#

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.E DENGAN DIAGNOSA MEDIS PJK(PENYAKIT JANTUNG KORONER) DI RUANG ICCU CPU RUMKITAL**

**DR. RAMELAN SURABAYA**



 **Oleh :**

**AGUSTYAN ARIEF RAHMAN HAKIM**

**NIM. 1720004**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**TAHUN 2020**

# KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn.E DENGAN DIAGNOSA MEDIS PJK(PENYAKIT JANTUNG KORONER) DI RUANG ICCU CPU RUMKITAL**

**DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat**

**Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**AGUSTYAN ARIEF RAHMAN HAKIM**

**NIM. 1720004**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

# SURAT PERNYATAAN

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

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 28 januari 2020

AGUSTYAN ARIEF R.H

Nim. 1720004

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Agustyan Arief Rahman H

NIM : 1720004

Program Studi : D-III Keperawatan Paralel

Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Tn. E dengan diagnose medis PJK (Penyakit Jantung Koroner) di ruang iccu cpu 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 (A.Md.Kep)**

 Pembimbing

Sri Anik R. S Kep , Ns , M Kes

NIP.

Ditetapkan di : stikes hang tuah surabaya

Tanggal : 28 januari 2020

#  HALAMAN PENGESAHAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Agustyan Arief Rahman H

NIM : 1720004

Program Studi : D-III Keperawatan Paralel

Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Tn. B dengan diagnose medis PJK OMI (penyakit jantung coroner old miokard infark) di ruang ICCU CPU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya**

Dan dinyatakan Lulus daan dapat di terima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar : AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep) pada prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Sri Anik R, S Kep , NS , M Kes

 NIP.

 Pembimbing I :

Khoirul Hudayanto , Amd Kep.

NIP.

Pembimbing II :

Mengetahui,

STIKES HANG TUAH SURABAYA

Ka Prodi D-III Keperawatan

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

NIP. 03. 007

Ditetapkan di : stikes hang tuah surabaya

Tanggal : 28 januari 2020

# MOTTO DAN PERSEMBAHAN

**HIDUP ITU PENUH PERJUANGAN DAN RINTANGAN JANGAN TAKUT DENGAN KEGAGALAN KARNA KEGAGALAN AWAL DARI PERJUANGANMU**

Kupersembahkan Karya yang sederhana ini kepada :

1. Allah SWT
2. Ibu dan Ayah saya yang saya sayangi dan cintai bernama Sutarman dan Siyamu Umaro yang senantiasa mendoakan anak-anaknya, mensupport dan membantu banyak hal serta memberikan kasih sayang yang tak terkira dan memberi dukungan ketika saya mengalami kesulitan.
3. Adik dan Kakak yang senantiasa mendoakan saya, mensupport dan membantu banyak hal sehingga saya bias mengerjakan Tugas Akhir dengan lancar
4. Terimakasih untuk D-III Angkatan 23 yang telah berjuang bersama - sama hingga tugas akhir
5. Para ibu pembimbing yang dengan sabar meluangkan waktu untuk membimbing dan memberikan kritik dan saran yang sangat bermanfaat.
6. Sahabat – sahabatku Rudi Irfan,Rahmatullah,Febri Renaldi,Diana dan yang paling saya sayangi Selvi Rere yang telah membantu dan memberi semangat dari awal sampai sekarang

# KATA PENGANTAR

Penulis ucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah – Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sesuai dengan waktu dan kriteria yang telah ditentukan.

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

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

1. Laksamana pertama TNI Dr. Ahmad Samsulhadi. selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberika ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis ilmiah dan selama kami menempuh pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, SKp., M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia sehingga penulis mendapatkan bekal yang cukup guna penyusunan karya tulis ilmiah ini
4. Ibu Sri Anik R. S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Pembimbing I, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini agar sesuai dengan kriteria dan standar dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
5. Bapak Khoirul Hudayanto, Amd Kep selaku Pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Pasien beserta keluarga yang sangat membantu tersusunnya karya tulis ilmiah ini, dan telah menjadi narasumber yang sangat kooperatif sehingga sedikit banyak telah membantu penulis.
8. Orang tua yang senantiasa memberikan dukungan secara moral dan selalu mendoakan untuk kelancaran dan keberhasilan dalam penyelesaian penulisan karya tulis ilmiah ini.
9. Sahabat – sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat serta bersedia untuk bertukar pikiran sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, penulis hanya dapat mengucapkan terima kasih dan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan dan dukungannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik dari semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 28 januari 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL …………………….........………………………….. i**

**SURAT PERNYATAAN ……………………………………………........ ii**

**HALAMAN PERSETUJUAN …………………………………………... iii**

**HALAMAN PENGESAHAN ………………………………………......... iv**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN …………………………………….… v**

**KATA PENGANTAR ………………………………………........…….... vi**

**DARTAR ISI ……………………………………………………………... ix**

**DAFTAR TABEL ……………………………………...………………… x**

**DAFTAR GAMBAR …………………………………………………...... xi**

**DARTAR LAMPIRAN …………………....……………………………. xii**

**DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN..............................................xiii**

**BAB 1 PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang ……………………………………………............. 1
	2. Rumusan Masalah …………………….....………………................ 3
	3. Tujuan ……………………….…………………………………….. 3
		1. Tujuan Umum ……………….........……………………………….. 3
		2. Tujuan Khusus ……………………………………………………. 3
	4. Manfaat……………………………………………………………. 4
	5. Metode Penulisan………………………………………………….. 5

1.5.1 Metode……………………………………………………………... 5

1.5.2 Tehnik Pengumpulan Data………………………………………… 5

1.5.3 Sumber Data……………………………………………………….. 5

1.5.4 Studi Kepustakaan…………………………………………………. 6

* 1. Sistematika Penulisan……………………………………………… 6
		1. Bagian Awal……………………………………………………….. 6
		2. Bagian Inti…………………………………………………………. 6
		3. Bagian Akhir ……………………………………........……………. 6

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep PJK OMI……………... ……………………………………7

2.1.1 Definisi PJK …………………………………… ……………... 7

2.1.2 Fisiologi …………………………………………………………… 8

2.1.3 Manifestasi klinis PJK……………………………………………. 9

2.1.4 Tanda dan Gejala PJK…………………………………………….. 9

* + 1. Patofisiologi……………………………………………………….. 12

2.1.6 komplikasi ………………………………………………………... 12

2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik…………………………………………… 13

2.1.10 Penatalaksanaan……………………………………………………. 13

2.2 Asuhan Keperawatan ……………………………………………… 18

2.2.1 Pengkajian…………………. ……………………………………… 18

2.2.2 Pengumpulan Data…………………………………………………. 18

2.2.3 Identitas ……………………………………………………………. 19

2.2.4 keluhan Utama …………………………………………………... 20

2.2.5 Riwayat Penyakit……… ………………………………………….. 23

2.2.7 Pemeriksaan Fisik ………………..……………………………… 23

2.2.8 Analisa Data………………………………………………………. 24

2.2.9 Diagnosa Keperawatan…………………………………………….. 26

2.2.10 Perencanaan…………………………………………….………….. 27

2.2.11 Pelaksanaan……………………………………………………….... 34

2.2.12 Evaluasi…………………………………………………………….. 34

2.3 Kerangka Masalah…………………………………………………. 35

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian……………………………………….…………………. 36

3.1.1 Identitas………………………………………………….………… 36

3.1.2 Keluhan Utama ……………………………………………………. 36

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang…………………………...…………… 36

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu………………………………..………... 37

3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga…………………………….………... 37

3.1.6 Genogram………………………………………………………….. 37

3.1.7 Riwayat Alergi…………………………………..………………… 38

3.1.8 Keadaan umum…………………………..………………………… 38

3.1.9 B1(Brreath)………………………………………………………… 38

3.1.10 B2(Blood)………………………………………………………… 38

3.1.11 B3(Brain)………………………………………………………… 38

3.1.12 B4(Bladder)………………………………………………………... 39

3.1.13 B5(Bowel)………………………………….……………………… 39

3.1.14 B6(Bone)…………………………………………………………… 39

3.1.15 Endokrin………………………………………….……………….. 40

3.1.16 Kemampuan Perawatan Diri…………………………..…………… 40

3.1.17 Personal Hygiene………………………………………...………… 40

3.1.18 Istirahat Tidur……………………….……………………… …….. 40

3.1.19 Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual………………………… 41

3.1.20 Pemeriksaan Penunjang …………………………………………… 42

3.1.21 Penatalaksanaan ………………………………………………….. 43

3.2 Analisa Data…………………………………..…………………… 44

3.3 Prioritas Masalah………………………………...………………… 47

3.4 Perencanaan………………………………………...……………… 48

3.5 Tindakan keperawatan dan catatan perkembangan………… …….. 53

**BAB 4 PEMBAHASAN**

* 1. Pengkajian……………………………………………………………. 71
	2. Diagnosa Keperawatan………………………………………………. 75
	3. Perencanaan …………….......………………………………………. 78
	4. Pelaksanaan ………………...…..…………………………………… 80
	5. Evaluasi………………………………………………………………. 82

**BAB 5 PENUTUP**

5.1 Simpulan……………………………………..………………………… 85

5.2 Saran……………………………………………...…………………… 87

**DAFTAR PUSTAKA**

Lampiran 1……………………….………………………………………… 89

# DAFTAR GAMBAR

gambar 2.1 anatomi jantung ………………………………………………….10

# DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 ……………………………………………………………….11

Tabel 3.1 ……………………………………………………………….49

Tabel 3.2 ……………………………………………………………….50

Tabe. 3.3 ……………………………………………………………….51

Tabel 3.4 ……………………………………………………………….52

Tabel 3.5 ……………………………………………………………….53

Tabel 3.6 ……………………………………………………………….54

Tabel 3.7 ……………………………………………………………….55

# DAFTAR SINGKATAN

PJK = Penyakit Jantung Koroner

PGK = Penyakit Ginjal kronik

PNC = Pielonefritis Cronik

BAB = Buang Air Besar

BAK = Buang Air Kecil

b.d = Berhubungan dengan

Cm = Centimeter

SLE = Nefropati Lupus

RR = Respiratory Rate

DO = Data Obyektif

DS = Data subyektif

Dr = Dokter

DM = Diabetes Mellitus

Gr = Gram

Hb = Hemoglobin

HCD = Hecting dalam

HCL = Hecting luar

HE = Healt Education

HPHT = Hari Pertama Haid Terakhir

IM = Intra muskulus

MRS = Masuk Rumah Sakit

NST = Non Stress Test

PENEFRI = Perhimounan Nefologi Indones

PB = Panjang Badan

PQRST = Problem, Qualitas, Region, Scale, Time

RISKESDAS = Riset Kesehatan Dasar

KH = Kriteria Hasil

K/U = Keadaan Umum

Mg = Miligram

RL = Ringer Lactate

RR = Respirasi Rate

SMRS = Sebelum Masuk Rumah Sakit

S = Suhu

TB = Tinggi Badan

TFU = Tinggi Fundus Uteri

TD = Tekanan darah

TP = Tafsiran persalinan

TTV = Tanda-tanda Vital

# BAB 1

# PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Ginjal merupakan organ penting yang berfungsi menjaga komposisi darah dengan mencegah menumpuknya limbah dan mengendalikan keseimbangan cairan dalam tubuh, menjaga level elektrolit seperti sodium, potasium dan fosfat tetap stabil, serta memproduksi hormon dan enzim yang membantu dalam mengendalikan tekanan darah, membuat sel darah merah dan menjaga tulang tetap kuat

Kedua ginjal menyaring sekitar 120-150 liter darah dan menghasilkan

sekitar 1-2 liter urin. Ginjal tersusun atas unit penyaring yang dinamakan nefron. Nefron terdiri dari glomerulus dan tubulus. Glomelurus menyaring cairan dan limbah untuk dikeluarkan serta mencegah keluarnya sel darah dan molekul besar yang sebagian besar berupa protein. Selanjutnya melewati tubulus yang mengambil kembali mineral yang dibutuhkan tubuh dan membuang limbahnya. Ginjal juga menghasilkan enzim renin yang menjaga tekanan darah dan kadar garam serta hormon erythropoietin yang merangsang sumsum tulang memproduksi sel darah merah, serta menghasilkan bentuk aktif vitamin D yang dibutuhkan untuk kesehatan tulang(Kemenkes RI, 2017).

 Penyakit Ginjal Kronik (PGK) adalah suatu gangguan pada ginjal ditandai dengan abnormalitas struktur ataupun fungsi ginjal yang berlangsung lebih dari 3 bulan. PGK ditandai dengan satu atau lebih tanda kerusakan ginjal yaitu albuminuria, abnormalitas sedimen urin, elektrolit, histologi, struktur ginjal, ataupun adanya riwayat transplantasi ginjal, juga disertai penurunan laju filtrasi

-glomerulus(Aisara, Azmi, & Yanni, 2018)

Data mengenai penyakit ginjal didapatkan dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Indonesian Renal Registry (I RR), dan sumber data lain. Riskesdas 2013 mengumpulkan data responden yang didiagnosis dokter menderita penyakit gagal ginjal kronis, juga beberapa faktor risiko penyakit ginjal yaitu hipertensi, diabetes melitus dan obesitas. Hasil Riskesdas 2013, populasi umur ≥ 15 tahun yang terdiagnosis gagal ginjal kronis sebesar 0,2%. Angka ini lebih rendah dibandingkan prevalensi PGK di negara-negara lain, juga hasil penelitian Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) tahun 2006, yang mendapatkan prevalensi PGK sebesar 12,5%.

Hal ini karena Riskesdas 2013 hanya menangkap data orang yang terdiagnosis PGK sedangkan sebagian besar PGK di Indonesia baru terdiagnosis pada tahap lanjut dan akhir. Hasil Riskesdas 2013 juga menunjukkan prevalensi meningkat seiring dengan bertambahnya umur, dengan peningkatan tajam pada kelompok umur 35-44 tahun dibandingkan kelompok umur 25-34 tahun. Prevalensi pada laki-laki (0,3%) lebih tinggi dari perempuan (0,2%), prevalensi lebih tinggi terjadi pada masyarakat perdesaan (0,3%), tidak bersekolah (0,4%), pekerjaan wiraswasta, petani/nelayan/buruh (0,3%), dan kuintil indeks kepemilikan terbawah dan menengah bawah masing-masing 0,3%. Sedangkan provinsi dengan prevalensi tertinggi adalah Sulawesi Tengah sebesar 0,5%, diikuti Aceh, Gorontalo, dan Sulawesi Utara masing-masing 0,4 %(Kemenkes RI, 2017).

Penyebab kerusakan ginjal pada PGK adalah multifaktorial dan kerusakannya bersifat ireversibel. Penyebab PGK pada pasien hemodialisis baru di Indonesia adalah glomerulopati primer 14%, nefropati diabetika 27%, nefropati lupus/SLE 1%, penyakit ginjal hipertensi 34%, ginjal polikistik 1%, nefropati asam urat 2%, nefropati obstruksi 8%, pielonefritis kronik/PNC 6%, lain-lain 6%, dan tidak diketahui sebesar 1%. Penyebab terbanyak adalah penyakit ginjal hipertensi dengan persentase 34 %.

Mekanisme dasar terjadinya PGK adalah adanya cedera jaringan. Cedera sebagian jaringan ginjal tersebut menyebabkan pengurangan massa ginjal, yang kemudian mengakibatkan terjadinya proses adaptasi berupa hipertrofi pada jaringan ginjal normal yang masih tersisa dan hiperfiltrasi. Namun proses adaptasi tersebut hanya berlangsung sementara, kemudian akan berubah menjadi suatu proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Pada stadium dini PGK, terjadi kehilangan daya cadang ginjal, pada keadaan dimana basal laju filtrasi glomerulus (LFG) masih normal atau malah meningkat. Secara perlahan tapi pasti akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif(Aisara et al., 2018).

Pengobatan gagak ginjal kronik di bagi dalam dua tahap: penanganan konservatif bila timbul azotemia dan terapi penggantian ginjal ( dialisis atau transplantasi ginjal ginjal atau keduanya) jika penanganan konservatif gagal.penanganan konserfatif terdiri dari tindakan untuk menghambat berkembangnya gagal ginjal, menstabilkan keadaan pasien,dan mengobati setiap factor yang reversible.

Pembatasan makanan mengandung protein dan pengendalian hipertensi (terutama menggunakan penghambat ACE) adalah dua intervensi yang dapat menghambat perkembangan menuju gagal ginjal stadium akhir pada pasien(Sylvia A. Price, 2014 : 988)

## 1.2 Rumusan Masalah

Mengetahui lebih lanjut dari perawatan pada penyakit (*chronic kidney disease*–CKD) ini maka penulis melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan medikal bedah dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan (*chronic kidney disease*–CKD) di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya“.

## 1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis (*chronic kidney disease*–CKD) di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pasien dengan diagnosis medis (*chronic kidney disease*–CKD) di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

2. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis (*chronic kidney disease*–CKD) di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis (*chronic kidney disease*–CKD) di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis (*chronic kidney disease*–CKD) di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

5. Mengevaluasi kondisi pasien dengan diagnosis medis (*chronic kidney disease*–CKD) di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis (*chronic kidney disease*–CKD) di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

## 1.4 Manfaat Penulisan

Berkaitan dengan tujuan penulisan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi beberapa pihak, yaitu :

1.4.1 Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis (*chronic kidney disease*–CKD).

1.4.2 Non – akademis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan yang terkait dengan baik

2. Bagi peneliti

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu rujukan pagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada kasus terkait.

3. Bagi profesi kesehatan

Hasil studi kasus ini dapat menjadi tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan yang terkait

## 1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis (*chronic kidney disease*–CKD) di ruang 3 diawali dari pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diperoleh melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, serta membandingkan hasil yang didapatkan dari pasien dan keluarga.

2. Observasi

Data didapatkan dari hasil observasi terhadap pasien setiap hari selama waktu pengambilan kasus dilaksanakan.

3. Pemeriksaan

Data didapatkan melalui pemeriksaan, mulai dari pemeriksaan fisik hingga pemeriksaan hasil laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosis keperawatan dan menentukan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer penulis dapatkan melalui pasien

2. Data Sekunder

Data sekunder penulis dapatkan dari keluarga pasien, catatan medik, hasil pemeriksaan dan dari tim kesehatan yang lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas oleh penulis. Penulis mempelajari beberapa buku yang berhubungan dengan diagnosis medis (*chronic kidney disease*–CKD).

## 1.6 Sistematika Penulisan

Bertujuan agar lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan penulis membagi menjadi 3 bagian, yaitu :

1. Bagian Awal

Memuat halaman judul, persetujuan oleh pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar dan daftar isi.

1. Bagian Inti

Terdiri dari 5 bab, yang masing - masing terdiri dari sub bab berikut :

a. BAB 1 : Pendahuluan, yang berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan

b. BAB 2 : Tinjauan Pustaka, yang berisi tentang konsep (*chronic kidney disease*–CKD) secara teori dan asuhan keperawatannya.

c. BAB 3 : Tinjauan Kasus, yang berisi tentang deskripsi dari hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

d. BAB 4 : Pembahasan, yang berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

e. BAB 5 : Penutup, yang berisi tentang kesimpulan dan saran.

3. Bagian Akhir

Memuat daftar pustaka dan lampiran.

#

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan dengan diagnose medis(*chronic kidney disease*–CKD). Konsep penyakit akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit (*chronic kidney disease*–CKD) dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian diagnose, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

## 2.1 Konsep (chronic kidney disease–CKD)

### 2.1.1 Definisi CKD

 Penyakit Ginjal Kronik (PGK) atau Chronic Kidney Disease (CKD) adalah hilangnya fungsi ginjal yang progresif selama periode bulan atau tahun. Setiap ginjal memiliki nefron yaitu filter kecil yang jumlahnya sekitar satu juta. Jika sebagian nefron ini rusak dan berhenti bekerja maka nefron yang sehat mendapatkan pekerjaan tambahan, tetapi jika kerusakan terjadi secara terus menerus, maka semakin banyak nefron yang rusak. Hal ini akan mengakibatkan ginjal tidak dapat menyaring darah dengan baik(Ulfah & Rahayuni, 2018)

### 2.1.2 Fisiologi

 Ginjal terletak pada dinding posterior abdomen terutama didaerah lumbal, di sebelah kanan dan kiri tulang belakang,dibungkus lapisan lemak yang tebal,dibelakang peritoneum, dank arena itu di luar rongga peritoneum. Kedudukan ginjal dapat di perkirakan dari belakang, mulai dari ketinggian vertebrata torakalis terakhir sampai vertebrata lumbalis ketiga, ginjal kanan sedikit lebih rendah dari kiri, karena hati menduduki banyak ruang di sebelah kanan. Setiap ginjal panjangnya 6 sampai 7,5 sentimeter, dan tebal 1,5 sampai 2,5 sentimeter. Pada orang dewasa beratnya kira-kira 140 gram.

Bentuk ginjal seperti biji kacang dan sisi dalamnya atau hilium menghadap ke tulang punggung, Sisi luarnya cembung. Pembuluh – pembuluh ginjal semuanya masuk dan keluar pada hilium. Di atas setiap ginjal menjulang sebuah kelenjar supranetal. Ginjal kanan lebih pendek dan lebih tebal dari pada yang kiri.



Gambar . 2.1 anatomi ginjal

### 2.1.3 manifestasi klinis

Gagal ginjal kronik merupakan keadaan klinis kerusakan ginjal yang progresif dan ireversibel yang berasal dari berbagai penyebab. Angka perkembangan penyakit ginjal kronik ini sangat bervariasi perjalanan ESDR hingga tahap terminal dapat bervariasi dari 2-3 bulan hingga 30-40 tahun. Penyebab gagal ginjal kronik yang tersering dapat dibagi menjadi delapan kelas seperti yang tercantum pada tabel 2.1.

### Tabel 2.1

|  |  |
| --- | --- |
| **Klasifikasi penyakit** | **Penyakit** |
| Penyakit infeksi tubulointersitial | Pielonefritis atau refluks nefropati |
| penyakit peradangan | Gromeluronefritis |
| Penyakit vaskuler hippertensif | Nefrosklerosis benignaNefrosleroeie malignaStenosis arteria renalis |
| Gangguan jaringan ikat | Lupus erite matosus sistematik |
| Gangguan kongenital dan herediter | Penyakit ginjal polikistikAsidosis tubulus ginjal |
| Penyakit metabolik | Diabetes militusGoatHiperparatiroidismeAmilo dosis |
| Nefropati toksi | Penyala gunaan analgesikNefropati timah |
| Nefropati obstruktif | Trakus urinarius bagian atas : batu, neoplasma fibrosis retroperitonial |

### 2.1.4 tanda dan gejala

 Chronic Kidney Disease (CKD) memiliki fase oliguria di awal dan fase diuretik di akhir :

1. Selama fase oliguria, haluaran urine menururn,dan pasien dapat mengalami kelebihan volume cairan.
2. Selama fase oliguria, pasien mempertahankan kalium (hiperkalemia), karena ginjal normalnya mengekskresikan kalium.
3. Hiperkalemia memacu aritmia.
4. Selama fase diuretik, haluaran urine meningkat dan pasien dapat mengalami defisit volume cairan.
5. Poliuria selama fase diuretik, memicu meningkatkan ekskresi kalium (hipokalemia) dan pasien dapat mengalami aritmia yang fatal.
6. Sakit kepala, malaise,mual, dan muntah (toksin tertahan).
7. Pertambahan berat badan, penurunan haluaran urine, tanda dan gejala kelebihan volume cairan ( cairan tertahan dalam tubuh).
8. Anoreksia, stomaktitis, dan indra pengecapan merasa seperti rasa logam karena urea didalam saliva dengan pemecahan urea oleh bakteri menjadi amonia menyebabkan ulserasi mukosa.
9. Gejala ketidakseimbangan asam basa (asidosis metabolik)
10. Gejala ketidakseimbangan elektrolit : hiperkalemia, hiperfosfatemia, dan hipokalemia.
11. Gejala anemia
12. Perubahan warna urine (kemerahan,cokelat, atau hitam) karena pewarna sel darah merah. (Marlene hurst, 2018. Hal : 394)

### 2.1.5 patofisiologi

 Patofisiologi Chronic Kidney Disease (CKD) tergantung pada penyebab yang mendasarinya. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (surviving nephrons) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan faktor-faktor pertumbuhan (growth factor). Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa nefron sklerosis yang masih tersisa. Proses ini kemudian diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif. Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron internal, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis, dan progresifitas tersebut. aktivitas jangka panjang renin-angiotensin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh faktor pertumbuhan seperti transforming growth factor β (TGF-β). Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresifitas Chronic Kidney Disease (CKD) adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstitial (Kemenkes RI, 2010).

 Pada stadium paling dini Chronic Kidney Disease (CKD), terjadi kehilangan daya cadang ginjal (renal reserve), pada keadaan ini basal Laju Filtrasi Glomelurus (LFG) masih normal atau sudah meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada Laju Filtrasi Glomelurus (LFG) sebesar 60%, penderita masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), tapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum (normal kadar kreatinin serum 0,5-1,5 mg/dl dan ureum 20-40 mg/dl) (Kemenkes RI, 2010).

 Sampai pada Laju Filtrasi Glomelurus (LFG) sebesar 30%, mulai terjadi keluhan pada klien seperti, nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada Laju Filtrasi Glomelurus (LFG) dibawah 30%, klien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya. Klien juga mudah terjadi infeksi saluran napas, maupun infeksi saluran cerna. Juga akan terjadi gangguan keseimbangan air seperti hipo atau hipervolemia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG dibawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius dan klien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal (Kemenkes RI, 2010).

### 2.1.6 Komplikasi

1. Hiperkalemia akibat penurunana ekskresi, asidosis metabolic, katabolisme dan masukan diet berlebih.
2. Perikarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialysis yang tidak adekuat
3. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi system rennin-angiotensin-aldosteron
4. Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi toksin dna kehilangan drah selama hemodialisa
5. Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah dan metabolisme vitamin D abnormal.
6. Asidosis metabolic
7. Osteodistropi ginjal
8. Sepsis
9. neuropati perifer
10. hiperuremia

### 2.1.7 PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Laboratorium

 a. Pemeriksaan penurunan fungsi ginjal

* + 1. Ureum kreatinin.
		2. Asam urat serum.

 b. Identifikasi etiologi gagal ginjal

1. Analisis urin rutin
2. Mikrobiologi urin
3. Kimia darah
4. Elektrolit
5. Imunodiagnosis

 c. Identifikasi perjalanan penyakit

1. Progresifitas penurunan fungsi ginjal
2. Ureum kreatinin, Clearens Creatinin Test (CCT)

GFR / LFG dapat dihitung dengan formula Cockcroft-Gault :



Nilai normal :

Laki-laki : 97 - 137 mL/menit/1,73 m3 atau

 0,93 - 1,32 mL/detik/m2

Wanita : 88-128 mL/menit/1,73 m3 atau

 0,85 - 1,23 mL/detik/m2

- Hemopoesis : Hb, trobosit, fibrinogen, factor pembekuan

1. Elektrolit : Na+, K+, HCO3-, Ca2+, PO42-, Mg+
2. Endokrin : PTH dan T3,T4

Pemeriksaan lain: berdasarkan indikasi terutama faktor pemburuk ginjal, misalnya: infark miokard.

 2. Diagnostik

 a. Etiologi CKD dan terminal

1. Foto polos abdomen.
2. USG.
3. Nefrotogram.
4. Pielografi retrograde.
5. Pielografi antegrade.
6. Mictuating Cysto Urography (MCU).

 b. Diagnosis pemburuk fungsi ginjal

1. RetRogram
2. USG.

### 2.1.8 PENCEGAHAN

Bila ditemukan tanda dan gejala penyakit ginjal, maka yang harus dilakukan adalah :

1. Kontrol gula darah pada penderita diabetes,
2. Kontrol tekanan darah pada penderita hipertensi,
3. Pengaturan pola makan yang sesuai dengan kondisi ginjal
4. Penyakit ginjal kronik tidak dapat disembuhkan,tetapi kita masih dapat mempertahankan agar tetap berfungsi seoptimal mungkin, yaitu melalui :
5. Terapi dengan obat-obatan
6. Transplantasi (cangkok) ginjal
7. Dialisis (cuci darah)
8. Modifikasi gaya hidup

### 2.1.9 Penatalaksanaan

 1. Terapi Konservatif

 Perubahan fungsi ginjal bersifat individu untuk setiap klien Cronic renal Desease (CKD) dan lama terapi konservatif bervariasi dari bulan sampai tahun.Tujuan terapi konservatif : Mencegah memburuknya fungsi ginjal secara profresi, Meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksi azotemia, Mempertahankan dan memperbaiki metabolisme secara optimal, Memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit. Prinsip terapi konservatif :

1. Mencegah memburuknya fungsi ginjal.
2. Hati-hati dalam pemberian obat yang bersifat nefrotoksik.
3. Hindari keadaan yang menyebabkan diplesi volume cairan ekstraseluler dan hipotensi.
4. Hindari gangguan keseimbangan elektrolit.
5. Hindari pembatasan ketat konsumsi protein hewani.
6. Hindari proses kehamilan dan pemberian obat kontrasepsi.
7. Hindari instrumentasi dan sistoskopi tanpa indikasi medis yang kuat.
8. Hindari pemeriksaan radiologis dengan kontras yang kuat tanpa indikasi medis yang kuat.
9. Pendekatan terhadap penurunan fungsi ginjal progresif lambat

1). Kendalikan hipertensi sistemik dan intraglomerular.

2). Kendalikan terapi ISK.

3). Diet protein yang proporsional.

4). Kendalikan hiperfosfatemia.

5). Terapi hiperurekemia bila asam urat serum > 10mg%.

6). Terapi hIperfosfatemia.

7). Terapi keadaan asidosis metabolik.

8). Kendalikan keadaan hiperglikemia.

 2. Terapi alleviative gejala asotemia

1). Pembatasan konsumsi protein hewani.

2). Terapi keluhan gatal-gatal.

3). Terapi keluhan gastrointestinal.

4). Terapi keluhan neuromuskuler.

5). Terapi keluhan tulang dan sendi.

6). Terapi anemia.

7). Terapi setiap infeksi.

1. Terapi simtomatik
2. Asidosis metabolik

 Jika terjadi harus segera dikoreksi, sebab dapat meningkatkan serum K+ (hiperkalemia ) :

1. Suplemen alkali dengan pemberian kalsium karbonat 5 mg/hari.
2. Terapi alkali dengan sodium bikarbonat IV, bila PH < atau sama dengan 7,35 atau serum bikarbonat < atau sama dengan 20 mEq/L.
3. Anemia
4. Anemia Normokrom normositer

 Berhubungan dengan retensi toksin polyamine dan defisiensi hormon eritropoetin (ESF: Eritroportic Stimulating Faktor). Anemia ini diterapi dengan pemberian Recombinant Human Erythropoetin ( r-HuEPO ) dengan pemberian 30-530 U per kg BB.

1. Anemia hemolisis

 Berhubungan dengan toksin asotemia. Terapi yang dibutuhkan adalah membuang toksin asotemia dengan hemodialisis atau peritoneal dialisis.

1. Anemia Defisiensi Besi

 Defisiensi Fe pada CKD berhubungan dengan perdarahan saluran cerna dan kehilangan besi pada dialiser ( terapi pengganti hemodialisis ). Klien yang mengalami anemia, tranfusi darah merupakan salah satu pilihan terapi alternatif ,murah dan efektif, namun harus diberikan secara hati-hati.

 Indikasi tranfusi PRC pada klien gagal ginjal :

a). HCT < atau sama dengan 20 %

b). Hb < atau sama dengan 7 mg5

c). Klien dengan keluhan : angina pektoris, gejala umum anemia dan high output heart failure.

 Komplikasi tranfusi darah :

a). Hemosiderosis

b). Supresi sumsum tulang

c). Bahaya overhidrasi, asidosis dan hiperkalemia

d). Bahaya infeksi hepatitis virus dan CMV

e). Pada Human Leukosite antigen (HLA) berubah, penting untuk rencana transplantasi ginjal.

 c. Kelainan Kulit

1). Pruritus (uremic itching)

 Keluhan gatal ditemukan pada 25% kasus CKD dan terminal, insiden meningkat pada klien yang mengalami HD.

Keluhan :

a).Bersifat subyektif

b).Bersifat obyektif : kulit kering, prurigo nodularis, keratotic papula dan lichen symply

Beberapa pilihan terapi :

a).Mengendalikan hiperfosfatemia dan

hiperparatiroidisme

b). Terapi lokal : topikal emmolient ( tripel lanolin )

c). Fototerapi dengan sinar UV-B 2x perminggu

selama 2-6mg ,terapi ini bisadiulang apabila

diperlukan

 d). Pemberian obat

* Diphenhidramine 25-50 P.O
* Hidroxyzine 10 mg P.O

2). Easy Bruishing

 Kecenderungan perdarahan pada kulit dan selaput serosa berhubungan denga retensi toksin asotemia dan gangguan fungsi trombosit. Terapi yang diperlukan adalah tindakan dialisis.

 d. Kelainan Neuromuskular

Terapi pilihannya :

1). HD reguler.

2). Obat-obatan : Diasepam, sedatif.

3). Operasi sub total paratiroidektomi.

 e. Hipertensi

 Bentuk hipertensi pada klien dengan GG berupa : volum dependen hipertensi, tipe vasokonstriksi atau kombinasi keduanya. Program terapinya meliputi :

1). Restriksi garam dapur.

2). Diuresis dan Ultrafiltrasi.

3). Obat-obat antihipertensi.

 3. Terapi pengganti

 Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal kronik stadium 5, yaitu pada LFG kurang dari 15 ml/menit. Terapi tersebut dapat berupa hemodialisis, dialisis peritoneal, dan transplantasi ginjal (Suwitra, 2016).

 a. Dialisis yang meliputi :

1). Hemodialisa

 Tindakan terapi dialisis tidak boleh terlambat untuk mencegah gejala toksik azotemia, dan malnutrisi. Tetapi terapi dialisis tidak boleh terlalu cepat pada pasien GGK yang belum tahap akhir akan memperburuk faal ginjal (LFG). Secara khusus, indikasi HD adalah :

1. Pasien yang memerlukan hemodialisa adalah pasien GGK dan GGA untuk sementara sampai fungsi ginjalnya pulih.
2. Pasien-pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisa apabila terdapat indikasi:
3. Hiperkalemia > 17 mg/lt
4. Asidosis metabolik dengan pH darah < 7.2
5. Kegagalan terapi konservatif
6. Kadar ureum > 200 mg % dan keadaan gawat pasien uremia, asidosis metabolik berat, hiperkalemia, perikarditis, efusi, edema paru ringan atau berat atau kreatinin tinggi dalam darah dengan nilai kreatinin > 100 mg %
7. Kelebihan cairan
8. Mual dan muntah hebat
9. BUN > 100 mg/ dl (BUN = 2,14 x nilai ureum )
10. preparat (gagal ginjal dengan kasus bedah )
11. Sindrom kelebihan air
12. Intoksidasi obat jenis barbiturat

 Indikasi tindakan terapi dialisis, yaitu indikasi absolut dan indikasi elektif. Beberapa yang termasuk dalam indikasi absolut, yaitu perikarditis, ensefalopati/ neuropati azotemik, bendungan paru dan kelebihan cairan yang tidak responsif dengan diuretik, hipertensi berat, muntah persisten, dan Blood Uremic Nitrogen (BUN) > 120 mg% atau > 40 mmol per liter dan kreatinin > 10 mg% atau > 90 mmol perliter. Indikasi elektif, yaitu LFG antara 5 dan 8 mL/menit/1,73m², mual, anoreksia, muntah, dan astenia berat (Sukandar, 2016). Menurut konsensus Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) (2003). secara ideal semua pasien dengan Laju Filtrasi Goal (LFG) kurang dari 15 mL/menit, LFG kurang dari 10 mL/menit dengan gejala uremia/malnutrisi dan LFG kurang dari 5 mL/menit walaupun tanpa gejala dapat menjalani dialisis. Selain indikasi tersebut juga disebutkan adanya indikasi khusus yaitu apabila terdapat komplikasi akut seperti oedem paru, hiperkalemia, asidosis metabolik berulang, dan nefropatik diabetik. Hemodialisis di Indonesia dimulai pada tahun 1970 dan sampai sekarang Telah dilaksanakan di banyak rumah sakit rujukan.

 Umumnya dipergunakan ginjal buatan yang kompartemen darahnya adalah kapiler-kapiler selaput semipermiabel (hollow fibre kidney). Kualitas hidup yang diperoleh cukup baik dan panjang umur yang tertinggi sampai sekarang 14 tahun. Kendala yang ada adalah biaya yang mahal (Rahardjo, 2016).

2). Dialisis Peritoneal (DP)

Akhir-akhir ini sudah populer Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) di pusat ginjal di luar negeri dan di Indonesia. Indikasi medik CAPD, yaitu pasien anak-anak dan orang tua (umur lebih dari 65 tahun), pasien-pasien yang telah menderita penyakit sistem kardiovaskular, pasien-pasien yang cenderung akan mengalami perdarahan bila dilakukan hemodialisis, kesulitan pembuatan AV shunting, pasien dengan stroke, pasien GGT (gagal ginjal terminal) dengan residual urin masih cukup, dan pasien nefropati diabetik disertai co-morbidity dan co-mortality. Indikasi non-medik, yaitu keinginan pasien sendiri, tingkat intelektual tinggi untuk melakukan sendiri (mandiri), dan di daerah yang jauh dari pusat ginjal (Sukandar, 2016).

b. Transplantasi ginjal atau cangkok ginjal.

Transplantasi ginjal merupakan terapi pengganti ginjal (anatomi dan faal). Pertimbangan program transplantasi ginjal, yaitu:

1. Cangkok ginjal (kidney transplant) dapat mengambil alih seluruh (100%) faal ginjal, sedangkan hemodialisis hanya mengambil alih 70-80% faal ginjal alamiah.

2) Kualitas hidup normal kembali

3) Masa hidup (survival rate) lebih lama

4) Komplikasi (biasanya dapat diantisipasi) terutama berhubungan dengan obat imunosupresif untuk mencegah reaksi penolakan

5) Biaya lebih murah dan dapat dibatasi

Pemeriksaan radiografi sudah dapat menegakkan klasifikasi diagnosis dari fraktur proksimal tibia. (Arif Mansjoer, 2018).

## 2.2 Asuhan Keperawatan

 Asuhan keperawatan merupakan suatu tindakan kegiatan atau proses dalam praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien utuk memenuhi kebutuhan objektif pasien sehingga dapat mengatasi maslah yang sedang dihadapinya dan asuhan keperawatan dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah ilmu keperawtan.

 Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap pasien seperti yang tersebut diatas yaitu melalui empat tahapan keperawatan.

* + 1. Pengkajian

Pengkajian adalah adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

* + 1. Pengumpulan data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari klien yang meliputi unsur bio-psiko-spiritual yang komperhensif. Secara lengkap dan relevan untuk mengenal klien agar dapat sumber arah kepada tindakan keperawatan.

* + 1. Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama,tanggal MRS, nomor registrasi dan diagnose medis.(Lyyn Bickley, 2015)

* + 1. Keluhan utama

Biasanya ditandai dengan Pasien lemas, dan selanjutnya dilakukan pemeriksaan laboratorium pada keratin serum dan kadar nitrogen urea darah (Lyyn Bickley, 2015).

* + 1. Riwayat penyakit
1. Riwayat penyakit sekarang

Kaji riwayat penyakit pasien sebelum masuk rumah sakit sampai sekarang. Deskripsikan tentang gejala awal yang dirasakan pasien hingga pasien dirawat di rumah sakit. (Lyyn Bickley, 2015)

1. Riwayat penyakit dahulu

Kaji apakah ada riwayat DM, HT, TB, penyakit jantung guna tindakan lain untuk menghindari komplikasi. (Lyyn Bickley, 2015)

1. Riwayat penyakit keluarga

Kaji adanya anggota generasi dahulu apakah ada yang memiliki riwayat Chronic Kidney Disease (CKD).(Lyyn Bickley, 2015)

* + 1. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian mekanisme koping yang digunakan pasien berguna untuk menilai respon emosi pasien terhadap penyakit yang di deritanya seperti apakah pasien merasa takut akan cacat, cemas, dan rasa tidak mampu untuk melakukan aktivitas secara optimal. (Lyyn Bickley, 2015)

* + 1. Pemeriksaan fisik
1. Pada Chronic Kidney Disease (CKD) perhatikan tanda-tanda vital pasien,biasanya pasien dengan CKD memiliki tingkat kesadaran yang kurang berhubungan dengan anemia dan perhatikan haluaran urine untuk menghindari adanya kelebihan volume cairan (Lyyn Bickley, 2015)
2. B1 (Breathing)

Tidak ada batuk, tidak ada sesak, dan frekuensi nafas normal, tidak ada suara tambahan, bentuk ada simetris. (Muttaqqin & Sari, 2011)

1. B2 (Blood)

Pergerakan dada tampak simetris, bentuk dada normal, tidak tampak barrel chest, tidak ada nyeri dada, sklera konjungtiva anemis, CRT <2 detik, Akral hangat, wajah pucat, Nadi teraba dengan frekuensi 80 x/menit, irama reguler, lemah,Irama jantung regular,Bunyi jantung S1-S2 Tunggal,Tidak terdengar bunyi jantung tambahan (murmur, gallop).Masalah Keperawatan : Perfusi Perifer Tidak Efektif

1. B3 (Brain)

GCS : 456, reflek fisiologis ( bisep+/+, trisep+/+, achiles+/+), reflek patologis (babinski-/-, kernik-/-, kaku kuduk-/-), Bentuk hidung simetris, tidak ada polip, sklera mata sedikit pucat, pupil isokor, tidak ada penurunan pendengaran, telinga simetris. Pemeriksaan pada Nervus Cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan bau obat, Nervus Cranial II pasien dapat melihat lapang pandang secara normal, Nervus Cranial III pasien mampu melihat ke segala arah, Nervus Cranial IV pasien mampu menggerakan bola mata, Nervus Cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, Nervus Cranial VI pasien mampu menggerakan bola mata ke arah lateral, Nervus Cranial VII otot wajah pasien simetris, Nervus Cranial VIII pasien dapat mendengar dengan baik, Nervus Cranial IX pasien mampu menelan dengan baik, Nervus Cranial X pasien dapat berbicara dengan baik, Nervus Cranial XI bahu pasien simetris tidak ada masalah, Nervus Cranial XII pasien dapat membedakan rasa pahit,asin dan manis.

1. B4 (Bladder)

Kaji keadaan urin meliputi warna, jumlah, karakteristik dan berat jenis urine. Penurunan jumlah urine dan peningkatan retensi cairan terjadi akibat menurunnya perfusi jaringan. (Muttaqqin & Sari, 2011)

1. B5 (Bowel)

Bibir lembab, tidak hipoksia, tidak ada pembesaran tonsil, peristaltik usus normal, frek BAB, tidak ada distensi abdomen. (Muttaqqin & Sari, 2011)

1. B6 (Bone)

Pada pemeriksaan inspeksi, pemeriksaan rambut berwarna hitam dan, kulit kepala bersih, kulit berwarna sawomatang. Pada pemeriksaan palpasi turgor kulit baik, kekuatan otot ROM penuh.(Muttaqqin & Sari, 2016)

* + 1. **Analisa data**

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut di kelompokan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnose keperawatan.

* + 1. **Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada klien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) adalah (NANDA I 2012-2014) :

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urin, retensi cairan, dan natrium.
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan hemoglobin, kelemahan
3. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidak tahuan

menemukan sumber informasi.

1. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk memasukan atau mencerna nutrisi oleh karena factor biologis, psikologis, ekonmi.
	* 1. **Perencanaan**

Berikut ini adalah intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) (NANDA 1 2012-2014) :

1. Resiko infeksi dengan penurunan hemoglobin,

Anemia..

Nursing Outcome Classification (NOC)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan haluaran urin normal, natrium dalam batas normal.

Kriteria hasil :

1. Mengenali tanda dan gejala yang mengindikasikan risiko dalam penyebaran infeksi
2. Mengetahui cara mengurangi penularan infeksi
3. Kelemahan pasien berkurang

Nursing Interventions Classification (NIC) Aktivitas keperawatan :

1. Kaji tanda-tanda infeksi ; suhu tubuh, nyeri, perdarahan, dan pemeriksaan laboraturium, radiologi
2. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local
3. Menaikan asupan gizi yang cukup dan cairan yang sesuai
4. Monitor hasil HGB, granulosit, WBC
5. kolaborasi pemberian antibiotic yang sesuai
6. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen, kelemahan umum, immobilitas. Nursing Outcome Classification (NOC) Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan mampu melakukan aktivitas sendiri.

Ktiteria Hasil :

1. klien dapat beraktivitas diluar tempat tidur
2. klien dapat menjaga kebersihan dirinya.

 Nursing Interventions Calssification (NIC) Aktivitas keperawatan :

Periksa tanda-tanda vital setelah beraktivitas

 Rasional : hipotensi ortostatik dapat terjadi dengan aktivitas, karena efek obat (vasodilatasi) dan perpindahan cairan (diuretik)

Catat kardiopulmonal terhadap aktivitas, catat takikardi, dispnea, berkeringat dan pucat.

 Rasional : atau ketidakmampuan miokardium untuk meningkatkan volume darah sekuncup selama aktivitas dapat mnyebabkan peningkatan frekuensi jantung dan kebutuhan oksigen, juga peningkatan rasa kelelahan dan kelemahan.

Evaluasi peningkatan aktivitas

 Rasional : dapat menunjukan peningkatan dekompensasi jantung dari pada kelebihan aktivitas.

Kaji faktor yang menyebabkan keletihan

 Rasional : dapat mengetahui penyebab keletihan

Kaji faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan

Rasioanal : dapat mengetahui faktor apa saja yang dapat menyebabkan kelebihan cairan dan dapat mengetahui takaran asupan yang dapat di berikan.

Anjurkan aktivitas ringan sambil istirahat

Rasional : dapat mengetahui tingkat aktifitas yang dapat di lakukakan klien.

Anjurkan kepada keluarga untuk memandikan klien

Rasional : dapat mempertahankan kebersihan pada klien

Kolaborasi pemberian therapy antibiotik sesuai indikasi

Periksa laboratorium darah sesuai indikasi.

Rasional : dapat mengetahuin hasil laboratorium sehingga dapat di berikan tindakan lanjut

1. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrien, ketidakmampuan untuk mencerna makanan, ketidakmampuan menelan makanan, faktor psikologis.

 (Nursing Outcome Classification (NOC) setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nutrisi terpenuhi.

 Kriteria hasil :

a. Intake makanan per oral (spontan/ naso feeding) adekuat.

b. Intake cairan (per oral/ parenteral) adekuat.

c. Nutrisi parental adekuat.

d. Menyatakan nafsu makan baik.

e. Menyiapkan makanan dengan baik.

f. Menyantap makanan dengan maksimal dan mengunyahnya dengan baik.

g. Menghabiskan porsi makanan tanpa adanya gangguan.

h. Tidak ada gangguan selama proses makan (mual/muntah).

i. Berat badan ideal.

j. Masa otot triceps, biseps dan subskapularis memadai.

k. Lemak pada panggul (wanita) memadai.

l. Lemak di leher (pria) memadai.

m. Lingkar kepala memadai dalam standar normal (anak).

n. Proporsi antara tinggi badan dan berat badan normal (anak).

 Nursing Interventions Calssification (NIC) Aktivitas keperawatan :

1. Kaji status nutrisi klien dan kemampuan pemenuhan nutrisi klien.

 Rasional : memvalidasi dan menepatkan drajat masalah untuk menetapkan pilihan intervensi yang tepat.

1. Identifikasi klien tentang riwayat alergi makanan dan kaji makanan kesukaan klien.

 Rasional : mengetahui asupan makanan yang dapat menyebabkan alergi.

1. Instruksikan kepada klien tentang cara pemenuhan kebutuhan nutrisi yang optimal (misalnya dengan pelaksanaan diet sesuai anjuran).

 Rasioanal : untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang adekuat

1. Hitung kebutuhan kalori klien setiap hari dan sediakan aneka ragam makanan kesukaan klien.

 Rasional : untuk menambah selera makan klien.

1. Anjurkan klien/ keluarga untuk membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi) sebelum makan untuk meningkatkan kenyamanan.

 Rasional : untuk menjaga kebersihan rongga mulut sehingga terjaga kebersihananya.

Sajikan makanan dengan menarik dan suhu hangat. Rasional : untuk meningkatkan selera makan.

1. Kerusakan integritas kulit yang berhubingan dengan perubahan status cairan, perubahan turgor, kondisi ketidakseimbangan nutrisi, penurunan sirkulasi.

 Nursing Outcome Classification (NOC)

 Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kerusakan integritas kulit dapat teratasi.

 Kriteria hasil:

1. Suhu permukaan normal.
2. Sensasi perifer, elastisitas, status hidrasi, kelembaban, tekstur, perfusi jaringan, pertumbuhan rambut kulit dan integritas kulit dalam kondisi baik.
3. Tidak ada pigmentasi abnormal, lesi, lesi pada membran mukosa, jaringan parut, kanker, eritema, nekrosis, abrasio dan penebalan kulit.
4. Aliran darah pada akses hemodialisis (shunt) lancar.
5. Warna kulit sekitar akses tidak ada kemerahan (rubor).
6. Suhu disekitar akses tidak ada peningkatan (kalor).
7. Tidak ada bunyi bruit dan thrill pada akses.
8. Pulsasi perifer distal adekuat.
9. Tidak ada pembekuan darah (emboli) disekitar akses.
10. Tidak ada perdarahan dan hematoma.
11. Tidak ada edema dan nyeri.

Nursing Interventions Classification (NIC) Aktivitas keperawatan:

1. Monitoring posisi kateter dialysis

Rasional: meningkatkan aliran darah, meminimalkan hipoksia jaringan

1. Monitoring kondisi akses dialisis (kemerahan, edema, demam, perdarahan, hematoma dan penurunan sensasi rasa).

 Rasional: kulit berisiko karenagangguan sirkula siperifer, imobilisasi fisik, dan gangguan status nutrisi

1. Gunakan teknik sterilisasi tinggi saat memasang kateter dialisis dan merawat kulit sekitar.

 Rasional : untuk menghindari resiko tinggi penyebab infeksi.

1. Berikan Gel pada saat memasukan kateter dialisis dan ulangi pemberian setiap 72 jam.

 Rasional : sebagai pelumas saat memasang kateter.

1. Ajari klien tentang cara perawatan akses dialisis. Rasional : untuk mengajarkan teknik perawatan mandiri
2. Defisit pengetahuan yang berhubungan dengan keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang pajanan, kurang dapat mengingat, tidak familier dengan sumber informasi

 Nursing Outcome Classification (NOC)

 Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mengerti tentang penyakitnya.

 Kriteria hasil:

1. pasien dan keluarga menyatakan telah memahami tentang penyakit yang dideritapasien, bagaimana kondisi
2. pasien saat ini,prognosis dan prorampengobatan%.
3. pasien dan keluarga mampu melaksanakanprosedur penatalaksanaan yang telah dijelaskan oleh tenaga kesehatan se&ara benar'.
4. pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan oleh tenaga kesehatan

 Nursing Interventions Classification (NIC) Aktivitas keperawatan

1. Nilai tingkat pengetahuan klien mengenai proses penyakitnya. Rasional : untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien

2. Terangkan kepada klien tentang proses terjadinya penyakit pada dirinya dengan bahasa yang mudah dimengerti.

Rasional : untuk memberikan pengetahuan pada klien tentang penyakitnya.

3. tingkat pengetahuan klien dengan menanyakan kembali seputar penyakitnya.

Rasional : untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien

4. Sediakan informasi yang adekuat untuk akses pengetahuan klien. Rasional : untuk penambahan informasi

5. Diskusikan dengan klien terkait dengan terapi yang akan diberikan. Rasional : infoconsen pada klien

6. Dorong klien untuk memberikan pendapat atau keputusan pada setiap tindakan.

Rasional : untuk memastikan kesediaan klien.

* + 1. **Pelaksanaan**

 Pelaksanaan asuhan keperawatan ini merupakan tindakan yang di berikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah di tetapkan tergantung pada kondisi dan situasi klien saat itu dengan intervensi

 Pada diagnosa keperawatan pertama yaitu 2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan haemoglobin, keletihan, kelemahan fisik. Pada pasien ini biasanya Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas sendiri.dengan intervensi Kaji motorik, sensorik dan reflek. Ubah posisi pasien tiap 3-4 jam. Latih gerak pasif pada ekstremitas yang sakit. Bantu dan ajarkan pasien latihan ROM,perawatan sesuai toleransi.

 Pada diagnosa keperawatan resiko infeksi dengan penurunan hemoglobin. Biasanya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan haluaran urin normal, natrium dalam batas normal. Dengan intervensi.Lakukan penilaian pada fungsi sirkulasi perifer.(cek TTV). Monitor status cairan masukan dan keluaran yang sesuai (dalam batas normal). Melatih pasien melakukan gerakan pasif maupun aktif untuk melancarkan sirkulasi dalam tubuh. Pantau hasil laboratorium( HGB dan HMT) . Berkolaborasi dalam pemberian tranfusi.

 Pada diagnose keperawatan Defisit pengetahuan yang berhubungan dengan keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang pajanan, kurang dapat mengingat, tidak familier dengan sumber informasi. Biasanya pada pasien ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan klien mengerti tentang penyakitnya. Dengan intervensi Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga. jelaskan pato)siologi dari penyakit dan bagaimana hal tersebut berhubungandengan anatomi dan fsiologi, dengan cara yang tepat.. gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.. gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepa.. Identifkasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat. sediakan informasi bagi keluarga tentang kemajuan kondisi pasien, dengan cara yang tepat. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan

* + 1. **Evaluaasi**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah di berikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini di tentukan adakah perencanaan sudah tercapai atau belum. Dapat juga timbul masalah baru.

2.3 **Kerangka masalah CKD**

Diabetic kidney disease

SLE (nefritis lupus)

Obstruksi dan infeksi

Nefritis hipertensi

Glomerulonefritiskronis

Gangguan tubulus dan glomerulus

Jaringan ginjal kurang O2 dan nutrisi

Ketidaktahuan menentukan sumber informasi

Penurunan fungsi nefron

Kecemasan

Kurang pengetahuan

B1

Penurunan GFR

Penimbunan sampah metabolit

Penurunan kemampuan ginjal mengekskresi H+

B3

BUN dan creatinin meningkat

CKD

Retensi air dan Na

Ureum menumpuk di rongga paru & pleura

PePh, HCO3, BE

B2

Ginjal tidak dapat membuang kalium melalui urine

Resikocedera

Penurunan produksi eritro protein

Anemia

Sesak, nyeri dada

Penurunan produksi urine

Asidosismetabolik

hiperkalemia

Iritasi saluran kencing

gg. prosesdifusi

Pernafasan kusmaul

Gangguan konduksi jantung

v

Intoleran aktivitas

Gangguan pertukaran gas

Resiko Infeksi

Kelelahan

Ketidakefektifan pola nafas

Respon hipotalamus, pelapasan mediator kimiawi (sitokinin, bradikinin,

Masa hidup eritrosit berkurang dan jumlah eritrosit menurun

CKD

Penumpukan zat-zat toksin

Peningkatan aktivitas system RAA

Kulit kekuningan, gatal, kulit kering dan pecah-pecah

Kerusakan integritas kulit

* Gangguan metabolism protein
* Foetoruremik

Anoreksia, nausea, vomitus

B6

Pengaktifan vit D oleh ginjal terganggu

Penimbunan ureum dan kalsium di pori-pori kulit

S. Reproduksi

B5

B4

gg. hormonal

Wanita

Pria

Retensi air dan Na

Gangguan absorbs kalsium oleh usus

gg. oogenesis

gg. spermatogenesis

Penurunan produksi urine

hipokalsemia

Amenorea, infertile

Pe↓ libido, impoten

Merangsang kelenjar paratiroid untuk mengeluarkan PTH

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Oliguri, anuri, edema

* Kelebihan volume cairan
* Gangguan pola eliminasi urin
* Gangguan pola seksual

Resabsorbsi kalsium tulang

Resiko cedera

Osteoporosis

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan (*penyakit janung koroner old miokard infark-PJK OMI*) yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 28 januari 2020 sampai 30 januari 2020 diruang Ruang ICCU CPU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan keluarga pasien dan file no register 63xxx sebagai berikut:

### 3.1 Pengkajian

#### 3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang laki-laki usia 53 tahun. Sudah pernah menikah dan bekerja sebagai PNS dengan pendidikan terakhir S1.

#### 3.1.2 Keluhan utama

Pasien mengatakan pusing + lemas seperti mau pingsan.

#### Riwayat Penyakit

1. **Riwayat penyakit sekarang**

Pasien mengatakan pada tanggal 25-01-2020 pada pagi hari mau berangkat kerja pasien mengatakan tiba tiba kepalanya pusing dan badannya agak lemas kemudian pasien tidak jadi bekerja pasien istirahat kemudian pasien setelah sholat magrib merasakan pusing kembali dan pandangan kabur seperti mau pingsan setelah itu pasien ke IGD RS AL lalu dilakukan pemeriksaan TTV lengkap dengan TD :100/80 MmHg N :75 x/mnt RR :22 x/mnt S :36℃ SpO² :89% GCS :4-5-6 dan dilakukan pemasangan infus dengan cairan Ns 500cc, O2 Nasal Kanul 4 LPM dan diberi obat Aptor 100Mg , Fenofibrete 100Mg , Sprinolactone 25Mg , Nitrokaf 2,5Mg lalu jam 21:45 pasien dirujuk ke ruangan ICCU CPU untuk dilakukan perawatan lebih lanjut

1. **Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan pada saat kecil sering mimisan

1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**

Pasien mengatakan kelarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit PJK OMI

1. **Genogram**

x

x

x

Gambar 3.1 Genogram Tn.E

Keterangan :

 : Laki-laki : Pasien

 : Perempuan X : Meninggal

 : Ada hubungan keluarga : Tinggal satu rumah

#### Riwayat Alergi

Pasien tidak ada riwayat alergi obat-obatan, makanan,dll.

#### B1 (Breath)

Bentuk dada simetris, pergerakan dada simetris, tidak ada sesak, tidak ada suara tambahan, irama nafas reguler, suara nafas vesikuler, tidak batuk.

#### B2 (Blood)

 Pergerakan dada tampak simetris, pasien terlihat lemah, bentuk dada normal, tidak tampak barrel chest, tidak ada nyeri dada, sklera konjungtiva anemis, CRT <2 detik, Akral hangat, wajah pucat, Nadi teraba dengan frekuensi 60 x/menit, irama reguler, lemah,Irama jantung regular,Bunyi jantung S1-S2 Tunggal,Tidak terdengar bunyi jantung tambahan.

(Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan)

#### B3 (Brain)

GCS : 456, reflek fisiologis ( bisep+/+, trisep+/+, achiles+/+), reflek patologis (babinski-/-, kernik-/-, kaku kuduk-/-), Bentuk hidung simetris, tidak ada polip, sklera mata sedikit pucat, pupil isokor, tidak ada penurunan pendengaran, telinga simetris. Pemeriksaan pada Nervus Cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan bau obat, Nervus Cranial II pasien dapat melihat lapang pandang secara normal, Nervus Cranial III pasien mampu melihat ke segala arah, Nervus Cranial IV pasien mampu menggerakan bola mata, Nervus. Cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, Nervus Cranial VI pasien mampu menggerakan bola mata ke arah lateral, Nervus Cranial VII otot wajah pasien simetris, Nervus Cranial VIII pasien dapat mendengar dengan baik, Nervus Cranial IX pasien mampu menelan dengan baik, Nervus Cranial X pasien dapat berbicara dengan baik, Nervus Cranial XI bahu pasien simetris tidak ada masalah, Nervus Cranial XII pasien dapat membedakan rasa pahit,asin dan manis

(Masalah Kepeawatan : tidak ada Masalah Keperawatan )

#### B4 (Bladder)

Tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi pada kandung kemih.

1. SMRS: Pasien mengatakan selama di rumah BAK 2-3x/hari, sebanyak 1500cc dan berwarna kuning jernih.
2. MRS: pasien terpasang volly cateter keluarga pasien mengatakan selama dirumah sakit BAK pasien terhitung , sebanyak 200cc per hari , berwarna kuning jernih, (Tidak ada masalah keperawatan)

#### B5 (Bowel)

 Membran mukosa lembab, pasien memiliki gigi dan tidak ada gigi palsu, nafsu makan baik, jenis diit adalah bubur halus, frekuensi minum 1200cc jenis air putih, tidak ada nyeri abdomen, peristaltik usus 15x/mnt.

1. SMRS: Pasien mengatakan BAB 2 x/hri, konsisten lembek, berwarna kuning kecoklatan.
2. MRS: Pasien mengatakan tidak bisa BAB selama MRS

(Pasien tidak bisa BAB saat MRS)

#### B6 (Bone)

Pada pemeriksaan inspeksi, pemeriksaan rambut berwarna hitam dan, kulit kepala bersih, kulit berwarna sawomatang. Pada pemeriksaan palpasi turgor kulit baik, kekuatan otot ROM penuh.55555555

. (Masalah keperawatan : tidak ada masalah 5555 5555

#### Endokrin

Pasien tidak ada pembesaran kelenjar thiroid, pasien tidak mengalami hipoglikemi . dan hasil hasil gula darah klien di IGD adalah 93 mg/dL

 (Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperwatan)

#### 3.1.4 Pola Fungsi Kesehatan

#### Kemampuan Perawatan Diri

Sebelum sakit pasien melakukan kegiatan sehari-hari sendiri.pada saat di rumah sakit kegitan pasien di bantu.

(Masalah Keperawatan : Tidak masalah keperawatana)

#### Personal hygiene

1. SMRS: Pasien mengatakan di rumah mandi 2x/hr, keramas 3x seminggu, menyikat gigi 2x/hr dan berganti pakaian 2x/hr.
2. MRS: keluarga Pasien mengatakan mandinya diseka 2x/hr oleh perawat,pasien berganti pakaian 1x/hr.(Tidak ada masalah keperawatan)

#### Istirahat Tidur

1. SMRS: Pasien mengatakan di rumah tidur siang 2 jam, tidur malam jam (21.00-04.00(8 jam)
2. MRS: Pasien mengatakan di rumah sakit pasien tidur siang pada jam 13.00-15.00, biasanya pasien tidur malam jam 21.00-04.00 (8 jam). (Tidak ada masalah keperawatan)

#### Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual

 Keluarga Pasien mengatakan sehat itu penting makanya pasien rajin kontrol ke rumah sakit, keluarga pasien mengatakan kira-kira bisa pulih kembali seperti semula tidak,keluarga pasien takut tidak dapat sembuh

1. Gambaran diri: keluarga Pasien mengatakan menyukai semua anggota
	1. tubuhnya
2. Ideal diri : keluarga pasien mengatakan Pasien ingin cepat sembuh
	1. dan pulang ke rumah
3. Harga diri : Tidak terganggu
4. Identitas diri : Pasien seorang seorang laki-laki 53 tahun
5. Peran : keluarga pasien mengatakan Pasien seorang bapak dari 1 anak
6. Kemampuan bicara pasien : pasien mampu berbicara.

(tidak ada masalah keperawatan)

#### Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Pemeriksaan** | **Hasil** | **Batas Normal** |
|  |  | (28 januari 2020) |  |
| 1 | WBC | 8.13 10^3/uL | 4.00-10,00 |
| 2 | HGB | 11,6 g/dL | 11,00-16,0 |
| 3 | PLT | 10.0 10^3/uL | 100-300 |
| 4 | Gula darah acak | 93 mg/dl | <120,0 |
| 5 | BUN | 22 mg/dL | 10-24 |
| 6 | kreatin | 1,3 mg/dl | 0,5-1,5 |
|  | (29 januari 2020) |
| 1 | WBC | 8.13 10^3/uL | 4.00-10,00 |
| 2 | HGB | 11,6 g/dL | 11,00-16,0 |
| 3 | PLT | 10.0 10^3/uL | 100-300 |
| 4 | Gula darah acak | 93,0 mg/dl | <120,0 |
| 5 | BUN | 22 mg/dL | 10-24 |
| 6 | kreatin | 1,3 mg/dl | 0,5-1,5 |
|  | 30 januari 2020 |
| 1 | WBC | 8.13 10^3/uL | 4.00-10,00 |
| 2 | HGB | 11,6 g/dL | 11,00-16,0 |
| 3 | PLT | 10.0 10^3/uL | 100-300 |
| 4 | Gula darah acak | 93,0 mg/dl | <120,0 |
| 5 | BUN | 22 mg/dL | 10-24 |
| 6 | kreatin | 1,3 mg/dl | 0,5-1,5 |

Lain-lain :

* ECG: Aritmia Omi
* Foto thorax : Cardiomegali

#### Penatalaksanaan

Tabel 3.2 Penatalaksanaan Tanggal 29 Mei 2017

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1 | Infus NS | 20tetes/mnt | Iv | Penambah cairan |
| 2 | Aptor | 1x100mg | Oral | Untuk Nyeri |
| 3 | Fenofibrete | 1x100mg | Oral | Mengurangi Tigeliserida/Kolestrol |
| 4 | Sprinolocton | 1x25mg | Oral | Mengurangi Hipertensi |
| 6 |  Diovan |  1x80mg |  Oral |  |
| 7 |  Dupamin |  50ml | pamp | Menghilangkan syok |
| 8 |   |  |  |  |

 Surabaya, 28 januari 2020

 Perawat

 **Agustyan**

 (Agustyan Arief Rahman H)

# Analisa Data

## Tabel 3.3 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N0** | **Data** | **Etiologi** | **Masalah** |
| **1.** | DS :Pasien mengeluh kepalanya pusing badannya lemas dan seperti mau pingsanDO :* + - 1. Pasien tampak lemas
			2. TTV :

 a. TD : 120/60 mmHg b. N : 60x/ menit c. RR : 22x/ menit d. S : 36ºC ,GCS: 4563. hasil laborat GDA : 93,0 mg/dl4. klien mendapatkan terapy Dupamin5. EKG irama aritmia |  Gangguan irama jantung |  Penurunan Curah Jantung |
| 2 | DS :Pasien mengatakan tidak bisa BAB selama 4 Hari DO :1.Perut kembung2.paristaltik usus menurun3.TTV :  a. TD : 120/60 mmHg b. N : 89x/ menit c. RR : 22x/ menit d. S : 36ºC ,GCS: 4565.Hasil laboratorium HGB : 35,7 g/dL  | Ketidak cukupan asupan diet | Konstipasi |
| 3 | DS :Pasien mengatakan cemas dengan keadaanyaDO :1. pasien tampak tegang2. RR : 22x/menit3. pasien tampak gelisah |  Proses penyakit  | Ansietas |

# Prioritas Masalah

## Tabel 3.4 Prioritas Masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Perawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1. |  Penurunan curah jantung | 28 januari 2020 | 30 januari 2020 | **Agustyan** |
| 2. | Konstipasi | 28 januari 2020 | 30 januari 2020 | **Agustyan** |
|  | Ansietas | 28 januari 2020 | 30 januari 2020 | **Agustyan** |

# Perencanaan

## Tabel 3.5 Diagnosa 1: Resiko penurunan curah jantung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** |  **Tujuan dan** **Kriteria Hasil** |  **Intervensi** |  **Rasional** |
| 1 |  Penurunan curah jantung | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam maka curah jantung meningkat KH :- TTV dengan batas normal- EKG irama normal (teratur sinus) | 1.observasi aritma/TTV (kelemahan jantung/frekuensi)2.pertahankan tirah baring3.Mengajarkan teknik relaksasi4.Kolaborasi pemberian obat |  1.Mengetahui irama frekuensi2.Mempertahankan keadaan pasien3.Mengurangi rasa nyaman4.Mencegah darah tinggi |

## Tabel 3.6 Diagnosa 2 : Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan diet

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan****Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 2 | Konstipasi B.d ketidakcukupan asupan diet | Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam, diharapkan pasien bisa BAB-BAB bias lancar-Perut tidak teraba keras-Bising usus normal 5-34x/mnt  | 1.Monitor buang air besar2.Sediakan makanan tinggi serat3.Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi serat4.Laksanakan pemberiian obat supositorial oral | 1.Untuk mengetahui frekuensi,bentuk,warna2.Untuk memperlancar feses3.Memperlancar BAB4.Melunakan feses |

## Tabel 3.7 Diagnosa 3 : Ansietas berhubungan dengan proses penyakit

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan****Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 3 | Ansieas B.d proses penyakit | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24jam diharapkan ansietas berkurang-Gelisah menurun-Pola tidur membaik-Pasien sudah meras tenang | 1.Monitor tanda vital2.Motivasi mengidentivikasi yang memicu kecemasan3.Bina hubungan saling percaya dengan pasien4.Kolaborasi dengan dokter pemberian obat | 1.Untuk mengetehui keadaan px 2.Agar pasien lebih tenang3.Agar px lebih tenang4.Untuk pemberian terapi |

## 3.5 Tindakan keperawatan dan catatan perkembangan

### Tabel 3.8 Tindakan keperawatan dan catatan perkembangan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu** | **Tindakan Keperawatan** | **TT Perawat** | **Waktu** | **Catatan****Perkembangan** | **TT Perawat** |
| Dx1 | 28/1/2008.3009.3010.3011.0011.30 12.00 13.00 14.00 | * Melakukan timbang terima
* Mengobservasi TTV

Tensi darah : 120/60 mmHgNadi/suhu : 89x/ menit / 36ºCRR: 18x/ menitGCS : 456* Membantu pasien makan
* Memberi obat

Spironolacton 25mgDiovan 80mgDupamin 5ml* EKG
* Memantau cairan intake dan output

Intake : 1500 cc/24 jamOutput : 200cc/24 jam | **Agustyan** | 28/1/20 | S:Pasien mengatakan dadanya lebih nyamanO: 1. Pasien tampak tenang
* TTV : Tensi darah : 120/60 mmHg
* Nadi/suhu : 89x/ menit / 36ºC
* RR: 22x/ menit
1. Klien berusaha patuh pada diet yang di berikan

A: Masalah belum teratasiP: Intervensi dilanjutkan | **Agustyan** |
| Dx2 | 28/1/2008.3009.3010.3011.0011.3012.0012.3013.00 | * Mengikuti timbang terima
* Mengobservasi TTV
	+ Tensi darah : 110/70 mmHg
	+ Nadi/suhu : 89x/ menit / 36ºC
	+ RR: 22x/ menit
	+ GCS : 456
* Membantu pasien makan
* Menanyakan masih ada keluhan apa tidak
* Anjurkan pasien makan makanan tinggi serat

  | **Agustyan** | 28/1/20 | S:Pasien mengatakan Mengeluh belom bisa BABO:  Pembesaran abdomen1. TTV :

Tensi darah : 120/60 mmHgNadi/suhu : 89x/ menit / 36ºCRR: 22x/ menit1. Pembesaran abdomen

A: Masalah belum teratasiP: Intervensi dilanjutkan | **Agustyan** |
| Dx3 | 28/1/2008.3009.3010.3011.0011.3012.0012.3013.00 | * Mengikuti timbang terima
* Mengobservasi TTV

Tensi darah : 120/70 mmHgNadi/suhu : 90x/ menit / 36ºCRR: 20x/ menitGCS : 456* Melakukan bina hubungan saling percaya
* Berkomunikasi dengan pasien
* Menganjurkan pasien tetap rileks dan tidak tegang
 | **Agustyan** | 28/1/20 | S:Pasien mengatakan cemas dengan keadaanya sekarangO: Pasien tampak gelisah TTV : Tensi darah : 120/80 mmHgNadi/suhu : 90x/ menit / 36ºCRR: 20x/ menitA: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan | Agustyan |

Tindakan keperawatan dan catatan perkembangan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu** | **Tindakan Keperawatan** | **TT Perawat** | **Waktu** | **Catatan****Perkembangan** | **TT Perawat** |
| Dx 1 | Rabu29/1/2008.3009.0009.3011.0011.3012.3013.00 |  * Mengikuti timbang terima
* mengobservasi TTV

Tensi darah : 120/80 mmHg Nadi/suhu : 90x/ menit / 37ºC RR: 18x/ menit* Membantu pasien makan
* Memberi obat

Spironolacton 25mgDiovan 80mgDupamin 5ml* EKG
* Memantau cairan intake dan output

Intake : 1500 cc/24 jamOutput : 200cc/24 jam | **Agustyan** | Rabu29/1/20 | S :Pasien mengatakan lebih tenangO :Pasien tampak tenang * TTV :

 Tensi darah :110/70 mmHg Nadi/Suhu :90x/mnt/36℃ RR :20x/mnt A: Masalah belum teratasiP:Intervensi dilanjutkan | **Agustyan** |
| Dx2DX 3 | Rabu29/1/2008.0010.0011.0012.0013.00Rabu29/1/2007.0008.0008.3009.3011.0012.00 | * Mengikuti timbang terima
* Mengobservasi TTV
	+ Tensi darah : 110/70 mmHg
	+ Nadi/suhu : 89x/ menit / 36ºC
	+ RR: 22x/ menit
	+ GCS : 456
* Membantu pasien makan
* Menanyakan masih ada keluhan apa tidak
* Anjurkan pasien makan makanan tinggi serat

 * Anjurkan pasien minum yang banyak

  * Mengikuti timbang terima
* Mengobservasi TTV

Tensi darah : 120/70 mmHgNadi/suhu : 90x/ menit / 36ºCRR: 20x/ menitGCS : 456* Melakukan bina hubungan saling percaya
* Berkomunikasi dengan pasien
* Menganjurkan pasien tetap rileks dan tidak tegang
 | **Agustyan**Agustyan | Rabu29/1/20Rabu 29/1/20 | S:Pasien mengatakan tidak bisa BABO: Tampak Pembesaran abdomen TTV : Tensi darah : 120/80 mmHgNadi/suhu : 90x/ menit / 36ºCRR: 20x/ menitA: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkanS:Pasien mengatakan cemas dengan keadaanya sekarangO: Pasien tampak gelisah TTV : Tensi darah : 120/80 mmHgNadi/suhu : 90x/ menit / 36ºCRR: 20x/ menitA: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan  | **Agustyan****Agustyan** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu** | **Tindakan Keperawatan** | **TT Perawat** | **Waktu** | **Catatan****Perkembangan** | **TT Perawat** |
| 1DX 2 | Kamis30/1/2014.0014.3015.3017.0017.3018.00Kamis30/1/20 14.0014.3015.3017.0017.3018.00 | * Melakukan timbang terima
* Mengobservasi TTV

Tensi darah : 120/60 mmHgNadi/suhu : 89x/ menit / 36ºCRR: 18x/ menitGCS : 456* Membantu pasien makan
* Memberi obat

Spironolacton 25mgDiovan 80mgDupamin 5ml* EKG
* Memantau cairan intake dan output

Intake : 1500 cc/24 jamOutput : 200cc/24 jam* Mengikuti timbang terima
* Mengobservasi TTV
	+ Tensi darah : 110/70 mmHg
	+ Nadi/suhu : 89x/ menit / 36ºC
	+ RR: 22x/ menit
	+ GCS : 456
* Membantu pasien makan
* Menanyakan masih ada keluhan apa tidak
* Anjurkan pasien makan makanan tinggi serat

  | **Agustyan****Agustyan** | Kamis30/1/20Kamis30/1/20 | S :Pasien mengatakan lebih tenangO :Pasien tampak tenang * TTV :

 Tensi darah :110/70 mmHg Nadi/Suhu :90x/mnt/36℃ RR :20x/mnt A: Masalah belum teratasiP:Intervensi dilanjutkanS:Pasien mengatakan masih belom bisa BABO: Tampak ada pembesaran abdomen TTV : Tensi darah : 120/80 mmHgNadi/suhu : 90x/ menit / 36ºCRR: 20x/ menit 1.Pasien tampak gelisahA: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan | **Agustyan**Agustyan |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **3** | **Kamis****30/1/20**14.0014.3015.3017.0017.3018.00 | * Mengikuti timbang terima
* Mengobservasi TTV

Tensi darah : 120/70 mmHgNadi/suhu : 90x/ menit / 36ºCRR: 20x/ menitGCS : 456* Melakukan bina hubungan saling percaya
* Berkomunikasi dengan pasien
* Menganjurkan pasien tetap rileks dan tidak tegang
 | **Agustyan** | **Kamis****30/1/20** | S:Pasien mengatakan sedikit sudah tidak cemasO:  Pasien tampak tenang TTV : Tensi darah : 120/80 mmHgNadi/suhu : 90x/ menit / 36ºCRR: 20x/ menit A: Masalah belum teratasi P:intervensi dilanjutkan | **Agustyan** |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Penulis menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien Tn. B (*chronic kidney disease*–CKD) di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## 4.1 Pengkajian

Tahap pengumpulan data berjalan dengan baik karena klien sangat kooperatif. Pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan beberapa kesamaan dan kesenjangan, sebagai berikut

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan yaitu pada tinjauan pustaka yang di dapat pada keluhan pertama ditandai dengan kelemahan atau lemas, ditandai dengan menurunnya jumlah kadar hemoglobin pada tubuh. Riwayat penyakit dahulu meliputi penyakit waktu kecil,apa pernah di rawat di rumah sakit, obat yang biasa di gunakan, alergi, biasanya pada kasus CKD riwayat hipertensi dan DM menjadi factor utama. pada pemeriksaan fisik keadaan umum dan tanda-tanda vital : adanya penurunan kadar hemoglobin dalam darah, yang di sertai dengan kelemahan fisik dan pucat, dapat menimbulkan resiko infeksi. Pemeriksaan per system : Pada stadium paling dini Chronic Kidney Disease (CKD), terjadi kehilangan daya cadang ginjal (renal reserve), pada keadaan ini basal Laju Filtrasi Glomelurus (LFG) masih normal atau sudah meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada Laju Filtrasi Glomelurus (LFG) sebesar 60%, penderita masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), tapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum (normal kadar kreatinin serum 0,5-1,5 mg/dl dan ureum 20-40 mg/dl).

## 4.2 Diagnosa

1. intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan haemoglobin, keletihan, kelemahan fisik.
2. resiko infeksi berhubungan dengan penurunan hemoglobin.
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pajanan.

## 4.3 Perencanaan

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

Dalam tujuan pada tinjauan kasus di cantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan klien secara langsung. Intervensi diagnose keperawatan yang di tampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah di tetapkan.

Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan hemoglobin, Anemia, Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan haluaran urin normal, natrium dalam batas normal.

## 4.5 Pelaksanaan

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine dari tanggal 27 juni 2019 sampai tanggal 29 juni 2019 adalah : Hari pertama Tanggal 27 juni 2019 jam 13.00 wib mengkaji keadaan umum klien, respon yang muncul adalah klien mengatakan nyeri. Jam 13.10 mengkaji TTV klien, hasilnya adalah Tekanan darah (TD) : 170/110 mmHg, Nadi : 84 x / menit, Frekuensi nafas : 20 x/menit, Suhu : 37,2oC. Jam 13.00 berkolaborasi dengan ahli medis untuk pemberian obat furosemid 2ml, respon yang muncul tidak terkaji. Jam 14.00 menganjurkan kepada keluarga agar membatasi masukan cairan, respon yang muncul adalah keluarga mengatakan akan mematuhinya. Jam 14.00 mengkaji balance cairan, respon yang muncul adalah klien mengatakan kencingnya sedikit, hasil yang didapat adalah balance caitan + 218 cc.

Hari kedua Tanggal 28 juni 2019 jam 10.00 mengkaji TTV, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD) 140/70, Nadi 76x/menit, Suhu 36,8oC, Frekuensi nafas 24 x/menit. Jam 14.00 mengkaji balance cairan, respon yang muncul adalah klien mengatakan kencingnya masih sedikit, hasil yang didapat adalah balance cairan + 167,5cc. Jam 14.00 menganjurkan keluarga untuk membatasi masukan cairan, respon yang muncul adalah keluarga akan membatasi minum. Jam 14.00 memberikan obat furosemide 2ml, respon yang muncul adalah tidak terkaji.

Hari ketigaTanggal 29 juni 2019 jam 07.10 mengobservasi keadaan umum, respon yang muncul adalah klien mengatakan baik. Jam 07.15 mengkaji TTV klien, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD) 130/60, Nadi 80 x/menit, Suhu 37,6oC, Frekuensi nafas 24 x/menit. Jam 14.00 mengkaji balance cairan hasil yang diperoleh adalah balance cairan +137 cc.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa yang kedua penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut:

Hari pertama :

Tanggal 27 juni 2019 jam 09.00 mengkaji faktor yang menyebabkan keletihan, respon yang muncul adalah klien mengatakan masih lemah, hasil yang diperoleh adalah klien keletihan.

Hari kedua :

Tanggal 28 juni 2019 jam 07.00 mengkaji faktor yang menyebabkan keletihan, respon yang muncul adalah klien mengatakan masih lemah, hasil yang diperoleh adalah klien keletihan. Jam 07.10 menganjurkan klien melakukan aktivitas ringan, respon yang muncul adalah klien mengatakan setuju dengan nasehat yang diberikan, hasil yang diperoleh adalah klien mencoba untuk duduk. Jam 10.00 Mengkaji TTV klien, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD) 140/70, Nadi 76 x/menit, Suhu 36,8oC, frekuensi nafas 24 x/menit. Hari ketiga :

Tanggal 29 juni 2019 jam 07.10 mengobservasi keadaan umum, respon yang muncul adalah klien mengatakan baik. Jam 07.15 mengkaji TTV klien, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD) 130/60, Nadi 80 x/menit, Suhu 37,6oC, frekuensi nafas 24 x/menit. Jam 09.00 mengkaji keletihan klien, respon yang muncul adalah klien mengatakn masih merasa lemah, hasil yang diperoleh adalah klien terlihat lemas, kurang bersemangat.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa yang ketiga penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut:

Hari pertama :

Tanggal 27 juni 2019 jam 13.15 meninggikan kepala dan membantu mengubah posisi, respon yang muncul adalah klien mengatakan ya, hasil yang diperoleh adalah klien terlihat rileks. jam 13.40 mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST, hasil yang diperoleh adalah P : nyeri saat mengejan ketika BAK, Q : nyeri seperti terbakar, R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah dana sekitar kandung kemih, S : skala nyeri 6, T : nyeri hilang timbul. Hari kedua :

Tanggal 28 juni 2019 jam 09.00 mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST, hasil yang diperoleh adalah P : nyeri saat mengejan ketika BAK, Q : nyeri seperti ditekan tekan, R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah dana sekitar kandung kemih, S : skala nyeri 5, T : nyeri hilang timbul. Jam 09.30 mengajarkan tehknik pengurangan nyeri dengan metode nafas dalam dan distraksi imaginasi, respon yang muncul adalah klien mengatakan akan mencoba, hasil yang diperoleh adalah klien tampak rileks.

Hari ketiga :

Tanggal 29 juni 2019 jam 07.10 mengobservasi keadaan umum, respon yang muncul adalah klien mengatakan baik. Jam 07.20 Mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST, hasil yang diperoleh adalah P : -, Q : nyeri sudah tidak terasa lagi, R : -, S : skala nyeri 1, T : -. Jam 07.30 meninggikan kepala semi fowler, respon yang muncul adalah terasa nyaman, hasil yang diperoleh adalah posisi kepala klien semi fowler. Jam 10.30 mengajak klien bercengkrama / tehknik pengurangan nyeri metodedistraksi, respon yang muncul adalah klien mengatakan senang bisa bercerita dengan perawat, hasil yang diperoleh adalah klien terlihat tersenyum, kooperatif.

## 4.4 Evaluasi

1. Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu: tanda-tanda vital dalam batas normal, penulis masih menemukan kaki masih terdapat edema tetapi sudah berkurang dengan drajat pitting I, saat pengkajian evaluasi didapatkan data: S: Klien mengatakan urine masih sedikit tapi lebih banyak dari yang kemarin, O : Tekanan darah (TD) 130/60 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 37,6oC, frekuensi nafas 24 x/menit, balance cairan +137cc, A: Masalah kelebihan volume cairan teratasi P: Pertahankan kondisi. Kekuatan: klien dan keluarga klien aktif dan kooperatif dalam upaya perawatan klien. Kelemahan : yang ada klien susah untuk termotivasi melaksanakan terapi Hemodialisa.

2. Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu: klien tidak lemas lagi, klien dapat beraktivitas dengan mandiri, pada tanggal 26 mei 2016 ditemukan data: S: sudah mulai bertenaga, klien terlihat rileks, klien sudah bisa BAK sendiri, klien mampu untuk duduk dalam waktu yang lama, O: klien mampu makan sendiri, A: masalah intoleransi aktifitas teratasi, P: pertahankan kondisi. Kekuatan : klien dan keluarga klien aktif dan kooperatif dalam upaya perawatan klien. Kelemahan : Tidak ada.

3. Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu: klien mengatakan nyeri berkurang, klien dapat beristirahat, klien sesak nafas berkurang, pada tanggal 24 mei 2016 ditemukan data: S: ketika kencing sudah tidak mengejan dan sudah tidak merasakan nyeri, O: klien terlihat tenang, rileks, A: masalah nyeri akut teratasi,

#

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diganosa medis (chronic kidney disease–CKD) di Ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan diagnose (chronic kidney disease–CKD).

## 5.1 Simpulan

 Pada bab ini penulis akan membahas tentang “Asuhan keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD)” pada Tn.B di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan , Surabaya pada tanggal 27 juni 2019 kemudian membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus, dapat disimpulkan . Hasil data pengkajian yang didapatkan dari Tn B sendiri pada tanggal 27 juni 2019, keluahan utama yang dirasakan klien sendiri adalah lemas, klien memiliki riwayatDM (hipoglikemi) dan mengalami ppenurunan hemoglobin, Tekanan darah : 130/70mmHg, nadi : 90x/menit, suhu : 37.0C, Rr : 20x/menit. Pada pengkajian riwayat dahulu diketahui klien tidak pernah masuk rumah sakit dengan keluhan sama. Keluarga klien mengatakan, pasien tidak mau melakukan pengobatan cuci darah dikarenakan takut. Sedangkan pada riwayat kesehatan keluarga diketahui keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit seperti klien, juga tidak ada yeng menderita penyakit keturunan lainnya. Dari silsilah keluarga diketahui bahwa Tn. K adalah anak ke dua dari tiga bersaudara, sedangkan Ny. R adalah anak ke dua dari tujuh bersaudara. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn B yaitu : Resiko infeksi berhubungan dengan Penurunan hemoglobin ,Anemia Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan haemoglobin, keletihan, kelemahan fisik, Defisit pengetahuan berhubungan dengan Ketidaktahuan menentukan sumber informasi. Perencanaan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah sekaligus memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan keluarga dalam kerjasama selama melakukan implementasi. Dalam melakukan perawatan pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD), penulis telah berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun untuk memecahkan masalah yang dialami klien.. Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien sudah sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan Evaluasi yang didapat setelah penulis melakukan implementasi yaitu dari tiga diagnosa keperawatan yang muncul, masalah ketiga diagnosa tersebut teratasi semua, yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan Penurunan hemoglobin ,Anemia, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Kelemahan, Defisit pengetahuan berhubungan dengan Ketidaktahuan menentukan sumber informasi

## 5.2 Saran

 Bertolak dari kesimpulan di atas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang di harapkan, di perlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan CKD
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan serta pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya ilmu dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komperhensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.