



ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG BROMELIA RUMAH SAKIT SWASTA CIKARANG DI MASA PANDEMI *COVID-19*

Disusun Oleh:

Suci Rahmawati Dewi

201801035

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021



ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG BROMELIA RUMAH SAKIT SWASTA CIKARANG DI MASA PANDEMI *COVID-19*

Disusun Oleh:

Suci Rahmawati Dewi

201801035

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Suci Rahmawati Dewi

NIM : 201801035

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Program Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Bromelia Rumah Sakit Swasta Cikarang di Masa Pandemi *COVID-19*” yang dilaksanakan pada tanggal 06 Mei 2021 sampai dengan 08 Mei 2021 adalah sepenuhnya karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah dinyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur plagiatisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan peraturan yang berlaku

Bekasi, 18 Juni 2021

Yang membuat pernyataan



Suci Rahmawati Dewi

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. L dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Bromelia Rumah Sakit Swasta Cikarang di Masa Pandemi *COVID-19*” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan tim penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah



(Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep)

Mengetahui

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. L dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Bromelia Rumah Sakit Swasta Cikarang di Masa Pandemi *COVID-19*” yang disusun oleh Suci Rahmawati Dewi (201801035) telah disajikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 23 Juni 2021.

Bekasi, 23 Juni 2021

Penguji I



Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep

Penguji II



Ns. Lisbeth, Pardede S.Kep., M.Kep

Nama : Suci Rahmawati Dewi
NIM : 201801035
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan *Chronic Kidney Disease (CKD)* di Ruang Bromelia Rumah Sakit Swasta Cikarang di Masa Pandemi *COVID-19*
Halaman : xii + 103 Halaman + 1 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Lisbeth Pardede

ABSTRAK

Latar Belakang : *Chronic Kidney Disease (CKD)* gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible*, di mana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit. Di Indonesia penyakit *Chronic Kidney Disease (CKD)* meningkat dari 2,0% pada tahun 2013 menjadi 3.8% pada tahun 2018. Berdasarkan data yang didapat dari *medical record* Rumah Sakit di Cikarang dalam satu tahun terakhir periode Januari 2020 sampai April 2021, penyakit *Chronic Kidney Disease (CKD)* ditemukan 337 pasien yang di rawat inap.

Tujuan Umum : Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease (CKD)* melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan : Penulis menggunakan metode deskriptif yang diperoleh dengan cara pemeriksaan, rekam medis pasien, dan informasi dari perawat ruangan.

Hasil : Hasil dari pengkajian didapatkan 5 diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan prioritas yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan mempengaruhi volume sirkulasi, Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah monitor bunyi jantung dan paru. monitor pengisian kapiler, monitor tanda-tanda vital (TD, nadi,RR), monitor status MAP, Berikan posisi nyaman dengan posisi semi-fowler, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat dan terapi diet pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease (CKD)*.

Kesimpulan dan Saran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease (CKD)* perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu penurunan curah jantung agar tidak terjadi komplikasi. Diharapkan perawat dapat mengedepankan penerapan tindakan keperawatan mandiri yang sesuai dengan teori.

Keyword : Asuhan Keperawatan, *Chronic Kidney Disease (CKD)*.

Daftar Pustaka : 19 (2012-2021)

Name : Suci Rahmawati Dewi
Student ID Number : 201801035
Study Program : Diploma of Nursing
Title : Nursing Care During the *COVID-19* Pandemic : To pasien Mrs. L with Chronic Kidney Disease (CKD) in Bromelia room of Cikarang Private Hospital
Page : xii + 103 pages + 1 tabel + 1 attachment
Supervisor : Lisbeth Pardede

ABSTRACT

Background : Chronic Kidney Disease (CKD) is a progressive and irreversible renal function disorder, in which the body's ability to fail to maintain metabolism, fluid, and electrolyte balance. In indonesia, Chronic Kidney Disease (CKD) increased from 2.0% in 2013 to 3.8% in 2018. Based on data obtained from the medical records of Hospitals in Cikarang in the one year period from January 2020 to April 2021, Chronic Kidney Disease (CKD) found 337 patients who were hospitalized.

General purpose: To gain real experience of performing nursing care for Chronic Kidney Disease (CKD) patients, a comprehensive nursing process approach.

Writing method: The author uses a descriptive method obtained by examination, patient medical records, and information from the room nurse.

Result : The results of the study obtained 5 diagnoses nursing. Priority nursing diagnosis is a decreased in cardiac output related to fluid imbalance affecting circulation volume, nursing interventions carried out are heart and lung sound monitors, monitor capillary refill, monitor vital signs, monitor mean arterial pressure status, provide a comfortable position in a semi – fowler position, collaborate with the medical team in administering drug therapy and diet therapy in patients with Chronic Kidney Disease (CKD) .

Conclusions and Suggestions : Nursing care for patients with ChronicKidney Disease (CKD) needs to pay attention to nursing problems, namely a decrease in cardiac output so that complications do not occur. It is expected that nurse can prioritize the application of independent nursing actions in accordance with theory.

Keyword : Nursing care, Chronic Kidney Disease

Bibliography : 19 (2012-2021)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Atas segala berkat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Bromelia Rumah Sakit Swasta Cikarang di Masa Pandemi *COVID-19*”. Sehingga dapat penulis selesaikan sesuai dengan batas waktu yang telah ditentukan. Penyusunan makalah ilmiah ini sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Pendidikan Diploma III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini penulis mendapat berbagai tantangan dan selalu berusaha tetap semangat untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini. Berkat motivasi, kritik, dan saran dari berbagai pihak sehingga memperlancar penulisan makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih setulus hati kepada:

1. Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep. selaku dosen pembimbing dan penguji II dalam penyusunan makalah ilmiah ini. Karena telah meluangkan waktu dan tenaga untuk memberikan saran, bimbingan serta motivasi kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan tepat waktu dan baik.
2. Ns. Latriyanti, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis serta memberikan kritik dan saran kepada penulis.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp. Kep. An. Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra keluarga sekaligus dosen pembimbing akademik yang selalu memberikan dukungan, motivasi yang berarti, serta senantiasa memberikan perhatian. Sehingga penulis tidak patah semangat dalam menyusun makalah ilmiah.
5. Seluruh staff dan civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

6. Kepala ruangan, CM dan seluruh staff perawat Ruang Bromelia di Rumah Sakit Swasta Cikarang yang telah membantu penulis dalam melakukan asuhan keperawatan kepada kasus kelolaan penulis.
7. Ny. L dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam memberikan informasi kepada penulis sehingga penulis dapat menyusun makalah ilmiah ini
8. Untuk ayah dan mamah yang selalu memberikan doa terbaiknya juga motivasi, sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan dan penyusunan makalah ilmiah ini
9. Kepada teman seperjuangan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Medikal Bedah Angkatan 8, yang telah membantu dan memberikan saran kepada penulis
10. Kepada lelaki baik, Ekky yang selalu memberi semangat, mensupport saat penulis banyak mengeluh untuk menemani penulis mengerjakan makalah ilmiah hingga selesai.
11. Teman-teman tercinta yang selalu sabar untuk memberikan kritik dan sarannya kepada penulis disaat penulis hilang motivasi: Alfonsa, Dita, Dwi, Grace, Maftuhatur, Putri Anggraini, Sucianti, Syafitri, Wiwit, Tesa dan Tatu.

Dalam penyusunan Makalah Ilmiah ini penulis menyadari masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna. Oleh karena itu, dengan ketulusan hati dan kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan makalah ilmiah ini. Penulis berharap semoga makalah ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya bagi mahasiswa keperawatan.

Bekasi, 06 Mei 2021



Suci Rahmawati Dewi

DAFTAR ISI

COVER DEPAN	i
SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika penulisan	6
BAB II.....	8
TINJAUAN TEORI	8
A. Pengertian.....	8
B. Etiologi	8
C. Patofisiologi	9
1. Proses perjalanan penyakit	9
2. Manisfetasi klinik	10
3. Klasifikasi.....	13
4. Komplikasi	15

D. Penatalaksanaan Medis	16
E. Pengkajian Keperawatan	18
F. Diagnosa Keperawatan.....	23
G. Perencanaan Keperawatan.....	24
H. Pelaksanaan keperawatan	47
I. Evaluasi keperawatan	47
BAB III	48
TINJAUAN KASUS.....	48
A. Pengkajian Keperawatan	48
Tabel Analisa Data	63
B. Diagnosa Keperawatan.....	68
C. Rencana, Pelaksanaan, dan Evaluasi keperawatan.....	69
PEMBAHASAN	86
A. Pengkajian Keperawatan	86
B. Diagnosa keperawatan.....	88
C. Perencanaan keperawatan	90
D. Pelaksanaan keperawatan	92
E. Evaluasi Keperawatan	93
BAB V.....	95
PENUTUP.....	95
A. Kesimpulan.....	95
B. Saran.....	98
DAFTAR PUSTAKA	100
LAMPIRAN	103

DAFTAR TABEL

Tabel Analisa Data	63
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflowdiagram Chronic Kidney Disease (CKD)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ginjal adalah organ vital yang penting untuk menjaga komposisi darah, menjaga kestabilan kadar elektrolit seperti sodium, potasium dan fosfat agar stabil, dengan mencegah penumpukan limbah dalam tubuh dan mengontrol keseimbangan cairan tubuh, serta menghasilkan hormon enzim untuk membantu mengontrol tekanan darah, membuat sel darah merah, dan menjaga tulang tetap kuat (Infodatin, 2017).

Ginjal berfungsi untuk menyaring darah sebanyak 120 s/d 150 liter darah per hari, dan menghasilkan 1 s/d 2 liter urin setiap harinya. Ginjal terdiri atas 1 juta unit filtrasi atau nama lainnya nefron. Nefron dibagi lagi menjadi glomerulus dan tubulus, dimana fungsinya untuk menyaring cairan dan limbah agar dapat dikeluarkan dari tubuh, dan mencegah keluarnya sel darah yang sebagian besar berupa protein. Selanjutnya mengalir ke tubulus untuk mengambil mineral yang dibutuhkan tubuh dan membuang sisa-sisanya (Infodatin, 2017).

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah gangguan pada fungsi ginjal yang terus-menerus dan *irreversible*. Pada penderita ginjal tidak dapat berfungsi dengan baik untuk kestabilan cairan dan elektrolit dan metabolisme (Ariani, 2016).

Faktor resiko terjadinya penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) diantaranya penyakit diabetes mellitus, hipertensi, dan penyakit kardiovaskuler (Delima et al., 2017). Faktor riwayat keluarga yang mempunyai penyakit ginjal, faktor usia yang sangat rentan (Prihatiningtias Arifianto & Arifianto, 2017). Penderita

dengan Struktur ginjal tidak normal dan perokok juga termasuk faktor penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan masalah kesehatan dunia dengan angka kejadian, prevalensi, tingkat morbiditas, dan mortalitas yang meningkat (Pongsibidang, 2017). Menurut data *World Health Organization* (WHO) penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan angka kematian sebanyak 850.000 jiwa di dunia per tahun (Pongsibidang, 2017). Penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) menjadi masalah yang banyak menyita perhatian karena naik dari tahun ke tahun. Hasil penelitian *Global Burden of Disease* tahun 2010 penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) di dunia peringkat ke-27 penyebab kematian di tahun 1990, lalu meningkat dan menjadi urutan ke-18 di tahun 2010 (Kemenkes, 2017).

Penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada tahun 2013 sebesar 2,0%, lalu meningkat menjadi 3,8% pada tahun 2018 di Indonesia. Sebanyak 2 per 1.000 (499.800) penduduk Indonesia menderita penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) di tahun 2013. (Riskesdas, 2018). Prevalensi *Chronic Kidney Disease* (CKD) menurut Riskesdas di Jawa Barat sebesar 0,3% atau tertinggi ke-3 di Indonesia (> 15.000 orang). Prevalensi *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada laki-laki sebesar 0,3%, sedangkan perempuan 0,2% hal ini membuktikan bahwa CKD lebih tinggi dialami laki-laki dibandingkan perempuan. Selanjutnya, usia > 75 tahun sebanyak (0,6%) merupakan angka kejadian tertinggi usia yang mengalami CKD, kebanyakan penderita CKD meningkat di usia 35 tahun (Kemenkes, 2017).

Berdasarkan data yang didapat dari *medical record* Rumah Sakit Swasta di Cikarang dalam satu tahun terakhir periode Januari 2020 sampai April 2021, penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) ditemukan sebanyak 337 pasien yang di rawat inap.

Penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan penyakit yang sangat rentan terkena infeksi *COVID-19* karena CKD termasuk dalam penyakit komorbid dan penyakit rentan hal tersebut karena keadaan fungsi ginjal yang tidak baik dapat menurunkan kekebalan imun tubuh penderita (William et al., 2020). Kerja sama, dukungan antara perawat dan pasien penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan faktor yang dapat meningkatkan keunggulan hidup pasien. Peran perawat yang diberikan adalah asuhan keperawatan yang holistik, mempunyai sikap yang sopan dan baik kepada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) sehingga pasien merasa nyaman.

Faktor lain yang juga mampu mempengaruhi kualitas hidup pasien yakni semangat, motivasi serta keimanan terhadap kepercayaan agama oleh setiap individu. Yang membuat penderita mampu berprasangka baik dan tidak menderita oleh penyakit yang dideritanya saat ini.

Berdasarkan data yang telah dijabarkan apabila CKD tidak segera di atasi dapat mengakibatkan komplikasi yaitu penyakit jantung, kekurangan sel darah merah (anemia), dan penumpukan cairan (edema). Pasien senantiasa semangat, minum obat secara rutin, makan yang sehat serta bergizi, bantuan dari perawat yang holistik, dan dari tenaga kesehatan lainnya membuat kualitas hidup pasien penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) dapat lebih baik, meskipun menurut dokter kondisi penderita sudah tidak dapat kembali seperti sedia kala. Hal tersebut membangun perspektif positif pada pasien yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yakni perawat (Hanafi et al., 2016).

Dari dampak tersebut perawat mempunyai peran penting untuk mengatasi penyakit CKD meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pada aspek promotif yaitu memberikan edukasi serta penyuluhan dengan cara menjelaskan mengenai penyakit yang diderita. Pada aspek preventif adalah menganjurkan pasien menjaga makanan, mengubah pola hidup menjadi lebih baik, meminum

obat teratur, dan kontrol penyakit secara teratur ke yankes. Aspek kuratif yaitu pasien diberikan obat serta asuhan keperawatan dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Aspek rehabilitatif yaitu tahap pemulihan pasien, yang dilakukan adalah berobat jalan, kontrol ke yankes secara rutin. Sehingga, tanggung jawab terhadap pekerjaan dan pasiennya tetap berjalan dengan semestinya serta komitmen yang tinggi.

Peran perawat untuk pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di masa Pandemi *COVID-19* ini sangatlah penting dengan fisik yang sehat, mental yang kuat, alat pelindung diri (APD) yang lengkap, serta dukungan dari teman sejawat lainnya. Perawat dan tenaga kesehatan lainnya senantiasa menerapkan protokol kesehatan, tetap menjaga kebersihan diri yaitu dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, memakai masker dengan baik dan benar, serta minum vitamin.

Dari uraian data diatas maka penulis tertarik untuk menyusun makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. L dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Bromelia Rumah Sakit Swasta Cikarang di Masa Pandemi *COVID-19*”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan *Chronic Kidney Disease* (CKD).

- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan *Chronic Kidney Disease* (CKD).
- c. Menyusun perencanaan keperawatan yang akan diberikan pada pasien dengan masalah kesehatan *Chronic Kidney Disease* (CKD).
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus kelolaan
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung penghambat, dan dapat mencari solusi alternatif pemecahan masalah.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan (CKD).

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dalam penulisan makalah ilmiah adalah pembahasan asuhan keperawatan pada Ny.E dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Rumah Sakit Swasta Cikarang yang dilaksanakan tanggal 06 Mei 2021 sampai dengan 08 Mei 2021.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan yang digunakan dalam makalah ilmiah ini adalah menggunakan metode deskriptif naratif. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis mengelola satu kasus dengan menggunakan proses asuhan keperawatan. Selain itu penulis menggunakan metode yang digunakan, seperti :

1. Studi kasus

Yaitu pemberian asuhan keperawatan pada pasien langsung dengan cara melakukan pengkajian dengan cara pengenalan, wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik pasien.

2. Studi Literature

Studi literatur dengan cara memperoleh materi yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medis maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media kepustakaan berupa buku-buku, jurnal dan media elektronik.

3. Dokumentasi

Yaitu pengumpulan data melalui *medical record* yang tersedia di rumah sakit untuk memperoleh data yang lengkap dan lebih akurat, seperti hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, hasil catatan keperawatan, dan hasil catatan dokter.

E. Sistematika penulisan

Penulisan makalah ilmiah ini penulis membagi kedalam lima bab yang disusun sistematis, yaitu :

Bab I pendahuluan

Terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan.

Bab II Tinjauan Teori

Terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, klasifikasi, komplikasi), penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnostik, asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Bab III Tinjauan Kasus

Terdiri dari pengkajian keperawata, diagnosa keperawatan, inervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Bab IV Pembahasan

Membahas kesenjangan antara teori dengan kasus yang terjadi pada kasus kelolaan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan,

intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Bab V Penutup

Kesimpulan dan saran

Daftar Pustaka dan lampiran

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah penurunan fungsi ginjal yang terus-menerus dan *irreversibel*, menyebabkan tubuh tidak mampu mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia atau anemia (Wijaya & Putri, 2013).

Chronic Kidney Disease (CKD) disebabkan oleh kerusakan struktur ginjal secara bertahap yang menyebabkan fungsi ginjal gagal mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan menjadi terganggu, dan elektrolit tubuh yang tidak seimbang. Selanjutnya dimanifestasikan dengan akumulasi sisa metabolit (toksisitas uremia) dalam darah (Muttaqin & Sari, 2014).

B. Etiologi

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) etiologi CKD adalah:

1. Gangguan pembuluh darah ginjal: berbagai jenis penyakit pembuluh darah dapat menyebabkan iskemia ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang umum adalah terosklerosis di arteri ginjal besar dengan dengan konstriksi skleratik progresif di pembuluh darah. Hiperplasia fibromuskular pada satu atau lebih arteri besar yang dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh darah. Nefrosklerosis adalah penyakit yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi pada usia lanjut tanpa pengobatan yang ditandai dengan penebalan, hilangnya elastisitas, perubahan dalam darah di ginjal yang menyebabkan berkurangnya aliran darah dan akhirnya terjadi gagal ginjal.
2. Gangguan sistem imun : Seperti glomerulonefritis dan SLE.
3. Infeksi : Disebabkan oleh berbagai bakteri terutama *Escherichia Coli*, yang disebabkan oleh kontaminasi darah di ginjal, dan lebih sering

disebabkan oleh sekret uretra. Melalui ureter untuk mencapai dapat menyebabkan kerusakan permanen pada ginjal, atau disebut dengan *pyelonefritis*.

4. Gangguan metabolik : Diabetes melitus yang menyebabkan peningkatan mobilisasi lemak, penebalan membran kapiler di ginjal, disertai dengan disfungsi endotel, nefropati amiloidosis yang penyebabnya karena endapan zat proteinemia abnormal serius merusak membran glomerulus.
5. Gangguan tubulus primer : Nefrotoksis yang disebabkan oleh analgesik atau logam berat.
6. Obstruksi traktus urinarius : Disebabkan oleh batu ginjal, pembesaran prostat, dan konstriksi uretra.
7. Kelainan kongenital dan hereditas : Penyakit polikistik, penyakit genetik yang ditandai dengan kista berisi cairan pada ginjal dan organ lain, serta tidak adanya jaringan ginjal bawaan (*hipoplasia ginjal*) dan adanya keracunan asam (*asidosis*).

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Terganggunya fungsi ginjal dapat mengakibatkan keadaan patologik kompleks termasuk penurunan laju filtrasi glomerulus, keluaran urin, ekskresi air yang abnormal, metabolik abnormal dan ketidakseimbangan elektrolit. Homeostatis dipertahankan hipertrofi nefron. Hal ini karena nefron hipertrofi hanya dapat mempertahankan ekskresi solutes dan produksi limbah dengan cara mengurangi reabsorpsi air, sehingga terjadi stenosis (kehilangan kemampuan menegatkan urin) dan *polyuria* adalah peningkatan output ginjal. *Polyuria* dan *hipostenuria* adalah awal dari penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang biasanya ditandai dengan dehidrasi ringan atau kelebihan cairan. Selanjutnya kemampuan untuk memekatkan urin menurun.

Ketika fungsi ginjal mencapai tingkat ini, BUN serum secara otomatis meningkat dan pasien menghadapi risiko kelebihan cairan dan pengeluaran urin yang tidak mencukupi. Selanjutnya tubuh mengalami kelebihan cairan atau dehidrasi tergantung tingkat gagal ginjal yang dialami. Lalu terjadi perubahan pada metabolisme ginjal yang menyebabkan ekskresi BUN dan kreatinin. Sebagian kreatinin diekskresikan oleh ginjal, dan penurunan fungsi ginjal akan mempengaruhi proses pembentukan kreatinin. Peningkatan kadar BUN dan kreatinin disebut dengan azotemia yang merupakan tanda-tanda gagal ginjal.

Perubahan pada jantung di *Chronic Kidney Disease* (CKD) dapat menyebabkan banyak penyakit kardiovaskular. Manifestasi umum termasuk gagal jantung kongesti, anemia, perikarditis dan anemia. Anemia yang disebabkan oleh penurunan kadar eritropoetin, masa hidup sel darah merah yang lebih pendek yang disebabkan oleh defisiensi besi, perdarahan gastrointestinal dan uremia.

Hipertrofi diakibatkan oleh meningkatnya tekanan darah yang disebabkan oleh kelebihan cairan dan natrium serta disfungsi sistem renin dimana angiotensi aldosteron CFR menyebabkan meningkatnya beban kerja di jantung akibat dari tekanan darah tinggi kelebihan cairan dan anemia (Suddarth, 2013).

2. Manifestasi klinik

Menurut (Siregar, 2020) tanda dan gejala umum pada *Chronic Kidney Disease* (CKD) antara lain:

- a. Ditemukan darah dalam urin sehingga urin gelap seperti teh (hematuria)
- b. Urin berwarna keruh dan kental
- c. Keluar Urin berbusa atau albuminuria
- d. Nyeri saat BAK

- e. Tekanan darah meningkat
- f. Terdapat pasir / batu pada urin
- g. Mengalami penambahan atau pengurangan urin
- h. Sering BAK malam hari (Nokturia)
- i. Terdapat keluhan nyeri bagian pinggang/perut
- j. Bengkak di pergelangan kaki, kelopak mata dan wajah (edema)
- k. Berkemih tidak lancar atau ada yang tertahan

Menurut (Kardiyudiani & Susanti, 2019) manifestasi klinis pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) antara lain:

- a. Mual, muntah, dan selera makan berkurang
- b. Tubuh lebih cepat lelah dan lemah
- c. Mengalami insomnia
- d. Wajah pucat atau disebabkan anemia
- e. Jumlah output urin menurun dan sering BAK di malam hari
- f. Otot mudah kram
- g. Kulit gatal terus-menerus
- h. Tekanan darah tinggi (hipertensi)
- i. Keluhan nyeri dada
- j. Terdapat edema di kelopak mata, kaki pergelangan kaki
- k. Sesak napas

Menurut (Siregar, 2020) jika sudah pada tingkat kerusakan parah akan mengganggu fungsi organ tubuh lainnya, yaitu:

- a. Gangguan muskuloeskeletal : Penumpukan urea di saraf dan otot menyebabkan pasien sering mengeluh nyeri di tungkai bawah dan selalu menggerakkan kaki atau sindrom kaki gelisah, kelemahan tulang, klasifikasi, demineralisasi tulang, dan di beberapa kasus kaki terasa panas.

- b. Gangguan Jantung : Adanya peningkatan tekanan darah, kardiomyopati, edema paru, perikarditis, uremik perikarditis dan gagal jantung.
- c. Gangguan Pencernaan : Terdapat ureum yang terakumulasi dalam saluran pencernaan mengakibatkan terjadinya inflamasi dan ulserasi di mukosa saluran pencernaan menyebabkan gusi sensitif/berdarah, gastritis, tukak duodenum, pankreatitis, stomatitis, paroritis, esophagitis dan terjadi jaringan abnormal di usus. Sehingga penderita merasa mual, muntah, nafsu makan menurun, merasa haus, dan air liur yang berkurang menyebabkan mulut kering.
- d. Gangguan Kulit : Warna kulit menjadi pucat, menjadi lebih sensitif seperti lecet, kering, mudah rapuh, dan biasanya bersisik. Serta muncul bintik hitam dan gatal akibat pengendapan urea atau kalsium pada kulit, karena pigmen kulit penuh dengan urea dan anemia. Warna rambut berubah dan sangat rapuh.
- e. Gangguan Sistem Darah : Disebabkan oleh berkurangnya eritropetin dalam pembentukan sel darah merah dan memperpendek umur sel darah merah. Hemodialisa dapat menyebabkan anemia karena rusaknya fungsi trombosit dan menyebabkan perdarahan. Perdarahan tersebut ditandai dengan petichia, purpura, dan ekimosis. Karena penurunan kemampuan sel darah putih dan limfosit untuk mempertahankan pertahanan seluler, pasien dengan penurunan fungsi ginjal dapat terinfeksi karena penurunan sistem kekebalan tubuh.
- f. Gangguan Neurologi : Kadar ureum pasien yang tinggi dapat menembus sawar otak sehingga menyebabkan mental kacau, kebingungan, konsentrasi menurun, otot berkedut, kejang, dan dapat mengakibatkan penurunan kesadaran, gangguan tidur, dan tremor.
- g. Gangguan Endokrin : Dapat menyebabkan penurunan libido, gangguan infertilitas, terjadi amenorrhea atau wanita yang tidak haid

impoten, sperma yang menurun, pengeluaran aldosteron meningkat sehingga mengakibatkan kerusakan di metabolisme karbohidrat.

- h. Gangguan Pernapasan : Menyebabkan terjadinya edema pada paru, nyeri di pleura, nafas terasa sesak, terdengar *friction rub*, bunyi krakles, sputum menjadi kental, dan lapisan pleura menjadi meradang.

Menurut (Siregar, 2020) gejala lain yang muncul ketika ginjal mengalami penurunan daya kerja, yaitu:

- a. Sisa metabolisme yang tertimbun di tubuh
Ditandai dengan seluruh anggota tubuh terasa sakit, kulit sensitif mudah gatal-gatal, kram otot, cepat lelah, mudah lupa, sulit tidur (insomnia), mual mencing makanan, menurunnya nafsu makan, kekebalan tubuh menurun dan mudah terserang penyakit.
- b. Keseimbangan Cairan Terganggu
Pasien dengan CKD dapat mengalami kelebihan dan kekurangan cairan. Kelebihan cairan menyebabkan edema pada mata, wajah dan pergelangan kaki. Kekurangan cairan terjadi akibat kurangnya pemasukan. Tanda-tandanya mata cekung, mukosa mulut kering hingga kondisi parah tidak ada lendir dalam mulut.
- c. Gangguan Hormon
Menurunnya kemampuan ginjal untuk memproduksi hormon menyebabkan ginjal memproduksi lebih banyak hormon. Mudah lelah sampai latergi, sakit kepala, otot menjadi lemah, mudah mengantuk, nafas menjadi kussmaul yang dapat mengakibatkan terjadinya koma.

3. Klasifikasi

Menurut *National Kidney Foundation – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF-KDOQI) dalam (Wijaya & Putri, 2013). Gangguan fungsi ginjal dikelompokkan menjadi empat stadium menurut tingkat keparahannya, yaitu :

- a. Stadium 1 : penurunan cadangan ginjal pada stadium ini kadar kreatinin serum normal
- b. Stadium 2 : lebih dari 75% jaringan telah rusak atau defisiensi ginjal. *Blood Urea Nitrogen* (BUN) meningkat, dan kreatinin serum meningkat.
- c. Stadium 3 : terjadinya gagal ginjal stadium akhir atau uremia.

Menurut K/DOQI pembagian CKD berdasarkan stadium dari tingkat penurunan LFG adalah sebagai berikut:

- a. Stadium 1: kelainan ginjal yang ditandai dengan albuminaria persisten dan LFG yang masih normal ($> 90\text{mL} / \text{menit} / 1,73\text{m}^2$).
- b. Stadium 2: Kelainan ginjal dengan albuminaria persisten dan LFG antara $60\text{-}89 \text{ mL} / \text{menit} / 1,73\text{m}^2$
- c. Stadium 3: kelainan ginjal dengan LFG antara $30\text{-}59 \text{ mL} / \text{menit} / 1,73\text{m}^2$
- d. Stadium 4: kelainan ginjal dengan LFG antara $15\text{-}29\text{mL} / \text{menit} / 1,73\text{m}^2$
- e. Stadium 5: kelainan ginjal dengan LFG $< 15 \text{ mL} / \text{menit} / 1,73\text{m}^2$ atau gagal ginjal terminal.

Untuk menilai *Glomerular Filtration Rate* (GFR) / *Clearance Creatin Test* (CCT), dengan rumus:

$$\text{Clearance Creatin Test (mL / menit)} = \frac{(140\text{-umur}) \times \text{berat badan (kg)}}{72 \times \text{Creatinin serum}}$$

Hasil tersebut dikalikan dengan 0,85 untuk wanita.

Stadium *Chronic Kidney Disease* (CKD) menurut (Wijaya & Putri, 2013) :

- a. Stadium I : Terjadi penurunan ginjal

Ditandai dengan penurunan fungsi nefron 40 -75%. Biasanya tidak ada gejala pada pasien, karena sisa nefron yang ada dapat membawa fungsi-fungsi ginjal

b. Stadium II : Insufisiensi ginjal

Kehilangan fungsi ginjal 75 – 90 %. Di tingkat ini kreatinin serum meningkat, nitrogen urea darah, dan ginjal kehilangan kemampuan sehingga urin menjadi pekat dan terjadi azotemia. Selanjutnya penderita mengalami nokturia dan poliuria

c. Stadium III : Ginjal menjadi payah, merupakan stadium akhir atau uremia.

Sisa nefron yang berfungsi < 10 %. Tahap ini terjadi peningkatan kreatinin serum dan kadar BUN dengan sangat drastis. Hal ini terjadi akibat penurunan GFR kadar ureum nitrogen darah dan elektrolit mengalami ketidakseimbangan. Selanjutnya pasien akan dirujuk untuk dialisis.

4. Komplikasi

a. Anemia

Anemia adalah kadar sel darah merah rendah. Bila ginjal rusak, produksi hormon eritropoietin yang bertanggung jawab atas pematangan sel darah menurun, sehingga tubuh memproduksi energi yang dibutuhkan untuk menunjang aktivitas sehari-hari. Akibat dari penyakit ini, tubuh kekurangan energi karena tidak cukupnya sel darah merah yang bertanggung jawab untuk mengangkut oksigen ke seluruh tubuh dan jaringan. Gejala yang akan dialami adalah kekurangan energi, kesemutan, mudah lelah, penyembuhan luka lambat, dan hilangnya sensasi (mati rasa) di kaki dan tangan (Harmilah, 2020).

b. Hipertensi

Terjadi karena natrium dan air tertimbun di dalam tubuh. Kondisi ini mengakibatkan hipervolemia dan penurunan kerja renin-angiotensin-aldosteron agar tekanan darah menjadi stabil. Kardiomiopati dilatasi atau

mengalami hipertrofi di ventrikel kiri akibat dari hipervolemia (Siregar, 2020).

c. Hiperurisemia

Hiperurisemia pada *Chronic Kidney Disease* (CKD) terjadi karena ekskresi asam urat menurun. Hiperurisemia dapat terjadi karena diet purin dan fruktosa, perubahan gaya hidup, dan dosis obat allopurinol (Sah & Qing, 2015).

d. Retensi cairan

Dapat menyebabkan pembengkakan dilengan dan kaki, tekanan darah tinggi, atau cairan di paru-paru (edema paru) (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

e. Diabetes melitus

Diabetes melitus dapat menyebabkan *Chronic Kidney Disease* (CKD) akibat hiperglikemia yang menimbulkan kelainan glomerulus (Budianto, 2017).

f. Perikarditis

Perikarditis, tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialysis yang tidak kuat (Ariani, 2016).

g. Penyakit tulang

Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatic akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal, dan peningkatan kehilangan aluminium (Ariani, 2016).

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Kardiyudiani & Susanti, 2019) penatalaksanaan medis pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD), antara lain:

1. Mengobati penyebabnya

Pilihan perawatan bervariasi, tergantung ada penyebabnya. Namun kerusakan ginjal dapat terus memburuk bahkan ketika kondisi yang mendasarinya seperti tekanan darah tinggi telah dikendalikan.

2. Mengobati komplikasi

Komplikasi penyakit ginjal dapat dikendalikan untuk membuat pasien merasa lebih nyaman. Perawatan untuk mengobati komplikasi meliputi :

a. Diet protein rendah.

Untuk meminimalkan limbah dalam darah. Ketika tubuh memproses protein dari makanan, menghasilkan produk limbah yang harus disaring ginjal dari darah. Untuk mengurangi beban pekerjaan ginjal, pasien perlu makan lebih sedikit protein.

a. Pemberian obat tekanan darah tinggi.

Obat tekanan darah tinggi pada awalnya akan mengurangi fungsi ginjal dan mengubah kadar elektrolit, sehingga pasien harus menjalani tes darah sebanyak mungkin untuk memantau kondisinya. Lalu akan diberikan obat diuretik dan diet rendah garam.

b. Obat untuk menurunkan kadar kolesterol

Orang dengan penyakit ginjal kronis biasanya memiliki kadar kolesterol jahat yang tinggi, yang meningkatkan risiko penyakit jantung. Biasanya akan direkomendasikan statin untuk menurunkan kolesterol.

c. Obat untuk mengobati anemia.

Biasanya direkomendasikan Sumelemen eritropoietin, dan terkadang zat besi tambahan diperlukan. Sumelemen eritropoietin membantu memproduksi lebih banyak sel darah merah, yang dapat menghilangkan rasa lelah dan kelemahan yang berhubungan dengan anemia.

d. Obat untuk menghilangkan bengkak

Penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) dapat mempertahankan cairan yang dapat menyebabkan pembengkakan di kaki dan tekanan darah tinggi. Diuretik dapat membantu menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh.

e. Obat untuk mencegah kerusakan tulang.

Diresepkan suplemen kalsium dan vitamin D untuk mencegah tulang yang lemah dan menurunkan risiko patah tulang. Pengikat fosfat untuk menurunkan jumlah fosfat dalam darah dan melindungi pembuluh darah

dari kerusakan oleh endapan kalsium (kalsifikasi) juga dapat direkomendasikan.

3. Perawatan untuk penyakit ginjal stadium akhir

Pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir memerlukan dialisis atau transplantasi ginjal

a. Dialisis

Pasien dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) memerlukan dialisis. Untuk menghilangkan produk limbah dan cairan ekstra dari darah ketika ginjal berhenti berfungsi. Dalam hemodialisis, mesin menyaring limbah dan kelebihan cairan dari darah.

a. Transplantasi ginjal

Transplantasi ginjal meliputi pembedahan untuk menempatkan ginjal yang sehat dari pendonor ke tubuh pasien.

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) pengkajian keperawatan meliputi :

1. Aktivitas/istirahat

Tanda dan gejala : Otot menjadi lemah, kehilangan tonus, rentang gerak menurun. Mudah lelah, mengalami kelemahan, malaise sulit tidur (insomnia / gelisah atau somnolen)

2. Sirkulasi

Tanda dan gejala : Hipertensi, DVJ, hipotensi ortostatik menunjukkan hipovelemia , yang jarang pada penyakit tahap akhir, friction rub perikardial (respons terhadap akumulasi sisa), kulit pucat atau kulit coklat kehijauan, kuning, mudah berdarah. Riwayat hipertensi lama atau berat, palpitasi, nyeri dada (angina).

3. Integritas ego

Tanda dan gejala : Menolak, ansietas, takut, marah, mudah terangsang, perubahan kepribadian. Faktor stres, contoh finansial hubungan, dan sebagainya, perasaan tak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekuatan.

4. Eliminasi

Tanda dan gejala : Perubahan warna urine, contoh kuning pekat, merah, coklat, berawan Oliguria, dapat menjadi anuria. Penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut).

5. Makanan/cairan

Tanda dan Gejala : Peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernapasan amonia), penggunaan diuretik. Distensi abdomen / asites, pembesaran hati (tahap akhir), perubahan turgor kulit / kelembaban, edema (umum, tergantung), ulserasi gusi, perdarahan gusi / lidah, penurunan otot, penurunan lemak sub kutan, penampilan tidak bertenaga.

6. Neurosensori

Tanda dan gejala : Gangguan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran, stupor, koma, penurunan DTR, tanda *Chvostek* dan *Trousseau* positif, kejang, fasikulasi otot, aktivitas kejang, rambut tipis, kuku rapuh dan tipis. Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot / kejang; sindrom “kaki gelisah” ; kebas rasa terbakar pada telapak kaki, kebas /

kesemutan dan kelemahan, khususnya ekstremitas bawah (neuropati perifer).

7. Nyeri / kenyamanan

Tanda dan gejala : Perilaku berhati-hati/distraksi, gelisah. Nyeri pinggang, sakit kepala; kram otot / nyeri kaki (memburuk saat malam hari).

8. Pernapasan

Tanda dan gejala : Takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi / kedalaman (pernapasan Kussmaul), batuk produktif dengan sputum merah encer(edema paru).Napas pendek; dispnea nokturnal paroksismal; batuk dengan / tanpa sputum kental dan banyak.

9. Keamanan

Tanda dan gejala : Pruritus, demam (sepsos, dehidrasi); normotermia dapat secara aktual terjadi peningkatan pada pasien yang mengalami suhu tubuh rendah dari normal (efek GGK / depresi respons imun), petekie, area ekimosis pada kulit, fraktur tulang; deposit fosfat kalsium (klasifikasi metastatik) pada kulit, jaringan lunak, sendi, keterbatasan gerak sendi. Kulit gatal, ada / berulangnya infeksi.

10. Seksualitas

Gejala : Penurunan gairah seksual (libido); amenorea; infertilitas.

11. Interaksi sosial

Gejala : Sulit menentukan situasi, contoh; tak mampu bekerja tidak mampu mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

12. Penyuluhan / pembelajaran

Gejala : Riwayat penyakit DM pada keluarga (risiko tinggi

mengalami gagal ginjal), penyakit polikistik, nefritis hereditas kalkulus urinaria, malignasi.

Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Doenges, 2012) pemeriksaan diagnostik meliputi :

Urine

- a. Volume: Biasanya < 400mL/24 jam (oliguria) atau urine tak ada (anuria).
- b. Warna: Urine keruh yang tidak normal disebabkan oleh nanah, bakteri, lemak, partikel koloid, fosfat, sedimen kotor, endapan coklat menunjukkan adanya darah, HB, porfirin, dan mioglobin.
- c. Berat jenis: < 1.015 (menetap pada 1.010 menunjukkan kerusakan ginjal berat).
- d. Osmolitas: < 350mOsm/ kg menunjukkan kerusakan tubulus ginjal, dan rasio urin/serum sering 1: 1.
- e. Klirens kreatinin: mungkin sedikit menurun
- f. Natrium: > dari 40 mEq/L karena ginjal tidak dapat menyerap kembali natrium.
- g. Protein: Menunjukkan derajat proteinuria tinggi (3-4+) sangat menunjukkan kerusakan glomerulus bila SDM dan fragmen juga ada.

Darah

- a. BUN / kreatinin: Biasanya meningkat, tingkat kreatinin 10 mg/dL diduga tahap akhir (mungkin rendah yaitu 5).
- b. Hitung darah lengkap: HT; menurun akibat anemia. HB biasanya kurang dari 7-8 g/dL.
- c. SDM: Pada defisiensi eritropoietin seperti azotemia, masa hidup menjadi lebih pendek.
- d. GDA: Ph: Berkurangnya asidosis metabolik karena hilangnya kemampuan ginjal untuk mengekskresikan hidrogen dan amonia (kurang dari 7,2) atau produk akhir katabolisme protein, bikarbonat, PCO₂ berkurang.

- e. Natrium serum: mungkin rendah (bila ginjal “kehabisan natrium” atau normal (menunjukkan status dilusi hiper natremia).
- f. Kalium : peningkatan sehubungan dengan retensi sesuai dengan perpindahan selular (asidodis) atau pengeluaran (hemolisis SDM). Pada tahap akhir, perubahan EKG mungkin tidak terjadi sampai kalium 6,5 mEq atau lebih besar.
- g. Magnesium/fosfat: Meningkat.
- h. Kalsium: Menurun
- i. Protein (khususnya albumin): Kadar serum menurun dapat menunjukkan kehilangan protein melalui urine perpindahan cairan, penurunan pemasukan, atau penurunan sintesis karena kurang asam amino esensial.
- j. Osmolalitas serum: Lebih besar dari 285 mOsm/kg; sering sama dengan urine.
- k. KUB foto: Menunjukkan ukuran ginjal/ureter/kandung kemih dan adanya obstruksi (batu).
- l. Pielogram retrograd: Menunjukkan abnormalitas pelvis ginjal dan ureter.
- m. Anterogram ginjal: Mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstrasvaskular. massa.
- n. Sistouretrogram berkemih: Menunjukkan ukuran kandung kemih, refluks kedalam ureter, retensi.
- o. Ultrasono ginjal: Menentukan ukuran ginjal dan adanya massa, kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas.
- p. Biopsi ginjal: Mungkin dilakukan secara endoskopik untuk menentukan sel jaringan untuk diagnosis histologis.
- q. Endoskopi ginjal, nefroskopi: Dilakukan untuk menentukan pelvis ginjal: keluar batu, hematuria dan pengangkatan tumor selektif.

- r. EKG: Mungkin abnormal menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam/basa. Foto kaki, tengkorak, columna spinal, dan tangan: Dapat menunjukkan demineralisasi, kalsifikasi

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) diagnosa yang muncul pada *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah :

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan mekanisme regulatori (gagal ginjal) dengan retensi air.
2. Risiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan mempengaruhi volume sirkulasi, kerja miokardial, dan tahanan vaskular sistemik; gangguan frekuensi, irama, konduksi jantung (ketidakseimbangan elektrolit, hipoksia); akumulasi toksin (urea), kalsifikasi jaringan lunak (defisit Ca^+ fosfat).
3. Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan katabolisme protein ; pembatasan diet untuk menurunkan produk sisa nitrogen, peningkatan kebutuhan metabolik, anoreksia, mual/muntah ; ulkus mukosa mulut.
4. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik/pembatasan diet, anemia.
5. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan depresi pertahanan imunologi (sekunder terhadap uremia), prosedur invasif/alat (contoh kateter urine).
6. Risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan berlebihan (fase diuretik, dengan peningkatan volume urine dan melambatnya pengembalian kemampuan absorpsi tubular).
7. Risiko tinggi (profil darah abnormal) cedera, berhubungan dengan penekanan produksi/sekresi eritropoietin; penurunan produksi dan SDM hidupnya; gangguan faktor pembekuan; peningkatan kerapuhan kapiler.

8. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan status metabolik, sirkulasi (anemia dengan iskemia jaringan) dan sensasi (neuropati perifer).
9. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.

G. Perencanaan Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) perencanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah sebagai berikut :

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan mekanisme regulatori (gagal ginjal) dengan retensi air.

Kemungkinan dibuktikan oleh :

- a. Pemasukan lebih besar dari pengeluaran , oliguria, perubahan pada berat jenis urine.
- b. Distensi vena; TD/CVP berubah.
- c. Edema jaringan umum, peningkatan berat badan.
- d. Perubahan status mental, gelisah.
- e. Penurunan Hb/Ht, gangguan elektrolit, kongesti paru pada foto dada

Rencana tindakan

Mandiri:

- a. Awasi denyut jantung, TD, CVP.

Rasional: Takikardia dan hipertensi terjadi karena (1) kegagalan ginjal untuk mengeluarkan urine, (2) pembatasan cairan berlebihan selama mengobati hipovolemia /hipotensi atau perubahan fase oliguria gagal ginjal, dan/atau (3) perubahan sistem renin-angiotensin.

- b. Catat pemasukan dan pengeluaran akurat. Termasuk cairan “tersembunyi” seperti aditif antibiotik. Ukur kehilangan GI dan perkirakan kehilangan tak kasat mata, contohnya berkeringat. Awasi berat jenis urine.

Rasional: Perlu untuk menentukan fungsi ginjal, kebutuhan penggantian cairan, dan penurunan risiko kelebihan cairan. Mengukur kemampuan ginjal untuk mengkonsentrasikan urine. Pada gagal intrarenal, berat jenis biasanya sama/kurang dari 1,010 menunjukkan kehilangan kemampuan untuk memekatkan urine.

- c. Rencanakan penggantian cairan pada pasien, dalam pembatasan multipel. Berikan minuman yang disukai sepanjang 24 jam. Berikan bervariasi contoh panas, dingin, beku.

Rasional: Membantu menghindari periode tanpa cairan, meminimalkan kebosanan pilihan yang terbatas dan menurunkan rasa kekurangan dan haus.

- d. Timbang berat badan tiap hari dengan alat dan pakaian yang sama.

Rasional: penimbangan berat badan harian adalah pengawasan status cairan terbaik. Peningkatan berat badan lebih dari 0,5 kg/hari diduga retensi cairan.

- e. Kaji kulit, wajah, area tergantung untuk edema. Evaluasi derajat edema (pada skala +1 sampai +4).

Rasional: Edema terjadi terutama pada jaringan yang tergantung pada tubuh, contoh tangan, kaki, area lumbosakral. BB pasien dapat meningkat samapai 4,5 kg cairan sebelum edema piting terdeteksi. Edema periorbital dapat menunjukkan tanda perpindahan cairan ini, karena jaringan rapuh ini mudah terdistensi oleh akumulasi cairan walaupun minimal.

- f. Auskultasi paru dan bunyi jantung.

Rasional: Kelebihan cairan dapat menimbulkan edema paru dan GJK dibuktikan oleh terjadinya bunyi napas tambahan, bunyi jantung ekstra.

- g. Kaji tingkat kesadaran; selidiki perubahan mental, adanya gelisah.

Rasional: Dapat menunjukkan perpindahan cairan, akumulasi toksin, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau terjadinya hipoksia.

Kolaborasi

Awasi pemeriksaan laboratorium , contoh:

a. Kalium;

Rasional

Selama fase oliguria, hiperkalemia dapat terjadi tetapi men jadi hipokalemia pada fase diuretik atau perbaikan. Nilai kalium berhubungan dengan EKG mengubah intervensi yang diperlukan.

b. Kalsium;

Rasional

Selain efek pada jantung defisit kalsium meningkatkan efek toksik kalium

c. Magnesium;

Rasional: Dialisis atau pemberian kalsium diperlukan untuk melawan efek depresif SSP dari peningkatan kadar magnesium serum.

d. Berikan/batasi sesuai indikasi.(kelebihan volume cairan dan risiko tinggi kekurangan cairan).

Rasional

Curah jantung tergantung pada volume sirkulasi (dipe ngaruhi oleh kelebihan dan kekurangan cairan) dan fungsi otot miokardial

e. Berikan tambahan oksigen tambahan sesuai indikasi.

Rasional

Memaksimalkan sediaan oksigen untuk kebutuhan miokar dial untuk menurunkan kerja jantung dan hipoksia seluler

f. Berikan obat-obatan sesuai indikasi :

Agen inotropik contoh digoksin (Lanoxin);

Rasional

Digunakan untuk memperbaiki curah jatung dengan meningkatkan kontraktilitas miokardial dan volume sekun cup. Dosis tergantung pada fungsi ginjal dan keseimbangan kalium untuk memperoleh efek terapeutik tanpa toksisitas

g. Kalsium glukonat ;

Rasional

Kalsium glukonat sering rendah tetapi biasanya tidak memerlukan pengobatan khusus. Bila pengobatan diperlukan, kalsium glukonat mungkin diberikan untuk mengatasi hipokalemia dan untuk mengeluarkan efek hiperkalemia dengan memperbaiki iritabilitas jantung.

h. Jel aluminium hidroksida (Amphojel , Basaljel)

Rasional

Peningkatan kadar fosfat dapat terjadi sebagai akibat dari gagal GF dan memerlukan penggunaan antasida ikatan fosfat untuk membatasi absorpsi fosfat dari traktus GL.

i. Cairan glukosa/insulin

Rasional

Tindakan sementara untuk menurunkan kalium serum dengan mengendalikan kalium ke dalam sel bila irama jantung berbahaya.

j. Natrium bikarbonat atau natrium sitrat;

Rasional

Mungkin digunakan untuk memperbaiki asidosis atau hiperkalemia (dengan peningkatan pH serum) bila pasien asidosis berat dan tidak kelebihan cairan.

k. Natrium polisitiren sulfonat (Kayexalate) dengan /tanpa sorbitol.

Rasional

Pertukaran resin yang menukar natrium untuk kalium pada traktus GI untuk menurunkan kadar kalium serum. Sorbitol mungkin termasuk penyebab diare osmotik dapat membantu ekskresi kalium.

1. Risiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan mempengaruhi volume sirkulasi, kerja miokardial, dan tahanan vaskular sistemik; gangguan frekuensi, irama,

konduksi jantung (ketidakseimbangan elektrolit, hipoksia); akumulasi toksin (urea), kasifikasi jaringan lunak (defosit Ca^+ fosfat).

Kemungkinan dibuktikan oleh :

(tidak dapat diterapkan; adanya tanda-tanda dan gejala-gejala membuat diagnosa aktual).

Kriteria hasil :

- a. Mempertahankan curah jantung dengan bukti TD dan frekuensi jantung dalam batas normal.
- b. Nadi perifer kuat dan sama dengan waktu pengisian kapiler.

Rencana tindakan

Mandiri :

- a. Auskultasi bunyi jantung dan paru. Evaluasi adanya edema. perifer/kongesti vaskular dan keluhan dispnea.

Rasional :

S_3S_4 dengan tonus muffled, takikardia, frekuensi tak teratur, takipnea, dispnea, gemerisik, mengi. edema/distensi jugular menunjukkan GGK

- b. Kaji adanya/derajat hipertensi: awasi TD; perhatikan perubahan postural, contoh duduk, berbaring, berdiri.

Rasional :

Hipertensi bermakna dapat terjadi karena gangguan p sistem aldosteron renin-angiotensin (disebabkan oleh de fungsi ginjal) Meskipun hipertensi umum, hipoten statik dapat terjadi sehubungan dengan defisit Ca^{2+} respons terhadap obat antihipertensi, atau tamponad perikardial uremik

- c. Selidiki keluhan nyeri dada, perhatikan lokasi, radiasi, beratnya (skala 0-10) dan apakah tidak menetap dengan inspirasi dalam dan posisi terlentang.

Rasional :

Hipertensi dan GJK kronis dapat menyebabkan IM, kung lebih pasien GGK dengan dialisis mengalami perikard potensial risiko efusi perikardial/tamponade

- d. Evaluasi bunyi jantung (perhatikan friction rub), TD, nadi perifer, pengisian kapiler, kongesti vaskular, suhu, dan sensori/mental.

Rasional

Adanya hipotensi tiba-tiba. nadi paradoksik, penyempit tekanan nadi, penurunan/tak adanya nadi perifer, dist jugular nyata, pucat, dan penyimpangan mental cepa menunjukkan tamponade, yang merupakan kedaruratan medik.

- e. Kaji tingkat aktivitas, respons terhadap aktivitas

Rasional

Kelelahan dapat menyertai GJK juga anemia.

Kolaborasi :

- a. Awasi pemeriksaan laboratorium, contoh:

- 1) Elektrolit (kalium, natrium, kalsium, magnesium), BUN.

Rasional

Ketidakeimbangan dapat mengganggu konduksi elektrik dan fungsi jantung.

- 2) Foto dada.

Rasional

Berguna dalam mengidentifikasi terjadinya gagal jantung atau kalsifikasi jaringan lunak.

- 3) Berikan obat antihipertensi, contoh prazosin (Minipress). kaptopril (Capoten), klonodin (Catapres). hidralazin (Apresoline).

Rasional

Menurunkan tahanan vaskular sistemik dan/atau pengeluaran renin untuk menurunkan kerja miokardial dan membantu mencegah GJK dan/atau IM.

- 4) Bantu dalam perikardiosentesis sesuai indikasi

Rasional

Akumulasi cairan dalam kantung perikardial dapat mempengaruhi pengisian jantung dan kontraktilitas miokardial mengganggu curah jantung dan potensial risiko henti jantung.

5) Siapkan dialisis

Rasional

Penurunan ureum toksik dan memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit dan kelebihan cairan dapat membantu mencegah manifestasi jantung, termasuk hipertensi dan efusi perikardial.

2. Risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan katabolisme protein ; pembatasan diet untuk menurunkan produk sisa nitrogen, peningkatan kebutuhan metabolik, anoreksia, mual/muntah ; ulkus mukosa mulut.

Kemungkinan dibuktikan oleh :

(tidak dapat diterapkan; adanya tanda-tanda dan gejala-gejala membuat diagnosa aktual).

Kriteria hasil :

- a. Mempertahankan/meningkatkan berat badan seperti yang diindikasikan oleh situasi individu, bebas edema.

Rencana tindakan :

- a. Kaji/catat pemasukan diet.

Rasional

Membantu dalam mengidentifikasi defisiensi dan ke an diet. Kondisi fisik umum, gejala uremik (contoh anoreksia, gangguan rasa) dan pembatasan diet multi mempengaruhi pemasukan makanan.

- b. Berikan makan sedikit dan sering.

Rasional

Meminimalkan anoreksia dan mual sehubungan dengan status uremik/menurunnya peristaltik.

- c. Berikan pasien/orang terdekat daftar makanan/cairan yang diizinkan dan dorong terlibat pada pilihan menu.

Rasional

Memberikan pasien tindakan kontrol dalam pembatasan diet. Makanan dari rumah dapat meningkatkan napsu makan.

- d. Tawarkan perawatan mulut sering/cuci dengan larutan (25%) cairan asam asetat. Berikan permen karet, permen keras, penyegar mulut diantara makan.

Rasional

Membran mukosa menjadi kering dan pecah. Perawatan mulut menyejukkan, meminyaki, dan memban menyegarkan rasa mulut, yang sering tidak nyaman pada uremia dan membatasi pemasukan oral. Pencucian dengan asam asetat membantu menetralkan amonia yang diben oleh perubahan urea.

- e. Timbang berat badan tiap hari.

Rasional

Pasien puasa/katabolik akan secara normal kehilangan 0,2 0,5 kg/hari. Perubahan kelebihan 0,5 kg dapat menunjuk kan perpindahan keseimbangan cairan.

Kolaborasi :

- a. Awasi pemeriksaan laboratorium, contoh BUN, albumin serum, transferin, natrium, dan kalium.

Rasional

Indikator kebutuhan nutrisi, pembatasan, dan kebutuhan/efektivitas terapi.

Kolaborasi :

- a. Konsul dengan ahli gizi/tim pendukung nutrisi

Rasional

Menentukan kalori individu dan kebutuhan nutrisi dalam pembatasan, dan mengidentifikasi rute paling efektif dan produknya, contoh tambahan oral, makanan selang. hiperalimentasi.

- b. Berikan kalori tinggi, diet rendah/sedang protein. Termasuk kompleks karbohidrat dan sumber lemak untuk memenuhi kebutuhan kalori (hindari sumber gula pekat).

Rasional

Jumlah protein eksogen yang dibutuhkan kurang dari normal kecuali pada pasien dialisis. Karbohidrat memenuhi kebutuhan energi dan membatasi jaringan katabolisme, mencegah pembentukan asam keto dari oksidasi protein dan lemak. Intoleran karbohidrat menunjukkan DM dapat terjadi pada gagal ginjal berat. Asam amino esensial memperbaiki keseimbangan dan status nutrisi.

- c. Batasi kalium, natrium, dan pemasukan fosfat sesuai indikasi.

Rasional

Pembatasan elektrolit ini diperlukan untuk mencegah kerusakan ginjal lebih lanjut, khususnya bila dialisis tidak menjadi bagian pengobatan, dan/atau selama fase penyembuhan GGA.

- d. Berikan obat sesuai indikasi :

- 1) Sediaan besi;

Rasional

Defisiensi besi dapat terjadi bila protein dibatasi, pasien anemik, atau gangguan fungsi GI.

- 2) Kalsium;

Rasional

Memperbaiki kadar normal serum untuk memperbaiki fungsi jantung dan neuromuskular, pembekuan darah, dan metabolisme tulang.

- 3) Vitamin D;

Rasional

Perlu untuk memudahkan absorpsi kalsium dari traktus GI.

- 4) Vitamin B kompleks.

Rasional

Vital sebagai koenzim pada pertumbuhan sel dan kerjanya.

- 5) Antiemetik, contoh proklorperazin (Compazine), trimetobenzamid (Tigan).

Rasional

Diberikan untuk menghilangkan mual/muntah dan dapat meningkatkan pemasukan oral.

3. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik/pembatasan diet, anemia.

Kemungkinan dibuktikan oleh :

- a. Kekurangan energi.
- b. Ketidakmampuan untuk mempertahankan aktivitas biasa, penurunan penampilan.
- c. Letargi, tidak tertarik pada sekitar.

Kriteria hasil :

- a. Melaporkan perbaikan rasa berenergi.
- b. Berpartisipasi pada aktivitas yang diinginkan.

Rencana tindakan :

Mandiri

- a. Evaluasi laporan kelelahan, kesulitan menyelesaikan tugas. Perhatikan kemampuan tidur/istirahat dengan tepat.

Rasional

Menentukan derajat (berlanjutnya/perbaikan) dari ketidakmampuan.

- b. Kaji kemampuan untuk berpartisipasi pada aktivitas yang diinginkan/dibutuhkan.

Rasional

Mengidentifikasi kebutuhan individual dan memban pemilihan intervensi.

- c. Identifikasi faktor stres/psikologis yang dapat memperberat.

Rasional

Mungkin mempunyai efek kumulatif (sepanjang faktor psikologis) yang dapat diturunkan bila masalah dan takut diakui/diketahui.

- d. Rencanakan periode istirahat

Rasional

Mencegah kelelahan berlebihan dan menyimpang energi untuk penyembuhan, regenerasi jaringan.

- e. Berikan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dan ambulansi..

Rasional

Mengubah energi, memungkinkan berlanjutnya aktivitas yang dibutuhkan/normal, memberikan keamanan pada pasien.

- f. Tingkatkan tingkat partisipasi sesuai toleransi pasien.

Rasional

Meningkatkan rasa membaik/meningkatkan kesehatan, dan membatasi frustrasi.

Kolaborasi

- a. Awasi kadar elektrolit kalsium, magnesium, dan kalium.

Rasional

Ketidakseimbangan dapat mengganggu fungsi neuromuskular yang memerlukan peningkatan penggunaan, energi untuk menyelesaikan tugas dan potensial perasaan lelah.

4. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan depresi pertahanan imunologi (sekunder terhadap uremia), prosedur invasif/alat (contoh kateter urine).

Kemungkinan dibuktikan oleh :

(tidak dapat diterapkan; adanya tanda-tanda dan gejala-gejala membuat diagnosa aktual).

Kriteria hasil :

Tak mengalami tanda/gejala infeksi.

Rencana tindakan

Mandiri :

- a. Tingkatkan cuci tangan.

Rasional

Menurunkan risiko kontaminasi silang.

- b. Hindari prosedur invasif, instrumen, dan manipulasi kateter tak menetap, kapapun mungkin, gunakan teknik aseptik bila merawat/memanipulasi IV/are invasif. Ubah sisi/balutan per protokol. Perhatikan edema, drainase purulen.

Rasional

Membatasi introduksi bakteri ke dalam tubuh. Deteksi dini/pengobatan terjadinya infeksi dapat mencegah sepsis.

- c. Berikan perawatan rutin dan tingkatkan perawatan perianal. Pertahanan sistem drainase urine tertutup dan lepaskan kateter tak menetap sesegera mungkin.

Rasional

Menurunkan kolonasi bakteri dan risiko ISK asenden.

- d. Dorong napas dalam, batuk dan pengubahan posisi sering.

Rasional

Mencegah atelatisis dan memobilisasi sekret untuk menurunkan risiko infeksi paru.

- e. Kaji integritas kulit

Rasional

Ekskoriasi akibat gesekan dapat menjadi infeksi sekunder.

- f. Awasi tanda vital

Rasional

Demam dengan peningkatan nadi dan pernapasan adalah tanda peningkatan laju metabolik dari proses inflamasi, meskipun sepsis dapat terjadi tanpa respon demam.

Kolaborasi

- a. Awasi pemeriksaan laboratorium, contoh SDP dengan diferensial

Rasional

Meskipun peningkatan SDP dapat mengidentifikasi infeksi umum, leukositosis umum terlihat pada gagal ginjal dan dapat menunjukkan inflamasi/cedera pada ginjal, perpindahan diferensial ke kiri menunjukkan infeksi.

- b. Ambil spesimen untuk kultur dan sensitivitas dan berikan antibiotik tepat sesuai indikasi.

Rasional

Memastikan infeksi dan identifikasi organisme khusus, membantu pemilihan pengobatan infeksi paling efektif.

5. Risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan berlebihan (fase diuretik, dengan peningkatan volume urine dan melambatnya pengembalian kemampuan absorpsi tubular).

Kemungkinan dibuktikan oleh :

(tidak dapat diterapkan; adanya tanda-tanda dan gejala-gejala membuat diagnosa aktual).

- a. Tidak dapat diterapkan; adanya tanda-tanda dan gejala membuat diagnosa aktual.

Kriteria hasil :

- a. Menunjukkan pemasukan dan pengeluaran mendekati seimbang
- b. Turgor kulit baik
- c. Membran mukosa lembab
- d. Nadi perifer teraba
- e. Berat badan dan tanda-tanda vitas stabil
- f. Elektrolit dalam batas normal

Rencana tindakan :

Mandiri

- a. Ukur pemasukan dan pengeluaran dengan akurat. Hitung kehilangan tak kasatmasa

Rasional

Membantu memperkirakan kebutuhan penggantian cairan. Pemasukan cairan harus memperkirakan kehilangan melalui urine, nasogastrik/drainase luka, dan kehilangan tak kasatmata (contoh keringat, dan metabolisme).

- b. Berikan cairan yang diizinkan selama periode 24 jam.

Rasional

Fase diuretik gagal ginjal dapat berlanjut pada fase oliguria bila pemasukan cairan tidak dipertahankan atau terjadi dehidrasi norturnal.

- c. Awasi TD (perubahan postural) dan frekuensi jantung

Rasional

Hipotensi ortostatik dan takikardia indikasi hipovolemia.

- d. Perhatikan tanda/gejala dehidrasi contoh membran mukosa kering, haus, sensori dangkal, vasokonstriksi perifer.

Rasional

Pada fase diuretik gagal ginjal, haluaran urine dapat lebih dari 3 L/hari. Kekurangan volume cairan ekstraseluler menyebabkan haus menetap, tidak hilang dengan minum air. Kehilangan cairan lanjut/penggantian tidak adekuat dapat menimbulkan status hipovolemik.

- e. Kontrol suhu lingkungan; batasi linen tempat tidur.

Rasional

Menurunkan diaforesis yang memperberat kehilangan cairan.

Kolaborasi

- a. Awasi pemeriksaan laboratorium contoh natrium.

Rasional

Pada gagal ginjal non- oliguria atau fase diuretik gagal ginjal. Kehilangan urine besar dapat mengakibatkan kehilangan natrium yang

meningkatkan natrium urine bekerja secara osmotik untuk meningkatkan kehilangan cairan. Pembatasan natrium diindikasikan untuk memutuskan natrium.

6. Risiko tinggi (profil darah abnormal) cedera berhubungan dengan penekanan produksi/sekresi eritropoietin; penurunan produksi dan SDM hidupnya; gangguan faktor pembekuan; peningkatan kerapuhan kapiler.

Kemungkinan dibuktikan oleh

Kriteria hasil :

- a. Menunjukkan haluran urine tepat dengan berat jenis/hasil laboratorium mendekati normal
- b. Berat badan stabil
- c. Tanda vital dalam batas normal
- d. Tak ada edema

Rencana tindakan

- a. Tidak dapat diterapkan; adanya tanda-tanda dan gejala membuat diagnosa aktual.

Kriteria hasil :

- a. Tak mengalami tanda/gejala perdarahan.
- b. Mempertahankan/menunjukkan perbaikan nilai laboratotium.

Rencana tindakan

Mandiri :

- a. Perhatikan keluhan peningkatan kelelahan, kelemahan. Observasi takikardia, kulit/membran mukosa pucat, dispnea, dan nyeri dada. Rencanakan aktivitas pasien untuk menghindari kelelahan.

Rasional

Dapat menunjukkan anemia, dan respons jantung untuk mempertahankan oksigenasi sel.

- b. Awasi tingkat kesadaran dan perilaku

Rasional

Anemia dapat menyebabkan hipoksia serebral dengan perubahan mental, orientasi, dan respon perilaku.

Evaluasi respons terhadap aktivitas, kemampuan untuk melakukan tugas. Bantu sesuai kebutuhan dan buat jadwal untuk istirahat.

Rasional

Anemia menurunkan oksigenasi jaringan dan meningkatkan kelelahan, sehingga memerlukan intervensi, perubahan aktivitas, dan istirahat.

- c. Batasi contoh vaskular, kombinasikan tes laboratorium bila mungkin.

Rasional

Pengambilan contoh darah berulang/kelebihan dapat memperburuk anemia.

- d. Observasi perdarahan terus menerus dari tempat penusukan, perdarahan/area ekimosis karena trauma kecil, perdarahan gusi. Epistaksis berulang, hematemesis, hematemesis sekresi GI/darah feses.

Rasional

Perdarahan dapat terjadi dengan mudah karena kerapuhan kapiler/gangguan pembekuan dan dapat memperburuk anemia.

- e. Hematemesis sekresi GI/darah feses.

Rasional

Stres dan abnormalitas hemostatik dapat mengakibatkan perdarahan GI.

- f. Berikan sikat gigi halus pencukur elektrik; gunakan jarum kecil bila mungkin dan lakukan penekanan lebih lam setelah penyuntikan/penusukan vaskular.

Rasional

Menurunkan risiko perdarahan/pembentukan hematoma.

Kolaborasi

- a. Awasi pemeriksaan laboratorium, contoh :

1) Hitung darah lengkap: SDM, Hb/Ht:

Rasional

Uremia (contoh peningkatan amonia, urea, atau toksin lain) menurunkan produksi eritropoetin dan menekan produksi eritropoetin dan menekan produksi SDM dan waktu hidupnya. Pada gagal ginjal kronis, hemoglobin dan hematokrit biasanya rendah tetapi ditoleransi; contoh pasien tidak menunjukkan gejala sampai Hb dibawah 7.

- 2) Jumlah trombosit, faktor pembekuan;

Rasional

Penekanan pembentukan trombosit dan ketidakadekuatan kadar faktor III dan VIII mengganggu pembekuan dan potensial risiko perdarahan.

- 3) Kadar PT

Rasional

Konsumsi protrombin abnormal menurunkan kadar serum dan mengganggu pembekuan.

- b. Berikan darah segar, SDM kemasan sesuai indikasi.

Rasional

Diperlukan bila pasien menunjukkan gejala anemia simtomatik, SDM kemasan biasanya diberikan bila pasien kelebihan cairan atau dilakukan dialisis, SDM washed digunakan untuk mencegah hiperkalemia sehubungan dengan darah yang disimpan.

- c. Berikan obat, sesuai indikasi, contoh :

- 1) Sediaan besi, asam folat (Folvite); sianokobalamin (Betalin).

Rasional

Berguna untuk memperbaiki gejala anemia sehubungan dengan kekurangan nutrisi/karena dialisis.

- 2) Simetidin (Tagamet); ranitidin (Zantac); antasida;

Rasional

Diberikan secara profilaktif untuk menurunkan/menetralkan asam lambung dan menurunkan risiko perdarahan GI.

- 3) Pelunak fese (Colace); laksatif bulk (Metamucil).

Rasional

Mengejan terhadap feses bentuk keras meningkatkan perdarahan mukosa/rektal.

7. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan status metabolik, sirkulasi (anemia dengan iskemia jaringan) dan sensasi (neuropati perifer).

Kemungkinan dibuktikan oleh :

- a. Tidak dapat diterapkan; adanya tanda-tanda dan gejala membuat diagnosa aktual.

Kriteria hasil :

- a. Mempertahankan kulit utuh
b. Menunjukkan perilaku/teknik untuk mencegah kerusakan/cedera kulit.

Rencana tindakan

Mandiri :

- a. Inspeksi kulit terhadap perubahan warna, turgor, vaskular. Perhatikan kemerahan, ekskoriasi. Observasi terhadap ekimosis, purpura.

Rasional

Menandakan area sirkulasi buruk/kerusakan yang dapat menimbulkan pembentukan dekubitus/infeksi.

- b. Pantau masukan cairan dan hidrasi kulit dan membran mukosa.

Rasional

Mendeteksi adanya dehidrasi atau hidrasi berlebihan yang mempengaruhi sirkulasi dan integritas jaringan pada tingkat seluler.

- c. Inspeksi area tergantung terhadap edema.

Rasional

Jaringan edema lebih cenderung rusak/robek.

- d. Ubah posisi dengan sering; gerakan pasien dengan perlahan; beri bantalan pada tonjolan tulang dengan kulit domba; pelindung siku/tumit.

Rasional

Menurunkan tekanan pada edema, jaringan dengan perfusi buruk untuk menurunkan iskemia. Peninggian meningkatkan aliran balik statis vena terbatas/pembentukan edema.

- e. Berikan perawatan kulit. Batasi penggunaan sabun. Berikan salep atau krim (mis. Lanolin, Aquaphor)

Rasional

Soda kue, mandi dengan tepung menurunkan gatal dan mengurangi pengeringan daripada sabun. Losion dan salep mungkin diinginkan untuk menghilangkan kering, robekan kulit.

- f. Pertahankan linen kering, bebas keriput.

Rasional

Menurunkan iritasi dermal dan risiko kerusakan kulit.

- g. Selidiki keluhan gatal.

Rasional

Meskipun dialisis mengalami masalah kulit yang berkenaan dengan uremik, gatal dapat terjadi karena kulit adalah rute ekskresi untuk produk sisa, mis. Kristal fosfat (berkenaan dengan hiperparatiroidisme pada penyakit tahap akhir).

- h. Anjurkan pasien menggunakan kompres lembab dan dingin untuk memberikan tekanan (daripada garukan) pada area pruritus. Pertahankan kuku pendek; berikan sarung tangan sela tidur bila diperlukan.

Rasional

Menghilangkan ketidaknyamanan dan menurunkan risiko cedera dermal.

- i. Anjurkan menggunakan pakaian katun longgar.

Rasional

Mencegah iritasi dermal langsung dan meningkatkan evaporasi lembab pada kulit.

Kolaborasi

- a. Berikan matras busa/lokasi.

Rasional

Menurunkan tekanan lama pada jaringan , yang dapat membatasi perfusi selular yang menyebabkan iskemia/nekrosis.

- 8. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.

Kemungkinan dibuktikan oleh :

- a. Pertanyaan/permintaan informasi, pernyataan salah konsep.
- b. Tidak akurat mengikuti instruksi/terjadinya komplikasi yang dapat dicegah.

Kriteria hasil :

- a. Menyatakan pemahaman kondisi/proses penyakit dan pengobatan.
- b. Melakukan dengan benar prosedur yang perlu dan menjelaskan alasan untuk tindakan.
- c. Menunjukkan/melakukan perubahan pola hidup yang perlu
- d. Berpartisipasi dalam program pengobatan

Rencana tindakan

Mandiri

- a. Kaji ulang proses penyakit/prognosis dan kemungkinan yang akan dialami.

Rasional

Memberikan dasar pengetahuan dimana pasien dapat membuat pilihan berdasarkan informasi.

- b. Diskusikan masalah nutrisi lain, contoh pengaturan masukan protein sesuai dengan tingkat fungsi ginjal.

Rasional

Pembatasan fosfat merangsang kelenjar paratiroid u pergeseran kalsium dari tulang (osteodistrofi ginjal), akumulasi magnesium neurologis dan mental. dapat mengganggu

- c. Dorong pemasukan kalori tinggi, khususnya dari karbo hidrat.

Rasional

Penyimpanan protein, mencegah penggunaan dan men berikan energi.

- d. Diskusikan terapi obat, termasuk tambahan kalsium dan ikatan fosfat, contoh antasida aluminium hidroksida (am fogel, Basalgel) dan menghindari antasida magnesium (milanta. Maalox, Gelusil).

Rasional

Mencegah komplikasi serius, contoh penurunan absorp fosfat dari traktus GI dan pengiriman kalsium un mempertahankan kadar normal serum, menurunkan risik demineralisasi tulang/fraktur, tetani. Penggunaan produk mengandung aluminium harus diawasi, namun, kar akumulasi dalam tulang potensial osteodistrofi. Produks magnesium potensial risiko hipermagnesia.

- e. Tekankan pentingnya membaca semua label produk (obat dan makanan) dan tidak meminum obat tanpa menanyakan pada pemberi perawatan.

Rasional

Ini sulit untuk mempertahankan keseimbangan elektrol bila pemasukan eksogenus bukan faktor dalam pembatasan diet, contoh hiperkalsemia dapat diakibatkan ole penggunaan suplemen rutin dalam kombinasi dengan peningkatan pemasukan diet makanan yang diperkaya ka sium dan obat mengandung kalsium.

- f. Kaji ulang tindakan untuk mencegah perdarahan, contoh penggunaan sikat gigi halus, pencukur elektrik; hindari konstipasi, menghembus hidung keras, latihan keras/olah raga kontak.

Rasional

Menurunkan risiko sehubungan dengan perubahan fakt pembekuan/penurunan jumlah trombosit.

- g. Instruksikan dalam observasi diri dan pengawasan TD, ter masuk jadwal istirahat sebelum mengukur TD, menggunakan lengan/posisi yang sama.

Rasional

Insiden hipertensi meningkat pada GGK, sering men lukan penanganan dengan obat antihipertensi, perlu observasi ketat terhadap efek pengobatan, contoh resp vaskular terhadap obat.

- h. Waspadakan tentang terpajan pada suhu eksternal ekstrem, contoh bantalan panas/salju.

Rasional

Neuropati perifer dapat terjadi, khususnya pada eksitre bawah (efek uremia, keseimbangan elektrolitasam mengganggu sensasi perifer dan potensial risiko jaringan.

- i. Buat program latihan rutin, dalam kemampuan individu; menyelingi periode istirahat dengan aktivitas.

Rasional

Membantu dalam mempertahankan tonus otot dan ke turan sendi. Menurunkan risiko sehubungan dengan bilisasi (termasuk demineralisasi tulang) dan menceg kelemahan.

- j. Perhatikan masalah seksual

Rasional

Efek fisiologis uremia/terapi antihipertensi dapat me ganggu hasrat/penampilan seksual.

k. Identifikasi tanda/gejala yang memerlukan evaluasi medik segera, contoh:

1) Demam derajat rendah, menggigil, perubahan karakteristik urine/sputum, pembengkakan jaringan/drainase, ulkus oral;

Rasional

Depresi sistem imun, anemia, malnutrisi. meningkatkan risiko infeksi.

2) Kebas/kesemutan pada jari, abdominal/kram otot, spasme karpopedal;

Rasional

Uremia dan penurunan absorpsi kalsium dapat menimbulkan neuropati perifer.

3) Pembengkakan sendi/nyeri tekan, penurunan ROM. penurunan kekuatan otot;

Rasional

Hiperfosfatemia dengan pergeseran kalsium dapat mengakibatkan deposisi kelebihan fosfat kalsium sebagai kalsifikasi dalam sendi dan jaringan lunak. Gejala pada tulang rangka sering terlihat sebelum gangguan pada fungsi organ.

4) Sakit kepala, penglihatan kabur, edema periorbital/sakral. mata merah.”

Rasional

Dugaan terjadinya/kontrol hipertensi buruk, dan/atau perubahan pada mata yang disebabkan oleh kalsium.

1. Kaji ulang strategi untuk mencegah konstipasi, termasuk pelunak feses (Colace) dan laksatif bulk (Metamucil) tetapi hindari produk magnesium (susu magnesia)

Rasional

2. Menurunkan pemasukan cairan, perubahan pada pola diet. dan penggunaan produk ikatan fosfat sering mengakibatkan

konstipasi yang tidak responsif terhadap intervensi non medikal. Penggunaan produk mengandung magnesium meningkatkan risiko hipermagnesemia.

H. Pelaksanaan keperawatan

Menurut (Basri et al., 2020) pelaksanaan keperawatan adalah penerapan tindakan yang telah ditentukan sebelumnya yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan pasien agar optimal. Tindakan keperawatan didasarkan pada urutan prioritas dalam rencana tindakan keperawatan termasuk nomor urut dan waktu pelaksanaan asuhan keperawatan.

I. Evaluasi keperawatan

Menurut (Basri et al., 2020) evaluasi adalah proses mengevaluasi pencapaian tujuan. Dan meninjau rencana keperawatan. Evaluasi meliputi subjek, objek, pengkajian kembali (*assessment*), rencana tindakan (*planning*).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 6 Mei 2021. Pasien masuk pada tanggal 06 Mei 2021 di Ruang Bromelia kelas 3, nomor registrasi 167073 dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease (CKD)*.

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Pasien Ny. L usia 87th, berjenis kelamin perempuan, berusia 87 tahun status perkawinan pasien janda janda, beragama katolik, suku bangsa Betawi, pendidikan terakhir SD, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pasien tidak berkerja, alamat Kompas Indah. Sumber biaya adalah pribadi, sumber informasi adalah dari pasien, keluarga pasien, rekam medis dan perawat ruangan.

b. Resume

Pasien Ny. L datang ke IGD RS Swasta Cikarang pada tanggal 06 Mei 2021 pukul 09.30 WIB diantar oleh keluarganya menggunakan kursi roda, dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, GCS: E: 4, M:6, V:5. Pasien datang dengan keluhan sesak nafas sejak 1 hari yang lalu, lemas, tenggorokan terasa kering , terdapat edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri, tidak nafsu makan, dan nyeri di pinggang. Ny.L memiliki riwayat penyakit jantung dan ginjal sejak 1 tahun yang lalu. Dilakukan observasi TTV: TD: 168/98 mmHg, N: 78, RR: 36°C, RR: 24x/mnt Masalah keperawatan yang muncul adalah curah jantung tidak efektif. Tindakan mandiri yang telah dilakukan

adalah memberikan posisi semi fowler, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, dan memonitor tanda-tanda vital. Tindakan keperawatan kolaborasi yang telah dilakukan adalah memasang oksigen nasal kanul umiplo 3 liter/menit. Pukul 11.00 WIB memasang infus tutofusin 500cc/ 12 jam di vena basilika. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium dengan hasil: : Ureum: 64 mg/dL* (Nilai rujukan 13-43 mg/dL), Creatinin 1,81 mg/dL* (0.57 – 1.13).

Pukul 14.00 WIB pasien dipindahkan ke ruangan Bromelia. Kemudian pasien diperiksa dengan keluhan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, turgor kulit kurang elastis, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, mata cekung. Pasien masih mengeluh sesak nafas, tubuh terasa lemas, dan tidak nafsu makan. Masalah keperawatan yang muncul adalah penurunan curah jantung. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan memeriksa TTV: TD: 150/95mmHg, N: 81, RR: 22x/mnt, GCS: E: 4, M:6, V:5. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan adalah memberikan obat Bisoprolol 5mg. Evaluasi pasien secara umum masalah belum teratasi.

2. Riwayat keperawatan

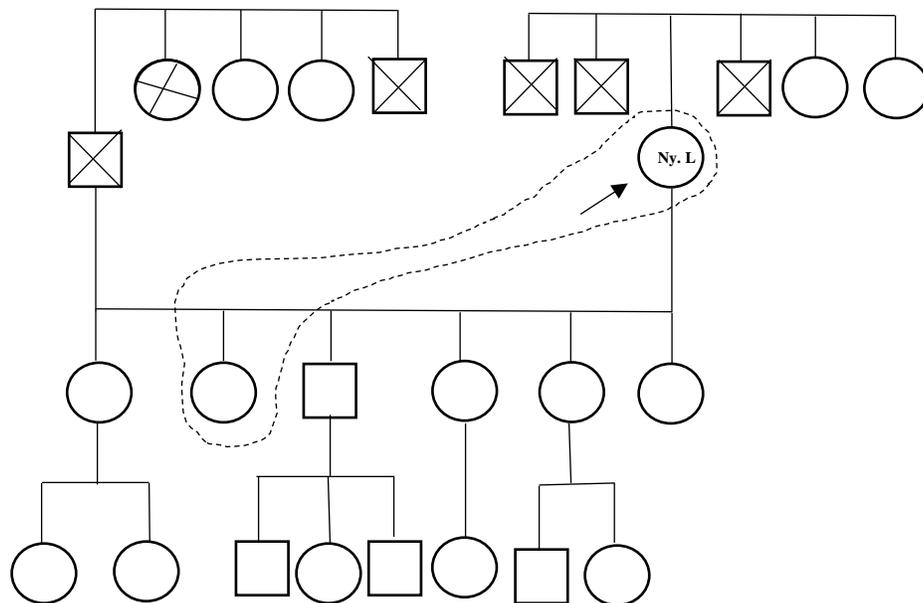
a. Riwayat kesehatan sekarang

Keluarga pasien mengatakan pasien sesak nafas sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit, lemas, nyeri di pinggang, terdapat edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri non pitting, tidak nafsu makan. Pasien mengatasi sakitnya dengan cara ke dokter dan dengan minum obat.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit jantung, ginjal 1 tahun yang lalu, dan flek paru 2th yang lalu yang lalu dan op hemiartoplasty hip sinistra april 2021. Keluarga pasien mengatakan pasien mengatakan tidak ada alergi obat dan makanan. Pasien mengkonsumsi obat untuk penyakit ginjalnya namun lupa obatnya.

c. Riwayat kesehatan keluarga (genogram tiga generasi)



Keterangan:



= Perempuan



= Meninggal



= Laki-laki



= Pasien



= Menikah



= Tinggal satu rumah

Ny. L umur 87 tahun seorang ibu rumah tangga. Pasien mengatakan suaminya sudah meninggal, pasien mempunyai 6 orang anak 2 laki-laki dan 4 perempuan, pasien tinggal dengan anak ke keduanya.

d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko. Pasien mengatakan orang tua pasien yaitu ayahnya mempunyai riwayat Asma

e. Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan keluarga terdekat adalah anak keduanya. Interaksi dalam keluarga. Keluarga pasien mengatakan pola komunikasi pasien baik, pembuatan keputusan dengan cara musyawarah. Pasien tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan.

Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah keluarga pasien merasa khawatir dengan keadaan pasien. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien mengatakan saat ini membuat pasien cemas dan takut merepotkan anaknya. Mekanisme koping terhadap stress yaitu keluarga pasien mengatakan pasien diajak berdoa dan mengalihkan pikiran dengan menonton tv.

Hal yang dipikirkan saat ini adalah pasien ingin cepat sembuh dan pulang. Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah ingin berkumpul dengan keluarga dan bertemu cucunya.

Dalam keluarga pasien tidak ada nilai-nilai yang bertentangan di agama dengan kesehatannya, keluarga pasien mengatakan beragama katolik, saat beribadan disamping pasien.

Keluarga pasien mengatakan keadaan rumah bersih, terdapat ventilasi, sampah selalu dibuang ke tempat sampah dan lingkungan rumah berada di area perumahan.

f. Pola kebiasaan

1) Pola nutrisi

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi makan 3x, setiap makan hanya menghabiskan 1-2 sendok porsi, nafsu makan pasien kurang, pasien mengatakan menghabiskan makanan hanya 1-2 sendok porsi makanan karena tidak bisa jika makan terlalu banyak dan akan terasa mual, pasien mengatakan tidak ada pantangan makanan. Pasien mengatakan suka makan ikan dan sering disajikan makanan sayur. Tidak ada makanan yang membuat alergi. Keluarga pasien mengatakan pasien dianjurkan untuk mengurangi garam dalam makanan. Tidak ada makanan diet, pasien tidak mengonsumsi obat-obatan sebelum makan, dan tidak menggunakan alat bantu sebelum sakit.

Pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien makan 2x sehari, nafsu makan kurang karena tidak bisa makan terlalu banyak dan akan terasa mual, pasien mengatakan hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, makanan diet selama di rumah sakit diit rendah lemak, rendah protein, rendah natrium, diit jantung, diit lambung 1.500 kkal, protein = 40 gr/hr, bentuk = lunak, daging cincang. Pasien diberikan obat vomceran 4 mg melalui IV. Pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

2) Pola eliminasi

Keluarga pasien mengatakan sebelum di rawat di rumah sakit pasien menggunakan pempers 3-4x ganti pempers dalam sehari, warna BAK kuning keruh, tidak ada keluhan saat BAK, selama dirumah menggunakan pempers. Pasien mengatakan BAB tidak menentu, warna kuning kecoklatan dan berbau khas, tidak ada keluhan saat BAB dan tidak menggunakan Laxatif.

Keluarga pasien mengatakan saat dirawat dirumah sakit pasien mengganti pempers 4-5x, warna BAK kuning keruh, tidak ada keluhan saat BAK. Pasien menggunakan pempers. Pasien mengatakan belum BAB selama di RS, pasien diberikan dulcolax supp saat di rumah sakit.

3) Pola personal hygiene

Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan pasien mandi 2x/hari saat pagi dan sore. Sikat gigi 2x/hari saat pagi dan sore hari. Pasien mencuci rambut 2-3x/minggu.

Pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit sudah mandi 1x dimandikan anaknya, mandi hanya menggunakan kain mandi. Dan dibantu oleh anaknya. Keluarga pasien mengatakan hanya membasuh bagian wajah dan anggota badannya. Keluarga pasien mengatakan pasien sikat gigi 1x/hari karena pasien baru mandi 1x saat dirawat, keluarga pasien mengatakan pasien belum mencuci rambut selama dirawat.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit, keluarga pasien mengatakan tidur siang hanya 1-2 jam/hari karena sering terbangun. Keluarga pasien mengatakan tidur pasien pada malam hari biasanya hanya 5-6 jam/hari, tidak ada kebiasaan sebelum tidur

Sejak dirawat di rumah sakit, keluarga pasien mengatakan pasien hanya tidur 1 jam pada siang hari, dan saat malam tidur sering terbangun tidur hanya 3-4 jam. Saat dirawat di rumah sakit kebiasaan klien mengobrol dengan anaknya.

5) Pola aktivitas dan harian

Sebelum sakit pasien sudah tidak bekerja sejak lama, pasien mengatakan tidak pernah berolahraga karena kakinya habis dioperasi, pasien mengatakan pergerakannya terhambat karena pakai tongkat walker dan akan cepat lelah jika terlalu banyak aktivitas.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum masuk rumah sakit dan pada saat dirawat di rumah sakit keluarga pasien mengatakan pasien tidak merokok, tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan NAPZA.

3. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien sebelum sakit adalah 45 kg ± 6 bulan yang lalu, berat badan saat ini 38 kg terjadi penurunan berat badan 7 kg, tinggi badan 150 cm, IMT pasien 16,8 kg/m² (berat badan kurang). Keadaan umum pasien sakit sedang kesadaran compos mentis E: 4, M: 6, V:5, pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea tampak keruh, sklera tampak ikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan kabur, tidak ada tanda-tanda

radang, pasien menggunakan kacamata silinder, reaksi terhadap cahaya normal.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah tampak normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, perasaan penuh di telinga tidak ada, tidak ada tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak ada pemakaian alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Pasien berbicara secara normal dan tidak ada masalah pada gangguan sistem wicara.

e. Sistem pernafasan

Jalan nafas bersih tidak ada sputum, pasien tampak sesak, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi pernafasan 22x/ menit, irama tidak teratur, jenis pernafasan spontan dan dangkal. Pasien tidak ada batuk, palpasi dada tidak teraba, perkusi dada sonor, suara nafas *wheezing*, tidak ada nyeri saat bernafas, pasien menggunakan alat bantu nafas yaitu O₂ nasal kanul 3 lpm.

f. Sistem kardiavaskuler

1) Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi 81x/ menit, irama teratur dan teraba kuat. Tekanan darah 150/95 mmHg, nilai MAP 113 mmHg. Tidak terdapat distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, pengisian kapiler <3 detik, dan terdapat edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut nadi apikal 81x/ menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, pasien tidak mengeluh sakit dada.

g. Sistem hematologi

Pasien tampak pucat dan tidak ada perdarahan

h. Sistem syaraf pusat

Pasien mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran composmentis, GCS: E:4, M:6, V:5, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (TIK), tidak ada gangguan sistem persyarafan, refleks fisiologis tampak normal, dan reflek fisiologis tampak normal, dan reflek patofologis tidak ada.

i. Sistem pencernaan

Gigi tampak caries, pasien menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatis, lidah tidak kotor, saliva normal, tidak ada muntahan, tidak terdapat nyeri di daerah perut, bising usus 10x/mnt. Pasien tidak mengalami gangguan konstipasi namun belum BAB sejak 1 hari yang lalu. Pemeriksaan hepar tidak teraba dan abdomen kembung.

j. Sistem endokrin

Pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, nafas tidak berbau keton, dan tidak ada luka gangren.

k. Sistem urogenital

Keluarga pasien mengatakan pasien minum sebanyak 873cc, cairan infus sebanyak 1.000cc, ganti pempers sebanyak 5x (@2.080 cc), IWL: 380cc. Balance cairan dalam 24 jam di tanggal 07 Mei 2021 adalah intake – output: 1.873cc – 2.080cc = (-) 207cc. Dengan berat badan 38

kg. Warna urin kuning keruh tanpa adanya distensi kandung kemih. Tidak ada perubahan pola kemih pada pasien seperti retensi urin, dysuria, BAK tidak lampias, inkontinensia urin, nokturia. Dan terdapat keluhan nyeri di pinggang.

l. Sistem integumen

Turgor kulit kurang elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, keadaan kulit terdapat memar di lengan kiri sebelah kiri bekas tempat penusukan jarum, tidak ada kelaninan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik tekstur rambut baik dan bersih.

m. Sistem muskuloskeletal

Terdapat kesulitan dalam bergerak, sakit pada tulang dan sendi, terdapat fraktur, kelainan bentuk tulang sendi tidak ada, kelainan struktur tulang belakang tidak ada, kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas 4444 dan ekstremitas kiri bawah tidak dapat terkaji karena pasien riwayat post op hemiartoplasty hip sinistra, pada bagian ekstremitas kanan atas 4444 dan bawah 4444.

n. Data tambahan

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mengalami penyakit ginjal sekitar 1 setengah tahun yang lalu. Keluarga pasien mengetahui penyakit yang diderita *Chronic Kidney Disease (CKD)* karena keluarga pasien selalu menemani pasien saat kontrol ke dokter dan mengetahui penanganan awal jika tanda dan gejala serta penanganannya seperti apa, ketika ditanya perawat keluarga pasien mengatakan biasanya langsung membawa pasien ke rumah sakit jika gejala muncul. Dan keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki alergi.

4. Data penunjang

Tanggal 06 Mei 2021

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Hematologi: Hemoglobin 8,8 g/dL* (Nilai Rujukan: 11,7-15.5 g/dL), Leukosit 8,100 /ul (Nilai Rujukan 4,000 – 11,000) Hematokrit 27 vol% (Nilai Rujukan 37-43), Trombosit 337,000 /ul (Nilai Rujukan 150,000 – 450,000) Eritrosit 2.97* juta/ul (Nilai Rujukan 4.00-5.20) **Hitung Jenis:** Basofil 0 % (0 – 1), Eosinofil 0 %* (Nilai Rujukan 2 - 4 %), Batang 1% (Nilai Rujukan 3 - 5%), Segmen 79% (Nilai Rujukan 50-70%), Limfosit 12% (Nilai Rujukan 25-40%), Monosit % (Nilai Rujukan 2 - 8), D-DIMER 9.97 mg/l* (Nilai rujukan <0,5 mg/ l). Fungsi ginjal : Ureum: 64 mg/dL* (Nilai Rujukan 13-43 mg/dL), Creatinin 1,81 mg/dL* (Nilai Rujukan 0.57-1.13 mg/dL). Elektrolit : Natrium 138 mmol/l (Nilai Rujukan 135-145), Kalium 4.50 mmol/l (Nilai Rujukan 3.50 – 5.00), Chlorida 103 mmol/l (nilai Rujukan 98 – 108).

Hasil pemeriksaan 06 Mei 2021

Gula Darah Sewaktu 89 mg/dL (Nilai Rujukan 70-144), **Elektrolit :** Natrium 138 mmol/l (Nilai Rujukan 135-145), Kalium 4.50 mmol/l (Nilai Rujukan 3.50 – 5.00), Chlorida 103 mmol/l (nilai Rujukan 98 – 108).

Hasil pemeriksaan tanggal 08 Mei 2021

Hematologi: Hemoglobin 11,5 g/dL* (Nilai Rujukan 11,7-15.5 g/dL), Leukosit 5,600 /ul (Nilai Rujukan 4,000 - 11,000) Hematokrit 36 vol%* (Nilai Rujukan 37-43), Trombosit 331,000 /ul (Nilai Rujukan 150,000 – 450,000) Eritrosit 4,03 juta/ul (Nilai Rujukan 4.00-5.20)

Hitung Jenis: Basofil 0 % (0 – 1), Eosinofil 2 % (Nilai Rujukan 2 - 4 %), Batang 1%* (Nilai Rujukan 3 - 5%), Segmen 61% (Nilai Rujukan 50-70%), Limfosit 28% (Nilai Rujukan 25-40%), Monosit 8 % (Nilai Rujukan 2 – 8).

Fungsi ginjal : Ureum: 29 mg/dL (Nilai Rujukan 13-43 mg/dL), Creatinin

1,35 mg/dL* (Nilai Rujukan 0.57-1.13 mg/dL). Elektrolit : Natrium 139 mmol/l (Nilai Rujukan 135-145), Kalium 4.54 mmol/l (Nilai Rujukan 3.50 – 5.00), Chlorida 103 mmol/l (Nilai Rujukan 98 – 108).

Tanggal 08 Mei 2021

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Gula Darah Sewaktu 89 mg/dL (nilai rujukan 70-144), Elektrolit : Natrium 138 mmol/l (135-145), kalium 4.05 mmol/ (3.50-5.00), chlorida 103 mmol/l (98-108).

Pemeriksaan Thoraks Ap

tanggal 06 Mei 2021

Kesan:

Dibandingkan foto tgl 21-04-2021; saat ini :

- Kardiomegali dengan elongasi dan kalsifikasi aorta
- Proses lama kedua lapangan atas paru disertai pneumonia paru kanan atas dd/ proses spesifik (rekurens?)
- Penebalan fisura minor kanan dd/ pleuritis

Pemeriksaan EKG

Hasil pemeriksaan EKG sinus ritme (normal).

5. Penatalaksanaan

a. Obat oral

- 1) Bisoprolol 1 x 5 mg
- 2) Ostovel 1 x 0,25 mcg
- 3) Prorenal 3x1 tablet
- 4) Folac 1 x 400 mcg
- 5) Albusmin 2x1 kapsul

- b. Obat injeksi
 - 1) Ezomeb 1x 40 mg
 - 2) Cortidex 1 x 5 mg
 - 3) Vomceran 4 mg
 - 4) Cernevit 1x750 mg
- c. Obat suppositoria dulcolax 1x1.
- d. Infus Tutofusin 500ml/ 12 jam
- e. Terapi diet rendah protein, diet natrium, diet jantung, diet lambung.
Bentuk lunak, lauk cincang.
- f. Tranfusi PRC 295 cc

6. Data fokus

Pasien dengan Keadaan umum: sakit sedang , kesadaran composmentis, GCS: E: 4, M: 6, V: 5, tanda-tanda vital (TTV): : TD 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit, RR: 22x/menit, S: 36°C

- a. Kebutuhan fisiologis: Oksigenasi
 - Data Subjektif : Pasien mengatakan sesak nafas dan terasa pengap di dada sejak 1 hari sebelum ke rumah sakit.
 - Data Objektif : RR: 22x/menit dengan menggunakan nasal kanul 3 liter/menit, nafas pasien tampak tidak teratur, suara nafas pasien terdengar wheezing.
- b. Kebutuhan fisiologis: Cairan
 - Data Subjektif : Pasien mengatakan lemas.
 - Data Objektif : Turgor kulit kurang elastis, CRT: < 3 detik, TTV: TD 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit, akral teraba hangat, ureum: 64 mg/dL, creatinin: 1.81 mg/dL, hemoglobin 8,8* g/dL) = (Nilai rujukan: 11,7-15.5 g/dL), hematokrit 27 vol% (Nilai rujukan : 37-43), terdapat edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri non pitting, turgor kulit kurang elastis, membran mukosa mulut kering

c. Kebutuhan fisiologis: Sirkulasi

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan terdapat edema di eksterimitas bawah sebelah kiri, pasien mengatakan kakinya sering kesemutan.

Data Objektif : TTV: TD 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit, RR: 22x/menit, nilai MAP 113 mmHg, CRT: < 3 detik, nilai EKG : sinus ritme (normal), hasil thorax: Kardiomegali dengan elongasi dan kalsifikasi aorta, proses lama kedua lapangan atas paru disertai pneumonia paru kanan atas dd/ proses spesifik (rekurens?), penebalan fisura minor kanan dd/ pleuritis, terdapat edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri non pitting.

d. Kebutuhan fisiologis: Nutrisi

Data Subjektif : Pasien mengatakan cepat kenyang setelah makan, tidak bisa makan terlalu banyak karena akan terasa mual, dan nafsu makan pasien berkurang dari 1-2 minggu yang lalu

Data Objektif : BB sebelum sakit = 45kg, BB saat ini = 38kg, TB= 150 cm, IMT =16,8 kg/m², penurunan berat badan 7 kg sejak sakit, konjungtiva anemis, pasien tampak pucat.

e. Kebutuhan aktifitas dan istirahat

Data subjektif : Pasien mengatakan napas terasa sesak setelah banyak aktifitas, merasa lelah, aktifitasnya sering di bantu, sulit menggerakkan kaki kirinya aktifitas sehari-hari memakai tongkat walker.

Data objektif : Pasien tampak bedrest, pasien tampak lemas, aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan anaknya, frekuensi napas 22x/menit, pasien terpasang O2 nasal 3 liter/ menit, HB: 8,8 g/dL (Nilai Rujukan: 11,7 – 15.5 g/dL)

Kekuatan otot:

4444		4444
<hr/>		
4444		tidak dapat dikaji karena post op hemiarthroplasty hip

sinistra.

7. Analisa Data

Tabel Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan terdapat edema di eksterimitas bawah sebelah kiri 2. Pasien mengatakan kakinya sering kesemutan. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV= TD: 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit, RR: 22x/menit 2. Nilai MAP 113 mmHg 3. Nilai EKG : sinus ritme (normal) 4. CRT: <3 detik 5. Hasil thorax: Kardiomegali dengan elongasi 	Penurunan curah jantung	Ketidakseimbangan cairan

2	<p>dan kalsifikasi aorta, proses lama kedua lapangan atas paru disertai pneumonia paru kanan atas dd/ proses spesifik (rekurens?), penebalan fisura minor kanan dd/ pleuritis</p> <p>6. Terdapat edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri non pitting.</p> <p>DS:</p> <p>1. Pasien mengatakan lemas</p> <p>DO:</p> <p>1. Turgor kulit kurang elastis</p> <p>2. CRT: < 3 detik</p> <p>3. TTV= TD: 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit</p>	Kelebihan volume cairan	Gangguan mekanisme regulator
---	--	-------------------------	------------------------------

	<ol style="list-style-type: none">4. Akral teraba hangat5. CRT < 3 detik6. Ureum: 64 mg/dL,7. Creatinin: 1.81 mg/dL8. HB: 8,8* g/dL) = (Nilai rujukan: 11,7-15.5 g/dL),9. Hematokrit 27 vol% (Nilai rujukan : 37-43).10. Terdapat edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri non pitting11. Turgor kulit kurang elastis12. Membran mukosa mulut kering		
--	---	--	--

3	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan cepat kenyang setelah makan 2. Tidak bisa makan terlalu banyak karena akan terasa mual, dan nafsu makan pasien berkurang dari 1-2 minggu yang lalu <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB sebelum sakit = 45kg, BB saat ini = 38kg, TB= 150 cm, 2. IMT =16,8 kg/m² 3. Penurunan berat badan 7 kg sejak sakit 4. HB: 8,8 g/dL (Nilai Rujukan: 11,7-15.5 g/dL) 5. Konjungtiva anemis 6. Pasien tampak pucat 	Defisit nutrisi	Keengganan untuk makan
---	--	-----------------	------------------------

4	<p>7. Diet rendah protein, diet natrium, diet jantung, diet lambung.</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan napas terasa sesak setelah banyak aktifitas, merasa lelah, aktifitasnya sering di bantu 2. Sulit menggerakkan kaki kirinya aktifitas sehari-hari memakai tongkat walker. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak bedrest 2. Pasien tampak lemas 3. Aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan anaknya 	Kelelahan	Anemia
---	--	-----------	--------

	<p>4. Frekuensi napas 22x/menit</p> <p>5. Pasien terpasang O2 nasal 3 liter/ menit.</p> <p>6. HB: 8,8 g/dL (Nilai Rujukan: 11,7-15.5 g/dL)</p> <p>7. Kekuatan otot:</p> <p>4444 4444</p> <hr/> <p>4444 tidak dapat dikaji karena post op hemiartoplasty hip sinistra.</p>		
--	---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulator
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan
4. Kelelahan berhubungan dengan anemia

C. Rencana, Pelaksanaan, dan Evaluasi keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan

Data subjektif : Keluarga pasien mengatakan terdapat edema di ekstremitas bawah sebelah kiri, pasien mengatakan kakinya sering kesemutan.

Data objektif : TTV TD: 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit, RR: 22x/menit, nilai MAP 113 mmH, CRT: < 3 detik, Hasil EKG : sinus ritme (normal), Hasil thorax: Kardiomegali dengan elongasi dan kalsifikasi aorta, proses lama kedua lapangan atas paru disertai pneumonia paru kanan atas dd/ proses spesifik (rekurens?), penebalan fisura minor kanan dd/ pleuritis

Tujuan : Setelah dilakukan pengkajian 3x24 jam diharapkan penurunan curah jantung kembali efektif.

Kriteria hasil : pasien tidak mengeluh sesak nafas, frekuensi nafas dalam batas normal (16-20x/menit), tidak terdapat edema, pengisian kapiler dalam batas normal CRT < 3 detik, , hasil lab *ureum* dalam batas normal (13 - 43mg/ dL) , hasil lab *creatinin* dalam normal (0.57 – 1.13 mg/ dL), MAP dalam batas normal (70-110).

Rencana tindakan :

- a. Monitor bunyi jantung dan paru. Evaluasi adanya edema perifer/kongesti vaskular dan keluhan dispnea / shift
- b. Monitor warna kulit, membran mukosa, pengisian kapiler / shift
- c. Monitor tanda-tanda vital (TD, nadi,RR) / shift
- d. Monitor status MAP / shift
- e. Berikan posisi nyaman dengan posisi semi-fowler

- f. Beri terapi obat bisoprolol 1 x 5 mg per oral, prorenal 3 x 1 tablet sesuai program medis.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 06 Mei 2021

Pukul 14.00 WIB memonitor TTV dengan hasil TD: 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit, nadi 81x/menit. Pukul 14.10 WIB memonitor pengisian kapiler pasien dengan hasil CRT <3 detik. Pukul 14.13 WIB memonitor bunyi jantung dan paru, evaluasi adanya edema perifer/kongesti vaskular dan keluhan dispnea dengan hasil pasien mengatakan sesak nafas dengan frekuensi pernafasan 22x/menit, bunyi nafas *wheezing*, pola nafas pasien takipnea. Pukul 14.18 WIB memonitor CRT dengan hasil < 3 detik. Pukul 14.25 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien mengatakan nyaman dengan posisinya. Pukul 14.40 WIB memonitor MAP setiap shift dengan hasil MAP 113 mmHg. Pukul 18.00 WIB memberikan obat prorenal 1 tablet dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan memonitor TTV dengan hasil 145/100 mmHg, nadi 75x/menit. Pukul 21.05 WIB perawat ruangan memonitor CRT dengan hasil CRT < 3 detik. Pukul 21.20 WIB perawat ruangan memonitor bunyi jantung dan paru, evaluasi adanya edema perifer/kongesti vaskular dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas dengan frekuensi pernafasan 18x/menit, bunyi nafas vesikuler, pola nafas kembali teratur. Pukul 21.35 perawat ruangan memonitor MAP dengan hasil MAP 115 mmHg. Pukul 22.00 perawat ruangan memberikan posisi nyaman dengan hasil pasien merasa nyaman dengan posisinya. Pukul 06.05 WIB perawat ruangan memonitor TTV dengan hasil TD 130/80 mmHg, Nadi 88x/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021 pukul 18.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan kakinya sering terasa kesemuta, nafasnya sesak

Objektif : TTV: TD 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit, pernapasan 22x/menit, bunyi nafas *wheezing*, nilai MAP 113 mmHg, hasil laboratorium ureum 64 mg/dL (Nilai Rujukan 13 – 43 mg/dL), kreatinin 1.81mg/dL (Nilai Rujukan 0.57 – 1.13) , terdapat edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri non pitting dan CRT <3 detik, Hasil thorax: Kardiomegali dengan elongasi dan kalsifikasi aorta, proses lama kedua lapangan atas paru disertai pneumonia paru kanan atas dd/ proses spesifik (rekurens?), penebalan fisura minor kanan dd/ pleuritis

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai .

Planning : Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 07 Mei 2021

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan obat bisoprolol 5 mg, prorenal 1 tablet dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi . Pukul 08.00 memonitor TTV dengan hasil 130/60 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 18x/menit. Pukul 08.05 WIB memonitor CRT dengan hasil CRT <3 detik. Pukul 08.10 WIB memeriksa edema dan pengisian kapiler dengan hasil edema non pitting masing ada di ekstremitas bawah di tungkai. Pukul 09.00 WIB memonitor MAP dengan hasil 83 mmHg. Pukul 09.30 memonitor bunyi jantung dan paru, evaluasi adanya edema perifer/kongesti vaskular dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas dengan frekuensi pernafasan 18x/menit, bunyi nafas vesikuler, pola nafas kembali teratur. Pukul 13.00 memberikan obat prorenal 1 tablet dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 13.10 memberikan pasien posisi nyaman dengan hasil pasien merasa nyaman dengan posisinya. Pukul 14.00 WIB memonitor TTV dengan hasil 120/75 mmHg, nadi 75x/ menit, pernafasan

17x/ menit. Pukul 14.10 memonitor MAP dengan hasil 90 mmHg. Pukul 18.00 WIB perawat ruangan memberikan obat prorenal 1 tablet dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan memonitor TTV dengan hasil 120/80 mmHg, nadi 77x/menit, RR 20x/menit. Pukul 21.05 WIB memeriksa edema dan pengisian kapiler dengan hasil edema non pitting masing ada di ekstremitas bawah tungkai pukul 21.15 WIB memonitor pengisian kapiler dengan hasil CRT <3 detik. Pukul 22.20 WIB perawat ruangan memonitor MAP dengan hasil 93 mmHg. Pukul 06.20 WIB perawat ruangan memonitor TTV dengan hasil 125/88 mmHg, nadi 78x/menit, RR 19x/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 07 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan napas sudah tidak sesak
 Objektif : TTV: TD 120/75mmHg (MAP 90 mmHg),frekuensi nadi 75x/ menit, pernapasan 17x/menit, CRT <3 detik.
 Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.
 Planning : Lanjutkan intervensi a,c,d,f,g.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 08 Mei 2021

Pukul 06.00 perawat ruangan memberikan obat bisoprolol 5 mg, prorenal 1 tablet dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi. Pukul 08.00 memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 140/77 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 18x/menit. Pukul 08.15 memeriksa edema dan pengisian kapiler dengan hasil edema non pitting masih ada di ekstremitas bawah tungkai. Pukul 08.30 mmHg memonitor MAP dengan hasil 98 mmHg. Pukul 13.00 memberikan obat prorenal 1 tablet dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 14.00 WIB memonitor TTV dengan hasil 135/60 mmHg, nadi 85x/ menit. Pukul 14.08 WIB memonitor MAP dengan hasil MAP 85 mmHg.

Evaluasi keperawatan tanggal 08 Mei 2021 15.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan tidak merasakan kesemutan dan sesak nafas.

Objektif : TD 135/60 mmHg, nadi 85x/menit, nilai MAP 85 mmHg, pengisian kapiler <3 detik.

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi a,b,c,d,e oleh perawat ruangan.

2. Kelebihan volume cairan berhubungan gangguan mekanisme regulator

Data subjektif : Pasien mengatakan lemas.

Data Objektif : Turgor kulit kurang elastis, CRT: <3, TTV= TD: 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit, RR: 22x/menit, Akral teraba hangat, CRT < 3 detik, Ureum: 64 mg/dL, Kreatinin: 1.81 mg/dL, Terdapat edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri non pitting, Hemoglobin: 8,8* g/dL) = (Nilai rujukan: 11,7-15.5 g/dL), Hematokrit 27 vol% (Nilai rujukan : 37-43), membran mukosa mulut kering.

Tujuan : Setelah dilakukan pengkajian 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan kembali normal.

Kriteria hasil : Balance cairan mendekati normal, tekanan darah dalam batas normal (60-100x/menit), nadi dalam batas normal (60-100x/menit), edema tidak ada dan hasil laboratorium mendekati normal.

Rencana tindakan:

- a. Monitor keadaan umum pasien/ shift
- b. Monitor tekanan darah dan nadi/ shift
- c. Monitor turgor kulit dan CRT/ shift
- d. Monitor edema/shift
- e. Monitor intake output dan balance cairan/ 24 jam
- f. Monitor aliran infus dan cairan isotonis infus 500 cc/12 jam/shift

Pelaksanaan keperawatan tanggal 06 Mei 2021

Pukul 14.00 WIB memonitor tekanan darah dan nadi dengan hasil tekanan darah 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit. Pukul 14.05 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil pasien mengatakan tubuhnya terasa lemas. Pukul 14.10 WIB memonitor turgor kulit dan CRT dengan hasil turgor kulit kurang elastis dan CRT <3 detik. Pukul 14.15 memonitor edema dengan hasil keluarga pasien mengatakan terdapat edema di kaki kiri, setelah dikaji terdapat edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri non pitting. Pukul 15.33 WIB memonitor intake dan output, dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien sudah minum $\frac{3}{4}$ botol air mineral (400cc), infus 123 cc, output 700 cc (2x ganti pempers). Intake (523 cc) – output (700 cc) = - 177. Pukul 15.50 memonitor cairan isotonis infus dengan aliran infus 14 tpm dan aliran infus lancar.

Pukul Pukul 21.00 WIB memonitor TTV dengan hasil TD 145/100 mmHg, nadi 75x/menit. Pukul 21.05 WIB memonitor turgor kulit dan CRT dengan hasil turgor kulit kurang elastis, CRT < 3. Pukul 21.20 WIB perawat ruangan memonitor cairan isotonis infus dengan aliran infus 14 tpm dan aliran infus lancar. Pukul 21.22 perawat memonitor keadaan umum pasien dengan hasil pasien mengatakan tubuhnya masih terasa lemas. Pukul 22.05 WIB perawat ruangan memonitor edema dengan hasil edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri non pitting. Pukul 06.00 perawat ruangan memonitor intake output dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien

sudah minum 1 gelas mineral kecil (200 cc), infus 400 cc, output 400 cc (1x ganti pempers), IWL 380. Pukul 06.00 WIB memonitor Intake output 24 jam dengan hasil intake (1.873 cc) – output (2.080 cc) = - 207 cc. Pukul 06.15 WIB memonitor TTV dengan hasil 130/80 mmHg, nadi 88x/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021 pukul 18.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan lemas, keluarga pasien mengatakan terdapat edema di ekstremitas kiri

Objektif : Edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri non pitting, hasil laboratorium ureum: 64 mg/dL, kreatinin: 1.81 mg/dL, tekanan darah 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit, Hemoglobin: 8,8* g/dL, Hematokrit 27 vol%, darah 150/95 mmHg, nadi: 81x/menit

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 07 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB memonitor TTV dengan hasil TD 130/60 mmHg, nadi 80x/ menit. Pukul 08.05 WIB memonitor turgor kulit dan CRT dengan hasil turgor kulit kurang elastis dan CRT <3 detik. Pukul 08.10 memonitor keadaan umum pasien dengan hasil pasien mengatakan masih lemas jika banyak bergerak. Pukul 08.35 WIB memonitor cairan isotonis infus dengan aliran infus 14 tpm dan aliran infus lancar. Pukul 14.00 WIB memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 120/75 mmHg, nadi 75x/ menit, S 36,5°C, suhu 37°C. Pukul 14.00 WIB memonitor intake dan output dari jam 06.00 WIB – 14.00 WIB dengan hasil intake: infus 355 cc, keluarga pasien mengatakan pasien minum 300 cc, output: urine 500 cc (1x ganti pempers).

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan memonitor TTV dengan hasil 120/80 mmHg, nadi 77x/menit. Pukul 21.05 WIB mencatat intake – output dari pukul 14.00 WIB = infus 328 cc + transfusi 295cc (B⁺), pasien mengatakan

minum 300 cc, output urine 600 cc (2x ganti pempers) Pukul 21.15 WIB perawat ruangan memonitor turgor kulit dan CRT dengan hasil turgor kulit kurang elastis dan CRT <3 detik. Pukul 21.18 memonitor keadaan umum pasien dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak terlalu lemas. Pukul 21.40 WIB perawat ruangan memonitor cairan isotonis infus dengan hasil aliran infus 14 tpm dan aliran infus lancar. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memonitor TTV dengan hasil 125/88 mmHg. Pukul 06.08 WIB perawat ruangan memonitor intake – output dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien sudah minum set. Aqua gelas (330cc), infus 317 cc, output 490 cc (1x ganti pempers). Intake – output 24 jam dengan hasil intake: minum 930 cc, infus 1000 cc, transfusi 295 cc (B⁺), output 1.590 cc, IWL 380 cc. Intake – output = 2.225 cc – 1.970 cc = (+) 255 cc.

Evaluasi keperawatan tanggal 07 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan masih terasa lemas

Objektif : TD: 120/75 mmHg, nadi 75x/ menit, intake – output 24 jam dengan hasil intake: intake minum 1.000 cc, infus 873 cc, output 2.080cc. Intake (1.873cc) – output (2.080 cc) = - 207 cc.

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 08 Mei 2021

Pukul 08.00 perawat ruangan memonitor TTV dengan hasil tekanan darah 140/77mmHg, nadi 80x/menit. Pukul 09.00 WIB memonitor turgor kulit dan CRT dengan hasil turgor kulit sudah elastis dan CRT < 3 detik. Pukul 09.05 WIB memonitor keadaan umum pasien dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak lemas. Pukul 10.15 memonitor cairan isotonis infus dengan aliran infus 14 tpm dan aliran infus lancar. Pukul 11.30 memonitor hasil laboratorium dengan hasil Pukul 14.00 WIB memonitor TTV dengan

hasil 135/60 mmHg, nadi 85x/ menit. Pukul 14.08 WIB memonitor intake – output dari jam 06.00 WIB – 14.00 WIB dengan hasil infus 335 cc, anak pasien mengatakan pasien minum 500cc, output 550 cc. Intake – output = 735 cc – 550 cc = (+) 185 cc.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan memonitor keadaan umum pasien dengan hasil pasien mengatakan tubuh sudah tidak lemas. Pukul 21.05 WIB perawat ruangan memonitor TTV dengan hasil TD 125/87 mmHg, nadi 89x/menit. Pukul 21.15 WIB memonitor intake - output dengan hasil infus 328 cc, minum 400 cc, output 700 cc. Intake - output = 728 cc – 600 cc = (+) 128 cc. Pukul 21.20 perawat ruangan memonitor dehidrasi dengan hasil pasien mengatakan tidak merasa haus, mukosa bibir lembab. Pukul 21.25 WIB perawat ruangan memonitor turgor kulit dan CRT dengan hasil turgor kulit elastis dan CRT < 3 detik. Pukul 21.40 WIB perawat ruangan memonitor cairan isotonis infus dengan aliran infus 14 tpm dan aliran infus lancar. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memonitor intake – output dengan hasil infus: 1000cc, minum 1.200 cc, output 1.600 cc, IWL 380 cc. Intake – output = 2.200 cc – 1.980 cc = (+) 220 cc. Memonitor TTV dengan hasil TD 133/80 mmHg, nadi 95x/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 08 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak lemas

Objektif : TD 135/60 mmHg, nadi 85x/ menit, intake – output 24 jam dengan hasil intake: minum 930 cc, infus 1000 cc, transfusi 295 cc (B⁺), output 1.590 cc, IWL 380. Intake – output = 2.225 cc – 1.970 cc = (+) 255 cc. Hasil Lab HB dan HT dengan hasil HB 11.5* g/dL (Nilai Rujukan 11.7-15.5), HT 36* vol % (Nilai Rujukan 37-43).

Analisa : Masalah teratasi sebagian , tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi b,c,d,e.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 09 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB memonitor TTV dengan hasil TD 110/90 mmHg, nadi 90x/menit. Pukul 08.05 memonitor intake-output 24 jam dengan hasil intake – output dengan hasil infus: 1000cc, minum 1.200 cc, output 1.600 cc, IWL 380 cc. Intake – output = 2.200 cc – 1.980 cc = (+) 220 cc. Pukul 08.10 memonitor edema dengan hasil pasien masih mengalami edema non pitting. Pukul 08.15 WIB memonitor turgor kulit dan CRT dengan hasil turgor kulit elastis dan CRT <3 detik.

Evaluasi Keperawatan tanggal 09 Mei 2021

Subjektif : -

Objektif : TTV: TD 110/90 mmHg, nadi 90x/menit, intake-output 24 jam infus: 1000cc, minum 1.200 cc, output 1.600 cc, IWL 380 cc. Intake – output = 2.200 cc – 1.980 cc = (+) 220 cc, masih terdapat edema non pitting.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan

Data subjektif : Pasien mengatakan cepat kenyang setelah makan, tidak bisa makan terlalu banyak karena akan terasa mual, dan nafsu makan pasien berkurang dari 1-2 minggu yang lalu.

Data Objektif : BB sebelum sakit = 45kg, BB saat ini = 38kg, TB= 150 cm, IMT =16,8 kg/m², penurunan berat badan 7 kg sejak sakit, HB: 8,8 g/dL, konjungtiva anemis, pasien tampak pucat.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nutrisi adekuat.

Kriteria hasil : porsi makanan yang dihabiskan meningkat Berat Badan (IMT) dalam batas normal, perasaan cepat kenyang menurun, nafsu makan membaik, frekuensi makan membaik.

Rencana tindakan

- a. Monitor alergi dan intoleransi makanan
- b. Monitor asupan makanan/ shift
- c. Monitor mual dan muntah/ shift
- d. Identifikasi makanan yang disukai dan tidak disukai pasien
- e. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering
- f. Monitor berat badan dan IMT/ 3 hari
- g. Monitor hasil lab (hemoglobin, hematokrit).
- h. Berikan diet rendah protein, diet natrium, diet jantung, diet lambung.
Bentuk lunak, lauk cincang
- i. Berikan terapi obat vomceran 3 x 4 mg dan cernevit 1x750 mg sesuai proram medis.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 06 Mei 2021

Pukul 14.15 WIB memonitor keluhan mual dan muntal dengan hasil pasien mengatakan tidak nafsu makan dan akan terasa mual saat makan.
Pukul 14. 17 WIB memonitor asupan makanan dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan 1-2 sdm porsi makanan saat dirumah dan tidak bisa makan terlalu banyak karena akan mual.
Pukul 14.19 WIB memonitor berat badan pasien dengan hasil 38 kg TB 150 cm, IMT: 16,8 (berat badan kurang). pukul 16.50 memonitor alergi dan intoleransi makanan dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki alergi, pasien tidak dapat makan-makanan yang keras dan pedas. Pukul 16.55 mengidentifikasi makanan yang disukai dan tidak disukai pasien dengan hasil pasien menyukai makanan yang berkuah dan pasien tidak pilih-pilih makanan. Pukul 18.00 WIB

memberikan obat vomceran 4 mg melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi. Pukul 18.30 memberikan diet rendah protein, diet natrium, diet jantung, diet lambung. Bentuk lunak, lauk cincang. Pukul 19.00 WIB perawat ruangan memonitor asupan makanan dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan 3-4 sendok porsi makanannya. Pukul 21.00 WIB perawat ruangan memonitor keluhan mual dengan hasil pasien mengatakan masih merasa mual, namun tidak muntah dan pasien masih tidak nafsu makan. Pukul 24.00 WIB perawat ruangan memberikan obat vomceran 4mg melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 06.00 WIB memonitor mual dan muntah dengan hasil pasien masih mengeluh mual saat makan.

Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021 pukul 18.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan tidak nafsu makan hanya menghabiskan 1-2 sendok porsi makanan, pasien mengatakan tidak dapat makan terlalu banyak karena akan mual.

Objektif : Pasien hanya menghabiskan 1-2 sdm porsi makanan, IMT 16,8 (berat badan kurang), pasien tidak nafsu makan.

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi b,c,e,f,g,h,i.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 07 Mei 2021

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan obat vomceran 4 mg melalui IV dengan hasil obat berhasil masuk. Pukul 08.30 WIB memonitor asupan makan dengan hasil pasien mengatakan makan sedikit hanya ¼ porsi makanannya dan tidak mual saat makan. Pukul 08.40 menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien masih merasa mual dan akan mencoba ajuran tersebut. Pukul 08.50 WIB WIB perawat ruangan memonitor keluhan mual dengan hasil

pasien mengatakan masih merasa mual, namun tidak muntah dan pasien masih tidak nafsu makan. Pukul 12.00 WIB memberikan obat vomceran 4 mg melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi. pukul 12.30 WIB mengkolaborasi dengan ahli gizi dengan hasil pasien diberikan diet rendah protein, rendah lemak, diet jantung, diet lambung, kebutuhan energi 1.500 kkal, kebutuhan protein 40 gr/ hari dan bentuk lunak dengan lauk cincang. Pukul 13.00 WIB memonitor asupan makan dengan hasil pasien menghabiskan ½ porsi makanan dan makan lebih banyak dari hari kemarin. Pukul 14.00 memonitor mual dengan hasil pasien tidak merasa mual saat makan. Pukul 17.00 WIB cernevit 750 mg melalui IV, obat berhasil diberikan. Pukul 19.00 WIB perawat ruangan memberikan obat vomceran 4 mg melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada tanda-tanda alergi. Pukul 21.15 WIB perawat ruangan memonitor mual dan muntah dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak merasa mual saat makan. Pukul 21.20 WIB perawat ruangan memonitor asupan makanan pasien dengan hasil anak pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanannya. Pukul 24.00 WIB perawat ruangan memberikan obat vomceran 4mg dengan hasil obat berhasil diberikan

Evaluasi keperawatan tanggal 07 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan mual sudah tidak ada, makan habis ½ porsi.

Objektif : Porsi makanan yang dihabiskan ½ , pasien tidak mual saat diberikan makanan namun masih belum bisa makan terlalu banyak.

Analisa: Masalah belum selesai, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan intervensi b,c,e,f,g,h,i.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 08 Mei 2021

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan obat vomceran 4 mg melalui IV dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 08.30 memonitor asupan makanan pasien dengan hasil pasien menghabiskan 1 porsi makanan dan nafsu makannya membaik. Pukul 13.30 WIB memonitor asupan makan pasien dengan hasil pasien menghabiskan 1 porsi makanan. Pukul 14.00 memonitor berat badan pasien dan IMT pasien dengan hasil BB 39,2 kg TB 150 cm dan IMT 17,3 (berat badan kurang). Pukul 17.00 WIB perawat ruangan memberikan obat folac 400 mg melalui oral, vomceran 4 mg dan cernevit 750 mg melalui IV, obat tidak dimuntahkan dan berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 08 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif : Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan 1 porsi makanan, pasien tidak mengalami mual

Objektif : Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan, BB 39 kg TB 150 cm dan IMT 17,3 (berat badan kurang).

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi b,c,f,g,h,i oleh perawat ruangan.

4. Kelelahan berhubungan dengan Anemia

Data subjektif : Pasien mengatakan napas terasa sesak setelah banyak aktifitas, Pasien mengatakan sering merasa lelah, Pasien mengatakan aktifitasnya sering di bantu, Pasien mengatakan aktifitas sehari-hari memakai tongkat walker.

Data objektif :

Pasien tampak bedrest, Pasien tampak lemas, frekuensi napas 22x/menit, pasien terpasang O₂ nasal 3 liter/menit, HB: 8,8 g/dL (Nilai Rujukan: 11,7 - 15,5 g/dL). Kekuatan otot:

4444	4444
4444	tidak terkaji karena post

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kelelahan teratasi.

Kriteria hasil : Melaporkan perbaikan rasa berenergi, dapat melakukan aktivitas sehari-hari.

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi faktor stres/psikologis yang dapat memperberat / hari
- b. Monitor laporan kelelahan / shift
- c. Monitor istirahat/tidur / shift
- d. Rencanakan periode istirahat
- e. Berikan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dan ambulasi
- f. Berikan terapi obat ostovel 0,25 mcg sesuai program medis

Penatalaksanaan keperawatan tanggal 06 Mei 2021

Pukul 15.50 mengidentifikasi faktor/stres psikologis yang dapat memperberat dengan hasil pasien mengatakan merasa khawatir jika keadaannya memburuk. Pukul 16.05 WIB memberikan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dalam ambulasi dengan hasil memberikan bantuan kepada yaitu mengganti pakaian merubah posisi. Pukul 17.45 WIB memonitor istirahat/tidur dengan hasil pasien belum tidur karena tidak biasa tidur sore. Pukul 17.48 memonitor laporan kelelahan dengan hasil pasien mengatakan merasa cepat lelah jika banyak bergerak. Pukul 21.00 WIB mengidentifikasi faktor/stres psikologis yang dapat memperberat dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak terlalu memikirkan penyakitnya. Pukul 21.05 WIB perawat ruangan memonitor istirahat/tidur dengan hasil pasien sudah tidur. memonitor laporan kelelahan dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan

lelah dan lemas sehingga aktivitas sehari-harinya dibantu. Pukul 06.15 perawat ruangan memonitor kelemahan dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak terlalu lemas.

Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021 Pukul 18.00 WI

Subjektif : sering merasa lelah, aktifitas sehari-hari memakai tongkat walker dan aktifitasnya sering di bantu oleh anaknya
 Objektif : Pasien tampak bedrest, pasien tampak lemas.
 Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai
 Planning : Lanjutkan semua intervensi

Penatalaksanaan keperawatan tanggal 07 Mei 2021

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ostovel 0,25 mcg dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 09.15 WIB memonitor istirahat/tidur dengan hasil pasien mengatakan semalam tidur kurang nyenyak karena sering terbangun. Pukul 11.00 WIB mengidentifikasi faktor/stres psikologis yang dapat memperberat dengan hasil pasien mengatakan tidak merasa stres atau khawatir lagi. Pukul 11.05 WIB memonitor laporan kelelahan dengan hasil pasien mengatakan tidak merasakan kelelahan seperti kemarin. Pukul 13.15 WIB memberikan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dalam ambulasi dengan hasil memberikan bantuan kepada pasien yaitu mengganti baju pasien dan mengganti popok pasien. dengan hasil pasien sudah tidur. memonitor laporan kelelahan dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan lelah dan lemas sehingga aktivitas sehari-harinya dibantu. Pukul 21.18 perawat ruangan memonitor istirahat/tidur dengan hasil pasien mengatakan tidurnya masih belum nyenyak. Pukul 06.15 perawat ruangan memonitor kelemahan dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak terlalu lemas. Pukul 06.20 WIB perawat ruangan memonitor laporan kelelahan dengan hasil pasien sudah tidak merasakan lelah.

Evaluasi keperawatan tanggal 07 Mei 2021 Pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan masih merasakan lemas dan lelah sehingga aktifitasnya masih dibantu.

Objektif : Pasien tampak bedrest, pasien tampak lemas.

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 08 Mei 2021

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ostovel 0,25 mcg dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 09.45 WIB memonitor istirahat/tidur dengan hasil pasien mengatakan semalam tidurnya nyenyak tanpa terbangun. Pukul 10.55 WIB memonitor laporan kelelahan dengan hasil pasien mengatakan tidak merasakan kelelahan dan pasien sudah dapat duduk dan berdiri di sisi tempat tidur. Pukul 13.15 WIB memberikan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dalam ambulasi dengan hasil pasien pasien dapat duduk di sisi tempat tidur dan dibantu oleh keluarga pasien serta perawat.

Evaluasi keperawatan tanggal 08 Mei 2021 15.00 WIB

Subjektif : Pasien mengataka sudah tidak merasakan kelelahan

Objektif : pasien dapat duduk dan berdiri di sisi tempat tidur

Analisa : Masalah teratasi tujuan tercapai

Planning : Hentikan intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Saat pengkajian penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus antara lain:

Menurut (Siregar, 2020) tanda dan gejala pada *Chronic Kidney Disease* (CKD) sangat bervariasi, dapat berupa mengalami penambahan atau pengurangan urin, sering buang air kecil di malam hari (nokturia), keluhan nyeri di bagian pinggang/perut, oedem (bengkak), tekanan darah meningkat, nafsu makan berkurang, terasa sesak, gatal-gatal di kulit, nyeri saat buang air kecil, berkemih tidak lancar. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pasien tidak mengeluh gatal-gatal di kulit, tidak ada nyeri saat buang air kecil, dan berkemih tidak lancar.

Menurut (Doenges, 2012) pada pasien dengan CKD terdapat gejala kulit gatal dan infeksi di kulit, pasien juga akan mengalami demam. Demam dengan peningkatan nadi dan pernapasan adalah tanda peningkatan laju metabolik dan proses inflamasi. Namun terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus yaitu pasien tidak merasakan gatal dan demam dibuktikan dengan kulit bersih tidak bersisik, tidak gatal dan suhu 36° C (dalam batas normal), Leukosit 8,100 /ul (Nilai Rujukan 4,000 – 11,000).

Menurut (Doenges, 2012) CKD dapat menimbulkan kehilangan memori, penurunan tingkat kesadaran seperti stupor dan koma. Sementara pada pasien mampu mengingat dengan baik apa yang apa yang terjadi sebelum ke rumah sakit dan kejadian hari – hari sebelumnya, kesadaran pasien compos mentis (E: 4, M: 6, V: 5), kerusakan kognitif tidak ditemukan pada pasien karena pasien dapat berbicara dengan jelas, mengenal tempat dan waktu. Pasien hanya

mengalami sakit kepala karena rendahnya kadar hemoglobin pasien yang menyebabkan kurangnya suplai oksigen di dalam darah.

Pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) akan diberikan obat diuretik untuk mengatasi edema pada pasien, obat ini bekerja dengan cara membuang penumpukan cairan di dalam tubuh melalui urin. Terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus yaitu pasien tidak diberikan obat diuretik karena edema pasien saat ini non pitting dan bukan keadaan edema yang mengharuskan pasien diberikan obat diuretik.

Menurut (Doenges, 2012) pemeriksaan diagnostik pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) natrium serum mungkin rendah, dan pada kalium terjadi peningkatan, pemeriksaan GFR untuk melihat stadium CKD serta tingkat keparahan ginjal. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, pada hasil natrium pasien tanggal 06 mei 2021 = 138 (nilai rujukan 135-145 mg/dL). Dan pada hasil pemeriksaan kalium = 4.05 (nilai rujukan 3.50-5.00). Hasil pemeriksaan laboratorium natrium, kalium pasien normal, pasien tidak di lakukan pemeriksaan GFR.

Menurut (Kardiyudiani & Susanti, 2019) komplikasi pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah cairan di paru-paru atau edema. Namun pada pasien tidak ditemukan edema paru karena edema paru terjadi apabila kadar albumin dibawah batas normal (hipoalbumemia), namun pada pasien terdapat sesak dengan frekuensi nafas 22x/menit, terpasang nasul kanul O₂ liter/menit. Hal ini disebabkan karena pasien mengalami anemia, sel darah merah bertugas mengangkut oksigen ke seluruh tubuh dan jaringan tidak mencukupi.

Faktor pendukung dalam pengkajian ini adalah pasien dan keluarga kooperatif, menceritakan gejala yang di alami oleh pasien.

Faktor penghambat dalam pengkajian adalah tidak terbacanya beberapa tulisan dokter, perawat ruangan dan pemeriksaan penunjang yang tidak lengkap. Solusinya penulis mengkonfirmasi ulang dengan bertanya kepada perawat ruangan untuk membaca ulang tulisan tangan dokter juga tulisan perawat ruangan sebelumnya.

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada (Doenges, 2012) namun tidak ada pada kasus adalah :

1. Risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan berlebihan. Kekurangan cairan biasanya terjadi akibat kehilangan cairan berlebihan dari fase diuretik, dengan peningkatan pengeluaran urin. Diagnosa tersebut tidak diangkat oleh penulis karena pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) akan mengalami penurunan fungsi ginjal yang terjadi adalah tubuh sulit membuang cairan maka terjadi penumpukan cairan.
2. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan penyakit kronis *Chronic Kidney Disease* (CKD). Infeksi yang disebabkan oleh kontaminasi darah pada ginjal, atau lebih sering disebabkan oleh keluarnya saluran kemih. Melewati ureter untuk mencapai dapat menyebabkan kerusakan permanen pada ginjal. Diagnosa keperawatan tersebut tidak diangkat oleh penulis karena tidak terdapat infeksi seperti demam, kemerahan, nyeri dan bengkak pada pasien dan hasil leukosit 8.100 /ul (normal) dengan nilai rujukan (4.000-11.000 /ul).
3. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan keterbatasan kognitif. Pada kasus penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut dikarenakan saat dikaji pasien dan keluarga mengatakan sudah menegetahui tentang penyakitnya.

Dan keluarga pasien selalu mendampingi ketika kontrol ke dokter rawat jalan sehingga informasi tentang penyakit diketahui dengan baik.

4. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan status metabolik, sirkulasi (anemia dengan iskemia jaringan) dan sensasi (neuropati perifer). Pada kasus penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut dibuktikan dengan pasien tidak mengalami kerusakan kulit, kulit tidak bersisik, tidak ada luka pada kulit pada pasien dan pasien tidak mengalami dekubitus.

5. Risiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan katabolisme protein ; pembatasan diet untuk menurunkan produk sisa nitrogen, peningkatan kebutuhan metabolik, anoreksia, mual/muntah ; ulkus mukosa mulut. Diagnosa ini tidak diangkat oleh penulis karena penulis mengambil diagnosa nutrisi menggunakan buku literature yang lain yaitu SDKI karena pasien mengalami keengganan untuk makan, nafsu makan menurun, cepat kenyang setelah makan, membran mukosa pucat. BB = 38kg, TB = 150 cm, IMT =16,8 kg/m², penurunan berat badan 7 kg sejak sakit, sehingga diagnosa nutrisi seharusnya sudah aktual.

Penulis menemukan diagnosa yang terdapat dalam kasus namun tidak terdapat dalam teori :

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan. Penulis mengangkat diagnosa ini dikarenakan saat pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh mual, tidak nafsu makan, hanya makan 1-2 sendok porsi makanannya, BB = 38kg, TB = 150 cm, IMT =16,8 kg/m², penurunan berat badan 7 kg sejak sakit, konjungtiva anemis, pasien tampak pucat.

Faktor pendukung dalam pengkajian ini adalah pasien dan keluarga kooperatif, menceritakan gejala yang di alami dan memberikan info dengan jelas. Data-data pasien mendukung dan terdapat sumber buku yang membantu penulis dalam menegakkan diagnosa.

Dalam penegakkan diagnosa keperawatan penulis tidak menemukan faktor penghambat dalam membuat diagnosa, karena terdapat sumber referensi menegakkan diagnosa sesuai dengan keluhan pasien.

C. Perencanaan keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas pada kasus adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan. Berdasarkan kebutuhan hirarki maslow yang pertama yaitu kebutuhan fisiologis. Diagnosa tersebut dipilih berdasarkan kegawatdaruratan pasien yaitu sirkulasi. Hal ini di buktikan dengan TD: 150/95 mmHg, MAP 113 mmHg, nilai EKG: sinur ritme (normal), CRT: < 3 detik, hasil thorax: Kardiomegali dengan elongasi dan kalsifikasi aorta, proses lama kedua lapangan atas paru disertai pneumonia paru kanan atas dd/ proses spesifik (rekurens?), penebalan fisura minor kanan dd/ pleuritis.

Menurut teori penyusunan waktu dalam mencapai tujuan dari setiap perencanaan tidak ada batasan waktu, sedangkan pada kasus penulis menetapkan 3x24 jam untuk pencapaian setiap perencanaan pada diagnosa keperawatan yang sudah ditegakkan oleh penulis. Dan terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus pada setiap perencanaan.

Berikut adalah perencanaan keperawatan yang terdapat pada teori namun tidak direncanakan pada kasus yaitu :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan.
 - a. Selidiki keluhan nyeri dada, perhatikan lokasi, radiasil beratnya (skala 0-10) dan apakah tidak menetap dengan inspirasi dalam dan posisi

- terlentang. Rencana tindakan tersebut tidak diangkat oleh penulis karena tidak terdapat keluhan nyeri dada pada pasien.
- b. Bantu dalam perikardiosentesis sesuai indikasi. Rencana tindakan tidak diangkat oleh penulis karena tidak ada indikasi untuk melakukan perikardiosentesis.
 - c. Awasi pemeriksaan laboratorium, contoh : Elektrolit (kalium, natrium, kalsium, magnesium), BUN. Rencana tindakan tersebut tidak penulis angkat karena setelah diperiksa hasil kalium pasien 4.05 mmol/l (nilai rujukan 3.50-5.00), natrium 138 mmol/l (135-145) normal. Pemeriksaan kalsium, magnesium dan BUN tidak dilakukan pemeriksaan.
 - d. Siapkan dialisis. Rencana tindakan tersebut tidak diangkat oleh penulis karena tidak ada instruksi pada program medis.
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulator
- a. Timbang berat badan setiap hari. Rencana tindakan tersebut tidak diangkat oleh penulis karena pasien dilakukan timbang berat badan setiap 3 hari sekali
 - b. Askultasi paru dan bunyi jantung. Rencana tindakan tersebut tidak diangkat oleh penulis karena rencana tersebut telah dilakukan di diagnosa penurunan curah jantung
 - c. Berikan/batasi cairan sesuai indikasi. Rencana tindakan tersebut tidak diangkat oleh penulis karena pada saat pengkajian tidak ada instruksi untuk dilakukan pembatasan cairan
 - d. Berikan obat diuretik. Rencana tindakan tersebut tidak diangkat oleh penulis karena pasien tidak diberikan obat diuretik dan edema pasien saat ini edema non pitting.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan. Pada diagnosa tersebut diambil dari buku literature lain sebagai pedoman dalam perencanaan dikarenakan pasien sudah mengalami defisit nutrisi. Dalam perencanaan terdapat identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik perencanaan tersebut tidak diangkat oleh penulis karena kesadaran pasien compos mentis, pasien dapat menelan makanannya.
4. Kelelahan berhubungan dengan anemia.
 - a. Tingkatkan tingkat patisipasi sesuai toleransi pasien. Rencana tindakan tersebut tidak diangkat oleh penulis karena pasien memiliki keterbatasa dalam bergerak dan pasien lansia diawasi dengan ketat.
 - b. Awasi kadar elektrolit, termasuk kalsium, magnesium, dan kalium. Rencana tindakan tersebut tidak diangkat oleh penulis karena tidak termasuk dalam program medis.

Faktor penghambat dalam menentukan rencana keperawatan ini tidak ada karena terdapat sumber referensi sehingga penulis dapat menentukan perencanaannya.

Faktor pendukung dalam pengkajian ini adalah pasien dan keluarga kooperatif, menceritakan gejala yang di alami dan memberikan info dengan jelas. Data-data pasien mendukung dan terdapat sumber buku yang membantu penulis dalam menegakkan diagnosa.

D. Pelaksanaan keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan berdasarkan perencanaan yang telah disusun, dicatat sesuai tindakan yang telah dilakukan selama 3x24 jam yaitu tanggal 06 Mei 2021 sampai 08 Mei 2021. Dalam melakukan implementasi penulis mengacu pada perencanaan keperawatan yang sudah dibuat. Pelaksanaan berjalan dengan baik dikarenakan pasien dan keluarga

pasien sangat kooperatif sehingga perencanaan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat, dan juga perawat ruangan yang telah membantu serta memberikan kepercayaan kepada penulis untuk melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien.

Faktor pendukung penulis dalam pelaksanaan keperawatan adalah sikap kooperatif dari keluarga dan pasien, serta dukungan dan bantuan dari perawat yang sudah mempercayakan tindakan kepada penulis sehingga dapat terlaksana perencanaan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun

Faktor penghambat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ini yaitu keterbatasan waktu sehingga tidak dapat dilaksanakan selama 24 jam. Sehingga penulis tidak bisa memantau klien secara maksimal dan hanya bisa melihat dari catatan keperawatan. Namun, penulis dapat mengatasi masalah dengan melakukan kerja sama dengan perawat ruangan sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan tetap berjalan.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan dilakukan secara berkesinambungan pada kasus yang dengan melibatkan pasien dan tenaga keperawatan lainnya yang dilakukan selama tiga hari yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan
Setelah dilakukan pengkajian 3x24 jam diharapkan curah jantung kembali efektif. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai, ditandai dengan TD 135/60 mmHg (MAP 85 mmHg), nadi 85x/menit, pengisian kapiler < 3 detik.

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulator. Setelah dilakukan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan kembali normal. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai, ditandai dengan TTV: TD 110/90 mmHg, nadi 90x/menit, intake-output 24 jam infus: 1000cc, minum 1.200 cc, output 1.600 cc, IWL 380 cc. $\text{Intake} - \text{output} = 2.200 \text{ cc} - 1.980 \text{ cc} = (+) 200 \text{ cc}$, masih terdapat edema non pitting.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makanan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nutrisi tetap adekuat. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai. Ditandai dengan pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan, BB 39 kg TB 150 cm dan IMT 17,3 (berat badan kurang).
4. Kelelahan berhubungan dengan anemia. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kelelahan teratasi. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi tujuan tercapai. Ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak merasakan kelelahan, pasien dapat duduk dan berdiri di sisi tempat tidur.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Chronic Kidney Disease (CKD) keadaan dimana terjadi kegagalan fungsi ginjal untuk menyaring darah, mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit. Hal itu menyebabkan terjadinya kelebihan cairan dan produk limbah dalam darah yang berada di dalam tubuh selanjutnya akan menyebabkan masalah kesehatan lainnya, seperti penyakit jantung dan stroke. Perjalanan CKD tergantung pada penyakit yang mendasarinya. Hipertensi (tekanan darah tinggi) dan diabetes merupakan penyebab paling umum dari CKD.

Pasien dengan CKD dapat ditandai dengan sesak napas, cepat lelah, tekanan darah meningkat, sakit kepala, nyeri pinggang, jarang berkemih atau jumlah urin berkurang pembengkakan di bagian tubuh tertentu seperti kaki, lengan, wajah, perut dan mata. Hal tersebut bisa terjadi akibat dari peningkatan kadar kreatinin (azotemia) dan peningkatan uremia (peningkatan kadar urea dalam darah). Ureum dan kreatinin adalah dua zat penting dalam metabolisme ginjal, sehingga peningkatan kadar ureum dan kreatinin dalam ginjal merupakan faktor penyebab terjadinya CKD. Pengkajian pada pasien di dapat data : tekanan darah ureum 64 mg/dL* (Nilai Rujukan 13-43), kreatinin 1.81 mg/dL* (Nilai Rujukan 0.57 – 1.13), adanya edema di ekstremitas bawah tungkai sebelah kiri, tekanan darah 150/95mmHg.

Pada saat melakukan pengkajian pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD), ditemukan data yaitu cepat lelah, lemas, sesak napas, nyeri pinggang, pembengkakan pada bagian ekstremitas bawah sebelah kiri, peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik melebihi batas normal yaitu 150/95 mmHg, pasien memiliki riwayat gagal ginjal dan jantung. *Chronic Kidney Disease*

(CKD) adalah suatu kondisi dimana ginjal rusak dan tidak dapat menyaring darah sebagaimana mestinya. Saat terjadi *Chronic Kidney Disease* (CKD) akan menimbulkan penurunan produksi eritropoietin, sehingga dapat mengakibatkan anemia.

Terdapat sembilan diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) menurut teori adalah Kelebihan volume cairan berhubungan dengan mekanisme regulatori (gagal ginjal) dengan retensi air, risiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan mempengaruhi volume sirkulasi, kerja miokardial, dan tahanan vaskular sistemik; gangguan frekuensi, irama, konduksi jantung (ketidakseimbangan elektrolit, hipoksia); akumulasi toksin (urea), kasifikasi jaringan lunak (defisit Ca^+ fosfat), risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan katabolisme protein ; pembatasan diet untuk menurunkan produk sisa nitrogen, peningkatan kebutuhan metabolik, anoreksia, mual/muntah ; ulkus mukosa mulut, kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik/pembatasan diet, anemia, risiko tinggi infeksi berhubungan dengan depresi pertahanan imunologi (sekunder terhadap uremia), prosedur invasif/alat (contoh kateter urine), risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan berlebihan (fase diuretik, dengan peningkatan volume urine dan melambatnya pengembalian kemampuan absorpsi tubular), risiko tinggi terhadap cedera berhubungan dengan penekanan produksi/sekresi eritropoietin; penurunan produksi dan SDM hidupnya; gangguan faktor pembekuan; peningkatan kerapuhan kapiler, risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan status metabolik, sirkulasi (anemia dengan iskemia jaringan) dan sensasi (neuropati perifer), kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.

Berdasarkan prioritas masalah pada pasien adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan mempengaruhi volume sirkulasi, yang dapat dibuktikan dengan adanya peningkatan tekanan darah . Adapun tujuan dari kriteria hasil yang ditetapkan dalam 3x24 jam diharapkan penurunan curah jantung kembali efektif. Maka perencanaan mandiri atau kolaborasi yaitu, monitor bunyi jantung dan paru, evaluasi adanya edema perifer/kongesti vaskular dan keluhan dispnea / shift, monitor pengisian kapiler, monitor tanda-tanda vital (TD, nadi,RR), monitor status MAP, Berikan posisi nyaman dengan posisi semi-fowler yang merupakan perencanaan mandiri dan pemberian terapi obat dan diet pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang merupakan kolaborasi dengan tim medis sesuai dengan program medis.

Evaluasi keperawatan yang yang harus dilakukan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah mengevaluasi yang dilakukan pada akhir proses pelaksanaan dan evaluasi akhir pelaksanaan. Evaluasi tersebut didapatkan dari perbandingan antara kriteria hasil dengan hasil yang didapatkan dari pelaksanaan pada respon pasien. Pada diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan mempengaruhi volume sirkulasi, diharapkan curah jantung kembali efektif. Selama pasien dirawat 3x24 jam masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan tidak merasakan kesemutan, nyeri di pinggang dan sesak nafas, TD 135/60 mmHg (MAP 85 mmHg), nadi 85x/menit, edema masih ada di ekstremitas bawah, pengisian kapiler <3 detik.

Evaluasi pada diagnosa kedua adalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulator. Hal ini karena pasien dengan CKD akan mengalami penurunan fungsi renal dalam mengekskresikan cairan sehingga terjadi penumpukan cairan di dalam tubuh seperti kaki, tangan, wajah. Dan dibuktikan dengan hasil lab ureum: 64 mg/dL* (Nilai Rujukan 13-43 mg/dL), kreatinin 1,81 mg/dL* (Nilai Rujukan 0.57-1.13 mg/dL). Selama pasien dirawat

3x24 jam masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai ditandai dengan TTV: TD 110/90 mmHg, nadi 90x/menit, intake-output 24 jam infus: 1000cc, minum 1.200 cc, output 1.600 cc, IWL 380 cc. Intake – output = 2.200 cc – 1.980 cc = (+) 220 cc, masih terdapat edema non pitting.

Evaluasi pada diagnosa ketiga adalah defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan, diharapkan nutrisi adekuat. Selama pasien di rawat 3x24 jam masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai. Ditandai dengan pasien sempat menghabiskan 1 porsi makanan, BB 39 kg TB 150 cm dan IMT 17,3 (berat badan kurang).

Evaluasi pada diagnosa keempat adalah kelelahan berhubungan dengan anemia, diharapkan kelelahan teratasi. Selama pasien dirawat 3x24 jam masalah teratasi tujuan tercapai. Ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak merasakan kelelahan, pasien dapat duduk dan berdiri di sisi tempat tidur.

B. Saran

1. Bagi petugas kesehatan

Diharapkan kepada petugas kesehatan agar meningkatkan pengetahuan mengenai penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD). Agar dapat dilakukan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien. Diharapkan pula untuk pencatatan pendokumentasiun ditulis secara rapih, benar dan lengkap agar dapat dipahami sehingga tidak terjadi kesalahan bagi pembacanya dalam melakukan tindakan selanjutnya.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan institusi untuk menyediakan lebih banyak sumber buku dan literatur kepada mahasiswa mengenai penyakit pada sistem perkemihan dan penyakit lainnya sehingga mahasiswa dapat mengetahui dengan pasti tentang penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD).

3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa keperawatan lebih memahami konsep proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi, sehingga dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) lebih maksimal lagi dengan cara memperbanyak membaca buku atau literature yang berkaitan dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, S. (2016). *STOP! GAGAL GINJAL*. Istana Media.
- Basri, B., Utami, T., & Mulyadi, E. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan*. CV Media Sains Indonesia.
<https://books.google.com/books?id=uiwNEAAAQBAJ&pg=PA271&dq=Konsep+Dasar+Dokumentasi+Keperawatan&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwivw-vzzO7wAhXZKM0KHftTByEQ6AEwAHoECACQAg#v=onepage&q=Konsep+Dasar+Dokumentasi+Keperawatan&f=false>
- Budianto, Y. (2017). Hubungan Diabetes Mellitus Dengan Kejadian Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja Kabupaten Ogan Komering Ulu. *Journal Cendikia Medika*.
- Delima, D., Tjitra, E., Tana, L., Halim, F. S., Ghani, L., Siswoyo, H., Idaiani, S., Andayasari, L., Widowati, L., Gitawati, R., Sihombing, M., Notohartoyo, I. T., Sintawati, S., Jovina, T. A., Karyana, M., Nugroho, P., Wibisono, D., Sarwono, J., Agustin, H., ... Siswanto, S. (2017). Faktor Risiko Penyakit Ginjal Kronik : Studi Kasus Kontrol di Empat Rumah Sakit di Jakarta Tahun 2014. *Buletin Penelitian Kesehatan*. <https://doi.org/10.22435/bpk.v45i1.5771.17-26>
- Doenges, M. E. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan Pendokumentasian Perawatan Pasien Edisi 3*. EGC.
- Hanafi, R., Bidjuni, H., & Babakal, A. (2016). HUBUNGAN PERAN PERAWAT SEBAGAI CARE GIVER DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUP PROF. DR. R. D. KANDOU MANADO. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*.
- Harmilah. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. PT. PUSTAKA BARU.
- Infodatin. (2017). Infodatin. *Situasi Penyakit Ginjal Kronik*, 1–10.

<https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-ginjal-2017.pdf>

Kardiyudiani, N. K., & Susanti, B. A. D. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah I*. PT. PUSTAKA BARU.

Kemenkes. (2017). *Ginjal Kronis*. <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/subdit-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah/ginjal-kronis>

Muttaqin, A., & Sari, K. (2014). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika.

Pongsibidang, G. S. (2017). Risiko Hipertensi, Diabetes, Dan Konsumsi Minuman Herbal Pada Kejadian Gagal Ginjal Kronik Di Rsup Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2015. *Jurnal Wiyata Penelitian Sains Dan Kesehatan*, 3(2), 162–167. <https://ojs.iik.ac.id/index.php/wiyata/article/view/87>

Prihatiningtias Arifianto, K. J., & Arifianto, A. (2017). Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Penyakit Ginjal Kronik. *Jurnal Ners Widya Husada*.

Riskesdas. (2018). *HASIL UTAMA RISKESDAS 2018*. Kementerian Kesehatan RI. https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf

Sah, O. S. P., & Qing, Y. X. (2015). Associations between hyperuricemia and chronic kidney disease: A review. In *Nephro-Urology Monthly*. [https://doi.org/10.5812/numonthly.7\(3\)2015.27233](https://doi.org/10.5812/numonthly.7(3)2015.27233)

Siregar, C. T. (2020). *Buku Ajar Manajemen Komplikasi Pasien Hemodialisa*. Deepublish Publisher. https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Manajemen_Komplikasi_Pasien_He/MjT4DwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1

Suddarth, B. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*. EGC.

Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *KMB 1 (Keperawatan Medikal Bedah)*. Nuha

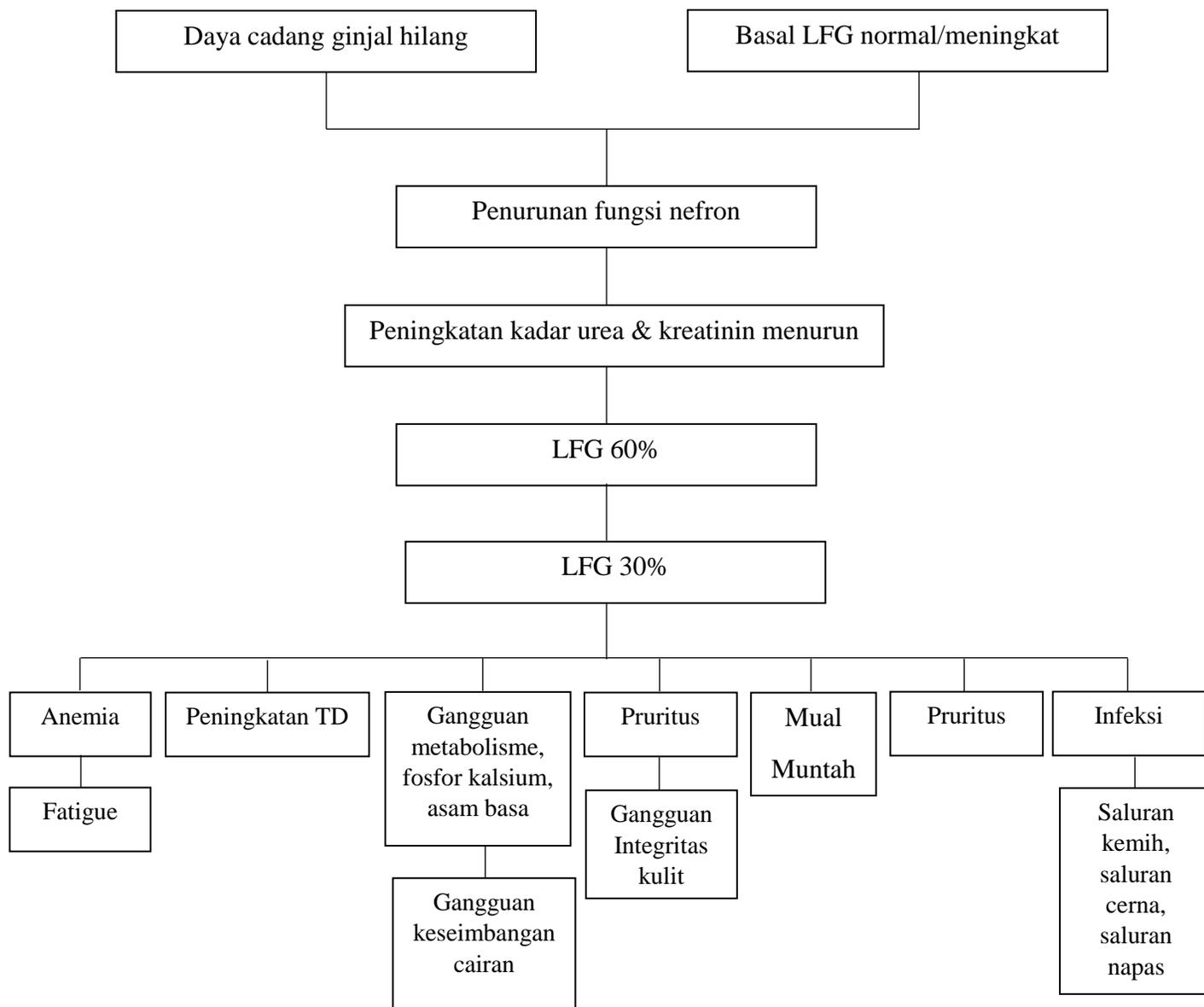
Medika.

William, H. A., Ketaren, I., & Supit, A. I. (2020). Dampak Coronavirus Disease 2019 terhadap Sistem Krdiovaskular. *E-CliniC*.

<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/30540/29407>

LAMPIRAN

Pathway *Chronic Kidney Disease* (CKD)



Sumber: (Kardiyudiani & Susanti, 2019)