun bertahap |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien Ny.M dengan diagnose Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Melalui pendekatan studi kasus untuk membahas teori, fakta serta opini penulis selama praktek dilapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asukan keperawatan dengan proses keperawatan dari tahap pengkajian, Diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan, dan evaluasi.

* 1. **Pengkajian Keperawatan**

### **4.1.1 Pengumpulan data**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta keoperatif.

1. Identitas klien

Pada pasien gagal ginjal kronik (CKD) terjadi terutama pada usia lanjut (50-70 th), usia muda dapat terjadi pada semua jenis kelamin tetapi 70 % pada pria (Nursalam, 2006). Pada kasus ini klien bernama Ny.M, usia 68 tahun. Hal ini sesuai dengan teori bahwa penyakit CKD akan terjadi pada usia 50-70 tahun pada semua jenis kelamin dan 70% terjadi pada pria.

1. Keluhan utama

Pada penderita CKD didapatkan keluhan utama bervariasi, mulai dari *urin output* sedikit sampai tidak dapat BAK, gelisah sampai penurunan kesadaran, tidak selera makan (anoreksia), mual, muntah, mulut terasa kering, rasa lelah, nafas berbau (ureum), gatal pada kulit (Muttaqin, 2011).

Pada kasus Ny. M didapatkan keluhan utama sesak napas. Terkadang mual tetapi tidak muntah. Hal ini sesuai dengan teori namun tidak semua penderita CKD mengalami tanda nafas berbau ureum, gelisah sampai penurunan kesadaran, ataupun penurunan tugor kulit, hipotensi, kelemahan, mual, hingga terjadi penurunan kesadaran, tanda paling sering ditemui adalah terjadinya penurunan urine output, pada kerdiovaskuler tanda penyakit gagal ginjal biasanya terjadi hipertensi aritmia, cardiomyopati, gagal jantung edema periorbital, dan edema perifer. Manifestasi klinis pada Ny. M pada sistem Breathing meliputi bentuk dada normochest pergerakan simetris, pasien tampak menggunakan otot bantu napas, irama napas ireguler, pola napas takipnea, suara napas eupnea. Tergantung juga pada proses penyakit dan faktor pengaruh eksternal. Pada kasus Ny. S gagal ginjal ditandai dengan adanya asidosis metabolik, anemia dan gangguan elektrolit yaitu hiperkalemia.

1. Riwayat kejadian

 Pada penderita CKD terdapat riwayat kejadian dengan adanya penurunan output, penurunan kesadaran, perubahan pola nafas, kelemahan fisik, adanya perubahan pada kulit, adanya napas berbau amonia dan perubahan pemenuhan nutrisi (Muttaqin, 2011).

Pada kasus Ny. M didapatkan, pasien sesak napas dan mengigil hingga keluar keringat dingin. Pernapasan yang meningkat sebagai upaya kompensasi paru-paru untuk menjaga pH tetap normal dengan meningkatkan kecepatan dan kedalaman nafas untuk membuang CO2 melalui paru-paru.

1. Riwayat penyakit dahulu

 Pada klien dengan gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh penyakit metabolik seperti DM (Price dan Wilson, 2005). Pada kasus Ny. M didapatkan klien pernah menderita DM sejak berusia 28 tahun yang lalu. Dari keadaan tersebut yaitu hiperglikemia dapat mengakibatkan glikolisasi protein, yang memacu terbentuknya ikatan silang protein. Ikatan silang dapat bersatu dengan molekul kolagen pada membran basal glomerulus atau dapat memicu sel mesangial untuk menyekresi kelebihan matriks ekstraseluler. Peningkatan tekanan intraglomerulus menyebabkan hiperfiltrasi dini serta dapat merusak endotel dan sawar filtrasi glomerulus.

1. Riwayat alergi

 *Skin test* berguna untuk menunjukkan reaksi hipersensitivitas sebelum obat digunakan sebagai terapi. Pada kasus Ny. M didapatkan bahwa klien tidak memiliki alergi pada obat. Setiap penyakit selalu mengakibatkan infeksi melalui bakteri atau virusnya. Maka pada pengobatan selalu ditambahkan dengan pemberian antibiotik sebagai pertahanan sistem imun bagi tubuh. Tentu dengan cara melakukan *skin test* untuk dapat mengetahui jenis antibiotik yang cocok dengan bakteri yang bersarang di tubuh klien. *Ceftiaxone* merupakan terapi antibiotik yang sangat mempengaruhi reaksi hipersensitivitas pada tubuh.

1. Keadaan umum

 Penderita CKD dapat mengalami hipertensi dan *takipnoe* (Suwitro, 2006). Pada TTV seringdidapatkanadanyaperubahanseperti RR meningkat. Tekanan darah terjadi perubahan dari hipertensi ringan sampai berat (Muttaqin, 2011).

Pada kasus Ny. M didapatkan bahwa kesadaran klien adalah compos mentis, GCS 4-5-6, pemeriksaaan tanda – tanda vital meliputi tekanan darah: 140/90 mmHg, nadi: 104x/menit, RR: 28x/menit, suhu: 36,5oC. Pada penderita CKD tidak selalu terjadi hipertensi, *takhipnue* atau penurunan kesadaran. Semuanya tergantung pada tingkat keparahan penyakit dan keadaan tubuh klien sendiri. Pada kasus Ny. M terdapat hipertensi dan takipnue tetapi dengan tingkat kesadaran yang compos mentis, hal ini dikarenakan oleh adanya manifestasi klinis yang belum mengarah pada sistem persarafan sehingga belum terjadinya penurunan perfusi cerebral dan belum mengganggu tingkat kesadaran klien. Hipertensi yang dialami klien Ny. M akibat adanya ketidakseimbangan cairan dan natrium serta malfungsi sistem *Renin-Angiostensin-Aldosteron*. Efek overload cairan dapat menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri dan gagal jantung. Pada klien terjadi peningkatan darah dikarenakan proses CKD. Gangguan ginjal yang kronik dapat mengurangi ekskresi natrium serta menyebabkan hipervolemi dan hipertensi.

1. *Airway*

 Penderita CKD tidak sepenuhnya mengalami obstruksi ataupun ditemukan pernapasan cuping hidung. Pada kasus Ny. M didapatkan jalan napas tidak efektif, pada pemeriksaan inspeksi daerah pernapasan ditemukan tidak ada penumpukan sputum, ada pernapasan cuping hidung.

1. *Breathing*

 Pada penderita CKD dapat mengalami nafas cepat dan dalam (*Kussmaul*), *dispnoe nokturnal* paroksismal (DNP), *takhipnoe* (peningkatan frekuensi), dan pemakaian alat bantu napas (Muttaqin, 2011). Pada kasus Ny. M ditemukan bahwa RR: 28x/menit dan klien menggunakan alat bantu nafas O2 masker dengan aliran 10 lpm dan pola napas *Kussmaul*. Pernapasan yang meningkat sebagai upaya kompensasi paru-paru untuk menjaga pH tetap normal dengan meningkatkan kecepatan dan kedalaman nafas untuk membuang CO2 melalui paru-paru.

 Penyakit ginjal kronis menyebabkan asidosis metabolik sebagai akibat ekskresi (H+) dan gangguan reabsorbsi bikarbonat. Hal ini menyebabkan peningkatan (H+) plasma dan penurunan pH. Peningkatan konsentrasi (H+) berperan pada resopsi tulang dan menyebabkan perubahan fungsi saraf dan otot. Dengan meningkatnya konsentrasi ion hidrogen, sistem pernapasan akan terangsang. Terjadi *takhipnue* (peningkatan kecepatan pernapasan) sebagai usaha mengeluarkan kelebihan hidrogen sebagai karbon dioksida. Respons pernapasan terhadap asidosis ginjal disebut kompensasi respiratorik (Corwin, 2009).

 Asidosis metabolik timbul akibat masuknya asam atau hilangnya basa berupa bikarbonat. Pada klien Ny. M mengalami asidosis metabolik dan perubahan pernapasan untuk mengkompensasi perubahan pH. Perubahan pH memicu kemoreseptor arteri dan meningkatkan laju ventilasi. Hal ini terlihat jelas pada gambaran klinis pada klien Ny. M yaitu terjadi peningkatan frekuensi pernapasan dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas.

1. *Circulation*

 Pada penderita CKD dapat mengalami tanda dan gejala gagal jantung kongestif, TD meningkat, akral dingin, CRT > 3, palpitasi, nyeri dada atau angina, dan sesak napas,gangguan irama jantung, edema, penurunan perfusi perifer sekunder dari penurunan curah jantung akibat hiperkalemi dan gangguan konduksi elektrikal otot ventrikel (Muttaqin, 2011). Pada klien Ny. M didapatkan hasil pengkajian dengan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi ditemukan bahwa kekuatan pulsasi denyut jantung lemah, CRT < 2 detik, bunyi jantung S1S2 tunggal, hasil cek GDA stik dengan hasil 129mg/dl. Pada penderita CKD akan mengalami mekanisme kompensasi dan adaptasi dari nefron yaitu dengan merusak sisa nefron yang masih hidup dan berfungsi, jika hal tersebut terus terjadi maka terjadi destruksi struktur ginjal secara progresif yang mengakibatkan penurunan laju filtrasi glomerulus yang berfungsi dalam dalam sistem metabolisme dan keseimbangan cairan. Secara keseluruhan ginjal akan mengalami kegagalan dalam mempertahankan proses metabolisme dan keseimbangan cairan sehingga akan terjadi peningkatan volume cairan, hipernatremi, hiperkalemi, penurunan pH, adanya gangguan sistem *Renin-Angiostensin-Aldosteron*. Beban kerja jantung yang meningkat dapat menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri dan gagal jantung. Juga dapat terjadi gangguan konduksi elektrikal otot ventrikel sehingga terjadi aritmia sampai kejang.

 Pada penderita DM yang tidak terkontrol atau pemantauan glukosa darah yang tidak adekuat maka akan menyebabkan ketidakstabilan glukosa darah yaitu risiko terjadi variasi kadar glukosa darah atau gula darah dari rentang normal (Wilkinson, 2011). Salah satu penyebab gagal ginjal kronik adalah penyakit metabolik seperti DM (Price dan Wilson, 2005). Pada sistem *circulation* ditemukan masalah keperawatan risiko ketidakefektifan glukosa darah.

1. *Neurologi*

 Pada penderita CKD dapat mengalami penurunan tingkat kesadaran, disfungsi serebral, seperti perubahan proses pikir dan disorientasi, klien sering mengalami kejang, adanya neuropati perifer, *burning feet syndrom*, *restless leg syndrom*, kram otot dan nyeri otot (Muttaqin, 2011). Pada klien Ny. M didapatkan hasil pengkajian dengan pemeriksaan fisik kesadaran klien baik, compos mentis dengan GCS 4-5-6. Cek kimia klinik dengan hasil BUN: 52 mg/dl; kreatinin: 3,9 mg/dl; Na: 138,2 mmol/ L; K: 6,42; Cl: 116,1 mmol/L, Cek darah lengkap (hematologi) dengan hasil leukosit: 12,9x 103; hemoglobin: 7,4; Hct: 22; trombosit: 274 x 103. Gambaran laboratorium pada penyakit ginjal kronik meliputi penurunan fungsi ginjal berupa peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum, dan penurunan LFG, penurunan kadar hemoglobin, hiper atau hipokalemia, asidosis metabolik, dan gejala komplikasinya adalah hipertensi dan anemia (Suwitra, 2006).

 Pada penderita CKD didapatkan peningkatan kalium, penurunan pH dan bikarbonat, anemia, peningkatan BUN, serum kreatinin dikarenakan adanya kegagalan ginjal dalam mempertahankan proses metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit. Ginjal kehilangan banyak daya cadang ginjal (*renal reserve*), kemudian secara perlahan tapi pasti akan terjadi peningkatan kadar uren dan kreatinin serum. Pada sistem *neurologi* ditemukan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan renal karena dibuktikan oleh adanya hasil laboratorium dan gejala yang dialami klien.

1. *Integumen*

 Pada penderita CKD dapat mengalami nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, nyeri kaki (memburuk saat malam hari), kulit gatal, ada/berulangnya infeksi, pruritus, demam (sepsis, dehidrasi), ptekie, area ekimosis pada kulit, fraktur tulang, defisit fosfat kalsiumpada kulit, keterbatasan gerak sendi. Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum sekunder dari anemia dan penurunan perfusi perifer dari hipertensi (Muttaqin, 2011). Pada klien Ny.M didapatkan kekuatan otot penuh, tidak terdapat atropi otot, turgor kulit elastis, membran mukosa lembab, tidak ada luka bakar tidak ada luka dekubitus, tidak ada fraktur ekstremitas, warna mukosa kulit pucat anemis. Anemia pada penyakit ginjal kronik terutama disebabkan oleh defisiensi eritropoitin. Gangguan lain pada penderia CKD adalah respon sistem integumen akibat penumpukan ureum pada jaringan kulit yang mengakibatkan gangguan pada sirkulasi darah pada kulit. Pada klien Ny. M belum ditemukan adanya gangguan pada kulit.

1. Abdomen

 Pada penderita CKD dapat mengalami mual muntah, anoreksia dan diare sekunder dari bau mulut amonia, peradangan mukosa mulut dan ulkus saluran cerna sehingga sering didapatkan penurunan pemasukan nutrisi dari kebutuhan (Muttaqin, 2011). Pada klien Ny. M ditemukan bahwa inspeksi abdomen cembung, tidak ada luka di sekitar abdomen. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan bising usus (+) 25x/menit, palpasi didapatkan tidak teraba bagian lien dan hepar. Mual dan muntah dapat dihubungkan dengan terjadinya sindrom uremi yang mengakibatkan adanya gangguan asam-basa yang dapat meningkatkan produksi asam lambung. Sehingga terjadi iritasi lambung atau gastritis yang berdampak pada keluhan mual, muntah. Pada klien Ny. M hanya mengalami mual saja, tidak mengalami penurunan atau kenaikan BB secara drastis, tidak ada peradangan mukosa mulut dan ulkus saluran cerna dan tidak ditemukan pembesaran hepar. Pada klien Ny. M belum ditemukan tanda-tanda tersebut karena adanya proses perjalanan penyakit.

1. Perkemihan

 Pada penderita CKD dapat mengalami penurunan frekuensi urin, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), perubahan warna urin, (pekat, merah, coklat, berawan)Penurunan*urin output*<400 ml/hari sampai anuri, terjadi penurunan libido berat (Muttaqin, 2011). Pada klien Ny. M dengan inspeksi ditemukan bahwa klien terpasang *folley kateter*, produksi urin sekitar±500 ml dalam 24 jam (oliguri:< 400cc/24 jam), warna urin kuning jrnih. Klien mengalami oliguria tetapi tidak mengalami penurunan libido berat. Oliguri disebabkan oleh adanya kegagalan ginjal untuk mempertahankan fungsinya sebagai pengatur cairan dan elektrolit. Ginjal mengalami kerusakan nefron, sehingga terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus, filtrasi terganggu maka sisa metabolisme ataupun proses pembentukan urin juga tidak bisa berjalan baik, tubuh akan mengkompensasi dengan menyerap urea yang tidak bisa diolah oleh ginjal akibatnya terjadi penurunan haluaran urin.

 Pada sistem perkemihan ditemukan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan renal karena salah satu batasan karakteristik masalah ketidakefektifan perfusi jaringan renal adalah penurunan haluaran urin (Taylor dan Ralph, 2010).

1. Pemeriksaan Penunjang

 Gambaran laboratorium pada penyakit ginjal kronik meliputi penurunan fungsi ginjal berupa peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum, dan penurunan LFG, penurunan kadar hemoglobin, hiperkalemia atau hipokalemia, asidosis metabolik (Suwitra, 2006). Hasil pemeriksaan yang diperlukan untuk menegakan diagnosis pada klien Ny. M yang menderita CKD dengan hasil laboratorium lengkap yaitu hematologi, kimia klinik dan BGA sudah dapat membuktikan adanya penyakit CKD dengan asidosis metabolik. Hal tersebut dapat dijelaskan berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yaitu cek darah lengkap (hematologi) dengan hasil leukosit: 12,9x 103; hemoglobin: 7,4; Hct: 22; trombosit: 274 x 103, cek kimia klinik dengan hasil BUN: 137,24; kreatinin: 16,60; Na: 132,8 mmol/ L; K: 8,00; Cl: 104 mmol/L, cek BGA dengan hasil pH: 6,986; PO2: 196; PCO2: 12,7; TCO2: 6,7; HCO**3-**: 3,1 Beb: -22,0; Beecf: -23,9; SBC: 14,6; %SO2: 99%; O2 ct: 10,8 ml/dl, yang diketahui bahwa terdapat peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum, penurunan kadar hemoglobin, penurunan hematokrit, hiperkalemia, asidosis metabolik.

1. Pemberian Terapi

 Penatalaksanaan penyakit ginjal kronik yaitu terapi spesifik terhadap penyakit dasar, pencegahan dan terapi terhadap komplikasi, pembatsan cairan dan elektrolit (Suwitra, 2006). Pada klien Ny. M mendapatkan terapi yaitu Lasix berguna untuk mengeluarkan urin dan mencegah terjadinya edema, ondansentron berguna untuk menanggualangin mual, lasix pump digukan untuk penyakit edema pada jantung atau ginjal, amlodipin berguna untuk mengursngi nyeri dada. Terapi-terapi tersebut sudah tepat menurut teori dan dengan keadaan klien saat ini.

### **4.1.2 Analisis Data**

Patofisiologi penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa *(surviving nephrons)* sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan *growth factors.* Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Proses ini akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron intrarenal, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas tersebut. Aktivasi jangka panjang aksis renin-­angiotansin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh *growth factor* seperti *transforming growth factor ß (TGF- ß).* Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresifitas penyakit ginjal kronik adalah albuminuria hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia (Suwitra, 2006). Gagal ginjal kronis adalah destruksi struktur ginjal yang progresif dan terus-menerus. Gagal ginjal kronis dapat timbul dari hampir semua penyakit, selain itu pada individu yang rentan, nefropati analgesik, destruksi papila ginjal yang terrkait dengan pemakaian harian obat-obat analgesik selama bertahun-tahun dapat menyebabkan gagal ginjal kronis. Apa pun sebabnya, terjadi perburukan fungsi ginjal secara progresif yang ditandai dengan penurunan GFR yang progresif (Corwin, 2009).

Pada klien Ny. M, analisis data dapat dijelaskan bahwa terdapat Empat masalah yaitu pola napas tidak efektif, Hipervolemia, Intoleransi aktivitas, dan gangguan pola tidur , keeempatnya didasarkan pada etiologi yang sama melalui faktor yang menghambat fungsi nefron salah satunya adalah penyakit diabetes mellitus dan hipertensi. Jadi terjadinya edema ektremitas karena aliran darah yang seharusnya menuju ke ginjal mengalami penurunan yag mengakibatkan volume cairan meningkat sehingga dapat terjadi gangguan mekanisme regulasi.

## **4.2 Diagnosis keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka menurut (SDKI, SIKI, SLKI 2019) ada tujuh yaitu:

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi. Odema pulmonal, ekspansi paru menurun, keletihn otot, pernafasan.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, produksi/sekresi eritpoietin dari asidosis metabolik, peningkatan laju filtrasi, penurunan TD sistemik/hipoksia hipovolemia.

3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, aliran darah menurun, GFR menurun (90-120ml/mmol), volume cairan meningkat, hipernatremi, hiperkalemi

4. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan pemasukan nutrisi yang tidak adekuat sekunder dari anoreksia, mual, muntah.

5. Perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan perlemahan aliran darah keseluruh tubuh.

6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2, perfusi menurun, defisiensi energi sel, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2.

7. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan status metabolik, sirkulasi ( anemia, iskemik jaringan) dan sensasi (neuropati perifer), penurunan turgor kulit, penurunan aktivitas

Diagnosis keperawatan pada tinjauankasusyaitu :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur

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

 Adapun alasan dalam mengambil tiga diagnosis tersebut antara lain adalah sebagai berikut:

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi

Menurut SDKI (2017), pola napas tidak efektif memiliki arti inspirasi da ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat yang memiliki batasan karakteristik yaitu : dispnea, adanya penggunaanotot bantu pernapasan, pola napas abnormal (Kussmaul, takipnea, hiperventilasi bradipnea), pernapasana cuping hidung, dan ventilasi semenit menurun. Menurut Smeltzer & Bare (2015)

 Keluhan utama klien adalah sesak, didapatkan bentuk dada nomocest pergerakan simetris, pasien tampak menggunakan alat bantu naps, irama napas ireguler, pola napas takipnea, suara napas eupnea, pernapasan cuping hidung, pasien mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 30x/menit dibantu dengan O2 nasal rebreting 10Lpm.

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Menurut SDKI (2017), hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstitial, dan intra seluler yang memiliki batasan karakteristik : dispnea, edema anasarka dan perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari pada output (balans cairan positif). Pada penyakit ginjal kronik, ginjal tidak dapat mempertahankan keseimbangan cairan elektrolit sehingga terjadi edema (padila, 2012)

Pasien kelebihan volume cairan adanya edema anasarka dan berat badan pasien meningkat dalam waktu yang singkat dan dipatkan input dan output cairan pada pasien adalah 1.480 cc/jam – 1.300 cc/jam = 180 cc, jadi kelebihan cairan dalam tubuh yaitu 180 cc.

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan suplai dan kebutuhan O2

Intoreransi aktivitas didefinisikan sebagai ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologi untuk mempertahankan atau yang ingin dilakukan (keliat, Dwi Windarwati, Pawirowiyono, & Subu, 2015).

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Pada saat pasien masuk rumah sakit pasien mengalami kemampuan merawat diri berkurang, pasien hanya terbaring di bad kamar tidur dan perlu bantuan orang lain jika membutuhkan apapun, tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri.

1. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur

Tidur merupakan suatu keadaan tidak sadar dimana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun atau hilang dan dapat dibangunkan kembali dengan stimulus dan sensori yang cukup. Selain itu tidur juga dikatakan sebagai keadaan tidak sadarkan diri yang relatif, bukan hanya keadaan penuh ketenangan tanpa kegiatan, melainkan merupakan sesuatu urutan siklus yang berulang (Wahit Iqbal Mubarak et al., 2015). Tidur merupakan suatu keadaan yang berulang-ulang, dimana perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu (Potter & Perry, 2006).

Pola tidur pasien 8 jam/hari. Pada saat pasien masuk rumah sakit pada tengah malam sering terbangun karna sesak napas , pada siang hari pun tidak bisa tidur karna sesak napas.

## **4.3 Perencanaan**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan. Pada tinjauan pustakaperencanaanmenggunakankriteriahasil yang mengacu pada pencapaintujuan. Sedangkan pada tinjauankasusperencanaanmenggunakankriteriawaktudalamintervensinyadenganberdasarkan bahwapenulisinginberupayamemandirikankliendengankeluargadalampelaksanaanpemberianasuhankeperawatanmelaluipeningkatanpengetahuan (kognitif), perubahantingkahlakuklien (afektif), dan keterampilanmenanganimasalah (psikomotor). Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata diketahui keadaan klien secara langsung.

Setiap diagnosis terdapat intervensinya masing-masing, pada tinjauan kasus rencana tindakan sama dengan tinjauan pustaka mengenai jumlah intervensinya tetapi berbeda dalam pelaksanaannya sesuai dengan keadaan klien.

### **Perencanaan Diagnosis Keperawatan 1: Ketidakefektifan pola napas**

Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan energi . Pada pasien CKD perlu dilakukan tindakan monitoring *respiratory rate* dan status O2 tiap jam, monitoring pola napas klien, pertahankan jalan napas paten, auskultasi suara napas tambahan tiap jam, monitoring/koreksi dan cek BGA ulang, pemberian O2 sesuai advis dokter, pemberian terapi sesuai advis dokter seperti: nabic, insulin, lasix, dan ceftriaxon ((Muttaqin, 2011).

Pada klien Ny. Mdirencanakan tindakan monitoring *respiratory rate* dan status O2 tiap jam, monitoring pola napas klien, pertahankan jalan napas paten, auskultasi suara napas tambahan tiap jam, monitoring/koreksi dan cek BGA ulang, pemberian O2 sesuai advis dokter, pemberian terapi sesuai advis dokter seperti: nabic, insulin, lasix, dan ceftriaxon.

Tindakan monitoring tiap jam sangat penting untuk mengetahui perkembangan klien. Indikasi pola napas yang abnormal mengindikasikan adanya hiperventilasi atau hipoventilasi. Mempertahankan jalan napas yang paten dapat mengoptimalkan klien mendapatkan oksigen secara adekuat. Suara napas abnormal mengindikasikan bahwa paru-paru mengalami obstruksi. Hasil BGA dapat memperlihatkan terjadinya asidosis maupun alkalosis maka perlu dilakuakn bertahap setelah terapi diberikan. Pemberian O2 dapat membantu mengurangi sesak dalam keadaan asidosis maupun alkalosis. Pemberian Nabic dapat menyeimbangakan asam basa yang terganggu. Pemberian Insulin dapat mengontrol defisiensi insulin. Pemberian Lasix dapat mencegah oedema dan mengurangi sesak. Pemberian Ceftriaxon dapat mencegah terjadinya infeksi.

### **Perencanaan Diagnosis Keperawatan 2 : Hipervolemia**

Hipervolemia berhubungan dengan berdasarkan dengan gangguan mekanisme regulasi pada pasien CKD perlu dilakukan monitoring tekanan darah, nadi, irama jantung, suhu dan Respirasi rate, mnitoring intake output cairan, monitor turgor kuit memeriksa kulit pasien setiap hari untuk mengetahui tanda edema atau perubahan warna , beri edukasi agas pasien ingin melakukan mobilisasi dan kolaborasi cairan .

Dengan selalu mengecek input dan output cairan untuk mengetahui perubahan status cairan pasien, dan jika dengan slalu memonitor turgor kulit dan memeriksa kulit pasien setiap hari adanya edema atau perubahan warna untuk melihat adanya dehidrasi atau tidak dan jika adanya edema, edema dapat menyebabkan penurunan jaringan perifer dengan perubahan perfusi kulit, dengan memberikan cairan agar dapat mobilisasi cairan dari daerah yang edema.

### **Perencanaan Diagnosis Keperawatan 3 : Gangguan pola tidur**

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur perlu dilakukan minitoring adanya faktor kelelahan bila beraktivitas untuk mengetahui faktor apa saja yang menjadi kelelahan pasien, tidur atau lamanya saat beristirahat untuk mengetahui frekuensi tidur pasien , membantu pasien dalam menindentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan dan memotivasi pasien agar ingin melakukan aktivitas untuk memfasilitasi aktivitas yang mampu dilakukan pasien dan agar pasien termotivasi dalam aktivitas sehari-hari.

### **Perencanaan Diagnosis Keperawatan 4 : Gangguan pola tidur**

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur perlu dilakukan monitoring faktor yang menyebabkan gangguan tidur untuk mengetahui penyebab gangguan tidur serata dapat mengatisipasi, memberi fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur agar kondisi dapat sesuai apa yang diinginkan pasien, menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman memberi jadwal tidur pasien agar dapat menciptakan lingkungan yang nyaman, memberikan terapi rileksasi distraksi sebelum tidur agar pasien dapat rileks saat ingin beristirahat.

## **4.4 Pelaksanaan**

Pelaksanaandarirencanakeperawatandilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Untukpelaksanaan diagnosis pada kasustidaksemua sama pada tinjauanpustaka, halinikarenadisesuaikandengankeadaanklien. Dalammelaksanakan pelaksanaaniniadafaktorpenunjangmaupunfaktorpenghambat yang penulisalami. Hal-hal yang menunjangdalamasuhankeperawatanyaitu antara laindengan adanyakerjasama yang baikdariperawatmaupundokterruangan dan timkesehatanlainnya, tersedianyasarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalampelaksanaanasuhankeperawatan dan penerimaanadanyapenulis,faktor yang palingpentingadalahketerbukaan dan keramahansertakesiapan klienuntukbekerja sama denganperawatdalammelaksanakanasuhankeperawatan. Adapun hambatan yang penulis hadapi antara lain: keadaan klien yang lemah tidak memungkinkan berada pada kondisi yang fit dan selaras dalam pemikiran sehingga membutuhkan tehnik khusus dalam melaksanakan BHSP dan komunikasi teraupetik.

### **Diagnosis Keperawatan 1 :Ketidakefektifan pola napas**

Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan energi dengan intervensi keperawatan terlaksana, dilakukan tindakan keperawatan pada hari pertama, pernafasan cuping hidung, pola nafas ireguler, nafas tersengal, RR: 32 kali/menit, kaji kadar hemoglobin 9,1 (11-15 g/dl), memberikan pasien posisi semi fowler, memberikan oksigen sesuai program (O2 nasal rebreting 10 lpm). Pada pelaksanaan tindakan keperawatan hari ke dua, memberikan posisi fowler pasien tidak menggukan otot bantu pernafasan, mengkaji RR 20 kali/menit, pola nafas reguler pasien menggunakan O2 nasal kanul 4 lpm. Pada hari ke tiga pasien sudah tidak mengalami sesak nafas namun masih menggunakan alat bantu napas yaitu O2 nasal kanul 4 lpm, dikaji di RR 22 kali/menit, pasien tidak mengunakan otot bantu pernafasan, cuping hidung sudah tidak ada.

### **Pelaksanaan Diagnosis Keperawatan 2: Hipervolemia**

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dengan intervensi keperawatan terlaksana dilakukan tindakan keperawatan pada hari pertama terdapat oedem pada telapak tangan dan kakipasien, mencatat hasilobservasi output urin 320 cc/24jam. Pasien tampak lemas dengan hasil Lab HB 9,1 g/dl (11-15g/dl) HCT 27,4 (37,0-54,0) BUN 45 mg/dl. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan hari ke dua, memonitoring output cairan pasien dengan hasil 450cc/24jam dan kedua telapak tangan dan kaki sebelah kiri pasien oedem berkurang namun kaki sebelah kanan masih tetap oedem seperti hari pertama hasil GDA stik 2 jam pp 108 g/dl . dan pada hari ke tiga pasien dapat menggerakkan kaki dan tangan denganmudah serta kondisi pasien baik dengan output urin 450 cc/24 jam pasien tampak melakukam BAK di kamar mandi setelah cateter dilepas.

### **Pelaksanaan Diagnosis Keperawatan3 : Intoleransi Aktivitas**

Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2 dilakukan tindakan keperawatan pada hari pertama, pola tidur dan jam tidur, menanyakan kelelahan fisik pasien, latihan rentan gerak aktif atau pasif dengan mengajarkan pasien relaksasi dan distraksi sebelum dan sesudah tidur, kadar hemoglobin 9,1 (11-15 g/dl), hari ke dua pasien menjelaskan hal yang membuat pasien cepat merasakan lelah, dapat melakukan rentan gerak aktif dan pasif, pasien sering terbangun ketika tidur malam jika pasien terbangun sudah tidak bias tidur lagi, hari ke tiga pasien melakukan latihan gerak bertahap namun pasien masih belum bias tidur secara teratur pada jam tidur.

### **Pelaksanaan Diagnosis Keperawatan: Gangguan pola tidur**

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur dilakukan tindakan keperawatan pada hari pertama memberikan posisi nyaman dengan semi fowler dan memberikan edukasi kepada pasien tentang bagaimana menciptakan tidur yang sehat dan nyenyak pada hari pertama pasienkesulitan untuk tidur karna sesak nafas dan sering terbangu saat tidur karna sesak nafas pasien tampak mendengarkan penjelasan dari perawat tentang menciptakan tidur yang sehat dan nyaman. Hari kedua memonitoringpola tidur siang pasien dan memberi jadwal istirahat pasien, pasien tampak kesulitan tidur siang , namun memahami dan mencoba mempraktikkan penjelasan perawat pasien dapat tidur tetapi masih sering terbangun, dan pada hari ketiga perawat memberi edukasi jika sesak posisikan tubuh semi fowler ,pasien tampak membuat jadwal tidur harian dan mencoba jika merasa sesak pasien memposisikan badannya semi fowler, pasien dapat tidur namun bertahap

**4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka, evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung.Pada tinjauan kasus pada klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) diRuang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dilaksanakan evaluasi dengan membandingkan tujuan dan kriteria hasil dengan hasil implementasi dengan menggunakan kriteria evaluasi subyektif, obyektif, assesment dan planning, sedangkan hasil terperinci masing-masing diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut:

### **Evaluasi Diagnosis Keperawatan 1: Ketidakefektifan pola napas**

Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan energi masalah keperawatan teratasi pasien sudah tidak terasa sesak namun jika oksigennya dilepas maka pasien merasa ngo-ngossan, keadaan pasien membaik setelah 3 hari perawatan, intervensi dilanjutkan dengan memberi edukasi jika pasien merasa sesak posisikan dengan posisi semi fowler dan memberi tabung O2 Pasien mencapai kriteria hasil pola napas tidak efektif dengan hasil frekuensi napas normal 20x/menit tidak sesak dan tidak ada cuping hidung.

### **Evaluasi Diagnosis Keperawatan 2 : Hipervolemia**

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi masalah teratasi, telapak tangan dan kaki dapat digerakkan dengan mudah serta kondisi pasien membaik setelah 3 hari keperewatan, intervensi dilanjutkan dengan mentakar jumlah cairan yang masuk dalam tubuh pasien dengan jumlah 500 cc/24 jam pasien mencapai kriteria hasil hipervolemia dengan hasil bengkak pada telapak tangan dan kaki berkurang.

### **Evaluasi Diagnosis Keperawatan 3** **: Intoleransi aktivitas**

 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketikseimbangan suplay dan kebutuhan O2, masalah keperawatan teratasi, pasien dapat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berjalan tanpa bantuan keluarganya secara mandiri, keadaan pasien membaik dengan pasien melakukan aktivitas, intervensi dilakukan dengan observasi berkala pasien mencapai kriteria hasil intoleransi aktivitas dengan hasil pasien dapat bermobilisasi tanpa bantuan orang lain.

### **Evaluasi Diagnosis Keperawatan 4 : Gangguan pola tidur**

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, masalah keperawatan teratasi, pasien membuat jadwal tidur harian dan mencoba mentaatinya dan mengatakan bahwa sebelum tidur selalu berdoa dan relaksasi otot, intervensi dilanjutkan dengan mentaati jadwal tidur secara konsisten, pasien mencapai kriteria hasilgangguan pola tidur dengan hasil pasien dapat tidur namun bertahap.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus Cronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat mearik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Cronic Kidney Disease (CKD) .

* 1. **Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Cronic Kidney Disease (CKD) , maka penulisan dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pasiendenganCronic Kidney Disease (CKD) didapatkan data pasiensesak, adabengkak pada kedua telapak tangan dan kaki, pasien menggunakanotot bantu napas yaitu pernapasan cuping hidung pola nafas ireguler, nafas terlihat ngos-ngosan, irama nafas reguler, rr: 32x/menit, tidak ada penurunan napsu makan karna pasien mengerti pentingnya makan untuk kesehatan tubuh.
2. Diagnosakeperawatan yang muncul pada pasienCronic Kidney Disease (CKD) antara lain pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2, dan gangguan pola tidur berhubungan dengankurang kontrol tidur.
3. intervensi yang dilakukan
4. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, dengan intervensi monitor status pernafasan, monitor hemoglobin, bantu pasien untuk berada pada posisi yang nyaman, ubah posisi pasien secara sering, jelaskan pada pasien jika terjadi sesak nafas, lakukan posisi setengah duduk. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan pola nafas efektif RR 12-24 kali/menit, tidak menggunakan otot bantu pernafasan.
5. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Dengan intervensi monitor tekanan darah, nadi, irama jantung, suhu dan respirasi rate, monitor intake output cairan, monitor tugor kulit, periksa kulit pasien setiap hari untuk mengetahui tanda edema atau perubahan warna, beri edukasi agar pasien ingin melakukan mobilisasi, berikan hasil kolaborasi pemberian cairan 500 ml. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan terbebas dari oedem dan input output cairan seimbang.
6. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2. Monitor adanya factor kelelahan bila beraktivitas, monitor pola tidur atau lamanya saat beristirahat, membantu pasien dalam mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, memotivasi pasien agar ingin melakukan aktivitas. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri.
7. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Monitor factor yang menyebabkan gangguan tidur, beri fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur, menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman member jadwal tidur pasien, memberikan terapi rileksasi distraksi sebelum tidur. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan melaporkan istirahat tidur malam yang optimal, mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.
8. Pelaksanaankeperawatanpada pasien dengan Cronic Kidney Disease (CKD) menganjurkan pasien untuk mentakar jumlah minuman atau cairan yang masuk agar tidak berlebihan menmpuk di organ organ yang ada dalam tubuh dah jika cairan yang masuk dalam tubuh melampaui batas normal dapat berkolaborasi dengan tim kesehatan perawat atau dokter. Jika sesak napas melakukan napas dalam dan melakukan posisi semifowler secara mandiri.
9. Pada evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien dengan keluarga serta tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny. M sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi klien KRS pada tanggal 08 Mei 2021.
10. Dokumentasi asuhan keperawatan pada Cronic Kidney Disease (CKD) di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya telah dilakukan tindakan keperawatan seperti pemberian oksigen, kolaborasi pemberian cairan, dan memberikan relaksasi, serta memberikan hasil kolaborasi obat 3x24jam. Di observasi terakhir didapatkan hasil pasien tidak sesak napas, cairan pada tubuh normal, bisa melakukan aktivitas sendiri dan bisa tidur dengan normal. Masalah teratasi, intervensi dihentikan tanggal 08 mei 2021 pasien keluar rumah sakit
	1. **Saran**

Bertolak belakang dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

* + 1. **Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.**

Hasil studi kasus ini akan menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) dengan baik.

* + 1. **Bagi perawat**

Sebagai tambahan ilmu bagi perawat dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD).Perawat sebagai petugas pelayanaan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberi asuhan keperawatan pada pasien Cronic Kidney Disease (Ckd) , dengan prioritas masalah dalam kasus ini adalah pola napas tidak efektif dan hipervolemia (kelebihan volume cairan)

* + 1. **Bagi peneliti,**

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD).

* + 1. **Bagipasien,**

Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga serta tim kesehatan lainnya

* + 1. **BagiRumahSakit :**
1. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien
2. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan
3. Keseimbangan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

**DAFTAR PUSTAKA**

Bachrudin, M dan Najib, Moh. 2016. *Keperawatan Medical Bedah*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia

Chalik, Raimundus. *2016*. *Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia

Haryono, Rudi. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah System Perkemihan*. Yogyakarta: Rapha Publishing

Prabowo, Eko. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Yogyakarta : Nuha Medika

Sholeh S, Naga. 2012. *Buku Panduan Lengkap Ilmu penyakit Dalam*. Yogyakarta: DIVA Press

Sutjahja, Ari. 2015. *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Dalam*. Surabaya : Airlangga Univercity Press (AUP)

PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*: *Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

PPNI (2018). *Standar Intervesi Keperawatan Indonesia:Definisidan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

Smeltzer dan Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddar*. EGC : Jakarta.

Paweninggalih, L. ratih. (2019). *AsuhanKeperawatanKelebihan Volume Cairan Pada KasusGagalGinjalKronik Di RSI Sakinah Mojokerto*. 1–10.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2001). *Buku Ajar KeperawatanMedikalBedah BrunnerSuddarth Volume 2* (8th ed.). Jakarta : EGC.

Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *KeperawatanMedikalBedah1*.Yogyakarta :EGC.