

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE*
DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA



Oleh :

AL 'AINAA ALMARDHIYAH

P07220120003

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2023

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE*
PADA RUANGAN DAHLIA DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)

Pada Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :

AL 'AINAA ALMARDHIYAH

P07220120003

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda, 30 Januari 2023

Yang Menyatakan

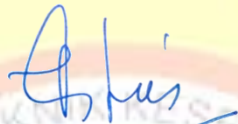


Al 'ainaa Almardhiyah

P07220120003

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 19 JUNI 2023

Oleh
Pembimbing



Ns. Diah Setiani., SST., M.Kes

NIDN. 4010088601

Pembimbing Pendamping



Ns. Rivan Firdaus., SST., M.Kes

NIDN. 4007028601

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Tini, S.Kep., M.Kep

NIP . 1980107012006042004

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan *Chronic Kidney Disease*
di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Telah Diuji

Pada Tanggal 11 Juli 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Dr. Ratanto, S.Kep., M.Kep

NIDN. 4030018001

(.....)

Penguji Anggota :

1. **Ns.Diah Setiani, SST., M.Kes**

NIDN. 4010088601

(.....)

2. **Ns. Rivan Firdaus, SST., M. Kes**

NIDN. 4007028601

(.....)

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Wiyadi, S.Kep, M.Sc
NIP.196803151991021002



Ns. Tini, S.Kep., M.Kep
NIP . 1980107012006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Al 'ainaa Almardhiyah
Tempat, tanggal Lahir : Samarinda, 21 Februari 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Rukun RT.13 No.149 Samarinda Seberang

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008-2014 : SDN 012 Samarinda Seberang
2. Tahun 2014-2017 : SMPN 8 Samarinda Seberang
3. Tahun 2017-2020 : MA Al-Mujahidin Samarinda Seberang
4. Tahun 2020-Sekarang : Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan
Samarinda, Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan kasih karunia-Nya yang telah diberikan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Samarinda Jurusan Keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CKD (*Chronic Kidney Disease*) Di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

Pada kesempatan ini, penulis hendak mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materil maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dr. H. Supriadi B., S.Kp., M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. dr. David Hariadi Masjhoer, selaku Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie
3. Ns. Wiyadi, S. Kep., M.Sc, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Tini, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Ns. Diah Setiani., SST., M.Kes, selaku Pembimbing utama Prodi D-III Keperawatan Samarinda dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
6. Ns. Rivan Firdaus., SST., M.Kes, selaku Pembimbing pendamping Prodi

D-III Keperawatan Samarinda dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

7. Para Dosen dan Staff Pendidikan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.
8. Untuk seluruh keluarga saya tercinta terutama kedua orang tua saya Bapak Subiantoro, S.Pd dan Ibu Sri Wahyuni yang selalu memberikan doa dan ridhonya kepada saya serta saudara-saudara saya.
9. Teman-teman tingkat III Jurusan Keperawatan yang telah memberikan semangat, motivasi, dukungan dan berjuang bersama dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam membuat Karya Tulis Ilmiah ini baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kesalahan serta kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak dan nantinya akan digunakan untuk perbaikan di masa mendatang.

Samarinda, 20 Juni 2023

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN CHRONIC KIDNEY DISEASE DI RSUD.ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA”

Al ‘ainaa Almardhiyah¹⁾, Diah Setiani²⁾, Rivan Firdaus³⁾

¹⁾Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

²⁾Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Pendahuluan : CKD (*Chronic Kidney Disease*) atau Gagal Ginjal Kronis adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolik di dalam darah. Studi kasus ini bertujuan untuk menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan penyakit Gagal ginjal Kronis.

Metode : Jenis penulisan pada Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Subjek penelitian yang digunakan berjumlah 2 pasien yang terdiagnosa *Chronic Kidney Disease* di RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda. Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Hasil dan Pembahasan : berdasarkan analisa data yang diperoleh melalui pengkajian membutuhkan keterampilan komunikasi yang efektif dan observasi diagnosis keperawatan dan didapatkan diagnosis keperawatan Bersihan jalan napas, hypervolemia, nyeri akut, intoleransi aktivitas, perfusi perifer, gangguan integritas kulit, risiko perfusi renal, dan risiko ketidakseimbangan elektrolit

Kesimpulan : 3 masalah keperawatan teratasi pada pasien I (Tn.H), dan 3 masalah keperawatan belum teratasi. Sedangkan 2 masalah keperawatan teratasi pada pasien II (Ny.R) dan 4 masalah keperawatan belum teratasi.

Saran : Penelitian ini diharapkan menjadi acuan dalam melakukan Asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis.

Kata Kunci :Asuhan Keperawatan, Chronic Kidney Disease

DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------|
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP..... | i |
| KATA PENGANTAR..... | ii |
| ABSTRAK..... | iv |
| DAFTAR TABEL | viii |
| DAFTAR BAGAN | ix |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 4 |
| 1.3 Tujuan Penelitian..... | 5 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 5 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 5 |
| 1.4 Manfaat Penelitian..... | 5 |
| 1.4.1 Bagi Peneliti..... | 5 |
| 1.4.2 Bagi Tempat Penelitian | 6 |
| 1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan..... | 6 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| 2.1 Konsep Dasar Penyakit CKD..... | 7 |
| 2.1.1 Definisi | 7 |
| 2.1.2 Etiologi | 8 |
| 2.1.3 Patofisiologi..... | 9 |
| 2.1.4 Pathway | 13 |
| 2.1.5 Klasifikasi..... | 14 |
| 2.1.6 Manifestasi Klinis | 15 |
| 2.1.7 Penatalaksanaan | 16 |
| 2.1.8 Komplikasi..... | 18 |
| 2.1.9 Pemeriksaan Penunjang..... | 18 |
| 2.2 Asuhan Keperawatan | 20 |
| 2.2.1 Pengkajian | 20 |
| 2.2.2 Diagnosis Keperawatan..... | 25 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2.3 Perencanaan Keperawatan | 27 |
| 2.2.4 Implementasi Keperawatan | 46 |
| 2.2.5 Evaluasi Keperawatan | 47 |
| BAB 3 METODE PENELITIAN | 49 |
| 3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)..... | 49 |
| 3.2 Subyek Penelitian | 49 |
| 3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)..... | 50 |
| 3.4 Lokasi dan waktu Penulisan..... | 50 |
| 3.5 Prosedur Penelitian | 50 |
| 3.6 Metode dan Instrumen Penelitian..... | 51 |
| 3.6.1 Metode Pengumpulan Data | 51 |
| 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data..... | 51 |
| 3.7 Keabsahan Data..... | 52 |
| 3.7.1 Data Primer | 52 |
| 3.7.2 Data Sekunder..... | 52 |
| 3.7.3 Data Tersier | 52 |
| 3.8 Analisis Data | 53 |
| BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 54 |
| 4.1 Hasil Studi Kasus | 54 |
| 4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian..... | 54 |
| 4.1.2 Data Asuhan Keperawatan | 55 |
| 4.2 Pembahasan..... | 95 |
| 4.2.1 Bersihan Jalan Napas | 95 |
| 4.2.2 Hipervolemia | 97 |
| 4.2.3 Resiko ketidakseimbangan elektrolit | 101 |
| 4.2.4 Penurunan kapasitas adaptif intracranial | 102 |
| 4.2.5 Perfusi perifer tidak efektif..... | 104 |
| 4.2.6 Nyeri akut | 105 |
| 4.2.7 intoleransi aktivitas | 107 |
| 4.2.8 Resiko Perfusi Renal tidak efektif | 109 |
| 4.2.9 Resiko Infeksi | 110 |

| | |
|---|------------|
| BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN | 112 |
| 5.1 Kesimpulan | 112 |
| 5.1.1 Pengkajian | 112 |
| 5.1.2 Diagnosis Keperawatan..... | 113 |
| 5.1.3 Intervensi Keperawatan..... | 114 |
| 5.1.4 Implementasi Keperawatan | 114 |
| 5.1.5 Evaluasi | 114 |
| 5.2 Saran | 115 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 117 |
| LAMPIRAN..... | 121 |



DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 2.1 Klasifikasi Derajat stadium CKD..... | 15 |
| Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan..... | 27 |
| Tabel 4.1 Hasil Pengkajian Pasien I dan Pasien II..... | 55 |
| Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien I dan Pasien II | 57 |
| Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien I dan Pasien II..... | 62 |
| Tabel 4.4 Balance Cairan Pasien I (Tn.H)..... | 62 |
| Tabel 4.5 Balance Cairan Pasien II (Ny.R)..... | 63 |
| Tabel 4.6 Penatalaksanaan Terapi Pasien I dan Pasien II..... | 63 |
| Tabel 4.7 Diagnosis Keperawatan Pasien I dan Pasien II..... | 64 |
| Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan Pasien I (Tn.H) | 66 |
| Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan (Ny.R) | 70 |
| Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Pasien I (Tn.H)..... | 73 |
| Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan Pasien II(Ny.R) | 78 |
| Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan Pasien I (Tn.H) | 83 |
| Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan (Ny.R)..... | 89 |

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway CKD..... 13



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Format asuhan Keperawatan
- Lampiran 2 : Lembar Monitoring Cairan
- Lampiran 3 : Dokumentasi
- Lampiran 4 : Verifikasi judul Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 5 : Pernyataan Ketersediaan Membimbing
- Lampiran 6 : Surat Mohon izin Praktik Askep dan Studi Kasus
- Lampiran 7 : Nota Dinas DIII Keperawatan RSUD Abdul Wahab Sjahranie
- Lampiran 8 : Nota Dinas Menguji Ujian Hasil Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 9 : Lembar Konsultasi Bimbingan



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyakit yang bukan disebabkan oleh penularan vektor, virus atau bakteri, namun lebih banyak disebabkan oleh perilaku dan gaya hidup. Menurut WHO (*World Health Organization*) menyebutkan "*Non Communicable Disease (NCD) is a disease that is not transmissible directly from one person to another*"; Penyakit Tidak menular (PTM) adalah penyakit yang tidak menularkan langsung dari satu orang ke orang lain. Penyakit Tidak Menular secara berurutan yaitu stroke, hipertensi, diabetes mellitus, tumor ganas/kanker, penyakit jantung dan Gagal Ginjal kronik. CKD (*Chronic Kidney Disease*) atau yang lebih dikenal dengan sebutan Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) dengan angka mortalitas yang cukup tinggi baik di dunia maupun di Indonesia dan sudah familiar di kalangan masyarakat Indonesia sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan (Wahyuningsih, 2020).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2021, Prevelensi CKD dengan jangkauan 7,0%-34,3% dan 0,1%-17,0%, masing-masing, diperkirakan sebanyak 434.3 juta (95%) orang dewasa menderita penyakit CKD di Asia, termasuk hingga sekitar 65,6 juta orang yang telah memiliki CKD. Jumlah terbesar dari orang dewasa yang hidup dengan CKD berada di Cina sampai 159.8 juta dan India hingga 140.2 juta, secara kolektif memiliki 69.1%

dari total jumlah orang dewasa dengan CKD di wilayah tersebut. Kesimpulan sejumlah besar orang dengan CKD, dan substansial jumlah dengan CKD, menunjukkan kebutuhan mendesak tindakan kolaboratif di Asia untuk mencegah dan mengelola CKD dan komplikasinya. Angka tersebut menunjukkan bahwa penyakit CKD masih menjadi salah satu peringkat tertinggi sebagai penyebab angka kematian dunia, Penderita gagal ginjal di Indonesia setiap tahunnya terus bertambah (Liyanage dkk., 2022).

Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018, menyatakan bahwa prevalensi penyakit CKD (permil) di Indonesia sebesar 0,38% atau sebanyak 713.783 jiwa dan tertinggi di DKI Jakarta 38,7% Sementara yang terendah ada di Sulawesi Utara sebesar 2%. Di Provinsi Kalimantan Timur sendiri, untuk prevalensi CKD berdasarkan Diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar 0,42 % meningkat 0,32% dibandingkan hasil Riskesdas tahun 2013 lalu yang hanya sebesar 0,1 %. Saat ini penduduk Indonesia diperkirakan berjumlah 275 juta jiwa, sehingga total penduduk yang menderita penyakit CKD adalah 1.041.200 jiwa. Sedangkan untuk penduduk yang pernah / sedang cuci darah umur lebih dari 15 tahun adalah 19,3%, Sedangkan prevalensi pada penderita CKD pada kelompok umur 15 - 24 tahun (1,33%), 25 - 34 tahun (2,28%), umur 35 - 44 tahun (3,31%), umur 45 - 54 (5,64%), umur 55 - 64 tahun (7,21%) dan tertinggi pada kelompok umur ≥ 75 tahun (7,48%) (RISKESDAS, 2018).

Menurut data yang di peroleh dari LP2M Unmul pada tahun 2021, bahwasannya jumlah pasien rawat inap di RSUD Abdul Wahab Syahrani

Samarinda terdapat 614 jiwa yang di diagnosa CKD. Berdasarkan data tersebut bahwa penyakit CKD menempati posisi ke-3 dari 10 diagnosa terbanyak rawat inap RSUD Abdul Wahab Syahranie Samarinda. (LP2M UNMUL, 2021).

Berdasarkan etiologi primer yang dibahas oleh *Mediacare* di Amerika Serikat, Diabetes Mellitus merupakan penyebab paling umum dari penyakit CKD ini. Selain Diabetes Mellitus, ada etiologi lain yang dikaitkan dengan penyakit ini yaitu *glomerulophrisis* dan hipertensi. Prevalensi penyebab utama CKD, ditemukan sebanyak 100.892 orang dengan diabetes melitus 33,2%, 72.961 orang dengan hipertensi 24%, dan 52.229 orang dengan *glomerulonefritis*. 17,2% (Febrianto dkk., 2015)

Dampak CKD dapat terjadi dalam berbagai bentuk seperti masalah kardiovaskular, yang meliputi edema, hipertensi, rasa tidak nyaman di dada, sesak napas, dan gagal jantung yang disebabkan oleh penumpukan cairan. Salah satu cara dari sekian banyak efek yang bisa dilakukan secara mandiri yaitu dengan mengubah perilaku, memantau makanan dan masukan cairan yang dikonsumsi. Selain itu, dapat menjalani terapi hemodialisis dan pengobatan lain yang disarankan dan dapat melakukan terapi sendiri dengan mengikuti pola makan yang mengikuti prinsip rendah protein, rendah garam, dan rendah kalium untuk menjaga fungsi ginjal secara berkesinambungan. selanjutnya, terapi transplantasi ginjal adalah kemungkinan tambahan yang dapat dilakukan (Kusuma dkk., 2020)

Gejala CKD yang jika tidak diobati dapat menyebabkan komplikasi antara lain masalah ketidakseimbangan elektrolit, masalah asam basa, penyakit jantung, hipertensi, anemia, dan pendarahan saluran kemih, dan pencernaan. Jika masalah ini telah berkembang, maka harus segera diobati untuk mencegah penurunan kesehatan dan perkembangan masalah tambahan. Oleh karena itu, masalah keperawatan Berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan, 2018) yang sering terjadi pada pasien penyakit CKD antara lain hipervolemia, defisiensi nutrisi, mual, perfusi perifer yang tidak adekuat, kemungkinan penurunan curah jantung, kerusakan integritas kulit, gangguan pertukaran gas, dan intoleransi aktivitas.

Untuk memberikan perawatan menyeluruh, Perawat sangat dibutuhkan sebagai pemberi asuhan keperawatan. Mulai dari memberikan tindakan seperti memantau *intake* dan *output* cairan sampai dengan evaluasi dan menilai harapan pasien, dan keluarga serta tentang kesehatan.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk mengangkat studi kasus dengan pokok bahasan tersebut dalam Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien *Chronic Kidney Disease* di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahrani Samarinda”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan deskripsi dari latar belakang, penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dalam sebuah karya tulis ilmiah untuk

melakukan penelitian mengenai “Bagaimanakah Asuhan keperawatan pada Pasien dengan CKD di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami CKD di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami CKD di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien yang mengalami CKD di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2.3 Menyusun intervensi keperawatan pada pasien yang mengalami CKD di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2.4 Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien yang mengalami CKD di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2.5 Melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami CKD di Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil dari asuhan keperawatan ini dapat menjadi pengalaman belajar dan menambah wawasan pengetahuan dalam melakukan Asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus CKD di RSUD Abdul Wahab

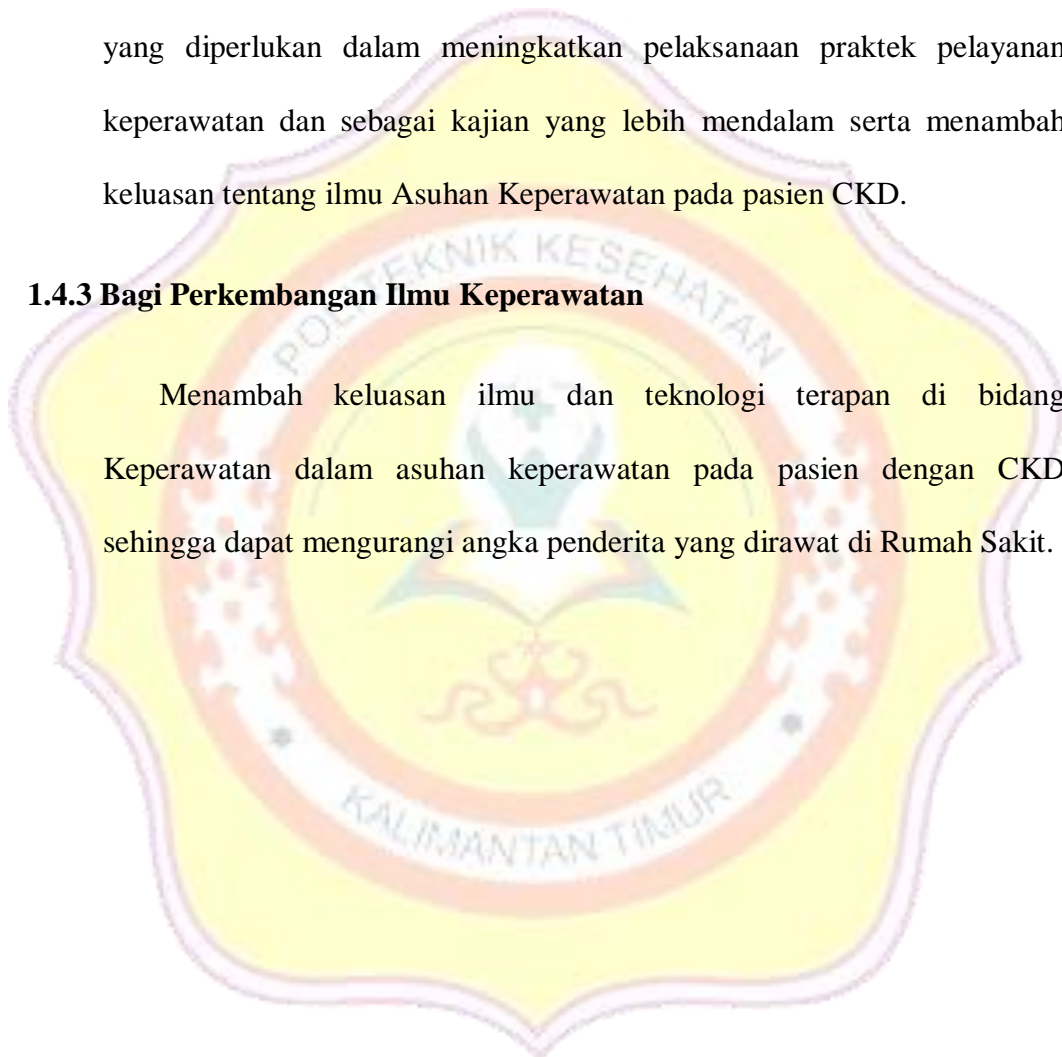
Sjhranie Samarinda sehingga dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Hasil dari asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam meningkatkan pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan dan sebagai kajian yang lebih mendalam serta menambah keluasan tentang ilmu Asuhan Keperawatan pada pasien CKD.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan di bidang Keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD sehingga dapat mengurangi angka penderita yang dirawat di Rumah Sakit.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit CKD

2.1.1 Definisi

Gagal ginjal adalah penyakit klinis yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel dan memerlukan terapi pengganti ginjal yang berkelanjutan, seperti dialisis atau transplantasi ginjal. Uremia merupakan salah satu gejala klinis yang berhubungan dengan gagal ginjal dan disebabkan dari hasil penurunan fungsi ginjal (Rahman dkk., 2013).

CKD adalah kegagalan ginjal untuk mengelola metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit karena kerusakan struktur ginjal secara bertahap dan indikasi adanya akumulasi sisa metabolisme dalam darah (Lestari, 2017).

Sedangkan menurut *National Kidney Foundation* tahun 2016, Kondisi ginjal yang dikenal dengan CKD atau gagal ginjal kronis ditandai dengan perubahan struktur atau fungsi ginjal yang berlangsung lebih dari tiga bulan. Albuminuria (yaitu albumin urin 30 mg per 24 jam atau rasio albumin-kreatinin urin 30 mg/g), kelainan pada sedimen urin, elektrolit, histologi, anatomi ginjal, atau riwayat transplantasi ginjal, adalah beberapa gejala kerusakan ginjal yang mencirikan CKD. Hal ini juga terkait dengan

penurunan laju filtrasi glomerulus kurang dari 60 ml/menit/1,73 m², yang menandakan bahwa ginjal sudah tidak berfungsi lagi.

Menurut *National Kidney Foundation* tahun 2016, seseorang dianggap menderita CKD jika salah satu kriteria berikut tidak terpenuhi (*National Kidney Foundation., 2016*). Adapun kriteria yang dapat dianggap sebagai penderita CKD yaitu sebagai berikut:

- 1) Cedera ginjal yang terjadi kurang dari tiga bulan yang lalu ditandai dengan bentuk atau fungsi ginjal perut tanpa laju filtrasi glomerulus (GFR), yang muncul sebagai satu atau lebih gejala antara lain :
Komposisi kimia urin yang tidak normal
- 2) Pemeriksaan pencitraan anomali
- 3) Hasil biopsi ginjal abnormal
- 4) GFR (*Glomerular Filtration Rate*) 60 ml/menit/1,73 m² atau kurang selama tiga bulan atau lebih, dengan atau tanpa gejala cedera ginjal tambahan.

2.1.2 Etiologi

Begitu banyak kondisi klinis yang menyebabkan terjadinya CKD. Akan tetapi, apapun penyebabnya, respon yang terjadi adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan CKD bisa disebabkan dari ginjal sendiri dan di luar ginjal (Muttaqin & Sari, 2014). Adapun penyebab CKD adalah sebagai berikut:

1) Kondisi ginjal

Infeksi saringan (*glomerulus*) : *Glomerulonefritis*, Infeksi bakteri seperti *ureteritis*, *pielonefritis*. *Nefrolitiasis* (batu ginjal), Kista di ginjal: ginjal polisisit khususnya merusak ginjal, kanker ginjal, sumbatan seperti batu, tumor, dan penyempitan.

2) Penyakit umum yang tidak berhubungan dengan ginjal

Penyakit sistemik seperti Lupus sistemik, kolesterol tinggi, hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia eritematosus, TB paru, sifilis, malaria, hepatitis, pre-eklampsia, dan obat-obatan adalah hasil dari infeksi internal.

2.1.3 Patofisiologi

Proses penyakit yang menyebabkan CKD beragam. Terdapat dua pendekatan teoritis yang umumnya diajukan untuk menjelaskan gangguan fungsi ginjal pada CKD. Sudut pandang tradisional mengatakan bahwa semua unit nefron yang telah rusak berada dalam stadium yang berbeda dan bagian-bagian spesifik dari nefron yang berkaitan dengan fungsi tertentu bisa saja benar-benar berubah strukturnya. Misalnya lesi organik pada medulla akan merusak susunan anatomi pada lengkung henle (bagian tubulus (tabung) berbentuk huruf U yang menghantarkan cairan urine dalam nefron ginjal) dan vasa rekta, atau pompa klorida pada pars asendens lengkung henle yang akan mengganggu proses aliran balik pemekat dan penukar. Pendekatan kedua dikenal dengan nama hipotesis bricker atau hipotesis nefron yang utuh, yang berpendapat bahwa semua

nefron yang rusak mengakibatkan semua unit nefron telah hancur, hanya sisa nefron yang masih utuh tetap bekerja normal. Uremia terjadi ketika nefron sudah sangat berkurang sehingga keseimbangan cairan dan elektrolit tidak dapat dipertahankan lagi. Hipotesis nefron yang utuh ini dapat menjelaskan pola adaptasi fungsional pada penyakit ginjal progresif, yaitu kemampuan untuk mempertahankan keseimbangan air dan elektrolit tubuh ketika GFR menurun (Price, Sylvia A dan Wilson Lorraine, 2012).

Meskipun penyakit ginjal kronik ini terus terjadi, jumlah zat terlarut harus di ekskresi oleh ginjal untuk mempertahankan homeostasis agar tidak berubah walaupun nefron yang melakukan tugas itu mengalami penurunan jumlah dan fungsi secara progresif. Sisa nefron yang ada mengalami hipertrofi karena usahanya untuk melaksanakan seluruh beban kerja ginjal. Apabila massa 75% nefron sudah hancur, maka kecepatan GFR dan beban zat terlarut bagi nefron menjadi tinggi sehingga keseimbangan antara glomerulus-tubulus tidak dapat dipertahankan. Fleksibilitas ekskresi maupun konservasi zat terlarut dan air menjadi berkurang. Perubahan pola makanan juga dapat mengubah keseimbangan tersebut, karena semakin rendah GFR maka semakin besar juga perubahan ekskresi per nefron sehingga pada hal ini terjadi hilangnya kemampuan memekatkan atau mengencerkan urine. Sebagai contoh ketika seseorang dengan makanan normal mengekskresi zat terlarut sekitar 600mOsm per hari, tidak dapat memekatkan urinenya dari osmolalitas plasma normal sebesar 285 mOsm, tanpa melihat berapa banyak jumlah asupan air di

dalamnya maka kehilangan obligatorik 2 liter air untuk ekskresi zat terlarut 600 mOsm (285 mOsm/ liter). Sebagai respons terhadap beban zat terlarut yang sama dan keadaan kekurangan cairan, orang normal dapat memekatkan urine sampai 4 kali lipat konsentrasi plasma dan dengan demikian hanya akan mengekskresi sedikit urine yang pekat. Bila GFR terus menurun sampai akhirnya mencapai nol, maka semakin perlu mengatur asupan cairan dan zat terlarut secara tepat agar mampu mengakomodasikan penurunan fleksibilitas fungsi ginjal.

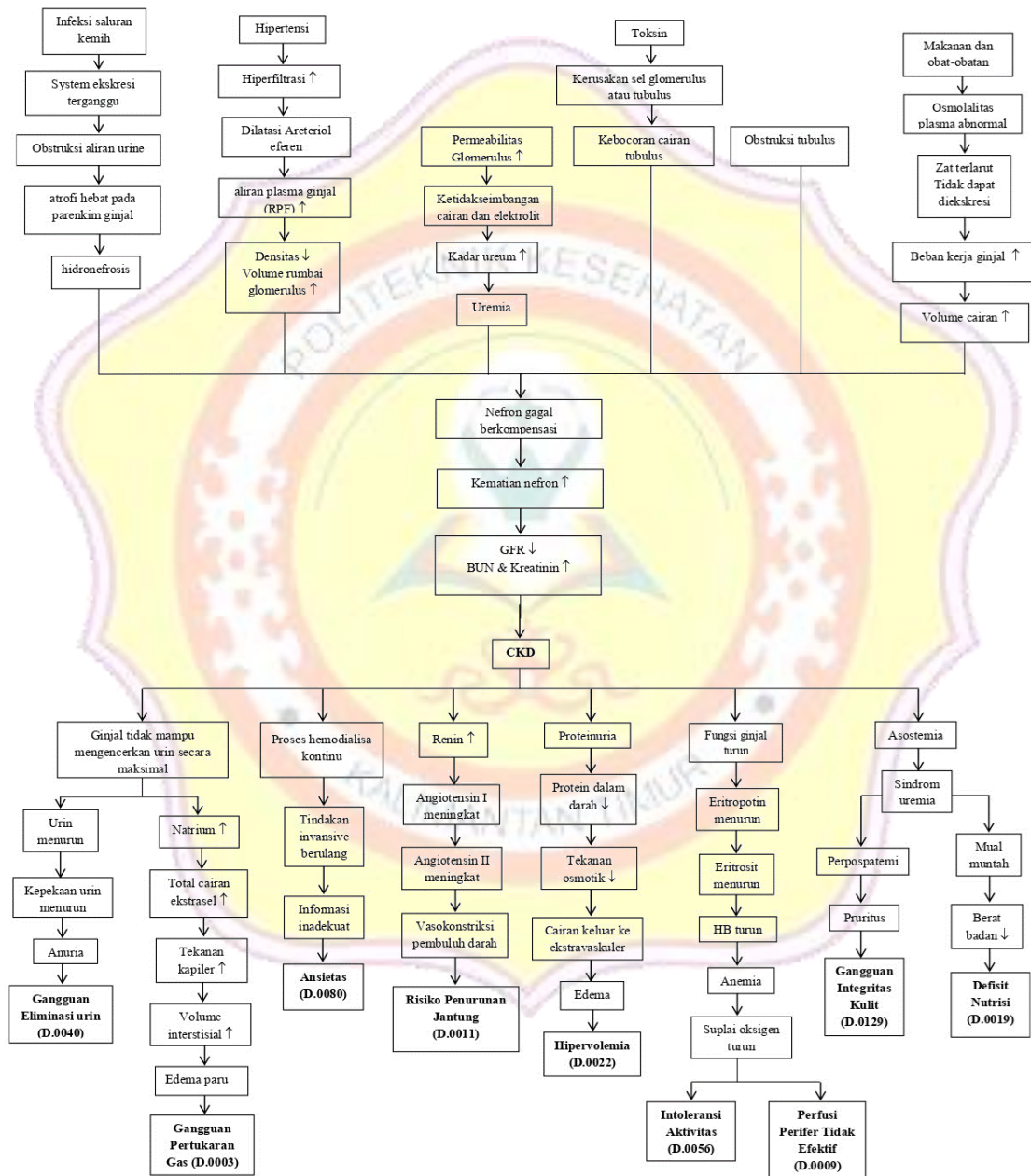
Nefron yang masih bertahan mengalami hipertrofi dan menjadi lebih aktif dari keadaan normal. Bila diketahui bahwa satu ginjal seseorang yang normal dibuang, maka ginjal yang tersisa akan mengalami hipertrofi dan beban zat terlarut meningkat. Dengan meningkatnya jumlah beban zat terlarut secara progresif, maka kemampuan pemekatan urine dalam keadaan kekurangan air (kurva atas) atau kemampuan pengenceran urine dalam keadaan asupan air yang banyak (kurva bawah) akan menghilang secara progresif. Kedua kurva mendekati berat jenis 1,010 sampai urine menjadi isoosmotik dengan plasma pada 285 mOsm sehingga terjadi berat jenis yang tetap. Setiap nefron yang normal mengalami diuresis osmotik disertai juga dengan kehilangannya air obligatorik, sehingga ginjal kehilangan fleksibilitasnya untuk memekatkan maupun mengencerkan urine. Nefron-nefron tersebut tidak dapat mengkompensasi secara tepat dengan perubahan yang terjadi melalui reabsorpsi tubulus terhadap kelebihan atau kekurangan natrium atau air.

Penjelasan terbaru yang paling populer untuk gagal ginjal progresif tanpa penyakit ginjal primer yang aktif adalah hipotesis hiperfiltrasi. Menurut teori hiperfiltrasi tersebut, nefron yang utuh pada akhirnya akan cedera karena kenaikan aliran plasma dan GFR serta kenaikan tekanan hidrostatis intrakapiler glomerulus (misalnya, tekanan kapiler glomerulus). Walaupun kenaikan SNGFR dapat menyesuaikan diri dalam jangka pendek, namun tidak dapat menyesuaikan dengan jangka panjang (Price, Sylvia A dan Wilson Lorraine, 2012).

Penurunan massa nefron menyebabkan hipertensi sistemik dan peningkatan SNGFR (hiperfiltrasi) pada sisa nefron yang utuh. Peningkatan SNGFR sebagian besar melalui dilatasi arteriol aferen. Pada saat yang bersamaan, arteriol eferen berkontraksi karena pelepasan angiotensin II lokal. Sebagai akibatnya, aliran plasma ginjal (RPF) meningkat, karena sebagian besar tekanan sistemik dipindahkan ke glomerulus. Volume rumbai glomerulus meningkat tanpa diiringi peningkatan jumlah sel epitel visera, dan mengakibatkan penurunan densitas dalam rumbai glomerulus yang membesar. Diyakini bahwa kombinasi hipertensi glomerulus dan hipertrofi merupakan perubahan signifikan yang menyebabkan cedera sekunder dari rumbai glomerulus dan merusak nefron dengan progresif. Penurunan densitas epitel visera menyebabkan penyatuan pedikulus dan hilangnya sawar selektif terukur sehingga akan meningkatkan protein yang hilang dalam urine. Peningkatan

permeabilitas dan hipertensi intraglomerulus juga membantu akumulasi dari protein. (Price, Sylvia A dan Wilson Lorraine, 2012).

2.1.4 Pathway CKD (Chronic Kidney Disease)



Bagan 2.1 Pathway CKD

2.1.5 Klasifikasi

Menurut Muttaqin dan Sari tahun 2014 terdapat tiga tahapan CKD (Muttaqin & Sari, 2014). Adapun tiga tahapan CKD yaitu sebagai berikut:

1. Tahap 1

Tahap 1 atau disebut penurunan Cadangan ginjal ditandai dengan hilangnya fungsi nefron. Pada tahap ini Kadar kreatinin serum normal dan kadar BUN normal.

2. Tahap 2

Tahap ini disebut sebagai perkembangan Insufisiensi ginjal, terjadi karena lebih dari 75% jaringan telah rusak. *Blood Urea Nitrogen* (BUN) dan kreatinin serum mengalami peningkatan diatas batas normal, akibatnya, ginjal mengalami azotemia dan timbul gejala-gejala nokturia dan poliuria (akibat gangguan pemekatan urin).

3. Tahap 3

Gagal ginjal stadium akhir (ESRD), atau uremia. Hanya 10% dari pengukuran GFR yang berada pada level normal. Pada keadaan ini Kadar serum kreatinin dan BUN akan meningkat dengan sangat signifikan dalam sebagai respons dari GFR yang menurun pada tahap ini.

Menurut *the Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KOQI) of National Kidney Foundation (NKF)* tahun 2016 terdapat 5 stage pada penyakit gagal ginjal kronik. Berdasarkan adanya kerusakan ginjal dan laju

filtrasi glomerulus (GFR), yang merupakan ukuran dari tingkat fungsi ginjal.

Glomerular Filtration Rate (GFR) =

$$\frac{(140 - \text{Usia}) \times \text{Berat Badan} (*)}{72 \times \text{Kreatinin Serum}}$$

(*) Dikalikan 0,85 bila perempuan

Menurut derajat (tahapan) GFR (*Glomerular Filtration Rate*) yang memiliki kisaran normal 90 hingga 120 ml/menit/1,73 m² CKD dikategorikan sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Derajat stadium CKD

| Derajat | Deskripsi | LFG (mL/menit/1,73m ²) |
|---------|---|------------------------------------|
| 1 | Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat | ≥ 90 |
| 2 | Kerusakan ginjal dengan LFG menurun atau ringan | 60-89 |
| 3 | Kerusakan ginjal dengan LFG menurun atau sedang 15-29 | 30-59 |
| 4 | Kerusakan ginjal dengan LFG menurun atau berat | 15-29 |
| 5 | Gagal ginjal | <15 |

Sumber : (National Kidney Foundation., 2016)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Pada pasien penderita CKD akan menunjukkan berbagai tanda dan gejala klinis. Tingkat cedera ginjal itu sendiri juga mempengaruhi seberapa parah tanda dan gejalanya (Smeltzer & Bare, 2015). Berikut adalah tanda-tanda klinis CKD:

- 1) Gejala kardiovaskular, seperti hipertensi akibat retensi garam dan cairan akibat aktivitas sistem renin-angiotensin-aldosteron, Gagal jantung kongestif, perikarditis akibat toksin uremik yang mengiritasi lapisan perikardium, edema paru, edema periorbital, edema ekstremitas, dan gejala tambahan seperti pembesaran vena jugularis yang disebabkan oleh kelebihan cairan.
- 2) Pulmonar, yang menunjukkan pernapasan dangkal, pernapasan Kussmaul, sputum kental dan berwarna seperti tanah liat, dan ronki.
- 3) Gejala Dermatologi seperti rasa gatal yang hebat (pruritis) yang diakibatkan oleh penumpukan ureum dibawah kulit. Warna kulit menjadi mengkilat, kering bersisik, ekimosis, serta rambut menjadi tipis dan rapuh.
- 4) Gejala gastrointestinal seperti anoreksia, mual, muntah, cegukan, penurunan produksi air liur, gangguan pengecap dan penciuman, pendarahan saluran GI, konstipasi, dan diare.
- 5) Gejala neurologis dapat berupa kedutan otot, kejang, perubahan tingkat kesadaran, kelemahan, dan kelelahan.
- 6) Gejala Muskulokeletal meliputi kram otot, kehilangan massa otot, patah tulang, dan *foot drop*.
- 7) Gejala Reproduksi meliputi Amenore dan atrofi testikuler.

2.1.7 Penatalaksanaan

Kerusakan fungsi ginjal sangat sulit untuk dipulihkan, sehingga perawatan diperlukan bagi pasien dengan CKD untuk menjaga dan

meningkatkan fungsi ginjal. Mempertahankan keselarasan optimal untuk meningkatkan harapan hidup pada pasien CKD. Sebagai kondisi yang kompleks, CKD memerlukan penanganan yang komprehensif dan serius untuk mengurangi komplikasi dan meningkatkan harapan hidup pasien (Hutagaol, 2017)

Penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan penderita CKD adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostatis selama mungkin. Faktor-faktor pada CKD yang berperan dan yang dapat diidentifikasi, ditangani dan dipulihkan. (Diyono & Mulyanti, 2019). Adapun penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan penderita CKD sebagai berikut :

- 1) Dilakukan pemantauan overload cairan : JVP, Odema, lab.darah dan urin
- 2) Monitor secara ketat balance cairan
- 3) Batasi cairan yang masuk
- 4) Manajemen Nutrisi
- 5) Manajemen cairan dan elektrolit
- 6) Mencegah terjadinya infeksi dan anemia
- 7) Kelola terapi anti hipertensi, eritroprotein, koreksi kalium dan kalsium
- 8) Kolaborasi pemberian Hemodialisa
- 9) Transplantasi ginjal

2.1.8 Komplikasi

Penyakit CKD dapat menyebabkan tubuh menahan terlalu banyak cairan, sehingga mengakibatkan kelainan abnormalitas seperti tekanan darah tinggi, gagal jantung, edema paru, atau kondisi yang ditandai dengan gejala kesulitan bernapas, kondisi dermatologis yang ditandai dengan rasa gatal pada kulit, dan gejala gastrointestinal seperti anoreksia, mual, muntah, dan cegukan. serta kondisi neuromuskular termasuk perubahan tingkat kesadaran, dan berkurangnya focus (Ardiyanti dkk., 2015).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Hamilah tahun 2020 Pemeriksaan Penunjang pada pasien penderita CKD memiliki beberapa aspek (Hamilah, 2020). Adapun bagian dari pemeriksaan penunjang pada pasien CKD yaitu :

1) Gambaran klinis

- a. Sesuai dengan kondisi yang mendasarinya, seperti diabetes melitus (DM), infeksi saluran kemih, batu ginjal, hipertensi, hiperurisemia, SLE, dll.
- b. Sindrom uremia, yang meliputi embun beku uremik, perikarditis, kejang yang menyebabkan koma, kelemahan, kelesuan, anoreksia, nokturia, kelebihan volume cairan, dan nefropati perifer.
- c. Gejala komplikasi termasuk hipertensi, anemia, osteodistrofi ginjal, kesehatan jantung yang buruk, asidosis metabolik, dan ketidakseimbangan elektrolit (natrium, kalium, dan klorida).

2.) Biopsi dan pemeriksaan histopatologi ginjal

Pasien yang ukuran ginjalnya masih mendekati normal mendapatkan prosedur ini karena tidak ada diagnosis non-invasif yang dapat dibuat. Tujuan dari pemeriksaan histopatologi adalah untuk memastikan penyebab, menetapkan pengobatan, menentukan prognosis, dan menilai seberapa baik pengobatan telah bekerja. Penyusutan ginjal yang ada, ginjal polikistik, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi perinefrik, masalah koagulasi, gagal napas, dan obesitas bukanlah kandidat untuk biopsi ginjal.

3) Gambaran laboratorium

- a) Penurunan fungsi ginjal, yang dibuktikan dengan konsentrasi serum ureum dan kreatinin yang lebih tinggi dan GFR yang lebih rendah. Tidak mungkin untuk menentukan fungsi ginjal dari tingkat serum kreatinin saja.
- b) Kelainan kimia darah meliputi asidosis metabolik, hiperfosfatemia, hipokalsemia, hiperkalemia, penurunan kadar Hb, dan peningkatan kadar asam urat.
- c) Kelainan urinalis atau sistem kemih, seperti proteinuria, leukosituria, dan isotenuria

4) Representasi radiografi

Sebagai bagian dari evaluasi radiologi untuk gagal ginjal kronis,

- a) Foto poloa abdomen dengan jelas sehingga batu radio-opak dapat dideteksi.
- b) Pielografi antegrade atau retrograde dilakukan sesuai kebutuhan.
- c) USG ginjal (USG) dapat mendeteksi kista, massa, kalsifikasi, hidronefrosis, korteks penipisan, hidronefrosis atau batu ginjal.

2.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Tahap awal atau dasar utama dari proses keperawatan adalah pengkajian. Pada tahap ini, semua informasi dikumpulkan secara bertahap untuk menentukan kesehatan pasien. Tujuan pengkajian adalah untuk dasar pengumpulan data dan menghasilkan informasi pasien. Untuk tujuan mengembangkan diagnosis keperawatan, pengkajian harus dilakukan secara menyeluruh, dengan mempertimbangkan komponen biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pasien (Smeltzer & Bare, 2015).

1) Identitas diri

Informasi tentang pasien dan orang yang bertanggung jawab atas pasien. seperti nama, nama penanggung jawab, alamat, nomor

registrasi, agama, latar belakang pendidikan, tanggal masuk, dan kondisi medis.

2) Keluhan Utama

Volume cairan yang berlebihan, sesak, dan kejang pada ekstremitas. takikardia atau takipnea saat beraktivitas, lemas, kesulitan bergerak, kram otot, gangguan tidur dan istirahat (Amin, 2015).

3) Riwayat kesehatan Sekarang

Oliguria biasanya terjadi pada pasien dengan CKD ketika *intake* dan *output* menurun. penyebab penurunan fungsi ginjal yaitu ketidakmampuan untuk menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh dengan mengatur volume cairan, yang menyebabkan penumpukan cairan (Aisara dkk., 2018).

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

- a. Kaji adanya riwayat penyakit pasien untuk kondisi seperti gagal ginjal akut, infeksi saluran kemih berulang, gagal jantung, prostatektomi, dan penyakit batu saluran kemih.
- b. Masalah kesehatan pada penderita CKD akan berlanjut pada komplikasi dan akan terus dialami oleh penderita DM berat. (Anggraini. Y, 2016).

c. Hipertensi

Merupakan Penyebab kedua dari End Stage Renal Disease atau gagal ginjal tahap terakhir. Sebanyak 30% penyebab dari CKD adalah hipertensi.

d. Kaji penggunaan obat analgetic.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah ada yang menderita penyakit tersebut atau tidak.

6) Pola Kesehatan Sehari-hari

a. Nutrisi

Peningkatan Berat Badan (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), nyeri ulu hati, pernapasan ammonia, distensi abdomen asites, pembesaran hati (tahap akhir), pendarahan gusi / lidah, penurunan lemak subkutan.

b. Eliminasi BAK dan BAB

penurunan frekuensi urine, abdomen kembung, perubahan warna urine, konstipasi (diare) atau Oliguria (Aisara dkk., 2018)

c. Istirahat atau Aktivitas

Lemah, kelelahan, Malaise, gangguan pola tidur, kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan kekuatan otot

d. Neurosensori

Pemeriksaan Nyeri, kram otot, kesemutan pada ekstermitas bawah, penkajian nervous dan GCS (*Glow Coma Scale*).

e. Pernapasan

Pemeriksaan ini meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi dan wawancara pasien untuk melengkapi data pengkajian.

7) Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan Umum dan TTV
- b. Kaji Tingkat kesadaran, Tekanan darah, Nadi, suhu dan Pernafasan pasien. Tingkat kesadaran pasien menurun sesuai dengan tingkat uremia dimana dapat mempengaruhi system syaraf pusat, pernapasan meningkat dan tekanan darah tinggi.

c. Kepala

- a) Rambut : Warna, Tekstur, ketebalan rambut
- b) Mata : apakah mata pasien memerah, penglihatan kabur, konjungtiva anemis, dan selera tidak ikterik
- c) Hidung : Simetris, tidak ada lesi, pernapasan cuping hidung
- d) Mulut : Mukosa kering, bibir kering, dehidrasi, perdarahan pada rongga mulut, gigi dan
- e) Lidah : gusi.
Ada Perdarahan/tidak.

d. Leher

Periksa apakah ada pembesaran kelenjar tiroid atau kelenjar getah bening pada pasien.

e. Dada

- a) Inspeksi : Biasanya pasien ernapasan kusmaul
(cepat/dalam)
- b) Palpasi : kesimetrisan fremitus kiri dan kanan
- c) Auskultasi : terdapat napas tambahan atau tidak.

f. Jantung

- a) Inspeksi : ictus cordis terlihat atau tidak.
- b) Palpasi : ictus Cordis teraba di ruang inter costal 2
linea dekstra sinistra atau tidak
- c) Auskultasi : apakah terdengar irama jantung yang cepat
- d) Perkusi : Apakah ada nyeri

g. Abdomen

- a) Inspeksi :Distensi abdomen, asites, penumpukan
cairan, atau ada mual dan muntah.
- b) Auskultasi :Suara bising usus normal 5-35x/menit.
- c) Palpasi :Apakah ada Nyeri tekan pada bagian
pinggang, pembesaran hepar.
- d) Perkusi :Apakah terdengar suara pekak karena
terjadinya asites

h. Ekstermitas

Kaji nyeri, edema, kelemahan otot, dan keterbatasan gerak sendi.

i. Sistem Integumen

Warna kulit, kulit gatal, atau bersisik (adanya ekimosis pada kulit).

j. Sistem Neurologis

Gangguan status mental seperti penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan konsentrasi, kehilangan memori, penurunan tingkat kesadaran, disfungsi serebral, seperti perubahan proses piker dan disorientasi.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Penilaian klinis terhadap respon pasien mengenai masalah kesehatan yang dialami atau peristiwa kehidupan, baik aktual maupun potensial, dikenal sebagai diagnosis keperawatan. Untuk memvalidasi suatu diagnosis, kriteria mayor merupakan tanda atau gejala yang ditemukan sebanyak 80% hingga 100%. Pada kriteria minor, tanda atau gejala tidak harus ditemukan, tetapi akan mendukung penegakan diagnosis. (PPNI,2017). Adapun diagnosis Keperawatan yang muncul pada pasien CKD antara lain :

- 1) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membrane alveolus-kapiler d.d Dispnea, PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, Takikardi, pH arteri meningkat/menurun, Bunyi nafas tambahan (D.0003).

- 2) Risiko penurunan curah jantung b.d perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung (D.0011).
- 3) Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arter/vena, penurunan konsentrasi hemoglobin d.d CRT > 3 detik, Nadi perifer menurun/tidak teraba, Akral teraba dingin, Warna kulit pucat, Turgor kulit menurun (D.0009).
- 4) Gangguan integritas kulit b.d kelebihan volume cairan, perubahan sirkulasi d.d Kerusakan jaringan atau lapisan kulit (D.0129)
- 5) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan cairan, d.d Ortopnea, Dispnea, Berat badan meningkat dalam waktu singkat (D.0022).
- 6) Ansietas b.d kurang terpapar informasi, kekhawatiran mengalami kegagalan d.d tampak bingung, merasa gelisah (D.0080)
- 7) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂, kelemahan d.d Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat (D.0056).
- 8) Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (keengganan untuk makan) d.d Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal (D.0019).
- 9) Gangguan eliminasi urine b.d penurunan kapasitas kandung kemih d.d anuria (D.0040).

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan terdiri dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan Standar Hasil Keperawatan Indonesia, dan perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan kasus diagnosis keperawatan yang telah diidentifikasi.

Intervensi keperawatan adalah semua terapi yang akan diberikan oleh perawat dan diberikan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan untuk menghasilkan hasil (*outcome*) yang diharapkan. (PPNI, 2018).

Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan penyakit CKD (*Chronic Kidney Disease*).

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|--|---|---|
| 1. | <p>Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membrane alveolus-kapiler d.d Dispnea, PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, Takikardi, pH arteri meningkat/menurun, Bunyi nafas tambahan (D.0003).</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dispnea <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> PCO₂ meningkat/menurun PO₂ menurun Takikardia pH arteri meningkat/menurun Bunyi nafas tambahan | <p>Pertukaran Gas (L.01003)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 Jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tingkat kesadaran meningkat Dispnea menurun Bunyi nafas Tambahan menurun Pusing menurun Penglihatan kabur menurun Diafresis menurun Gelisah menurun Napas cuping hidung menurun PCO₂ membaik PO₂ membaik Takikardia membaik pH arteri membaik Sianosis membaik Pola nafas membaik | <p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas 1.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, CheyneStokes, Biot, ataksik) 1.3 Monitor kemampuan batuk efektif 1.4 Monitor adanya produksi sputum 1.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas 1.6 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 1.7 Auskultasi bunyi napas 1.8 Monitor saturasi oksigen. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.9 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|--|--------------------------------|---|
| | <p>Gejala dan tanda minor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pusing 2. Penglihatan kabur <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sianosis 2. Diaforesis 3. Gelisah 4. Napas cuping hidung 5. Pola napas abnormal (cepat/lambat reguler/ireguler, dalam/dangkal) 6. Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan). 7. Kesadaran menurun | <p>15. Warna kulit membaik</p> | <p>1.10 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Jelaskan tujuan dan prosedur Pemantauan 1.12 Informasikan hasil pemantauan <p>Terapi Oksigen (I. 01026)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor aliran kecepatan oksigen 1.2 Monitor posisi alat terapi oksigen 1.3 Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 1.4 Monitor efektifitas terapi oksigen 1.5 Monitor tanda – tanda hipoventilasi 1.6 Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelectasis 1.7 Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen 1.8 Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.9 Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea 1.10 Pertahankan kepatenan jalan napas 1.11 Siapkan dan atur alat pemberian oksigen |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|---|---|--|
| | | | 1.12 Berikan oksigen tambahan 1.13 Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi 1.14 Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien Edukasi 1.15 Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah Kolaborasi 1.16 Kolaborasi penentuan dosis oksigen 1.17 Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan tidur. |
| 2. | Risiko penurunan curah jantung b.d perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung (D.0011). Faktor Risiko : 1. Perubahan afterload. 2. Perubahan frekuensi jantung. 3. Perubahan irama jantung. 4. Perubahan kontraktilitas. 5. Perubahan preload. Kondisi Klinis Terkait: 1. Gagal jantung kongestif 2. Sindrom 29yspnea akut. 3. Gangguan katup jantung (stenosis / regirgitasi aorta, pulmonalis, trikuspidalis, atau mitralis). 4. Atrial / ventricular septal defect. 5. Aritmia. | Curah Jantung (L.02008) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 Jam diharapkan Curah Jantung meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Gambaran EKG aritmia menurun 3. Lelah menurun 4. Edema menurun 5. Dispnea menurun 6. Oliguria menurun 7. Pucat/ sianosis menurun 8. Tekanan darah membaik 9. capillary reffil time (CRT) membaik | Perawatan Jantung (L.02075) Observasi 2.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi Dyspnea, kelelahan, edema) 2.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, palpitasi, rongki basah, batuk) 2.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 2.4 Monitor intake dan output cairan 2.5 Monitor saturasi oksigen 2.6 Monitor keluhan nyeri dada 2.7 Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) Terapeutik 2.8 Posisikan pasien semi-fowler dan fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2.9 Berikan dukungan emosional dan spiritual 2.10 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% Edukasi |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|---|--|--|
| | | | 2.11 Anjurkan berhenti merokok 2.12 Ajarkan pasien atau keluarga mengukur intake dan output cairan harian. Kolaborasi 2.13 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu |
| 3. | <p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arter/vena, penurunan konsentrasi hemoglobin d.d CRT > 3 detik, Nadi perifer menurun/tidak teraba, Akral teraba dingin,Warna kulit pucat, Turgot kulit menurun (D.0009).</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif: - Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun <p>Gejala dan tanda minor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat. 3. Indeks anklebrachial | <p>Perfusi Perifer (L.02011) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 Jam diharapkan Perfusi Perifer meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parastesia menurun 8. Kelemahan otot menurun 9. Kram otot menurun 10. Bruit femoralis menurun 11. Nekrosis menurun 12. Pengisian kapiler membaik 13. Akral membaik 14. Turgor kulit membaik 15. Tekanan darah sistolik membaik | <p>Perawatan Sirkulasi (L.02079) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 3.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) 3.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi 3.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi 3.6 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 3.7 Lakukan pencegahan infeksi 3.8 Lakukan perawatan kaki dan kuku <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.9 Anjurkan berhenti merokok 3.10 Anjurkan berolah raga rutin 3.11 Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 3.12 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, antikoagulan,dan penurun kolestrol, jika perlu |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|-----------------------|--------------------|---|
| | | | <p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)</p> <p>3.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi)</p> <p>3.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas</p> <p>Teraupetik</p> <p>3.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi</p> <p>3.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>3.6 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <p>3.7 Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>3.8 Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>Edukasi</p> <p>3.9 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>3.10 Anjurkan berolah raga rutin</p> <p>3.11 Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar</p> <p>3.12 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu</p> <p>3.13 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>3.14 Anjurkan menggunakan obat penyekat beta</p> <p>3.15 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega)</p> |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|-----------------------|--------------------|---|
| | | | <p>3.16 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>Manajemen Sensasi Perifer (I.06195)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>3.2 Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian</p> <p>3.3 Periksa perbedaan sensasi tajam dan tumpul</p> <p>3.4 Periksa perbedaan sensasi panas dan dingin</p> <p>3.5 Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</p> <p>3.6 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu</p> <p>3.7 Monitor perubahan kulit</p> <p>3.8 Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena</p> <p>Teraupetik</p> <p>3.9 Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p>Edukasi</p> <p>3.10 Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air</p> <p>3.11 Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak</p> <p>3.12 Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.13 Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</p> |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|--|--|--|
| 4. | <p>Gangguan integritas kulit b.d kelebihan volume cairan, perubahan sirkulasi d.d Kerusakan jaringan atau lapisan kulit (D.0129).</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif:- Objektif: 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif: - Objektif: 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma</p> | <p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 Jam diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun 5. Kerusakan lapisan kulit menurun 6. Nyeri menurun 7. Perdarahan menurun 8. Kemerahan menurun 9. Hematoma menurun 10. Pigmentasi abnormal menurun 11. Jaringan parut menurun 12. Nekrosis menurun 13. Abrasi kornea menurun 14. Suhu kulit membaik 15. Sensasi membaik 16. Tekstur membaik. 17. Pertumbuhan rambut membaik | <p>Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 4.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik 4.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 4.3 Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 4.4 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4.5 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4.6 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 4.7 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi 4.8 Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 4.9 Anjurkan minum air yang cukup 4.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4.11 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 4.12 Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 4.13 Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah 4.14 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun Secukupnya</p> |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|-----------------------|--------------------|--|
| | | | <p>Perawatan Luka (I.4564)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>4.2 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.4 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</p> <p>4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4.7 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>4.8 Berikan salep yang sesuai kulit/lesi, jika perlu</p> <p>4.9 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.10 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>9.11 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>4.12 Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>4.13 Berikan diet dengan kalori 30-35</p> <p>4.14 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-9.151,5g/kgBB/hari</p> <p>4.16 Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis.vitamin A, vitami C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</p> <p>4.17 Berikan terapi TENS (stimulasi sarap transkutaneus), jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>4.18 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.19 Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>4.20 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|---|--|--|
| | | | <p>Kolaborasi</p> <p>4.21 Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>4.22 Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p> |
| 5. | <p>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan cairan, d.d Ortopnea, Dispnea, Berat badan meningkat dalam waktu singkat (D.0022).</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat 4. Refleks hepatojugular positif <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara napas tambahan 3. Hepatomegali 4. Kadar Hb/Ht turun 5. Oliguria 6. Intake lebih banyak dari output (balance | <p>Keseimbangan Cairan (L.03020)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 Jam diharapkan Keseimbangan cairan membaik dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Kelembaban 35ancreas mukosa meningkat 4. Asupan makanan meningkat – Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Asites menurun 7. Konfusi menurun 8. Tekanan darah membaik 9. Denyut nadi radial membaik 10. Tekanan arteri rata-rata membaik 11. Membran mukosa membaik – Mata cekung membaik 12. Turgor kulit membaik 13. Berat badan membaik | <p>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 5.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 5.3 Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia 5.4 Monitor intake dan output cairan 5.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 5.6 Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat) 5.7 Monitor keceptan infus secara ketat 5.8 Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.9 Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 5.10 Batasi asupan cairan dan garam 5.11 Tinggikan kepala tempat tidur 30- 40° Edukasi |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|-------------------------------------|--------------------|---|
| | cairan positif) 7. Kongesti paru | | 5.12 Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 5.13 Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari 5.14 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 5.15 Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 5.16 Kolaborasi pemberian diuretic 5.17 Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik 5.18 Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT), jika perlu Pemantauan Cairan (I.03121) Observasi 5.1 Monitor frekuensi dan kekuatas nadi 5.2 Monitor frekuensi napas 5.3 Monitor tekanan darah 5.4 Monitor berat badan 5.5 Monitor waktu pengisian kapiler 5.6 Monitor elastisitas atau turgor kulit 5.7 Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine 5.8 Monitor kadar albumin dan protein total 5.9 Monitor hasil pemeriksaan serum (mis.osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN) 5.10 Monitor intake dan output cairan 5.11 Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis.frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|--|---|--|
| | | | <p>nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>5.12 Identifikasi tanda-tanda 37ancreas3737ia (mis. 37ancrea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>5.13 Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, aferesis,obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.14 Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>5.15 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>5.16 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>5.17 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> |
| 6. | <p>Ansietas b.d kurang terpapar informasi, kekhawatiran mengalami kegagalan d.d tampak bingung, merasa gelisah (D.0080)</p> <p>Tanda dan Gejala Mayor Subjektif :</p> | <p>Tingkat Ansietas (L.09093)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Tingkat Ansietas menurun/membaik Dengan kriteria hasil :</p> | <p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)</p> <p>6.2 Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</p> <p>6.3 Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</p> |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|---|---|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur <p>Tanda dan Gejala Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaphoresis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi dengan masa lalu | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia 7. Palpitasi 8. Frekuensi pernapasan 9. Frekuensi nadi 10. Tekanan darah 11. Diaforesis | <ol style="list-style-type: none"> 6.4 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 6.5 Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 6.6 Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian 6.7 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6.8 Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 6.9 Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 6.10 Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 6.11 Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 6.12 Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 6.13 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 6.14 Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif 6.15 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6.16 Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 6.17 Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 6.18 Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.19 Kolaborasi pemberian obat antiansietas. <p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|-----------------------|--------------------|---|
| | | | <p>berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>6.2 Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>6.3 Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>6.4 Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>6.5 Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.6 Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>6.7 Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>6.8 Gunakan pakaian longgar</p> <p>6.9 Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>6.10 Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai.</p> <p>Edukasi</p> <p>6.11 Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>6.12 Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>6.13 Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|--|---|---|
| | | | <p>6.11 Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>6.12 Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>6.13 Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing).</p> |
| 7. | <p>Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂, kelemahan d.d Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat (D.0056).</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh lelah <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat <p>Gejala dan tanda minor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat | <p>Toleransi Aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 Jam diharapkan Toleransi Aktivitas meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 4. Kecepatan berjalan meningkat 5. Jarak berjalan meningkat 6. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 7. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 8. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat | <p>Manajemen Energi (I.05178) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 7.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 7.3 Monitor pola dan jam tidur 7.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.5 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 7.6 Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7.7 Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 7.8 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.9 Anjurkan tirah baring 7.10 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7.11 Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 7.12 Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|-----------------------|--------------------|---|
| | | | <p>Kolaborasi</p> <p>7.13 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara</p> <p>7.14 meningkatkan asupan makanan</p> <p>Terapi Aktivitas (I.05186)</p> <p>Observasi</p> <p>7.1 Identifikasi defisit tingkat aktivitas</p> <p>7.2 Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>7.3 Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p>7.4 Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</p> <p>7.5 Identifikasi makna aktivitas rutin (mis.bekerja) dan waktu luang</p> <p>7.6 Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.7 Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</p> <p>7.8 Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <p>7.9 Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</p> <p>8.10 Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>7.11 Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</p> <p>7.12 Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</p> <p>7.13 Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi</p> |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|-----------------------|--------------------|--|
| | | | <p>mengakomodasi aktivitas yang dipilih</p> <p>7.14 Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</p> <p>7.15 Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</p> <p>7.16 Fasilitasi aktivitas kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>7.17 Tingkatan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</p> <p>7.18 Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>7.19 Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. Kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia</p> <p>7.20 Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</p> <p>7.21 Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. Vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)</p> <p>7.22 Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>7.23 Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</p> <p>7.24 Fasilitasi pasien dan keluarga memantau</p> <p>7.25 kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|--|--|--|
| | | | <p>7.26 Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p>7.27 Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Edukasi</p> <p>7.28 Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</p> <p>7.29 Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>7.30 Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</p> <p>7.31 Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</p> <p>7.32 Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.33 Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</p> <p>7.34 Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu</p> |
| 8. | <p>Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (keengganan untuk makan) d.d Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal (D.0019).</p> <p>Tanda dan Gejala Mayor</p> <p>Subjektif : -</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</p> | <p>Status Nutrisi (I.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan 4. Serum albumin meningkat 5. verbalisasi keinginan untuk | <p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Identifikasi status nutrisi 8.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 8.3 Identifikasi makanan yang disukai 8.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 8.5 Monitor asupan makanan 8.6 Monitor berat badan 8.7 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.8 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 8.9 Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|--|---|--|
| | <p>Tanda dan Gejala Minor Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin menurun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare | <ol style="list-style-type: none"> 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 8. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 9. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat 10. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat 11. Sikap terhadap makanan atau meningkat sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 12. Perasaan cepat kenyang menurun 13. Nyeri abdomen menurun 14. Sariawan menurun 15. Rambut rontok menurun 16. Diare menurun 17. Berat badan membaik 18. Indeks masa tubuh (IMT) membaik 19. Frekuensi makan membaik 20. Nafsu makan membaik 21. Bising usus membaik 22. Tebal lipatan kulit trisep membaik 23. Membran mukosa membaik | <ol style="list-style-type: none"> 8.10 Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. 8.11 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 8.12 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 8.13 Berikan makanan rendah protein <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.14 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 8.15 Anjurkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 8.16 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), jika perlu 8.17 Kolaborasi dengan ahli gizi menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu <p>Promosi Berat Badan (I03136)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang 8.2 Monitor adanya mual muntah 8.3 Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari 8.4 Monitor berat badan 8.5 Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.6 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu 8.7 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis. Makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi) 8.8 Hidangkan makanan secara menarik 8.9 Berikan suplemen, jika perlu |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|--|---|--|
| | | | 8.10 Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai Edukasi 8.11 Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau 8.12 Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan. |
| 9. | Gangguan eliminasi urine b.d penurunan kapasitas kandung kemih d.d anuria (D.0040) Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Desakan berkemih (Urgensi) 2. Urin menetes (<i>dribbling</i>) 3. Sering buang air kecil 4. Nokturia 5. Mengompol 6. Enuresis Objektif : 1. Distensi kandung kemih 2. Berkemih tidak tuntas (<i>hesitancy</i>) 3. Volume residu urin meningkat Gejala dan tanda minor : - | Eliminasi Urine (L.04034) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan eliminasi urin membaik dengan kriteria hasil: 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Desakan berkemih (Urgensi) menurun 3. Distensi kandung kemih menurun 4. Berkemih tidak tuntas (<i>hesitancy</i>) menurun 5. Volume residu urin menurun 6. Urin menetes (<i>dribbling</i>) menurun 7. Nokturia menurun 8. Mengompol menurun 9. Dysuria menurun 10. Anuria menurun 11. Frekuensi BAK membaik 12. Karakteristik urin membaik. | Dukungan Perawatan Diri (BAB/BAK) I. 11349 Observasi 9.1 Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 9.2 Monitor integritas kulit pasien Terapeutik 9.3 buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 9.4 Jaga privasi selama eliminasi 9.5 Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu 9.6 Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 9.7 Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu 9.8 Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), jika perlu Edukasi 9.9 Anjurkan BAK/BAB secara rutin 9.10 Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu Manajemen Eliminasi urine (I.04152) Observasi 9.1 Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontensia urin 9.2 Identifikasi faktor resiko yang menyebabkan retensi atau inkontensia urin 9.3 Monitor eliminasi urin (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) |

| No. | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|-----|-----------------------|--------------------|--|
| | | | <p>Terapeutik 9.4 Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 9.5 Batasi asupan cairan, jika perlu 9.6 Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur</p> <p>Kolaborasi 9.7 Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu</p> |

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Tahap keempat dari proses asuhan keperawatan, yaitu implementasi dimulai setelah perawat membuat rencana asuhan keperawatan. Untuk mencapai tujuan yang ditentukan, implementasi memerlukan pelaksanaan rencana perawatan yang dibuat selama fase perencanaan.

Dalam berbagai konteks, Tujuan Implementasi harus berkonsentrasi atau berfokus pada membantu pasien mencapai hasil kesehatan yang diinginkan, menangani kebutuhan pasien, pencegahan penyakit atau manajemen penyakit, dan pemulihan kesehatan. Mendelegasikan tugas dan mendokumentasikan intervensi keperawatan adalah tanggung jawab implementasi tambahan.

Prioritas utama dalam implementasi keperawatan adalah perawat perlu memperhatikan respon pasien terhadap penyakit dan kesehatannya serta mampu dalam menyediakan kebutuhan dasar manusia. Namun,

perawatan profesional kesehatan lainnya dapat berkonsentrasi pada bagian pengobatan pasien (Pangkey dkk., 2021).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dimana bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan sudah tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluasi ini, perawat dapat mengetahui sudah seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan yang telah tercapai. (Dinarti & Mulyanti, 2017)

Efektivitas proses keperawatan dievaluasi mulai dari tahap pengkajian, perencanaan, dan implementasi. Evaluasi ini dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan dalam perencanaan, membandingkan hasil praktik keperawatan yang telah dilakukan dengan tujuan yang telah ditetapkan. Terdapat 2 jenis evaluasi keperawatan, yaitu :

1. Evaluasi proses (formatif) yaitu Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, Berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
2. Evaluasi hasil (sumatif) yaitu Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, Berorientasi pada masalah keperawatan, dimana evaluasi ini menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan.

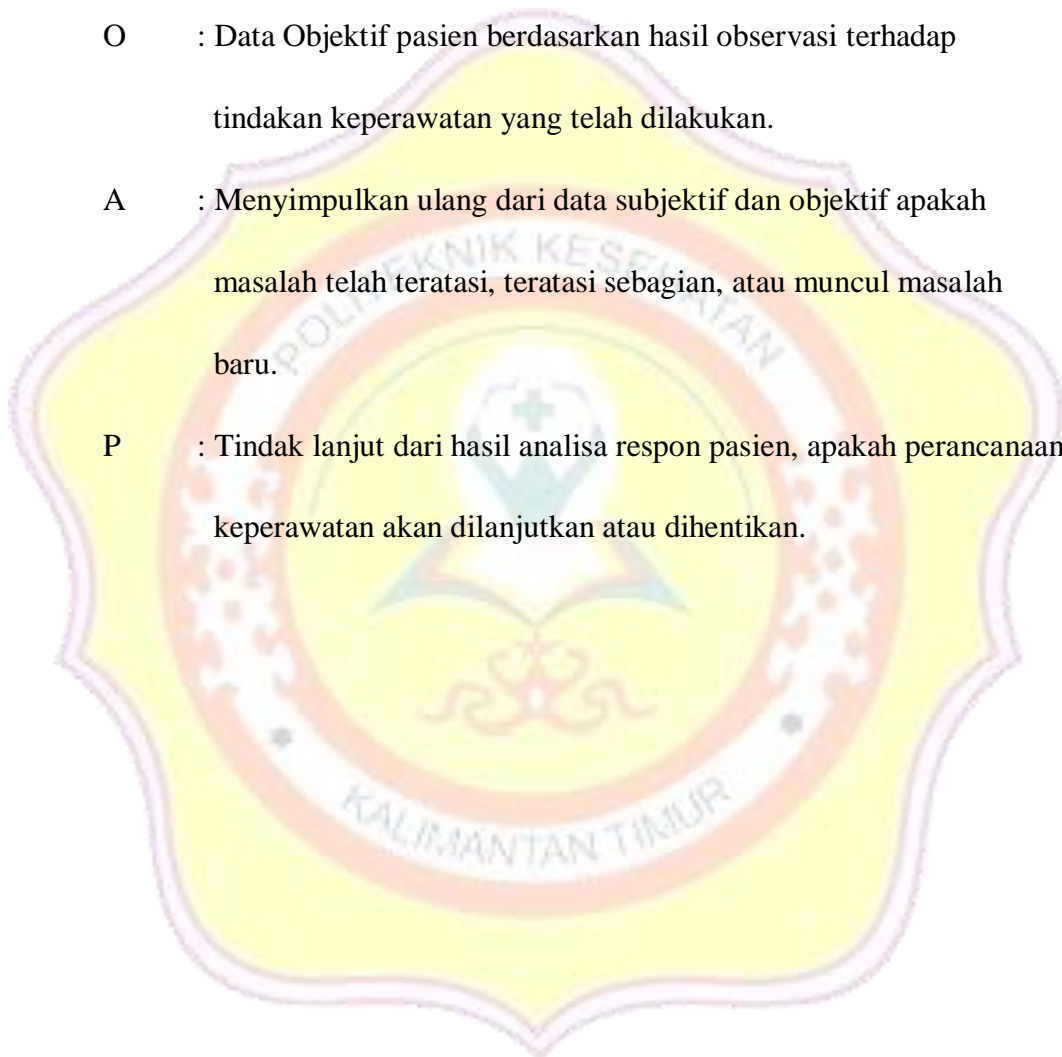
Spesifikasi SOAP dapat digunakan sebagai acuan untuk evaluasi (Simamora dkk., 2019).

S : Data subjektif yang dirasakan pasien terhadap Tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

O : Data Objektif pasien berdasarkan hasil observasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

A : Menyimpulkan ulang dari data subjektif dan objektif apakah masalah telah teratasi, teratasi sebagian, atau muncul masalah baru.

P : Tindak lanjut dari hasil analisa respon pasien, apakah perencanaan keperawatan akan dilanjutkan atau dihentikan.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)

Penulisan Karya Tulis ilmiah ini menggunakan jenis metode deskriptif dengan penyajian dalam bentuk studi kasus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui masalah asuhan keperawatan pada pasien di Rumah Sakit Abdul Wahab Syahrani Samarinda yang mengalami penyakit CKD. Adapun strategi pendekatan pada Asuhan keperawatan ini meliputi diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.2 Subyek Penelitian

Pasien yang terdiagnosa dengan CKD di RSUD. Abdul Wahab Sjahrani Samarinda adalah subjek penelitian dalam studi keperawatan ini, dan akan dikaji secara menyeluruh dan mendalam. Kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian yaitu:

1. Subyek penelitian berjumlah dua responden.
2. Pasien berusia 30-50 tahun.
3. Pasien dengan kesadaran Compos mentis.
4. Pasien CKD dengan grade 3-5

3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia, perawat memberikan perawatan langsung kepada pasien dalam berbagai praktek perawatan kesehatan. Asuhan keperawatan diberikan dengan menggunakan metode proses keperawatan, yang diatur oleh praktik keperawatan yang diterima, berdasarkan etika dan tanggung jawab keperawatan.

Penyakit CKD adalah penyakit yang tidak lagi mampu menjalankan fungsinya ditandai dengan penumpukan sisa metabolisme di dalam darah, yang mengakibatkan kegagalan ginjal untuk mempertahankan metabolisme dan elektrolit (Lestari, 2017).

3.4 Lokasi dan waktu Penulisan

Penerapan Asuhan Keperawatan pada studi kasus ini akan dilaksanakan di Ruang Rawat Inap RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dengan waktu pelaksanaan selama 3 sampai 6 hari.

3.5 Prosedur Penelitian

Penulisan dimulai dengan penyusunan usulan proposal penulisan dengan menggunakan metode studi kasus. Penelitian akan dilaksanakan dengan mengumpulkan data setelah mendapat persetujuan dari pembimbing dan pihak dari RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Data penelitian didapatkan melalui wawancara, hasil observasi, penegakan diagnosis keperawatan, dan

penyusunan rencana keperawatan. Setelah itu, kasus subjek penelitian diimplementasikan dan dievaluasi pada akhir kegiatan yang telah dilakukan.

3.6 Metode dan Instrumen Penelitian

3.6.1 Metode Pengumpulan Data

1) Wawancara

Pengumpulan data dilakukan dengan mewawancarai langsung responden atau dengan melalui keluarga responden, perawat ruangan dan hasil dari rekam medis. Anamnesis dapat berupa identitas responden, riwayat penyakit dulu dan sekarang, riwayat penyakit keluarga dll.

2) Observasi dan pemeriksaan fisik

Pengamatan langsung terhadap responden sembari melakukan pemeriksaan fisik dengan metode Inspeksi, Asukultasi, Palpasi, dan Perkusi (IAPP) sehingga memperoleh data dasar untuk menentukan perencanaan atau intervensi keperawatan.

3) Dokumentasi hasil setiap setelah melakukan asuhan keperawatan sebagai bukti bahwa prosedur keperawatan telah dilaksanakan.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan pada studi kasus ini adalah format asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku yang terdiri dari pengkajian, penegakkan diagnosis keperawatan, penyusunan intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan.

3.7 Keabsahan Data

Untuk menghasilkan data yang akurat, keabsahan dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data dan informasi yang dikumpulkan dalam studi kasus. Data dapat ditemukan dari beberapa sumber, antara lain:

3.7.1 Data Primer

Data primer adalah jenis data yang dikumpulkan langsung dari responden yang dapat memberikan informasi lengkap tentang masalah kesehatan yang dihadapi. Dengan teknik wawancara, observasi dan pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan fisik melalui pendekatan IAPP (inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi), hasil data dapat dikumpulkan.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder berasal dari sumber terdekat responden seperti orang tua, kerabat, atau individu lain yang mengetahui situasi dan kondisi responden saat ini.

3.7.3 Data Tersier

Pengumpulan data dapat diperoleh melalui riwayat kesehatan, hasil tes diagnostik, perawat lain, dan rekam medis pasien. Dan dapat juga melalui literatur atau sumber yang berhubungan dengan masalah responden.

3.8 Analisis Data

Sejak peneliti berada di lapangan, analisis data dimulai dari mengumpulkan data sampai semua data diperoleh. Analisis data dilakukan dengan mengemukakan fakta, membandingkannya dengan teori yang telah ditemukan, dan kemudian dituangkan dalam opini pembahasan. Metode analisis yang digunakan dengan cara menarasikan dan menampilkan tabel dari hasil penelitian yang diperoleh, serta melakukan interpretasi data yang selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dengan membandingkan hasil penelitian sebagai dasar teori yang telah ada sebagai bentuk pembahasan dalam asuhan Keperawatan pada pasien dengan CKD.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda yang terletak di Jl. Palang Merah Indah No. 01, kelurahan Sidodadi Kecamatan Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Syahrani adalah rumah sakit tipe A sebagai Rumah Sakit rujukan terdapat fasilitas pelayanan IGD 24 jam, Poliklinik Spesialis, Laboratorium. Instalasi Radiologi, Instalasi Bedah Sentral, Apotek, Instalasi Gizi, Histologi atau Kamar Jenazah, Fisioterapi, Ruang Kemoterapi, CSSD, Ruang Intensif Terpadu, Ruang Hemodialisa, Ruang Bersalin/VK, Gedung Pravilium, Instalasi Rawat Inap (Kelas I, II, III, dan VIP).


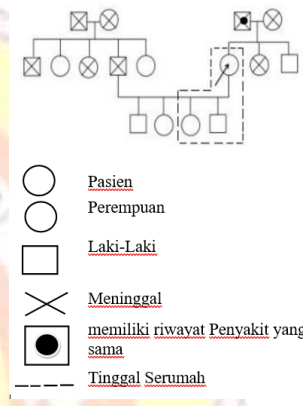
Dalam studi kasus ini peneliti melakukan studi kasus pada tanggal 4 sampai 6 mei 2023 di ruang Dahlia yaitu ruang rawat inap kelas 2 sampai 3 dan pasien diterima langsung dari IGD atau dari poliklinik, Tenaga keperawatan di ruang Dahlia terdiri dari 25 orang dengan kasus penyakit meliputi diantaranya pasien dengan penyakit Diabetes Melitus, CKD, CAD, dan penyakit dalam lainnya. Adapun ruangnya terdiri dari 32 Ruang kamar dengan 18 kapasitas tempat tidur, 32 kamar mandi pasien, 2 kamar mandi perawat, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang obat, 1 nurse station.

4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

1.) Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil pengkajian Pasien I dan Pasien II dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| No. | Data Anamnesis | Pasien I (Tn. H) | Pasien II (Ny. R) |
|-----|---------------------------|---|---|
| 1. | Identitas Pasien | Pasien bernama Tn. H, berjenis kelamin laki-laki lahir pada tanggal 1 Mei 1992 berusia 31 tahun, bersuku bangsa Bugis/Indonesia, Pasien beragama Islam, pendidikan terakhir SLTA, pasien bekerja di pasar berjualan sembako, dan beralamat di Jl. Bung Tomo RT.10 Register.01.20.78.XX | Pasien bernama Ny. R lahir pada tanggal 12 Januari 1962 berusia 61 tahun jenis kelamin perempuan, bersuku bangsa Banjar/Indonesia beragama Islam, pendidikan SLTA, pekerjaan pasien IRT, status perkawinan janda dan beralamatkan di Jl. Sambutan Register 98.70.XX |
| 2. | Diagnosa Medis | CKD Stage V | CKD Stage V |
| 3. | Keluhan Utama | Sesak napas | Penurunan Kesadaran |
| 4. | Riwayat Penyakit Sekarang | Pasien masuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie melalui UGD pada tanggal 26 April 2023 pada jam 08.30 pagi dengan keluhan sesak napas dan tubuh terasa lemah, pada saat di UGD pasien diberikan infus IV Ringer Laktat 10 tpm dan terapi oksigen nasal kanul 3 tpm karena kondisi pasien belum stabil, pasien disarankan untuk rawat inap. Saat dikaji pada tanggal 4 Mei 2023 jam 07.35 pagi pasien mengeluh masih terasa sesak napas, ada batuk dan nyeri pinggang disebelah kanan. Pasien terpasang infus di tangan sebelah kiri, dan terpasang oksigen nasal kanul 4 tpm | Pasien masuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie melalui UGD pada tanggal 23 April 2023 pada jam 18.30 sore dengan keluhan sesak napas, demam dan disertai batuk, pada saat di UGD pasien diberikan infus IV NaCl 20 tpm dan terapi oksigen nasal kanul 3 tpm, karena kondisi pasien belum stabil, pasien disarankan untuk rawat inap. Saat dikaji pada tanggal 4 Mei 2023 pada jam 09.22 pagi, pasien mengalami penurunan kesadaran kesadaran GCS 7 (E2M4V1) disertai batuk. Pasien terpasang infus NaCl di kaki sebelah kanan, terpasang NGT sejak tanggal 2 Mei 2023 di jam 16.00 sore dan terapi oksigen nasal kanul 4 tpm. |
| 5. | Riwayat Penyakit Dahulu | Pasien pernah dirawat di Rumah Sakit pada tahun 2021 dengan diagnosa medis | Pasien pernah dirawat di rumah sakit pada akhir tahun 2022 dengan diagnosa medis Diabetes Melitus. |

| No. | Data Anamnesis | Pasien I (Tn. H) | Pasien II (Ny. R) |
|-----|---------------------------|--|---|
| | | Hipertensi dan hyperkalemia. Pasien rutin tiap 2 minggu sekali melakukan pemeriksaan kesehatan. Untuk mengatasi hipertensinya pasien mendapat terapi obat amlodiphine 1x10 mg | Pasien rutin berobat ke Puskesmas 3 minggu sekali dan mendapatkan terapi insulin 4-6 unit |
| 6. | Riwayat penyakit Keluarga | Pasien mengatakan kalau dari orang tua yaitu bapak memiliki riwayat hipertensi dan penyakit jantung. | Keluarga pasien mengatakan orang tua dari pasien memiliki riwayat diabetes mellitus |
| 7. | Genogram |  |  |
| 8. | Keadaan Umum | Penampilan kusam, Tingkatan penyakit tergolong berat (penyakit kronis), pasien dalam keadaan terbaring dengan posisi semi fowler, Tinggi Badan 165 cm, Berat Badan 65kg, Tekanan darah 150/95 mmHg, pernapasan 28x/menit, nadi 97x/menit, Pasien terpasang alat medis berupa selang infus di tangan sebelah kanan, dan Oksigen nasal kanul | Penampilan kusam, Tingkatan penyakit tergolong berat (penyakit kronis), pasien dalam keadaan terbaring dengan posisi supine Tinggi Badan 150 cm, Berat Badan 60 kg, Tekanan darah 120/60 mmHg, pernapasan 29x/menit, 90x/menit. Pasien terpasang alat medis berupa selang infus di kaki sebelah kanan, terpasang NGT, dan Oksigen nasal kanul |
| 9. | Kesadaran | Kesadaran Pasien Compos Mentis dengan GCS : 15 (E4M6V5) | Kesadaran pasien somnolen dengan Gcs : 7 (E2M4V1) |

| No. | Data Anamnesis | Pasien I (Tn. H) | Pasien II (Ny. R) |
|-----|-----------------------------|---|--|
| 10. | Data Psiko-Sosial-Spiritual | a) pasien dan Keluarga mengatakan persepsi terhadap penyakitnya adalah karena sudah kehendak Tuhan, b) Kebiasaan Beribadah: sewaktu sehat klien rajin beribadah. dan selama sakit pasien beribadah kadang-kadang | a) Keluarga mengatakan persepsi terhadap penyakitnya adalah karena sudah kehendak Tuhan, b) Kebiasaan Beribadah: sewaktu sehat klien rajin beribadah. dan selama sakit hanya mendengarkan suara murrotal. |

Tabel 4.2 Hasil pemeriksaan Fisik Pasien I dan Pasien II dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| Pemeriksaan | Pasien I | Pasien II |
|----------------------------------|--|---|
| Tanda-tanda Vital | Tekanan Darah : 150/95 mmHg, Nadi : 97x/menit. Suhu : 36,4°C, pernapasan : 28x/menit SpO ₂ : 98% | Tekanan Darah : 120/60 mmHg, Nadi : 90x/menit. Suhu : 36°C, Pernapasan : 29x/menit SpO ₂ : 99% |
| Kenyamanan/Nyeri | Pasien merasakan nyeri pada bagian pinggang kanan, rasa nyeri seperti ditekan, Nyeri muncul ketika disentuh dan ketika ada pergerakan, skala nyeri yang dirasakan adalah 5 | Pasien tidak merasakan nyeri |
| Status Fungsional Barthel Indeks | Kategori tingkat ketergantungan klien adalah ketergantungan sedang dengan total score 9 | Kategori tingkat ketergantungan klien adalah ketergantungan berat dengan total score 5 |
| Pemeriksaan kepala | <p>Kepala : bentuk kepala Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih konjungtiva anemis, palpebra tidak edema, kornea jernih, terdapat reflex cahaya, pupil isokor dan tidak ada kelainan</p> <p>Hidung : Tidak Terdapat pernapasan cuping hidung dan penggunaan otot bantu pernapasan, posisi septum nasal di tengah, lubang hidung bersih.</p> | <p>Kepala : bentuk kepala Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut putih beruban dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih konjungtiva anemis, palpebra tidak edema, kornea jernih, terdapat reflex cahaya, pupil isokor dan tidak ada kelainan</p> <p>Hidung : Tidak Terdapat pernapasan cuping hidung dan penggunaan otot bantu pernapasan, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih.</p> |

| Pemeriksaan | Pasien I | Pasien II |
|---------------------|--|--|
| | <p>Rongga Mulut dan Lidah : Warna bibir kecoklatan dan sedikit pucat, mukosa agak kering, warna lidah merah muda</p> | <p>Rongga Mulut dan Lidah : Warna bibir kecoklatan dan sedikit pucat, mukosa kering, warna lidah merah muda</p> |
| Pemeriksaan Thorax | <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 28x/menit., tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada pernapasan cuping hidung</p> <p>Palpasi : vocal fremitus teraba diseluruh lapang paru saat pasien berbicara, fibrasi yang dihasilkan sama kanan dan kiri</p> <p>Perkusi : Sonor batas paru dan hepar ICS 5 dextra</p> <p>Auskultasi : suara napas terdengar vesikuler, suara ucapan bersih dan tidak ada suara napas tambahan.</p> | <p>Inspeksi : bentuk dada simetris, frekuensi nafas 29x/menit, tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada pernapasan cuping hidung</p> <p>Palpasi : Vocal fremitus tidak dapat dikaji, ekspansi paru simetris kanan dan kiri.</p> <p>Perkusi : Sonor batas paru dan hepar ICS 5 dextra</p> <p>Auskultasi : Ronkhi, suara napas tambahan terdengar saat inspirasi dan ekspirasi.</p> |
| Pemeriksaan Jantung | <p>Inspeksi dan Palpasi : CRT 3 detik, Ictus cordis tampak dan teraba pada ICS 5, akral dingin</p> <p>Perkusi : Batas atas jantung pada ICS II line sternalis dextra, batas bawah jantung pada ICS V line midclavicula sinistra, batas kanan jantung pada ICS IV line sternalis dextra, batas kiri jantung pada ICS IV line sternalis sinistra</p> <p>Auskultasi : BJ II-Aorta terdengar tunggal, regular, intensitas kuat. BJ II- pulmonal terdengar tunggal regular, intensitas kuat, BJ I- Trikuspidalis terdengar tunggal, regular,</p> | <p>Inspeksi dan Palpasi : CRT 3 detik, Ictus cordis tampak dan teraba pada ICS 5, akral dingin</p> <p>Perkusi : Batas atas jantung pada ICS II line sternalis dextra, batas bawah jantung pada ICS V line midclavicula sinistra, batas kanan jantung pada ICS IV line sternalis dextra, batas kiri jantung pada ICS IV line sternalis sinistra</p> <p>Auskultasi : BJ II-Aorta terdengar tunggal, regular, intensitas kuat. BJ II- pulmonal terdengar tunggal regular, intensitas kuat, BJ I- Trikuspidalis terdengar tunggal, regular,</p> |

| Pemeriksaan | Pasien I | Pasien II |
|---------------------------|---|---|
| | intensitas kuat, BJ I- Mitral terdengar tunggal, regular, intensitas kuat | intensitas kuat, BJ I- Mitral terdengar tunggal, regular, intensitas kuat |
| Pemeriksaan Abdomen | <p>Inspeksi : Bentuk abdomen simetris, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya massa, tidak terdapat bekas luka operasi, dan tidak terpasang drain</p> <p>Auskultasi : Bising usus 6 x/menit</p> <p>Palpasi : Saat di palpasi terdapat nyeri tekan pada daerah regio lumbar kanan, tidak ada massa, dan tidak ada pembesaran hepar dan lien.</p> <p>Perkusi : tidak ada massa, tidak ditemukan adanya asites, terdapat suara timpani pada 4 kuadran, pekak diatas hepar dan limpa.</p> | <p>Inspeksi : Bentuk abdomen simetris, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya massa, tidak terdapat bekas luka operasi, dan tidak terpasang drain</p> <p>Auskultasi : Bising usus 6 x/menit</p> <p>Palpasi : Saat di palpasi tidak terdapat nyeri tekan, tidak adanya massa, dan tidak ada pembesaran hepar dan lien.</p> <p>Perkusi : tidak ada massa, tidak ditemukan adanya asites, terdapat suara timpani pada 4 kuadran, pekak diatas hepar dan limpa.</p> |
| Pemeriksaan System Syaraf | <p>a) Memori pasien panjang, pasien dapat memahami apa yang dibicarakan, pasien dapat mengulang barang yang diperlihatkan, kognisi dan orientasi pasien baik.</p> <p>b) Reflex Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patella : 2 (normal) - Achilles : 2 (normal) - Bisep : 2 (normal) - Trisep : 2 (normal) - Brankiadiais : 2 (normal) <p>Tidak ada keluhan pusing Istirahat / tidur 4 – 5 jam/hari</p> <p>c) Pemeriksaan syaraf kranial N1 : Olfaktori (pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alcohol)</p> | <p>a) Memori, bahasa, kognisi, dan orientasi pasien tidak dapat dilakukan pemeriksaan.</p> <p>b) Reflex Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patella : 2 (normal) - Achilles : 2 (normal) - Bisep : 2 (normal) - Trisep : 2 (normal) - Brankiadiais : 2 g(normal) <p>Tidak ada keluhan pusing Istirahat / tidur 6 – 8 jam/hari</p> <p>c) Pemeriksaan syaraf kranial : N1 : olfaktori (tidak dapat dikaji) N2 : optic (tidak dapat dikaji)</p> |

| Pemeriksaan | Pasien I | Pasien II |
|---|---|---|
| | <p>N2 : Optik (pasien mampu melihat dan membaca dalam jarak 30 cm)</p> <p>N3 : Okulomotor (pasien mampu mengangkat kelopak mata)</p> <p>N4 : troklear (pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah)</p> <p>N5 : trigeminal (pasien mampu mengunyah)</p> <p>N6 : abduksen (pasien mampu menggerakkan mata kesamping)</p> <p>N7 : fasialis (pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata)</p> <p>N8 : vestibulokoklear (pasien mampu mendengar dengan baik)</p> <p>N9 : glosfaringeal (pasien mampu membedakan rasa manis dan asam)</p> <p>N10 : vagus (pasien mampu menelan)</p> <p>N11 : aksesori (pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan)</p> <p>N12:hipoglosal (pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah)</p> | <p>dikaji)</p> <p>N3 : okulomotor (pasien tidak mampu mengangkat kelopak mata)</p> <p>N4 : troklear (pasien tidak mampu menggerakkan bola mata ke bawah)</p> <p>N5 : trigeminal (tidak dapat dikaji)</p> <p>N6 : abduksen (pasien tidak mampu menggerakkan mata kesamping)</p> <p>N7 : fasialis (tidak dapat dikaji)</p> <p>N8 : vestibulokoklear (pasien mampu mendengar dengan baik)</p> <p>N9 : glosfaringeal (tidak dapat dikaji)</p> <p>N10 :vagus (tidak dapat dikaji)</p> <p>N11 :aksesori (tidak dapat dikaji)</p> <p>N12:hipoglosal (tidak dapat dikaji)</p> |
| <p>Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen</p> | <p>Pergerakan sendi pasien bebas, Kekuatan otot pasien pada ekstremitas atas kanan 5, ekstremitas atas kiri 5, ekstremitas bawah kanan 3, ekstremitas bawah kiri 3, ekstremitas bawah mengalami kelemahan. Terdapat edema pada ekstremitas bawah bagian kanan dan kiri</p> <p>Hasil pemeriksaan Pitting edema grade :</p> <p>Ekstremitas atas</p> <p>RU : - LU : -</p> <p>RL : - LL : -</p> | <p>Pergerakan sendi pasien bebas, Kekuatan otot pasien pada ekstremitas atas kanan 3, ekstremitas atas kiri 3, ekstremitas bawah kanan 3, ekstremitas bawah kiri 3, ekstremitas bawah mengalami kelemahan. Terdapat edema pada ekstremitas bawah bagian kanan dan kiri</p> <p>Hasil pemeriksaan Pitting edema grade :</p> <p>Ekstremitas atas</p> <p>RU : +2 LU : -</p> <p>RL : +2 LL : +2</p> |

| Pemeriksaan | Pasien I | Pasien II |
|--|--|--|
| | Ekstremitas bawah RU : - LU : - RL : +2 LL : +2 | Ekstremitas bawah RU : - LU : - RL : - LL : - |
| Pemeriksaan Sistem Endokrin | Pasien tidak memiliki riwayat diabetes Melitus dan tidak ada pembesaran kelenjar tyroid | Pasien memiliki riwayat diabetes mellitus dengan GDS 226mg/dL dan bekas luka ganggren di bagian kaki kanan |
| Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi | a) BB : 65 kg b) TB : 165 cm c) IMT : 23,8 kg m ² (Pasien masuk kategori normal) d) Asupan makanan berkurang (pasien menghabiskan 3 suap sendok saja di setiap porsinya) e) BAB - Belum ada BAB f) Diet - Bentuk makanan lunak (bubur) - cara pemberian per oral - frekuensi makan 3 kali sehari | a) BB : 50 kg b) TB : 160 cm c) IMT : 19,5 kg m ² (Pasien masuk kategori normal) d) Asupan makanan melalui NGT e) BAB - Terakhir BAB 1 hari lalu f) Diet - Diit susu Neprisol - bentuk makanan cair - cara pemberian NGT - frekuensi diberikan diit 6x150 kali sehari |
| Peksualitas dan Reproduksi | Tidak ada masalah dan kelainan pada Prostat | Tidak ada masalah dan kelainan pada Payudara dan Genetalia |
| Keamanan Lingkungan | Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 40 Pasien dalam kategori risiko jatuh sedang | Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 30 Pasien dalam kategori risiko jatuh sedang |
| Personal Hygiene | Pasien mandi dengan cara diseka oleh keluarga 1 kali sehari, sikat gigi 1 kali sehari, selama dirawat pasien belum ada keramas, dan belum ada potong kuku | Pasien mandi dengan cara diseka, sikat gigi, ganti pakaian 1 kali dan potong kuku 1 kali sehari oleh keluarga, selama dirawat pasien belum ada keramas |

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien I dan Pasien II dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| No | Pasien | Tanggal (04 Mei 2023) | Nilai Normal | Tanggal (06 Mei 2023) | Nilai Normal |
|----|--------------------|--|--|---|---|
| 1. | Pasien I Tn. H | 1. Leukosit 4,65 2. Eritrosit 3,14 3. Hemoglobin 9,9 4. Hematocrit 29,5 5. Ureum 385,8 6. Creatinin 3,9 7. Kalium 6,4 8. Natrium 122 | (4,80 – 10,8) (4,20 – 5,40) (12,0 – 16,0) (37,0 – 54,0) (19,3 – 49,2) (0,5 – 1,1) (3,6-5,5) (135-155) | 1. Natrium 126 2. Kalium 4,5 3. Chloride 97 4. Kreatinin I,2 | (135-155) (3,6-5,5) (98-108) (0,5 – 1,1) |
| No | Pasien | Tanggal (04 Mei 2023) | Nilai Normal | Tanggal (06 Mei 2023) | Nilai Normal |
| 2. | Pasien II Ny. R | 1. Leukosit 16,36 2. Eritrosit 3,32 3. Hemoglobin 7,2 4. Hematocrit 27,1 5. Ureum 191,3 6. Kreatinin 6,5 7. Natrium 134 8. Kalium 2,0 | (4,80-10,80) (4,20-5,40) (12,0-16,0) (37,0-54,0) (19,3-49,2) (0,5-1,1) (135-155) (3,6-5,5) | 1. Leukosit 21,59 2. Eritrosit 2,88 3. Hemoglobin 9,4 4. Hematocrit 24,0 5. Ureum 35,8 6. Kreatinin 1,9 7. Natrium 133 8. Kalium 3,7 | (4,80-10,80) (4,20-5,40) (12,0-16,0) (37,0-54,0) (19,3-49,2) (0,5-1,1) (135-155) (3,6-5,5) |

Tabel 4.4 Balance Cairan Pasien I (Tn.H) dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| Intake | Tgl | Tgl | Tgl | Output | Tgl | Tgl | Tgl | Satuan |
|----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------------|------------------|------------------|------------------|----------|
| | 4 Mei 2023 | 5 Mei 2023 | 6 Mei 2023 | | 4 Mei 2023 | 5 Mei 2023 | 6 Mei 2023 | |
| Minum Peroral | 350ml | 300ml | 250ml | Urine (0,5 – 1 ml/Kg/BB/jam) | 200ml | 250ml | 500ml | Ml/24jam |
| Cairan Infus | 250ml | 250ml | 250ml | Drain (WSD) (langsung IWL) | - | - | - | Ml/24jam |
| Obat IV | 50ml | 30ml | 30ml | IWL (10 – 15 ml/Kg/BB/24jam) | 650ml | 650ml | 650ml | Ml/24jam |
| NGT | - | - | - | Diare | - | - | - | Ml/24jam |
| Makanan (1 Kalori = 0,14ml/hari) | 300ml | 350ml | 700ml | Muntah | - | - | - | Ml/24jam |
| | - | - | - | Pendarahan | - | - | - | Ml/24jam |
| | - | - | - | Feses (1x = 200ml/hari) | - | - | - | Ml/24jam |
| Total | 950 | 930 | 1230 | Total | 850 | 900 | 1150 | Ml/24jam |

Tabel 4.5 Balance Cairan Pasien II (Ny.R) dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| Intake | Tgl | Tgl | Tgl | Output | Tgl | Tgl | Tgl | Satuan |
|----------------------------------|------------|------------|------------|------------------------------|------------|------------|------------|----------|
| | 4 Mei 2023 | 5 Mei 2023 | 6 Mei 2023 | | 4 Mei 2023 | 5 Mei 2023 | 6 Mei 2023 | |
| Minum Peroral | - | - | 50ml | Urine (0,5 – 1 ml/Kg/BB/jam) | 100ml | 150ml | 600ml | ml/24jam |
| Cairan Infus | 250ml | 250ml | 250ml | Drain (WSD) | - | - | - | ml/24jam |
| Obat IV | 25ml | 25ml | 25ml | IWL (10 – 15 ml/Kg/BB/24jam) | 600ml | 600ml | 600ml | ml/24jam |
| NGT | 900ml | 700ml | 900ml | Diare | - | - | - | ml/24jam |
| Makanan (1 Kalori = 0,14ml/hari) | - | - | - | Muntah | - | - | - | ml/24jam |
| | - | - | - | Pendarahan | - | - | - | ml/24jam |
| | - | - | - | Feses (1x = 200ml/hari) | 200 | - | - | ml/24jam |
| Total | 1175 | 975 | 1225 | Total | 900 | 750 | 1200 | ml/24jam |

Tabel 4.6 Penatalaksanaan Terapi Pasien I dan Pasien II dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| TERAPI FARMAKOLOGIS | | | | |
|---------------------|---------------------|------------------------------|------------|----------------------------|
| PASIEN I (Tn. H) | | | | |
| Kamis, 04 Juni 2023 | | | | |
| Obat | Kandungan | Bentuk/sediaan | Dosis | Rute/ Cara Pemberian |
| IVFD NaCl 3% | Natrium Klorida | Botol Plastik /500 ml cairan | 250ml/hari | IV |
| Furosemid | furosemide 10 mg/ml | Ampul/2 ml | 3x1 | IV |
| Farmavon | Bromhexin 4mg /5ml | Tablet | 1x1 | Oral |
| Amlodipine | Amlodipine 10 mg | Tablet | 1x1 | Oral |
| Asam Folat | Asam Folat 1 mg | Tablet | 3x1 | Oral |

| Jumat, 05 Juni 2023 | | | | |
|----------------------------|----------------------|---------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| Obat | Kandungan | Bentuk/sediaan | Dosis | Rute/ Cara Pemberian |
| IVFD NaCl 3% | Natrium Klorida | Botol Plastik /500 ml cairan | 250ml/hari | IV |
| Furosemid | furosemide 10 mg/ml | Ampul/2 ml | 3x1 | IV |
| Farmavon | Bromhexin 4mg /5ml | Tablet | 1x1 | Oral |
| Amlodipine | Amlodipine 10 mg | Tablet | 1x1 | Oral |
| Asam Folat | Asam Folat 1 mg | Tablet | 3x1 | Oral |
| Sabtu, 06 Juni 2023 | | | | |
| Obat | Kandungan | Bentuk/sediaan | Dosis | Rute/ Cara Pemberian |
| IVFD NaCl 3% | Natrium Klorida | Botol Plastik /500 ml cairan | 250ml/hari | IV |
| Furosemid | furosemide 10 mg/ml | Ampul/2 ml | 3x1 | IV |
| Farmavon | Bromhexin 4mg /5ml | Tablet | 1x1 | Oral |
| Amlodipine | Amlodipine 10 mg | Tablet | 1x1 | Oral |
| Asam Folat | Asam Folat 1 mg | Tablet | 3x1 | Oral |
| PASIEN II (Ny. R) | | | | |
| Kamis, 04 Juni 2023 | | | | |
| Obat | Kandungan | Bentuk/sediaan | Dosis | Rute/ Cara Pemberian |
| IVFD Nacl 0.9% | Natrium Klorida | Botol Plastik /500 ml cairan | 250ml/hari | IV |
| Furosemid | furosemide 10 mg/ml | Ampul/2 ml | 2x2 | IV |
| Diazepam | diazepam 5 mg. | Ampul | 1x1 | IV |
| Asam Folat | Asam folat 1 mg | Tablet | 1x1 | Oral |
| Nac | Acetylcysteine 200mg | Tablet | 3x1 | Oral |
| Ventolin | Salbutamol 2,5 ml | Ampul | Uap/8 jam | Uap/Nebu |

| Jumat, 05 Juni 2023 | | | | |
|------------------------------|----------------------|---------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| Obat | Kandungan | Bentuk/sediaan | Dosis | Rute/ Cara Pemberian |
| IVFD Nacl 0.9% | Natrium Klorida | Botol Plastik /500 ml cairan | 250ml/hari | IV |
| Furosemid | furosemide 10 mg/ml | Ampul/2 ml | 2x2 | IV |
| Diazepam | diazepam 5 mg. | Ampul | 1x1 | IV |
| Asam Folat | Asam folat 1 mg | Tablet | 1x1 | Oral |
| Nac | Acetylcysteine 200mg | Tablet | 3x1 | Oral |
| Ventolin | Salbutamol 2,5 ml | Ampul | Uap/8 jam | Uap/Nebu |
| Sabtu, 06 Juni 2023 | | | | |
| Obat | Kandungan | Bentuk/sediaan | Dosis | Rute/ Cara Pemberian |
| IVFD Nacl 0.9% | Natrium Klorida | Botol Plastik /500 ml cairan | 250ml/hari | IV |
| Furosemid | furosemide 10 mg/ml | Ampul/2 ml | 2x2 | IV |
| Diazepam | diazepam 5 mg. | Ampul | 1x1 | IV |
| Asam Folat | Asam folat 1 mg | Tablet | 1x1 | Oral |
| Nac | Acetylcysteine 200mg | Tablet | 3x1 | Oral |
| Ventolin | Salbutamol 2,5 ml | Ampul | Uap/8 jam | Uap/Nebu |
| TERAPI DIIT | | | | |
| Pasien I (Tn.H) | | Pasien II (Ny.R) | | |
| Bubur tim (BDJ RP) 3x1 porsi | | Neprisol 6x150ml | | |

2.) Diagnosis Keperawatan

Tabel 4.7 Diagnosis Keperawatan Pada Pasien I dan Pasien II dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| No | Pasien I (Tn.H) | | No | Pasien II (Ny.R) | |
|----|---------------------------|---|----|---------------------------|---|
| | Hari/ Tgl Ditemukan | Diagnosis Keperawatan | | Hari/ Tgl Ditemukan | Diagnosis Keperawatan |
| 1. | 4 mei 2023 | Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, pola napas abnormal 28x/menit (D.0001) | 1. | 4 mei 2023 | Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d gangguan metabolisme (ensefalopati uremikum) d.d tingkat kesadaran menurun GCS 7 (E2M4V1), kadar ureum 191,3 mmol/L (D. 0066) |
| 2. | 4 mei 2023 | Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d Edema ekstermitas bawah pada bagian dorsum pedis dextra dan sinistra, Pitting edema grade +2 : kedalaman 3-5 mm, waktu kembali 5 detik (RL : +2 LL : +2) intake 950, output 850 (D.0022) | 2. | 4 mei 2023 | Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, pola napas abnormal 29x/menit (D.0001) |
| 3. | 4 mei 2023 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tekanan darah meningkat, tampak meringis dan gelisah (D.0077) | 3. | 4 mei 2023 | Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d Edema ekstermitas atas pada bagian brachium dextra, dorsum manus dextra dan dorsum manus sinistra. Pitting edema grade +2 : kedalaman 3-5 mm, waktu kembali 5 detik (RL : +2 LL : +2) Intake 1175, output 900 (D.0022) |
| 4. | 4 mei 2023 | Intoleransi aktivitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah (D.0056) | 4. | 4 mei 2023 | Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan hemoglobin, yang dibuktikan dengan HB : 9,9 g/dl, Pengisian kapiler > 3 detik, Konjungtiva anemis, Akral teraba dingin, warna kulit pucat, pasien lemas (D.0009). |

| No | Pasien I (Tn.H) | | No | Pasien II (Ny.R) | |
|----|---------------------------|--|----|---------------------------|--|
| | Hari/ Tgl Ditemukan | Diagnosis Keperawatan | | Hari/ Tgl Ditemukan | Diagnosis Keperawatan |
| 5. | 4 mei 2023 | Risiko Perfusi Renal d.d TD: 150/95mmHg (D.0016) | 5. | 4 mei 2023 | Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi d.d kerusakan lapisan kulit, kemerahan (D.0129) |
| 6. | 4 mei 2023 | Resiko Ketidakseimbangan elektrolit d.d Kadar ureum 385,8 mg/dL, Kadar kreatinin 3,9 mg/dL, Kadar kalium 6,4 mmol/L, Kadar natrium 122 mmol/L, Kadar chloride 95 mmol/L (D.0037) | 6. | 4 mei 2023 | Resiko Ketidakseimbangan elektrolit d.d Kadar ureum 209,5 mg/dL Kadar kreatinin 6,3 mg/dL Kadar kalium 3,0 mmol/L Kadar natrium 135 mmol/L Kadar chloride 99 mmol/L (D.0037) |

3.) Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan Pasien I (Tn.H) dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| No | Tanggal Ditemukan | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|----|-------------------|---|--|---|
| 1. | Kamis, 4 mei 2023 | Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, pola napas abnormal 28x/menit (D.0001) | Bersihan jalan napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan, kriteria hasil : 1. batuk efektif meningkat 2. produksi sputum menurun 3. Frekuensi napas membaik | Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1.4 Posisikan Semi-Fowler atau Fowler 1.5 Berikan minuman hangat 1.6 Berikan Oksigen, Jika |

| No | Tanggal Ditemukan | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|----|-------------------|---|---|---|
| | | | | <p>perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1.7 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.8 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu</p> |
| 2. | | <p>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d Edema ekstermitas bawah pada bagian dorsum pedis dextra dan sinistra, Pitting edema grade +2: kedalaman 3-5 mm, waktu kembali 5 detik (RL : +2 LL : +2) intake 950, output 850 (D.0022)</p> | <p>Keseimbangan Cairan (L.03020)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan terjadi keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haluaran urin meningkat 2. Edema menurun | <p>Manajamen Hipervolemia (1.03114)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi penyebab hipervolemia 2.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dyspnea, suara nafas tambahan) 2.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 2.4 Monitor intake dan output 2.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 2.6 Monitor kecepatan infus <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.7 Batasi asupan cairan dan garam 2.8 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan makanan dan haluaran urin <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.9 Kolaborasi pemberian diuretic 2.10 Monitor kecepatan infus <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.11 Batasi asupan cairan dan garam 2.12 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan makanan dan haluaran urin <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.13 Kolaborasi pemberian |

| No | Tanggal Ditemukan | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|----|-------------------|---|---|---|
| | | | | diuretic |
| 2. | | <p>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d Edema ekstermitas bawah pada bagian dorsum pedis dextra dan sinistra, Pitting edema grade +2: kedalaman 3-5 mm, waktu kembali 5 detik (RL : +2 LL : +2) intake 950, output 850 (D.0022)</p> | <p>Keseimbangan Cairan (L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan terjadi keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Haluaran urin meningkat 4. Edema menurun | <p>Manajemen Hipervolemia (1.03114) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.14 Identifikasi penyebab hipervolemia 2.15 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dyspnea, suara nafas tambahan) 2.16 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 2.17 Monitor intake dan output 2.18 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 2.19 Monitor kecepatan infus <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.20 Batasi asupan cairan dan garam 2.21 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan makanan dan haluaran urin <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.22 Kolaborasi pemberian diuretic |
| 3. | | <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d tekanan darah meningkat, tampak meringis dan gelisah (D.0077)</p> | <p>Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan Nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun | <p>Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3.2 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3.3 Identifikasi skala nyeri 3.4 Identifikasi respon nyeri non verbal 3.5 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri |

| No | Tanggal Ditemukan | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|----|-------------------|---|--|--|
| | | | | <p>Terapeutik</p> <p>3.6 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)</p> <p>3.7 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>3.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3.9 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> |
| 4. | | Intoleransi aktivitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah (D.0056) | <p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Perasaan lemah menurun | <p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>4.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>4.3 Monitor pola dan jam tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.4 Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif</p> <p>4.5 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>4.6 Anjurkan tirah baring</p> <p>4.7 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.8 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> |

| No | Tanggal Ditemukan | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|----|-------------------|--|---|--|
| | | | | aktivitas secara bertahap Kolaborasi 4.8 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan |
| 5. | | Risiko Perfusi Renal Tidak d.d TD : 150/95mmHg (D.0016) | Perfusi Renal (L.02013) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi renal meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah sistolik membaik 2. Tekanan darah diastolik membaik | Pemantauan Tanda Vital (I.02060) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Monitor tekanan darah 5.2 Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 5.3 Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 5.4 Monitor suhu tubuh 5.5 Monitor oksimetri nadi Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 5.6 Berikan obat pengontrol tekanan darah 5.7 Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 5.8 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi Informasikan hasil pemantauan, jika perlu |
| 6. | | Resiko Ketidakseimbangan elektrolit d.d Kadar ureum 385,8 mg/dL Kadar kreatinin 3,9 mg/dL Kadar kalium 6,4 mmol/L Kadar natrium 122 mmol/L Kadar chloride 95 mmol/L (D.0037) | Keseimbangan elektrolit (L.03021) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan elektrolit dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Serum kreatinin membaik 2. Serum natrium membaik 3. Serum kalium membaik 4. Serum clorida membaik | Pemantauan Elektrolit (I.03122) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 6.2 Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 6.3 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 6.4 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 6.6 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu |

Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan Pasien II (Ny.R) dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| No | Tanggal Ditemukan | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|----|-------------------|---|---|--|
| 1. | Kamis, 4 Mei 2023 | Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d gangguan metabolisme (ensefalopati uremik) d.d tingkat kesadaran menurun GCS 7 (E2M4V1), kadar ureum 191,3 mmol/L (D.0066) | Kapasitas adaptif intracranial (L.06049) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kapasitas adaptif intracranial meningkat dengan, kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat | Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325) Observasi 1.1 Monitor tingkat kesadaran 1.2 monitor tanda-tanda vital 1.3 monitor intake dan output cairan Terapeutik 1.4 cegah terjadinya kejang 1.5 pertahankan suhu tubuh normal 1.6 Dokumentasikan hasil pemantauan. Kolaborasi 1.7 kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu |
| 2. | | Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan d.d sputum berlebih, pola napas abnormal 29x/menit (D.0001) | Bersihkan jalan napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan, kriteria hasil : 1. produksi sputum menurun 2. Frekuensi napas membaik | Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi 2.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 2.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 2.4 Posisikan Semi-Fowler atau Fowler 2.5 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 2.6 Berikan Oksigen, Jika perlu |

| No | Tanggal Ditemukan | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|----|-------------------|--|---|--|
| | | | | Kolaborasi 2.11 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu |
| 3. | | Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d Edema ekstermitas atas pada bagian brachium dextra, dorsum manus dextra dan dorsum manus sinistra. Pitting edema grade +2 : kedalaman 3-5 mm, waktu kembali 5 detik (RL : +2 LL : +2) Intake 1175, output 900 (D.0022) | Keseimbangan Cairan (L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan terjadi keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Haluaran urin meningkat 2. Edema menurun | Manajamen Hipervolemia (1.03114) Observasi 3.1 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dyspnea, suara nafas tambahan) 3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 3.4 Monitor intake dan output 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 3.6 Monitor kecepatan infus Terapeutik 3.7 Batasi asupan cairan dan garam 3.8 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan makanan dan haluaran urin Kolaborasi 3.9 Kolaborasi pemberian diuretik 3.10 Kolaborasi pemberian hemodialisa |
| 4. | | Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan hemoglobin, yang dibuktikan dengan HB : 9,9 g/dl, Pengisian kapiler > 3 detik, Konjungtiva anemis, Akral teraba dingin, warna kulit pucat, pasien lemas (D.0009). | Perfusi Perifer (L.02011) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Hemoglobin dalam rentan normal : 14 – 18 g/dl | Perawatan sirkulasi (1.02079) Observasi 4.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva) 4.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan |

| No | Tanggal Ditemukan | Diagnosis Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan |
|----|-------------------|---|--|--|
| | | | 2. Tanda – tanda vital dalam rentan normal 3. CRT 2 detik 4. Konjungtiva kemerahan | Terapeutik 4.3 Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan keadaan klinis Kolaborasi 4.5 Kolaborasikan pemberian obat oral sesuai intruksi dokter 4.6 Kolaborasikan pemberian transfusi darah |
| 5. | | Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi d.d kerusakan lapisan kulit, kemerahan (D.0129) | Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemerahan menurun 2. Infeksi menurun | Perawatan luka (L.14564) Observasi 5.1 Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 5.2 Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 5.3 Bersihkan jaringan nekrotik 5.4 Pasang balutan sesuai jenis luka 5.5 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Edukasi 5.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5.7 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri |
| 6. | | Resiko Ketidakseimbangan elektrolit d.d Kadar ureum 209,5 mg/dL Kadar kreatinin 6,3 mg/dL Kadar kalium 3,0 mmol/L Kadar natrium 135 mmol/L Kadar chloride 99 mmol/L (D.0037) | Keseimbangan elektrolit (L.03021) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan elektrolit dengan kriteria hasil : 1. Serum kreatinin membaik 2. Serum natrium membaik 3. Serum kalium membaik 4. Serum clorida membaik | Pemantauan Elektrolit (L.03122) Observasi 5.1 Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 5.2 Monitor kadar elektrolit serum Terapeutik 5.3 Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 5.4 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 5.5 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu |

4.) Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Pasien I (Tn.H) dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| No. | Hari/ Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|------------------------------|--|--|
| 1. | Kamis, 4 Mei 2023 | 1.1 Mengukur pola napas | 1.1 Pasien mengatakan merasa sesak napas, frekuensi napas 28x/menit |
| | 07.30 | 1.2 Mendengarkan bunyi napas tambahan | 1.2 Tidak ada bunyi napas tambahan |
| | | 1.3 Memantau sputum | 1.3 Terdapat sputum kental berwarna coklat |
| | 08.00 | 1.10 Mengajarkan teknik batuk efektif | 1.10 pasien menghasilkan sputum saat batuk |
| | 08.15 | 1.11 Memberikan bronkoldilator ekspektoran | 1.11 Diberikan obat farmavon 8 mg 1x1 tablet, tidak ada gejala adanya reaksi alergi atau efek samping pada obat |
| | 08.30 | 3.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi nyeri | 3.1 P : Nyeri pada bagian perut kanan Q : Nyeri intermiten R : lumbar kanan S : skala 5 T : saat bergerak |
| | 09.02 | 2.2 Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia | 2.2 Terdapat Edema pada Ekstermitas bawah, pada bagian kaki kanan dan kiri Dilakukan pitting edema, dengan hasil : RL +2 dan LL +2, kembali dalam 5 detik. |
| | | 5.1 Mengukur tekanan darah | 5.1 Tekanan Darah : 150/95 mmHg, Frekuensi nadi : 97x/menit, Frekuensi napas : 28x/menit, Temp 36,5 C |

| No. | Hari/ Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|----------------------|--|--|
| | 10.45 | 5.6 Memberikan obat pengontrol tekanan darah | 5.6 Diberikan Obat amlodiphine 10mg 1 tablet oral dan asam folat 1 tablet oral. tidak ada gejala adanya reaksi alergi atau efek samping pada obat |
| | 12.10 | 2.9 Memberikan obat diuretik | 2.9 Pasien diberikan inj. Furosemide 10 mg via iv, setelah diberikan obat tidak ada tanda dan gejala efek samping dari obat. |
| | 12.35 | 6.2 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab keseimbangan elektrolit | 6.2 Hasil pemeriksaan laboratorium : Ureum : 385,8 Kreatinin : 3,9 Natrium : 122 Kalium : 6,4 |
| | | 2.6 Mengukur Kecepatan infus | 2.6 pasien terpasang IVFD Nacl 3% diberikan dalam jumlah 250cc/hari, dengan kecepatan tetesan 7 tpm |
| | 13.15 | 2.4 Menghitung Intake dan output cairan, menanyakan kepada pasien cairan masuk dan keluar dalam 24 jam | 2.4 Pasien belum ada BAB, Pasien mengatakan hanya mampu makan sebanyak 3 sendok saja Intake : 950 Output : 850 Balance : +100 |
| | 13.40 | 3.2 Melihat hasil hemokonsentrasi | 3.2 Hasil Lab : - Leukosit 4,65 - Eritrosit 3,14 - Hemoglobin 9,9 - Hematocrit 29,5 - Ureum 385.8 - Creatinin 3.9 - Kalium 6,4 - Natrium 122 |

| No. | Hari/ Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|---|---|--|
| 2. | Jumat, 5 Mei 2023 08.10 09.00 09.20 10.00 10.15 | 1.1 Menghitung pola napas 1.10 Mengajarkan teknik batuk efektif 1.11 Memberikan bronkoldilator ekspektoran 3.5 Memberikan teknik nonfarmakologis 3.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi nyeri 2.2 Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia 2.9 Memberikan obat diuretik 5.1 Memonitor tekanan darah, nadi, dan suhu | 1.1 Frekuensi napas 25x/menit Tidak ada suara napas tambahan 1.10 Pasien mengikuti intruksi dengan baik, pasien menghasilkan sedikit sputum 1.11 Diberikan obat Farmavon 8 mg 1x1 tablet, setelah diberikan tidak ada tanda gejala adanya reaksi alergi dan efek samping obat 3.5 Skala nyeri yang dirasakan pasien berkurang menjadi setelah melakukan teknik relaksasi napas dalam dan kompres hangat 3.1 P : nyeri pada bagian perut kanan dan terasa sampai ke belakang Q : nyeri intermiten R : lumbur kanan S : skala 4 T : saat bergerak 2.2 Terdapat Edema pada Ekstermitas bawah, pada kedua bagian dorsum pedis. Dilakukan pitting edema, dengan hasil :RL +2 dan LL +2, kembali dalam 5 detik. 2.9 Pasien diberikan inj. Furosemide 10 mg via iv, setelah diberikan obat tidak ada tanda dan gejala efek samping dari obat. 5.1 Suhu : 36,4 °C, Tekanan Darah : 140/95 mmHg, Frekuensi nadi : 99x/menit, Frekuensi napas : 25x/menit |

| No. | Hari/ Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|--|--|---|
| | 12.01 | 3.6 Memberikan obat pengontrol tekanan darah | 3.6 Diberikan Obat amlodiphine 10mg oral dan asam folat 1 tablet tidak ada gejala adanya reaksi alergi atau efek samping pada obat |
| | 12.30 | 2.6 Mengukur Kecepatan infus | 2.6 pasien terpasang IVFD Nacl 3% diberikan dalam jumlah 250cc/hari, dengan kecepatan tetesan 7 tpm |
| | 13.00 | 6.6 Melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif | 6.6 Pasien mengikuti instruksi dengan baik, Pasien mengatakan masih terasa sesak ketika melakukan latihan |
| | 13.20 | 6.8 Memfasilitasi duduk disisi tempat tidur | 6.8 pasien dibantu duduk oleh keluarga, pasien belum mampu duduk sendiri |
| 3. | Sabtu, 6 Mei 2023 07.45 08.15 | 1.1 Mengukur pola napas 1.3 Memantau sputum 1.11 Memberikan bronkoldilator ekspektoran 5.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi nyeri | 1.1 RR : 20x/menit Pasien mengatakan sudah tidak sesak 1.3 produksi Sputum berkurang 1.11 Diberikan obat Farmavon 8 mg 1x1 tablet, setelah diberikan tidak ada tanda gejala adanya reaksi alergi dan efek samping obat 5.1 Skala nyeri yang dirasakan pasien berkurang menjadi setelah melakukan teknik relaksasi napas dalam dan kompres hangat P : nyeri pada bagian perut kanan dan terasa sampai ke belakang Q : nyeri intermiten R : lumbar kanan S : skala 3 T : saat bergerak |

| No. | Hari/ Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|----------------------|--|---|
| | 09.02 | 2.2 Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia | 2.2 Edema menurun pada Ekstermitas bawah, pada kedua bagian dorsum pedis. Dengan hasil pitting edema : RL +1 dan LL +1, kembali dalam 3 detik. |
| | 10.45 | 2.9 Memberikan obat diuretik | 2.9 Pasien diberikan inj. Furosemide 10 mg via iv, setelah diberikan obat tidak ada tanda dan gejala efek samping dari obat. |
| | 12.00 | 5.1 Mengukur tekanan darah, nadi, dan suhu | 5.1 Suhu : 36,4 °C Tekanan Darah : 130/75 mmHg, Frekuensi nadi : 99x/menit, Frekuensi napas : 20x/menit Saturasi oksigen darah (Spo2) 98% |
| | 13.01 | 3.6 Memberikan obat pengontrol tekanan darah | 3.6 Pasien diberikan obat amlodipine 1 tablet oral, setelah diberikan obat tidak ada tanda dan gejala efek samping dari obat. |
| | 13.25 | 4.2 engidentifikasi kemungkinan penyebab keseimbangan elektrolit | 4.2 Hasil Lab : - Natrium 126 - Kalium 4,5 - Chloride 97 - Kreatinin 1,2 |
| | 14.00 | 2.6 Mengukur Kecepatan infus | 2.6 Terpasang IVFD Nacl 3% 250cc/hari, 7 tpm |
| | | 2.4 Menghitung Intake dan output cairan, menanyakan kepada pasien cairan masuk dan keluar dalam 24 jam | 2.4 Pasien belum ada BAB, Intake : 1230 Output : 1150 Balance : +80 |

Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan Pasien II (Ny.R) dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| No. | Hari/ Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|--|---|--|
| 1. | <p>Kamis, 4 Mei 2023</p> <p>07.30</p> <p>08.40</p> <p>10.00</p> | <p>1.1 Mengamati tingkat kesadaran</p> <p>2.1 Mnghitung pola napas</p> <p>2.2 Mendengarkan bunyi napas</p> <p>2.3 melihat warna sputum</p> <p>2.9 Memberikan Oksigen</p> <p>2.6 Melakukan penghisapan lendir kurang 15 detik</p> <p>2.11 Memberikan blonkolidator, ekspektoran/ mukolitik</p> <p>2.2 Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia</p> <p>2.3 Mengukur status hemodinamik</p> <p>4.1 Mengidentifikasi sirkulasi perifer</p> | <p>1.1 GCS : 7 E2M4V1 pasien mengalami penurunan kesadaran dengan kadar ureum kritis 191,3 mmol/L</p> <p>2.1 Frekuensi napas 29x/menit</p> <p>2.2. Terdengar suara Ronkhi, dan ada otot bantu napas pada pasien</p> <p>2.3 Terdapat sputum kental berwarna putih, keluar ketika batuk.</p> <p>2.9 Terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm</p> <p>2.6 lendir berwarna putih, tidak tampak lendir yang keluar melalui mulut</p> <p>2.11 pasien diberikan terapi nebulizer ventolin selama 15 menit, dan Acetycysteine 1 tablet</p> <p>2.2 Terdapat Edema pada Ekstermitas atas, pada bagian brachium kanan, dorsum manus kanan dan dorsum manus kiri, RL +2, LU +2 dan LL +2, kembali dalam 5 detik.</p> <p>2.3 Tekanan Darah 100/70 mmHg, Frekuensi Nadi 91x/menit, Frekuensi napas : 28x/menit Saturasi Oksigen darah Spo2 98%</p> <p>4.1 CRT : 3 detik Nadi : 97x/menit Suhu : 36,6 °C Konjungtiva : anemis Akral : dingin Hemoglobin 7,2</p> |

| No. | Hari/ Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|----------------------|---|--|
| | 11.15 | 5.1 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit | 5.1 Hasil pemeriksaan Laboratorium : Ureum : 191,3 Kreatinin : 6,5 Natrium : 134 Kalium : 2,0 |
| | 12.00 | 1.9 Memberikan obat anti konvulsan | 1.9 obat inj. Diazepam 5 mg via IV dan oral asam folat 1 mg tablet dihaluskan dan dicampur dalam susu neprisol 150ml |
| | 12.10 | 3.9 Memberikan obat diuretik | 3.9 diberikan Inj. Furosemid 10mg, setelah diberikan tidak ada tanda alergi dan efek samping pada obat |
| | | 8.1 melihat karakteristik luka | 8.1 Terdapat luka ganggren lama pada kaki sebelah kanan, luka berwarna coklat sedikit basah |
| | | 8.2 Melihat tanda-tanda infeksi | 8.2 kondisi luka terasa hangat dan tampak berair |
| | 13.45 | 8.3 Membersihkan luka dengan cairan NaCl | 8.1 tampak nanah dan kotoran berwarna coklat terang saat dibersihkan. |
| | 14.04 | 8.14 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien resiko tinggi | 8.14 Luka ditutup kasa, tidak terdapat cairan yang merembes keluar |
| | | 3.4 Menghitung intake dan output cairan menanyakan kepada pasien cairan masuk dan keluar dalam 24 jam | 3.4 pasien ada BAB kurang lebih 200cc Pasien diberikan terapi diit susu neprisol 150ml via NGT Intake : 1175 Output : 900 Balance : +275 |

| No. | Hari/ Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|---|---|--|
| 2. | Jumat, 5 Mei 2023 07.35 | 1.1 Memantau Tingkat kesadaran | 1.1 Pasien mengalami peningkatan kesadaran dengan GCS 10 (E3M5V2) |
| | | 2.1 Mengukur pola napas | 2.1 Frekuensi napas 25x/menit Tidak ada otot bantu bernapasan |
| | | 2.2 Mendengarkan bunyi napas | 2.2 Tidak terdengar suara Ronkhi, dan tidak ada otot bantu napas pada pasien |
| | 08.00 | 2.3 melihat warna sputum | 2.3 Terdapat sputum cairberwarna putih keluar dari mulut |
| | 08.15 | 2.11 Memberikan terapi bronkolidator, ekspektoran | 2.11 pasien diberikan terapi uap ventolin selama 15 menit, dan Acetylcysteine 1 tablet dilarutkan dalam susu neprisol. |
| | 09.00 | 3.2 Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia | 3.2 Terdapat Edema pada Ekstermitas atas, pada bagian tangan kanan, punggung tangan kiri RL +2, LU +2 dan LL +2, kembali dalam 5 detik. |
| | | 3.3 Mengukur status hemodinamik | 3.3 Tekanan Darah 120/70 mmHg, Frekuensi Nadi 91x/menit, Frekuensi napas : 25x/menit Saturasi Oksigen darah Spo2 98% |
| | 10.00 | 4.1 Mengidentifikasi sirkulasi perifer | 4.1 CRT : 3 detik Nadi : 90x/menit Suhu : 36,8 °C Konjungtiva : anemis Akral : hangat |
| | 10.35 | 3.4 Mengukur intake dan output cairan menanyakan kepada pasien cairan masuk dan keluar dalam 24 jam | 3.4 pasien belum ada BAB Pasien diberikan terapi diit susu neprisol 150ml via NGT Intake : 975 Output : 750 Balance : +225 |

| No. | Hari/ Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|---|--|--|
| | <p>11.05</p> <p>15.10</p> | <p>3.10 Melakukan hemodialisa</p> <p>3.3 mengukur tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh dan respon pasien selama dialysis</p> | <p>3.10 keluarga pasien menyetujui pasien melakukan anjuran dokter untuk hemodialisa sementara</p> <p>3.3 TD : 160/77 mmHg N : 60x/mnt RR : 20x/mnt Temp : 36° C Pasien terpasang CDL pada bagian dada (vena subclavia) sebelah kanan. Tidak ada respon mual, muntah, maupun kulit kering atau gatal selama dilakukan dialysis.</p> |
| 3. | <p>Sabtu, 6 Mei 2023</p> <p>07.40</p> <p>08.00</p> | <p>1.1 Memantau tingkat kesadaran</p> <p>1.14 Memonitor hasil laboratorium</p> <p>2.1 Memonitor pola napas</p> <p>2.11 Mengkolaborasi pemberian bronkolidator</p> <p>2.2 Mendengarkan bunyi napas</p> <p>2.3 melihat warna sputum</p> <p>2.2 Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia</p> | <p>1.1 Pasien mengalami peningkatan kesadaran dengan GCS : 12 E4M6V2, Kadar Ureum menurun 35,8 mmol/L</p> <p>1.14 Pasien mengalami peningkatan kesadaran dengan GCS : 12 E4M6V2 Hasil pemeriksaan Lab : - Leukosit 21,59, Eritrosit 2,88 - Hemoglobin 7,4, Hematocrit 37,2 - Ureum 35,8, Kreatinin 1,9 - Natrium 135, Kalium 3,7</p> <p>2.1 frekuensi 19x/menit, suara nafas vesikuler tidak ada otot bantu napas</p> <p>2.11 pasien diberikan Nebu Ventolin / 8 jam</p> <p>2.2 Tidak ada suara tambahan</p> <p>2.3 terdapat sputum cair berwarna putih, Sputum berkurang</p> <p>2.2 Terdapat Edema pada Ekstermitas atas, pada bagian tangan kanan,</p> |

| No. | Hari/ Tanggal/Jam | Tindakan Keperawatan | Evaluasi Tindakan |
|-----|----------------------|---|--|
| | 08.50 | 2.2 Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia | 2.2 Terdapat Edema pada Ekstermitas atas, pada bagian brachium kanan, dorsum manus kanan dan dorsum manus kiri, RL +1, LU +1 dan LL +1, kembali dalam 3 detik. |
| | 11.35 | 4.1 Mengidentifikasi sirkulasi perifer | 4.1 CRT : 3 detik Nadi : 90x/menit Suhu : 36,5 °C Konjungtiva : anemis Akral : Hangat |
| | | 5.1 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit | 5.1 Hasil pemeriksaan Laboratorium : Ureum : 35,8, Kreatinin : 1,9 Natrium : 133, Kalium : 3,6 |
| | 12.20 | 3.9 Memberikan obat diuretik | 3.9 diberikan Inj. Furosemid 2x2 via IV dan Inj. Diazepam 5mg, setelah diberikan tidak ada tanda alergi dan efek samping pada obat |
| | 13.00 | 4.5 Memberikan obat oral sesuai instruksi dokter | 4.5 obat oral asam folat 1 mg tablet dihaluskan dan dicampur dalam susu neprisol 150ml |
| | | 1.9 Memberikan obat anti konvulsan | 1.9 obat inj. Diazepam 5 mg via IV tidak ada efek samping, toksisitas dan interaksi obat yang diberikan kepada pasien |
| | | 8.1 melihat karakteristik luka | 8.1 Terdapat luka ganggren lama pada kaki sebelah kanan, luka berwarna coklat dan sudah tampak mengering |
| | 14.10 | 8.2 Memonitor tanda-tanda infeksi | 8.2 tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka |
| | | 3.4 Mengukur intake dan output cairan menanyakan kepada pasien cairan masuk dan keluar dalam 24 jam | 3.4 pasien belum ada BAB, Pasien diberikan terapi diit susu neprisol 150ml via NGT Intake : 1225 Output : 1200 Balance : +25 |

5.) Evaluasi

Tabel 4.12 Evaluasi Pasien I (Tn.H) dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|-------------------|---|--|
| Kamis, 4 Mei 2023 | Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001) | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa sesak ketika bernapas 2. Pasien mengatakan ketika batuk keluar dahak kental berwarna merah kecoklatan <p>O :</p> <p>KU sedang, Kesadaran compos Mentis, RR : 28x/menit, Terdapat produksi sekret kental berwarna merah kecoklatan ketika batuk.</p> <p>A : bersihan jalan napas belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 1.8 Berikan bronkodilator, ekspektoran 1.10 Ajarkan teknik batuk efektif |
| | Hipervolemia (D.0022) | <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan belum ada BAB</p> <p>O :</p> <p>Tidak terdapat asites pada abdomen, Terdapat Edema pada Ekstermitas bawah bagian kedua dorsum pedis +2, Urine : 200cc Balance Cairan : input : 950 cc Output : 850cc, Balance : +100 cc Ureum : 385,8 mg/Dl, Creatinin : 3,9 mg/dL, Kalium : 6,4 mmol/L</p> <p>A : Masalah keseimbangan cairan belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2.2 Monitor status hemodinamik 2.3 Monitor intake dan output cairan 2.9 Kolaborasi pemberian diuretik |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------|---|--|
| | Nyeri Akut (D.0077) | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan terasa nyeri di bagian perut dan pinggang kanan dan susah tidur karena nyeri yang dirasakan 2. P : nyeri bertambah ketika bergerak Q : Nyeri perih seperti diberi tekanan R : adomen lumbar kanan S : Skala nyeri yang dirasakan 5 T : Ketika bergerak <p>O :</p> <p>KU lemah, kesadaran Compos Mentis, Pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah. Terdapat nyeri tekan pada bagian perut dan pinggang kanan</p> <p>A : Tingkat nyeri belum Menurun</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 4.2 Identifikasi skala nyeri 4.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri |
| | Intoleransi Aktivitas (D.0056) | <p>S : pasien mengatakan sesak napas dan lemas</p> <p>O :</p> <p>KU sedang, kesadaran Compos Mentis, pasien tampak sulit melakukan aktivitas, pasien tampak lemas</p> <p>A : Toleransi Aktivitas belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 4.4 Lakukan latihan renrang gerak pasif dan aktif |
| | Resiko Perfusi Renal tidak efektif (D.0056) | <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan kepalanya sedikit pusing</p> <p>O :</p> <p>Tekanan Darah : 150/95 mmHg, Frekuensi nadi 97x/menit, Frekuensi napas : 28x/menit, suhu 36.5 C, Saturasi oksigen darah (Spo2) 98%</p> <p>A : Perfusi renal belum meningkat</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Monitor tekanan darah |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------------------|---|---|
| | | 5.2 Monitor Nadi 5.6 Pemberian obat pengontrol tekanan darah 5.8 Dokumentasikan hasil pemantauan |
| | Risiko Ketidakseimbangan elektrolit (D.0037) | S : 1. Pasien mengatakan sudah banyak minum sebanyak 600ml 2. Pasien mengatakan baru 1 kali BAK O : Haluaran urine 200 cc, Balance cairan positif, Tidak terdapat asites pada abdomen, Ureum 385,8 mg/dL, kreatinin 3,9 mg/dL, natrium 122 mmol/L, kalium 6,4 mmol/L A : Keseimbangan elektrolit belum meningkat P : Intervensi dilanjutkan 6.1 Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 6.4 Dokumentasikan hasil pemantauan |
| Jumat, 5 mei 2023 | Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001) | S : Pasien mengatakan sesak berkurang dengan posisi semi fowler, ketika batuk, masih ada keluar dahak kental berwarna merah kecoklatan O : KU sedang, Kesadaran compos Mentis, frekuensi napas : 25x/menit, Terdapat produksi sekret kental berwarna kecoklatan ketika batuk, produksi sputum kurang A : bersihan jalan napas cukup meningkat P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 1.9 Berikan Oksigen, Jika perlu |
| | Hipervolemia (D.0022) | S : Pasien mengatakan belum ada BAB O : Tidak terdapat asites pada abdomen, Terdapat Edema pada Ekstermitas bawa pada kedua bagian dorsum pedis +2, haluaran Urine : 250cc, warna kuning, berbau khas urin |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------|--------------------------------|---|
| | | Balance Cairan : input : 930 cc Output : 900cc, Balance : +100 cc A : Masalah keseimbangan cairan belum membaik P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2.3 Monitor intake dan output cairan 2.9 Kolaborasi pemberian diuretik |
| | Nyeri Akut (D.0077) | S : 1. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan mulai berkurang 2. P : nyeri bertambah ketika bergerak Q : Nyeri perih seperti diberi tekanan R : adomen lumbar kanan S : Skala nyeri yang dirasakan 4 T : Ketika bergerak O : KU lemah, kesadaran Compos Mentis, Pasien tampak meringis, pasien sudah tidak gelisah. Terdapat nyeri tekan pada bagian perut dan pinggang kanan berkurang A : Tingkat nyeri cukup Menurun P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3.2 Identifikasi skala nyeri 3.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri |
| | Intoleransi Aktivitas (D.0056) | S : pasien mengatakan badannya terasa lemah sudah sedikit berkurang O : KU sedang, Kesadaran Compos Mentis Pasien tampak mampu melakukan aktivitas dibantu keluarga, pasien mampu menggerakkan tubuh bagian atas bagian tangan kanan dan kiri, pasien tampak mampu bangun dan duduk sendiri A : Toleransi Aktivitas cukup meningkat P : Lanjutkan Intervensi 4.6 Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------------------|--|--|
| | | 4.12 Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan |
| | Resiko Perfusi Renal tidak efektif (D.0056) | <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan kepalanya masih sedikit pusing</p> <p>O :</p> <p>Tekanan Darah : 140//95 mmHg, Frekuensi nadi 90x/menit, Frekuensi napas : 25x/menit, Saturasi oksigen darah (Spo2) 98%</p> <p>A : Perfusi renal cukup meningkat</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <p>5.1 Monitor tekanan darah</p> <p>5.2 Monitor Nadi</p> <p>5.6 Pemberian obat pengontrol tekanan darah</p> <p>5.8 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> |
| | Risiko Ketidakseimbangan elektrolit (D.0037) | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah banyak minum sebanyak 600ml 2. Pasien mengatakan baru 1 kali BAK <p>O :</p> <p>Haluaran urine 250 cc, Balance cairan positif, Tidak terdapat asites pada abdomen, Ureum 385,8 mg/dL, kreatinin 3,9 mg/dL, natrium 122 mmol/L, kalium 6,4 mmol/L</p> <p>A : Keseimbangan elektrolit belum meningkat</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>6.1 Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>6.4 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> |
| Sabtu, 6 Mei 2023 | Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001) | <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sesak napasnya mulai berkurang</p> <p>O :</p> <p>KU sedang, kesadran Compos Mentis, Frekuensi napas 20x/menit, pasien tidak batuk dan tidak ada produksi sputum</p> <p>A : bersihan jalan napas meningkat</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p> |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------|--------------------------------|---|
| | Hipervolemia (D.0022) | <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan belum ada BAB</p> <p>O :</p> <p>Tidak terdapat asites pada abdomen, Terdapat Edema pada Ekstermitas bawah pada bagian dorsum pedis grade +1 kedalaman 2cm kembali dalam 3 detik, haluaran Urine : 500cc, warna kuning, bau khas urin, balance Cairan : input : 1230 cc, output : 1150cc, Balance : +80 cc</p> <p>A : Masalah keseimbangan cairan belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2.2 Monitor status hemodinamik 2.3 Monitor intake dan output cairan 2.9 Kolaborasi pemberian diuretik</p> |
| | Nyeri Akut (D.0077) | <p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan nyeri di bagian perut dan pinggang kanan dan susah tidur karena nyeri yang dirasakan mulai berkurang 2. P : nyeri bertambah ketika bergerak Q : Nyeri perih seperti diberi tekanan R : adomen bagian kanan atas, dan pinggang kanan S : Skala nyeri yang dirasakan 3 T : Ketika bergerak</p> <p>O :</p> <p>KU sedang, kesadaran Compos Mentis, Pasien sudah tidak tampak meringis, pasien tidak tampak gelisah</p> <p>A : Tingkat nyeri Menurun</p> <p>P : Intervensi Dihentikan</p> |
| | Intoleransi Aktivitas (D.0056) | <p>S : pasien mengatakan sudah tidak sesak, badannya sudah tidak terlalu lemas</p> <p>O :</p> <p>KU sedang, Kesadaran Compos Mentis kemampuan melakukan aktivitas meningkat dibantu keluarga</p> <p>A : Toleransi Aktivitas cukup meningkat</p> |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------|--|--|
| | | P : Lanjutkan Intervensi 4.10 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap |
| | Resiko Perfusi Renal tidak efektif (D.0056) | S : Pasien mengatakan kepalanya sudah tidak pusing O : Tekanan Darah : 130//75 mmHg, Frekuensi nadi 90x/menit, Frekuensi napas : 20x/menit, Saturasi oksigen darah (Spo2) 98% A : Perfusi renal meningkat P : Intervensi Dihentikan |
| | Risiko Ketidakseimbangan elektrolit (D.0037) | S : Pasien tidak ada keluhan O : Haluaran urine 500 cc, balance cairan positif, tidak terdapat asites pada abdomen, kreatinin 1,2 mmol/L, Natrium 126 mmol/L, kalium 4,5 mmol/L, Choride 97 A : Keseimbangan elektrolit cukup meningkat P : Intervensi dilanjutkan 5.1 Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 5.4 Dokumentasikan hasil pemantauan |

Tabel 4.13 Evaluasi Pasien II (Ny.R) dengan Penyakit CKD di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------------------|--|--|
| Kamis, 4 Mei 2023 | Penurunan kapasitas adaptif intracranial (D. 0066) | S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O : KU lemah, Kesadaran somnolen GCS 7 (E2M4V1), TD : 100/70 mmHg, N: 87x/menit, RR : 29x/menit A : kapasitas adaptif intracranial belum meningkat P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor tingkat kesadaran |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------|---|---|
| | | 1.2 Monitor tanda-tanda vital 1.6 Pemberian anti konvulsan |
| | Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001) | S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O : KU lemah, Kesadaran somnolen GCS 7 (E2M4V1), frekuensi napas: 29x/menit, terdapat produksi sekret kental berwarna putih. A : Bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 2.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 2.9 Berikan Oksigen 2.5 Lakukan penghisapan lendir kurang 15 detik 2.11 Berikan bronkodilator ekspektoran |
| | Hipervolemia (D.0022) | S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O : Tidak terdapat asites pada abdomen Terdapat Edema pada Ekstermitas atas bagian brachium dextra, dorsum manus dextra dan dorsum manus sinistra +2, urine : 100cc, input : 1175 cc, output : 900cc, balance : +275 cc Ureum : 191,3 mg/dL, creatinin : 6,5 mg/dL, kalium : 2,0 mmol/L A : Masalah keseimbangan cairan belum membaik P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 3.2 Monitor status hemodinamik 3.3 Monitor intake dan output cairan 3.10 Kolaborasi pemberian hemodialisa |
| | Perfusi perifer tidak efektif (D.0009). | S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O : Hemoglobin : 7,2 , TD :100/70 mmHg, N: 87x/menit, RR : 29x/menit, CRT 3 detik, konjungtiva anemis, akral dingin |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|---------------------------------|---|---|
| | | <p>A : Masalah perfusi perifer belum menurun</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva)</p> <p>3.2 Monitor hasil laboratorium</p> <p>4.5 Kolaborasi pemberian obat oral sesuai intruksi dokter</p> |
| | <p>Gangguan Integritas Kulit dan jaringan (D.0129)</p> | <p>S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <p>KU lemah, Terdapat luka ganggren di kaki sebelah kanan, luka berwarna kemerahan tampak agak basah, luka tidak tertutup</p> <p>A : Integritas kulit belum meningkat</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <p>5.1 Monitor tanda gejala infeksi</p> <p>5.9 bersihkan luka dengan NaCl</p> <p>5.8 Pertahankan teknik steril</p> |
| | <p>Resiko Ketidakseimbangan elektrolit (D.0037)</p> | <p>S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <p>Haluaran urine 100 cc, balance cairan positif, tidak terdapat asites pada abdomen, ureum 191,3 mg/dL, kreatinin 6,5 mg/dL, natrium 134 mmol/L, kalium 2,0 mmol/L</p> <p>A : Keseimbangan elektrolit belum meningkat</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>6.2 Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>6.4 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> |
| <p>Jumat, 5 Mei 2023</p> | <p>Penurunan kapasitas adaptif intracranial (D. 0066)</p> | <p>S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <p>KU sedang, Kesadaran somnolen GCS 10, E3M5V2, TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 91x/menit RR : 20x/menit</p> <p>A : kapasitas adaptif intracranial belum meningkat</p> |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------|---|---|
| | | P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor tingkat kesadaran 1.2 Monitor tanda-tanda vital 1.6 Pemberian sedasi anti konvulsan |
| | Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001) | S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O : KU sedang, Kesadaran somnolen GCS 10, E3M5V2, frekuensi napas 20x/menit, terdapat produksi sekret cair berwarna putih A : Bersihan jalan napas cukup meningkat P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 2.6 Lakukan terapi nebulizer/ 8 jam |
| | Hipervolemia (D.0022) | S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O : Tidak terdapat asites pada abdomen, terdapat Edema pada Ekstermitas atas brachium dextra, dorsum manus dextra dan dorsum manus sinistra +2, Pasien terpasang CDL pada bagian dada (vena subclavia) sebelah kanan. A : Masalah keseimbangan cairan belum membaik P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 3.2 Monitor status hemodinamik 3.3 Monitor intake dan output cairan 3.9 Pemberian diuretik |
| | Perfusi perifer tidak efektif (D.0009). | S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O : Pengisian kapiler : 3 detik, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering dan pucat TD : 120/70 mmHg, N: 91x/menit, RR: 20x/menit, Hemoglobin 7,2 A : Perfusi perifer belum meningkat |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------------------|--|--|
| | | P : Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva) 4.5 Kolaborasikan pemberian obat oral sesuai intruksi dokter |
| | Gangguan Integritas Kulit dan jaringan (D.0129) | S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O : KU sedang, Terdapat luka ganggren di kaki sebelah kanan, luka berwarna kemerahan dan basah mulai tampak kering A : Integritas kulit cukup meningkat P : Intervensi di lanjutkan 5.1 Monitor tanda gejala infeksi |
| | Resiko Ketidakseimbangan elektrolit (D.0037) | S : Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran O : Haluaran urine 150 cc, balance cairan positif, tidak terdapat asites pada abdomen, ureum 191,3 mg/dL, kreatinin 6,5 mg/dL, natrium 134 mmol/L, kalium 2,0 mmol/L A : Keseimbangan elektrolit belum meningkat P : Intervensi dilanjutkan 6.2 Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 6.4 Dokumentasikan hasil pemantauan |
| Sabtu, 6 Mei 2023 | Penurunan kapasitas adaptif intracranial (D. 0066) | S : Pasien tidak ada keluhan O : KU sedang, Tingkat kesadaran meningkat GCS 14 (E4M6V4), TD : 100/80 mmHg, N : 89x/menit, RR : 20x/menit A : kapasitas adaptif intracranial cukup meningkat P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor tingkat kesadaran 1.2 Monitor tanda-tanda vital |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------|--|--|
| | Bersihkan jalan napas tidak efektif (D.0001) | <p>S : Pasien mengatakan tidak sesak</p> <p>O : KU sedang, Tingkat kesadaran meningkat GCS 14 (E4M6V4), frekuensi napas 20x/menit, produksi Sputum menurun</p> <p>A : Bersihkan jalan napas meningkat</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> |
| | Hipervolemia (D.0022) | <p>S : Pasien tidak ada keluhan</p> <p>O : Tidak terdapat asites pada abdomen, terdapat Edema pada Ekstermitas atas brachium dextra, dorsum manus dextra dan dorsum manus sinistra +1, haluaran urin : 600cc, intake : 1225, Output 1200, Balance +25</p> <p>A : Masalah keseimbangan cairan belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 3.2 Monitor status hemodinamik 3.3 Monitor intake dan output cairan</p> |
| | Perfusi perifer tidak efektif (D.0009). | <p>S : Pasien tidak ada keluhan</p> <p>O : Pengisian kapiler : 2 detik, konjungtiva anemis, akral hangat, TD : 100/70 mmHg, N: 91x/menit, Frekuensi napas : 20x/menit Hemoglobin 9,4.</p> <p>A : Masalah perfusi perifer cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 4.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva) 4.6 Kolaborasi pemberian transfusi darah</p> |

| Hari/Tanggal | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi (SOAP) |
|--------------|---|---|
| | Gangguan Integritas Kulit dan jaringan (D.0129) | S : Pasien tidak ada keluhan O : KU sedang, kemerahan dan cairan pada luka tampak kering A : Integritas kulit meningkat P : Intervensi dihentikan |
| | Resiko Ketidakseimbangan elektrolit (D.0037) | S : Pasien tidak ada keluhan O : Haluaran urine 600 cc, balance cairan positif, tidak terdapat asites pada abdomen, Ureum 35,8 mg/dL, kreatinin 1,2 mg/dL, natrium 134 mmol/L, kalium 3,7 mmol/L A : Keseimbangan elektrolit cukup meningkat P : Intervensi dilanjutkan 5.1 Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 5.4 Dokumentasikan hasil pemantauan |

4.2 Pembahasan

4.2.1 Bersihan jalan napas tidak efektif

Masalah keperawatan ditemukan pada kedua pasien mengalami gangguan pernapasan sehingga didapatkan diagnosis keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif. Adanya masalah bersihan jalan napas ini dibuktikan dengan hasil pengkajian pada kedua pasien mengalami sesak napas, batuk tidak efektif, dan terdapat produksi sputum kental. Frekuensi napas berubah dimana pada pasien I (Tn. H) 28x/menit dan pada pasien II (Ny. R) 29 x/menit serta ditemukan adanya suara napas tambahan ronkhi.

Bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana individu mengalami ancaman yang nyata atau potensial berhubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk secara efektif. . Pengertian lain juga menyebutkan bahwa bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan secret atau obtruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. (PPNI, 2018) Terjadinya Invasi bakteri *mycobacterium tuberculosis* via inhalasi masuk ke dalam tubuh melalui udara penafasan. Bakteri yang terhirup akan dipindahkan melalui jalan nafas ke alveoli, tempat dimana mereka berkumpul dan mulai untuk memperbanyak diri. sehingga menyebabkan saluran pernapasan terganggu, selain itu bakteri juga dapat dipindahkan melalui system limfe dan cairan darah ke bagian tubuh lainnya pada akhirnya terjadi kompleks primer peradangan pada paru yang mengakibatkan batuk produktif disertai peningkatan secret berlebih.

Dalam upaya untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi keperawatan yang sesuai dengan SIKI (2018) yaitu manajemen jalan nafas, yang bertujuan untuk membantu tubuh memenuhi suplai oksigen ke jaringan sehingga diharapkan jalan nafas pada pasien kembali efektif.

Implementasi yang dilakukan pada pasien I (Tn. H) dan pasien II (Ny. R) dilakukan selama 3 hari (PPNI, 2018). Implementasi yang dilakukan pada pasien I (Tn.R) diberikan tindakan keperawatan berupa pemberian Oksigenasi berupa nasal kanul 4 lpm, memonitor pola napas,

memberikan pasien posisi semi-fowler, dan melakukan latihan batuk efektif. Serta pemberian terapi obat Farmavon, untuk membantu mengencerkan dahak. Pada pasien II (Ny.R) tidak dapat dilakukan implementasi yang sama dengan pasien I (Tn.H) karena pasien mengalami penurunan kesadaran, implementasi yang dilakukan pada pasien II (Ny.R) diantaranya yaitu melakukan penghisapan lendir kurang 15 detik, pemberian terapi nebulizer ventolin tiap 8 jam dan pemberian terapi obat Acetycysteine untuk mengencerkan dahak.

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan 3x8 jam, pada hari pertama bersihan jalan napas belum teratasi pada kedua pasien, yang ditandai dengan kedua pasien masih tampak sesak dan terdapat produksi sputum, pada hari kedua, terjadi peningkatan dimana pasien dapat melakukan batuk efektif dengan baik dan produksi sputum yang mulai berkurang. pada hari ketiga masalah bersihan napas pada pasien I (Tn.R) dan pasien II (Ny.R) teratasi yang ditandai sudah tidak mengeluh nafasnya terasa sesak dan tidak ditemukan produksi sputum, Sehingga masalah bersihan jalan napas teratasi dan intervensi dihentikan.

4.2.2 Hipervolemia

Masalah keperawatan ditemukan pada kedua pasien didapatkan diagnosis keperawatan Hipervolemia. Adanya masalah hypervolemia ini dibuktikan dengan hasil pengkajian terdapat edema ekstermitas bawah bagian kedua dorsum pedis pada pasien I (Tn.H) dan edema ekstermitas

atas bagian brachium dextra, dorsum manus dextra dan dorsum manus sinistra pada pasien II (Ny.R). Terdapat pitting edema dengan penilaian pada pasien I (Tn.H) : RU :0, RL : +2, LU:0, LL: +2 dan pada pasien II (Ny.R) RU :+2, RL : +2, LU:0, LL: +2. Serta balance cairan yang bernilai positif dimana pasien I (Tn.H) +100 dan pasien II (Ny.R) +275. Dari hasil laboratorium terkhusus pemeriksaan kimia klinik pada pasien I (Tn.H) didapatkan data berupa peningkatan ureum 385,8 mg/dL, kreatinin 3,9 mg/dL ,kalium 6,4 mmol/L , disertai penurunan kadar natrium 122 mmol/L. sedangkan dari hasil laboratorium pemeriksaan kimia klinik pada pasien II (Ny.R) didapatkan data berupa peningkatan ureum 191,3 mg/dL, kreatinin 6,5 mg/dL dan penurunan kadar kalium 2,0 mmol/L , natrium 122 mmol/L.

Tanda dan gejala muncul pada kedua pasien sesuai dengan teori pada pasien dengan penyakit CKD, permasalahan hypervolemia dapat terjadi karena adanya stimulasi yang menahan natrium dan air, kemudian ginjal kehilangan kemampuan untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urine secara normal sehingga terjadi penahanan cairan dan natrium yang meningkatkan risiko edema (Smeltzer & Bare, 2020).

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) hiprvolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler. Diagnosis ini sejalan dengan teori yang menyatakan pada kondisi CKD, ginjal tidak dapat menjalankan fungsinya yaitu menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan

edema. Penyakit gagal ginjal kronis adalah suatu kondisi jangka panjang dan bertahap dimana ginjal tidak berfungsi secara normal untuk menyaring limbah dan kelebihan cairan dari darah sebelum diteruskan untuk dibuang lewat urine. Saat penyakit gagal ginjal kronis mencapai tahap yang berat, jumlah zat racun, cairan, elektrolit dan limbah akan menumpuk didalam tubuh dan mengganggu fungsi organ lain sehingga menyebabkan berbagai komplikasi (PPNI, 2018)

Teori ini sejalan dengan keadaan klinis kedua pasien, dimana terjadi edema ditandai dengan pitting edema positif dan balance cairan positif dengan produksi urine pasien I (Tn.H) \pm 200 ml/24 jam dan pada pasien II (Ny.R) \pm 100ml/24 jam.

Dalam upaya untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi keperawatan yang sesuai dengan SIKI (2018) yaitu Manajemen Hipervolemia, yang bertujuan untuk mengelola kelebihan volume cairan intravaskuler dan ekstraseluler agar tidak memperparah komplikasi. Adapun tindakan keperawatan berupa monitoring tanda dan gejala penyebab hiprvolemia, monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, monitor hasil laboratorium, membatasi asupan cairan dan garam, dan kolaborasi pemberian obat diuretic.

Implementasi yang dilakukan pada pasien I (Tn. H) dan pasien II (Ny. R) dilakukan selama 3 hari yaitu Pada masing – masing pasien diberikan tindakan keperawatan berupa pemberian terapi obat furosemide

10mg via intravena untuk membantu mengatasi pembengkakan atau edema. Dan pada pasien II (Ny.R) dilakukan tindakan dialysis, kemudian dilakukan pemantauan dengan cara mencatat jumlah cairan yang diminum dan jumlah urin yang keluar setiap harinya. Pemberian cairan pada pasien CKD harus sesuai dengan jumlah urin yang keluar, untuk mencegah terjadinya overhidrasi maupun dehidrasi.

Hasil evaluasi diperoleh data pada hari pertama dan hari kedua pasien I (Tn.H) belum teratasi karena pasien belum menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan. Pada evaluasi hari ketiga Pasien I (Tn.H) didapatkan adanya perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yaitu edema berkurang RL +1, LL+1 dan kembali dalam 3 detik, balance cairan +80 ml. Sedangkan hasil data pada pasien II (Ny.R) pada hari pertama belum teratasi karena pasien belum menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan, dan hari kedua dilakukan hemodialisa sementara. Pada evaluasi hari ketiga didapatkan edema berkurang RL +1, LL+1 dan kembali dalam 3 detik balance cairan +25 ml sesuai dengan kriteria hasil yaitu pengeluaran urin meningkat dan edema berkurang.

4.2.3 Resiko Ketidakseimbangan elektrolit

Berdasarkan data hasil pengkajian mengenai ketidakseimbangan elektrolit pada pasien I (Tn.H) dan pasien II (Ny.R). Pada pasien I (Tn.H) didapatkan data antara lain intake lebih banyak daripada output, Balance

cairan positif, pengeluaran urine sedikit makanan di setiap porsi tidak dihabiskan. Berdasarkan hasil laboratorium klinik pada pasien I didapatkan terjadi peningkatan pada ureum 385.8 mg/dL, Kreatinin 3,9 mg/dL, natrium 122 mmol/L dan kalium 6,4 mmol/L. pada pasien II (Ny.R) didapatkan data antara lain intake lebih banyak daripada output, Balance cairan positif, pengeluaran urine sedikit, berdasarkan hasil laboratorium klinik didapatkan terjadi peningkatan pada ureum 191,3 mg/dL, Kreatinin 6,5 mg/dL, natrium 134 mmol/L dan kalium 2,0 mmol/L.

CKD adalah kondisi ginjal tidak dapat membuang hasil metabolik yang menumpuk dalam darah menyebabkan perubahan Keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa cairan dan elektrolit merupakan komponen tubuh yang berperan dalam memelihara fungsi tubuh dan proses homeostasis untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh harus memiliki jumlah haluan urine, distribusi cairan dan elektrolit mencukupi sehingga tubuh mampu untuk mempertahankan kesehatan dan kelangsungan hidupnya. ketidakseimbangan elektrolit adalah keadaan yang resiko mengalami perubahan pada kadar serum elektrolit dibuktikan dengan faktor resiko yaitu difusi ginjal dan telah diberikan tindakan keperawatan selama 3 hari dengan mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit, monitor kehilangan cairan, mengatur pemantauan sesuai dengan kondisi pasien dan mendokumentasikan hasil pemantauan. (PPNI, 2018)

Hasil evaluasi pada pasien I (Tn.H) dan pasien II (Ny.R) pada 3 hari perawatan didapatkan masalah keperawatan risiko ketidakseimbangan

elektrolit dengan kadar natrium 126, kalium 4,5 dan kadar chloride 97 pada pasien I (Tn.H). sedangkan didapatkan kadar natrium 133, kalium 3,7 pada pasien II (Ny.R). Pemantauan evaluasi didapatkan pada hari pertama dan hari ketiga karena tidak ada pemeriksaan terjadwal untuk pemantauan elektrolit.

4.2.4 Penurunan kapasitas adaptif intracranial

Dari hasil studi kasus didapatkan adanya masalah Penurunan kapasitas adaptif intracranial pada pasien II (Ny.R) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada pasien I (Tn.H). Adanya penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada pasien II (Ny.R) ini dibuktikan, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 7 E2M4V1, mengalami peningkatan kadar ureum 191,3 mmol/L dari nilai normalnya yaitu pada kisaran 19,3-49,2 mmol/L . Masalah keperawatan ini tidak muncul pada pasien I (Tn.H) karena pasien dalam keadaan sadar.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial. Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien II (Ny. R) berupa manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Adapun pemberian intervensi ini di tujukan untuk mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien II (Ny. R) selama tiga hari berupa Monitor Tingkat kesadaran agar mengetahui status perkembangan kesadaran pasien, Observasi Monitor Tanda-tanda vital agar mengetahui perkembangan TD, RR, Nadi, Suhu, dan SPO2 , Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien agar mengetahui kondisi pasien sesuai jadwal, pertahankan posisi kepala dan leher agar terhindar cedera lain, pertahankan suhu tubuh normal agar mengetahui suhu pasien, dokumentasikan hasil pemantauan agar mengetahui status perkembangan pasien dan mengkolaborasi pemberian anti konvulsan berupa Diazepam agar pasien tidak kejang.

Hasil evaluasi pada pasien II (Ny.R) pada hari pertama didapatkan belum ada peningkatan kesadaran dikarenakan belum menunjukkan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan. Sedangkan hasil evaluasi yang didapatkan pada hari kedua dan ketiga cukup membaik karena pasien menunjukkan beberapa yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah disusun, yaitu Tingkat tingkat kesadaran masih meningkat sebagian, sehingga intervensi masih tetap dilanjutkan.

4.2.5 Perfusi perifer tidak efektif

Dari hasil studi kasus didapatkan Adanya masalah perfusi perifer pada pasien II (Ny.R) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada pasien I (Tn.H). Masalah keperawatan ditemukan pada kedua pasien menunjukkan

adanya gangguan pada perfusi perifer. Adanya masalah perfusi perifer ini dibuktikan dengan hasil pengkajian pada pasien II (Ny.R) didapatkan warna kulit dan bibir pucat, akral teraba dingin, pengisian kapiler 3 detik ditunjang dengan pemeriksaan laboratorium, dimana terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin yaitu 9,4 Mg/dl.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh dengan batasan karakteristik yaitu : pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema, kelemahan. (PPNI, 2018).

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien penyakit CKD sesuai dengan teori proses perjalanan penyakit CKD dimana adanya gangguan pada ginjal menyebabkan penurunan suplai darah ke ginjal serta penurunan GFR yang menyebabkan sekresi eritroprotein terganggu dan terjadi penurunan Hb dan suplai oksigen turun sehingga muncul masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif. kekurangan Hb atau anemia merupakan patofisiologi dari penyakit CKD dimana ketika terjadi kerusakan fungsi ginjal, maka terjadi penurunan produksi hormone eritropoietin (EPO) yang berfungsi merangsang sumsum tulang belakang dalam menghasilkan sel darah merah. Ketika produksi EPO menurun, otomatis sumsum tulang belakang membuat sel darah merah yang lebih sedikit dan menyebabkan anemia. Menurut pendapat lain (Lubis, 2014)

mengatakan bahwa penyebab umum dari anemia pada pasien penyakit CKD yaitu kehilangan darah pada saat hemodialisa dan rendahnya tingkat nutrisi yang ditemukan dalam makanan yang dikonsumsi. (Nurrarif & Kusuma, 2015).

Implementasi yang dilakukan pada pasien pasien II (Ny.R), yaitu dengan mengobservasi sirkulasi perifer, melakukan pencegahan infeksi, dan memberikan perawatan kulit yang tepat, memonitor hasil laboratorium, dan mengkolaborasikan pemberian obat oral sesuai intruksi dari dokter, yaitu pemberian terapi obat asam folat untuk mencegah kekurangan sel darah merah atau anemia. Hasil evaluasi pada hari ketiga, diagnosis keperawatan ini meningkat sebagian karena saat dilakukan pemeriksaan didapatkan kadar Hb pasien 9,4 mg/dl yaitu belum memenuhi kadar Hb normal.

4.2.6 Nyeri akut

Masalah keperawatan ditemukan adanya masalah Nyeri akut pada pasien I (Tn.H) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada pasien II (Ny.R) karena tidak ada keluhan nyeri akibat penurunan kesadaran. Adanya Nyeri akut pada pasien I (Tn.H) ini dibuktikan dari hasil pengkajian muncul masalah nyeri dibuktikan dengan pasien mengeluh, terasa seperti ditekan ketika melakukan pergerakan, dengan skala 5 pada bagian abdomen lumbar kanan, pasien tampak meringis, peningkatan tekanan darah 150/95 mmHg, dan tampak gelisah.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. Menurut Nurrarif dan Kusuma (2015) pada teori proses perjalanan penyakit ginjal kronis rasa nyeri yang ditimbulkan pada pasien penyakit CKD disebabkan karena adanya infeksi pada saluran kemih dan / obstruksi saluran kemih yang tertimbun di ginjal sehingga menyebabkan retensi urine dan menekan syaraf perifer maka muncul masalah keperawatan nyeri akut. Selain itu juga, nyeri akut dapat muncul pada penyakit CKD dikarenakan adanya retensi natrium yang menyebabkan edema sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut.

Dari data tersebut dilakukan implementasi pada pasien I (Tn.H) yaitu manajemen nyeri diantaranya mengidentifikasi karakteristik nyeri, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Teknik relaksasi nafas dalam dan kompres hangat dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Endorfin dan enkefalin merupakan substansi di dalam tubuh yang berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri (Smeltzer & Bare, 2017). Endorfin merupakan neurotransmitter yang menghambat pengiriman rangsangan nyeri sehingga dapat menurunkan sensasi nyeri. Penurunan intensitas nyeri tersebut dipengaruhi oleh peralihan fokus

responden pada nyeri yang dialami terhadap penatalaksanaan teknik relaksasi napas dalam sehingga suplai oksigen dalam jaringan akan meningkat dan otak bisa berelaksasi. Otak yang relaksasi itulah yang akan merangsang tubuh untuk menghasilkan hormon endorfin untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak dan dapat menurunkan sensasi terhadap nyeri yang akhirnya menyebabkan intensitas nyeri yang dialami responden berkurang (Wijaya & Putri, 2015).

Pada hari ke 3 didapat data dari hasil evaluasi pada pasien I (Tn.H), pasien mengatakan rasa nyeri berkurang, pasien mampu mempraktikkan secara mandiri teknik relaksasi nafas dalam, gelisah menurun, skala nyeri 3, dan meringis menurun, sehingga diagnosis keperawatan nyeri akut teratasi.

4.2.7 Intoleransi aktivitas

Masalah keperawatan ditemukan adanya masalah Intoleransi aktivitas pada pasien I (Tn.H) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada pasien II (Ny.R). Adanya intoleransi aktivitas ini dibuktikan dari hasil pengkajian pada pasien I (Tn.H), pasien mengatakan nafas terasa sesak ketika beraktivitas, pasien tampak lemas, kekuatan ekstermitas atas dan bawah menurun.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Dari masalah yang muncul penulis menyusun

intervensi yang dilaksanakan pada pasien I (Tn. H) dan pasien II (Ny. R) berupa manajemen energi, adapun pemberian intervensi ini ditujukan untuk mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan (PPNI, 2018). Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien I (Tn.H) selama tiga hari berupa Memonitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik, memonitor lokasi ketidaknyamanan, dan melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif secara bertahap dengan benar.

Hasil evaluasi pada pasien I (Tn. H) pada hari pertama didapatkan masalah intoleransi aktivitas belum meningkat dikarenakan belum menunjukkan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan. Sedangkan hasil evaluasi yang didapatkan pada hari kedua dan ketiga masalah Intoleransi Aktivitas cukup meningkat karena pasien menunjukkan beberapa yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah di susun, Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, perasaan lemah cukup menurun.

4.2.8 Gangguan Integritas kulit dan Jaringan

Masalah keperawatan ditemukan adanya masalah Risiko Infeksi pada pasien II (Ny.R). sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada pasien I (Tn.H). Adanya Risiko Infeksi pada pasien II (Ny.R), ini dibuktikan dengan adanya riwayat penyakit diabetes mellitus tipe II pada

pasien dan dari hasil pengkajian, didapatkan ada luka ganggren pada kaki sebelah kanan dan masih sedikit basah dan tidak tertutup.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018), Definisi dari Integritas kulit dan Jaringan adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen). Penyandang DM beresiko tinggi mengalami infeksi. Infeksi dipercaya disebabkan oleh insufisiensi vaskular yang membatasi respons inflamasi, ketidak normalan neurologis yang membatasi kesadaran akan trauma dan predisposisi terhadap infeksi bakteri dan jamur. Pada penderita diabetes, luka kaki yang sulit untuk sembuh merupakan komplikasi kronis yang bisa muncul bila kadar gula darah tidak terkontrol dengan baik. Hal ini mengakibatkan sirkulasi darah tubuh menurun terutama kaki dengan gejala seperti sakit pada tungkai bila melakukan kegiatan fisik, kaki terasa dingin, jika luka sukar sembuh, perubahan warna kulit, kaki tampak pucat kebiru biruan. Selain itu gangguan persyarafan atau neuropati akan menghambat signal, rangsangan atau terputusnya komunikasi dalam tubuh (Ryandini, 2018).

Tanda dan Gejala Infeksi pada tahap awal, mungkin tidak tampak tanda – tanda klinis tetapi organisme telah memicu memori imunologis. Dalam kasus ini, infeksi dikatakan bersifat subklinis. Adapun tanda dan gejala infeksi seperti pireksia, nyeri setempat, eritema, edema lokal, eksudat yang berlebihan, pus dan berbau (Ryandini, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien II (Ny.R) selama tiga hari berupa memonitor tanda dan gejala infeksi, memberikan perawatan kulit, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mencuci luka dengan cairan NaCl dan mengajarkan cara memeriksa kondisi luka.

Hasil evaluasi pada pasien II (Ny.R) pada hari pertama didapatkan masalah gangguan integritas kulit dan jaringan belum meningkat dikarenakan belum menunjukkan perubahan atau kemajuan yang sesuai dengan kriteria hasil, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan. Sedangkan hasil evaluasi yang didapatkan pada hari kedua dan ketiga masalah gangguan integritas kulit dan jaringan cukup meningkat karena pasien menunjukkan beberapa yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah di susun, yaitu kultur area luka membaik. Sehingga masalah gangguan integritas kulit dan jaringan teratasi dan Intervensi dihentikan.

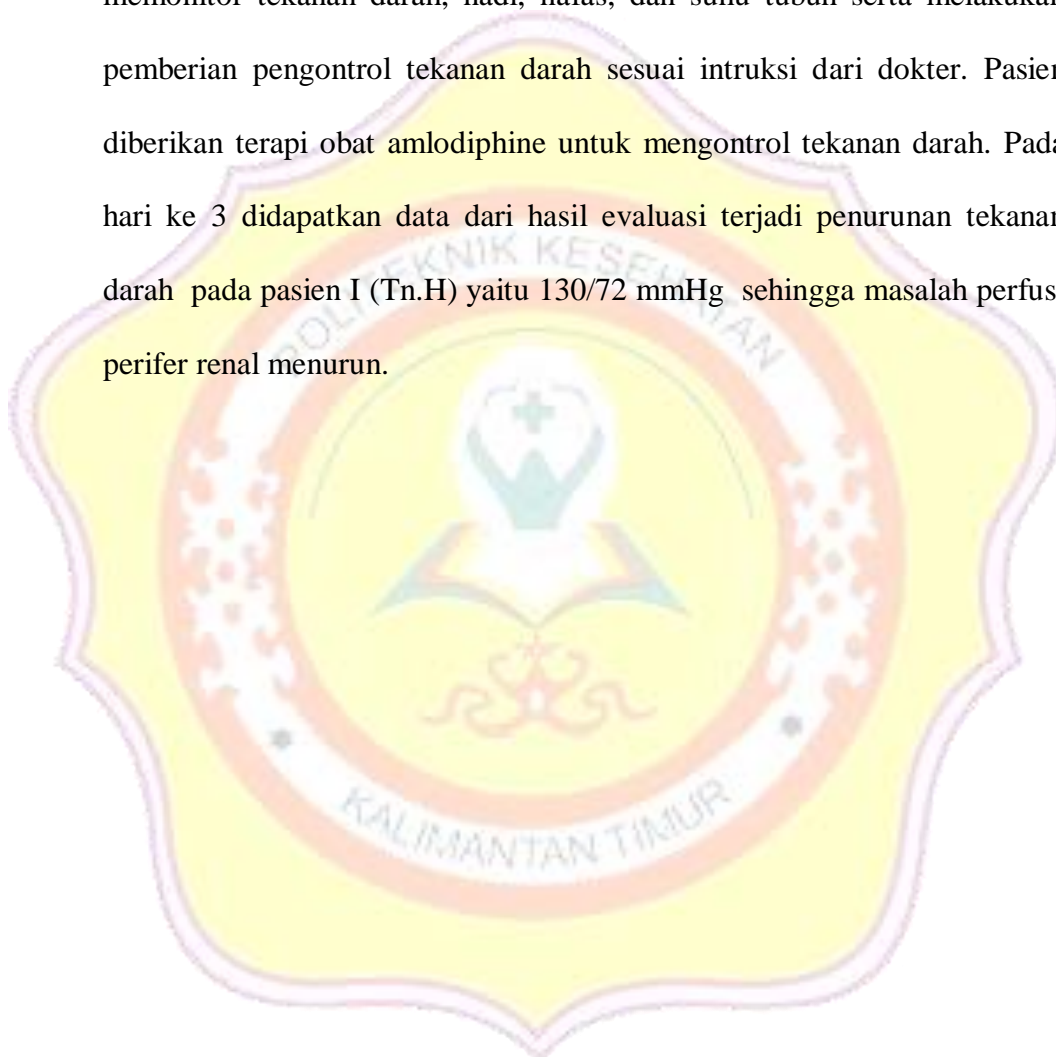
4.2.9 Resiko Perfusi Renal tidak efektif

Masalah keperawatan ditemukan adanya masalah Risiko Perfusi renal pada pasien I (Tn.H). sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada pasien II (Ny.R), ini dibuktikan dengan adanya riwayat hipertensi. Hasil pengkajian didapatkan pada pasien I (Tn.H) mengalami peningkatan tekanan darah 150/95 mmHg, Frekuensi nadi 97x/menit dan frekuensi napas 28x/menit, badannya terasa lemas warna kulit dan bibir pucat, akral teraba dingin, pengisian kapiler 3 detik.

Perfusi renal adalah ketidakadekuatan aliran darah arteri renalis untuk menunjang fungsi ginjal. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) Risiko perfusi renal tidak efektif adalah suatu kondisi

yang berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke ginjal. Saat tekanan perfusi ginjal meningkat, terjadi peningkatan resistensi arteriol aferen, sehingga mencegah transmisi peningkatan tekanan ke glomerulus.

Implementasi yang dilakukan pada pasien I (Tn.H) dan dengan memonitor tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu tubuh serta melakukan pemberian pengontrol tekanan darah sesuai intruksi dari dokter. Pasien diberikan terapi obat amlodiphine untuk mengontrol tekanan darah. Pada hari ke 3 didapatkan data dari hasil evaluasi terjadi penurunan tekanan darah pada pasien I (Tn.H) yaitu 130/72 mmHg sehingga masalah perfusi perifer renal menurun.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus penerapan asuhan keperawatan selama 3 hari, pada pasien I Tn. H dan pasien II Ny. R dengan diagnosis medis CKD di Ruang Dahlia Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian adalah upaya pengumpulan data secara menyeluruh dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga dapat menentukan masalah kesehatan dan keperawatan yang ada pada pasien. Pada pasien dengan Penyakit CKD, perawat dituntut untuk melakukan pengkajian secara lengkap, teliti dan komprehensif agar mempermudah perawat dalam penegakan diagnosis keperawatan. Pada pasien Penyakit CKD yang menjalani hemodialisa didapatkan adanya masalah pada system pernapasan, system perkemihan, cairan dan elektrolit dan psikososial. Pada pasien Penyakit CKD terlihat mengalami sesak, edema, anemia, penurunan nafsu makan disertai mual dan muntah.

Hasil dari pengkajian yang didapatkan persamaan dan perbedaan data dari kedua pasien. Pada persamaan data didapatkan pasien I (Tn. H) dan pasien II (Ny. R) yaitu :

Dari hasil pengkajian dua pasien kelolaan, ditemukan persamaan dan perbedaan data. Pada persamaan data ditemukan : pada kedua pasien adalah pasien mengalami gangguan jalan napas, Adapun perbedaan data yang ditemukan pada pasien I (Tn.H) yaitu pasien mengatakan sesak napas, frekuensi napas 28x/menit, terdapat batuk yang menghasilkan produksi sputum berlebih dan pada pasien II (Ny.R), mengalami penurunan kesadaran, disertai batuk dan produksi sputum berlebih.

5.1.2 Diagnosis Keperawatan

Dari diagnosis keperawatan yang ditemukan pada kedua pasien ditemukan persamaan dan perbedaan yang muncul pada kedua pasien. Diagnosis keperawatan yang ada pada kedua pasien adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi yang ditandai dengan edema, dan resiko ketidakseimbangan elektrolit.

Diagnosis keperawatan yang muncul berbeda dari kedua pasien adalah pada pasien I (Tn.H) ditemukan masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, dan risiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Sedangkan pada pasien II (Ny.R) ditemukan masalah keperawatan Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme, perfusi perifer

berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dan Risiko infeksi yang berhubungan dengan penyakit kronis.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria mayor dan minor serta kondisi terkini dari pasien itu sendiri.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilaksanakan kepada pasien selama tiga hari disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun berdasarkan teori dan kebutuhan yang ada pada pasien dengan penyakit CKD.

5.1.5 Evaluasi

Hasil evaluasi keperawatan dari pemberian asuhan keperawatan pada kedua pasien dengan CKD, didapatkan pada pasien I (Tn. H) yang belum sesuai ekspektasi berjumlah 2 yaitu, hipervolemia dan resiko ketidakseimbangan elektrolit. Diagnosis keperawatan yang cukup sesuai ekspektasi berjumlah 1 yaitu Intoleransi aktivitas. diagnosis keperawatan dengan ekspektasi membaik berjumlah 3 yaitu bersihan jalan napas, nyeri akut, dan risiko perfusi renal. Pada pasien II (Ny. R) didapatkan diagnosis keperawatan yang belum sesuai

ekspektasi berjumlah 2 yaitu, penurunan hipervolemia dan resiko ketidakseimbangan elektrolit sedangkan diagnosis keperawatan yang cukup sesuai ekspektasi berjumlah 2 yaitu, penurunan kapasitas adaptif intrakranial dan perfusi perifer, sedangkan diagnosis keperawatan yang membaik berjumlah 2 yaitu bersihan jalan napas dan resiko infeksi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan pengetahuan dan menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit CKD serta pengalaman belajar praktik dilapangan yang dapat diaplikasikan kepada masyarakat.

5.2.2 Bagi Instansi Rumah Sakit

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal sebagai bukti yang nyata mengenai penerapan asuhan keperawatan pada pasien khususnya dengan penyakit CKD.

5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai perkembangan ilmu keperawatan dibidang

keperawatan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit CKD agar mengurangi jumlah penyakit penderita CKD yang terjadi.



DAFTAR PUSTAKA

- Aisara, Azmi, & Syaiful. (2018). Gambaran Klinis Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas. Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1).
- Amin Hardi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic, Nic, Noc*. Medi Action.
- Anggraini. Y. (2016). *Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi*.
- Ardiyanti, A., Armiyati, Y., & Arif, M. S. (2015). Pengaruh kumur dengan obat kumur rasa mint terhadap rasa haus pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di SMC RS Telogorejo. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidananan JIKK*.
- Dinarti, & Mulyanti. (2017). Dokumentasi Keperawatan. *Kementerian Kesehatan*.
- Diyono, & Mulyanti, S. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah : Sistem Urologi*. CV Andi OFFSET.
- Depkes RI. (2014). Undang-undang RI nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan.
- Febrianto, D., Ismonah, & Shobirun. (2015). Gambaran Sensasi Berkemih Pasien Post Operasi *Transurethral Resection of the Prostate* (TURP) yang diberi Tindakan *Bladder Training* di RSUD Tugerejo Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 1–7.
- Hamilah. (2020). Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system perkemihan. Pustaka Baru Press.
- Hutagaol, E. V. (2017). Peningkatan kualitas hidup pada penderita gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis melalui psychological intervention di unit hemodialisis RS Royal Prima Medan tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan*, 2(1), 1–211.
- Kusuma, H., Ropiyanto, C. B., Hastu, Y. D., Hidayati, W., Sujianto, U., Setiawan, D., Nurrahima, A., W, N. H., & Fithriana, N. L. (2020).

Modul Pendampingan Perawatan Kesehatan Mandiri dalam Manajemen Penyakit Gagal Ginjal Kronik-Hipertensi (T. P. Adikusuma, Ed.). Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Kemnterian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. Diunduh pada tanggal 20 Januari 2022.

Lestari, A. (2017). Gambaran Tingkat pasien Gagal Ginjal kronis yang menjalani Hemodialisis berdasarkan Kuesioner *Zung Self-rating Anxiety Scale* di RSUD Water Tahun 2017. *Jurnal Keperawatan*, 1–52.

Liyana, T., Toyama, T., Hockham, C., Ninomiya, T., Perkovic, V., Woodward, M., Fukagawa, M., Matsushita, K., Praditpornsilpa, K., Hooi, L. S., Iseki, K., Lin, M. Y., Stirnadel-Farrant, H. A., Jha, V., & Jun, M. (2022). Prevalence of chronic kidney disease in Asia: A systematic review and analysis. *BMJ Global Health*, 7(1). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007525>

Muttaqin, A., & Sari, K. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan* (1 ed.). Salemba Medika.

Mardiani, E. N. (2020). Studi Penggunaan Packed Red Cell (PRC) Pada Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronis Dengan Anemia (Penelitian dilakukan di RS Aisyiyah Bojonegoro) (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Malang).

National Kidney Foundation. (2016). *Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification*. National Kidney Foundation.

Nurrarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: Medi Action.

PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta:DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta:DPP PPNI.

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

- Pangkey, B, C, & A. (2021). *Dasar- Dasar Dokumentasi Keperawatan (Cetakan 1)*. Yayasan Kita Menulis.
- Price, Sylvia A dan Wilson Lorraine, M. (2012). *Patologi (Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit)* (D. Hartanto Huriawati, Ed.; 6 ed.). Penerbit Buku Kedokteran.
- Rahman, A. R. A., Rudiansyah, M., & Triawanti, T. (2013). Hubungan antara adekuasi hemodialisis dan kualitas hidup pasien di RSUD Ulin Banjarmasin : Tinjauan terhadap pasien penyakit Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisis rutin. *Jurnal Kedokteran & Kesehatan*, 9(2), 1–11.
- Rudi, H. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah (Sistem Perkemihan) Edisi 1*, Yogyakarta. Rapha Publishing
- Ryandini, T. P. (2018). Pengembangan Instrumen Evaluasi Asuhan Keperawatan dalam Format Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Pada Pasien Diabetets Mellitus. Universitas Airlangga.
- Simamora, R. H., Purba, J. M., Bukit, E. K., & Nurbaiti, N. (2019). Penguatan Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Melalui Pelatihan Layanan Prima. *JPPM (Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat)*. *Jurnal Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat*, 3(1), 25–31.
- Smeltzer, C. S., & Bare, G. B. (2015). *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth* (8 ed., Vol. 2). EGC.
- Sholihah, R. I. (2019). Evaluasi Penggunaan Obat Golongan PPI (Protont Pump INhibitor Pada Penderita GERD (Gastroesophageal Reflux Disease) Rawat Inap di RSUD Kota Madiun. Program Studi Diploma III Farmasi Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart*, edisi 8. Jakarta:EGC
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart*, edisi 12. Jakarta:EGC
- Toto, A. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Perkemihan*. Jakarta : Trans Info Media.
- Wijaya, A. & Putri, Y. M. 2015. *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa*

Wahyuningsih, S. A. (2020). Terapi Thought Stopping, Relaksasi Progresif dan Psikoedukasi terhadap Penurunan Ansietas Pasien GGK yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 648–660. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1094>

