



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANGAN IRNA NON BEDAH PENYAKIT DALAM RSUP. DR. M. DJAMIL PADANG

KARYA TULIS ILMIAH

SYAIFIL MAZANA

NIM : 203110156

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 2022/2023



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANGAN IRNA NON BEDAH PENYAKIT DALAM RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes RI Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

SYAIFIL MAZANA

NIM : 203110156

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang selalu melimpahkan karunia-nya kepada kita sehingga sampai pada hari ini peneliti masih diberi rahmat kemudahan untuk selalu terbuka akal dan pikiran, mata, dan hati dalam mencari ilmu serta peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini berjudul tentang **"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di Ruang Irna Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang"**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D - III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang. Peneliti menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat : Ibu Ns. Netti, S.Kep,M.Pd,M.Kep selaku dosen pembimbing I dan Ibu Ns. Nova Yanti, M.Kep,Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG (K),MARS selaku direktur Umum RSUP DR.M. Djamil Padang yang telah memberikan izin penelitian di RSUP DR.M. Djamil Padang.
2. Ibu Renidayati. SKp. M.Kep. Sp. Jiwa selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI Padang.
3. Bapak Tasman, S.Kp,M.Kep. Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang.

5. Ibu Wiwi Sartika, DCN,M.Biomed selaku Pembimbing Akademik yang selalu memotivasi peneliti selama perkuliahan dan selama penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu dosen beserta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
7. Teristimewa kepada Bapak Zulherman dan Ibu Maidar (almh) selaku kedua orang tua peneliti dan saudari Husnul Khatimah selaku saudara peneliti yang telah memberikan support, dukungan, doa, semangat, restu, dan kasih sayang yang tidak dapat ternilai harganya dengan apapun.
8. Sahabat dan teman – teman seperjuangan yang telah memberikan nasehat, semangat, dan bantuan kepada peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata peneliti berharap semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas semua kebaikan kepada pihak yang telah membantu peneliti. Dan peneliti berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, Mei 2023

Peneliti

LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Syaiful Muzana

NIM : 203110156

Tanggal : 05 Juni 2021

Tanda Tangan :

The image shows a handwritten signature in black ink over a yellow official stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text "METRAL TEMPER" and "STAFUSKAS/447100".

Poltekkes Kemenkes Padang

HALAMAN PERSetujuan

Karya Tulis Ilmiah

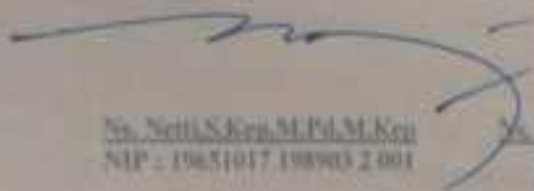
Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Analisa Keperawatan pada Pasien Dengan
Candu Ekstasi Dengan (CKD) Di Rumah BINA Ners Rumah Sakit Di Liris
RSUP Dr. M Djamil" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di bagian
Tas Desain Pengasah Saling Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan
Padang Poltekkes Kementerian Kesehatan RI Padang.

Padang, 18 Mei 2023

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II



Ns. Netti S. Ken, M. Pd, M. Keu
NIP. 19851017 198903 2 001



Ns. Nera Yanti, M. Keu, Sp. Keu, MEd
NIP. 19801023 20021 2 002

Mengabikan

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

Poltekkes Kemenkes RI Padang



Ns. Yemi Fasriyanti, M. Keu

NIP. 19750121 199903 2 005

*

Poltekkes Kemenkes Padang

HALAMAN PENGESAHAN

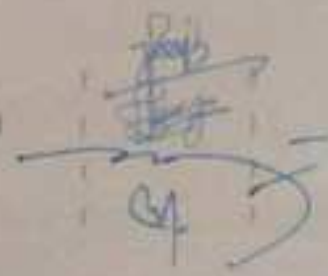
Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama: Syahli Marzan
Nim: 203110155
Program Studi: D-III Keperawatan Padang
Judul KTI: Analisis Keperawatan Pada Pasien Dengan Gejala Edema
Onkase (CKD) Di Ruang IRSA Non-Bedah Penyakit
Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menempuh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.

Dewan Penguji:

Ketua Penguji: Ns. Hundi Dauli, M.Kep, Sp.KMII
Penguji: Ns. Hj. Della Raza, S. Kep, M. Bismil
Penguji: Ns. Nur, M.PM, M.Kep
Penguji: Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp.Kep, MBI
Di tempa: Poltekkes Kemenkes Padang
Tanggal: 02 Juni 2023



Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yenti Endriyanti, M.Kep
NIP. 19750411 199603 2 005

Poltekkes Kemenkes Padang

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Syaifil Mazana
NIM : 203110156
Tempat Tanggal Lahir : Padang, 12 September 2001
Jenis Kelamin : Laki- laki
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Jln. Aur Duri Indah XII No. 4. Parak Gadang Timur,
Kecamatan Padang Timur, Kota Padang,
Provinsi Sumatera Barat.

Nama Orang Tua
Ayah : Zulherman
Ibu : Maidar (almh)

Riwayat Pendidikan

NO	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1	TK	TK Sandhy Putra (Telkom Padang)	2007-2008
2	SD	SDN 18 Kp. Durian	2008-2014
3	SMP	SMPN 9 Padang	2014-2017
4	SMA	SMAN 4 Padang	2017-2020
5	D-III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2020

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN RI PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, Mei 2022

Syaifil Mazana

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di
Ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil**

Isi : xi + 84 Halaman + 1 Bagan +1 Tabel +12 Lampiran.

ABSTRAK

Chronic Kidney Disease Initiative (CDC, 2021) memaparkan bahwa *Chronic Kidney Disease* (CKD) lebih sering terjadi pada orang berusia 65 tahun atau lebih tua (38%) dibandingkan orang berusia 45-64 tahun (12%) atau 18-44 tahun (6%). Berdasarkan data (Riskesdas, 2018), prevalensi *Chronic Kidney disease* (CKD) di Indonesia sebesar 3,8%. Tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien CKD di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

Jenis penelitian deskriptif dengan menggunakan desain studi kasus. Dilakukan di Ruang Irna Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan November 2022 – Juni 2023. Penelitian dilakukan di Ruang Interne Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi penelitian berjumlah 3 orang pasien CKD di Ruang Irna Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang. Sampel penelitian 1 orang yang diambil dengan teknik *simple random sampling*. Metode pengumpulan data yang dilakukan adalah wawancara, pengukuran, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi.

Hasil penelitian didapatkan nafas sesak, lemah, mual, penggunaan otot bantu napas, cuping hidung, kulit pucat, nafsu makan menurun, napas bau amonia. Diagnosa keperawatan adalah pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif dan resiko ketidakseimbangan elektrolit. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu manajemen jalan napas, manajemen asam basa : asidosis metabolik, perawatan sirkulasi, transfusi darah, pemantauan elektrolit dan manajemen mual. Evaluasi masalah pola napas teratasi pada hari ke 5, perfusi perifer tidak efektif teratasi pada hari ke 5 dan resiko ketidakseimbangan elektrolit teratasi pada hari ke 3.

Diharapkan bagi perawat ruangan agar dapat menggunakan terapi komplementer sebagai pendamping terapi farmakologi guna menurunkan rasa mual pada pasien CKD.

Kata kunci : *Chronic Kidney Disease* (CKD), Asuhan
KeperawatanDaftar Pustaka : 48 (2011- 2022)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR.....	ii
LEMBAR ORISINALITAS	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Konsep Dasar Penyakit <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD)	12
1. Defenisi	12
2. Etiologi.....	13
3. Klasifikasi	15
4. Manifestasi Klinis.....	17
5. Patofisiologi	19
6. WOC	21
7. Komplikasi	23
8. Pemeriksaan Penunjang	25
9. Penatalaksanaan.....	27
B. Konsep Asuhan Keperawatan <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD).....	30
1. Pengkajian Keperawatan.....	30
2. Diagnosa Keperawatan	42
3. Intervensi Keperawatan	43
4. Implementasi Keperawatan.....	51
5. Evaluasi Keperawatan	51

BAB III : METODOLOGI PENELITIAN	52
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	52
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	52
C. Subjek Penelitian.....	53
D. Alat dan Instrument Pengumpulan Data.....	54
E. Teknik Pengumpulan Data	55
F. Jenis – Jenis Data	56
G. Analisis Data.....	56
BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN KASUS.....	57
A. Deskripsi Lokasi Penelitian	57
B. Deskripsi Kasus.....	57
C. Pembahasan Kasus	65
BAB V : PENUTUP	82
A. Kesimpulan	82
B. Saran.....	84
DAFTAR PUSTAKA.....	85

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan Karya Tulis Ilmiah (GANCHART)
Lampiran 2	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah pembimbing I
Lampiran 3	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah pembimbing II
Lampiran 4	Surat Izin Pengambilan Data Dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
Lampiran 5	Surat Izin Pengambilan Data Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 6	Surat Izin Penelitian Dari Poltekkes Kemenkes Padang
Lampiran 7	Surat Keterangan Lolos Kaji Etik Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 8	Surat Izin Penelitian Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 9	Surat Persetujuan Menjadi Responden (<i>Informed Consent</i>)
Lampiran 10	Daftar Hadir Penelitian
Lampiran 11	Surat Selesai Peneltitan Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 12	Laporan Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Kasus CKD

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Chronic kidney disease (CKD) atau Gagal Ginjal Kronik adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel dimana tubuh gagal mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang mengakibatkan terjadinya uremia dalam tubuh (Harmilah 2020). Selanjutnya pendapat Safitri and Sani (2019) CKD merupakan suatu penyakit yang menyerang organ ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan, dimana terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) ≤ 60 ml/menit/1,73 m² dengan atau tanpa kerusakan ginjal.

Penyebab CKD dapat disebabkan karena faktor dari ginjal itu sendiri dan penyakit umum di luar ginjal (Harmilah 2020). Berdasarkan data *7th Report of Indonesian Renal Registry* pada tahun 2014, penyebab CKD pada pasien yang melakukan tindakan hemodialisis disebabkan karena hipertensi (37%), kemudian diikuti diabetes mellitus (27%) (Rachmawati & Marfianti 2016). *Indonesian renal registry* (IRR) mencatat pada tahun 2016, nefropati diabetika (52%) menjadi penyebab utama terjadinya CKD, diikuti oleh hipertensi (24 %) (Riskesdas 2018). Hasil penelitian Aisara di RSUP DR M Djamil Padang, menyebutkan penyebab CKD pada pasien hemodialisis adalah hipertensi 34% kemudian nefropati diabetika 27% (Aisara et al. 2018).

Pasien CKD sering tidak menunjukkan gejala yang spesifik (*asimtomatik*), sehingga banyak pasien mengabaikan dan tidak membawa ke fasilitas kesehatan. Tanda dan gejala pasien CKD berupa tekanan darah tinggi, perubahan frekuensi dan jumlah buang air kecil dalam sehari, adanya darah dalam urin, lemah serta sulit tidur, kehilangan nafsu makan, sakit kepala, tidak dapat berkonsentrasi, gatal, sesak, mual & muntah, bengkak pada kaki

(Kemenkes RI 2019). Pasien sering mencari pelayanan kesehatan setelah terjadi perburukan dan komplikasi seperti di diagnosis CKD tahap akhir atau *End-Stage Renal Disease* (ESRD) (Safitri and Sani 2019). Menurut penelitian Saputra et al. (2020) menyatakan pasien CKD sering datang berobat ketika sudah stadium akhir/ESRD (83%).

White et al. (2012), memaparkan bahwa gejala klinis CKD akan menyebabkan oliguria, anemia, hipervolemia dan takikardia, dyspnea dan edema paru, uremia, kulit kering dengan pruritus, letargi, neuropati perifer, penurunan libido, kram otot, penurunan produksi anti bodi. Hasil penelitian Aisara (2018) Di RSUP DR. M Djamil Padang, menyebutkan bahwa pada sepertiga penderita CKD yang melakukan Hemodialisis mengeluh kekurangan energi (76%), pruritus (74%), mengantuk (65%), dyspnea (61%), edema (58%), nyeri (53%), mulut kering (50%), kram otot (50%), kurang nafsu makan (47%), konsentrasi yang buruk (44%), kulit kering (42%), gangguan tidur (41%), dan sembelit (35%).

Penyakit CKD umumnya akan berdampak pada semua sistem organ, seperti gangguan cairan dan elektrolit, metabolik - endokrin, neuromuskular, kardiovaskular dan paru, kulit, gastrointestinal, hematologi serta gangguan imunologi (Aisara et al. 2018). Komplikasi CKD paling serius yang tidak segera di obati adalah *Ensefalopati Uremikum*, yaitu disfungsi otak yang menyebabkan perubahan kesadaran, perubahan perilaku dan kejang, karena kelainan intraserebral dan ekstraserebral yang jika tidak ditangani segera akan mengancam nyawa (Rosari et al. 2017). Hasil penelitian (Aisara et al. 2018) yang di lakukan di RSUP Dr. M, Djamil Padang, menyebutkan berdasarkan pengamatan yang dilakukan terhadap komplikasi neurologis yang terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis, di dapatkan dari 104 pasien yang melakukan tindakan hemodialisis, di dapatkan 7 pasien (6,7 %) mengalami *ensefalopati uremikum* dan 97 pasien (93,3 %) tidak mengalaminya.

White et al. (2012), memaparkan bahwa gejala klinis CKD akan menyebabkan oliguria, anemia, hipervolemia dan takikardia, dyspnea dan edema paru, uremia, kulit kering dengan pruritus, letargi, neuropati perifer, penurunan libido, kram otot, penurunan produksi anti bodi. Hasil penelitian Aisara (2018) Di RSUP DR. M Djamil Padang, menyebutkan bahwa pada sepertiga penderita CKD yang melakukan Hemodialisis mengeluh kekurangan energi (76%), pruritus (74%), mengantuk (65%), dyspnea (61%), edema (58%), nyeri (53%), mulut kering (50%), kram otot (50%), kurang nafsu makan (47%), konsentrasi yang buruk (44%), kulit kering (42%), gangguan tidur (41%), dan sembelit (35%).

Penyakit CKD umumnya akan berdampak pada semua sistem organ, seperti gangguan cairan dan elektrolit, metabolik - endokrin, neuromuskular, kardiovaskular dan paru, kulit, gastrointestinal, hematologi serta gangguan imunologi (Aisara et al. 2018). Komplikasi CKD paling serius yang tidak segera di obati adalah *Ensefalopati Uremikum*, yaitu disfungsi otak yang menyebabkan perubahan kesadaran, perubahan perilaku dan kejang, karena kelainan intraserebral dan ekstraserebral yang jika tidak ditangani segera akan mengancam nyawa (Rosari et al. 2017). Hasil penelitian (Aisara et al. 2018) yang di lakukan di RSUP Dr. M, Djamil Padang, menyebutkan berdasarkan pengamatan yang dilakukan terhadap komplikasi neurologis yang terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis, di dapatkan dari 104 pasien yang melakukan tindakan hemodialisis, di dapatkan 7 pasien (6,7 %) mengalami *ensefalopati uremikum* dan 97 pasien (93,3 %) tidak mengalaminya.

Hemodialisis menjadi terapi pengganti ginjal yang paling banyak dipilih. Fungsi hemodialisis sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun dari dalam tubuh melalui membrane semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi untuk

mengatasi ketidakseimbangan cairan dan membantu mengendalikan penyakit ginjal serta meningkatkan kualitas hidup pasien CKD (Guyton & Hall 2014). Hemodialisis idealnya dilakukan 10-12 jam per minggu agar tercapai secara adekuat. Pasien hemodialisis tidak menjalani hemodialisis setiap hari. Pasien biasanya menjalani hemodialisis 2-3 kali seminggu dengan lama durasi tiap hemodialisis 3-5 jam, artinya Ketika pasien tidak menjalani hemodialisis pada hari-hari diantara dua waktu dialysis pasien akan mengalami penumpukan cairan dalam tubuh (White et al. 2012). Besarnya dampak yang ditimbulkan dari adanya overhidrasi terhadap pasien CKD membuat hal ini harus diatasi dengan baik. Salah satu penatalaksanaan yang sering dilakukan di rumah sakit untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan melakukan program pembatasan intake cairan (Muttaqin & Sari 2014). Hemodialisis berperan penting bagi penderita CKD. Pada penderita CKD organ ginjal mengalami penurunan fungsi hingga tidak mampu bekerja optimal. Pada prinsipnya hemodialisis adalah terapi untuk menggantikan kerja dari ginjal yaitu menyaring dan membuang sisa-sisa metabolisme dan kelebihan cairan, membantu menyeimbangkan unsur kimiawi dalam tubuh serta membantu menjaga tekanan darah (Maulana et al. 2021)

Menurut WHO (2019), CKD menjadi peringkat ke-10 penyebab utama kematian di seluruh dunia. Jumlah kematian meningkat dari 813.000 pada tahun 2000 menjadi 1,33 juta pada tahun 2019, yang menjadikan CKD sebagai masalah besar karena jumlah yang meningkat setiap tahunnya (Kemenkes RI 2017). Berdasarkan data *Global Burden Of Disease* (2019), menjelaskan CKD menjadi penyebab kematian ke-19 pada tahun 1990, naik ke urutan ke-14 pada tahun 2010, dan menjadi penyebab kematian ke-10 di seluruh dunia pada tahun 2019. Selain itu, IHME (2017), mencatat 440.750 insiden CKD pada tahun 2010 dan 520.207 pada tahun 2017, dengan peningkatan dalam 7 tahun sebesar 18,02%.

United States. U.S Department of Health and Human Services memaparkan bahwa, prevalensi CKD di Amerika Serikat lebih sering terjadi pada orang berusia 65 tahun atau lebih tua (38%) dibandingkan orang berusia 45-64 tahun (12%) atau 18-44 tahun (6%). CKD sedikit lebih sering terjadi pada wanita (14%) dibandingkan pria (12%). CKD lebih sering terjadi pada orang dewasa kulit hitam non Hispanik (16%) dibandingkan orang dewasa kulit putih non Hispanik (13%) atau orang dewasa Asia non Hispanik (13%). Sekitar 14% orang dewasa Hispanik menderita CKD (CDC 2021).

Berdasarkan Riskesdas (Kemenkes RI 2018), prevalensi CKD di Indonesia mengalami peningkatan di bandingkan tahun 2013, pada tahun 2013 prevelensi CKD sebesar 2 % (499.800) orang, sementara pada tahun 2018 naik menjadi 3,8%, ini membuktikan bahwa insiden terjadinya CKD meningkat setiap tahunnya, selain berdampak pada meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas, CKD juga berdampak kepada pengeluaran negara, Kemenkes RI (2018), mencatat pembiayaan pelayanan kesehatan oleh BPJS pada tahun 2015 sebanyak 2,78 triliun rupiah dihabiskan untuk CKD, baik rawat inap maupun rawat jalan, jumlah tersebut meningkat dari tahun 2014 sebesar 2,2 triliun rupiah, dan menjadikan CKD menjadi penyakit katastrofik ke 2 yang paling banyak menghabiskan biaya setelah penyakit jantung. Prevalensi CKD di Indonesia paling tinggi terdapat di provinsi Kalimantan Utara dengan prevalensi kejadian 0,64%, Sedangkan angka kejadian CKD di pulau Sumatera paling tinggi berada di provinsi Bengkulu sebesar 0,43%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi demografi pasien paling tinggi di temukan pada kelompok usia 65 – 74 tahun sebesar 8.23 %, permil, dan menurut jenis kelamin yaitu paling tinggi pada laki-laki dengan angka kejadian 4,17 % permil dan pada wanita dengan angka kejadian 3,52 %.

Prevalensi CKD di Sumatera Barat adalah 0,40%. Kejadian tertinggi pada kelompok umur 45 – 54 tahun sebesar 0,79 %, sementara prevalensi CKD pada laki laki 0,42 % dan perempuan 0,37 % (Riskesdas Sumbar 2019). Prevalensi CKD tertinggi di Sumatera Barat berada di Kabupaten Tanah Datar dan Kota Solok sebesar 0,4%. Kota Padang sendiri memiliki prevalensi CKD sebesar 0,3% (Aisara et al. 2018). Kota Padang sendiri memiliki empat rumah sakit yang memiliki layanan unit hemodialisa sebagai pengobatan pasien CKD yaitu RSUP. Dr. M. Djamil Padang, RS. Semen Padang, RS. Siti Rahmah, dan RS. Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang (Galuh 2022).

Rumah sakit RSUP Dr. M. Djamil Padang sendiri, merupakan salah satu rumah sakit rujukan terbesar di Sumatera Barat. Serta menjadi rumah sakit rujukan utama mengenai masalah CKD di Sumatera Barat. Berdasarkan data dari RSUP. Dr. M. Djamil pada tahun 2020, jumlah pasien CKD yang menjalani terapi hemodialisa dari bulan Januari 2021 berjumlah 97 orang (Galuh 2022).

Berdasarkan data dari (Rekam Medik RSUP Dr M Djamil Padang), yang diperoleh pada tanggal 23 November 2022, menunjukkan angka kejadian CKD dari tahun 2019 – 2021 mengalami penurunan, yaitu tercatatnya jumlah pasien CKD pada tahun 2019 sebanyak 558 orang dan pada tahun 2020 jumlah pasien CKD sebanyak 323 orang. Sementara pada tahun 2021 angka kejadian CKD sebanyak 360 orang.

Pasien CKD mengalami perubahan fisik dan psikologis, termasuk ketakutan, kecemasan, dan ketidakberdayaan. Pasien sering mengalami penurunan harga diri dan kesadaran tubuh serta sulit menerima diri sendiri akibat perubahan ginjal (Malinda et al. 2022). Stresor psikologis termasuk pembatasan cairan, pembatasan diet, gangguan tidur, ketidakpastian tentang masa depan, pembatasan kegiatan rekreasi, pengurangan kehidupan sosial, pembatasan

waktu dan tempat, dan faktor keuangan. Pasien kehilangan kebebasan karena berbagai peraturan dan sangat bergantung pada tenaga medis. Kondisi ini menyebabkan pasien tidak produktif, berkurang atau bahkan hilang pendapatannya, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup (Mait et al. 2021). Hasil penelitian Siwi (2021), di RSUD Ambarawa mengenai penurunan kualitas hidup pada pasien CKD menyebutkan, sebanyak 26 orang (63,4%) mengalami penurunan kesehatan fisik, 24 orang (58,5%) mengalami penurunan kesehatan psikologis, 21 orang (51,2%) mengalami penurunan hubungan sosial, dan 22 orang (53,7%) mengalami penurunan lingkungan.

Peran perawat pada pasien CKD adalah memberikan intervensi keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan mengurangi ketidaknyamanan yang dirasakan. Peran perawat diawali dengan memberikan pendidikan kesehatan dengan melakukan rehabilitasi pada pasien dengan penyakit kronis. Perawat harus memperhatikan kondisi pasien secara keseluruhan, yang terpenting adalah kebutuhan cairan pasien, kebutuhan makan dan nutrisi, kebutuhan oksigen, hemoglobin, albumin, ureum dan kadar kreatinin urine, kebutuhan dasar seperti mandi, kebersihan mulut, ekskresi feses dan urin, tujuan dari prosedur ini adalah untuk membuat pasien nyaman dan menghindari komplikasi lebih lanjut (Hidayat 2015).

Pasien CKD dengan masalah Hipervolemia, akibat peningkatan jumlah nefron disfungsi sehingga ginjal tidak mampu menyaring urin, yang membuat ginjal kehilangan kemampuan untuk mengencerkan urin secara normal. Untuk mencegah retensi cairan dan natrium yang akan meningkatkan resiko terjadinya edema pada pasien CKD, maka peran perawat dengan program memberikan pendidikan Kesehatan dan pemantauan intake dan output selama 24 jam. Perawat harus memperhatikan keadaan pasien secara menyeluruh, terutama cairan bagi pasien yaitu intake dan output, kebutuhan asupan nutrisi dan diet (Muttaqin, Sari 2014).

Menurut penelitian Sintia (2021) di RS. TK. III Reksodiwiryo Padang, masalah keperawatan yang muncul pada pasien CKD yaitu Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, dan Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi. Sementara menurut penelitian Yestiana (2022) di RSUP Dr. M Djamil Padang, masalah keperawatan yang muncul pada pasien CKD yaitu Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, dan Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia (uremia).

Berdasarkan hasil observasi awal yang dilakukan Di Ruang Irna Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang, dalam 3 bulan terakhir dari bulan Agustus – Oktober tahun 2022 jumlah pasien CKD berjumlah 54 orang dan saat dilakukan survei awal pada tanggal 29 November 2022 jumlah pasien CKD yang dirawat sebanyak 13 orang. Menurut perawat, pasien CKD rata-rata memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi yang menjadi penyebab terjadinya CKD. Perawat mengatakan diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan pada pasien CKD adalah hipervolemia dan perfusi perifer tidak efektif.

Hasil wawancara langsung dengan salah satu pasien bernama Tn. I (45 tahun), pasien CKD on HD di ruangan interne pria RSUP Dr. M Djamil Padang. Pasien mengatakan bahwa ia merasa sedih karena terjadinya perubahan pada dirinya akibat dari penyakitnya. Pasien mengeluh badanya terasa lemah dan kehilangan tenaga, serta napasnya sedikit sesak dan nafsu makan berkurang. Pasien masuk ke IGD RSUP Dr. M Djamil Padang, pada 23 November 2022 hasil rujukan dari RSUD Pasaman Barat dengan keluhan mual dan muntah yang di sertai sesak napas dan bengkak pada ekstremitas bagian bawah.

Berdasarkan hasil observasi didapatkan, pasien tampak lemah, ekstremitas bagian bawah masih bengkak, bibir pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, terpasang oksigen nasal canul 3 liter/menit, dengan tanda tanda vital, TD; 140/92 mmHg, HR; 100x/m, T; 37,5, RR; 22 x/menit. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2018,dan tidak memiliki riwayat DM.

Berdasarkan hasil studi dokumentasi pada catatan keperawatan di ruangan, didapatkan masalah keperawatan yang ditemukan yaitu Hipervolemia dan Perfusi Perifer Tidak Efektif. Pasien mendapatkan terapi berupa IVFD Renxamin 200cc/24jam, asam folat 5 mg x 1, natrium bikarbonat 500 mg x 3,amlodipine 10 mg x 1, candesartan 16 mg x 1, furosemide 40 mg x 3, dan carvedilol 12, 5 mg x 2 dan pada saat itu pasien sedang diberikan transfusi PRC.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti telah melakukan penelitian Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang tahun 2023.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah di temukan peneliti, maka rumusan masalah yang di dapatkan dari penelitian ini adalah “ Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang tahun 2023 ? “

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendiskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien dengan kasus CKD di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.
- b. Mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan kasus CKD di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.
- c. Mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus CKD di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dengan kasus CKD di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.
- e. Mendeskripsikan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan CKD di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

a. Peneliti

Dapat mengaplikasikan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan peneliti dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien CKD.

b. RSUP Dr. M. Djamil Padang

Diharapkan hasil penelitian dapat menjadi bahan masukan bagi petugas kesehatan dalam meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien CKD.

c. Institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Diharapkan dapat dijadikan bahan perbandingan oleh mahasiswa prodi DIII Keperawatan Padang untuk penelitian selanjutnya.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi penelitian berikutnya untuk menambah pengetahuan dan data dasar untuk penelitian selanjutnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit CKD

1. Defenisi

Chronic Kidney Disease (CKD) atau gagal ginjal kronik merupakan Kerusakan ginjal yang terjadi secara bertahap akibat penyakit yang mendasari, yang mengakibatkan ginjal gagal mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit yang mengakibatkan terjadinya uremia, sehingga memerlukan terapi pengganti ginjal secara kontinu apabila mencapai CKD tahap akhir atau *End – Stage Renal Disease* (Brunner & Suddarth 2019).

Menurut Muttaqin & Sari (2014), CKD merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) di dalam darah. CKD merupakan penyakit pada ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan dengan di sertai kerusakan ginjal dan *Glomerulus Filtration Rate* (GFR) (Prabowo & Pranata 2014).

CKD dapat disimpulkan sebagai penurunan fungsi ginjal yang berlangsung bertahap dan bersifat *irreversible*, dimana tubuh tidak mampu mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit akibat kerusakan struktur ginjal dan laju filtrasi glomerulus, sehingga menimbulkan uremia dan apabila telah mencapai tahap akhir akan memerlukan terapi pengganti ginjal secara kontinu.

2. Etiologi

CKD sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga menyebabkannya menjadi penyakit sekunder (*secondary illness*), dan paling sering disebabkan oleh diabetes mellitus dan hipertensi (Prabowo & Pranata 2014). Penyebab CKD karena Diabetes Mellitus dan Hipertensi adalah :

a. Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membran kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius dan merusak membran glomerulus. tanda klinis utama pada pasien CKD dengan DM adalah albuminuria, tahapan awal dari *Diabetes Chronic Kidney* adalah dimulai dari adanya hiperfiltrasi glomerulus awal, diikuti dengan perkembangan mikroalbuminuria, hingga penurunan *glomerulus filtration rate*. Albuminuria dianggap sebagai kondisi aktif dan merugikan dalam proses perkembangan CKD, perkembangan mikroalbuminuria sering disertai dengan penurunan laju GFR dan dapat berkembang menjadi CKD (Ariyanti and Imam 2021).

b. Hipertensi

Berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan terjadinya iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan kontriksi skleratik progresif pada pembuluh darah. Hiperplasia fibromuskular pada satu atau lebih arteri besar yang juga menimbulkan sumbatan pembuluh darah. Nefrosklerosis yaitu suatu kondisi hipertensi lama yang tidak diobati, yang di karakteristik oleh penebalan, hilangnya elastisitas sistem, perubahan darah menuju ginjal yang membuat terjadinya

penurunan aliran darah dan akhirnya menyebabkan terjadinya CKD (Ariani 2016).

Selanjutnya menurut Muttaqin & Sari (2014), beberapa kondisi klinis yang dapat menyebabkan terjadinya CKD, antara lain :

- a. Penyakit glomerulus kronis (glomerulonefritis)
Terdapat kerusakan pada glomeruli, penyaring kecil dalam ginjal yang berguna dalam membuang elektrolit, cairan berlebihan serta sampah dari dalam darah. Kerusakan terjadi pada glomeruli dapat membuat darah dan protein terbuang lewat urine.
- b. Infeksi kronis (pyelonefritis kronis, tuberculosis)
Terjadi infeksi pada saluran urine spesifik yang umumnya dimulai dari uretra atau kandung kemih dan menjalar ke ginjal.
- c. Kelainan kongenital (polikistik ginjal)
Penyakit kongenital atau keturunan dimana sekelompok kista muncul di dalam ginjal.
- d. Penyakit vaskuler
Penyakit ginjal yang disebabkan terjadinya vaskularisasi di ginjal oleh adanya peningkatan tekanan darah akut maupun kronik.
- e. Obstruksi saluran kemih (nephrolithiasis)
Terdapat satu atau lebih batu di dalam pelvis atau kalik ginjal atau di dalam saluran ureter.
- f. Penyakit kolagen (systemic lupus erithematosus)
Penyakit peradangan kronis yang disebabkan oleh system imun atau kekebalan tubuh yang menyerang organ tubuh terutama sendi, ginjal dan kulit.
- g. Obat – obatan nefrotoksik (aminoglikosida)
Seringnya mengonsumsi obat – obatan seperti obat anti inflamasi non steroid seperti naproxen dan ibuprofen serta antibiotik seperti aminoglikosida.

3. Klasifikasi

Klasifikasi CKD menurut derajat penyakit dikelompokkan menjadi 5 *stage*, berdasarkan nilai *glomerulus filtration rate* (GFR) yang dihitung dengan menggunakan rumus :

GFR laki laki = $(140 - \text{umur}) \times \text{kgBB} / (72 \times \text{serum kreatinin})$

GFR perempuan = $(140 - \text{umur}) \times \text{kgBB} \times 0,85 / (72 \times \text{serum kreatinin})$.

National Kidney Foundation (2011) membagi 5 stadium penyakit CKD yang ditentukan melalui perhitungan nilai *Glomerulus Filtration Rate* (GFR) yang meliputi :

- a. Stadium I => Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat ($> 90 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), fungsi ginjal masih normal tetapi telah terjadi abnormalitas patologi dan komposisi dari darah dan urine.
- b. Stadium II => Penurunan GFR ($60 - 89 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), kerusakan ginjal dan fungsi ginjal menurun dengan ringan dan ditemukan abnormalitas patologi dan komposisi dari darah dan urine.
- c. Stadium III => Penurunan GFR Moderate ($30 - 59 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), Tahapan ini terbagi lagi menjadi tahapan III A (GFR $45 - 59$) dan tahapan III B (GFR $30 - 44$). Pada tahap ini telah terjadi penurunan fungsi ginjal sedang.
- d. Stadium IV => Penurunan GFR Severe ($15 - 29 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), Pada tahap ini terjadi penurunan fungsi ginjal tahap berat dan pada tahap ini dilakukan persiapan untuk terapi pengganti ginjal.
- e. Stadium V => End Stage Renal Disease (GFR $< 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), merupakan tahapan kegagalan ginjal tahap akhir. Terjadi penurunan fungsi ginjal yang sangat berat dan dilakukan terapi pengganti ginjal secara permanen.

Selanjutnya menurut Ariani (2016) terdapat 3 stadium guna menilai fungsi ginjal pada pasien CKD, yang terdiri atas :

1. Stadium 1

Stadium 1 ini disebut dengan penurunan cadangan ginjal, tahap inilah yang paling ringan, di mana kondisi ginjal masih baik. Pada tahap ini penderita masih belum merasakan gejala – gejala dan pemeriksaan laboratorium faal atau fungsi ginjal masih dalam batas normal. Dalam tahap ini kreatinin serum dan kadar BUN atau *Blood Urea Nitrogen* dalam batas normal dan penderita asimtomatik laju filtrasi glomerulus. Gangguan fungsi ginjal mungkin hanya dapat diketahui dengan memberikan beban kerja yang berat, seperti tes pemekatan kemih yang lama atau dengan mengadakan test GFR yang teliti.

2. Stadium II

Stadium II ini disebut dengan insufisiensi ginjal, pada tahap ini lebih dari 75 % jaringan yang berfungsi telah rusak, GFR besarnya 25 % dari normal, kadar BUN baru mulai meningkat di atas batas normal. Peningkatan konsentrasi BUN ini berbeda – berbeda, tergantung dari kadar protein dalam diet. Pada stadium ini kadar kreatinin serum mulai meningkat melebihi kadar normal. Pasien mengalami nokturia dan poliuria, perbandingan jumlah kemih siang hari dan malam hari adalah 3 : 1 atau 4 : 1, bersihan kreatinin 10 – 30 ml/menit.

Poliuria akibat CKD biasanya lebih besar pada penyakit yang menyerang tubulus, meskipun poliuria bersifat sedang dan jarang lebih dari 3 liter per hari. Biasanya ditemukan anemia pada CKD dengan faal ginjal di antara 5 % - 25 %. Faal ginjal jelas sangat menurun dan timbul gejala – gejala kekurangan darah, tekanan darah akan naik, dan aktivitas penderita mulai terganggu.

3. Stadium III

Stadium ini disebut dengan CKD tahap akhir atau uremia, hal ini timbul karena 90 % dari massa nefron telah hancur atau sebanyak 200.000 nefron yang masih utuh. Nilai GFR nya 10 % dari keadaan normal dan kadar kreatinin mungkin sebesar 5 – 10 ml/menit atau kurang. Uremia akan meningkat dengan mencolok dan kemih isoosmosis. Pada stadium akhir CKD, penderita mulai merasakan gejala yang cukup parah, karena ginjal tidak sanggup lagi mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit dalam tubuh.

Penderita biasanya menjadi oliguria atau pengeluaran kemih kurang dari 500 ml/ hari, karena kegagalan glomerulus meskipun proses penyakit awalnya menyerang tubulus ginjal. Kompleks perubahan biokimia dan gejala – gejala yang dinamakan sindrom uremik akan mempengaruhi sistem dalam tubuh, maka yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut hanya dengan melakukan transplantasi ginjal dan dialisis.

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala klinis pada CKD dikarenakan gangguan yang bersifat sistemik. Ginjal sebagai organ koordinasi dalam peran sirkulasi memiliki fungsi yang banyak (*organs multifunction*), sehingga kerusakan kronis pada ginjal akan mengakibatkan gangguan pada semua sistem organ (Prabowo & Pranata 2014).

Selanjutnya menurut Brunner & Suddarth (2019), manifestasi klinis yang ditunjukkan oleh pasien CKD adalah :

- a. Kardiovaskuler : Hipertensi, *pitting edema* (kaki, tangan, dan sakrum), Edema periorbital, gesekan perikardium, pembesaran JVP (*jugularis vena pleasure*), perikarditis, tamponade perikardium, hiperkalemia, hiperlipidemia.
- b. Intergumen : Warna kulit keabu – abuan, kulit kering dan gampang terkelupas, pruritus berat, ekimosis, kuku rapuh, rambut kasar dan tipis.
- c. Paru – Paru : Ronkhi basah kasar (krekels),sputum yang kental dan lengket, penurunan refleks batuk, nyeri pleura, sesak napas, takipnea, pernapasan kussmaul, pneumonitis uremik.
- d. Saluran Cerna : Bau ammonia ketika bernapas, pengecapan rasa logam, ulserasi dan pendarahan mulut, anoreksia, mual dan muntah, cegukan, konstipasi atau diare, perdarahan pada saluran cerna.
- e. Neurologik : Kelemahan dan keletihan, konfusi, ketidakmampuan berkonsentrasi, disorientasi, tremor, kejang, asteriksis, tungkai tidak nyaman, telapak kaki terasa terbakar, perubahan perilaku.
- f. Muskuloskeletal : Kram otot, kehilangan kekuatan otot, osteodistrofi ginjal, nyeri tulang, fraktur, kulai kaki.
- g. Reproduksi : Amenorea, atrofi testis, ketidaksuburan, penurunan libido.
- h. Hematologi : Anemia, trombositopenia.

5. Patofisiologi

Menurut Guyton & Hall (2014), memaparkan CKD disebabkan oleh berbagai faktor seperti diabetes mellitus, hipertensi, infeksi, gangguan imunologis, obstruksi traktus urinarius dan gangguan kongenital. Pada fase awal gangguan, kerusakan ginjal tidak langsung memberikan respon pada tubuh bahkan konsentrasi kebanyakan elektrolit dalam darah dan volume cairan tubuh dapat di pertahankan pada keadaan yang relatif normal sampai fungsi ginjal turun (<25%).

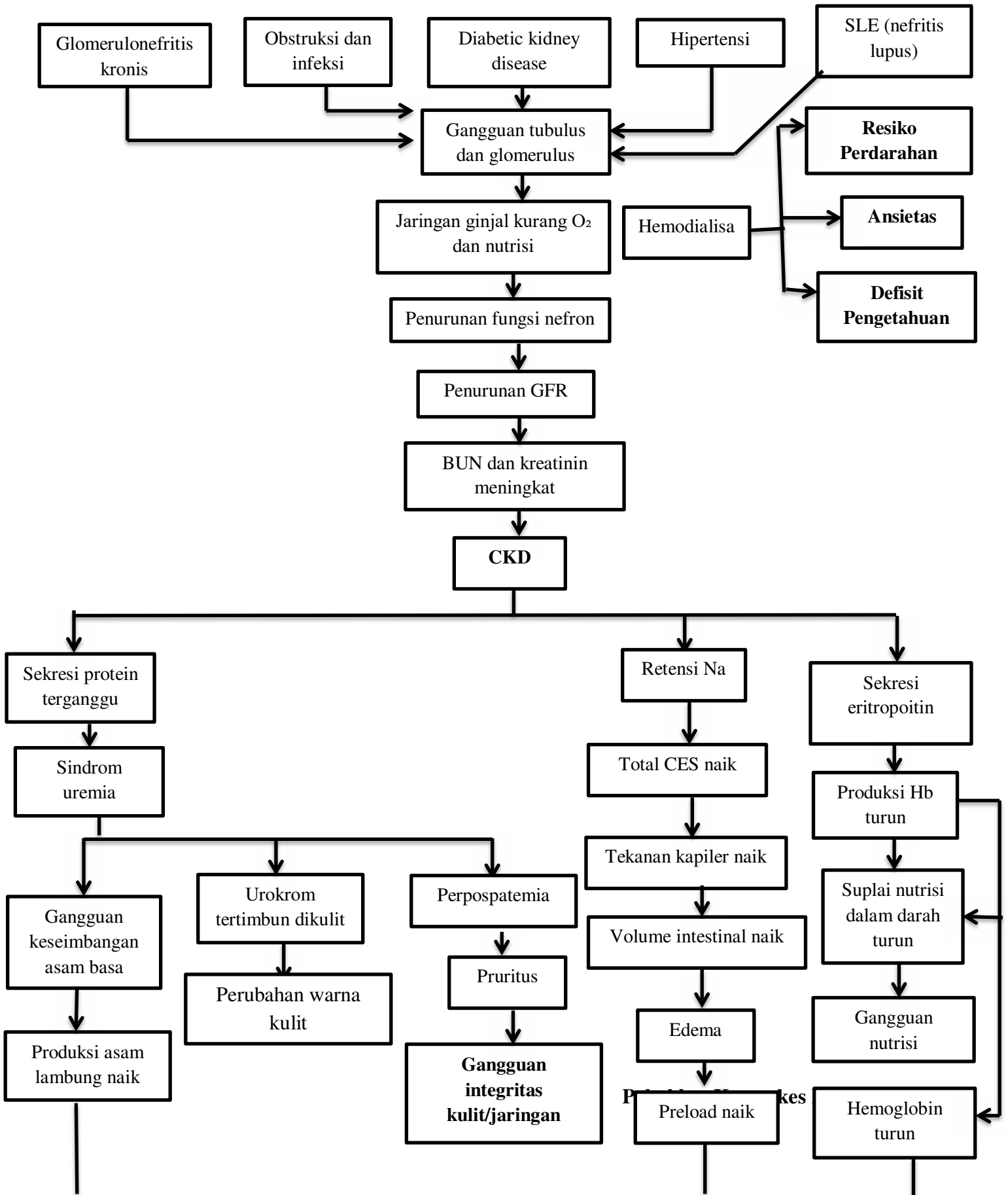
Manifestasi klinis CKD minimal karena nefron yang masih sehat melakukan prosedur adaptif mengambil alih fungsi nefron yang rusak dengan meningkatkan laju filtrasi, reabsorpsi dan sekresi hingga mengalami hipertrofi. Semakin banyak nefron yang rusak, nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat, menyebabkan nefron tersebut juga menjadi rusak dan akhirnya mati. Sebagian dari siklus kematian ini berkaitan dengan tuntutan pada nefron – nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Kondisi akan bertambah buruk dengan semakin banyaknya terbentuk jaringan parut sebagai respon dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolik – metabolik yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak manifestasi pada setiap organ tubuh (Muttaqin & Sari 2014).

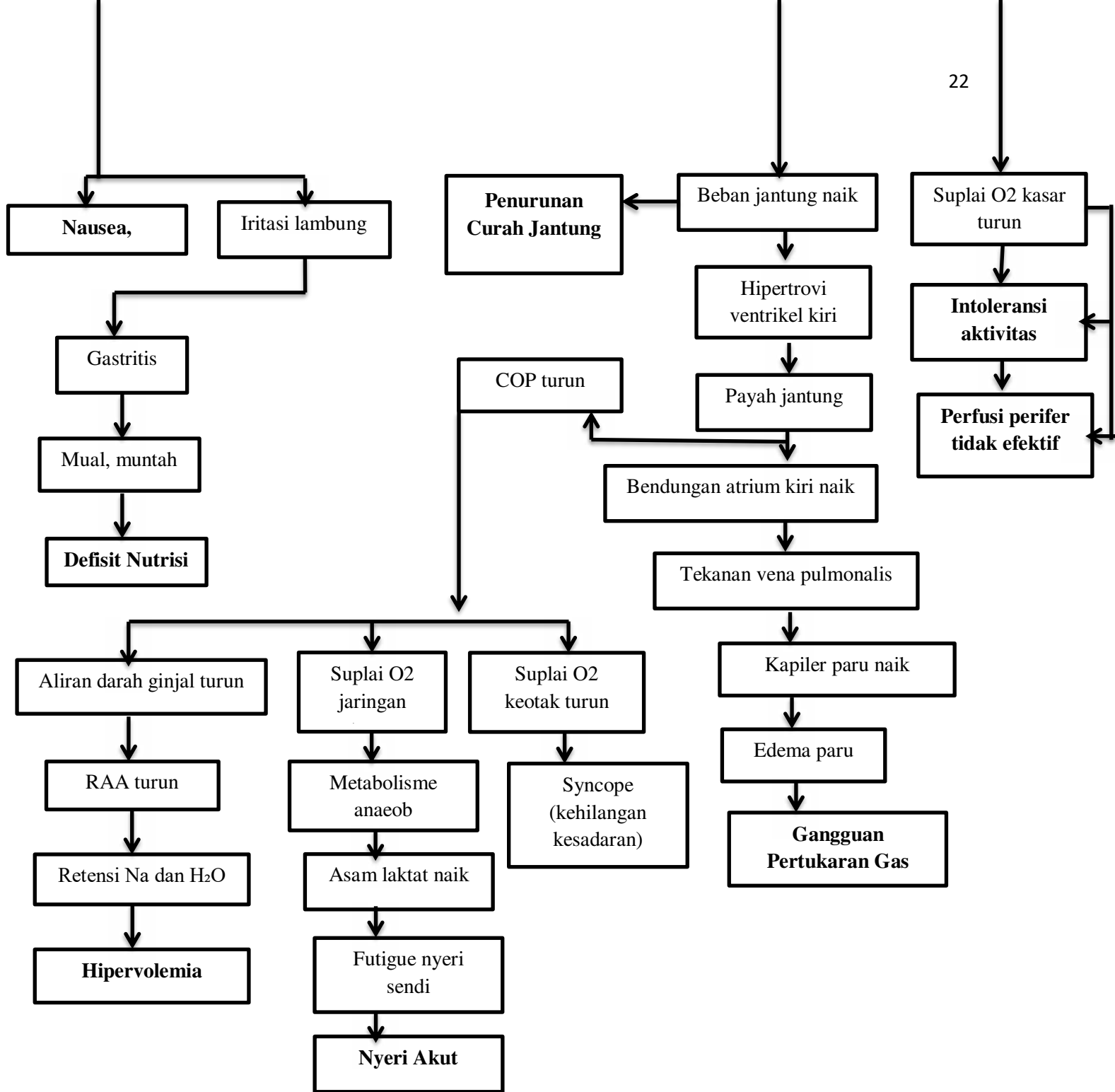
Menurut Prabowo & Pranata (2014), memaparkan pada CKD fungsi ginjal menurun drastis yang berasal dari nefron. Insufisiensi dari CKD tersebut akan mengalami penurunan sekitar 20% sampai dengan 50% dalam hal GFR, pada penurunan fungsi rata – rata 50 %, biasanya akan muncul tanda dan gejala azotemia sedang, polyuria, hipertensi dan terkadang mengalami anemia. Selain itu, selama terjadi kegagalan fungsi ginjal maka keseimbangan cairan dan elektrolit akan terganggu dan perjalanan dari CKD tersebut akan berdampak pada seluruh sistem tubuh dan akan mengakibatkan berbagai komplikasi secara bertahap.

Pada awalnya ginjal akan kehilangan fungsinya sehingga tidak mampu memekatkan urine (hipostenuria) dan kehilangan cairan berlebih (poliuria). Hipostenuria terjadi karena peningkatan beban pada tiap nefron. Hal ini terjadi karena keutuhan nefron yang membawa zat tersebut dan kelebihan air untuk nefron – nefron tersebut tidak dapat berfungsi lama, maka terjadi lah osmotik diuretik yang menyebabkan terjadinya dehidrasi. Saat jumlah nefron yang tidak berfungsi meningkat, maka ginjal tidak mampu menyaring urine (isostenuria). Pada tahap ini glomerulus menjadi kaku dan plasma tidak dapat difilter dengan mudah melalui tubulus, yang menyebabkan terjadinya kelebihan cairan dengan retensi air dan natrium (Muttaqin & Sari 2014).

Asidosis metabolik terjadi karena ginjal tidak mampu mengekskresikan ion hidrogen untuk menjaga pH darah normal. Disfungsi renal tubuler mengakibatkan ketidakmampuan pengeluaran ion H dan umumnya penurunan H⁺ sebanding dengan GFR. Asam yang terus menerus dibentuk oleh metabolisme dalam tubuh dan tidak difiltrasi secara efektif, mengakibatkan NH₃ menurun dan sel tubuler tidak berfungsi (Muttaqin & Sari 2014).

6. WOC





Sumber : Brunner & Sudart, 2013 dan SDKI, 2016

7. Komplikasi

Penyakit CKD berkembang secara perlahan ke arah yang semakin buruk dimana ginjal tidak mampu lagi bekerja sebagaimana fungsinya, apabila ginjal kehilangan sebagian fungsinya. Keadaan ini akan menyebabkan nefron yang tersisa harus bekerja melebihi kapasitasnya, sehingga timbul komplikasi yang memperberat penurunan fungsi ginjal (Ariani 2016).

Berikut komplikasi yang ditimbulkan dari penyakit CKD :

a. Ensefalopati Uremikum

Urea berasal dari hasil katabolisme protein. Urea mempunyai sifat yang mudah mengalir dalam darah dan diekskresi melalui ginjal sebagai komponen urin, serta sejumlah kecil urea diekskresikan melalui keringat. Karena ginjal sudah kehilangan fungsi dalam mengatur keseimbangan cairan, elektrolit dan metabolisme tubuh, urea tersebut gagal diekresikan oleh ginjal, sehingga timbul kadar urea yang tinggi di dalam darah (uremia). Uremia yang sesuai dengan sifatnya yang mudah mengalir dalam darah dan bersifat toksik, akan mencapai otak, sehingga akan mempengaruhi fungsi otak secara keseluruhan, yang akan berdampak pada terjadinya kejang, penurunan kesadaran, perubahan perilaku pada pasien CKD (Rosari et al. 2017).

b. Anemia

Anemia terjadi akibat produksi eritropoietin yang tidak memadai, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk mengalami pendarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran pencernaan. Eritropoietin yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sumsum tulang untuk menghasilkan sel darah merah dan produksi eritropoietin menurun

akibat kerusakan ginjal sehingga akan mengakibatkan terjadinya anemia berat, keletihan dan sesak napas (Ariani 2016).

c. Asidosis Metabolik

Asidosis metabolik terjadi karena ginjal tidak mampu mengeskresikan ion hidrogen untuk menjaga pH darah normal. Disfungsi tubulus ginjal mengakibatkan ketidakmampuan untuk mengeluarkan ion H dan pada umumnya penurunan ekskresi H⁺ sebanding dengan penurunan GFR pada ginjal. Asam yang secara terus – menerus dibentuk oleh metabolisme dalam tubuh dan tidak difiltrasi secara efektif, NH₃ (ammonia) menurun yang berperan dalam mengatur keseimbangan asam basa, dan sel tubuler tidak berfungsi maka kondisi ini akan mengakibatkan tingginya kadar asam di dalam tubuh (Muttaqin & Sari 2014).

d. Hipertensi

Hipertensi terjadi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem rennin-angiotensin-aldosteron (RAAS) yang merupakan sistem endokrin penting dalam pengontrol tekanan darah (Ariani 2016).

e. Edema Paru

Terjadi akibat kegagalan ginjal dalam sistem regulasi yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi penumpukan cairan berlebih di rongga paru (Ariani 2016).

f. Hiperkalemia

Terjadi akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolic, katabolisme dan masukan diet yang berlebih (Ariani 2016).

g. Penyakit Kardiovaskuler

Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik pada kelainan lipid, intoleransi glukosa serta kelainan hemodinamik berupa paling sering hipertrofi ventrikel kiri (Prabowo & Pranata 2014).

h. Penyakit Tulang

Penurunan kadar kalsium karena terganggunya fungsi ginjal (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan dekalsifikasi matriks tulang, sehingga menyebabkan tulang menjadi rapuh (*osteoporosis*) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan terjadinya fraktur pathologis (Prabowo & Pranata 2014).

i. Disfungsi Seksual

Dengan gangguan sirkulasi pada ginjal, maka libido sering mengalami penurunan dan terjadi impotensi pada pria, sedangkan wanita mengalami hiperprolaktinemia (Prabowo & Pranata 2014).

8. Pemeriksaan Penunjang

Harmilah (2020) menjelaskan beberapa pemeriksaan penunjang pada penyakit CKD :

a. Gambaran Klinis

- 1) Sesuai dengan penyakit yang mendasari seperti DM, infeksi traktus urinarius, hipertensi, hiperurikemia, SLE, dll.
- 2) Sindrom uremia yang terdiri dari lemah, letargi, anoreksia, mual muntah, nokturia, kelebihan volume cairan, neuropati perifer, pruritus, uremic frost, perikarditis, kejang-kejang sampai koma.
- 3) Gejala komplikasi, antara lain hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium, klorida).

b. Gambaran Laboratorium

- 1) Penurunan fungsi ginjal berupa peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum, dan penurunan LFG yang dihitung dengan mempergunakan rumus Kockroft-Gault. Kadar kreatinin serum saja tidak bisa dipergunakan untuk memperkirakan fungsi ginjal.
- 2) Kelainan biokimiawi darah meliputi penurunan kadar Hb, peningkatan kadar asam urat, hiperkalemia atau hipokalemia, hiponatremia, hiperkloresemia, asidosis metabolik.
- 3) Kelainan urinalisis, meliputi proteinuria, leukosuria, cast, isostenuria.

c. Gambaran Radiologi

- 1) Foto polos abdomen, bisa tampak batu radio-opak
- 2) Pielografi antegrad atau retrograd dilakukan sesuai indikasi
- 3) Ultrasonografi ginjal
- 4) Pemeriksaan pemindaian ginjal atau renografi, bila ada indikasi

d. Biopsi dan pemeriksaan histopatologi ginjal

Dilakukan pada pasien dengan ukuran ginjal yang masih mendekati normal, karena diagnosis secara noninvasif tidak bisa ditegakkan. Pemeriksaan histopatologi ini bertujuan untuk mengetahui etiologi, menetapkan terapi, prognosis, dan mengevaluasi hasil terapi yang telah diberikan. Biopsi ginjal tidak dilakukan pada ginjal yang sudah mengecil (*contracted kidney*), ginjal polikistik, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi perinefrik, gangguan pembekuan darah, gagal napas dan obesitas.

9. Penatalaksanaan

Harmilah (2020) menjelaskan terdapat 3 penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada penyakit CKD :

a. Non Farmakologis

1) Pengaturan asupan protein

- a) Pasien nondialisis 0,6 – 0,7 gram/kgBB ideal/hari (sesuai dengan CCT/toleransi pasien)
- b) Pasien hemodialisis 1- 1,2 gram/kgBB/hari
- c) Pasien periotenal dialisis 1,3 gram/kgBB/hari

2) Pengaturan asupan kalori : 35 kal/kgBB ideal/hari

3) Pengaturan asupan lemak : 30 – 40 % dari kalori total dan mengandung jumlah yang sama antara asam lemak bebas jenuh dan tidak jenuh

4) Pengaturan asupan karbohidrat : 50 – 60 % dari kalori total

5) Garam (NaCl) : 2 – 3 gram/hari

6) Kalium : 40 – 70 mEq/kgBB/hari

7) Fosfor : 5 – 10 mg/kgBB/hari, pasien HD : 17 mg/hari

8) Kalsium : 1400 – 1600 mg/hari

9) Besi : 10 – 18 mg/hari

10) Magnesium : 200 – 300 mg/hari

11) Asam folat pasien HD : 5 mg

12) Air : jumlah urine 24 jam + 500 ml (*insensible water loss*).

b. Farmakologis

1) Kontrol tekanan darah : dengan memberikan obat anti hipertensi.

2) Penghambat EKA atau antagonis reseptor angiotensin II, kemudian evaluasi kreatinin dan kalium serum, bila terdapat peningkatan kreatinin >35 % atau timbul hiperkalemia harus dihentikan.

- 3) Penghambat kalsium
 - 4) Diuretik
 - 5) Pada pasien DM, kontrol gula darah dan hindari pemakaian Metformin atau obat – obat sulfonilurea dengan masa kerja panjang. Target HbA1C untuk DM tipe 1 0,2 di atas nilai normal tertinggi, untuk DM tipe 2 adalah 6 %
 - 6) Kontrol anemia dengan target Hb 10 – 12 gr/dl
 - 7) Kontrol hiperfosfatemia : Kalsium bikarbonat atau Kalsium asetat.
 - 8) Kontrol renal osteodistrofi : Kaltrisol
 - 9) Koreksi asidosis metabolik dengan target HCO₃ dengan nilai 20 – 22 mEq/l
 - 10) Koreksi Hiperkalemia
 - 11) Kontrol dislipidemia dengan target LDL <100 mg/dl, dianjurkan dengan obat golongan Statin.
- c. Ginjal Pengganti
- 1) Dialisis

Dialisis atau dikenal dengan nama cuci darah adalah suatu metode terapi yang bertujuan untuk menggantikan fungsi ginjal yaitu membuang zat-zat sisa dan kelebihan cairan dari tubuh. Terapi ini dilakukan apabila fungsi kerja ginjal sudah sangat menurun (lebih dari 90%) sehingga tidak lagi mampu untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang , maka perlu dilakukan tindakan dialisis. Selama ini dikenal ada 2 jenis dialisis :

a) Hemodialisis

Hemodialisis atau HD adalah jenis dialisis dengan menggunakan mesin dialiser yang berfungsi sebagai ginjal buatan. Pada proses ini, darah dipompa keluar dari tubuh, masuk kedalam mesin dialiser. Didalam mesin dialiser, darah dibersihkan dari zat-zat racun melalui proses difusi

dan ultrafiltrasi oleh dialisat (suatu cairan khusus untuk dialisis), lalu setelah darah selesai di bersihkan, darah dialirkan kembali ke dalam tubuh. Proses ini dilakukan 1-3 kali seminggu di rumah sakit dan setiap kalinya membutuhkan waktu sekitar 2-4 jam.

b) Dialisis Peritoneal

Indikasi medik CAPD yaitu pasien anak-anak dan orang tua (umur lebih dari 65 tahun), pasien-pasien yang menderita penyakit system kardiovaskuler, pasien-pasien yang cenderung akan mengalami pendarahan bila dilakukan hemodialisis, kesulitan pembuatan AV shunting, pasien dengan stroke, pasien gagal ginjal terminal dengan residual urin masih cukup dan pasien nefropati diabetic disertai co-morbidity dan co-mortality, Indikasi non-medik yaitu pasien keinginan sendiri, tingkat intelektual tinggi untuk melakukan sendiri (mandiri) dan di daerah yang jauh dari pusat ginjal. Dialisis peritoneal adalah salah satu bentuk dialisis peritoneal kronis untuk pasien dengan gagal ginjal terminal, bentuk dialisisnya dengan menggunakan membran peritoneum yang bersifat semipermeabel sebagai membran dialisis dan prinsip dasarnya adalah proses ultrafiltrasi antara cairan dialisis yang masuk ke dalam rongga peritoneum dengan plasma dalam darah. *Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* dilakukan 3- 5 kali per hari, 7 hari perminggu dengan setiap kali cairan dialisis dalam kavum peritoneum lebih dari 4 jam. Pada umumnya pada waktu siang 4-6 jam, sedangkan waktu malam 8 jam Transplantasi.

2) Transplantasi Ginjal

Transplantasi ginjal merupakan terapi pengganti ginjal (anatomi dan faal) dengan melakukan Cangkok ginjal (*kidney transplant*) dapat mengambil alih seluruh (100%) sehingga mampu mengembalikan fungsi ginjal ke tingkat yang cukup untuk mempertahankan homeostatis cairan tubuh dan elektrolit esensial yang normal, mengembalikan kualitas hidup kembali normal dan masa hidup yang lebih lama dibandingkan dengan tindakan dialisis guna menggantikan fungsi ginjal. Komplikasi biasanya dapat diantisipasi dengan obat immunosupresif untuk mencegah reaksi penolakan pada saat proses transplantasi dilakukan (Guyton & Hall 2014).

B. Konsep Asuhan Keperawatan CKD

1. Pengkajian

Menurut Harmilah (2020) pengkajian pasien CKD lebih ditekankan pada sistem pendukung untuk menjaga keseimbangan tubuh (*hemodynamically process*). Saat fungsi ginjal tidak optimal, tubuh berusaha melakukan kompensasi dalam batas yang wajar. Namun apabila kondisi ini akan terus berlanjut, akan menimbulkan berbagai gejala klinis yang mengindikasikan adanya gangguan pada sistem siskemik.

Adapun pengkajian pada pasien dengan CKD :

a. Identitas

Tidak ada spesifikasi khusus untuk kejadian CKD, segala usia bisa beresiko terkena CKD, laki – laki sering memiliki resiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat. CKD sendiri merupakan periode yang bersifat progresif dan ireversibel (Prabowo & Pranata 2014).

b. Keluhan Utama

Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa sesak napas, urine output yang menurun (oliguria) sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada sistem sirkulasi – ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, diaforesis, fatigue, napas berbau urea dan pruritus. Kondisi ini dipicu oleh akumulasi zat sisa metabolisme dalam tubuh karena ginjal mengalami kegagalan filtrasi (Prabowo & Pranata 2014).

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya urine output berkurang pada pasien CKD, penurunan kesadaran, perubahan pernapasan akibat komplikasi pada sistem ventilasi, kelelahan, perubahan fisiologis kulit bau ureum dalam napas, terjadi anoreksia, mual dan muntah, dalam hal ini ada resiko malaise nutrisi (Prabowo & Pranata 2014).

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi adanya riwayat penyakit ginjal akut, adanya riwayat penyakit batu saluran kemih, infeksi saluran kemih yang berulang, penyakit diabetes mellitus dan penyakit hipertensi sebelumnya, adanya riwayat pemakaian obat yang berlebih terutama obat yang bersifat nefrotoksik dan *benign prostatic hyperplasia* (Muttaqin & Sari 2014).

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

CKD bukan penyakit menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus sekunder seperti DM dan Hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian CKD, karena penyakit tersebut bersifat herediter (Prabowo & Pranata 2014).

f. Riwayat Psikososial

Adanya perubahan fungsi struktur tubuh dan adanya tindakan dialisis akan menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. Lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan, gangguan konsep diri dan gangguan peran pada keluarga (Muttaqin & Sari 2014).

g. Pola Nutrisi

1) Pola Makan

Nafsu makan akan terganggu karena akan timbul mual muntah, anoreksia, serta nyeri ulu hati (Muttaqin & Sari 2014).

2) Pola Minum

Biasanya akan dilakukan pembatasan asupan cairan guna meringankan beban kerja ginjal (Brunner & Suddarth 2019).

h. Pola Eliminasi

1) Buang Air Besar (BAB)

Biasanya pada pasien CKD ditemukan ada yang mengalami konstipasi, diare dan bagian abdomen akan kembung (Brunner & Suddarth 2019).

2) Buang Air Kecil (BAK)

Biasanya pada pasien CKD terjadi perubahan pola berkemih pada periode oliguria akan terjadi penurunan frekuensi urine output <400 ml/hari oliguria dan anuria, terjadi perubahan warna urine menjadi pekat, merah, coklat dan berawan (Prabowo & Pranata 2014).

i. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Pola Istirahat dan Tidur

Biasanya pasien akan mengalami gangguan tidur, gelisah karena adanya nyeri panggul, sakit kepala dan kram otot atau kaki (Muttaqin and Sari 2014).

2) Pola Peran dan Hubungan

Biasanya pasien tidak bisa menjalankan peran dan fungsinya, karena terjadinya kelemahan, perasaan tidak berdaya dan tubuh menjadi lemah (Prabowo & Pranata 2014).

3) Pola Seksualitas dan Reproduksi

Biasanya terjadi perubahan seksualitas dan disfungsi seksual karena terjadi perubahan penurunan hormon reproduksi (Prabowo & Pranata 2014).

j. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum dan TTV

Keadaan umum klien lemah dan terlihat sakit berat. Tingkat kesadaran menurun sesuai dengan tingkat uremia dimana dapat mempengaruhi sistem saraf pusat. Pada TTV akan didapatkan adanya perubahan RR meningkat, tekanan darah akan terjadi perubahan dari hipertensi ringan sampai berat.

2) Sistem Pulmonar

Klien bernapas dengan bau urine (*fetor uremik*) sering didapatkan pada fase ini. Respon uremia didapatkan adanya pernapasan kussmaul. Pola napas cepat dan dalam upaya untuk melakukan pembuangan CO₂ yang menumpuk di sirkulasi.

3) Sistem Kardiovaskuler

Pada kondisi uremia berat, tindakan auskultasi perawat akan menemukan adanya *friction rub* yang merupakan tanda khas efusi perikardial. Di dapatkan tanda dan gejala CHF, TD meningkat, akral dingin, CRT >3 detik, palpitasi, nyeri dada atau angina dan sesak napas, gangguan irama jantung, edema penurunan perfusi perifer sekunder dari penurunan curah jantung akibat hiperkalemi dan gangguan konduksi elektrikal otot ventrikel.

Pada sistem hematologi sering didapatkan adanya anemia akibat penurunan produksi eritropoetin, lesi gastrointestinal uremik, penurunan usia sel darah merah, dan kehilangan darah, biasanya di saluran GI, mengalami perdarahan sekunder dari trombositopenia.

4) Sistem Persyarafan

Didapatkan penurunan tingkat kesadaran, disfungsi serebral, seperti perubahan proses pikir dan disorientasi. Biasanya akan didapatkan adanya kejang dan adanya neuropati perifer.

5) Sistem Perkemihan

Didapatkan akan terjadi penurunan urine output < 400 ml/ hari sampai terjadinya anuria dan sampai terjadi penurunan libido berat.

6) Sistem Pencernaan

Didapatkan adanya mual dan muntah, anoreksia dan diare sekunder dari bau mulut amonia, peradangan mulut dan ulkus saluran cerna sehingga sering didapatkan penurunan intake nutrisi dari kebutuhan.

7) Sistem Integumen

Didapatkan adanya nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, nyeri kaki, kulit gatal, pruritus, demam, petekie, area ekimosis pada kulit, fraktur tulang, dan keterbatasan pada area sendi (Muttaqin and Sari 2014).

k. Pemeriksaan *head to toe*

1) Kepala

Biasanya rambut klien ditemukan tipis dan kasar, serta klien mengeluh sakit pada bagian kepala.

2) Wajah

Biasanya akan ditemukan wajah pucat, yang disebabkan karena anemia pada pasien CKD.

3) Mata

Biasanya ditemukan konjungtiva anemis, penglihatan kabur, sklera anikterik dan palpebra tidak edema.

4) Hidung

Biasanya ditemukan pola pernapasan cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi (kusmaul) dan biasanya tidak ditemukan pembengkakan polip.

5) Bibir, Gigi, dan Mulut

Biasanya bibir akan pucat, terdapat peradangan pada mukosa mulut, pendarahan gusi, dan akan tercium bau amonia.

6) Leher

Biasanya terdapat pembengkakan kelenjar getah bening, dan jika sudah mengarah pada komplikasi CHF, maka akan ditemukan *jugularis vena pleasure*.

7) Thorax

a) Paru

Biasanya akan terjadi pernapasan kusmaul, pola napas cepat dan pendek, terdapat tarikan dinding dada dan pernapasan meningkat, batuk produktif, edema paru.

b) Jantung

Biasanya ditemukan tekanan darah meningkat, nyeri dada, dan akan ditemukan gangguan irama jantung seperti *bradikardia dan takikardia* ventrikel.

8) Abdomen

Biasanya ditemukan adanya nyeri ulu hati, distensi abdomen, asites dan penumpukan cairan, terdapat nyeri tekan pada bagian pinggang dan akan terdengar bunyi pekak pada abdomen.

9) Ekstremitas

Biasanya didapatkan akral teraba dingin, CRT >3 detik, edema pada ekstremitas, kulit seperti bersisik, dan kulit seperti bersisik (Muttaqin and Sari 2014).

1. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Diagnostik

a) Urine

- 1) Volume : urine <400 ml/hari atau tidak ada (anuria).
- 2) Warna urine : biasanya keruh disebabkan oleh pus, bakteri, lemak, fosfat atau urat sedimen kotor, warna kecoklatan menunjukkan adanya darah, Hb, mioglobin, porfir.
- 3) Berat jenis urine : <1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat.
- 4) Osmolalitas : <350 mOsm/kg (menunjukkan kerusakan ginjal tubular dan rasio urin/ serum sering 1 : 1).
- 5) Natrium : >40 mEq/L, karena ginjal tidak mampu mereabsorbisikan natrium.
- 6) Protein : derajat tinggi proteinuria (3-4 +) secara kuat menunjukkan bahwa kerusakan terjadi di glomerulus bila SDM dan fragmen juga ada.

b) Darah

- 1) Kadar ureum dalam darah (BUN) : meningkat, kadar kreatinin 10 mg/dl di duga kerusakan ginjal sudah memasuki tahap akhir.
 - 2) Ht : menurun pada adanya anemia. Hb biasanya kurang dari 7 – 8 gr/dl.
 - 3) SDM : menurun, defisiensi eritropoetin
 - 4) GDA : asidosis metabolik, pH kurang dari 7,2
 - 5) Natrium serum : menjadi rendah
 - 6) Kalium : menjadi meningkat
 - 7) Magnesium : menjadi meningkat
 - 8) Kalsium : menjadi menurun
 - 9) Protein (albumin) : menjadi menurun
- c) Osmolalitas serum : >285 mOsm/kg
- d) Pelogram retrogard : abnormalitas pelvis ginjal dan ureter
- e) Ultrasonografi ginjal : menentukan ukuran ginjal dan adanya massa, kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas
- f) Endoskopi ginjal, nefroskopi : untuk menentukan pelvis ginjal, keluar batu, hematuria, dan pengangkatan tumor selektif.
- g) Arteriogram ginjal : mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstrasvaskular, dan massa.
- h) EKG : ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa (Haryono 2013).

1) Pemeriksaan Laboratorium

- a) Laju endap darah akan meninggi diperberat oleh anemia, hipoalbuminemia, dan retikulosit yang rendah.
- b) Ureum dan kreatinin meninggi, umumnya perbandingan antara ureum dan kreatinin 20 : 1. Biasanya perbandingan ini meninggi karena perdarahan saluran cerna, edema, luka bakar luas, pengobatan steroid dan obstruksi saluran kemih.
- c) Hiponatremia, biasanya karena kelebihan cairan dan bersamaan dengan menurunnya diuresis.
- d) Hipokalsemia dan hiperfosfatemia, terjadi karena berkurangnya sintesis vitamin D3 pada CKD.
- e) Phospat alkaline meninggi, dikarenakan gangguan metabolisme tulang, terutama isoenzim fosfatase di tulang.
- f) Hipoalbuminemia, umumnya disebabkan oleh gangguan metabolisme dan diet rendah protein.
- g) Kadar gula darah meningkat, disebabkan karena gangguan metabolisme karbohidrat pada CKD (resistensi terhadap pengaruh insulin pada jaringan perifer).
- h) Hipertrigliserida, disebabkan oleh gangguan metabolisme lemak yang disebabkan peninggian hormon insulin dan menurunnya lipoprotein lipase.
- i) Asidosis metabolik dengan kompensasi respirasi menunjukkan pH yang menurun, semua disebabkan retensi asam organik dalam CKD (Muttaqin and Sari 2014).

m. Penatalaksanaan

Brunner & Suddarth (2019) memaparkan penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien CKD :

1) Penatalaksanaan Medis

Tujuan dari penatalaksanaan ini adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostatis selama mungkin. Semua faktor yang berperan menyebabkan CKD dan faktor yang sifatnya reversible (mis, obstruksi) harus diidentifikasi dan di tangani.

2) Penatalaksanaan Farmakologis

Komplikasi dapat dicegah atau ditunda dengan pemberian agens pengikat fosfat, suplemen kalsium, obat antihipertensi dan obat jantung, anti kejang, dan eritropoetin (epogen).

- a) Hiperfosfatemia dan hipokalsemia, ditangani dengan obat yang dapat mengikat fosfat dalam saluran cerna (mis., kalsium karbonat, kalsium asetat, *sevelamer hydrochloride*); semua agen pengikat harus diberikan bersama makanan.
- b) Hipertensi, ditangani dengan pengontrolan volume intravaskuler dan obat antihipertensi.
- c) Gagal jantung dan edema pulmonal, ditangani dengan pembatasan cairan, diet rendah natrium, diuresis, agens inotropik (mis., digoksin atau dobutami), dan dialisis.
- d) Asidosis metabolik, diatasi dengan suplemen natrium bikarbonat.
- e) Pasien diobservasi untuk melihat tanda awal kelainan neurologik (mis., kedutan, sakit kepala, delirium, atau aktivitas kejang) dengan diazepam intravaskular (Valium) atau fenitoin (Dilantin) diberikan untuk mengatasi kejang.

- f) Anemia, ditangani dengan rekombinan eritropoetin manusia (Epoetin) dan hemoglobin dan hematokrit dipantau secara berkala.
- g) Heparin, diberikan sesuai kebutuhan untuk mencegah bekuan darah pada jalur dialisis selama terapi.
- h) Suplemen besi dapat diresepkan
- i) Tekanan darah dan kalium serum dipantau secara terus - menerus.

3) Terapi Nutrisi

- a) Intervensi diet perlu dilakukan, yakni dengan pengaturan cermat untuk asupan protein, asupan cairan untuk mengganti cairan yang hilang, dan asupan natrium, serta pembatasan kalium.
- b) Asupan kalori dan vitamin harus memadai. Kalori diberikan dalam bentuk karbohidrat dan lemak untuk mengatasi pelisutan otot.
- c) Pembatasan Protein, protein yang diperbolehkan harus mengandung nilai biologis yang tinggi (susu, keju, telur dan daging).
- d) Diet cairan adalah sebesar 500 hingga 600 mL cairan atau lebih dari jumlah haluaran urine 24 jam pada hari sebelumnya.
- e) Pemberian suplemen natrium.

4) Penatalaksanaan Keperawatan

- a) Kaji status cairan dan identifikasi sumber potensi.
- b) Terapkan program diet untuk menjamin asupan nutrisi yang memadai dan sesuai dengan batasan regimen terapi.
- c) Dukung perasaan positif dengan mendorong pasien untuk meningkatkan kemampuan perawatan diri dan lebih mandiri.
- d) Berikan penjelasan dan informasi kepada pasien dan keluarga terkait penyakit CKD, pilihan pengobatan, dan kemungkinan komplikasi.
- e) Beri dukungan Emosional.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017), masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien CKD adalah :

- a. Hipervolemia, berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dan kelebihan asupan cairan.
- b. Gangguan pertukaran gas, berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi.
- c. Penurunan curah jantung, berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.
- d. Defisit nutrisi, berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi.
- e. Perfusi perifer tidak efektif, berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, dan peningkatan tekanan darah.
- f. Gangguan integritas kulit atau jaringan, berhubungan dengan perubahan sirkulasi.
- g. Nyeri akut, berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis.
- h. Nausea, berhubungan dengan gangguan biokimiawi (uremia).
- i. Ansietas, berhubungan dengan ancaman terhadap kematian.
- j. Resiko perdarahan, dibuktikan dengan gangguan koagulasi

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1

Rencana Keperawatan Pada Pasien CKD

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ortopnea Dispnea <i>Paroxysmal nocturnal dispnea</i> (PND) <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Edema ansarka atau edema perifer Berat badan meningkat dalam waktu singkat <i>Jugular Venous Pressure</i> (JVP) dan <i>Central Venous Pressure</i> (CVP) meningkat. <p>Gejala dan Tanda Minor : Subjektif : (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Distensi vena jugularis Terdengar suara napas tambahan Hepatomegali Kadar Hb / Ht turun Oliguria 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keseimbangan Cairan (L.05020) <ol style="list-style-type: none"> Keseimbangan (asupan cairan) dan output (keluaran urin) 24 jam sesuai kebutuhan (intake normal 2500 cc, output normal 1 cc/BB/24 jam). Tekanan darah dalam batas normal (Dewasa : 120/80 mmHg dan lansia 140/90 mmHg). Denyut nadi radial dalam batas normal (60-100 x/menit). Tidak ada edema perifer Membran mukosa kembali lembab. Mata tidak cekung Turgor kulit baik. Ansietas tidak ada. 	<p>Manajemem Hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa tanda dan gejala hipervolemia Identifikasi penyebab hipervolemia Monitor status hemodinamik (mis : frekuensi jantung , tekanan darah) Monitor intake dan output cairan Monitor tanda homokonsentrasi (mis : kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat) Monitor kecepatan infus ketat <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Timbang BB setiap hari di waktu yang sama Batasi cairan dan garam Tinggikan kepala tempat tidur 30-40

	<p>f. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif)</p> <p>g. Kongesti paru</p>	<p>b. Keseimbangan Elektrolit (L.03021)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Serum natrium dalam batas normal (136-145 Mmol) 2. Serum kalium dalam batas normal (3,5-5,1 Mmol) 3. Serum klorida dalam batas normal (97-111 Mmol) 4. Serum kalsium dalam batas normal (8,1-10,4 mg/dl) 5. Serum magnesium dalam batas normal (1,9-2,5 mg/dl) 6. Serum fosfor dalam batas normal. 	<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melapor jika haluan urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam. 2. Anjurkan melapor jika BB > 1 Kg setiap hari 3. Anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan 4. Anjurkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretik 2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik. <p>Pemantauan Elektrolit (I.03122)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kadar elektrolit serum 2. Monitor mual, muntah, diare 3. Monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis, kelemahan otot, interval QT memanjang, gelombang T datar atau terbalik, depresisegmen ST, kelelahan, penurunan reflek, anoreksia, konstipasi, pusing) 4. Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis. peka rangsangan, gelisah, mual, muntah, takikardia, bradikardia).
--	---	--	---

			<p>5. Monitor tanda dan gejala hiponatremia (mis, disorientasi, otot berkedut,sakit, kepala,membran mukosa kering, kejang,penurunan kesadaran).</p> <p>6. Monitor tanda dan gejala hipernatremia (mis, haus, demam, mual, muntah, gelisah, peka rangsangan, membran mukosa kering, takikardia, latergi, kejang).</p> <p>7. Monitor tanda dan gejala hipokalsemia (mis, peka rangsangan, spasme otot wajah, spasme karpal, kram otot, interval QT memanjang).</p> <p>8. Monitor tanda dan gejala hiperkalsemia (mis, nyeri tulang, haus, anoreksia, letargis, kelemahan otot)</p> <p>9. Monitor tanda dan gejala hipomagnesemia (mis, depresi pernapasan, apatis, disritmia)</p> <p>10. Monitor tanda dan gejala hipermagnesemia (mis, kelemahan otot, hiporefleks, bradikardia, koma, depresi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemanatauan sesuai dengan kondisi pasien. 2. Dokumentasikan hasil pemantauan
--	--	--	--

			<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan jika perlu.
2	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveoulus – kapiler (D.0003)</p> <p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dispnea <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. PCO₂ meningkat atau menurun b. P_{O₂} menurun c. Takikardia d. pH arteri meningkat atau menurun e. Bunyi napas tambahan <p>Gejala dan tanda minor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pusing b. Penglihatan Kabur <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sianosis b. Diaforesis c. Gelisah d. Napas cuping hidung e. Pola napas abnormal (cepat atau lambat, reguler atau ireguler, dalam atau dangkal) f. Warna kulit abnormal (mis, pucat, kebiruan) g. Kesadaran menurun 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria hasil :</p> <p>Pertukaran Gas (L.01003) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Dispnea menurun 3. Bunyi napas tambahan menurun 4. Gelisah menurun 5. Diaforesis menurun 6. PCO₂ membaik 7. PO₂ membaik 8. Sianosis membaik 9. Pola napas membaik 	<p>Pemantauan Respirasi (I.03123)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul, cheyne-stokes, Biot</i>, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Auskultasi bunyi napas 7. Monitor saturasi oksigen 8. Monitor nilai AGD 9. Monitor hasil <i>x-ray</i> toraks <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan proses pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

			<p>Terapi Oksigen (I.01026)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran oksigen secara periodic dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 4. Monitor efektifitas terapi oksigen 5. Monitor tanda – tanda hipoventilasi 6. Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelectasis 7. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi 3. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen 2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau tidur.
--	--	--	---

3	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas (D.0008)</p> <p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan irama jantung (palpitasi) Perubahan <i>preload</i> (lelah) Perubahan <i>afterload</i> (dispnea) Perubahan kontraktilitas (<i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND), ortopnea, batuk) <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan irama jantung (bradikardia atau takikardia, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi) Perubahan <i>preload</i> (edema, distensi vena jugularis, <i>central venous pressure</i> (CVP) meningkat atau menurun). Perubahan <i>afterload</i> (tekanan darah meningkat atau menurun, nadi perifer teraba lemah, <i>capillary refill time</i> > 3 detik, oliguria, warna kulit pucat atau sianosis) Perubahan kontraktilitas (terdengar suara jantung) 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria hasil :</p> <p>Keefektifan pompa jantung (L.02008) :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah sistolik dalam batas normal Keseimbangan intake dan output dalam rentang normal Tidak ada disritmia Tidak ada bunyi jantung abnormal Tidak ada edema perifer Tidak ada edema paru 	<p>Perawatan Jantung (I.02075) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema, ortopnea) Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi batuk, kulit pucat) Monitor tekanan darah Monitor intake dan output cairan Monitor saturasi oksigen Monitor keluhan nyeri dada <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman Berikan diet jantung sesuai (batasi kafein, atrium, kolesterol dan makanan tinggi lemak) Berikan dukungan emosional dan spiritual Berikan oksigen agar saturasi >94 % <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap Anjurkan berhenti merokok Anjurkan pasien dan keluarga mengukur BB setiap hari Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output
---	--	--	---

	<p>Gejala dan tanda minor : Subjektif : a. Perilaku emosional (cemas dan gelisah) Objektif : a. Perubahan preload (murmur jantung, BB bertambah)</p>		<p>cairan harian. Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
4	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia, mual, muntah (D.0019)</p> <p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif : (Tidak tersedia) Objektif : a. BB menurun minimal 10 % dibawah rentang ideal</p> <p>Gejala dan tanda minor : Subjektif : a. Cepat kenyang setelah makan b. Kram atau nyeri abdomen c. Nafsu makan menurun Objektif : a. Bising usus hiperaktif b. Ototo mengunyah lemah c. Ototo menelan lemah d. Membran mukosa pucat</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam maka didapatkan kriteria hasil : Status nutrisi (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan tentang pilihan makanan dan minuman yang tepat meningkat 2. Nyeri abdomen tidak ada 3. Diare tidak ada 4. Frekuensi makan membaik 5. Nafsu makan membaik 6. Bising usus dalam rentang normal 7. Membran mukosa lembab 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleran makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrien 5. Monitor BB 6. Monitot hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : 1. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Berikan makanan tinggi kalori 4. Berikan suplemen makanan jika perlu</p>

	<ul style="list-style-type: none"> e. Sariawan f. Serum albumin turun g. Rambut rontok berlebihan h. Diare 		<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri , antiemetik) jika perlu 2. Kolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan tubuh, jika perlu
--	--	--	---

(SDKI, 2017) SLKI, 2019) SIKI,2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah prosedur kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik, dengan menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan menjadi lebih baik (Siregar 2021).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah dilakukan, secara terus – menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Juwita 2022).

BAB 3

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif yang bersifat deskriptif dengan desain penelitian studi kasus. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang dilakukan untuk menggambarkan suatu fenomena secara sistematis dan akurat disuatu populasi tertentu (Masturoh & Anggita 2018).

Studi kasus adalah suatu rancangan penelitian yang mencakup satu unit penelitian secara intensif, misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, maupun institusi. Meskipun jumlah subjek penelitian sedikit, akan tetapi jumlah variabel yang diteliti sangat luas (Masturoh & Anggita 2018).

Penelitian ini telah dilakukan bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian telah dilakukan di Ruangan IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang, dimana waktu penelitian dimulai dari bulan November 2022 sampai bulan Juni 2023. Peneliti telah Asuhan Keperawatan dari tanggal 11 April 2023 – 15 April 2023.

C. Subjek Penelitian

1. Populasi

Populasi yaitu wilayah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan kerarakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan dapat ditarik kesimpulan. Populasi merupakan sebagai seluruh unsur elemen yang menjadi objek penelitian (Masturoh & Anggita 2018). Populasi saat penelitian yang dilakukan pada tanggal 11 April 2023 adalah seluruh pasien dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang IRNA Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang. Pada saat dilakukan penelitian ditemukan 3 (tiga) orang pasien dengan diagnosa CKD.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari jumlah dan karakteristiik yang dimiliki oleh populasi yang secara nyata diteliti kemudian ditarik kesimpulan. (Masturoh & Anggita 2018). Sampel pada penelitian ini yaitu 1 orang yang terdiagnosa CKD di Ruang IRNA Penyakit Dalam RSUP. Dr. M Djamil Padang. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *simple random sampling* yaitu dilaksanakan dengan cara mengambil lot secara acak.

Kriteria dalam melakukan penelitian ini yaitu :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi merupakan kriteria yang akan menyaring anggota populasi menjadi sample yang memenuhi kriteria secara teori sesuai dengan topik dan kondisi penelitian.

- 1) Pasien dan keluarga bersedia menjadi responden
- 2) Pasien kooperatif dan dapat berkomunikasi verbal dengan baik

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria yang dapat digunakan untuk mengeluarkan anggota sampel dari kriteria inklusi atau dengan cara lain ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel yaitu :

- 1) Pasien pulang atau meninggal dunia saat dilakukan penelitian
- 2) Lama hari perawatan kurang dari 5 hari

Saat penelitian dilakukan terdapat 3 orang pasien CKD yang memenuhi kriteria inklusi pada kriteria yang telah ditetapkan. Selanjutnya peneliti melakukan lot secara sederhana (*simple random sampling*) untuk memilih pasien yang akan dijadikan sampel penelitian.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dari suatu penelitian berasal dari tahapan konsep, dan variabel sesuai dengan kajian teori yang mendalam. Alat dan instrumen pengumpulan data berupa format tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi dalam hal ini terlampir (Masturoh & Anggita 2018).

Pengumpulan data yang akan dilakukan dengan cara anamnesa, pengkajian fisik dan observasi langsung dan studi dokumnetasi.

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologi, pemeriksaan lanoratorium dan program pengobatan.
2. Format analisis data terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, data masalah dan etiologi.
3. Format diagnosa keperawatan yang terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah serta tanggal dan paraf masalah diselesaikan,

4. Format intervensi keperawatan terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, luaran keperawatan dan intervensi keperawatan.
5. Format implementasi keperawatan yang terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara merupakan proses komunikasi atau interaksi untuk mengumpulkan informasi dengan cara tanya jawab dengan informan atau subjek penelitian (Masturoh & Anggita 2018).

2. Observasi

Observasi adalah kegiatan dengan menggunakan panca indera, berupa penglihatan, penciuman, pendengaran, untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk menjawab masalah peneliti. Hasil observasi berupa aktivitas, kejadian, peristiwa, objek, kondisi atau suasana tertentu, dan perasaan emosi seseorang (Masturoh & Anggita 2018).

3. Pengukuran

Pengukuran adalah pengumpulan data penelitian dengan mengukur objek dengan menggunakan alat ukur tertentu, misalnya berat badan menggunakan alat timbangan berat badan, tekanan darah menggunakan alat tensi meter dan sebagainya (Siyoto & Sodik 2015).

Dalam penelitian ini, peneliti akan menggunakan alat ukur pemeriksaan, yaitu melakukan pengukuran tekanan darah, menghitung pernapasan, frekuensi nadi, dan tanda-tanda vital.

4. Dokumentasi

Dokumentasi yaitu cara pengumpulan data penelitian melalui dokumen (data sekunder) seperti data statistik, status pemeriksaan pasien, rekam medik, laporan dan lain-lain (Hidayat 2021).

F. Jenis-Jenis Data

Menurut Masturoh dan Anggita (2018), terdapat dua jenis data di dalam penelitian, yang terdiri dari :

1. Data Primer

Data primer diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya. Data primer disebut juga sebagai data asli atau data baru. Untuk mendapatkan data primer, peneliti akan mengumpulkannya dengan menggunakan teknik wawancara, observasi.

2. Data Sekunder

Data yang diperoleh peneliti dari berbagai sumber yang telah ada. Data sekunder dapat diperoleh dari jurnal, lembaga, laporan dan lain-lain.

G. Analisis Data

Rencana analisis yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisa semua temuan data pada tahapan proses keperawatan dengan cara membandingkan konsep dan teori yang ada dalam keperawatan tentang pasien *chronic kidney disease* (CKD) dengan temuan data yang telah di dapat selama melakukan tahapan proses keperawatan pada responden dengan CKD. Data yang telah didapat dari hasil asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan, sampai mengevaluasi hasil tindakan kemudian dideskripsikan dan dinarasikan sesuai dengan teori terdahulu.

BAB IV

DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang, yang merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Sumatra bagian tengah dan rumah sakit dengan tipe kelas A, bertempat di Irna Non Bedah Penyakit Dalam. Irna Non Bedah Penyakit Dalam terdiri dari ruangan HCU, Interne Pria, Interne Wanita dan Geriatri. Penelitian ini tepatnya dilakukan di ruangan Interne Wanita. Ruangan Interne Wanita dipimpin oleh seorang karu, dibantu oleh katim dan beberapa perawat pelaksana yang dibagi menjadi tiga shift yaitu pagi, sore dan malam dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

B. Deskripsi Kasus

Penelitian dilakukan di Ruang Interne Wanita, RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 11 April 2023 sampai 15 April 2023 dengan 1 orang partisipan yang dipilih berdasarkan metode *purposive sampling*. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi.

Pasien bernama Ny.W, berusia 45 tahun, berjenis kelamin perempuan, status menikah, pendidikan terakhir S1, bekerja sebagai ibu rumah tangga, beralamat di Parupak Tabing, Padang, dengan diagnosa medis CKD Stage V on HD.

Pasien masuk ke rumah sakit pada hari Senin tanggal 10 April 2023 melalui IGD Rumah Sakit RSUP Dr. M. Djamil Padang pukul 15.00 WIB, dengan keluhan sesak napas semakin meningkat sejak 3 hari terakhir, sesak semakin memberat ketika melakukan aktivitas ringan, dengan disertai tubuh lemah, pucat dan tidak bertenaga.

Pada saat dilakukan pengkajian pada Selasa tanggal 11 April 2023 pukul 11.00 WIB, pasien mengatakan nafasnya masih sesak, pasien mengatakan tubuh terasa sesak saat melakukan aktivitas. Pasien mengatakan bahwa tubuh masih terasa lemah, pasien mengatakan hanya bisa berbaring diatas tempat tidur karena tidak bertenaga. Pasien mengatakan mengeluh mual dengan frekuensi 2 sampai 3 kali sehari.

Pasien memiliki riwayat Hipertensi yang tidak terkontrol sejak 4 tahun yang lalu, pasien tidak pernah memeriksakan kesehatannya sampai di diagnosa mengidap CKD Stage V oleh dokter sejak 2 tahun yang lalu, serta pasien dahulu memiliki kebiasaan minum obat pereda nyeri dan suka mengonsumsi minuman bersoda selama 3 tahun.

Pasien tidak mengetahui adanya anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit jantung.

Data hasil pengkajian kebiasaan sehari – hari didapatkan, pasien diberikan diit RGRP (rendah garam rendah protein) 3 X sehari, dan pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan karena mengalami rasa mual. Untuk minum dilakukan pembatasan cairan, pasien minum sebanyak 300 ml/hari. Pasien BAB 1 X sehari, konsistensi padat dan berwarna coklatan kekuningan. Untuk BAK, pasien sudah tidak pernah lagi BAK sejak di hemodialisa (1 tahun 4 Bulan). Pasien tidur dengan durasi 5 – 6 jam / hari

karena rasa sesak yang meningkat di malam hari. Pasien lebih banyak istirahat diatas tempat tidur, karena tubuh lemah dan tidak bertenaga dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Pada hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien tanggal 11 April 2023, di dapatkan hasil : **keadaan umum** : sedang, **tingkat kesadaran** : composmentis cooperative (CMC), hasil pengukuran tekanan darah 165 / 109 mmHg, nadi 90 x / menit, pernapasan 29 x / menit, suhu 35,9 °C. Tinggi badan 158 CM, berat badan 48 KG, IMT 19,2. Pada pemeriksaan fisik pada bagian kepala :**wajah** tampak lemah dan pucat, **mata** konjungtiva anemis, **rambut** jarang dan kasar, **hidung** terpasang oksigen nasal canul 5l / menit, napas cuping hidung, **mulut** bibir pucar, napas berbau amonia. Pada **paru** terlihat penggunaan otot bantu napas. Pada kedua **ekstremitas** CRT > 2 detik. Pada **Kulit** kulit bersisik, terasa gatal dan pruritus pada punggung.

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratotium pasien pada tanggal **10 April 2023**, di dapatkan kadar hemoglobin 5,8 g/dl (12,0 – 14,0 g/dl). Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal **11 April 2023**, di dapatkan kadar hemoglobin 7,5 g/dl (12,0 – 14,0), leukosit $5,76 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5,0 – 10,00), hematokrit 24 % (37,0 – 43,0), trombosit $310 \times 10^3/\text{mm}^3$ (150 – 400), ureum 60 mg / dl (10 – 50), kreatinin 5,0 mg / dl (0,6 – 1,1), natrium 140 mmol/ l (136 – 145) kalium 4,2 mmol/l (3,5 – 5,1), klorida 103 mmol/ l (97 – 111), kalsium 10,0 mg/dl (8,1 – 10,0), ph 7,30 (7,35 – 7,45), Pco2 33 mmhg (35 – 48), Po2 100 mmhg (83 – 108), Hco3 24,7 mmol / l (18 – 23).

Pasien diberikan terapi berupa IVFD Renxamin 200 ml/24 jam, Natrium Bikarbonat 3 x 500 mg (PO), Amlodipine 1 x 10 mg (PO), Candesartan 1 x 16 mg (PO), Clonidin 1x1 mg (PO), Transfusi PRC 2 Kolf, Hemodialisa setiap senin dan kamis.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan di tegakkan berdasarkan pengkajian yang di dapatkan berupa data subjektif, data objektif (data penunjang seperti data pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan darah, dan data pengobatan pasien), berdasarkan data subjektif dan objektif peneliti telah menyesuaikan dengan SDKI, sehingga peneliti dapat menagakkan diagnosa sebagai berikut :

- a. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Energi, pada tanggal 11 April 2023, di dapatkan data subjektif yang ditemukan terhadap pasien, pasien mengatakan napasnya masih sesak, pasien mengatakan tubuh terasa sesak saat melakukan aktivitas. Data objektif yang ditemukan terlihat penggunaan otot bantu napas, napas cuping hidung, terpasang O2 nasal canul 5L / menit, Ph = 7,30, (7,35 – 7,45), Pco2 = 33 mmHg (35 - 48), HCO3 = 24, 7 mmol / l (18 – 23), RR = 29 X / menit, HB = 5,8 g/dl (12,0 – 14,0).
- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin, pada tanggal 11 April 2023, di dapatkan data subjektif yang ditemukan terhadap pasien, pasien mengatakan bahwa tubuh masih terasa lemah, pasien mengatakan hanya bisa berbaring diatas tempat tidur karena tidak bertenaga. Data objektif yang ditemukan pasien tampak lemah, warna kulit pasien tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis, HB = 5,8 g/dl (12,0 – 14,0), pemeriksaan CRT > 2 detik pada kedua ekstremitas,

TD = 169/109 mmhg, HR = 90 X / menit, semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

- c. Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan Disfungsi Ginjal, pada tanggal 11 April 2023 di dapatkan data subjektif yang ditemukan, Pasien mengatakan mengeluh mual dengan frekuensi 2-3 kali sehari. Data objektif yang ditemukan pasien terlihat pucat, napas berbau amonia, pasien hanya menghabiskan ½ porsi diit yang diberikan, ureum = 60 mg / dl (10 – 50), kreatinin = 5,0 mg / dl (0,6 – 1,1) natrium = 140 mmol / l (136 – 145), kalium = 4,2 mmol / l (3,5 – 5,1), klorida = 103 mmol / l (97 – 111), kalsium = 9,0 mg / dl (8,1 – 10,0).

3. Intervensi Keperawatan

Setelah di dapatkan beberapa diagnosis keperawatan yang ditemukan pada pasien, diperlukan rencana keperawatan yang didalamnya terdapat tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan mengacu pada (SLKI 2019) dan (SIKI 2018)

Berikut adalah rencana asuhan keperawatan pada pasien :

- a. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Energi.
Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosa ini yaitu **Manajemen Jalan Napas** dengan tindakan, monitor pola napas, monitor bunyi napas, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen. **Manajemen asam basa : asidosis metabolik** dengan tindakan intervensi keperawatan, monitor hasil analisa gas darah, jelaskan mekanisme dan penyebab terjadinya asidosis metabolik, kolaborasi pemberian bikarbonat. Kriteria hasil yang hendak di capai yaitu : dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun,

frekuensi napas membaik, ph membaik, kadar co2 membaik, kadar bikarbonat membaik.

- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosa ini yaitu **Perawatan Sirkulasi** dengan tindakan, periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, lakukan pencegahan infeksi, anjurkan menggunakan obat pengontrol tekanan darah dan pemberian transfusi darah. Kriteria hasil yang hendak di capai yaitu : warna kulit pucat menurun, akral membaik, turgor kulit membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik.

- c. Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan Disfungsi Ginjal.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosa ini yaitu : **Pemantauan Elektrolit** dengan tindakan, monitor kadar elektrolit serum, monitor tanda dan gejala hiperkalemia, monitor tanda dan gejala hipernatremia. **Manajemen mual** dengan tindakan, monitor mual, monitor asupan kalori dan nutrisi, berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual, kolaborasi pemberian antiemetik. Kriteria hasil yang hendak di capai yaitu : serum natrium meningkat, serum kalium meningkat, serum klorida meningkat, nafsu makan meningkat, mual menurun.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan pada pasien, sesuai dengan rencana tindakan yang telah di rumuskan yang di mulai pada tanggal 11 April 2023 – 15 April 2023.

a. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Energi.

Implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap pasien adalah memeriksa pola napas (frekuensi, kedalaman napas dan usaha napas), memeriksa bunyi napas tambahan, mengatur posisi semi fowler pada pasien, memberikan oksigen nasal canul 5L / menit, memeriksa hasil analisa gas darah, menjelaskan penyebab dan mekanisme terjadinya asidosis metabolik terhadap pasien dan keluarga, memberikan obat natrium bikarbonat 500 mg secara oral, sesuai order dokter.

b. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin.

Implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap pasien adalah memeriksa sirkulasi perifer, mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, membatasi jumlah kunjungan terhadap pasien, memberikan obat secara oral, Amlodipine 10 mg, Candesartan 16 mg, Clonidine 1 mg sesuai order dokter, memberikan transfusi PRC 1 kolf / jam.

c. Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan Disfungsi Ginjal.

Implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap pasien adalah memeriksa kadar elektrolit serum, memeriksa tanda dan gejala hiperkalemia, memeriksa tanda dan gejala hipernatremia, mengkaji mual yang dirasakan (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan), memeriksa asupan nutrisi dan kalori, memberikan makanan sedikit tapi sering, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengatasi

mual, memberikan obat Domperidone 10 mg secara oral, sesuai order dokter.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. W. Evaluasi dari implementasi dilakukan setiap hari, pada partisipan dilakukan selama 5 hari.

- a. Evaluasi pada diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak dan data objektif tidak terdapat penggunaan otot bantu napas, napas tidak cuping hidung, pasien sudah tidak terpasang oksigen, pasien sudah tidak terpasang oksigen, RR = 20 x / menit, dari hasil analisis didapatkan pola napas membaik, intervensi dilanjutkan dirumah.

- b. Evaluasi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan tubuh terasa segar dan sudah bertenaga dan data objektif pasien tampak segar, kulit tidak pucat, akral tidak teraba dingin, konjungtiva tidak anemis, CRT < 2 detik pada kedua ekstremitas, TD = 138 / 72 mmHg, HR = 88 x / menit, pasien sudah bisa beraktivitas ringan dengan pengawasan keluarga, dari hasil analisis didapatkan toleransi aktivitas meningkat, intervensi dilanjutkan dirumah.

- c. Evaluasi pada diagnosa resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan disfungsi ginjal, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke tiga, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasakan mual lagi dan data objektif pasien terlihat segar, napas sudah tidak berbau amonia, pasien menghabiskan diit yang diberikan, dari hasil analisis didapatkan keseimbangan elektrolit meningkat, intervensi dihentikan.

C. Pembahasan Kasus

Pada pembahasan kasus penelitian ini akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan *chronic kidney disease* (CKD). Pembahasan ini sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan, meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

Pasien Ny. W berusia 45 tahun dan berjenis kelamin perempuan. Menurut (Riskesdas 2018) usia dan jenis kelamin menjadi faktor resiko terjadinya CKD, dengan tercatatnya kejadian CKD lebih sering terjadi pada kelompok usia 65 – 74 tahun (8,23 %) permil dan lebih sering terjadi pada laki – laki (4,17%) dibandingkan wanita (3,52%) permil. Data tersebut sesuai dengan teori (Prabowo & Pranata 2014) bahwa usia dan jenis kelamin berisiko karena berhubungan dengan penurunan fungsi tubuh dan gaya hidup yang tidak sehat. Teori ini didukung hasil penelitian (Mait et al. 2021) dari 45 pasien yang menjalani hemodialisa di Kota Manado, sebagian besar pasien berusia antara 45-64 tahun (60%) dan berjenis kelamin laki-laki (56%).

Menurut analisa peneliti penambahan usia dan jenis kelamin menjadi faktor resiko terjadinya CKD karena semakin bertambah usia, semakin berkurang fungsi ginjal yang berhubungan dengan penurunan kecepatan ekskresi glomerulus serta memburuknya fungsi tubulus, dan pada laki – laki umumnya memiliki gaya hidup tidak sehat seperti konsumsi rokok dan alkohol yang akan mempengaruhi kerja ginjal secara progresif.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan peneliti, didapatkan bahwa pasien sesak napas , lemah, tidak bertenaga dan mual. Hasil pengkajian ini sesuai dengan teori (Prabowo & Pranata 2014) bahwa sesak napas, lemah, tidak bertenaga dan mual merupakan gejala klinis pada pasien CKD. Teori ini didukung hasil penelitian (Aisara et al. 2018) dari 104 pasien yang menjalani hemodialisa di RSUP Dr. M Djamil Padang, sebagian besar pasien mengeluh dispnea (61 %), lemah, letih, lesu (30,8%), mual (12,5%).

Menurut peneliti terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan, dari analisa peneliti hal tersebut terjadi karena kadar hemoglobin pasien rendah yang akan berdampak pada turunya kadar HBO₂ dalam darah, yang mengakibatkan menurunnya pasokan oksigen sampai ke jaringan. Selain itu rendahnya pasokan oksigen akan membuat medula oblongata sebagai pusat pernapasan bereaksi untuk meningkatkan laju pernapasan guna mengembalikan kadar oksigen pada batas normal karena itulah menimbulkan respon sesak pada pasien. Selain sesak turunya kadar hemoglobin akan mengakibatkan tubuh merasa lemah dan tidak bertenaga. Sementara muntah terjadi karena ginjal kehilangan fungsinya untuk mengekskresikan zat limbah dalam darah (ureum) yang mengganggu sistem gastrointestinal.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien memiliki riwayat Hipertensi yang tidak terkontrol sejak 4 tahun yang lalu. Hasil pengkajian ini sesuai dengan teori (Prabowo 2014) CKD menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga menyebabkannya menjadi penyakit sekunder (*secondary illness*), dan paling banyak disebabkan oleh diabetes mellitus dan hipertensi. Teori ini sejalan dengan data (Riskesdas 2018) bahwa nefropati diabetika (52%) dan hipertensi (24 %) menjadi penyebab utama CKD, Data ini didukung hasil penelitian (Aisara et al. 2018) terhadap 104 pasien yang menjalani hemodialisa di RSUP DR M Djamil Padang, bahwa penyebab CKD pada pasien hemodialisa adalah hipertensi (34%) dan nefropati diabetika (27%).

Menurut analisa peneliti terjadinya CKD pada pasien karena hipertensi yang tidak terkontrol yang mengakibatkan terjadinya nefrosklerosis, yaitu suatu kondisi hipertensi lama yang tidak diobati, yang di karakteristik oleh penebalan, hilangnya elastisitas sistem, perubahan darah menuju ginjal yang membuat terjadinya penurunan aliran darah dan akhirnya menyebabkan terjadinya kerusakan pada ginjal.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien tidak mengetahui adanya anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit jantung, dalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular seperti TB dan HIV. Menurut (Harmilah 2020) banyak yang bisa membuat fungsi ginjal menurun secara progresif salah satunya riwayat kesehatan keluarga, seperti hipertensi, diabetes melitus, hiperkolesterol yang menjadi pencetus terjadinya CKD. Hal ini didukung hasil penelitian (Arifa et al. 2017) terhadap

11.405 sampel didapatkan keluarga dengan riwayat DM (40,1%), hipertensi (57,7%), kadar kolesterol total (56%), kadar HDL (80,4%), dan kadar LDL (83,6%) dapat diturunkan kepada anggota keluarganya yang lain sehingga dapat meningkatkan resiko pasien menderita penyakit CKD.

Menurut analisa peneliti, tidak ada kesinambungan yang terjadi pada riwayat kesehatan keluarga Ny. w dengan teori dan hasil penelitian, maka jika salah satu anggota tidak ada yang menderita penyakit sistemik, maka pasien yang menderita CKD dapat diakibatkan oleh gaya hidup yang tidak sehat, seperti kebiasaan pasien minum obat pereda nyeri dan suka mengonsumsi minuman bersoda, yang merupakan gaya hidup penyebab kerusakan ginjal.

e. Makan

Pasien diberikan diet RGRP (rendah garam rendah protein). Hasil pengkajian tersebut sesuai dengan teori (Brunner & Suddarth 2019) bahwa pada pasien CKD dilakukan pembatasan garam, protein dan asupan cairan sebesar 500 – 600 ml sesuai dengan haluaran urine pada hari sebelumnya. Teori ini didukung hasil penelitian (Kandarini 2018) peningkatan konsumsi protein telah terbukti mempengaruhi hemodinamik ginjal dan berperan terhadap kerusakan fungsi dan jaringan ginjal dan terapi rendah protein telah diketahui memberi manfaat menurunkan akumulasi toksin uremik sehingga mengurangi gejala uremia, menurunkan proteinuria dalam tubuh. Selanjutnya hasil penelitian (Widiastuti et al. 2016) diet rendah garam menjadi prinsip utama dalam intervensi pada pasien CKD untuk mengurangi keluhan seperti kontrol tekanan darah dan dapat mengurangi resiko terjadinya komplikasi ke penyakit jantung.

Menurut analisa peneliti, pemberian diit rendah protein dan garam dilakukan karena, ginjal sebagai sistem ekskresi sudah kehilangan fungsinya untuk mengeluarkan sisa metabolisme dari dalam tubuh. Jika tidak dilakukan pembatasan protein dan garam, maka sisa metabolisme tubuh (ureum) akan menumpuk yang berakibat munculnya komplikasi serius pada penderita CKD, seperti *ensefaopati uremikum* yang menjadi komplikasi terberat pasien CKD.

f. Minum

Pasien diberikan pembatasan cairan, konsumsi cairan 300 ml / hari. Hasil pengkajian tersebut sesuai dengan teori (Prabowo 2014) bahwa salah satu penatalaksanaan pasien CKD dengan melakukan pembatasan cairan sesuai dengan haluaran keluaran urine. Selanjutnya (Diyono 2019) pada pasien CKD bila cairan yang masuk ke tubuh tidak dibatasi maka mengakibatkan edema pada pasien. Menurut hasil penelitian hasil penelitian (Aisara et al. 2018) terhadap 104 pasien yang menjalani hemodialisa di RSUP DR M Djamil Padang, mengalami edema (58%) yang ditakutkan mengakibatkan komplikasi serius. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Sagita 2018) bahwa hubungan kejadian CKD dengan PJK (62,5%).

Menurut analisa peneliti pembatasan cairan pada pasien CKD sangat penting. Apabila cairan yang masuk ketubuh pasien tidak dibatasi maka cairan yang berlebih di tubuh pasien akan semakin mengalami penumpukan. Asupan cairan yang berlebih akan menyebabkan penumpukan cairan disekitar tubuh seperti wajah, tangan dan kaki serta penumpukan cairan juga bisa terjadi dibagian perut (asites). Sedangkan pada pasien tidak ditemukan edema, karena pada saat pengkajian pasien post hemodialisa hari 1 dan pasien juga patuh terhadap penerapan pembatasan cairan secara oral.

g. Pola Eliminasi

Pasien sudah tidak pernah BAK sejak menjalani tindakan hemodialisa. Hasil pengkajian tersebut sesuai dengan teori (Prabowo 2014) pola berkemih pasien CKD akan terganggu, seperti terjadinya anuria. Teori ini didukung hasil penelitian (Aisara et al. 2018) terhadap 104 pasien yang menjalani hemodialisa di RSUP DR M Djamil Padang, didapatkan sebanyak 17 pasien (16,3%) mengalami oliguria, kemungkinan tidak banyaknya pasien yang mengeluhkan oliguria karena pada penelitian tersebut kebanyakan pasien masih baru dalam menjalani hemodialisis sehingga dapat dikatakan kerusakan fungsi ginjal belum terlalu parah.

Menurut analisa peneliti anuria pada pasien CKD dipengaruhi oleh banyak hal, walaupun GFRnya rendah, urine output atau pengeluaran urin bisa bervariasi, bisa sangat sedikit ataupun normal, karena urine output tidak ditentukan oleh GFR saja, melainkan juga kemampuan tubulus untuk reabsorpsi dan asupan cairan dan kondisi pada pasien juga bisa disebabkan karena rentang terapi hemodialisa pasien sudah berlangsung lama, namun walaupun pasien sudah tidak BAK lagi ekskresi urine sudah terbuang pada saat pasien menjalani tindakan hemodialisa, sebagai terapi menggantikan fungsi ginjal.

h. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien tanggal 11 April 2023, tekanan darah 165 / 109 mmHg, **wajah** tampak lemah dan pucat, **mata** konjungtiva anemis, **mulut** bibir pucat, napas berbau amonia. Pada **Kulit** pruritus pada punggung.

Hasil pengkajian tersebut sesuai dengan teori (Brunner & Suddarth 2019) pasien CKD akan mengalami hipertensi, anemia, nafas berbau

amonia dan pruritus, didukung hasil penelitian (Rachmawati 2016) peningkatan RAAS mengakibatkan penurunan aliran darah kapiler peritubular sehingga dapat mengakibatkan sklerosis glomerulus. Hipersekreksi renin akan meningkatkan angiotensin II sehingga menyebabkan resistensi pembuluh darah sistemik dan juga meningkatkan retensi garam di tubulus proksimal. Adanya retensi garam meningkatkan volume ekstraseluler sehingga perfusi jaringan perifer meningkat, merangsang vasokonstriksi, meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer, dan meningkatkan tekanan darah. Teori ini didukung hasil penelitian (Aisara et al. 2018) terhadap 104 pasien yang menjalani hemodialisa di RSUP DR M Djamil Padang, didapatkan pasien CKD yang mengalami hipertensi yaitu 34 orang (32,7%) dengan hipertensi stage 1, 32 orang (30,8%) hipertensi stage 2, 31 orang (29%) prehipertensi, dan hanya 7 orang (6,7%) yang memiliki tekanan darah normal.

Kejadian anemia pada pasien CKD Harmilah (2020) terjadi akibat penurunan fungsi ginjal dalam pembentukan eritropoietin. Eritropoietin merupakan hormon penting dalam memproduksi sel darah merah. Gejala berupa konjungtiva anemis, wajah dan bibir pucat, dan akral teraba dingin merupakan gejala dari anemia. Gejala yang muncul pada pasien juga ditemukan pada penelitian (Aisara et al. 2018) yang didapatkan sebanyak 65 orang (62,5%) konjungtiva anemis.

Napas berbau amonia dan pruritus yang terjadi pada pasien sesuai dengan teori (Muttaqin and Sari 2014) pada sistem pernapasan dan integument pasien CKD akan tercium bau amonia dan kulit berwarna keabuaan serta munculnya pruritus sebagai respon dari *fetor uremik* dalam tubuh.

Menurut analisa peneliti terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan, yang mana hipertensi, kejadian anemia, napas berbau amonia dan munculnya pruritus memang menjadi gejala klinis dari pasien CKD, karena CKD dapat mempengaruhi kerja sistem lain dalam tubuh apabila telah terjadi kerusakan.

i. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratotium pasien pada tanggal **10 April 2023**, di dapatkan kadar ph 7,30 (7,35 – 7,45), Pco2 33 mmhg (35 – 48), Hco3 24,7 mmol / l (18 – 23). Hasil laboratorium tersebut sesuai dengan teori (Muttaqin and Sari 2014) pada pasien CKD akan mengalami asidosis metabolik, yang terjadi karena ginjal tidak mampu mengekskresikan ion hidrogen untuk menjaga PH darah dalam batas normal. Teori ini didukung hasil penelitian (Aisara et al. 2018) terhadap 104 pasien yang menjalani hemodialisa di RSUP DR M Djamil Padang, didapatkan 10 pasien (9,6%) mengalami asidosis metabolik dan 94 pasien (90,4%) tidak mengalaminya. Asidosis metabolik umum terjadi pada pasien CKD, khususnya ketika GFR turun di bawah 30 ml/menit dan dapat mempengaruhi sekitar 30-50% pasien. Hilangnya fungsi ginjal secara progresif menyebabkan berkurangnya kemampuan tubulus untuk memanfaatkan amonia dalam mengekskresikan sekitar 1 mmol/kgBB hidrogen yang diproduksi setiap hari pada keadaan fisiologis.

Menurut analisa peneliti terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan, yang mana kondisi asidosis metabolik memang menjadi kondisi umum pada pasien CKD, dapat dilihat pada pasien melalui hasil analisa gas darah (AGD) menunjukkan Ph = 7,30, (7,35 – 7,45), Pco2 = 33 mmHg (35 - 48), HCO3 = 24, 7 mmol / l (18 – 23).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai pasien terhadap masalah kesehatan, masalah aktual atau masalah resiko dalam proses kehidupan (SDKI 2017).

- a. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Energi. Dengan keluhan pasien di dapatkan, pasien mengatakan napasnya masih sesak, pasien mengatakan tubuh terasa sesak saat melakukan aktivitas, terlihat penggunaan otot bantu napas, napas cuping hidung, terpasang O₂ nasal canul 5L / menit, Ph = 7,30, (7,35 – 7,45), Pco₂ = 33 mmHg (35 - 48), HCO₃ = 24, 7 mmol / l (18 – 23), , RR = 29 X / menit, HB = 5,8 g/dl (12,0 – 14,0). Menurut SDKI (2017) gejala yang muncul pada pasien, diperkuat dengan gejala dan tanda mayor, yaitu dispnea, penggunaan otot bantu napas, pola napas abnormal.

Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Energi. Menurut (Andini 2021) sesak napas disebabkan oleh, Kurangnya kadar hemoglobin di dalam darah berimbas pada kurangnya pasokan oksigen ke seluruh tubuh. Kondisi ini membuat otot tak mendapat cukup oksigen untuk bisa melakukan aktivitas normal sehari-hari, seperti berjalan, naik turun tangga, hingga saat berolahraga ringan. Ketika kadar oksigen tak mencukupi, laju pernapasan menjadi meningkat. Ini merupakan salah satu cara tubuh untuk bisa mendapatkan oksigen yang mencukupi. Namun, semakin paru-paru bekerja keras untuk menampung oksigen, dada akan terasa sesak meski hanya melakukan aktivitas ringan.

Menurut analisa peneliti terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan, yang mana kondisi sesak pada pasien disebabkan karena rendahnya kadar HB dalam tubuh.

- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin. Dengan keluhan pasien didapatkan pasien mengatakan bahwa tubuh masih terasa lemah, pasien mengatakan hanya bisa berbaring diatas tempat tidur karena tidak bertenaga, pasien tampak lemah, warna kulit pasien tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva Anemis, HB = 5,8 g/dl (12,0 – 14,0), pemeriksaan CRT > 2 detik pada kedua ekstremitas, TD = 169/109 mmhg, HR = 90 X / menit, semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Menurut SDKI (2017) gejala yang muncul pada pasien, diperkuat dengan gejala dan tanda mayor, yaitu mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20 % dari kondisi istirahat.

Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin Menurut (Andini 2021) gejala klinis anemia seperti kulit pucat, badan lemah adalah gejala paling umum akibat kurang darah. Respon ini terjadi karena tubuh kekurangan hemoglobin. Hemoglobin merupakan protein khusus yang berfungsi untuk mengikat oksigen dan mengangkutnya ke seluruh tubuh lewat bantuan sel darah merah. Ketika tubuh kekurangan hemoglobin, otomatis semua sel dan jaringan tubuh Anda akan kekurangan oksigen. Akibatnya, jantung harus bekerja lebih keras untuk mengalirkan sel darah merah beroksigen ke seluruh tubuh. Itu sebabnya, tubuh jadi merasa cepat lelah.

Menurut analisa peneliti terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan, yang mana kondisi intoleransi aktivitas pada pasien disebabkan karena rendahnya kadar HB dalam tubuh yang berakibat tubuh terasa lemah dan tidak bertenaga dan munculnya gejala anemia lainnya.

c. Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan Disfungsi Ginjal,

Dengan keluhan pasien didapatkan ,pasien mengatakan mengeluh mual dengan frekuensi 2-3 kali sehari, pasien terlihat pucat, napas berbau amonia, pasien hanya menghabiskan ½ porsi diit yang diberikan, ureum = 60 mg / dl (10- 50), kreatinin 5,0 mg / dl (0,6 – 1,1) natrium = 140 mmol / l (136 – 145), kalium = 4,2 mmol / l (3,5 – 5,1), klorida = 103 mmol / l (97 – 111), kalsium = 9,0 mg / dl (8,1 – 10,0).

Menurut (Muttaqin and Sari 2014) respon yang akan ditimbulkan CKD, terkait dengan ketidakseimbangan elektrolit dalam tubuh, seperti kadar natrium, kalium, klorida dan klorida akibat disfungsi ginjal dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Menurut analisa peneliti terdapat kesesuaian antara teori dengan kasus yang ditemukan, yang mana kondisi ketidakseimbangan elektrolit pada pasien terjadi karena disfungsi ginjal, oleh sebabnya tindakan hemodialisa yang di jalani pasien merupakan cara untuk mempertahankan keseimbangan eletrolit dalam tubuh, guna menggantikan fungsi ginjal yang rusak.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan pada kasus yang ditemukan, Intervensi yang akan dilakukan pada pasien sesuai dengan (SLKI 2019) dan (SIKI 2018).

- a. Diagnosa 1 : Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Energi. Dibuktikan dengan pasien mengatakan napasnya masih sesak, pasien mengatakan tubuh terasa sesak saat melakukan aktivitas, terlihat penggunaan otot bantu napas, napas cuping hidung,

terpasang O₂ nasal canul 5L / menit, Ph = 7,30, (7,35 – 7,45), Pco₂ = 33 mmHg (35 - 48), HCO₃ = 24, 7 mmol / l (18 – 23), RR = 29 X / menit, HB = 5,8 g/dl (12,0 – 14,0).

Kriteria hasil yang hendak di capai yaitu : dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi napas membaik, ph membaik, kadar co₂ membaik, kadar bikarbonat membaik.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan (SIKI 2019) untuk diagnosa ini yaitu **Manajemen Jalan Napas** dengan tindakan, monitor pola napas, monitor bunyi napas, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen. **Manajemen asam basa : asidosis metabolik** dengan tindakan intervensi keperawatan, monitor hasil analisa gas darah, jelaskan mekanisme dan penyebab terjadinya asidosis metabolik, kolaborasi pemberian bikarbonat.

- b. Diagnosa 2 : Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin. Dibuktikan dengan pasien mengatakan bahwa tubuh masih terasa lemah, pasien mengatakan hanya bisa berbaring diatas tempat tidur karena tidak bertenaga. pasien tampak lemah, warna kulit pasien tampak pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis, HB = 5,8 g/dl (12,0 – 14,0), pemeriksaan CRT > 2 detik pada kedua ekstremitas, TD = 169/109 mmhg, HR = 90 X / menit, semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Kriteria hasil yang hendak di capai yaitu : warna kulit pucat menurun, akral membaik, turgor kulit membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan diastolik membaik.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosa ini yaitu **Perawatan Sirkulasi** dengan tindakan, periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, lakukan pencegahan infeksi, anjurkan menggunakan obat pengontrol tekanan darah dan pemberian transfusi darah.

- c. Diagnosa 3 : Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan Disfungsi Ginjal. Dibuktikan dengan pasien mengatakan mengeluh mual dengan frekuensi 2-3 kali sehari. Data objektif yang ditemukan pasien terlihat pucat, napas berbau amonia, pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi diit yang diberikan, natrium = 140 mmol / l (136 – 145), kalium = 4,2 mmol / l (3,5 – 5,1), klorida = 103 mmol / l (97 – 111), kalsium = 9,0 mg / dl (8,1 – 10,0).

Kriteria hasil yang hendak di capai yaitu : serum natrium meningkat, serum kalium meningkat, serum klorida meningkat, nafsu makan meningkat, mual menurun.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosa ini yaitu : **Pemantauan Elektrolit** dengan tindakan, monitor kadar elektrolit serum, monitor tanda dan gejala hiperkalemia, monitor tanda dan gejala hipernatremia. **Manajemen mual** dengan tindakan, monitor mual, monitor asupan kalori dan nutrisi, berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual, kolaborasi pemberian antiemetik.

4. Implementasi Keperawatan

Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan pada tanggal 11 April 2023 – 15 April 2023.

a. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Energi.

Implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap pasien adalah memeriksa pola napas (frekuensi, kedalaman napas dan usaha napas), memeriksa bunyi napas tambahan, mengatur posisi semi fowler pada pasien, memberikan oksigen nasal canul 5L / menit, memeriksa hasil analisa gas darah, menjelaskan penyebab dan mekanisme terjadinya asidosis metabolik terhadap pasien dan keluarga, memberikan obat sesuai order dokter natrium bikarbonat 500 mg secara oral.

Terjadi masalah asidosis metabolik terhadap pasien, ditandai dengan kadar PH dan PCO₂ yang bermasalah. Menurut teori (Brunner & Suddarth 2019) penatalaksanaan yang dilakukan terhadap asidosis metabolik dengan memberikan natrium bikarbonat guna memperbaiki kadar PH dan PCO₂ dalam darah.

Menurut analisa peneliti tindakan koreksi asidosis metabolik pada pasien CKD perlu dilakukan segera guna menghindari komplikasi dari tingginya kadar asam dalam darah, yang akan mengganggu fungsi kerja sistem lain dalam tubuh.

b. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin.

Implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap pasien adalah memeriksa sirkulasi perifer, mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, membatasi jumlah kunjungan terhadap pasien, memberikan

obat secara oral, Amlodipine 10 mg, Candesartan 16 mg, Clonidine 1 mg sesuai order dokter, memberikan transfusi PRC 1 kolf / jam.

Terjadi masalah anemia terhadap pasien, karena penurunan kadar hemoglobin dalam darah, umum terjadi pada pasien CKD, yang akan mengakibatkan tubuh lelah dan tidak bertenaga karena kekurangan pasokan oksigen dan nutrisi Menurut teori (Brunner & Suddarth 2019) penatalaksanaan yang dilakukan terhadap anemia dengan memberikan transfusi PRC yang di pantau secara berkala.

Menurut analisa peneliti, tindakan koreksi perbaikan kadar hemoglobin dalam darah, perlu dilakukan guna mengatasi masalah sesak, lemah dan keluhan tidak bertenaga dan mencegah komplikasi serius akibat anemia terhadap pasien.

c. Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan Disfungsi Ginjal.

Implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap pasien adalah memeriksa kadar elektrolit serum, memeriksa tanda dan gejala hiperkalemia, memeriksa tanda dan gejala hipernatremia, mengkaji mual yang dirasakan (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan), memeriksa asupan nutrisi dan kalori, memberikan makanan sedikit tapi sering, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengatasi mual, memberikan obat sesuai order dokter Domperidone 10 mg secara oral.

Pada pasien CKD terjadi perlambatan pengosongan lambung dan gangguan pada aktivitas mioelektrik lambung, hal ini dapat memicu mual dan muntah pada pasien CKD (Rachmadi 2020). Menurut hasil penelitian (Suarez 2017) terapi komplementer relaksasi napas dalam

guna mengatasi mual pada pasien CKD dari 3 kali pertemuan diberikan intervensi menunjukkan selama proses HD sampai selesai, klien tidak ada mengungkapkan keluhan mual atau terjadi komplikasi intradialitik dan klien mengungkapkan rasa nyaman setelah mendapatkan terapi relaksasi ini.

Menurut analisa peneliti, tindakan pemantauan elektrolit dan manajemen mual dengan pemberian antiemetik, perlu dilakukan guna mencegah masalah yang ditimbulkan dari kondisi ketidakseimbangan elektrolit, serta dapat meningkatkan asupan nutrisi bagi pasien pada saat sakit.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah dilakukan, secara terus – menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Juwita 2022).

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Ny. W. Evaluasi dari implementasi dilakukan setiap hari, pada partisipan dilakukan selama 5 hari.

- a. Evaluasi pada diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak dan data objektif tidak terdapat penggunaan otot bantu napas, napas tidak cuping hidung, pasien sudah tidak terpasang oksigen, pasien sudah tidak terpasang oksigen,

RR = 20x / menit, dari hasil analisis didapatkan pola napas membaik, intervensi dilanjutkan dirumah.

- b. Evaluasi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan tubuh terasa segar dan sudah bertenaga dan data objektif pasien tampak segar, kulit tidak pucat, akral tidak teraba dingin, konjungtiva tidak anemis, CRT < 2 detik pada kedua ekstremitas, TD = 138 / 72 mmHg, HR = 88 x / menit, pasien sudah bisa beraktivitas ringan dengan pengawasan keluarga, dari hasil analisis didapatkan toleransi aktivitas meningkat, intervensi dilanjutkan dirumah.
- c. Evaluasi pada diagnosa resiko ketidakseimbangan elektrolit dibuktikan dengan disfungsi ginjal, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke tiga, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasakan mual lagi dan data objektif pasien terlihat segar, napas sudah tidak berbau amonia, pasien menghabiskan diit yang diberikan, dari hasil analisis didapatkan keseimbangan elektrolit meningkat, intervensi dihentikan.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Interne Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dilakukan pada tanggal 11 April 2023 – 15 April 2023, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien di dapatkan pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) mengeluh pasien mengatakan nafasnya masih sesak, pasien mengatakan tubuh terasa sesak saat melakukan aktivitas. Pasien mengatakan bahwa tubuh masih terasa lemah, pasien mengatakan hanya bisa berbaring diatas tempat tidur karena tidak bertenaga. Pasien mengatakan mengeluh mual dengan frekuensi 2 sampai 3 kali sehari. Terlihat penggunaan otot bantu pernapasan, napas cuping hidung, tampak lemah, kulit pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis, CRT > , semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, napas berbau amonia, hanya menghabiskan ½ porsi diit yang diberikan.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) ditemukan 3 masalah keperawatan yaitu Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Energi, Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin dan Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit dibuktikan dengan Disfungsi Ginjal.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan SLKI dan SIKI. Berikut intervensi yang direncanakan peneliti untuk diagnosa Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Energi adalah manajemen jalan napas dan manajemen asam basa : asidosis metabolik.

Diagnosa Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin adalah perawatan sirkulasi dan transfusi darah. Diagnosa Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit dibuktikan dengan Disfungsi Ginjal adalah pemantauan elektrolit dan manajemen mual.

4. Implementasi keperawatan mengacu kepada rencana yang telah disusun. Sebagian besar rencana keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan, diantaranya memeriksa pola napas (frekuensi, kedalaman napas dan usaha napas), memeriksa bunyi napas tambahan, mengatur posisi semi fowler pada pasien, memberikan oksigen nasal canul 5L / menit, memeriksa hasil analisa gas darah, menjelaskan penyebab dan mekanisme terjadinya asidosis metabolik terhadap pasien dan keluarga, memberikan obat sesuai order dokter natrium bikarbonat 500 mg secara oral.
5. Hasil evaluasi keperawatan selama 5 hari pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dari tanggal 11 April 2023 – 15 April 2023 dengan metode penilaian Subjektive, Objektif, Assasment, Planning (SOAP). Pada diagnosa Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Energi sudah teratasi pada hari ke lima. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin sudah teratasi pada hari ke lima. Resiko ketidakseimbangan elektrolit dibuktikan dengan disfungsi ginjal, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke tiga.

B. Saran

1. Bagi Pimpinan dan Perawat Ruang RSUP Dr. M. Djamil Padang
Melalui pimpinan rumah sakit di harapkan dapat memberikan motivasi dan bimbingan pada seluruh staff agar dapat memberikan asuhan secara optimal kepada pasien dan lebih meningkatkan mutu dan pelayanan rumah sakit.

Studi kasus yang peneliti lakukan tentang Asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) dapat menjadi informasi bagi perawat ruangan RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam melakukan asuhan keperawatan. Diharapkan bagi perawat ruangan agar dapat menggunakan terapi komplementer pada pasien CKD, guna menurunkan rasa mual bersamaan dengan terapi farmakologis.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya
Penulisan ini diharapkan dapat menjadi bahan data dasar dan perbandingan pada penelitian selanjutnya terhadap penelitian pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).

Daftar Pustaka

- Aisara, Sitifa, Syaiful Azmi, and Mefri Yanni. 2018. “Gambaran Klinis Penderita Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUP Dr. M. Djamil Padang.” *Jurnal Kesehatan Andalas* 7(1):42. doi: 10.25077/jka.v7i1.778.
- Andini, Widya Citra. 2021. “Gejala Anemia Dari Yang Paling Umum Hingga Yang Khas per Jenisnya.” *Hellosehat*.
- Ariani, Sofi. 2016. “Stop Gagal Ginjal Dan Gangguan Ginjal Lainnya.” P. 220 in. Istana Medika.
- Arifa, Saniya Ilma, Mahalul Azam, Handayani, and Woro Kasmini Oktia. 2017. “FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PENYAKIT GINJAL KRONIK PADA PENDERITA HIPERTENSI DI INDONESIA Factors Associated with Chronic Kidney Disease Incidence among Patients with Hypertension in Indonesia.” *Jurnal Mkmi* 13(4):319–28.
- Ariyanti, Rea, and Cecilia Wdijati Imam. 2021. “Diabetes Mellitus Dengan Hipertensi Meningkatkan Risiko Chronic Kidney Disease: Studi Kasus Kontrol Di Rs Panti Nirmala Malang.” *J-KESMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat* 6(2):121. doi: 10.35329/jkesmas.v6i2.1876.
- Aziz Alimul Hidayat, Musrifatul uliyah. 2015. “Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Edisi 2.” P. 160 in *Keperawatan*, edited by A. Suslia. Salemba Medika.
- Barat, Dinkes sumatra. 2019. *Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sumatera Barat Tahun 2018*.
- Brunner & Suddarth. 2019. “Keperawatan Medikal Bedah.” P. 595 in *Keperawatan*, edited by E. A. Mardella. EGC.
- CDC. 2021. “Chronic Kidney Disease in the United States, 2021.” *Cdc* 1:1–6.
- Diyono. 2019. “Keperawatan Medikal Bedah : Sistem Urologi.” in *Keperawatan*.

YOGYAKARTA: CV Andi Offset.

Galuh, Abdiman. 2022. “EDUKASI PERAWATAN GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG RAWAT INAP PENYAKIT DALAM RSUP DR. M. DJAMIL PADANG.” 4:168–72.

Guyton & Hall. 2014. “Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 11.” P. 1151 in *Kedokteran*. Elsevier.

Harmilah. 2020. “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan.” P. 240 in. YOGYAKARTA: PT.PUSTAKA BARU.

Haryono. 2013. “Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Perkemihan.” YOGYAKARTA: Rapha Publishing.

Hasanah, Uswatun, Hammad Hammad, and Agus Rachmadi. 2020. “Hubungan Kadar Ureum Dan Kreatinin Dengan Tingkat Fatigue Pada Pasien Chronic Kidney Disease (Ckd) Yang Menjalani Hemodialisa Di Ruang Hemodialisa Rsud Ulin Banjarmasin.” *Jurnal Citra Keperawatan* 8(2):86–92. doi: 10.31964/jck.v8i2.158.

Hidayat. 2021. “Studi Kasus Keperawatan.” Health Books Publishing.

Institute For Health Metric And Evaluation (IHME), Global Burden Disease. 2019. “Chronic Kidney Disease.”

Institute For Health Metric And Evaluation (IHME), Global Burden Disease, 2017. 2017. “Global Burden of Disease Study 2017.”

Juwita. 2022. “Ilmu Keperawatan Dasar.” Bengkalis: DOTPLUS Publisher.

Kandarini, Yenny. 2018. “Penatalaksanaan Nutrisi Pada Penyakit Ginjal Kronik Fokus Pada Diet Rendah Protein.” *Jurnal Kesehatan* 2(4):1–7.

Kemenkes RI. 2017. “Kematian CKD.”

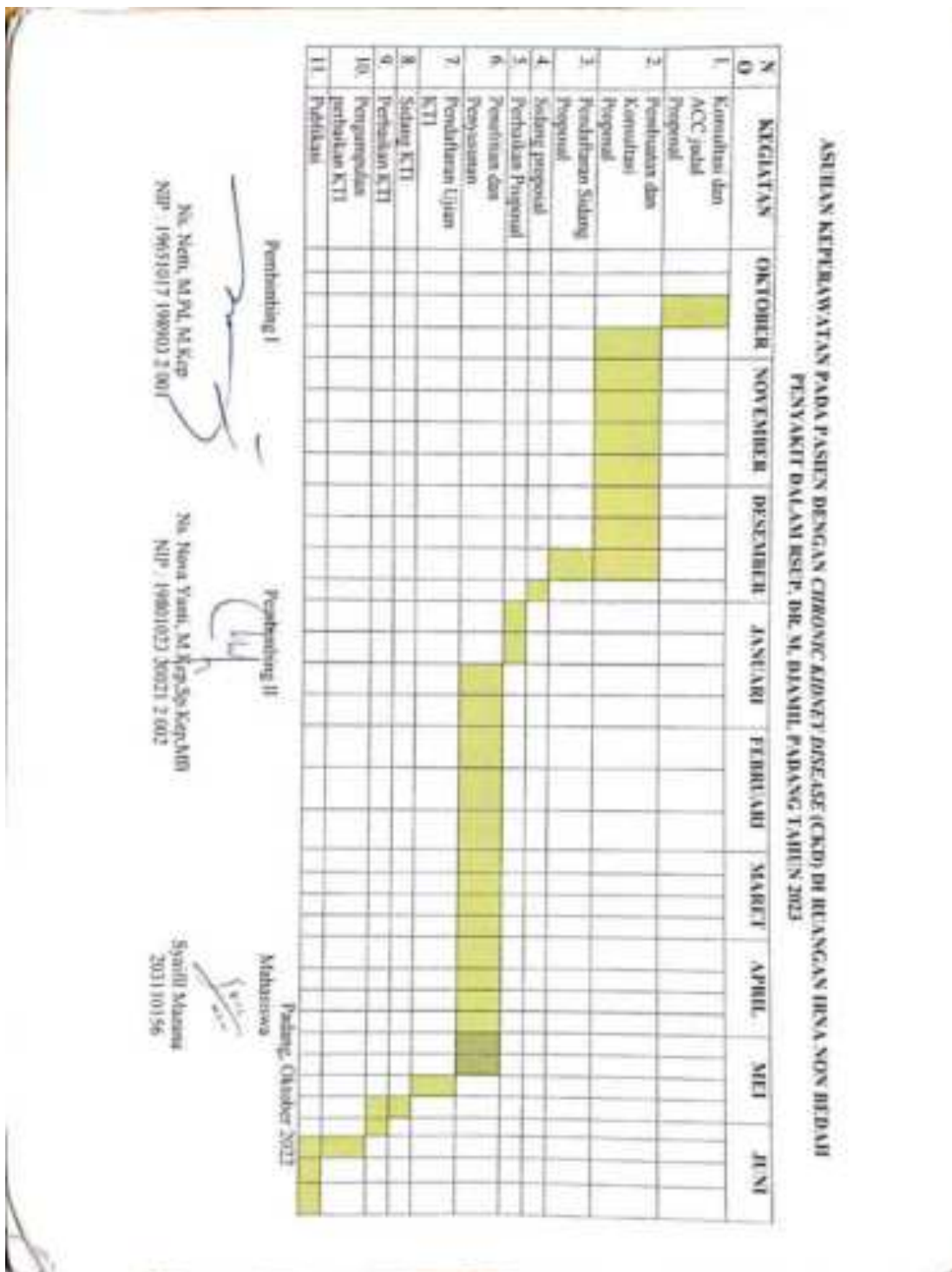
- Kemenkes RI. 2018a. "Biaya Perawatan CKD."
- Kemenkes RI. 2018b. "Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018." *Kemntrian Kesehatan RI* 53(9):1689–99.
- Kemenkes RI. 2019. "Tanda Dan Gejala Pasien CKD."
- Lois White, Gena Duncan, Wendy Baumle. 2012. "Medical - Surgical Nursing." P. 1520 in. *Cengange Learning*.
- Mait, Gracia, Muhammad Nurmansyah, and Hendro Bidjuni. 2021. "Gambaran Adaptasi Fisiologis Dan Psikologis Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisis Di Kota Manado." *Jurnal Keperawatan* 9(2):1. doi: 10.35790/jkp.v9i2.36775.
- Malinda, Herlina, Sandra Sandra, and T. Abdur Rasyid. 2022. "HUBUNGAN PENERIMAAN DIRI TERHADAP SELF MANAGEMENT MENJALANI HEMODIALISIS." 6:209–21.
- Masturoh Imas, and Anggita Nauri. 2018. "Metodologi Penelitian Kesehatan." P. 307 in. *BPSDM Kesehatan*.
- Maulana, Indra, Iwan Shalahuddin, and Taty Hernawaty. 2021. "Edukasi Pentingnya Melakukan Hemodialisa Secara Rutin Bagi Pasien Gagal Ginjal Kronik." *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm)* 4(4):897–906. doi: 10.33024/jkpm.v4i4.4076.
- Muttaqin & Sari. 2014. "Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan." P. 277 in *Keperawatan*, edited by S. Carolina. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, Arif, and Kumala Sari. 2014. "Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan." P. 296 in *Keperawatan*, edited by S. Carolina. Salemba Medika.
- National Kidney Foundation. 2011. "Stage Of Renal Failure."
- PPNI. 2017. "Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia." Jakarta.

- PPNI. 2017. “Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.” Jakarta.
- PPNI. 2017. “Standar Luaran Keperawatan Indonesia.” Jakarta.
- Prabowo & Pranata. 2014. “Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan Pendekatan Nanda, NIC, NOC.” P. 275 in *Keperawatan*. Nuha Medika.
- Rachmawati, Anisa, and Erlina Marfianti. 2016. “KARAKTERISTIK FAKTOR RISIKO PASIEN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RS X MADIUN Characteristics of Risk Factors for Patients with Chronic Kidney Disease Who Undergo.” *Biomedika*, ISSN 2085-8345 12(1):36–43. doi: 10.23917/biomedika.v12i1.9597.
- Rekam Medik RSUP Dr M Djamil Padang. n.d. “Data CKD 2019 - 2021.”
- Rosari, Felicya, Hasianna Sirait, Merry Indah Sari,. 2017. “Ensefalopati Uremikum Pada Gagal Ginjal Kronis Uremic Encephalopathy in Chronic Kidney Disease.” *Jurnal Medula* 7:19–24.
- Safitri, Lailiyah Nur, and Fakhrudin Nasrul Sani. 2019. “Asuhan Keperawatan Pada Ny H Dengan Chronic Kidney Disease (CKD) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan.” c.
- Sagita, Tiffany Christine, and Hardian Andreas Arie Setiawan. 2018. “Hubungan Derajat Keparahan Gagal Ginjal Kronik Dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner.” *Jurnal Kedokteran Diponegoro* 7(2):472–84.
- Saputra, Bejo danang, Sodikin Sodikin, and Siti Mukhalifatun Annisa. 2020. “Karakteristik Pasien Chronic Kidney Disease (Ckd) Yang Menjalani Program Hemodialisis Rutin Di Rsi Fatimah Cilacap.” *Tens : Trends of Nursing Science* 1(1):19–28. doi: 10.36760/tens.v1i1.102.
- Sintia, Lona Irma. 2021. “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gagal Ginjal Kronik Di RS. TK.III.DR. Reksodiwiryo Padang.”

- Siregar. 2021. "Pengantar Proses Keperawatan." Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Siwi, Adiratna Sekar. 2021. "Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa." *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu* 9(2):1–9. doi: 10.36085/jkmb.v9i2.1711.
- Siyoto Sandu, and Sodik Ali. 2015. "Dasar Metodologi Penelitian." edited by Ayup.
- Suarez, Luz Yolanda Toro. 2017. "Terapi Komplementer Pada Pasien CKD.
- Widiastuti, Agung, Muzaroah Ermawati Ulkhasanah, Fitria Eka, Resti Wijayanti, Paulina De Jesus, and Fina Putri Ansari. 2013. "Diet Rendah Garam Pada Pasien Gagal Ginjal: Literature Review." *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNAS)* 73–82.
- Yestiana, Humaira. 2022. "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan CKD Di Ruang Interne Pria RSUP Dr M Djamil Padang." (8.5.2017):2003–5.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan Karya Tulis Ilmiah (GANCHART)



Lampiran 2 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Syaiful Muzama
 NIM : 203110156
 Pembimbing 1 : Ns. Netti, S.Kep, M.Pd, M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Di Ruang Inta Non Bedah Penyakit Dalam RSUD. Dr. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	16 Oktober 2022	Bimbingan awal dan penugasan pembimbing	
2	19 November 2022	Perkuliahan dan konsultasi RAG 1	
3	15 Desember 2022	Perkuliahan dan bimbingan RAG 1	
4	18 November 2022	Perkuliahan RAG 1	
5	20 Desember 2022	Konsultasi RAG 1	
6	04 Desember 2022	Bimbingan RAG 1 dan RAG 2	
7	20 Desember 2022	Perkuliahan RAG 1	
8	26 Desember 2022	Perkuliahan konsultasi RAG 1, 2 dan 3	
9	22 Desember 2022	Perkuliahan dan konsultasi RAG 1, 2 dan 3	
10	23 Desember 2022	Perkuliahan RAG 1	

Ns. Netti, S.Kep, M.Pd, M.Kep

11			
12			
13			
14			

Catatan:

1. Lembar konsul harus dibuat setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang








Mengetahui
Ketua Prodi D/II Keperawatan Padang



Heggii Sasmita S. Kn, M. Keperawatan, Sp. JIWA
NIP. 19701020199303200

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Syaiful Mazana
 NIM : 203110156
 Pembimbing 1 : Ns. Netti, S.Kep, M.P.N.M, Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	3/5-2023	KONSULTASI ASKEP MTI (PENGALAMAN)	
2	8/5-2023	KONSULTASI ASKEP MTI (DIAGNOSA - EVALUASI)	
3	9/5-2023	KONSULTASI BAB 4 MTI	
4	16/5-2023	REVISI BAB 4 MTI (Pembahasan)	
5	17/5-2023 (13.00-15.00)	KONSULTASI BAB 1-5	
6	17/5-2023 (15.00-16.00)	REVISI BAB 1-5	
7	18/5-2023	Assesment	
8			
9			
10			

11			
12			
13			
14			
15			

Catatan:

1. Lembar komad harus diawasi setiap kali komulasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu alat pendalaman sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang




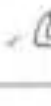
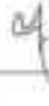

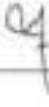
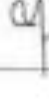
Ns. Yenni Fadriyanti, M.Kep

NIP. 19750121 199303 2 005.

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Syafiq Marana
 NIM : 203110156
 Pembimbing 2 : Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp.Kep.MB
 Judul : Analisis Keperawatan Pada Pasien Dengan *chronic kidney disease* (CKD) di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUD DR. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	7 November 2022	Acc judul dan lampirannya menyempurnakan judul	
2	8 November 2022	Kerangka Bab 1 (Defenisi - manifestasi)	
3	10 November 2022	Kerangka Bab 1 (Defenisi - manifestasi)	
4	10 Desember 2022	Kerangka Bab 2 (asas dan fisiologi ginjal)	
5	11 Desember 2022	Kerangka Bab 2 (Diagnosa dan intervensi)	
6	15 Desember 2022	Kerangka Bab 2	

7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Catatan :






1. Lembar kontrol harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D III Keperawatan Padang

Henni Sasmita S., Kd., M. Kes., Sp. Jira
NIP. 19791020199303200

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Syaifil Munana
 NIM : 203110156
 Pembimbing 2 : Ns. Nova Yanti, M.Kep,Sp.Kep.MD
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di Ruangn IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr M Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	8/5/2023	KONSULTASI ASUHAN KEPERAWATAN - ERASULTA	
2	10/5/2023	KONSULTASI ASUHAN KEPERAWATAN	
3	16/5/2023	KONSULTASI ASUHAN KEPERAWATAN	
4	23/5/2023	KONSULTASI ASUHAN KEPERAWATAN	
5	30/5/2023	ACC ASUHAN	
6			

7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Catatan:




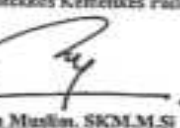
1. Lembar konsultasi harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Na. Yessi Fadriyanti, M.Kep
NIP. 19750121 199903 2 005

Lampiran 4 : Surat Izin Pengambilan Data dari Institusi Pendidikan

	<p>KEMENTERIAN KESEHATAN RI DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN PADANG</p> <p style="font-size: small;"> Jl. Sekeloa Timur No. 161 Padang 25131 Telp. (0751) 700000 Fax. (0751) 700000 Padang 25131 Jurusan Keperawatan (0751) 700000, Prodi Keperawatan Ganda (0751) 20445, Jurusan Kesehatan Lingkungan (0751) 701817-1849 Jurusan Gizi (0751) 701179, Jurusan Rehabilitasi (0751) 421123 Prodi Kesehatan Berkebutuhan Khusus (0751) 71476 Jurusan Keperawatan Gigi (0751) 20964-71076, Jurusan Anestesi Keperawatan Website : www.poltekkes.kemkes.go.id </p>	
<p>Nomor : PP.03.01/0305/2022 Lamp : 1 lks Perihal : <u>Izin Survey Data</u></p>	<p>09 November 2022</p>	
<p>Kepada Yth. : Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang Di Tempat</p>		
<p>Dengan hormat,</p> <p>Selubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2022/2023, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin (Nama Mahasiswa Terlampir):</p> <p>Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.</p>		
<p>Direktur Poltekkes Kemenkes Padang</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="text-align: center;">  Dr. Rofiqah Muslim, SKM, M.Si Nip. 06101131986051002 </div> </div>		



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Jl. Sisinga Saripin Kertaningrat No. 2002, Telok Air, 27111 Padang Barat 20144
 Jurusan Keperawatan (0712) 7552846, Praktek Keperawatan Anak (0712) 29445, Jurusan Kesehatan Lingkungan (0712) 2911817-29449
 Jurusan Gizi (0712) 7551768, Jurusan Rehabilitasi (0712) 443238 Praktek Keperawatan (0712) 29174
 Jurusan Keperawatan Gigi (0712) 27483-27475, Jurusan Promosi Kesehatan
 Website: www.poltekkes.padang.ac.id

Lampiran :
 Nomor : PP.01.01/ /2022
 Tanggal : 09 November 2022


NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Novitri Destian	203110142	Asuhan keperawatan pada Anak dengan meningitis di RSUP Dr. M. Djamil Padang
2	Muliana Jondesya	203110138	Asuhan keperawatan pada pasien dengan ca kolon di RSUP Dr. M. Djamil Padang
3	Lisa Dilla Nurman Safitri	203110134	Asuhan keperawatan pada pasien HIV / AIDS di RSUP Dr. mdjamil padang
4	Priska Anfin	203110144	Asuhan keperawatan pada anak dengan gangguan tumbuh kembang di RSUP Dr. mdjamil padang
5	Syaiful Marana	203110156	Asuhan keperawatan pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di RSUP Dr. M. Djamil Padang
6	Dilla Febriani Lukman	203110127	Asuhan keperawatan gangguan pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada pasien Diabetes Melitus di RSUP.DR.M.DJAMIL.PADANG
7	Pindo	203110143	Asuhan keperawatan pada Anak dengan Syndrome Nefrotik di RSUP.DR.M.Djamil Padang
8	Nadila Ratihus	203110139	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sirosis Hepatis di RSUP, Dr. M. Djamil Padang
9	Sofi Alpat Wijaya	203110154	Asuhan Keperawatan Psikososial Gangguan Citra Tubuh pada Pasien Kanker Payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

Direktur Poltekkes Kemenkes Padang

 Dr. Durhan Mudlis, SKM, M.Si
 NIP. 196101131986031002

Lampiran 5 : Surat Izin Pengambilan Data Dari RSUP Dr. M Djamil Padang



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN
 Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127 Telp. (0751) 32371, 810253, 810054, ext.245
 Email : dr@rsupdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS
 Nomor: LB.01.02/XVI.1.3.2/MSI/XI/2022

Yth. : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis
 2. Ka. IRNA Non Bedah

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
 Hal : Izin Survei Awal
 Tanggal : 14 November 2022

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/kejelasan kepada:


Nama : Syafiq Mazana
 NIMBP : 203110156
 Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang


Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapok/ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di RSUP Dr. M Djamil Padang "

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kejasamanya diucapkan terima kasih.

Kepada Yth. Bapak Ibu P. Rekan
 di Instalasi Non Bedah
 Agar dipaparkan penelitian ini
 a/n Syafiq Mazana
 Atas bantuan & pertugasannya
 diucapkan terima kasih.


 dr. Atriya Zaini


 dr. Adnan Usman
 Kepala Instalasi Rekam Medis
 RSUP Dr. M. Djamil Padang

Lampiran 6 : Surat Izin Penelitian Dari Poltekkes Kemenkes Padang



Lampiran 7 : Surat Keterangan Lolos Kaji Etik Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang



KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"

Nomor : LB.BZ.02/5.7/217/2023

Protokol penelitian yang disetujui oleh:
The research protocol prepared by

Fasilitator
Principal Investigator : Syuzli Masiana

Nama Institusi : Program Studi D-III Keperawatan
Name of the Institution : Poltekkes Kemenkes RI Padang

Keanggotaan
Title

"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Disease (CKD) Dirawat Injeksi Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang"

Dibuatkan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Penyelesaian Risiko dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Manfaat/Keuntungan, 6) Kerahasiaan dan Privasi, dan 7) Peretujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman GOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risk, 5) Permission/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 GOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama bulan-bulan Januari 2023 sampai dengan Januari 2024.

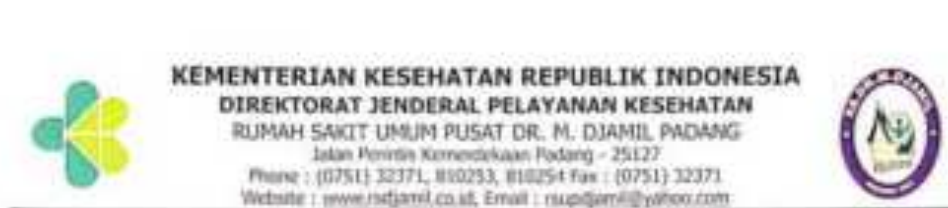
This declaration of ethics applies during the period January 2023 until January 2024



Padang, 3 April 2023
 Chairperson

Dr. dr. Qiana Anon, SpN(K), FINSIN, FASBY
 NIP. 19681125 2008012014

Lampiran 8 : Surat Izin Penelitian Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang



Nomor : DP.03.01/XVI.1.3.2/01-IV/2023

05 April 2023

Perihal : Izin Melakukan Penelitian

a.n. Syaifi Mazana

Yang terhormat,
Direktur Politeknik Kesehatan Padang
Di

Tempat.

Sehubungan dengan surat Direktur Politeknik Kesehatan Padang Nomor. PP.03.01/00238/2023 tanggal 09 Januari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Syaifi Mazana
NIMBP : 203110156
Instansi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/kripsi/tesis dengan judul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang "

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUP Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Diklat RSUP. Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk soft copy/upload link: blt.fy@bangsupmdjamil).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan

Dr. Adriani Amir
NIP. 197309112008012008

Lampiran 9 : Surat Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

INFORMED CONSENT
(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden	: Winda Nurfarida
Umur/Tgl. Lahir	: 17 Maret 2001
Pesanggung Jawab	: Anwar Nurul Falaq
Hubungan	: Teman

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Syaiful Mazana, NIM 203110159, Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

Demikian surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 10 April 2023

Responden



Lampiran 10 : Daftar Hadir Penelitian

POLTEKKES KEMENKES PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Syarif Mazana
 NIM : 203110156
 Institusi : Poltekkes Kemenkes Padang
 Ruang : IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUD Dr. M. Djamil Padang

No.	Har/Tanggal	Tanda Tangan Petugas
1.	Senin 11 April 2023	<i>[Signature]</i>
2.	Rabu 12 April 2023	<i>[Signature]</i>
3.	Kamis 13 April 2023	<i>[Signature]</i>
4.	Jumat 14 April 2023	<i>[Signature]</i>
5.	Sabtu 15 April 2023	<i>[Signature]</i>
6.		
7.		

Mengetahui :

Kepala Ruang

[Signature]

Lampiran 11 : Surat Selesai Penelitian Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang



SURAT KETERANGAN
DP.03.01/KVI.1.3.2/Sp.VV/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adriani Zani
NIP : 197309112006012008
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Syaifi Mazana
NIMBP : 203110156
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap Non Bedah (Penyakit Dalam) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 11 April 2023 s/d 15 April 2023, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang IRNA Non Bedah Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sepenuhnya.

Padang, 16 Mei 2023

s.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan

dr. Adriani Zani
NIP. 197309112006012008

FORMAT DOKUMENTASI

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD)

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

- 1) Nama : Ny. W
- 2) Umur : 45 Tahun
- 3) Tempat/Tanggal Lahir : Padang, 25 Maret 1983
- 4) Jenis Kelamin : Perempuan
- 5) Status Perkawinan : Kawin
- 6) Agama : Islam
- 7) Pendidikan : S1 Pertanian
- 8) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- 9) Alamat : Parupuk Tabing, Kota Padang

b. Identitas Penanggung Jawab

- 1) Nama : Tn. D
- 2) Pekerjaan : Wiraswasta
- 3) Alamat : Parupuk Tabing, Kota Padang
- 4) Hubungan : Suami

c. Diagnosa dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

- 1) Tanggal Masuk : 10 April 2023
- 2) No Mr : 01.12.14.50
- 3) Diagnosa Medis : CKD Stage V on HD + Anemia
- 4) Ruang Rawat : Interne Wanita (IW)
- 5) Alasan Masuk : Sesak napas, badan lemah, dan tidak bertenaga

d. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama Masuk

Pasien masuk ke rumah sakit pada hari Senin tanggal 10 April 2023 melalui IGD Rumah Sakit RSUP Dr. M. Djamil Padang pukul 15.00 WIB, dengan keluhan sesak napas semakin meningkat sejak 3 hari terakhir, sesak semakin memberat ketika melakukan aktivitas ringan, dengan disertai tubuh lemah, pucat dan tidak bertenaga.

b) Keluhan saat di kaji

Saat dilakukan pengkajian pada hari Selasa tanggal 11 April 2023 pukul

11.00 WIB, pasien mengatakan nafasnya masih sesak, Pasien mengatakan tubuh terasa sesak saat melakukan aktivitas. Pasien mengatakan bahwa tubuh masih terasa lemah, pasien mengatakan hanya bisa berbaring diatas tempat tidur karena tidak bertenaga. Pasien mengatakan mengeluh mual dengan frekuensi 2-3 kali sehari, pasien mengatakan baru selesai tindakan Hemodialisa pada Senin, 10 April 2023.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada bulan Desember tahun 2022 pasien pernah dirawat dengan keluhan yang sama. Pasien mengatakan di diagnosa CKD stage V oleh dokter sejak 2 tahun yang lalu dan sudah menjalani tindakan Hemodialisa selama 1 Tahun 4 bulan dengan frekuensi 2X dalam seminggu. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak dilakukan *medical check up* secara mandiri 4 tahun yang lalu, tetapi pasien tidak

pernah melakukan kontrol tentang hipertensi, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat DM. Pasien mengatakan dahulu memiliki kebiasaan minum obat pereda nyeri dan suka mengonsumsi minuman bersoda selama 3 tahun.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak mengetahui anggota keluarga yang memiliki riwayat hipertensi, dm maupun penyakit jantung.

e. Pola Aktivitas Sehari-hari (ADL)

1) Pola Nutrisi

a) Makan

Sehat : Makan 3 x sehari dengan porsi sedang, habis dengan komposisi

nasi, lauk, sayur dan buah.

Sakit : Makan 3x sehari, dengan diet makanan rendah garam rendah

protein habis ½ porsi (karena mual)

b) Minum

Sehat : Selama dirumah pasien melakukan pembatasan cairan dengan

konsumsi air sebanyak 300 ml/ hari dengan menggunakan gelas

takar yang telah disediakan dirumah.

Sakit : Pasien tetap melakukan pembatasan cairan perhari, yaitu dengan

mengonsumsi air sebanyak 300 ml/hari dengan menggunakan gelas takar yang dimiliki pasien.

2) Pola Eliminasi

a) BAB

Sehat : Pasien BAB dengan frekuensi 1-2 x sehari dengan konsistensi

sedikit lembek dan berwarna coklat kekuningan.

Sakit : Pasien BAB dengan frekuensi 1 x sehari selama rawatan dengan

konsistensi padat dan warna coklat kekuningan.

b) BAK

Sehat : Pada saat sebelum didiagnosa mengidap CKD stage V pasien

BAK sekitar 3 – 5 x sehari dengan warna kuning kejernihan.

Sakit : Pasien mengatakan semenjak di Hemodialisa sampai sekarang

pasien sudah tidak pernah lagi BAK.

3) Pola Istirahat dan Tidur

Sehat : Pasien tidur dengan durasi 8 – 10 jam / hari dengan pulas.

Sakit : Pasien mengatakan tidur dengan durasi 5 – 6 jam / hari karena rasa sesak

yang mengganggu tidur.

4) Pola aktivitas dan latihan

Sehat : Pasien mengatakan bahwa bisa melakukan aktivitas ringan sehari – hari dengan mandiri

Sakit : Pasien lebih banyak istirahat diatas tempat tidur, karena tubuh lemah dan tidak bertenaga dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

5) Pola Pekerjaan

Sehat : Pasien sebelumnya bekerja dengan membuka grosir yang menyediakan kebutuhan sehari-hari. Sepulang dari rawatan terakhir dengan keluhan yang sama, pasien lebih banyak berada dirumah dengan melakukan aktivitas ringan

Sakit : Pasien tidak bekerja dan lebih banyak istirahat di tempat tidur.

f. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum : Sedang
- 2) Kesadaran : Composmentis Cooperative (CMC)
- 3) TTV
 - TD : 165/ 109 mmHg
 - Nadi : 90x/menit
 - Pernapasan : 29x/menit
 - Suhu : 35, 9 °C
- 4) Antropometri
 - TB : 158 cm
 - BB : 48 kg
 - IMT : 19,2 (normal)
- 5) Kepala
 - a) Wajah :Tampak lemah dan pucat,
 - b) Mata :Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik,
Palpebra tidak edema
 - c) Rambut :Rambut jarang dan kasar
 - d) Hidung :Terpasang oksigen nasal canul 5L /menit,
napas cuping
hidung
 - e) Mulut :Bibir pucat, tidak terdapat pendarahan di
mukosa mulut, dan napas berbau amonia
 - f) Leher : Tidak terdapat pembengkakan kelenjar getah
bening
dan *jugularis vena pleasure* (JVP), terpasang
tunelling
pada leher kanan.
- 6) Thorax
 - a) Jantung
Inspeksi : Iktus tidak terlihat

- Palpasi : Iktus kordis teraba 1 jari lateral LMCS RIC V
- Perkusi : Redup
- Auskultasi : Bunyi jantung reguler (+), gallop (-), mur – mur (-)
- b) Paru
- Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, terlihat penggunaan bantu napas
- Palpasi : Fremitus kiri dan kanan
- Perkusi : Sonor
- Auskultasi : Vesikuler, ronkhi (-), wheezing (-)
- 7) Abdomen
- Inspeksi : Distensi abdomen (-), asites (-)
- Auskultasi : Bising usus 15 x / menit
- Perkusi : Timpani
- Palpasi : Nyeri tekan (-)
- 8) Genitalia : Tidak dilakukan pemeriksaan, tidak terpasang kateter urine.
- 9) Ekstermitas
- a) Atas : Tidak terdapat edema, CRT >2 detik, kulit terasa gatal dan bersisik, serta akral teraba dingin dan kulit keabuaan pada kedua ekstremitas
- b) Bawah : Tidak terdapat edema, CRT >2 detik, kulit terasa gatal

keabuan dan bersisik, serta akral teraba dingin dan kulit pada kedua ekstremitas.

10) Kulit

Warna kulit pucat dan pada bagian punggung terdapat pruritus yang menyebabkan pasien merasakan gatal dan kulit berwarna keabuan.

g. Data Psikologis

- 1) Status Emosional : Pasien menjawab pertanyaan dengan baik dan menatap lawan bicara
- 2) Kecemasan : Pasien mengatakan cemas karena anaknya masih SMP, dan sesekali terlihat menghela napas
- 3) Pola Koping : Pasien selalu mengikuti arahan dari dokter dan perawat untuk kesembuhannya
- 4) Gaya komunikasi : Pasien berkomunikasi dengan bahasa minang, dapat menjawab setiap pertanyaan yang diberikan dengan jelas
- 5) Konsep Diri
Pasien mengatakan tidak malu dengan kondisinya sekarang, dan pasien menerima semua penyakitnya dengan lapang dada. Pasien

mengatakan setiap penyakit pasti ada obatnya asalkan kita berusaha dan berdoa.

h. Data Sosial

Pasien memiliki hubungan yang baik dengan kerabat dan tetangga sekitar rumahnya, terlihat saudara dan tetangga mengunjungi pasien selama sakit.

i. Data Spiritual

Pasien mengatakan selalu melaksanakan sholat 5 waktu dengan tepat waktu, terlihat pasien melaksanakan sholat zuhur dengan tepat waktu di atas tempat tidur.

j. Data Penunjang

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
10 April 2023	Hemoglobin	5,8	g/dl	12,0 -14,0
11 April 2023	Hemoglobin	7,5	g/dl	12,0 – 14, 0
	Leukosit	5,76	$10^3/\text{mm}^3$	5,0 – 10,0
	Hematokrit	24	%	37,0 – 43,0
	Trombosit	310	$10^3/\text{mm}^3$	150 - 400
	MCV	90	fL	82,0 – 92,0
	MCH	29	pg	27,0- 31,0

	MCHC	32	%	32,0 – 36,0
	RDW-CV	13,2	%	11,5 – 14,5
	Ureum Darah	60	mg/dl	10 - 50
	Kreatinin	5,0	mg/dl	0,6 – 1,1
	Natrium	140	mmol/l	136 -145
	Kalium	4,2	mmol/l	3,5 – 5,1
	Klorida	103	mmol/l	97 - 111
	Kalsium	9,0	mg/dl	8,1 – 10,0
	PH	7,30		7,35 – 7,45
	Pco2	33	mm Hg	35 - 48
	Po2	100	mm Hg	83 - 108
	Hco3	24,7	mmol/l	18 - 23
	APTT	24,6	detik	24,6 – 32,0
	PT	11,0	detik	9,67 – 13,07
	Total Protein	8,0	g/dl	6,6 – 8,7
	Albumin	4,0	g/dl	3,8 – 5,0
	Gula Darah Sewaktu	93	mg/dl	50 - 200
13 April 2023	Hemoglobin	9,0	g/dl	12,0 – 14,0
	Leukosit	5,09	10 ³ /mm ³	5,0 – 10,0
	Hematokrit	25	%	37,0 – 43,0
	Trombosit	291	10 ³ /mm ³	150 - 400
	MCV	87	fL	82,0 – 92,0
	MCH	30	pg	27,0- 31,0
	MCHC	34	%	32,0 – 36,0
	RDW-CV	13,3	%	11,5 – 14,5

k. Program dan Rencana Pengobatan

- IVFD Renxamin 200 ml / 24 Jam
- Transfusi PRC 2 Kolf
- Natrium Bikarbonat 3 x 500 mg (PO)

- Amlodipin 1 x 10 mg (PO)
- Candesartan 1 x 16 mg (PO)
- Clonidin 1x 1 mg (PO)
- Domperidone 1 x 10 mg (PO)
- Hemodialisa setiap Senin dan Kamis

ANALISIS DATA

NAMA PASIEN : Ny. W

NO. MR : 01.12.14.50

Data	Etiologi	Masalah
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan napasnya masih sesak 2. Pasien mengatakan tubuh terasa sesak saat melakukan aktivitas <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terlihat penggunaan otot bantu pernapasan 2. Napas cuping hidung 3. Terpasang oksigen nasal canul 5l / l 4. Ph = 7,30 5. Pco2 = 33 mmHg 6. Hco3 = 24,7 mmol / l 7. RR = 29 X / menit 8. Hb = 5,8 g / dl 	Penurunan Energi	Pola Napas Tidak Efektif
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan bahwa tubuh masih terasa lemah 2. Pasien mengatakan hanya bisa berbaring diatas tempat tidur karena tidak bertenaga 	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	Perfusi Perifer Tidak Efektif

<p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Warna kulit pasien tampak pucat 3. Akral teraba dingin 4. Konjungtiva Anemis 5. HB = 5,8 g/dl 6. Pemeriksaan CRT > 2 detik pada kedua ekstremitas 7. TD = 169/109 mmhg 8. HR = 90 X / menit 9. Semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat 		
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan mengeluh mual dengan frekuensi 2-3 kali sehari, 2. Pasien mengatakan baru selesai tindakan hemodialisa pada Senin 10 April 2022 <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat pucat 2. Napas berbau amonia 3. Pasien hanya menghabiskan ½ porsi diit yang diberikan 4. Ureum : 60 mg / dl 5. Kreatinin : 5,0 mg / dl 6. Natrium = 140 mmol / l 7. Kalium = 4,2 mmol / l 8. Klorida = 103 mmol / l 9. Kalsium = 9,0 mg / dl 	<p>Disfungsi Ginjal</p>	<p>Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.W

NO. MR : 01.12.14.50

No.	Diagnosa Keperawatan	Ditemukan masalah		Dipecahkan masalah	
1.	Pola Napas Tidak Efektif b.d Penurunan Energi	11 April 2023		15 April 2023	
2.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	11 April 2023		15 April 2023	
3.	Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan Disfungsi Ginjal	11 April 2023		13 April 2023	

INTERVENSI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny. W

NO. MR : 01.12.14.50

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Pola Napas Tidak Efektif b.d Penurunan Energi (D.0004)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam, kepada pasien maka di harapkan : Pola Napas Membaik (L.01003), dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Frekuensi napas membaik (SLKI : 95)	Manajemen Jalan Napas (I.01011) <i>Observasi :</i> 8. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 9. Monitor bunyi napas tambahan <i>Terapeutik :</i> 4. Posisikan semi fowler atau fowler 5. Berikan oksigen <i>Kolaborasi :</i> 3. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu (SIKI : 187)
		Keseimbangan Asam Basa meningkat (L.04034) 1. Ph membaik 2. Kadar CO2 membaik 3. Kadar bikarbonat membaik	Manajemen Asam Basa : Asidosis Metabolik (I.03096) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi penyebab terjadinya asidosis metabolik 2. Monitor pola napas (frekuensi dan kedalaman)

			<p>3. Monitor hasil analisa gas darah</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Berikan posisi semi fowler <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab dan mekanisme terjadinya asidosis metabolik <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bikarbonat, jika perlu (SIKI : 155)
2	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam, maka di harapkan perfusi perifer (L.020011) meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warna kulit pucat menurun 2. Akral membaik 3. Turgor kulit membaik 4. Tekanan darah sistolik membaik 5. Tekanan darah diastolik membaik (SLKI : 84) 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pencegahan infeksi <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan obat pengontrol tekanan darah (SIKI : 345)

		<p>Transfusi Darah (I.02089)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi rencana transfusi 2. Monitor tanda – tanda vital sebelum, selama dan setelah transfusi (tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan) 3. Monitor tanda kelebihan cairan 4. Monitor reaksi transfusi <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam 2. Hentikan transfusi jika terdapat reaksi transfusi 3. Dokumentasikan tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfusi <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur transfusi 2. Jelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu di laporkan, (misalnya gatal, pusing, sesak napas dan nyeri dada) <p>(SIKI : 445)</p>
--	--	--

3	<p>Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhungan dengan Disfungsi Ginjal (D.0037)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam. Diharapkan :</p> <p>a. Keseimbangan Elektrolit (L.03021) meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Serum natrium meningkat 2. Serum kalium meningkat 3. Serum klorida meningkat (SLKI : 42) <p>b. Fungsi Gastrointestinal (L.03019) membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 2. Mual menurun (SLKI : 25) 	<p>Pemantauan Elektrolit (I.03122)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 2. Monitor kadar elektrolit serum 3. Monitor mual, muntah dan diare 4. Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (peka rangsangan, gelisah, mual dan muntah) 5. Monitor tanda dan gejala hipernatremia (haus, demam, mual dan muntah) <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan (SIKI : 240)
---	---	---	--

			<p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 3. Monitor mual (mis, frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 4. Monitor asupan nutrisi dan kalori <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu (SIKI : 197)
--	--	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny. W

NO. MR : 01.12.14.50

No	Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	Selasa 11 April 2023	Pola Napas Tidak Efektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa pola napas (frekuensi, kedalaman napas dan usaha napas) 2. Memeriksa bunyi napas tambahan 3. Mengatur posisi semi fowler pada pasien 4. Memberikan oksigen nasal canul 5L / menit 5. Memeriksa hasil analisa gas darah 6. Menjelaskan penyebab dan mekanisme terjadinya asidosis metabolik kepada pasien dan keluarga 7. Memberikan obat Natrium Bikarbonat 500 mg secara oral, sesuai order dokter. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan napasnya masih sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak penggunaan otot bantu napas - Tidak terdengar bunyi napas tambahan - Napas cuping hidung - Pasien terpasang oksigen nasal canul 5L/menit - RR = 27 x / menit - PH = 7,30 - Pco2 = 33 mmHg - HCO3 = 24,7 mmol/l <p>A :</p> <p>Pola Napas Membaik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

		Perfusi Perifer Tidak Efektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer 2. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Membatasi jumlah kunjungan terhadap pasien 4. Memberikan obat secara oral Amlodipine 10 mg, Candesartan 16 mg, Clonidine 1 mg, sesuai order dokter 5. Memberikan transfusi PRC 1 kolf / jam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tubuh masih terasa lemah - Pasien mengatakan tubuh masih terasa tidak bertenaga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Warna kulit pucat - Akral teraba dingin - Konjungtiva anemis - CRT > 2 detik pada kedua ekstremitas - HB = 7,5 g/dl - TD = 160 / 100 mmHg - HR = 90 x / menit - Semua aktivitas masih dibantu keluarga dan perawat <p>A :</p> <p>Perfusi Perifer Meningkat</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan pemberian transfusi PRC 1 kolf / jam</p>
--	--	----------------------------------	--	---

		Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa kadar elektrolit serum 2. Memeriksa tanda dan gejala hiperkalemia 3. Memeriksa tanda dan gejala hipernatremia 4. Mengkaji mual yang dirasakan (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) 5. Memeriksa asupan nutrisi dan kalori 6. Memberikan makanan sedikit tapi sering 7. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengatasi mual 8. Memberikan obat Domperidone 10 mg secara oral, sesuai order dokter 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasakan mual dengan frekuensi 2 X sehari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ureum = 60 mg /dl - Kreatinin = 5,0 mg / dl - Natrium = 140 mmol / l - Kalium = 4,2 mmol / l - Klorida = 103 mmol / l - Pasien terlihat pucat - Napas berbau amonia - Pasien Post Hemodialisa hari 1 - Pasien hanya menghabiskan ½ porsi diit yang diberikan <p>A :</p> <p>Keseimbangan Elektrolit Meningkat</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p>
2	Rabu 12 April 2023	Pola Napas Tidak Efektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa pola napas (frekuensi, kedalaman napas dan usaha napas) 2. Mengatur posisi semi fowler pada pasien 3. Memberikan oksigen nasal canul 5L / menit 4. Memberikan obat Natrium Bikarbonat 500 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan napasnya masih terasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masih terdapat penggunaan otot bantu napas - Napas cuping hidung

			mg secara oral, sesuai order dokter	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang oksigen nasal canul 5L/menit - RR = 25 x / menit <p>A :</p> <p>Pola Napas Membaik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
		Perfusi Perifer Tidak Efektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer 2. Membatasi jumlah kunjungan terhadap pasien 3. Memberikan obat secara oral Amlodipine 10 mg, Candesartan 16 mg, Clonidine 1 mg, sesuai order dokter 4. Memberikan transfusi PRC 1 kolf / jam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemah sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan tubuh masih terasa tidak bertenaga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lemah mulai menurun - Kulit pucat mulai membaik - Akral masih teraba dingin - Konjungtiva anemis - CRT > 2 detik pada kedua ekstremitas - TD = 158 / 90 mmHg - HR = 90 x / menit - Semua aktivitas masih dibantu keluarga dan perawat <p>A :</p> <p>Perfusi Perifer Meningkatkan</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>

		Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji mual yang dirasakan (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) 2. Memeriksa asupan nutrisi dan kalori 3. Memberikan makanan sedikit tapi sering 4. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengatasi mual 5. Memberikan obat Domperidone 10 mg secara oral, sesuai order dokter 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasakan mual dengan frekuensi 2 X sehari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat mulai menurun - Napas masih berbau amonia - Pasien Post Hemodialisa hari 2 - Pasien hanya menghabiskan ½ porsi diit yang diberikan <p>A :</p> <p>Keseimbangan Elektrolit Meningkat</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan dengan Tindakan Hemodialisa pada Kamis 13 April 2023</p>
3	Kamis 13 April 2023	Pola Napas Tidak Efektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa pola napas (frekuensi, kedalaman napas dan usaha napas) 2. Mengatur posisi semi fowler pada pasien 3. Memberikan oksigen nasal canul 5L / menit 4. Memberikan obat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak sudah mulai berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masih terdapat penggunaan otot bantu napas - Napas cuping hidung

			Natrium Bikarbonat 500 mg secara oral, sesuai order dokter	menurun - Pasien terpasang oksigen nasal canul 5L/menit - RR = 24 x / menit A : Pola Napas Membaik P : Intervensi dilanjutkan dengan pemasangan oksigen nasal canul 3L / menit
		Perfusi Perifer Tidak Efektif	1. Memeriksa sirkulasi perifer 2. Membatasi jumlah kunjungan terhadap pasien 3. Memberikan obat secara oral Amlodipine 10 mg, Candesartan 16 mg, Clonidine 1 mg sesuai order dokter	S : - Pasien mengatakan lemah sudah berkurang - Pasien mengatakan tubuh sudah kembali bertenaga O : - Pasien tampak segar - Kulit pucat mulai membaik - Akral membaik - Konjungtiva tidak anemis - CRT < 2 detik pada kedua ekstremitas - HB = 9,0 g/dl - TD = 155 / 88 mmHg - HR = 88 x / menit - Pasien sudah mulai bisa beraktivitas ringan dengan pengawasan keluarga

				<p>A : Perfusi Perifer Meningkat</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
		<p>Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji mual yang dirasakan (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) 2. Memeriksa asupan nutrisi dan kalori 3. Memberikan makanan sedikit tapi sering 4. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengatasi mual 5. Memberikan obat Domperidone 10 mg secara oral, sesuai order dokter 	<p>S : - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan mual lagi</p> <p>O : - Pasien terlihat segar - Napas sudah tidak berbau amonia - Pasien menghabiskan diit yang diberikan</p> <p>A : Keseimbangan Elektrolit Meningkat</p> <p>P : Intervensi Dihentikan</p>
4	Jumat 14 April 2023	Pola Napas Tidak Efektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa pola napas (frekuensi, kedalaman napas dan usaha napas) 2. Mengatur posisi semi fowler pada pasien 3. Memberikan oksigen nasal canul 3L / menit 4. Memberikan obat sesuai order dokter Natrium Bikarbonat 500 mg secara oral 	<p>S : - Pasien mengatakan sesak sudah jauh berkurang</p> <p>O : - Tidak terdapat penggunaan otot bantu napas - Napas tidak cuping hidung - Pasien masih terpasang oksigen nasal canul</p>

				<p>3L/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR = 22 x / menit <p>A :</p> <p>Pola Napas Membaik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan pasien rencana lepas pemakaian oksigen</p>
		<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa kelalahan fisik dan emosional 2. Membatasi jumlah kunjungan terhadap pasien 3. Menginstruksikan pasien untuk tirah baring 4. Menginstruksikan aktivitas secara bertahap 5. Memberikan obat secara oral Amlodipine 10 mg, Candesartan 16 mg, Clonidine 1 mg 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tubuh terasa segar dan sudah bertenaga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak segar - Kulit sudah tidak pucat - Akral tidak teraba dingin - Konjungtiva tidak anemis - CRT < 2 detik pada kedua ekstremitas - TD = 150 / 85 mmHg - HR = 88 x / menit - Pasien sudah mulai bisa beraktivitas ringan dengan pengawasan keluarga <p>A :</p> <p>Perfusi Perifer Meningkat</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>

5	Sabtu 15 April 2023	Pola Napas Tidak Efektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa pola napas (frekuensi, kedalaman napas dan usaha napas) 2. Mengatur posisi semi fowler pada pasien 3. Memberikan obat Natrium Bikarbonat 500 mg secara oral, sesuai order dokter 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdapat penggunaan otot bantu napas - Napas tidak cuping hidung - Pasien sudah tidak terpasang oksigen - RR = 20 x / menit <p>A :</p> <p>Pola Napas Membaik</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dirumah</p>
		Perfusi Perifer Tidak Efektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan obat secara oral Amlodipine 10 mg, Candesartan 16 mg, Clonidine 1 mg 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tubuh terasa segar dan sudah bertenaga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak segar - Kulit sudah tidak pucat - Akral tidak teraba dingin - Konjungtiva tidak anemis - CRT < 2 detik pada kedua ekstremitas - TD = 138 / 72 mmHg - HR = 88 x / menit

				<p>- Pasien sudah bisa beraktivitas ringan dengan pengawasan keluarga</p> <p>A :</p> <p>Perfusi Perifer Meningkat</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dirumah</p>
--	--	--	--	--