# KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. N DENGAN DIAGNOSIS MEDIS CKD (CHRONIC KIDNEY DESEASE) + ANEMIA**

**+ PULMONARY OEDEMA DI RUANG III**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**



**Oleh :**

**APRIYADI ANDI SAPUTRO**

**NIM. 172.0017**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. N DENGAN DIAGNOSIS MEDIS CKD (CHRONIC KIDNEY DESEASE) + ANEMIA**

**+ PULMONARY OEDEMA DI RUANG III**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**APRIYADI ANDI SAPUTRO**

**NIM. 172.0017**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# SURAT PERNYATAAN

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

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Sekolah tinggi ilmu kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 18 Februari 2020



**APRIYADI ANDI SAPUTRO**

**NIM : 172.0017**

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

N a m a : APRIYADI ANDI SAPUTRO

N I M. : 172.0017

Program Studi : D – III Keperawatan

J u d u l : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. N dengan diagnosis *CKD* (*Chronic Kidney Desease*) + Anemia + Pulmonary Oedema di Ruang III RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya

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

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

Surabaya, 18 Februari 2020

Pembimbing

Christina Yuliastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

NIP: 03.017

Ditetapkan : STIKES Hang Tuah Surabya

Tanggal` : 18 Februari 2020

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : APRIYADI ANDI SAPUTRO

NIM : 172.0017

Program Studi : D III KEPERAWATAN

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. N dengan diagnosis *CKD* (*Chronic Kidney Desease*) + Anemia + Pulmonary Oedema di Ruang III RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya

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

Hari, tanggal : Jum’at, 28 Februari 2020  
Bertempat di : 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 : Christina Yuliastuti,S.Kep.,Ns.,M.Kep (…………….)

NIP: 03.017

Penguji II : Dhian Satya R.,S.Kep.,Ns.,M.Kep (…………….)

NIP: 03.008

Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

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

Ditetapkan : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 28 Februari 2020

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN YANG MENGALAMI** **CKD (*CHRONIC KIDNEY DESEASE*) + ANEMIA + PULMONARY OEDEMA**

**DENGAN MASALAH POLA NAFAS TIDAK EFEKTIF DI RSAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**APRIYADI ANDI (2020) ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN YANG MENGALAMI** **CKD (*CHRONIC KIDNEY DESEASE*) + ANEMIA + PULMONARY OEDEMA DENGAN MASALAH POLA NAFAS TIDAK EFEKTIF DI RSAL DR. RAMELAN SURABAYA**

Abstrak

Pola nafas tidak efektif merupakan inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi yang adekuat. Penyebab terjadinya pola nafas tidak efektif pada CKD yaitu hambatan upaya napas, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen. Komplikasi yang dapat terjadi pada pola napas tidak efektif jika tidak segera ditangani maka dapat mengakibatkan Odema Pulmonal, Ekspansi paru menurun, Dyspneu, Keletihan otot pernafasan sampai dengan gagal napas. Subjek penelitian ini dengan mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan medikal bedah dengan masalah CKD + Anemia + Pulmonary Odema dengan masalah pola nafas tidak efektif pada Ny. N dengan menggunakan teknik anamnesa wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi. Menentukan diagnosis keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan dan mengevaluasi hasil dari perencanaan. Hasil penelitian yang didapat setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah pola nafas tidak efektif pada Ny. N teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut: sesak napas pasien berkurang, pernapasan cuping hidung berkurang, pola napas pasien dalam batas normal yaitu 12-20x/menit. Dengan cara memberi posisi fowler atau semi fowler adalah pengaruh yang sangat baik dalam proses perbaikan pola nafas tidak efektif. Dalam perawatan pada rumah sakit dengan masalah yang berkaitan dengan pernapasan dapat memberikan Edukasi pada pasien dan keluarga untuk tetap berposisi fowler atau semi fowler bila terjadi sesak nafas.

# MOTTO & PERSEMBAHAN

” Jika orang lain mampu meraih kesuksesan, kenapa kamu tidak ? saya akan meraih kesuksesan itu dengan cara saya sendiri”.

Kupersembahkan Karyaku Yang sederhana Ini kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa ALLAH SWT yang sudah memberikan kesehatan selalu dan melancarkan dalam mngerjakan tugas akhir saya ini.
2. Untuk papa “Moh.Taufik Rahman dan mama “Marwiyah” terima kasih ku ucapkan sudah membesarkanku dan selalu mendoakanku
3. Terimakasih dosen pembimbing Christina Yuliastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Dhian Satya R.,S.Kep.,Ns.,M.Kep
4. Teman-teman mahasiswa prodi DIII Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Angkatan “KUMARA 23”
5. Untuk kakak tingkat yang sudah membantu dan menyemangati dalam penulisan karya tulis ilmiah ini
6. Tidak lupa juga untuk kekasih saya yang selalu mendukung dan menyemangati dalam mengerjakan tugas akhir ini.

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Saya menyadari bahwa keberhasilan dan kelencaran karya tulis bukan hanya kemampuan saya, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah ikhlas membantu saya demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini saya menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebasar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Sosanto, Sp.THT-K-L.,Sp.KL selaku Kepala RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah TInggi Ilmu Kesehatan Stikes Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kepala Program studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia
4. Ibu Christina Yuliastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Ibu Dhian Satya R, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing dan penguji yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran seta perhatian dalam memeberikan dorongan, bimbingan, arahan, masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
5. Ibu Ratna Eko Amd.Kep selaku pembimbing di Ruang III dan Ibu Nur Chasanah Amd.Kep selaku kepala Ruang III yang sudah membantu dan membimbing saya dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
6. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi saya melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam menyempurnakan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga adminitrasi yang tulus ikhlas dalam melayani keperluan saya selama manjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, terima kasih bnatuannya. Saya hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal kebaikan semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya

tulis ilmiah ini

Selanjutnya saya menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang kontruktif senantiasa saya harapkan.

Akhirnya saya berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 18 Februari 2020

Penulis

# 

# DAFTAR ISI

[HALAMAN JUDUL i](#_Toc34688163)

[SURAT PERNYATAAN ii](#_Toc34688164)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc34688165)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc34688166)

[MOTTO & PERSEMBAHAN v](#_Toc34688167)

[KATA PENGANTAR vi](#_Toc34688168)

[DAFTAR ISI ix](#_Toc34688169)

[DAFTAR TABEL xi](#_Toc34688170)

[DAFTAR GAMBAR xii](#_Toc34688171)

[DAFTAR SINGKATAN xiii](#_Toc34688172)

[DAFTAR LAMPIRAN xiv](#_Toc34688173)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_Toc34688174)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc34688176)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc34688177)

[1.3 Tujuan Penulisan 4](#_Toc34688178)

[1.4 Manfaat Penulisan 5](#_Toc34688179)

[1.5 Metode Penulisan 6](#_Toc34688180)

[1.6 Sistematika Penulisan 7](#_Toc34688181)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 8](#_Toc34688182)

[2.1 Konsep penyakit CKD *(Chronic Kidney Desease)* 8](#_Toc34688184)

[2.2 Konsep Penyakit Anemia 21](#_Toc34688185)

[2.3 Konsep penyakit Edema Paru 27](#_Toc34688186)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 34](#_Toc34688188)

[3.1 Pengkajian Keperawatan 34](#_Toc34688190)

[3.2 Diagnosis keperawatan 43](#_Toc34688191)

[3.3 Rencana Keperawatan 46](#_Toc34688192)

[3.4 Tindakan dan Evaluasi Keperawatan 49](#_Toc34688193)

[BAB 4 PEMBAHASAN 66](#_Toc34688194)

[4.1 Pengkajian Keperawatan 66](#_Toc34688196)

[4.2 Diagnosa keperawatan 68](#_Toc34688197)

[4.3 Rencana Keperawatan 71](#_Toc34688198)

[4.4 Pelaksanaan Keperawatan 72](#_Toc34688199)

[4.5 Evaluasi Keperawatan 74](#_Toc34688200)

[BAB 5 PENUTUP 75](#_Toc34688201)

[5.1 Simpulan 75](#_Toc34688203)

[5.2 Saran 77](#_Toc34688204)

[DAFTAR PUSTAKA 79](#_Toc34688205)

[LAMPIRAN 80](#_Toc34688206)

# DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria Anemia 20

Tabel 2.2 Derajat Anemia 21

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang Ny. N 41

Tabel 3.2 Terapi Obat Ny. N 42

Tabel 3.3 Analisis data Ny. N 43

Tabel 3.4 Prioritas Masalah Ny. N 45

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan Ny. N 46

Tabel 3.6 Tindakan dan Evaluasi Ny. N 49

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Letak Ginjal 9

Gambar 2.2 Struktur Ginjal 11

Gambar 2.3 Nefron 12

Gambar 3.1 Genogram Ny. N 35

Gambar 3.2 Foto Torax Ny. N 42

# DAFTAR SINGKATAN

BAK : buang air kecil

BAB : buang air besar

BB : berat badan

CRT : capilary refill time

CKD : chronic kidney disease

DM : diabetes mellitus

EKG : elektrokardiogram

GFR : glomeruler filtration rate

GCS : glascow coma scale

HB : hemoglobin

IV : intra vena

IM : intra muscular

Inj : injeksi

KRS : keluar rumah sakit

LPM : liter per menit

Mg : miligram

Ml : mili liter

mmhg : milimeter merkuri hidragyrum

MRS : masuk rumah sakit

N : nadi

RR : respiratory rate

S : suhu/Subjektif

Spo₂ : saturasi oksigen perifer kapiler

Smrs : sebelum masuk rumah sakit

TTV : tanda-tanda vital

TD : tekanan darah

TB : tinggi badan

WIB : waktu indonesia barat

# DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP pengambilan darah vena 80

## 

## 

## PENDAHULUAN

### Latar Belakang

CKD (*Chronic Kidney Desease*) suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang menetap, yang memerlukan terapi pengganti yang berupa dialisis atau transpaltasi ginjal, secara fisiologis ginjal memiliki multifungsi untuk mengatur keseimbangan dalam tubuh. Sebagai organ utama filtrasi, ginjal memiliki efek yang luar biasa, ginjal dapat mempertahankan sirkulasi tubuh dan mengeluarkan segala bentuk toksin. CKD (*Chronic Kidney Desease*) merupakan kondisi penyakit pada ginjal yang persisten (keberlangsungan ≥ 3 bulan). Kerusakan ginjal secara permanen dan ginjal tidak dapat berfungsi untuk mempertahankan kehidupan, sehingga pasien membutuhkan terapi pengganti ginjal, yaitu dialisis atau transpaltasi (Prabowo & Pranata, 2014). Fenomena yang nampak pada pasien yang mengalami CKD di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah konsumsi cairan yang di batasi, sebagian besar pasien merasa kesulitan untuk membatasi asupan cairan masuk pasien CKD, 80-90% pasien dengan penyakit CKD selalu di sertai penyakit anemia yang di sebabkan oleh defisiensi eritopoetin, hampir semua pasien CKD menjalani hemodalisa. Penyakit CKD dapat menyebabkan hemodinamika tubuh akan menurun dan mengancam nyawa. CKD dapat menimbulkan beberapa masalah keperawatan antara lain : gangguan intergritas kulit, deficit nutrisi, gangguan pertugaran gas, kelebihan volume cairan,dan intoleransi aktivitas.

Penyakit CKD merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan prevalens dan insidens gagal ginjal yang meningkat, prognosis yang buruk dan biaya yang tinggi. Prevalensi CKD meningkat seiring meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut dan kejadian penyakit diabetes melitus serta hipertensi. Sekitar 1 dari 10 populasi global mengalami CKD pada stadium tertentu. Di dunia penyakit gagal ginjal kronis saat ini mengalami peningkatan dan menjadi masalah kesehatan serius. Hasil penelitian *Global Burden of Disease* tahun 2010, Penyakit Ginjal Kronis merupakan penyebab kematian peringkat ke-18 pada tahun 2010. Terdapat lebih dari 2 juta penduduk di dunia yang mendapatkan perawatan dialisis atau transplantasi ginjal dan hanya sekitar 10% yang benar-benar mengalami perawatan tersebut. Sepuluh persen penduduk di dunia mengalami Penyakit Ginjal Kronis dan jutaan meninggal setiap tahun karena tidak mempunyai akses untuk pengobatan. 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 gagal Ginjal. Studi populasi di 4 kota besar di Indonesia yaitu Jakarta, Yogyakarta, Bali dan Surabaya pada 10.000 pasien menyimpulkan prevalensi CKD di Indonesia berkisar 8,6%. Terdapat 30.554 pasien aktif menjalani dialisis pada tahun 2015, sebagian besar adalah pasien dengan gagal ginjal kronik (Depkes, 2017). Selain itu, data di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya khususnya di ruang III di temukan pasien dengan CKD dari Januari 2019 sampai dengan Desember 2019 didapatkan total 126 pasien CKD dari 996 pasien di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Pada bulan januari 2020 terdapat 11g pasien dengan CKD, sedangkan selama 3 bulan terakhir didapatkan total 28 pasien CKD. Rata-rata per bulan ada 9 pasien CKD dengan berbagai macam komplikasi dan yang paling banyak dengan komplikasi anemia.

Gagal ginjal merupakan penyakit yang di sebabkan oleh penyakit primer. Perilaku hidup sehat dalam menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit akan meningkatkan fungsi ginjal. CKD sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder. Penyebab yang sering adalah diabetes mellitus dan hipertensi. Selain itu, ada beberapa penyebab lainnya dari gagal ginjal kronis, yaitu: Penyakit glomerural kronis, Infeksi kronis, Kelainan congenital, Penyakit vaskuler, Obstruksi saluran kemih, Penyakit kolagen, Obat-obatan nefrotoksik (Prabowo & Pranata, 2014).

Mengingat fungsi ginjal yang rusak sangat sulit untuk dilakukan pengembalian, maka tujuan dari pelaksanaan klien CKD adalah untuk mengoptimalkan fungsi ginjal yang ada dan mempertahankan keseimbangan secara maksimal untuk memperpanjang harapan hidup klien. Sebagai penyakit yang kompleks, CKD membutuhkan penatalaksannan terpadu dan serius, sehingga akan meminimalisir komplikasi dan meningkatkan harapan hidup klien. Kegagalan fungsi ginjal akan mengakibatkan gangguan yang bersifat sistemik, sehingga hemodinamika tubuh akan menurun dan mengancam nyawa. CKD dapat menimbulkan beberapa masalah keperawatan jika tidak segera ditangani, antara lain : gangguan integeritas kulit, Defisit nutrisi, gangguan pertukaran gas, kelebihan volume cairan, dan intoleransi aktivitas. Dampak yang ditimbulkan apabila masalah keperawatan tidak segera ditanganai bisa menyebabkan komplikasi, antara lain: Hipokalsemia, penyakit kardiovaskuler, anemia, oedema paru, disfungsi seksual dan juga dapat mengakibatkan gagal nafas.

Oleh karena itu, beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan penatalaksanaan pada klien CKD yaitu: perawatan kulit yang baik, jaga kebersihan oral, beri dukungan nutrisi, pantau adanya hiperkalemia, atasi hieprfostameia dengan hati-hati, control tekanan darah, pantau ada/tidaknya komplikasi, pada tulang dan sendi, latih klien napas dalam dan batuk efektif untuk mencegah terjadinya kegagalan napas akibat obstruksi, jaga kondisi septik dan aseptik prosedur perawatan, observasi adanya tanda-tanda pendarahan, observasi adanya gejala neurologis, atasi neurologis, atasi komplikasi dari penyakit, laporkan segera jika di temui tan-tanda perikarditis, tata laksana dialisis/transpaltasi ginjal (Wijaya & Putri, 2013).

### Rumusan Masalah

Penulis akan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis *CKD* (*Chronic Kidney Desease*) + Anemia + Pulmonary Oedema dengan membuat rumusan masalah “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *CKD* (*Chronic Kidney Desease*) + Anemia + Pulmonary Oedema di ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya?”

### Tujuan Penulisan

#### Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan

Diagnosis *CKD (chronic kidney desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema di ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

#### Tujuan Khusus

1. Mengindetifikasi hasil pengkajian pasien dengan diagnosis *CKD (chronic kidney desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema.
2. Menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosis *CKD (Chronic kidney desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema
3. Merencanakan tindakan pada pasien dengan diagnosis *CKD (chronic fkidney desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema.
4. Melakukan tindakan pada pasien dengan diagnosis *CKD (chronic kidney desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema.
5. Mengevaluasi hasil implementasi pada pasien dengan diagnosis *CKD (chronic kidney desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis diagnosis *CKD (chronic kidney desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema.

### Manfaat Penulisan

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

#### Di bidang akademis

Akademis hasil karya tulis ilmiah ini sebagai tambahan ilmu pengetahuan dalam hal asuhan keperawatan pada pasien *CKD (chronic kidney desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema khususnya bagi mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya

#### Masyarakat umum di rumah sakit

Masukan bagi masyarakat awam tentang pelayanan di rumah sakit pada pasien *CKD (chronic kidney desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema.

#### Penulis

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu refrensi rujukan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus pada kasus yang sama yaitu *CKD ( Chronic Kidney Desease )* + Anemia + Pulmonary Oedema..

### Metode Penulisan

#### Metode

#### Metode penulisan karya tulis ini menggunakan metode deskriptif, dimana penulis mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. N dengan diagnosis CKD (chronic kidney desease) + Anemia + Pulmonary Oedema di Ruang III RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya, dengan pendekatan proses keperawatan yaitu terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data ini diambil melalui dialog dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan tim medis lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui keadaan klien, percakapan dengan keluarga klien, perawat ruangan dan tim medis lain

3. Pemeriksaan fisik

Data yang di dapatkan dalam pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang pasien.

#### Sumber Data

1. Data primer

Data yang diperoleh langsung dari pasien

2. Data sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga pasien,perawat ruangan, rekam medis pasien, hasil pemeriksaan dan tim medis lain.

### Sistematika Penulisan

Studi kasus ini secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagaian yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan dosen pembimbing, lembar pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar dan daftar isi
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari antara lain sebagai berikut:
3. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, masalah, tujuan, manfaat, dan sistematika penulisan
4. BAB 2 : Tinjauan pustaka,berisi tentang konsep penyakit dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa *CKD (chronic kidney desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema secara teori beserta kerangka masalah.
5. BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi.
6. BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan teori dengan kasus nyata yang ada di lapangan.
7. BAB 5 : Penutup berisi tentang simpulan dan saran.

## 

# TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ini menguraikan secara teoritis mengenai 1). konsep CKD 2). Konsep Anemia 3). konsep Pulmonary Oedema. 4). Konsep askep CKD yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan penatalaksan.

### Konsep penyakit CKD *(Chronic Kidney Desease)*

#### Pengertian CKD

CKD (*Chronic Kidney Disease*) merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) di dalam darah (Prabowo & Pranata, 2014).

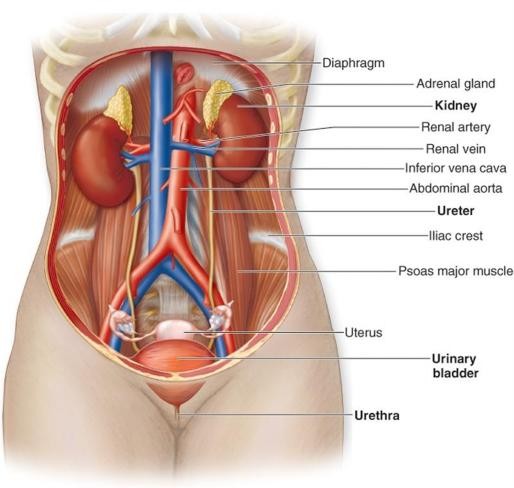
CKD (*Chronic Kidney Disease*) merupakan suatu kerusakan ginjal atau penurunan laju filtrasi glomerulus kurang dari 60mL/mim/1,73 m² selama lebih dari 3 bulan (Joyce & Hokanson, 2014).

#### Anatomi Ginjal

* + - 1. Pengertian Ginjal

Pengertian Ginjal menurut Toto & Masjid, (2014) adalah sepasang organ retroperineal yang integral dengan homeostatis tubuh dalam mempertahankan keseimbangan, termasuk keseimbangan fisika dan kimia. Ginjal menyekresikan hormone dan enzim yang membantu pengaturan produksi eritrosit, tekanan darah, serta metabolism dan menyesuaikan ekskresi air dan pelarut. Ginjal mengatur volume ciran tubuh, asiditas dan elektrolit, sehingga mempertahankan

komposisi cairan yang normal, Ginjal memiliki bentuk seperti biji kacang yang jumlahnya ada dua buah yaitu di sebelah kiri dan kanan. Ginjal kiri memiliki ukuran lebih besar dari ginjal kanan dan pada umumnya ginjal laki-laki memiliki ukuran yang lebih panjang dibandingkan dengan ginjal wanita. Pada orang dewasa, ginjal panjangnya 12 sampai 13 cm, lebarnya 6 cm dan beratnya antara 120-150 gram. Sembilan puluh lima persen (95%) orang dewasa memiliki jarak antar kutub ginjal antara 11-15 cm. Perbedaan panjang dari kedua ginjal yang lebih dari 1,5 cm atau perubahan bentuk ginjal merupakan tanda yang penting karena kebanyakan penyakit ginjal dimanifestasikan dengan perubahan struktur.



Sumber : (Toto & Masjid, 2014)

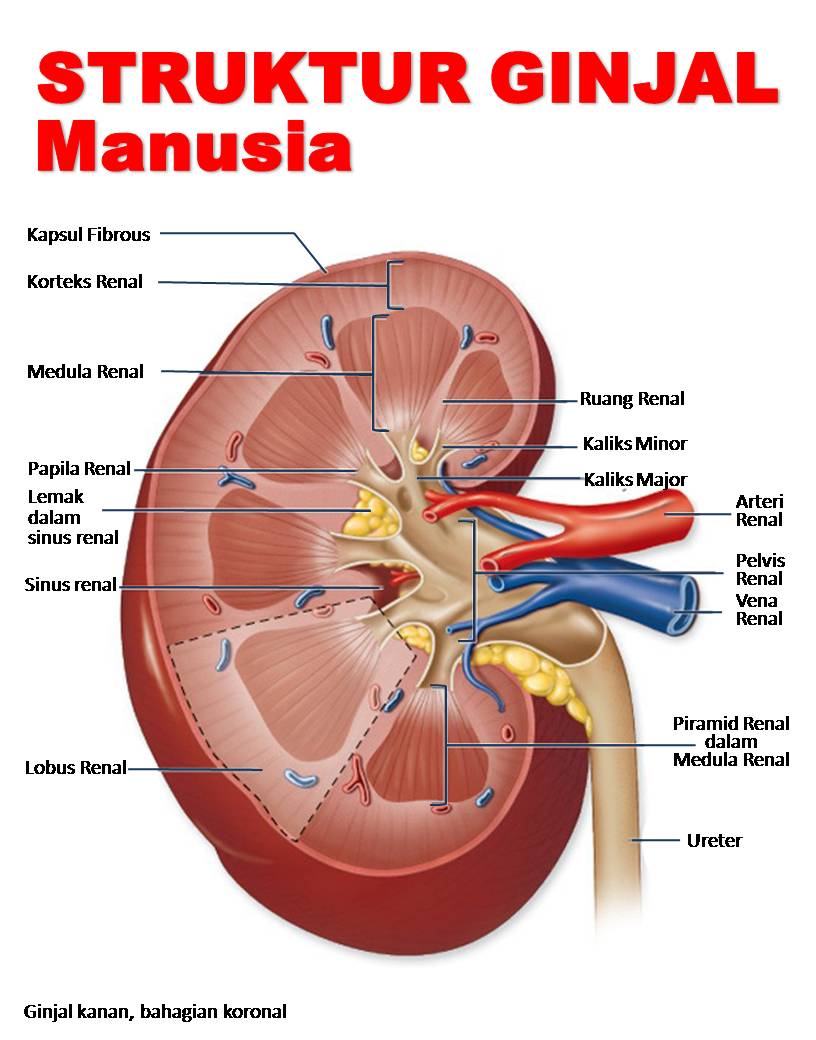
Gambar 2.1 letak ginjal

1. Fungsi Ginjal

Fungsi ginjal sendiri selain untuk menyaring kotoran dalam darah, ginjal mempunyai fungsi-fungsi sebagai berikut :

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

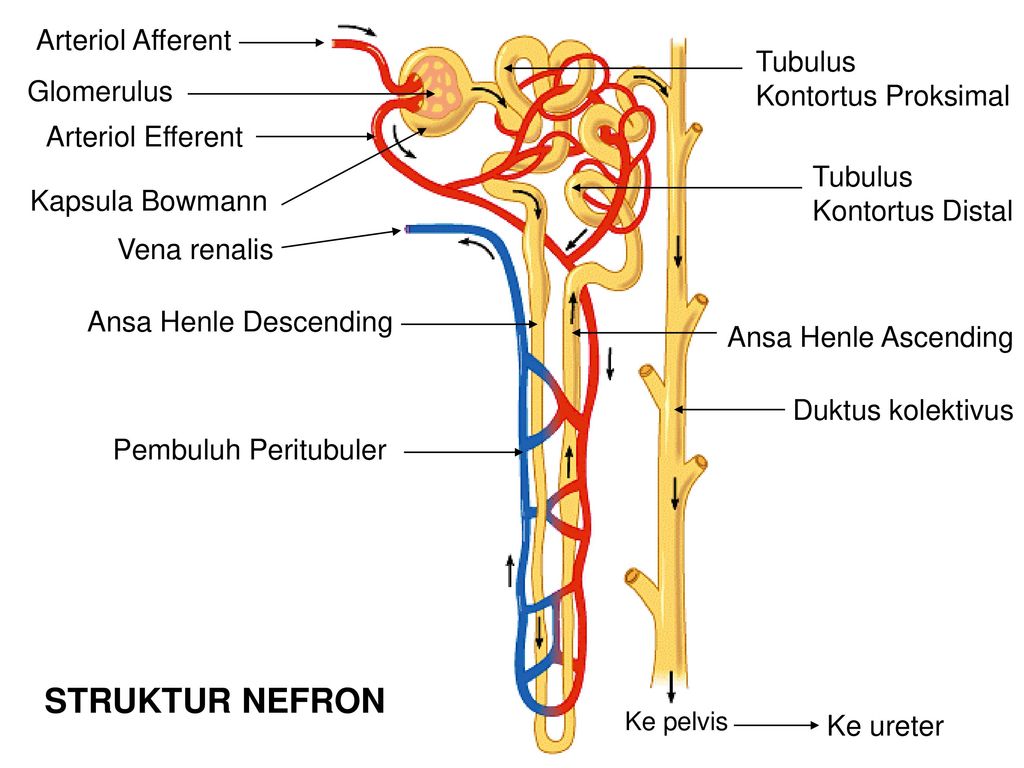
Setiap ginjal terbungkus oleh selaput tipis yang disebut kapsul fibrosa dan memiliki dua lapisan yang berbeda yaitu korteks yang coklat kemerahan yang mendapat banyak darah dan medulla pada bagian dalam, yaitu tempat ditemukannya satuan fungsional ginjal yaitu nefron.

  
Sumber : (Smeltzer, 2016)

Gambar 2.2 struktur ginjal

Garis-garis yang terlihat di atas pyramid disebut tubulus nefron yang merupakan bagian terkecil dari ginjal yang terdiri dari glomerulus, tubulus proksimal (tubulus kontorti satu), ansa henle, tubulus distal (tubulus kontorti dua), dan tubulus urinarius (papilla vateri) (Smeltzer, 2016).

Pada setiap ginjal diperkirakan ada 1.000.000 nefron, selama 24 jam dapat menyaring darah 170 liter. Arteri renalis membawa darah murni dari aorta ke ginjal, lubang-lubang yang terdapat pada pyramid renal masing-masing membentuk simpul dari kapiler satu badan malfigi yang disebut glomerulus. Pembuluh aferen yang bercabang membentuk kapiler menjadi vena renalis yang membawa darah dari ginjal ke vena kava inferior (Chrysochou, Sinha, Chalmers,& Kalra, 2012).



Sumber : (Toto & Masjid, 2014)

Gambar 2.3 Nefron

Kapiler-kapiler glomerulus dilapisi oleh sel-sel epitel dan seluruh glomerulus dilingkupi dengan kapsula Bowman. Cairan yang difiltrasi dari kapiler glomerulus masuk ke dalam kapsula Bowman dan kemudian masuk ke tubulus proksimal, yang terletak pada korteks ginjal. Dari tubulus proksimal kemudian dilanjutkan dengan ansa Henle (*Loop of Henle*). Pada ansa Henle terdapat bagian yang desenden dan asenden. Pada ujung cabang asenden tebal terdapat makula densa. Makula densa juga memiliki kemampuan kosong untuk mengatur fungsi nefron. Setelah itu dari tubulus distal, urin menuju tubulus rektus dan tubulus koligentes modular hingga urin mengalir melalui ujung papilla renalis dan kemudian bergabung membentuk struktur pelvis renalis

#### Etiologi

CKD sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder (*illness secondary*). Penyebab yang sering adalah diabetes mellitus dan hipertensi. Selain itu, ada beberapa penyebab lainnya dari gagal ginjal kronis , yaitu (Robinson, 2013) :

1. Penyakit glomerural kronis (glomerulonefritis);
2. Infeksi kronis (pyelonefritis kronis, tuberculosis);
3. Kelainan kongenital (polikistik ginjal);
4. Penyakit vaskuler (renal nephrosclerosis);
5. Obstruksi saluran kemih (nephrolithisis);
6. Penyakit kolagen (Systemic Lupus Erythematosus);
7. Obat-obatan nefrotoksik (aminoglikosida).

#### Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala klinis pada gagal ginjal kronis dikarenakan gangguan yang bersifat sistemik. Ginjal sebagai organ koordinasi dalam peran sirkulasi meliliki fungsi yang banyak (organs multifunction), sehingga kerusakan kronis secara fisiologis ginjal akan mengakibatkan gangguan keseimbangan sirkulasi dan vasomotor. Berikut ini adalah tanda dan gejala yang ditunjukan oleh gagal ginjal kronis (Robinson, 2013; Judith, 2007):

1. Ginjal dan gastrointestinal

Sebagai akibat dari hiponatremi maka timbul hipotensi, mulut kering, penurunan turgor kulit, kelemahan, fatique, dan mual. Kemudian terjadi penurunan kesadaraan (somnolen) dan nyeri kepala hebat. Dampak dari peningkatan kalium adalah peningkatan iritabilitas otot dan akhirnya otot mengalami kelemahan. Kelebihan cairan yang tidak terkompensasi akan mengakibatkan asidosis metabolik. Tanda yang paling khas adalah terjadinya penurunan urine output dengan sedimentasi yang tinggi.

1. Kardiovaskuler

Biasanya terjadi hipertensi, aritmia, kardiomyopati, uremic percarditis, effusi pericardial (kemungkinan bisa terjadi tamponade jantung), gagal jantung, edema periorbital dan edema perifer.

1. Respiratory System

Biasanya terjadi edema pulmonal, nyeri pleura, friction rub dan efusi pleura, crackles, sputum yang kental, uremic pleuritis dan uremic lung, dan sesak napas.

1. Gastrointestinal

Biasanya menunjukan adanya inflamasi dan ulserasi pada mukosa gastrointestinal karena stomatitis, ulserasi dan perdarahan gusi, dan kemungkinan juga disertai parotitis, esofagitis, gastritis, ulseratif duodenal, lesi pada usus halus / usus besar colitis, dan pancreatitis. Kejadian skunder biasanya mengikuti seperti anoreksia, nausea dan vorniting.

1. Integument

Kulit pucat, kekuning-kuningan, kecoklatan, kering dan ada scalp. Selain itu, biasanya juga menunjukan adanya purpura, ekimosis, petechiae, dan timbunan urea pada kulit.

1. Neurologis

Biasanya ditunjukan dengan adanya neuropathy perifer, nyeri, gatal pada lengan dan kaki. Selain itu, juga adanya kram pada otot dan reflex kedutan, daya memori menurun, apatis, rasa kantuk meningkat, iritabilitas, pusing, koma, dan kejang. Dari hasil EGG menunjukan adanya perubahan metabolic encephalophaty.

1. Endokrin

Bisa terjadi infertilitas dan penurunan libido, amenorrhea dan gangguan siklus menstruasi pada wanita, impoten, penurunan sekresi sperma, peningkatan sekresi aldosteron, dan kerusakan metabolisme karbohidrat.

1. Hematopoitiec

Terjadi anemia, penurunan waktu hidup sel darah merah, trombositopenia (tampak dari dialysis), dan kerusakan platelet. Biasanya masalah yang serius pada system hematologi ditunjukkan dengan adanya perdarahan (purpura, ekimosis, dan petechiae).

1. Muskuloskeletal

Nyeri pada sendi dan tulang, demineralisasi tulang, traktur pathologis, dan klasifikasi (otak, mata, gusi, sendi, miokard)

#### Patofisiologi

Patofisiologi CKD (*Chronic Kidney Desease*) menurut Smeltzer, (2016)

yaitu:

1. Penurunan GFR

Penurunaan dapat dideteksi dengan mendapat urin 24 jam untuk pemeriksaan klirens kreatinin. Akibat dari penurunan GFR, maka klirens kreatinin akan menurun, kreatinin akan meningkat dan nitrogen urea (BUN) juga akan meningkat.

1. Gangguan Klirens renal

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

1. Retensi cairan dan natrium

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

1. Anemia

Anemia dapat sebagai akibat dari reproduksi eritopoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk terjadi pendarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran GI

1. Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat Kadar serum

kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan yang sangat timbal 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 dapat berespon terhadap peningkatan sekresi parathormon, akibatnyakalsium ditulang menurun menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang

1. Penyakit tulang uremik (osteodistrofi)

Terjadi dari perubahan kompleks kalsium , fosfat, dan keseimbangan parathormon.

#### Komplikasi

Komplikasi menurut Joyce & Hokanson, (2014) yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronis adalah:

1. Penyakit tulang

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

1. Penyakit kardiovaskuler

Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistematik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelaianan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri)

1. Anemia

Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetinyang mengalami defisiensidi ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin.

1. Disfungsi seksual

Dengan gangguan sirkulasi pada ginjal, maka libido akan sering mengalami penurunan dan akan terjadi impotensi pada pria. Pada wanita dapat terjadi hiperprolaktinemia.

#### Pemeriksaan Penunjang

pemeriksaan penunjang menurut Joyce & Hokanson, (2014) yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnose gagal ginjal kronis

1. Biokimiawi

Pemeriksaan utama dari analisa fungsi ginjal adalah ureum dan kreatinin plasma. Untuk hasil yang lebih akurat untuk mengetahui fungsi ginjal adalah dengan analisa *creatinine clearance* (klirens kreatinin). Selain pemeriksaan fungsi ginjal (*Renal Function Test*). Pemeriksaan kadar elektrolit dalam tubuh sebagai bentuk kinerja ginjal.

1. Urinalisis

Urinalisis dilakukan untuk menampis ada / tidaknya infeksi pada ginjal atau ada / tidaknya perdarahan aktif akibat inflamasi pada jaringan parenkim ginjal.

1. Ultrasonografi Ginjal

gambaran dari ultrasonografi akan memberikan informasi yang mendukung untuk menegakkan diagnosis gagal ginjal. Pada klien gagal ginjal biasanya menunjukan adanya obstruksi atau jaringan parut pada ginjal. Selain itu, ukuran dari ginjal pun akan terlihat.

#### Penatalaksanaan

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

1. Perawatan kulit yang baik

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

1. Jaga kebersihan oral

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

1. Beri dukungan nutrisi

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

1. Pantau adanya hiperkalemia

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

1. Atasi hiperfosfatemia dan hipokalsemia

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

1. Kaji status hidrasi dengan hati-hati

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

1. Control tekanan darah

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

1. Pantau ada / tidaknya komplikasi pada tulang dan sendi.
2. Latih klien napas dalam dan batuk efektif untuk mencegah terjadinya kegagalan napas akibat obstuksi
3. Jaga kondisi septik dan aseptik setiap prosedur perawatan (pada perawatan luka operasi).
4. Observasi adanya tanda-tanda pendarahan

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

1. Obseervasi adanya gejala neurologis

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

1. Atasi komplikasi dari penyakit

Sebagai penyakit yang sangat mudah menimbulkan komplikasi, maka harus dipantau secara ketat. Gagal jantung kongestif dan edema pulmonal dapat diatasi dengan membatasi cairan, diet rendah natrium, diuretic, preparat inotropik (digitalis / dobutamin) dan lakukan dialysis jika perlu. Kondisi asidosis metabolic bisa diatasi dengan pemberian natrium bikarbonat atau dialisis.

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

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

### Konsep Penyakit Anemia

#### Pengertian Anemia

Pengertian Anemia menurut (Smeltzer, 2013) adalah kondisi yang terjadi karena konsentrasi hemoglobin didalam darah kurang dari dalam batas normal, anemia terjadi karena jumlah eritrosit yang kurang dari normal di dalam sirkulasi darah dalam tubuh. Akibatnya jumlah oksigen didalam tubuh yang disalurkan ke jaringan tubuh juga akan berkurang. Anemia bukan merupakan kondisi suatu penyakit khusus tetapi suatu cerminan keadaan suatu penyakit (gangguan). Sejauh ini anemia adalah kondisi dari hematologi yang sering terjadi. Anemia yang terjadi tidak hanya menjadi satu klasifikasi tetapi terdapat beberapa jenis anemia. Pendekatan fisiologi membuat klasifikasi bahwa anemia yang tergolong disesuaikan dengan penyebab defisiensi eritrosit, lalu disebabkan oleh adanya cacat produksi (anemia hipoprolifeferatif), yang disebabkan oleh destruksi/penghancuran (anemia hemolitik), terjadi krena kehilangan (perdaharan).

Batasan umum dalam kriteria dinyatakan bahwa terjadi anemia apabila terdapat nilai dengan kriteria sebagai berikut:

##### Tabel 2.1 Kriteria Anemia

**Kelompok Kriteria Hemoglobin**

Laki-laki dewasa Hb < 13 gr/dl

Perempuan dewasa tidak hamil Hb < 12 gr/dl

Perempuan hamil Hb < 11 gr/dl

Anak usia 6-14 tahun Hb < 12 gr/dl

Anak usia 6 bulan-6 tahun Hb < 11 gr/dl

Sumber : (Proverawati, 2011)

Klasifikasi derajat anemia yang umunya dipakai yang ditentukan oleh kadar Hb sebagai berikut:

Tabel 2.2 Derajat Anemia

Ringan sekali Hb 10 gr/dl – 13 gr/dl

Ringan Hb 8 gr/dl – 9,9 gr/dl

Sedang Hb 6 gr/dl – 7,9 gr/dl

Berat Hb < 6 gr/dl

Sumber : (Lestari & Lipoeto, 2017)

#### Etiologi

Penyebab terjadinya anemia tidak hanya satu penyebab atau beberapa penyebab tetapi penyebab dari anema digolongkan sesuai dengn jenis dari anemia yang terjadi di dalam tubuh penderita, berikut jenis anemia sesuai dengan penyebabnya:

1. Anemia pasca perdarahan, Kondisi ini terjadi akibat adanya perdarahan yang masif seperti terjadinya kecelakaan, operasi dan persalinan. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya anemia.
2. Anemia defisiensi, Kondisi ini terjadi karena kekurangan bahan baku pembuat sel darah merah.
3. Anemia hemolitik, Hal ini terjadi karena adanya penghancuran (hemolisis) eritrosit yang berlebihan karena adanya faktor:
4. Faktor intrasel, faktor ini dipengaruhi adanya kelainan pada organ misalnya talasemia, hemoglobnopatia (talasemia HbE, sickle cell anemia), sferositas, defiseiensi enzim eritrosit (G-6PD, piruvatkinase, glutation reduktase).
5. Faktor eksternal, faktor ini terjadi karena adanya intoksikasi, infeksi (malaria), imunologis (inkompatibilitas golongan darah, reaksi hemolitik pada tranfusi darah).
6. Anemia aplastik

Terjadinya anemia aplastik ini disebabkan oleh terhentinya/tidak berfungsinya pembuatan sel darah sumsum tulang (kerusakan sumsum tulang) (Wijaya & Putri, 2013).

#### Patofisiologi

Munculnya anemia merupakan cerminan bahwa adanya kegagalan pada sumsum atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau keduanya. Kegagalan yang terjadi pada sumsum tulang akibat dari kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor atau lebih banyak akibat dari penyababnya belum/tidak diketahui. Sel darah merah didalam tubuh dapat hilang melalui adanya perdarahan atau hemplisis (destruksi), kondisi ini bisa berakibat defek sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah yang dapat menyebabkan adanya destruksi sel darah merah.

Kerusakan sel darah merah (disolusi) akan terjadi terutama dalam sel fagositik atau dalam sistem retikuloendotelial, terutama pada organ hati dan limpa. Hasil dari proses ini akan menyebabkan bilirubin yang akan masuk ke dalam aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel dalam darah merah (hemolisis) segera direflesikan dengan adanya peningkatan bilirubin plasma (konsentrasi normal adalah ≤ 1 mg/ dl, kadar diatas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sclera). Apabila adanya sel darah merah yang mengalami penghancuran dalam sirkulasi (pada kelainan hemplitik) maka akan terjadinya hemoglobin muncul dalam plasma (protein pengikat untuk hemoglobin bebas) untuk mengikat semuanya, hemoglobin akan berdifusi didalam glomerulus ginjal dan kedalam urin (homoglobinuria).

Kekurangan asam folat juga bisa mengakibatkan anemia (anemia megaloblastik) karena asam folat adalah bahan esensial untuk sintesis DNA *(Desoxyribonucleicacid)* dan RNA *(Ribonucleidacid)*, unsur yang penting dalam tubuh untuk metabolisme inti sel dan pematangan sel dalam tubuh (Wijaya & Putri, 2013).

#### Manifestasi Klinis

Sistem organ yang diserang oleh anemia, maka anemia dapat menimbulkan manifestasi klinis yang luas tergantung pada kecepatan timbulnya terjadinya anemia karena usia, mekanisme kompensasi, tingkat aktivitasnya, keadaan penyakit yang mendasari dan tingkat anemia (Smeltzer, 2013). Secara umum ada beberapa gejala anemia:

1. Hb menurun ( < 10 g/ dl), trombositosis / trombositopenia, pansitopenia.
2. Penurunan BB, kelemahan.
3. Takikardia, TD menurun, ekstremitas dingin, palpitasi, kulit pucat.
4. Mudah lelah: sering istirahat, nafas pendek.
5. Sakit kepala, pusing, mata berkunang- kunang.

Selain dari gejala umum itu sendiri, ada beberapa faktor juga yang dapat mempengaruhi perkembangan gejala yang terkait dengan anemia: kecepatan terbentuknya anemia, durasi anemia (yaitu konsentrasinya), kebutuhan metabolik pasien, penyakit lain atau disabilitas yang menyertai dari anemia (misal, penyakit jantung atau paru) dan komplikasi atau manifestasi kondisi penyerta yang menimbulkan anemia. Biasanya terjadi bila semakin cepat anemia terbentuk akan semakin berat gejala dari anemia, gejala anemia yang paling menonjol dari anemia mencakup:

1. Dispnea, nyeri dada, nyeri otot atau kram, takikardi.
2. Kelemahan, keletihan, malise umum.
3. Pucat pada kulit dan membran mukosa (konjungtiva, mukosa oral).
4. Ikterik (anemia megaloblastik atau hemolitik).
5. Lidah halus dan berwarna merah (anemia defisiensi besi).
6. Lidah luka seperti daging merah (anemia megaloblastik).
7. Keilosis angular (ulserasi pada tepi/sudut mulut).
8. Kuku rapuh, melengkung/melembung, berbentuk cekung dan pika (secara tidak lazim lapar tepung, tanah es) pada pasien anemia defisiensi besi.

#### Pemeriksaan Diagnostik

pemeriksaan fisik lain menurut Proverawati, (2011), anemia biasanya terdeteksi atau setidaknya bisa dikonfirmasi dengan spesifik dengan adanya pemeriksaan lainnya:

1. Tes Laboratorium untuk anemia dapat mencakup berikut:
2. Hitung darah lengkap (CBC), Untuk menentukan tingkat dari keparahan dan jenis anemia (anemia mikrositik atau kecil ukuran sel darah merah, anemia normositik atau normal ukuran sel darah merah, atau anemia makrositik atau berukuran besar sel darah merah).
3. Tes Hemoglobin pada feses, Tes yang dilakukan ini untuk mengetahui darah di dalam tinja yang dapat mendeteksi pendarahan dari perut atau usus (tinja guaiac penguji atau tes darah tersembunyi tinja).
4. Pemeriksaan darah tepi, Pemeriksaan ini akan tampak pada sel-sel darah merah di bawah mikroskop untuk menentukan adanya ukuran, bentuk, jumlah dan warna serta menilai se-sel lain di dalam darah.
5. Kadar Besi, Kadar zat besi dalam darah dapat menunjukkan apakah mungkin terkait bahwa anemia kekurangan zat besi atau tidak.
6. Kadar transferrin, cek ini untuk mengevaluasi protein yang membawa zat besi ke seluruh tubuh.
7. Feritin, Tes yang dilakukan untuk mengevaluasi kadar zat besi total yang tersedia dalam tubuh.
8. Asam folat, Hal ini perl diperhatikan karena vitamin yang diperlukan untuk menghasilkan sel darah merah, bila mana hasil dari asam folat ini rendah bisanya pada orang yang dengan kebiasaan makan yang buruk
9. Pemeriksaan Lain

Pemeriksaan lain mungkin dilakukan untuk mengidentifikasi adanya masalah medis dan ada beberapa kasus anemia diperlukan untuk pemeriksaan penunjang lain (Handayani & Sulistyo, 2010). yaitu:

1. Biopsi kelenjar yang dilanjutkan dengan pemeriksaan histopatologi.
2. Radiologi: Torak, *bone srvey*, USG, limfangiografi.
3. Pemeriksaan sitogenik.
4. Pemeriksaan biologi molekuler (PCR= *polymerase chain reaction*, FISH= *florescence in situ hybrydization*) 1 bag PRC dapat meningkatkan 1-2 gr/dl hemoglobin.

#### Penatalaksaan

Pelaksanaan terapi anemia menurut Purwanto, (2016) pada pasien perlu diperhatikan prinsip-prinsip yang harus di tegakkan yaitu:

1. Terapi spesifik sebaiknya diberikan setelah diagnosis ditegakkan
2. Terapi diberikan atas indikasi yang jelas, rasional, efisien.

Jenis-jenis terapi yang dapat diberikan adalah:

1. Terapi gawat darurat, Pada penderita yang terkena anemia akan lebih cepat terjadinya payah jantung atau ancaman payah jantung, maka harus segera diberikan terapi darurat dengan tranfusi sel darah merah yang dimampatkan (PRC) untuk mencegah terjadinya payah jantung.
2. Terapi khas untuk masing-masing anemia, Terapi yang diberikan pada jenis ini misalnya prepat besi untuk anemia defiensi besi.
3. Terapi kausal, Terapi ini untuk mengobati penyakit dasar yang menyebabkan anemia. Misalnya, anemia defisiensi besi yang disebabkan oleh infeksi cacing tambang harus diberikan obat anti-cacing tambang.
4. Terapi ex-juvantivus (empiris), Terapi yang diberikan terpaksa sebelum diagnosis dapat dipastikan jika terapi ini berhasil berari diagnosis dapat dikuatkan. Terapi ini dilakukan jika tidak tersedia fasilitas diagnosis yang mencukupi. Pada pemberian terapi jenis in penderita harus diawasi dengan ketat, jika terdapat respon yang baik terapi bisa diteruskan, tetapi jika tidak terdapat respon, maka harus dilakukan evaluasi kembali.

### Konsep penyakit Edema Paru

#### Pengertian Edema Paru

Pengertian Edema paru akut menurut (Priscilla, Karen, & Bauldoff Gerene, 2016) adalah penumpukan cairan abnormal di kantong alveolus dan ruang interstisial disekitar alveolus. Edema paru dibagi berdasarkan penyebabnya. Pertama penyebab kardiogenik, seperti gagal jantung kiri, stenosis katup mitral, syok kardiogenik, hipertensi, dan kardiomiopati. Kedua, penyebab non kardiogenik seperti aspirasi sisi lambung, pneumonia, pankreatitis, ARDS. Edema paru kardiogenik atau edema volume overload terjadi karena peningkatan tekanan hidrostatik dalam kapiler paru yang menyebabkan peningkatan filtrasi cairan transvaskular. Peningkatan tekanan hidrostatik kapiler paru biasanya disebabkan oleh meningkatnya tekanan di vena pulmonalis yang terjadi akibat meningkatnya tekanan akhir diastolik ventrikel kiri dan tekanan atrium kiri (Rampengan, 2014).

#### Patofisiologi

Peningkatan tekanan hidrostatik dipembuluh paru menyebabkan ketidakseimbangan gaya starling, menyebabkan peningkatan filtrasi cairan ke ruang interstisial paru sehingga melebihi kemampuan kapasitas jaringan limfatik untuk menyalurkan cairan tersebut. Meningkatkan volume kebocoran ruang alveolus. Sistem limfatik berusaha mengompensasi hal tersebut dengan mengeluarkan cairan interstisial yang berlebih ke kelenjar getah bening hilus dan kembali ke sistem vaskular. Bila jalur tersebut terganggu, caira bergerak dari interstisial pleura kedinding alveolus. Jika epitel alveolus rusak, cairan mulai terkumpul di alveolus. Edema alveolus merupakan manifestasi jangka panjang dari progresivitas ketidakseimbangan cairan. Hipoksemia terjadi ketika membran menebal oleh cairan, menghambat pertukaran oksigen dan karbondioksida dengan cairan menumpuk di interstisial dan ruang alveolus menurunkan daya kembang paru da difusi oksigen terganggu. Jika edema paru disebabkan gagal ventrikel kiri, gagal ventrikel kanan dapat terjadi akibat kenaikan tekanan arteri patu. Kenaikan ini meningkatkan afterload ventrikel kanan, menyebabkan meningkatnya beban kerja jantung dan manifestasi gagal jantung kanan (Joyce & Hokanson, 2014).

#### Etiologi

Penyebab dari edema paru akut menurut (Joyce & Hokanson, 2014). dibagi menjadi dua yaitu:

1. Kardiogenik

Penyebab kardiogenik antara lain gagal jantung kiri, stenosis katu mitral, syok kardiogenik, hipertensi, dan kardiomiopati. Normalnya cairan bergerak dari ruang interstinal pada ujung kapiler sebagai hasil dari tekanan hidrostatik dipembuluh darah, dan kembali keujung vena kapiler karena adanya tekanan onkotik dan peningkatan tekanan hidrostatik interstisial pergerakan cairan dalam paru pun tidak berbeda, sering ditemukan cairan diruang intestinal paru. Normalnya cairan tersebut dari sirkulasi mikro dan masuk ke interstinal untuk menyediakan nutrisi pada sel-sel paru. Cairan sisa akan kembali melalui sistem limfatik. Peningkatan volume cairan di arteri paru karena obstruksi dari aliran didepannya adalah penyebab utama dari edema paru, gagal jantung adalah contoh tersering dari obstruksi aliran tersebut**.**

2. Nonkardiogenik

a. Aspirasi isi lambung, terutama jika ada sejumlah besar HCL

b. Barotrauma, misalnya dengan PEEP dengan ventilasi mekanis

c. Kelebihan cairan dari IV atau Gagal Ginjal

d. Sepsis

e. Inhalasi bahan kimia beracun, misalnya sulfur dioksida, parakuat, fosgen, klorin, nitrogen oksida

f. Ventilasi mekanis, keracunan oksigen, ARDS

g. Keganasan yang mnyekat aliran keluar limfa didalam paru-paru.

h. Prankeatitis

i. Pneumonia

j. Inhalasi asap, misalnya terperangkap dalam bangunan yang terbakar

k. Terjadi secara unilateral, setelah ekspansi kembali paru kolaps (pneumotoraks).

#### Manifestasi klinis

Manifestasi klinis Menurut Eodema paru menurut Priscilla et al., (2016). Sebagai berikut :

1. pernafasan
2. Takipnea
3. Pernafasan berat
4. Dispnea
5. Ortopnea
6. Dyspnea nokturna
7. Batuk produktif dengan sputum berbusa
8. Ronki, mengi
9. Kardiovaskuler
10. Takikardi
11. Hipotensi
12. Sianosis
13. Kulit dingin lembab
14. Hipoksemia
15. Galop ventrikel
16. Neurologis
17. Gelisah
18. Ansietas
19. Merasa akan mati

Pasien odema paru akan datang dengan manifestasi klasik. Dispnea, napas pendek, dan pernafasan berat, juga di sertai dengan ortopnea, ketidak mampuan bernafas saat tidur terlentang. Sianosis muncul dan kulit dingin, lembap, dan berkeringat. Rongki terdengar di seluruh lapang paru pada auskultasi. Surara akan lebih keras jika kondisi tersebut memburuk.

#### Penatalaksanaan

1. Pemberian Oksigen

Pemberian oksigen terutama pada klien gagal jantung disertai dengan edema paru. Pemenuhan oksigen akan mengurangi kebutuhan miokardium dam membantu memenuhi kebutuhan oksigen.

1. Terapi nitrat dan vasodilator.

Bentuk terapi ini telah diketahui bermanfaat pada gagal ringan sampai sedang serta gagal edema pulmonal akut berhubungan dengan infark miokard, gagal ventrikel kiri sulit sembuh kronis, dan kegagalan yang berhubungan dengan regurgitasi mitral berat. Terapi nitrat jangka panjang tidak hanya menghilangkan gejala, tetapi tampak memperbaiki prognosis gagal jantung. Perubahan kerja jantung dengan menurunkan preload dan afterload diindikasikan pada gagal jantung

1. Diuretik

Selain tirah baring, pembatasan garam dan air serta diuretik, baik oral atau parenteral akan menurunkan preload dan kerja jantung. Diuretik memilik efek antihippertensi dengan meingkatkan pelepasan air dan garam natrium. Hal ini menyebabkan menurunan volume cairan dan merendahkan tekanan darah.

1. Digitalis

Digitalis adalah obat utama untuk meningkatkan kontraktilitas. Digitalis diberikan dalam dosis yang sangat besar dan dengan cepat diulang. Pada kegagalan jantung digitalis memperlambat frekuensi ventrikel dan meningkatkan kekuatan kontraksi serta peningkatan effisiensi jantung.

1. Sedatif

Pada keadaan gagal jantung berat, pemberian sedatif untuk mengurangi kegelisahan dapat diberikan. Dosis phenobarbital 15-30mg empat kali sehari dengan tujuan mengistirahatkan klien dan memberi relaksasi pada klien.

### Kerangka Masalah

Gg Keseimbangan asam basa

Produksi asam↑

Asam lambung

MK. Mual, muntah

Anoreksia

Mk. Defisit nutrisi

Pada paru

Mk. Gangguan pertukaran gas

**DM**

Gula darah ↑

Ginjal tidak dapat menyerap

Kerusakan nefron

**CKD**

Sekresi protein terganggu

Gangguan Eritopoetin

Ginjal kehilangan fungsi

Retensi

Pucat, lemah

Anemia

Mk. Intoleransi aktivitas

Tekanan ↑

Edema

Mk. Kelebihan volume cairan

Uremia

Pruritus

Mk. Gangguan intergritas kulit

## Gambar 2.4 Kerangka masalah CKD (Chronic Kidney Desease)

## 

# TINJAUAN KASUS

Penulis mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan medical bedah pada CKD + Anemia + Pulmunary Oedema, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 Januari 2020 sampai 30 Januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 28 Januari 2020 pukul 13.30 WIB. Anamnese diperoleh dari pasien dan file No. Register 76XXX Sebagai berikut :

### Pengkajian Keperawatan

#### Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. N, Usia 74tahun, Beragama Islam, Bahasa yang sering di gunakan adalah Bahasa Indonesia, Pasien tinggal di daerah Surabaya dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, Pasien Masuk Rumah Sakit tanggal 27 Januari 2020 pukul 13.45 WIB.

#### Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Pasien mengeluh sesak

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 27 Januari 2020 pada jam 10.10 WIB setelah pasien bangun tidur pasien mengeluhkan sesak,mual dan badan terasa bengkak, setalah itu pasien di bawa ke IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 27 januari 2020 jam 13.45 setiba di IGD hasil Observasi TTV TD : 164/80mmHg, N : 79x/menit, S : 36°C, RR : 21x/menit, GCS : 456, Spo₂ : 100% terpasang oksigen dengan nasal breathing 8 Lpm, data pemeriksaan penunjang EKG, laboratorium

rontgen, pengambilan darah lengkap, dan dilakukan tindakan keperawatan pemasangan infus NS 1 kolf , dan kateter, injeksi lasix jumlah 2 dosis 40mg (intravena),Ondancentron 8mg/IV, pada jam 15.20 WIB pasien di pindahkan ke ruangan 3 dengan di diagnosis CKD + Anemia + Pulmunary Oedema kemudian di ruangan 3 dilakukan observasi TTV, T: 160/90mmHg, N:87x/menit, S:36,7°C, RR: 24x/menit, SpO₂: 98% keadaan umum : lemah, kesadaran compos mentis,terpasang kateter, terpasang O₂ nasal canule 4 LPM.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan pernah memiliki riwayat penyakit DM sejak 15 tahun yang lalu sampai saat ini masih kontrol rutin, Hipertensi sejak 10 tahun yang lalu sampai sekarang, ISK 4 tahun yang lalu, Gastritis, pernah dirawat sejak 7 tahun yang lalu pasien di diagnosis batu ginjal dan dilakukan operasi.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ayah memiliki riwayat penyakit DM

5. Genogram

74

DM

= Pasien

= Laki – laki

= Perempuan

= Meninggal

= Tinggal serumah

= Ada hubungan darah

Gambar 3.1 Genogram Ny.N

6. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap apapun (obat, makanan, debu maupun udara)

#### Observasi dan Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Keadaan Umum Baik, Kesadaran Compos Mentis, Darah Tekanan 150/90 mmHg, Nadi 88x/menit, Suhu 36.8C°, RR 24x/menit, Tinggi Badan 141cm, Berat Badan sebelum sakit 44, Berat Badan setelah sakit 43

2. B1 (Pernafasan)

Bentuk dada normochest, pergerakan simetris, otot bantu nafas tambahan tidak ada, irama nafas reguler, kelainan tidak ada, pola nafas takipnea, puara nafas vesikuler, suara nafas tambahan tidak ada, sesak nafas ada, batuk tidak ada, sputum tidak ada, warna tidak ada, ekskresi tidak ada, sianosis tidak ada, kemampuan aktivitas pasien mengatakan sesak melakukan aktivitas berlebih

**Masalah : pola nafas tidak efektif**

3. B2 (Kardiovaskuler)

Ictus cordis mid clavikula Sinistra bergeser lateral ICS 5, irama jantung reguler, nyeri dada tidak ada, bunyi jantung s1 s2 tunggal bunyi jantung tambahan tidak ada, CRT <2 detik, akral HKM(hangat,kering,merah), oedema tidak ada, pembesaran kelenjar getah bening tidak ada, pendarahan tidak ada.

**Masalah : tidak ada masalah keperawatan**

4. B3 (Persarafan)

inspeksi : GCS E:4 V:5 M:6 total 15, reflek cahaya (+/+), upil isokor, palpasi dan perkusi : reflek fisiologi patella (+/+) respon berupa kontraksi otot quadriceps femoris yaitu ekstensi dari lutut, trisep (+/+) normal karena timbul kontraksi triceps, biceps (+/+) normal karena timbul kontraksi biceps, achilles (+/+) respon normal berupa gerakan plantar fleksi kaki, babinski (+/+) respon normal terjadi fleksi plantar semua jari kaki, reflek patologis kaku kuduk (+/+), brudzinski I (+/+) bila kedua tungkai bawah akan fleksi pada sendi panggul dan sendi lutut, brudzinski II (+/+) fleksi tungkai lainnya pada sendi panggul dan lutut, kernig (+/+) respon normal ekstensi lutut pasif akan menyebabkan rasa sakit terhadap hambatan.

Pada pemeriksaan nervus cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan obat, nerus cranial II pasien mampu melihat di semua lapang pandang secara normal, nervus cranial III pasien mampu membuka mata ke atas dan ke bawah, nervus cranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata, nervus cranial V pasien mampu mengunah dengna baik, nervus cranial VI pasien mampu bergerakke atah lateral, nervus cranial VII pasien mampu untuk tersenyum, nervus cranial VIII pasien mampu mendengarkan perintah perawat dengan baik, nervus cranial IX pasien mampu merasakan rasa manis, nervus cranial X pasien mampu menelan makanan dengan baik, nervus cranial XI pasien mampu mengangkat bahu dan menoleh kanan kiri, nervus cranial XII pasien mampu menggerakkan lidah ke kanan kiri, tidak ada paralisis, tidak ada polip dan deviasi septum.

**Masalah : tidak ada masalah keperawatan**

5. B4 (Perkemihan)

Kebersihan : Bersih, Ekskresi : , Kadung kemih :, Nyeri tekan : Tidak ada Eliminasi uri SMRS Frek : 3-4x/hari jumlah : ± 500cc/hari , warna : kuning, Eliminasi uri MRS Frek : jumlah : ± 1000cc/hari warna : kuning, alat bantu: foley Kateter

Perhitungan IWL : 15 / kg BB/ hari

15 x 43kg/24 jam = 645 cc

6. B5 (Pencernaan)

Mulut : simetris, membran mukosa : kering, gigi/gigi palsu : ada, faring : normal, pola makan dan minum smrs pasien makan 3xsehari, jenis : bubur dan jus, minum : ± ½ liter, pantangan : buah yang terlalu banyak mengandung air (papaya, apel), pola makan dan minum di rs pasien makan 2xsehari, jenis : bubur, porsi : ½ porsi, muntah : tidak ada, mual : ada, frekuensi minum jumlah : ±600ml, jenis : air.

Balance cairan :

Input : minum/hari ±600cc, terapi cairan 500cc/24 jam, jumlah Input pasien 1100cc/24 jam

Output : jumlah urin yang keluar /24 jam ±1000 cc, IWL 645cc = 1.645cc Input-Output = 1.100 cc/24 jam – 1.645cc/24 jam = -545cc/jam

bentuk perut : simetris, peristaltik : 20 kali/ menit, kelainan abdomen : tidak ada,

hepar : tidak ada pembesaran, lien : tidak ada pembesaran, nyeri abdomen : tidak ada, rectum dan anus : ada, eliminasi alvi smrs frekuensi : tidak bisa bab 2 hari yang lalu dan bab terakhir tanggal 25 januari 2020 warna : (-), konsistensi : (-), eliminasi alvi mrs : frekuensi : 1xsehari, warna : coklat, konsistensi : lembek.

**Masalah : nausea**

7. B6 (Muskuloskeletal)

Rambut,kulit kepala : putih, bersih, warna kulit : sawo matang, kuku : bersih, turgor kulit : menurun, rom : terbatas

kekuatan otot : 4444 4444

4444 4444

tulang : baik

kelainan jaringan : tidak ada

**Masalah : intoleransi aktivitas**

8. Endrokrin

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar thyroid, terdapat adanya hiperglikemia dengan GDA stick tanggal 28 Januari 2020 dengan hasil 163 mg/dl.

**Masalah keperawatan : risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah**

9. Seksual-reproduksi

Menstruasi terakhir : pasien lupa, Masalah menstruasi : tidak terkaji, Pap Smear terakhir : tidak terkaji, Pemeriksaan payudara/testis sendiri tiap bulan : tidak pernah, Masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit : tidak ada.

**Masalah : tidak ada masalah keperawatan**

10. Kemampuan perawatan diri

Pasien mengatakan ketika sebelum MRS dirinya mampu melakukan aktifitas diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian, berdandan, berjalan, belanja. Tetapi setelah MRS pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti saat ke kamar mandi, pasien dibantu perawat atau keluarganya.

**Masalah : defisit perawatan diri**

11. Istirahat tidur

Jam tidur SMRS : siang 13.00-14.00 WIB malam 22.00-04.00 WIB total tidur pasien SMRS 7 jam. Jam tidur MRS : siang 12.00-14.00 WIB malam 21.00-05.00 WIB total tidur pasien selama 10 jam.

12. Kognitif perseptual-sosio-spiritual

pasien mengatakan sakit adalah cobaan dari Tuhan sedangkan sehat adalah karunia dari Tuhan yang harus disyukuri.Px juga mengatakan penyakitnya ini dikarenakan kebiasaannya dulu selalu mengkonsumsi makanan dan minuman yang sembarangan dan berlebihan.

Konsep diri :

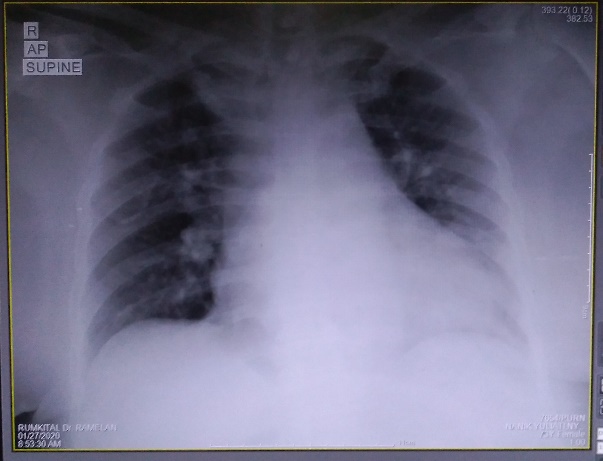
1. Gambaran diri : Pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya
2. Identitas diri : Pasien seorang perempuan dan memiliki 7 orang anak yaitu laki laki dan 1 perempuan
3. Fungsi Peran : Pasien mengatakan seorang nenek dari cucunya
4. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya
5. 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, pasien dapat menghibur diri dengan bermain handphone dan melihat tv, Pasien juga selalu berdoa dan terus berdoa untuk kesembuhan penyakitnya.

**Masalah : tidak ada masalah keperawatan**

Tabel 3.1 Pemeriksaanpenunjang pada Ny. N dengan diagnosis CKD (chronic kidney desease) + Anemia + Pulmonary Oedema di Ruang III

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parameter** | **Result** | **Unit** | | **Ref. Rangers** |
| **Hasil 27 januari 2020**  **HEMATOLOGI**  HGB  HCT  PCT  **KIMIA**  BUN  Chlorida  Gula darah acak  Kreatinine  **ANALISA**  **GAS DARAH**  BE (ecf)  ctCO2  ctHb  FIO2  HCO3act  O2CT  O2SAT  pCO2  pH  pO2  pO2 (A-a)(T)  pO2 (a/A)(T)  pO2/FIO2  Temp | 8.0  23.9  0.301  48  106.9  163  4.8  -10.9  15.6  10.6  33.0  14.8  15.1  99.0  27.9  7.340  159.2  50.4  0.75  4.82  36.0 | g/dL  %  %  mg/dL  mmol/L  mg/dL  mg/dL  mmol/L  mmol/L  g/oL  mmol/L  mL  %  mmHg  mmHg  mmHg  mmHg  mmHg  mmHg  °C | 37.0 - 54.0  0.108 - 0.282  10 – 24  95.0 – 105.0  < 120.0  0.6 – 1.5  32.0 – 45.0  7.350 – 7.450  75.0 – 100.00 | |



Gambar 3.2 Foto torax Ny. N dengan diagnosis CKD (chronic kidney desease) + Anemia + Pulmonary Oedema di Ruang III pada tanggal 27 januari 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nama obat** | **Dosis** | **Indikasi** |
| **Tgl : 28 – 30 Januari 2020**  Ondansetron Inj IV  Lansoprazole Inj IV  Novorapid Inj pen SC  Furosemide Inj IV  Infus Kidmin 7tpm | 3x8 mg  1x30 mg  3x4 unit  3x1mg  20mg | **-** Mengurangi mual  - untuk menurunkan produksi asam berlebih pada lambung  - Mengontrol gula darah  - Pengobatan tekanan darah tinggi, mengurangi Oedema  - Menghambat pemecahan protein otot |

Tabel 3.2 Terapi Obat Ny. N

### Diagnosis keperawatan

#### Analisis data

Tabel 3.3 Analisis data Ny. N dengan diagnosis CKD (chronic kidney desease) + Anemia + Pulmonary Oedema di Ruang III

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | ANALISA DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
| 1 | DS : pasien mengatakan sesak nafas bila tidak menggunakan oksigen  DO :   * Pola napas abnormal   ( Dyspnea )   * Spo₂ : 98% dengan pemakaian O₂ nasal kanul 4 LPM   - TD :150/90mmHg  Nadi : 88x/menit  RR : 24x/menit | Hambatan upaya nafas | Pola nafas tidak  Efektif (D.0005) |
| 2 | DS : pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan  DO :   * Makan tidak habis   ( ½ porsi )   * Nafsu makan manurun * TD dan Nadi meningkat   TD :150/90mmHg  Nadi : 88x/menit  RR : 24x/menit   * Pasien mengeluh mual * Hasil lab BUN : 48mg/dL,   Kreatinine : 4.8mg/dL  Tgl 27 januari 2020 | Gangguan Biokimia (Uremia) | Nausea (D.0076) |
| 3 | DS : Pasien mengatakan gula darahnya meningkat  DO :   * Kadar glukosa dalam darah tinggi 163 pemeriksaan tgl 28 januari 2020 * Px tampak lesu | Gangguan glukosa darah | Ketidak stabilan glukosa darah  (D.0027) |
| 4.  5. | DS : Pasien mengatakan tidak dapat mandi sendiri  DO :  - Pasien tidak dapat mandi sendiri melainkan di bantu keluarga   * TD :150/90mmHg   Nadi : 88x/menit  RR : 24x/menit  DS : Pasien mengatakan badan terasa lemas  DO : Pasien tampak lemah  TD : 150/90mmHg  Nadi : 88x/menit  RR : 24x/menit  Spo₂ : 98% dengan pemakaian O₂ nasal kanul 4 LPM | Kelemahan  Kelemahan | Defisit perawatandiri  (D.0109)  Intoleransi Aktivitas (D.0056) |

#### Prioritas Masalah

Tabel 3.4 Prioritas Masalah Ny. N dengan diagnosis CKD (chronic kidney desease) + Anemia + Pulmonary Oedema di Ruang III

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Masalah  keperawatan | Tanggal | | Paraf |
| Ditemukan | Teratasi |
| **1** | Pola nafas tidak efektif | 28 JANUARI 2020 |  | **A** |
| **2** | Nausea | 28 JANUARI 2020 |  | **A** |
| **3** | Ketidak stabilan glukosa darah | 28 JANUARI 2020 |  | **A** |
| **4** | Defisit perawatan diri | 28 JANUARI 2020 |  | **A** |
| **5** | Intoleransi aktivitas | 28 JANUARI 2020 |  | **A** |

### Rencana Keperawatan

Tabel 3.5 Keperawatan Ny. N dengan diagnosis CKD (chronic kidney desease) + Anemia + Pulmonary Oedema di Ruang III Pada tanggal 28 Januari 2020

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnose Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan Pola nafas membaik, KH (PPNI, 2018):   * dispnea membaik * Tekanan darah dalam batas normal (tek. Sistol 110-130 mmHg,   tek. Diastol 70-90 mmHg)   * Nadi dalam batas normal(60-100x/menit) * RR dalam batas normal(18-22x/menit) | 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Observasi Tanda tanda Vital 3. Monitor pola napas, irama, suara nafas 4. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 5. Ajarkan teknik relaksasi. 6. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 7. Berikan pasien oksigen nasal kanul 4LPM | 1. Tercapainya hubungan saling percaya antara pasien dan perawat. 2. Mengetahui perubahan tanda tanda vital 3. Mengidentifikasi perubahan pola, irama, suara nafas 4. Memberikan jalan nafas yang adekuat 5. Dapat mendidik pasien dan keluarga untuk mencoba tindakan memperbaiki pola nafas 6. Agar keluarga dan pasien mengetahui keadaan membaik atau tidak 7. Dapat mesuplai dan memberikan cadangan oksigen supaya pasien tidak hipoksia |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | Nausea b.d Gangguan Biokimia | Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan tingkat nausea menurun, KH (PPNI, 2018) :   * Mual berkurang/hilang * Makan habis 1 porsi * Nafsu makan kembali membaik * TD dan Nadi dalam batas normal   TD :  S: 110 – 130 mmHg  D : 80-90 mmHg  S : 36-37 C°  Nadi : 60-100 x/mnt | 1. Observasi asupan cairan dan makanan pasien, pola makan dan nafsu makan pasien 2. Monitor mual 3. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan yang memicu mual 4. Ajarkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi (teknik napas dalam dan imajinasi terbimbing) 5. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 6. Berikan obat Inj Ondansetron dosis 3x8mg rute IV | 1. Mengetahui asupan gizi pasien dan untuk merencanakan tindakna selanjutnya 2. Mencegah mual yang semakin memburuk 3. Mengurangi kecemasan dan mengalihkan perhatian dari rasa mual 4. Mengurangi rasa mual yang di rasakan pasien 5. Untuk mengurangi mual 6. Mengurangi rasa mual yang di rasakan pasien |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. | Intoleransi Aktivitas  b.d kelemahan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan aktivitas kembali normal.  KH (PPNI, 2018) :   * Melakukan aktivitas yang biasa dilakukan dengan mandiri * Frekuensi nafas 18- 22x/menit * Tekanan darah dalam batas normal (tek. Sistol 110-130 mmHg,   tek. Diastol 70-90 mmHg)   * Saturasi oksigen dalam batas normal 97-100% | 1. Observasi tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi. 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5. Ajarkan kepada pasien latihan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan | 1. Untuk mengetahui tingkat kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas 2. Untuk mengetahui adanya peningkatan atau   saat sesudah atau sebelum beraktivitas.   1. Melatih aktivitas pasien secara berkala 2. Untuk membantu reflek kerja otot pasien 3. Dapat meningkatkan pernafasan dan secara bertahapp meningkatkan aktivitas |

### Tindakan dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Tindakan dan Evaluasi Ny. N dengan diagnosis CKD (chronic kidney desease) + Anemia + Pulmonary Oedema di Ruang III

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO DX** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **TT WAT** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** | **TT WAT** |
| 1,2,3  1,2,3  1,2,3 | 28-01- 2020  09.00  09.10  11.30 | -Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien  Hasil : pasien mengatakan mengeluh sesak,lemas dan mual  -Melakukan observasi TTV  TD :150/90 mmHg  Suhu : 36.8oC  Nadi : 88x/menit  RR :24x/menit  -Mengkaji Pola, irama, suara  Hasil : Pola nafas dyspnea, irama nafas reguler, dan tidak ada suara nafas tambahan.  - Memonitor mual  Hasil : pasien merasakan mual  - Memberikan obat Ondansentron Inj 8 mg melalui IV  - Memberikan obat Novorapid Inj 4 unit melalui SC | **A**  **A**  **A** | 28-01- 2020  14.00 | **DX1**  S : Pasien mengatakan masih sesak O :   * Pola nafas masih abnormal ( Dyspnea ) * Spo2 : 98% dengan menggunakan oksigen nasal canul 4 LPM * TTV : TD : 150/90mmHg   N : 88x/ menit  RR : 24x/ menit  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7 | **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1,2,3  1,2 | 11.40  11.50 | - Mengobservasi tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, ROM  Hasil : pasien tampak belum bisa melakukan ROM  -Membantu memposisikan pasien semi fowler  - Mengobservasi asupan cairan dan makanan pasien, pola makan dan nafsu makan pasien  Hasil : pasien tampak kurang nafsu makan ½ porsi  - Mengedukasi pasien teknik relaksasi nafas dalam | **A**  **A**  **A** |  | **DX 2**  S : Pasien mengatan masih mual  O:   * Pasien tampak menghindari sesuatu yang menyebabkan mual * Pasien tampak mual * Pasien tampak tidak nafsu makan ½ posrsi untuk menghindari mual   A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6  **DX 3**  S: Pasien mengatakan badan masih terasa lemas  O:   * Pasien tampak belum bisa melakukan ROM mandiri (dibantu keluarga) * Pasien tampak lemah   A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 | **A**  **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO DX** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **TT WAT** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** | **TT WAT** |
| 1,2,3  1,2,3  1,2,3 | 28-01- 2020  15.00  15.10  15.30 | -Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien  Hasil : pasien mengatakan mengeluh sesak,lemas dan mual  -Melakukan observasi TTV  TD :150/80 mmHg  Suhu : 36.5oC  Nadi : 88x/menit  RR :24x/menit  Mengkaji Pola, irama, suara nafas  Hasil : Pola nafas dyspnea, irama nafas reguler, dan tidak ada suara nafas tambahan.  - Memonitor mual  Hasil : pasien masih merasakan mual  - Mengobservasi tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, ROM  Hasil : pasien tampak belum bisa melakukan ROM mandiri | **A**  **A**  **A** | 28-01- 2020  21.00 | **DX1**  S : Pasien mengatakan masih sesak O :   * Pola nafas masih abnormal ( Dyspnea ) * TTV : TD : 150/80mmHg   N : 88x/ menit  RR : 24x/ menit  S : 36.5°C  Spo2 : 98%  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7  **DX 2**  S : Pasien mengatan masih mual  O:   * Pasien tampak menghindari sesuatu yang menyebabkan mual * Pasien tampak mual * Pasien tampak tidak nafsu makan ½ posrsi untuk menghindari mual   A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6 | **A**  **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1,2,3  3  1,2,3 | 15.40  15.50  17.15 | -Membantu pasien menemukan posisi yang nyaman yaitu Semi fowler  - Mengobservasi asupan cairan dan makanan pasien, pola makan dan nafsu makan pasien  Hasil : pasien tampak kurang nafsu makan ½ porsi  -Mengarkan keluarga dan pasien untuk mobilisasi  -Memberikan obat Ondansetron Inj 8mg melalui IV  -memberikan obat furosemide Inj 1mg melalu IV | **A**  **A**  **A** |  | **DX 3**  S: Pasien mengatakan badan masih terasa lemas  O: \_   * Pasien tampak belum bisa melakukan ROM mandiri (dibantu keluarga) * Pasien tampak lemah   A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 | **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO DX** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **TT WAT** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** | **TT WAT** |
| 1,2,3  1,2,3 | 28-01- 2020  22.00  22.20  23.00  04.30 | - Memantau pola nafas pasien pasien dan observasi TTV  TD :140/70mmHg  Suhu : 36.3oC  Nadi : 91x/menit  RR : 22x/menit  Spo2 : 99%  - Tangan bengkakdan aff infus  - Memastikan penghalang tempat tidur terpasang dengan benar  - Melakukn inj ondansentron 8mg melalui IV ,Lanzoprazole 30mg emalui IV, furosemid Inj 1mg melalui IV, novorapid 4unit melalui SC | **A**  **A**  **A** | 28-01- 2020  07.00 | **DX 1**  S : Pasien mengatakan masih sesak O :   * Pola nafas masih abnormal ( Dyspnea ) * Spo2 : 98% dengan menggunakan oksigen nasal canul 4 LPM * TTV : TD : 140/70mmHg   N : 91x/ menit  RR : 22x/ menit  S : 36.3°C  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5,6,7  **DX 2**  S : Pasien mengatan masih mual  O:   * Pasien tampak mual * Pasien tampak tidak nafsu makan ½ posrsi untuk menghindari mual   A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6  **DX 3**  S: Pasien mengatakan badan masih terasa lemas  O:   * Pasien tampak belum bisa melakukan ROM mandiri (dibantu keluarga) * Pasien tampak lemah   A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 | **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO DX** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **TT WAT** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** | **TT WAT** |
| 1,2,3  1,2,3  1,2,3 | 29-01- 2020  09.00  09.10  09.30 | -Memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien  Hasil : pasien mengatakan masih sesak,lemas berkurang dan mual berkurang  -Melakukan observasi TTV  TD :140/80 mmHg  Suhu : 36.6oC  Nadi : 87x/menit  RR :24x/menit  Spo2 : 99%  -Memberikan obat Ondansetron Inj 8 mg melalui IV  -Mengkaji Pola, irama, suara nafas  Hasil : Pola nafas dyspnea, irama nafas reguler, dan tidak ada suara nafas tambahan. | **A**  **A**  **A** | 28-01- 2020  14.00 | **DX 1**  S : Pasien mengatakan masih sesak O :   * Pola nafas masih abnormal ( Dyspnea ) * TTV : TD : 140/80mmHg   N : 87x/ menit  RR : 24x/ menit  S : 36.6°C  Spo2 : 99%  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5,6,7 | **A** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1,2,3  3  1,2,3 | 09.40  10.00  10.50  11.20 | - Memonitor mual  Hasil : pasien mengatakan mual berkurang  - Mengobservasi tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, ROM  Hasil : pasien tampak belum bisa melakukan ROM mandiri (dibantu keluarga)  -Membantu pasien memposisikan Semi fowler  - Mengobservasi asupan cairan dan makanan pasien, pola makan dan nafsu makan pasien  Hasil : pasien tampak kurang nafsu makan ½ porsi -melakukan perwatan infus dan catheter -Mengedukasi pasien untuk mobilisasi  -Melibatkan keluarga dalam memobilisasi pasien  -Memberikan obat Ondansetron inj 8mg melalui IV  -Memberikan obat furosemide Inj 1mg melalui IV  -Memberikan obat Novorapid pen 4 unit melalui IM | **A**  **A**  **A**  **A**  **A** |  | **DX 2**  S : Pasien mengatan mual berkurang  O:   * Pasien tampak menghindari sesuatu yang menyebabkan mual * Pasien mengatakan mual berkurang * Pasien tampak masih tidak nafsu makan ½ porsi untuk menghindari mual   A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5,6  **DX 3**  S: Pasien mengatakan lemas berkurang  O:   * Pasien tampak belum bisa melakukan ROM mandiri (dibantu keluarga) * Pasien tampak lemah   A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 |

e

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO DX** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **TT WAT** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** | **TT WAT** |
| 1,2,3  1,2,3 | 29-01- 2020  15.00  15.10 | -Memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien  Hasil : pasien mengatakan masih sesak,lemas berkurang dan mual berkurang  -Melakukan observasi TTV  TD : 130/80 mmHg  Suhu : 36.7oC  Nadi : 90x/menit  RR : 22x/menit  Spo2 : 98%  -Memberikan obat Ondansetron inj 8 mg melalui IV | **A**  **A** | 29-01- 2020  21.00 | **DX 1**  S : Pasien mengatakan masih sesak O :   * Pola nafas masih abnormal ( Dyspnea ) * TTV : TD : 130/80mmHg   N : 90x/ menit  RR : 22x/ menit  S : 36.6°C  Spo2 : 98%  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5,6,7 | **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1,2,3  1,2,3  3  1,2,3 | 15.30  15.40  15.50  18.15 | -Mengkaji Pola, irama, suara nafas  Hasil : Pola nafas dyspnea, irama nafas reguler, dan tidak ada suara nafas tambahan.  -Memberikan penjelasan ke px untuk latian tanpa alat bantu oksigen  - Memonitor mual  Hasil : pasien mengatakan mual berkurang  - Mengobservasi tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, ROM  Hasil : pasien tampak sudah bisa miring kanan kiri mandiri  -Membantu pasien memposisikan Semi fowler  - Mengobservasi asupan cairan dan makanan pasien, pola makan dan nafsu makan pasien  Hasil : pasien tampak kurang nafsu makan ½ porsi  -Mengarkan keluarga dan pasien untuk mobilisasi  -Memberikan obat Ondansetron inj 8mg melalui IV  -memberikan obat furosemide inj 1mg melalui IV | **A**  **A**  **A**  **A** |  | **DX 2**  S : Pasien mengatakan mual sudah berkurang  O:   * Pasien tampak menghindari sesuatu yang menyebabkan mual * Pasien mengatakan mual berkurang * Pasien tampak tidak nafsu makan ½ porsi untuk menghindari mual   A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5,6,7  **DX 3**  S: Pasien mengatakan lemas berkurang  O: \_   * Pasien tampak sudah bisa miring kanan kiri mandiri * Lemas berkurang   A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan 3,4 | **A**  **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO DX** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **TT WAT** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** | **TT WAT** |
| 1,2,3  1,2,3 | 29-01- 2020  22.00  23.00  04.30 | - memantau pola nafas pasien pasien dan observasi TTV  TD :140/70mmHg  Suhu : 36.3oC  Nadi : 91x/menit  RR : 22x/menit  Spo2 : 97%  - memastikan penghalang tempat tidur terpasang dengan benar  - melakukn inj ondansentron 8mg melalui IV ,Lanzoprazole 30mg emalui IV, furosemid Inj 1mg melalui IV, novorapid 4unit melalui SC | **A** | 29-01- 2020  07.00 | **DX 1**  S : Pasien mengatakan sesak berkurang  O :   * Pola nafas masih abnormal ( Dyspnea ) * Pasien menggunakan oksigen dengan nasal canul 3 lpm * Pasien tampak belajar tidak menggunakan Oksigen * TTV :TD : 140/70mmHg   N : 91x/ menit  RR : 22x/ menit  S : 36.3°C  Spo2 : 97%  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan 2,3,4,7  **DX 2**  S : Pasien mengatakan mual sudah berkurang  O:   * Pasien tampak sudah tidak terlalu menghindari sesuatu yang menyebabkan mual * Pasien mengatakan mual berkurang * Pasien tampak sudah nafsu makan   A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan 4,5,7  **DX 3**  S: Pasien mengatakan lemas berkurang  O:   * Pasien tampak sudah bisa miring kanan kiri dan duduk mandiri * Lemas berkurang   A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan 4 | **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO DX** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **TT WAT** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** | **TT WAT** |
| 1,2,3  1,2,3 | 30-01- 2020  09.00  09.10 | - Menanyakan keluhan pasien  Hasil : pasien mengatakan sesak berkurang,sudah tidak lemas lagi dan mual berkurang  -Melakukan observasi TTV  TD :130/70 mmHg  Suhu : 36.3oC  Nadi : 87x/menit  RR :20x/menit  Spo2 : 98% | **A**  **A** | 30-01- 2020  14.00 | **DX1**  S : Pasien mengatakan sesak berkurang  O :   * Pola nafas normal ( eupnea ) * Pasien tampak belajar tidak menggunakan oksigen * TTV :TD : 130/70mmHg   N : 87x/ menit  RR : 20x/ menit  S : 36.3°C  Spo2 : 98%  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan 2,3 | **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1,2,3 | 09.30 | -Mengkaji Pola, irama, suara nafas  Hasil : Pola nafas eupnea, irama nafas reguler, dan tidak ada suara nafas tambahan.  - Memonitor mual  Hasil : pasien mengatakan mual berkurang  - Mengobservasi tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, ROM  Hasil : pasien tampak sudah bisa melakukan ROM mandiri | **A** |  | **DX 2**  S : Pasien mengatan mual berkurang  O:   * Pasien tampak sudah tidak lagi menghindari sesuatu yang menyebabkan mual * Pasien mengatakan mual berkurang * Nafsu makan pasien tampak membaik,makan 1 porsi   A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan 2,5,7 | **A**  **A** |
| 1,2,3  1,2,3 | 09.40  11.15 | - Mengobservasi asupan cairan dan makanan pasien, pola makan dan nafsu makan pasien  Hasil : nafsu makan pasien mulai membaik    -Memberikan obat Ondansetron inj 8mg melalui IV  -memberikan obat furosemide Inj 1mg melalui IV  -Memberikan obat Novorapid pen 4 unit melalui SC | **A**  **A** | **DX 3**  S: Pasien mengatakan lemas berkurang  O: \_   * Pasien tampak sudah bisa melakukan ROM mandiri * Lemas berkurang   A: Masalah teratasi sebagaian  P: Intervensi dilanjutkan 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO DX** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **TT WAT** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** | **TT WAT** |
| 1,2,3  1,2,3 | 30-01- 2020  15.00  15.10 | -Memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien  Hasil : pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi,sudah tidak lemas lagi dan tidak mual  -Melakukan observasi TTV  TD :130/70 mmHg  Suhu : 36.5oC  Nadi : 92x/menit  RR : 20x/menit  Spo2 : 98% | **A**  **A** | 28-01- 2020  21.00 | **DX1**  S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi  O :   * Pola nafas masih normal ( eupnea ) * TTV : TD : 110/70mmHg   N : 92x/ menit  RR : 20x/ menit  S : 36.5°C  Spo2 : 98%  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dipertahankan | **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1,2,3  1,2,3 | 15.30  15.40  16.00 | -Mengkaji Pola, irama, suara nafas  Hasil : Pola nafas eupnea, irama nafas reguler, dan tidak ada suara nafas tambahan.  - Memonitor mual  Hasil : pasien mengatakan sudah tidak mual  - Mengobservasi tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur, berdiri, ROM  Hasil : pasien tampak sudah bisa melakukan ROM mandiri  - Mengobservasi asupan cairan dan makanan pasien, pola makan dan nafsu makan pasien  Hasil : pasien tampak sudah makan 1 porsi  -memberikan obat furosemide Inj 1mg melalui IV  -Memberikan obat Novorapid pen 4 unit melalui SC | **A**  **A** |  | **DX 2**  S : Pasien mengatakan sudah tidak mual  O:   * Pasien tampak sudah tidak menghindari sesuatu yang menyebabkan mual * Pasien mengatakan sudah tidak mual * Pasien tampak makan 1 porsi   A: Masalah teratasi  P: Intervensi di hentikan  **DX 3**  S: Pasien mengatakan sudah tidak lemas  O:   * Pasien sudah tampak bisa melakukan ROM mandiri   A: Masalah teratasi  P: Intervensi di pertahankan | **A**  **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO DX** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **TINDAKAN** | **TT WAT** | **WAKTU**  **(tgl & jam)** | **CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)** | **TT WAT** |
| 1,2,3  1,2,3 | 29-01- 2020  22.00  05.40 | - Memantau pola nafasHasil = pasien mengatakan tidak sesak lagi- Memberikan terapi injeksi novorapid Inj 4unit melalui SC -Melakukan observasi TTV  TD :120/80mmHg  Suhu : 36.5oC  Nadi : 94x/menit  RR :20x/menit  Spo2 : 98% | **A**  **A** | 28-01- 2020  07.00 | **DX 1**  S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi  O :   * Pola nafas masih normal ( eupnea ) * TTV : TD : 120/70mmHg   N : 94x/ menit  RR : 20x/ menit  S : 36.5°C  Spo2 : 98%  A : Masalah teratasi  P : Intervensi di pertahankan | **A** |

## 

# PEMBAHASAN

Pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kensenjangan atau keselarasan antara teori yang di tulis dalam tinjauan kasus dengan kenyataan yang di temukan pada pasien dengan diagnosis medis *CKD* (*Chronic Kidney Desease*) + Anemia + Pulmonary Oedema di ruang III ,RSAL Dr. Ramelan Surabaya.

### Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta bersikap kooperatif. Pada saat pengkajian pasien dan keluarga telah memberikan jawaban yang kooperatif sehingga sangat memudahkan penulis dalam menggali lebih dalam masalah yang sedang dihadapi pasien.

Pada pengkajian Ny. N berusia 74 tahun dimana di dalam tinjauan pustaka penyebab CKD yang sering adalah diabetes mellitus dan hipertensi serta lebih banyak terjadi pada usia 45-75 tahun. Pada tinjauan pustaka yang didapat pada keluhan pertama CKD yaitu sesak, lemas saat melakukan aktivitas, mual, edema periordital, edema perifer. Riwayat penyakit dahulu meliputi penyakit waktu yang diderita dalam kurun waktu kurang lebih 5 tahun terakhir, apa pernah dirawat dirumah sakit, obat yang biasa dikonsumsi, pengobatan yang terakhir dilakukan, tindakan pembedahan yang pernah dilakukan. Keadaan Umum dan Tanda-Tanda Vital (Smeltzer, 2016). Pada pasien Ny. N pasien mengeluh sesak, mual, dan badan terasa bengkak. Pasien juga mengatakan memiliki riwayat penyakit DM dan

Hipertensi sejak 10 tahun yang lalu sampai sekarang. Pasien juga operasi batu ginjal 7 tahun yang lalu. Pasien tampak lemas saat dilakukan pengkajian. Pada pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak terdapat kesenjangan.

Menurut (Purwanto, 2016) pada pemeriksaan TTV sering didapatkan RR meningkat (tachypneu), hipertensi / hipotensi sesuai dengan kondisi fluktuatif. Pola napas akan semakin cepat. Pada Sistem Hematologi Ditemukan adanya friction rub pada kondisi uremia berat. Selain itu, biasanya terjadi TD meningkat, akral dingin, CRT > 3 detik, palpitasi jantung, chest pain, dyspnea, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya. Pada Sistem Kardiovaskuler Penyakit yang berhubungan langsung dengan kejadian gagal ginjal kronis salah satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi diatas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler. Selain itu, jika kondisi gagal ginjal kronis berhubungan dengan penyakit diabetes mellitus, maka akan ada gangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada proses metabolisme. Pada Sistem Pencernaan Gangguan sistem pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit dan Sering ditemukan anoreksia, nausea, vomiting, dan diare. Pada Sistem Maskuloskeletal Dengan penurunan / kegagalan fungsi sekresi pada ginjal menyebabkan terjadinya uremia, sehingga terjadi prurius dan mengakibatkan gangguan intergritas kulit.

Pada pasien Ny. N pemeriksaan Hematologi yang dilakukan oleh penulis didapatkan hasil pemeriksaan didapatkan CRT < 2 detik. Pada pengkajian sistem kardiovaskuler pada tinjauan kasus didapatkan TD pasien 160/90 mmHg dalam arti pasien mengalami Hipertensi. Menurut (Purwanto, 2016) Pada pemeriksaan pada mata didapatkan konjungtiva anemis, sedangkan pemeriksaan pada tinjauan kasus didapatkan konjungtiva pasien tidak anemis. Pasien mengatakan mual dan tidak mau makan didapatkan hasil makanan pasien tidak habis dan mengalami penurunan aktifitas dengan didaptkan pasien tampak lemas.

Pada saat inilah peran perawat sangat dibutuhkan bagi kesembuhan pasien dengan masalah pankreatitis akut, pasien membutuhkan perawatan yang intensif meliputi observasi keadaan pasien. Perawat dapat melaksanakan tugas mandirinya, perawat dapat mengajarkan teknik relasksasi nafas dalam.

Pasien mendapatkan terapi obat injeksi novorapid 3x4mg melalui rute IV di berikan untuk mengontrol gula darah, ondansetron 3x8mg melalui rute IV di berikan untuk mengurangi rasa mual, lansoprazole 1x30mg melalui rute IV di berikan untuk menurunkan produksi asam lambung yang berlebihan dan furosemide pen 3x4unit melalui rute IM di berikan untuk pengobatan tekanan darah dan mengurangi oedema.

### Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus Terdapat lima diagnosis keperawatan pada tinjauan kasus yaitu Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, terjadiya pola nafas tidak efektif diagnosis keperawatan tersebut muncul dikarenakan pada tinjauan kasus didapatkan data fokus pasien mengeluh sesak nafas bila tidak menggunakan oksigen, dengan data objektif yang di amati oleh penlis adalah Pola napas abnormal ( Dyspnea ), menggunakan alat bantu nafas O² nasal kanul dengan flow meter 4 LPM, dengan hasil observasi tanda tanda vital TD:150/90mmHg, Nadi : 88x/menit, RR : 24x/menit (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan ini muncul karena adanya masalah pada oedema paru yang menyebabkan pola nafas menjadi tidak efektif, hal ini juga disesuaikan pada tinjauan pustaka menurut teori (Priscilla et al., 2016). Pasien dengan oedema paru biasanya mengeluh sesak nafas

Diagnosa kedua nausea berhubungan dengan gangguan biokimia (uremia), terjadinya nausea asam lambung yang meningkat akibat dari gangguan pada (uremia: ginjal tidak dapat menyaring sisa metabolisme tubuh yang seharusnya dikeluarkan dalam urin) diagnosis keperawatan tersebut muncul dikarenakan adanya keluhan pada pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan dengan data objektif yang di amati penulis Makan tidak habis ( ½ porsi ), Nafsu makan manurun, dengan hasil kolaborasi didapatakan Hasil lab BUN : 48mg/dL, Kreatinine : 4.8mg/dL (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan ini muncul karena adanya masalah pada CKD yang dijelaskan pada tinjauan pustaka Biasanya menunjukan adanya inflamasi dan ulserasi pada mukosa gastrointestinal karena stomatitis, ulserasi dan perdarahan gusi, dan kemungkinan juga disertai parotitis, esofagitis, gastritis, ulseratif duodenal, lesi pada usus halus / usus besar colitis, dan pancreatitis. Kejadian skunder biasanya mengikuti seperti anoreksia, nausea dan vorniting, menurut teori (Wijaya & Putri, 2013). Pasien dengan nausea akan mengeluh mual dan tidak nafsu makan sat dilakukan pengkajian

Diagnosa ketiga ketidak stabilan glukosa darah berhubungan dengan gangguan glukosa darah, terjadinya ketidak seimbangan glukosa darah, diagnosis keperawatan muncul keluhan pada pasien mengatakan bahwa merasakan gula darahnya dengan dilakukan pemeriksaan Gula Darah dengan hasil kadar glukosa dalam darah tinggi, pasien tampak lesu ditemukan karena kadar glukosa dalam darah tinggi dan pasien tampak lesu (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan ini muncul karena dalam tinjauan pustaka dijelaskan bawah Mengekskresikan gula kelebihan gula dalam darah. Zat-zat penting yang larut dalam darah akan ikut masuk ke dalam nefron, lalu kembali ke aliran darah. Akan tetapi, apabila jumahnya didalam darah berlebihan, maka nefron tidak akan menyerapnya kembali (Joyce & Hokanson, 2014). Pasien dengan ketidak stabilan glukosa darah akan mengeluh kepala pusing karena gula darah yg meningkat, dan pasien mempunyai riwayat hipertensi akan lebih paham dengan kondisibila gula darah sedang naik.

Diagnosa keempat defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan,, defisit perawatan diri karena adanya anemia akibat dari jumlah oksigen didalam tubuh yang disalurkan ke jaringan tubuh juga akan berkurang, sehingga massa otot akan menurun, ditemukan karena pasien tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri dan memerlukan bantuan dari orang lain untuk melakukan aktifitas (Handayani & Sulistyo, 2010). diagnosis keperawatan ini muncul karena adanya keluhan pada . Pasien mengatakan tidak dapat mandi sendiri, dengan data objektif yang di amati penulis adalah Pasien tidak dapat mandi sendiri melainkan di bantu keluarga dengan hasil oberservasi tanda tanda vital TD:150/90mmHg, Nadi : 88x/menit, RR: 24x/menit (PPNI, 2017). menurut teori (Smeltzer, 2016) bahwa mekanisme kompensasi, tingkat aktivitasnya, keadaan penyakit yang mendasari dan tingkat anemia . Secara umum ada beberapa gejala anemia Hb menurun ( < 10 g/ dl), trombositosis / trombositopenia, pansitopenia. Penurunan BB, kelemahan, Takikardia, TD menurun, ekstremitas dingin, palpitasi, kulit pucat,Mudah lelah: sering istirahat, nafas pendek, Sakit kepala, pusing, mata berkunang- kunang. Pasien dengam defisit perawatan diri biasanya mengeluh tidak bisa melakukan aktivitas sendiri dan butuh orang lain untuk membantu

Diagnosa kelima Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, saat penulis melakukan pasien mengatakan tampak lemah.

Tidak semua diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosis keperawatan pada klien dengan diagnosis CKD (Chronic Kidney Disease) secara umum sedangkan pada kasus nyata diagnosis keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien secara langsung (PPNI, 2017)

### Rencana Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriterial hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).

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

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya nafas. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas kembali paten, Tanda – tanda vital kembali normal. Pada rencana tindakan dilakukan dengan mengkaji pola,irama dan suara nafas. Memberikan posisi semifowler, mengajarkan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam untuk memperbaiki pola nafas.

Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia ( uremia ). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mual berkurang, makan habis 1 porsi dan nafsu makan meningkat. Pada rencana tindakan keperawatan dengan mengkaji asupan makanan dan minuman, pola makan dan nafsu makan saat sebelum masuk rumah sakit, mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam dan melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi Ondansetron 3x8mg, Lansoprazole 1x30mg

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan aktivitas kembali normal dapat melakukan aktivitas yang biasa dilakukan mandiri, frekuensi nafas normal, Pada rencana tindakan keperawatan dengan mengobservasi tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur,berdiri, dan ambulasi, membantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala dari duduk, dan miring kanan kiri, dan melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan pasien (PPNI, 2018a)

### Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan adalah perencanaan yang telah dibuat. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka mengacu pada teori. Pelaksaan tinjauan kasus mengacu pada kasus nyata atau kasus sebenarnya yang dapat disusun dan direncanakan dalam tindakan keperawatan. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan terkoordinasi untuk pelaksana diagnosis kasus dan tidak semua sama dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan ini pada factor penunjang maupun factor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan dan penerimaan adanya penulis.

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya nafas. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas kembali paten, Tanda – tanda vital kembali normal. Pada rencana tindakan dilakukan dengan mengkaji pola,irama dan suara nafas. Memberikan posisi semifowler, mengajarkan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam untuk memperbaiki pola nafas.

Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia ( uremia ). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mual berkurang, makan habis 1 porsi dan nafsu makan meningkat. Pada rencana tindakan keperawatan dengan mengkaji asupan makanan dan minuman, pola makan dan nafsu makan saat sebelum masuk rumah sakit, mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam dan melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi Ondansetron 3x8mg, Lansoprazole 1x30mg

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan aktivitas kembali normal dapat melakukan aktivitas yang biasa dilakukan mandiri, frekuensi nafas normal, Pada rencana tindakan keperawatan dengan mengobservasi tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur,berdiri, dan ambulasi, membantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala dari duduk, dan miring kanan kiri, dan melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan pasien.

### Evaluasi Keperawatan

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

Pada waktu dilaksanakan evaluasi pola nafas yang dirasakan pasien, pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi karena sudah mengetahui untuk mengatur posisi dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan penulis. Nafsu makan pasien meningkat dan pasien dapat melakukan perawatan diri meskipun dibantu oleh keluarganya. Kadar glukosa darah pasien semakin menunjukkan pada angka nomal.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny.N sudah sesuai dengan harapan dan pasien di bolehkan pulang intervensi di hentikan.

## 

# PENUTUP

Pada bab ini penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis *CKD* (*Chronic Kidney Desease*) + Anemia + Pulmonary Oedema di ruang III RSAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan *CKD* (*Chronic Kidney Desease*) + Anemia + Pulmonary Oedema.

### Simpulan

Dalam hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis *Chronic Kidney Disease* dan Diabetes Mellitus, maka penulis dapat mengambil simpulan sebagai berikut ;

1. Pengkajian keperawatan pada pasien Ny. N mengeluhkan sesak, mual, nafsu makan berkurang, lemas. didapatkan data focus pola nafas pasien abnormal, terpasang oksigen nasal kanul 4 LPM dan pasien tidak nafsu makan, pasien menghabiskan 2 sendok makanan yang disediakan serta pasien tampak lemas.
2. Masalah keperawatan pada Ny.N adalah pola nafas tidak efektif, nausea, dan intoleransi aktifitas.
3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya nafas. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas kembali paten, tanda – tanda vital kembali normal. Pada rencana tindakan dilakukan dengan mengobservasi pola,irama dan suara nafas. memberikan posisi semifowler, mengedukasi pasien untuk melakukan teknik nafas dalam

untuk memperbaiki pola nafas. Pada diagnosa kedua nausea berhubungan dengan gangguan biokimia ( uremia ). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mual berkurang, makan habis 1 porsi dan nafsu makan meningkat. Pada rencana tindakan keperawatan dengan mengkaji asupan makanan dan minuman, pola makan dan nafsu makan saat sebelum masuk rumah sakit, mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam dan melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi Ondansetron 3x8mg, Lansoprazole 1x30mg. Pada diagnosa ketiga intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan aktivitas kembali normal dapat melakukan aktivitas yang biasa dilakukan mandiri, frekuensi nafas normal, Pada rencana tindakan keperawatan dengan mengobservasi tingkat kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur,berdiri, dan ambulasi, membantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala dari duduk, dan miring kanan kiri, dan melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan pasien.

1. Beberapa tindakan mandiri pada pasien dengan diagnosis medis CKD adalah mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan posisi semifowler, dan menganjurkan pasien agar menghindari sesuatau yang dapat menyebabkan mual, dan menganjurkan pasien untuk mobilisasi secara mandiri.
2. Pada akhir evaluasi pada hari kamis, tanggal 30 Januari 2020 semua dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan juga tim kesehatan. hasil evaluasi pada Ny.N sudah sesuai dengan harapan masalah yang teratasi. dan pada tanggal 31 Januari 2020 pasien di perbolehkan pulang dan tetap melakukan kontrol penyakit diabetesnya.
3. Penulis mendokumentasikan pengkajian,diagnosis keperawatan, dan rencana keperawatan pada tanggal 28 Januari 2020 dalam lembar keperawatan medical bedah dan menuliskan tindakan keperawatan dan hasil asuhan keperawatan dalam lembar harian asuhan keperawatan medical bedah standart penulisan dokumentasi keperawatan.

### Saran

Berdasarkan dari simpulan diatas maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Pasien dan keluarga apabila menemukan gejala-gejala CKD dianjurkan untuk segera memeriksakan diri ke rumah sakit agar mendapat kejelasan tentang penyakit yang dialami dan mendapatkan penanganan awal secara.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup mumpuni untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien CKD dengan selalu mencari tahu tentang kajian ilmu terbaru tentang penyakit CKD. Dengan mengikuti seminar-seminar dan mencari referensi melalui media cetak maupun media internet. Perawat juga disarankan selalu melaksanakan cuci tangan sesudah dan sebelum melakukan tindakan kepada pasien serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *CKD ( Chronic Kidney Desease )* + Anemia + Pulmonary Oedema.
3. Rumkital dr. Ramelan hendaknya melaksanakan supervise, seminar, diskusi keperawatan, dan pelatihan secara berkala kepada perawat pelaksana di ruangan, untuk meningkatkan kemampuan perawat dan mutu pelayanan keperawatan yang professional.
4. Institusi pendidikan khususnya pendidikan kesehatan hendaknya memberikan pengetahuan dan keterampilan terbaru agar mahasiswa dapat melakukan dan membantu penanganan pada pasien-pasien dengan *CKD ( Chronic Kidney Desease )* + Anemia + Pulmonary Oedema.
5. Penulis disarankan untuk lebih memperdalam pengetahuan tentang *CKD (Chronic Kidney Desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema. agar dapat membuat asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan lebih baik lagi. Dan penulis selanjutnya memahami apa yang harus di perhatikan bila merawat pasien *CKD (Chronic Kidney Desease)* + Anemia + Pulmonary Oedema.

# DAFTAR PUSTAKA

Chrysochou, C., Sinha, S., Chalmers, N., Kalra, P. R., & Kalra, P. A. (2012). Anuric acute renal failure and pulmonary oedema: A case for urgent action. *International Journal of Cardiology*, *132*(1), e31–e33. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2007.07.121

Depkes. (2017). *InfoDATIN Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI: Situasi Penyakit Ginjal Kronis*. 1–10. Retrieved from www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/

Handayani, W., & Sulistyo, A. (2010). *asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem hematologi*. jakarta: Salemba Medika.

Joyce, B., & Hokanson, H. J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. jakarta: Nuha Medika.

Lestari, I. P., & Lipoeto, N. I. (2017). *Artikel Penelitian Hubungan Konsumsi Zat Besi dengan Kejadian Anemia pada Murid SMP Negeri 27 Padang*. *6*(3), 507–511.

Mubarak, I., Wahit, N. C., & Susanto, J. (2018). *Standar Asuhan Keperawatan dan Prosedur Tetap dalam Praktik Keperawatan*. Jakarta:Salemba Medika.

PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia definisi dan indikator diagnostik* (II). jakarta selatan DPP PPNI.

PPNI. (2018a). *Standar Intervensi keperawatan Indonesia:Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia; Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

Prabowo, N. eko, & Pranata, A. eka. (2014). *Asuhan keperawatan sistem perkemihan*. yogyakarta: Nuha Medika.

Priscilla, L., Karen, M. B., & Bauldoff Gerene. (2016). *Keperawatan medikal bedah*. jakarta: ECG.

Proverawati, A. (2011). *Anemia dan Anemia Kehamilan*. yogyakarta: Nuha Medika.

Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta:Salemba Medika.

Rampengan, S. H. (2014). Edema Paru Kardiogenik Akut. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, *6*(3), 149–156. https://doi.org/10.35790/jbm.6.3.2014.6320

Smeltzer, S. C. (2013). *keperawatan medikal bedah*. jakarta: ECG.

Smeltzer, S. C. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah* (12th ed.). Jakarta: ECG.

Toto, S., & Masjid, A. (2014). *Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem perkemihan*. Jakarta timur: ECG.

Wijaya, andra saferi, & Putri, yessie mariza. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. yogyakarta: Nuha Medika.

# LAMPIRAN 1

**SOP PENGAMBILAN DARAH VENA**

1. Pengertian

Dalam kegiatan pengumpulan sampel darah dikenal istilah phlebotomy yang berarti proses mengeluarkan darah. Dalam praktek laboratorium klinik, ada 3 macam cara memperoleh darah, yaitu : melalui tusukan vena (venipuncture), tusukan kulit (skinpuncture) dan tusukan arteri atau nadi. Venipuncture adalah cara yang paling umum dilakukan, oleh karena itu istilah phlebotomy sering dikaitkan dengan venipuncture (Mubarak, Wahit, & Susanto, 2018).

a. Pengambilan Darah Vena

Pada pengambilan darah vena (venipuncture), contoh darah umumnya diambil dari vena median cubital, pada anterior lengan (sisi dalam lipatan siku). Vena ini terletak dekat dengan permukaan kulit, cukup besar, dan tidak ada pasokan saraf besar. Apabila tidak memungkinkan, vena chepalica atau vena basilica bisa menjadi pilihan berikutnya. Venipuncture pada vena basilica harus dilakukan dengan hati-hati karena letaknya berdekatan dengan arteri brachialis dan syaraf mediana.

b. Tujuan

1. Untuk mendapatkan sampel darah vena yang baik dan memenuhi syarat untuk dilakukan pemeriksaan.

2. Untuk menurunkan resiko kontaminasi dengan darah (infeksi, needle stick injury) akibat vena punctie bagi petugas maupun penderita.

3. Untuk petunjuk bagi setiap petugas yang melakukan pengambilan darah (phlebotomy)

c. Lokasi yang tidak diperbolehkan diambil darah adalah :

1. Lengan pada sisi mastectomy

2. Daerah edema

3. Hematoma

4. Daerah dimana darah sedang ditransfusikan

5. Daerah bekas luka

6. Daerah dengan cannula, fistula atau cangkokan vascular

7. Daerah intra-vena lines Pengambilan darah di daerah ini dapat menyebabkan darah menjadi lebih encer dan dapat meningkatkan atau menurunkan kadar zat tertentu.

d. Alat & Bahan

1. Spuite atau jaurm suntik 3 ml atau 5ml

2. Torniquet

3. Kapas alkohol

4. Plesterin

5. Anti koagulan/ EDTA

6. Vacuum tube

7. Bak injeksi

e. Prosedur Kerja

1. Salam pada pasien

2. Lakukan pendekatan pasien dengan tenang dan ramah, usahakan pasien senyaman mungkin.

3. Jelaskan maksud dan tujuan tentang tindakan yang akan dilakukan

4. Minta pasien meluruskan lenganya, pilih tangan yng banyak melakukan aktivitas. 5. Minta pasien untuk mengepalkan tangannya.

6. Pasangkan torniqket kira-kira 10 cm diatas lipatan siku.

7. Pilih bagian vena mediana cubiti atau cephalica. Lakukan perabaan (palpasi) untuk memastikan posisi vena. Vena teraba seperti sebuah pipa kecil, elastic dan memiliki dinding tebal.

8. Jika vena tidak teraba, lakukan pengurutan dari arah pergelangan ke siku, atau kompres hangat selama 5 menit pada daerah lengan.

9. Bersihkan kulit pada bagian yang akan diambil dengan kapas alkohol 70% dan biarkan kering, dengan catatan kulit yang sudah dibersihkan jang dipegang lagi.

10. Tusuk bagian vena dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas Jika jarum telah masuk ke dalam vena, akan terlihat darah masuk kedalam semprit (flash). Usahakan sekali tusuk vena, lalu torniquet dilepas.

11. Setelah volume darah dianggap cukup, minta pasien membuka kepalan tangannya.

12. Letakan kapas di tempat suntikan lalu segera lepaskan / tarik jarum. Tekan kapas beberapa saat lalu plester selama ± 15 menit.

f. Dokumentasi

1. Mencatat tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan.

2. Mencatat hasil pengkajian sebelum, selama dan setelah tindakan prosedur.

3. Mencatat hasil observasi klien selama dan setelah tindakan.