



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**YUNIMARDATILAH**  
**NIM : 193110160**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
2022**



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Ke Program Studi D III Keperawatan Politeknik KesehatanKemenkes Padang  
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

**YUNIMARDATILAH  
NIM : 193110160**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
2022**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Yuni Mardatilah  
NIM : 193110160  
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang/ 16 Juni 2000  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Alamat : Komplek Polda Balai Baru Blok D/1 Kelurahan Gunung Sarik, Kecamatan Kuranji

No	Riwayat Pendidikan	Tahun Ajaran
1	TK Ra Hanifah	2006-2007
2	SD N 10 Sungai Sapih	2007-2013
3	MTSN Kuranji Padang	2013-2016
4	SMA PGRI 4 Padang	2016-2019
5	Prodi D-III Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemekes RI Padang	2019-2022

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Penyakit Dalam Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang 2022”**

Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar ahli madya keperawatan. Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat; Ibu Ns. Yosi Suryarinilsih, M. Kep, Sp. Kep. MB selaku pembimbing I dan Ibu Ns. Defia Roza, S. Kep. M. Biomed selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya ucapkan terima kasih kepada yang terhormat;

1. Bapak Dr. Burhan Muslim,SKM.M.Si selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Padang.
2. Bapak DR. dr. Yusirwan Yusuf, Sp. B, Sp.BA (K), MARS selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang
3. Ibu Ns. Sila Dewi Anggreni,S.Pd,S.Kep,M.Kep,Sp.KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
4. Ibu Heppi Sasmita,M.Kep,Sp.Jiwa selaku Ketua Prodi D3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang.
5. Ibu Ns. Delima, S.Pd, M.Kep selaku Pembimbing Akademik.
6. Bapak dan Ibu dosen dan staff Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
7. Bapak Muslim dan Ibu Elida selaku orang tua saya yang telah memberikan doa dan dukunganya, sekaligus kasih sayang tiada hingga kepada saya . Serta saudara-saudara saya yang ikut mendukung saya dalam menyelesaikan pendidikan ini.
8. Terimakasih kepada teman-teman seperjuangan klas A yang tidak bisa disebutkan satu persatu, yang telah menghabiskan waktu bersama dan berjuang bersama. Semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT dan sukses dimasa depan.

Peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, Mei 2022

Peneliti

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Yuni Mardiatillah  
NIM : 19011401100  
Program Studi : D III Keperawatan Padang  
Judul KTI : Asidosis Keperawatan pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang IRDA Penyakit Dalam PIAA RSGM Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2022

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang dan dinyatakan telah memenuhi syarat dan diterima.

### DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji: Ns. Hendri Budi, S.Kep, M.Kep, Sp.KMB

Penguji : Ns. Sila Dewi Anggraini, S.PLS, Kap, M.Kep, Sp.KMB

Penguji : Ns. Yuni Suryaningsih, M.Kep, Sp.Kep, MB

Penguji : Ns. Hj. Delfa Rini, S.Kep, M.Humad

Penyusunan di: Fakultas Kesehatan Padang.

Tanggal: Juli 2022

Mengucapkan

Program Studi Keperawatan Padang

Politeknik Kesehatan Padang

Halaman ini ditandatangani oleh Ns. Al Kops, S.Kep, MB

Surat Akademi (92) 10005

**PENYATAAN PERSETUJUAN**

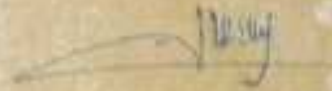
Karya Tulis Ilmiah berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang ICU Penyakit Dalam RSUP Dr.M. Djamil Padang 2022" ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan terhadap Dosen Pengaji Karya Tulis Ilmiah Prodi ID Keperawatan Padang Fakultas Kesehatan Padang

Padang, Mei 2022

Mengucapkan

Pembimbing 1

Pembimbing 2



Ns. Yuni Nurcahyani, M. Kes, Sp. Keperawatan

Ns. Della Istia, S. Kes, M. Biomed

NID\* 197301181090312003

NID\* 197305031995032002

Mengucapkan

Karya Prodi ID Keperawatan Padang

Fakultas Kesehatan Padang



H. S. S. M. Kes, Sp. Keperawatan  
NID\* 197301181090312003

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Yuni Mardiatilah

Nim : 193110160

Tanda Tangan :

The image shows a handwritten signature in black ink over a yellow official stamp. The stamp contains the text 'METERAI TEMPE' and 'Rp. 10.000'.

Tanggal : 16 Juni 2022



**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah,**  
**April 2022**  
**Yuni**  
**Mardatilah**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUP. DR. M DJAMILPADANG**

**Isi: XII +64 halaman, 1 tabel, 7 lampiran**

**ABSTRAK**

Hasil data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, 2018) oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI tahun 2018, prevalensi penyakit ginjal kronik di Indonesia pada kelompok umur 35-44 tahun (3,31%) diikuti umur 45-54 tahun (5,64%) dan umur 55 – 64 tahun (7,21%) dan prevalensi tertinggi terdapat pada kelompok umur 65-74 tahun (8,23%). Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Penyakit Dalam Pria RSUP.Dr. M. Djamil Padang. Desain penelitian ini adalah studi kasus yang bersifat deskriptif, yang di lakukan di ruang penyakit dalam RSUP.Dr. M. Djamil Padang dari bulan November 2021 sampai Juni 2022. Populasi adalah pasien CKD *stage* V yang dirawat di Ruang Penyakit Dalam RSUP.Dr. M. Djamil Padang. Populasi ada 3 orang dan sampel yang digunakan 1 orang yang dipilih secara purposive sampling. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu observasi, pengukuran, wawancara serta dokumentasi. Jenis data yang dipakai yaitu data primer dan data sekunder. Diagnosis keperawatan yang di temukan adalah, Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi yang di lakukan adalah perawatan sirkulasi, manajemen hipovolemia, manajemen energi. Dalam penelitian selama 5 hari 2 masalah teratasi dan 2 masalah tidak teratasi. Perawat di ruangan saat melakukan asuhan keperawatan sudah melakukan dengan baik, namun alangkah baik saat melakukan tindakan keperawatan, perawat lebih mengarah

ke Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

**Kata Kunci :** *Chronic Kidney Disease (CKD)* , Asuhan

**keperawatanDaftar Pustaka : 28 (2012 – 2021)**

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	1
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	2
KATA PENGANTAR.....	3
HALAMAN PENGESAHAN .....	5
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	6
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK.....	8
DAFTAR ISI.....	10
DAFTAR LAMPIRAN .....	14
BAB I PENDAHULUAN .....	15
A. Latar Belakang .....	15
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	7
A. Konsep Chronic Kidney Disease (CKD) .....	7
1. Pengertian CKD .....	7
2. Etiologi CKD.....	7
3. Patofisiologis CKD.....	9
4. WOC .....	12
5. Manifestasi Klinis .....	13
6. Komplikasi CKD .....	14
7. Penatalaksanaan.....	15
B. Konsep Asuhan Keperawatan .....	23
1. Pengkajian .....	23
2. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan .....	30
3. Rencana Keperawatan .....	31
BAB III METODE PENELITIAN.....	38

A. Desain Penelitian .....	38
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	38
C. Populasi dan Sampel .....	38
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data .....	39
E. Teknik Pengumpulan Data .....	40
F. Jenis – jenis Data .....	41
G. Analisis Data .....	42
<b>BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>43</b>
A. Deskripsi lokasi penelitian .....	43
B. Deskripsi kasus .....	43
1. Pengkajian keperawatan .....	43
2. Diagnosa keperawatan .....	47
3. Intervensi keperawatan .....	48
4. Implementasi Keperawatan.....	51
5. Evaluasi Keperawatan.....	52
C. Pembahasan kasus.....	53
1. Pengkajian keperawatan .....	53
2. Diagnosa Keperawatan.....	56
3. Intervensi Keperawatan .....	58
4. Implementasi Keperawatan .....	60
5. Evaluasi Keperawatan.....	62
<b>BAB IV PENUTUP .....</b>	<b>63</b>
A. Kesimpulan.....	64
B. Saran .....	64
1. Bagi Penulis.....	64
2. Bagi Peneliti selanjutnya .....	64
3. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang .....	64
4. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	64
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>65</b>

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 WOC CKD.....	12
-------------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Perencanaan Keperawatan .....**Error! Bookmark not defined.**

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Gantchart

Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pembimbing I

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Pembimbing II

Lampiran 4 Surat Izin pengambilan Data Dari Poltekkes Padang

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

Lampiran 6 Format Pengkajian Keperawatan KMB

Lampiran 7 Informed Consent

Lampiran 8 Daftar hadir penelitian

Lampiran 9 Surat keterangan selesai penelitian

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Gagal Ginjal merupakan suatu keadaan dimana ginjal mengalami kehilangan kemampuan untuk dapat mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal (Huda & Kusuma, 2015). Gagal Ginjal terbagi menjadi dua yaitu gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronis. Gagal ginjal kronis sering disebut juga dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD), yang membedakan akut dan kronis bisa dilihat dari kronologis watu dan tingkat filtrasi. Menurut Mc Clellan, 2006 dalam Haryono, 2013) menjelaskan bahwa CKD merupakan kondisi penyakit pada ginjal yang peristen (berlangsung  $\leq 3$  bulan) dengan kerusakan ginjal dan kerusakan *Glomerular Filtration Rae* (GFR) dengan jumlah angka GFR nya sebanyak  $\leq 60$  ml/menit/1.72 m<sup>2</sup>. Menurut Prince, 1992 dalam Haryono, 2013 CKD yaitu perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat, biasanya berlangsung beberapa tahun. CKD sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya atau sering disebut penyakit sekunder (*secondary illness*) (Prabowo & Pranata, 2014)

Penyebab CKD adalah ketika ginjal mengalami penurunan fungsi ginjal secara progresif. Penyebab CKD itu bisa dari ginjal itu sendiri dan juga bisa berasal dari luar ginjal. Penyakit dari ginjal itu sendiri yaitu penyakit pada saringan (glomerulus) glomerulonefritis, infeksi kuman, peilonefritis, uretritis, batu ginjal (nefrolitiasis), kista di ginjal (*polycystis kidney*), trauma langsung pada ginjal, keganasan pada ginjal, dan sumbatan (tumor, batu, penyempitan). Penyakit ginjal yang berasal dari luar ginjal yaitu penyakit sistemik (diabetes melitus, hipertensi, dan kolesterol tinggi), dyslipedemia, SLE, infeksi dibadan (TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis), preeklamsia, obat-obatan, kehilangan banyak cairan ( luka bakar) (Harmilah, 2020).



Penyakit ginjal stadium akhir atau ESRD merupakan tahap akhir CKD, penderita mulai merasakan gejala yang cukup parah karena ginjal tidak sanggup lagi mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit dalam tubuh, penderita biasanya menjadi oliguri (pengeluaran kemih kurang dari 500/hari) karena kegagalan glomerulus meskipun proses penyakit mula – mula menyerang tubulus ginjal, kompleks menyerang tubulus ginjal, kompleks perubahan biokimia dan gejala – gejala dinamakan sindrom uremik mempengaruhi setiap sistem dalam tubuh. Pada stadium akhir gagal ginjal, penderita pasti akan meninggal kecuali ia mendapat pengobatan dalam bentuk transplantasi ginjal atau dialisis (terapi ginjal terus – menerus) (Haryono, 2013)

Hasil data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, 2018) oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI tahun 2018, prevelensi penyakit ginjal kronik di Indonesia pada kelompok umur 35-44 tahun (3,31%) diikuti umur 45-54 tahun (5,64%) dan umur 55 – 64 tahun (7,21%) dan prevalensi tertinggi terdapat pada kelompok umur 65-74 tahun (8,23%). Sedangkan berdasarkan jenis kelamin, prevelensi pada laki-laki lebih tinggi yaitu (4,17%) sedangkan pada perempuan (3,52%). Di Provinsi Sumatera Barat prevelensi penyakit ginjal kronik mencapai 3,8% dari seluruh penderita ginjal kronik di Indonesia pada tahun 2018 (Riskesdas,2018). Berdasarkan hasil Indonesia Renal Registrasi (IRR, 2018) trend CKD di Indonesia meningkat setiap tahunnya, pada tahun 2016 terdapat pasien yang menjalani hemodialisa (HD) sebanyak 78.281 orang, tahun 2017 sebanyak 108.723 orang dan tahun 2018 sebanyak 198.575 orang (IRR, 2018).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Supriyadi, (2011) Hemodialisa (HD) yaitu suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderita dan beredar dalam sebuah mesin di luar tubuh yang disebut *dialiser*. Frekuensi tindakan HD bervariasi tergantung banyaknya fungsi ginjal yang tersisa, rata-rata penderita menjalani tiga kali dalam seminggu, sedangkan lama pelaksanaan hemodialisa paling sedikit tiga

sampai empat jam tiap sekali tindakan terapi (Brunner dan Suddath, 2002; Yang et al., 2011). Hemodialisis berfungsi untuk mengatasi ketidakseimbangan cairan dan membantu mengendalikan penyakit ginjal serta meningkatkan kualitas hidup pasien CKD. Pasien yang menjalani hemodialisis untuk mencegah timbulnya penyakit kardiovaskuler, hipertensi, edema paru akut dan gagal jantung kongestif, maka pasien harus melakukan pembatasan cairan agar mencegah terjadinya kelebihan cairan (Dewi & Mustofa, 2021)

Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh (Aisara et al., 2018) didapatkan diagnosa yang muncul antara lain : kelebihan volume cairan, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ansietas intoleransi aktivitas. Namun masalah yang sering muncul dan perlu untuk segera ditangani pada pasien CKD yaitu kelebihan volume cairan. Hal itu dikarenakan kegagalan fungsi ginjal dapat menimbulkan komplikasi gangguan kesehatan yang salah dan satunya adalah kondisi overload cairan (kelebihan cairan) yang merupakan faktor pemicu terjadinya gangguan kardiovaskuler bahkan kematian yang terjadi padapasien CKD (Prajayanti & Sari, 2018).

Peran perawat pada pasien CKD yaitu dengan melakukan tindakan keperawatan untuk membantu memenuhi kebutuhan pada pasien dan untuk mengurangi keluhan yang dirasakan. Peran perawat dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi tahap ini diharapkan agar asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dengan apa yang diharapkan. Pada pasien CKD biasanya perawat harus memperhatikan keadaan pasien secara menyeluruh, yang terpenting adalah kebutuhan cairan bagi pasien, kebutuhan asupan nutrisi dan diet, kebutuhan oksigen, kadar hemoglobin, albumin, ureum dan kreatinin urine. Pemenuhan ini bertujuan untuk membuat pasien nyaman dan untuk pencegahan komplikasi yang lanjut (Hidayat, 2014).

Sebelum mengetahui masalah keperawatan yang dialami oleh pasien CKD maka sebaiknya perawat harus melakukan pengkajian yang sistematis dilakukan secara baik dan cermat, khususnya berhubungan dengan gambaran gejala, penurunan output urine, perubahan pola nafas, kelemahan fisik dan keluhan anoreksi akibat mual dan muntah (Prabowo & Pranata, 2014). Biasanya diagnosa yang muncul yaitu kelebihan volume cairan/ hipervolemi, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intoleransi aktifitas (Padila, 2012).

Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 28 Desember 2021 di RSUP Dr. M. Djamil Padang, data yang didapatkan dari catatan hasil diruangan penyakit dalam pria selama 3 bulan terakhir pasien CKD yaitu sebanyak 91 orang yang menjalani perawatan. Peneliti menemukan ada 4 orang pasien CKD yang sedang menjalani perawatan. Hasil observasi dari pasien yang pertama, pasien tampak sesak, gelisah, mengeluh lemas, dan pasien juga lagi menjalani hemodialisis yang ke 4 kalinya. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit jantung dan juga diabetes melitus. Pasien terpasang kateter urin dan terpasang oksigen 4 liter permenit.

Berdasarkan uraian fenomena diatas maka peneliti melakukan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr. M. DJamil Padang tahun 2022

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUP Dr. M. DJamil Padang pada tahun 2022 ?

### **C. Tujuan**

#### 1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada pasien kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUP Dr. M. Djamil pada Tahun 2022

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUP RSUP Dr. M. DJamil pada Tahun 2022
- b. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUP RSUP Dr. M. DJamil pada Tahun 2022
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUP Dr. M. DJamil pada Tahun 2022
- d. Mendeskripsikan melaksanakan tindakan keperawatan kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUP Dr. M. DJamil pada Tahun 2022
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUP Dr. M. DJamil pada Tahun 2022

### **D. Manfaat Penelitian**

#### a. Bagi Peneliti

Kegiatan penelitian ini dapat bermanfaat bagi peneliti dalam menambah wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUP Dr. M. DJamil

#### b. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Hasil penelitian dapat menjadi bahan pembelajaran bagi mahasiswa program studi D-III Keperawatan Padang untuk bahan referensi perpustakaan Poltekkes Kemenkes RI Padang dalam mengembangka mata kuliah.

#### c. Bagi RSUP dr. M. Djamil

Hasil penelitian dapat menjadi informasi bagi perawat di RSUP Dr. M. DJamil Padang dalam meningkatkan kualitas penerapan dalam masalah *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUP Dr. M. Damil.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat sebagai masukan bagi peneliti selanjutnya untuk meningkatkan penerapan asuhan keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUP Dr. M. DJamil Padang.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Chronic Kidney Disease (CKD)**

##### **1. Pengertian CKD**

*Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan irreversible dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan, elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azotemia (Smeltzer dkk.,2010 dalam Harmillah, 2020).

*Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif, dan cukup lanjut, hal ini terjadi bila laju filtrasi glomerular kurang dari 50 ml/min (Suyono, et al, 2015)

##### **2. Etiologi CKD**

- a. Infeksi saluran kemih ( pielonefritis kronis)
- b. Penyakit peradangan (glomerulonefritis) primer dan sekunder. Glomerulonefritis adalah peradangan ginjal bilateral, biasanya timbul pasca infeksi streptococcus. Untuk glomerulus
- c. akut, gangguan fisiologis utamanya dapat mengakibatkan ekresi air, natrium, dan zat-zat nitrogen berkurang sehingga timbul edema dan azotemia, peningkatan aldosteron yang menyebabkan retensi air dan natrium. Untuk glomerulonefritis kronik, ditandai dengan kerusakan glomerulus secara progresif lambat, akan tampak ginjal mengkerut, berat lebih kurang dengan permukaan bergranula. Ini disebabkan jumlah nefron berkurang karena iskemia, karena tubulus mengalami atrofi, fibrosis interstisial dan penebalan dinding arteri.
- d. Penyakit vaskuler hipertensif (nefrosklerosis, stenosis arteri renalis). Merupakan penyakit primer dan menyebabkan kerusakan pada ginjal. Sebaliknya, CKD dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme retensi Na dan H<sub>2</sub>O pengaruh vasopresor dari sistem renin angiotensin

- dan defisiensi prostaglandin keadaan ini merupakan salah satu penyebab utama CKD terutama pada populasi bukan orang kulit putih
- e. Gangguan jaringan penyambungan (SLE, polyarteritis nodosa, sklerosis sistemik)
  - f. Penyakit kongenital dan hereditas (penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal). Penyakit ginjal polikistik yang ditandai dengan kista multiple, bilateral yang mengadakan ekspansi dan lambat laun mengganggu dan menghancurkan parenkim ginjal normal akibat penekanan. Asidosis tubulus ginjal merupakan gangguan ekskresi H<sup>+</sup> dari tubulus ginjal/kehilangan HCO<sub>3</sub> dalam kemih walaupun GFR yang memadai tetap dipertahankan, akibatnya timbul asidosis metabolic.
  - g. Penyakit metabolik (DM, gout, hiperparatiroidisme)
  - h. Nefropati toksik
  - i. Nefropati obstruktif (batu saluran kemih)(Haryono, 2013)

Penyebab lainnya yaitu :

- a) Penyakit glomerulus kronis (glomerulonefritis)
 

Terdapat kerusakan pada glomeruli, penyaring kecil dalam ginjal yang berguna dalam membuang elektrolit, cairan berlebih serta sampah dari darah. Kerusakan terjadi pada glomeruli dapat membuat darah dan protein terbuang lewat urine.
- b) Infeksi kronis (Pyelonefritis kronis, tuberkulosis)
 

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 didalam ginjal.
- d) Penyakit vaskuler (Renal Nephrosclerosis)
 

Penyakit ginjal yang disebabkan teradinya vaskularisasi di ginjal oleh adanya peningkatan tekanan darah akut maupun

kronik.

e) Obstruksi saluran kemih (Nephrolithiasis)

Terdapat satu atau lebih batu didalam pelvis atau kalik ginjal atau didalam saluran ureter.

f) Penyakit kolagen (Systemic Lupus Erythematosus)

Penyakit peradangan kronis yang disebabkan oleh sistem imun atau kekebalan tubuh yang menyerang organ tubuh terutama sendi, ginjal dan kulit.

g) Obat – obatan nefrotoksik (Aminoglikosida)

Seringnya mengkonsumsi obat – obatan seperti obat anti inflamasi (peradangan) non steroid seperti naproxen dan ibuprofen serta antibiotic seperti aminoglikosida (Prabowo & Pranata, 2014)

### 3. Patofisiologis CKD

Pada waktu terjadi kegagalan ginjal, sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesa nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertropi dan nonproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan dalam keadaan penurunan GFR/daya saring . Metode adaptive ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai 3/4 dari nefron-nefron rusak. Beban bahan yang harus dilarutkan menjadi lebih besar dari pada yang bisa direabsorpsi berakibat diuresis osmotik disertai poliuri dan haus. Selanjutnya, oleh karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak, oliguri timbul disertai retensi produk sisa. titik di mana timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini, fungsi renal yang demikian, nilai kreatinin clearance turun sampai 15 ml/menit atau lebih rendah dari itu. (Barbara C long, 1996 dalam Haryono,2013)

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urine) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk



sampah maka gejala akan semakin berat. Banyak gejala uremia membaik setelah dialisis. (Brunner & Suddarth 2001 dalam Haryono,2013)

Perjalanan klinis gagal ginjal progresif dapat dibagi menjadi tiga stadium yaitu

a. Stadium 1

Penurunan cadangan ginjal (Faal ginjal antara 40%-75%). Tahap ini yang paling ringan, faal ginjal masih baik titik pada tahap ini penderita belum merasakan gejala gejala dan pemeriksaan laboratorium Faal ginjal masih dalam batas normal selama tahap ini kreatinin serum dan kadar BUN (blood urea nitrogen) dalam batas normal dan penderita asimtomatik. Gangguan fungsi ginjal mungkin hanya dapat diketahui dengan memberikan beban kerja yang berat, seperti tes pemekatan kemih yang lama atau dengan mengadakan tes GFR yang teliti.

b. Stadium 2

Insufisiensi ginjal (Faal ginjal antara 20%-50%). Pada tahap ini penderita dapat melakukan tugas-tugas seperti biasa padahal daya dan konsentrasi ginjal menurun. Pengobatan harus cepat dalam hal mengatasi kekurangan cairan, kekurangan garam, gangguan jantung dan pencegahan pemberian obat-obatan yang bersifat mengganggu faal ginjal bila langkah-langkah ini dilakukan secepatnya dengan tepat dapat mencegah penderita masuk ke tahap yang lebih berat. Pada tahap ini lebih dari 75% jaringan yang berfungsi telah rusak. Kadar BUN baru mulai meningkat diatas batas normal. Peningkatan konsentrasi BUN ini berbeda-beda, tergantung dari kadar protein dalam diet. Kadar kreatinin serum mulai meningkat melebihi kadar normal.

Poliuria akibat gagal ginjal biasanya lebih besar pada penyakit yang terutama menyerang tubulus meskipun poliuria bersifat sedang dan jarang lebih dari 3 liter/hari. Biasanya ditemukan anemia pada gagal ginjal dengan faal ginjal di antara 5%-25%. Faal ginjal jelas sangat menurun dan

timbul gejala-gejala kekurangan darah, tekanan darah akan naik, aktivitas penderita mulai terganggu.

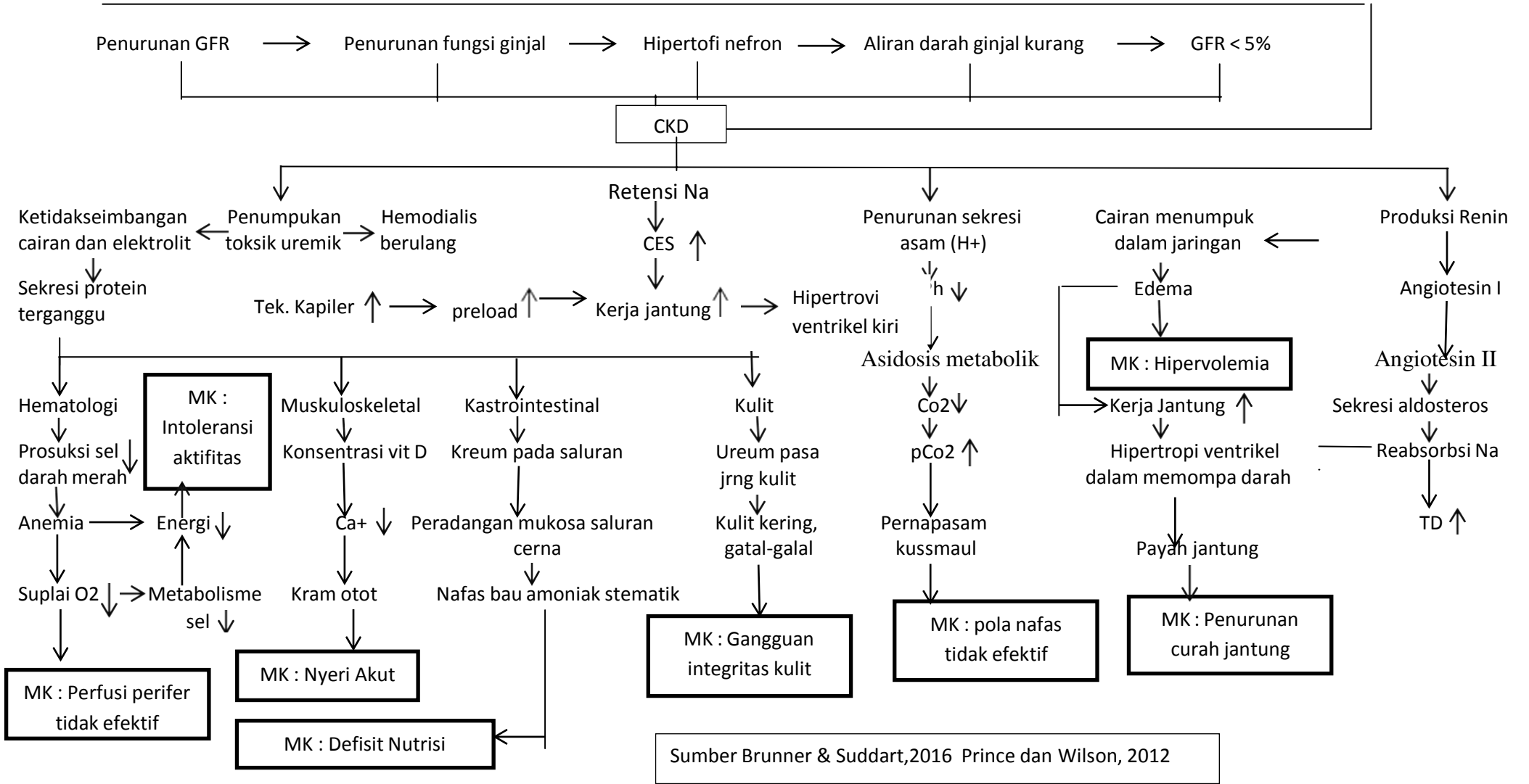
c. Stadium 3

Uremia gagal ginjal (faal ginjal kurang dari 10%). Semua gejala sudah jelas dan penderita masuk dalam keadaan tak dapat melakukan tugas sehari-hari sebagaimana mestinya. Gejala-gejala yang timbul antara lain mual, muntah, nafsu makan berkurang, sesak nafas, pusing, sakit kepala, air kemih berkurang, kurang tidur, kejang-kejang dan akhirnya terjadi penurunan kesadaran sampai koma. Stadium akhir timbul pada sekitar 90% dari massa nefron telah hancur. Nilai GFR 10% dari keadaan normal dan kadar kreatinin mungkin sebesar 5-10 ml/menit atau kurang.

Pada keadaan ini kreatinin serum dan kadar BUN akan meningkat dengan sangat mencolok sebagai penurunan. Pada stadium akhir gagal ginjal, penderita mulai merasakan gejala yang cukup parah karena ginjal tidak sanggup lagi mempertahankan homeostasis cairan dan elektrolit dalam tubuh. Penderita biasanya menjadi oliguria (pengeluaran kemih) kurang dari 500/hari karena kegagalan glomerulus meskipun proses penyakit mula-mula menyerang tubulus ginjal, kompleks menyerang tubulus ginjal, kompleks perubahan biokimia dan gejala-gejala yang dinamakan sindrom uremik mempengaruhi setiap sistem dalam tubuh. Pada stadium akhir gagal ginjal, penderita pasti akan meninggal kecuali ia mendapat pengobatan dalam bentuk transplantasi ginjal atau dialysis.

4. WOC

Gangguan metabolisem (DM)      Infeksi      Obstruksi urinaria (Batu Ginjal)      hipertensi      Gangguan tubulus primer      Kelainana herediter      Penyalahgunaan analgetik



## 5. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala klinis pada gagal ginjal kronis dikarenakan gangguan yang bersifat sistemik. Ginjal sebagai organ koordinasi dalam peran sirkulasi memiliki fungsi yang banyak (organ multifungsi), sehingga kerusakan kronis secara fisiologis ginjal akan mengakibatkan gangguan keseimbangan sirkulasi dan vasomotor. Berikut ini adalah tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh gagal ginjal kronis. (Robinson 2013)

- a. Ginjal dan gastrointestinal  
sebagai akibat dari hiponatremi maka timbul hipotensi, mulut kering, penurunan turgor kulit, kelemahan, fatigue, dan mual. Kemudian terjadi penurunan kesadaran (somnolen) dan nyeri kepala yang hebat. Dampak dari peningkatan kalium adalah peningkatan iritabilitas otot dan akhirnya otot mengalami kelemahan. Kelebihan cairan yang tidak terkompensasi akan mengakibatkan asidosis metabolik. Tanda paling khas adalah terjadinya penurunan urine output dengan sedimentasi yang tinggi.
- b. kardiovaskuler  
Biasanya terjadi hipertensi, aritmia, kardiomiopati, uremik percarditis, efusi perikardial (kemungkinan bisa terjadi tamponade jantung), gagal jantung, edema periorbital dan edema perifer.
- c. respiratory system  
Biasanya terjadi edema pulmonal, Nyeri pleura, friction rub dan efusi pleura, koma, sputum yang kental, uremik pleuritis dan uremic lung dan sesak nafas.
- d. Gastrointestinal  
biasanya menunjukkan adanya inflamasi dan ulserasi pada mukosa gastrointestinal karena stomatitis, ulserasi dan pendarahan gusi, dan kemungkinan juga disertai parotitis, esofagitis, gastritis, ulseratif duodenal, lesi pada usus halus/usus besar dan pankreatitis. Kejadian sekunder biasanya mengikuti seperti anoreksia, nausea dan vomiting

- e. Integumen  
kulit pucat, kekuning-kuningan, kecokelatan, kering dan ada scalp. Selain itu biasanya juga menunjukkan adanya purpura, ekimosis, petechiae, dan timbunan urea pada kulit
- f. Neurologis  
Biasanya ditunjukkan dengan adanya neuropati perifer, nyeri, gatal pada lengan dan kaki. Selain itu juga adanya kram pada otot dan refleks kedutan, daya memori menurun, aptis, rasa kantuk meningkat, iritabilitas, pusing, dan kejang. Dari hasil EEG menunjukkan adanya perubahan metabolik encephalopathy.
- g. Endokrin  
Bisa terjadi infertilitas dan penurunan libido, amenorrhea dan gangguan siklus menstruasi pada wanita, impoten, penurunan sekresi sperma, peningkatan sekresi aldosteron, dan kerusakan metabolisme karbohidrat
- h. Hematopoitiec  
Terjadi anemia, penurunan waktu hidup sel darah merah, trombositopenia (dampak dari dialisis), kerusakan platelet. Biasanya masalah yang serius pada sistem hematologi ditunjukkan dengan adanya perdarahan (purpura, ekimosis dan petechiae)
- i. Muskuloskeletal  
Nyeri pada sendi dan tulang, demineralisasi tulang, fraktur patologis dan kalsifikasi (otak, mata, gusi, sendi, miokard)

## 6. Komplikasi CKD

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit CKD adalah :

### 1) Penyakit tulang

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan dekalsifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur pathologis (Prabowo,2014).

2) Penyakit kardiovaskuler

Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertropi ventrikel kiri) (Prabowo,2014).

3) Anemia

Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin (Prabowo,2014).

4) Disfungsi seksual

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

5) Hiperkalemia

Akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolic, katabolisme dan masukan diit berlebih.

6) Uremic encephalopathy (UE)

Uremic encephalopathy adalah kelainan otak organik yang terjadi pada pasien dengan gagal ginjal akut maupun kronik. Biasanya dengan nilai kadar creatinine clearance menurun dan tetap di bawah 15 mL/mnt.

## 7. Penatalaksanaan

Beberapa yang harus diperhatikan dalam melakukan penataaksanaan pada pasien CKD (Prabowo & Pranata, 2014):

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

- b. Jaga kebersihan oral  
Lakukan perawatan oral hygiene melalui sikat gigi dengan bulu sikat yang lembut/ spon. Kurangi konsumsi gula (bahan makanan manis) untuk mengurangi rasa tidak nyaman di mulut.
- c. Beri dukungan nutrisi  
Kolaborasi dengan nutritionist untuk menyediakan menu makanan favorit sesuai dengan anjuran diet. Beri dukungan intake tinggi kalori, rendah natrium dan kalium.
- d. Pantau adanya hiperkalemia  
Hiperkalemia biasanya ditunjukkan dengan adanya kejang/kram pada lengan atau abdomen. Selain itu pemantauan hiperkalemia dengan hasil EKG. Hiperkalemia bisa dapat diatasi dengan dialisis.
- e. Atasi hiperfosfatemia dan hipokalsemia  
Kondisi hiperfosfatemia dan hipokalsemia bisa diatasi dengan pemberian antasida (kandungan aluminium/ kalsium karbonat).
- f. Kaji status hidrasi dengan hati –hati  
Dilakukan dengan memeriksa ada atau tidaknya distensi vena jugularis, ada/tidaknya crackles pada auskultasi paru. Selain itu, status hidrasi bisa dilihat dari keringat berlebih pada aksila, lidah kering, hipertensi, dan edema perifer. Cairan hidrasi yang diperbolehkan adalah 500 - 600 ml atau lebih dari haluan urin 24 jam.  
Arturan yang dipakai untuk menentukan banyaknya asupan cairan adalah :
- Jumlah urin yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir + 500 ml(IWL)
- a) Kontrol tekanan darah  
Tekanan diupayakan dalam kondisi normal. Hipertensi dicegah dengan mengontrol volume intravaskuler dan obat – obatan antihipertensi.
- b) Pantau ada atau tidanya komplikasi pada tulang dan sendi

- c) Latih klien napas dalam dan batuk efektif untuk mencegah terjadinya kegagalan napas akibat obstruksi.
- d) Jaga kondisi septik dan aseptik setiap prosedur perawatan (pada perawatan luka operasi)
- e) Observasi adanya tanda – tanda pendarahan  
Pantau kadar hemoglobin dan hematokrit klien. Pemberian heparin selama klien menjalani dialisis harus sesuai kebutuhan.
- f) Observasi adanya gejala neorologis  
Laporkan segera jika dijumpai kedutan, sakit kepala, kesadaran delirium dan kejang otot. Berikan diazepam/ fenitoin jika dijumpai kejang.
- g) Atasi komplikasi dari penyakit  
Sebagai penyakit yang sangat mudah menimbulkan komplikasi, maka harus dipantau secara ketat. Gagal jantung kongestif dan edema pulmonal dapat diatasi dengan membatasi cairan, diet rendah natrium , diuretik, preparat inotropik (digitalis/dobutamin) dan lakukan dialisis jika perlu. Kondisi asidosis metabolik bisa diatasi dengan pemberian natrium bikarbonat atau dialisis.
- h) Laporkan segera jika ditemui tanda – tanda perikarditis (friction rub dan nyeri dada).
- i) Tata laksana dialisis/ transplantasi ginjal  
Untuk membantu mengoptimalkan fungsi ginjal maka dilakukan dialisis. Jika kemungkinan koordinasikan untuk melakukan transplantasi ginjal.

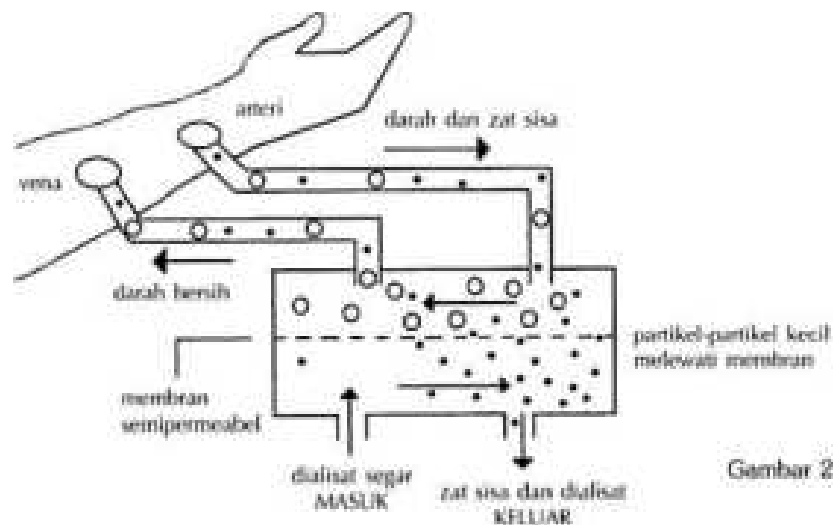
Terapi pengganti ginjal dilakukan pada Penyakit Ginjal Kronik stadium 5, yaitu pada LFG kurang dari 15ml/mnt. Terapi pengganti tersebut dapat berupa hemodialisis, peritoneal dialisis atau transplantasi ginjal.

#### 1) Hemodialisis

Hemodialisa adalah suatu prosedur yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut (Raharjo, et al. 2009). Proses dialisa menyebabkan pengeluaran cairan dan sisa metabolisme

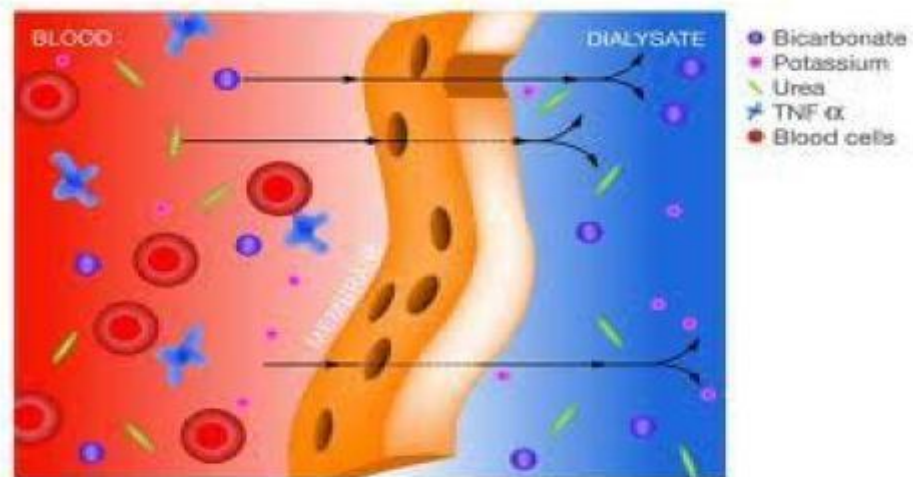


dalam tubuh serta menjaga keseimbangan elektrolit dan produk kimiawi dalam tubuh (Ignatavicius & Workman 2006). Tujuan hemodialisis adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh pasien ke dialiser tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh pasien. Aliran darah akan melewati tubulus tersebut sementara cairan dialisat bersirkulasi di sekitarnya. Pertukaran limbah dari darah ke dalam cairan dialisat akan terjadi membran semipermeabel tubulus (Rosdiana 2011). Proses hemodialisis dilakukan 1-3 kali dalam seminggu di rumah sakit dengan memerlukan waktu sekitar 2-45 jam setiap kali hemodialisis (Syamsir&Hadibroto 2007). Keputusan untuk inisiasi terapi dialisis berdasarkan parameter laboratorium bila LFG antara 5 dan 8 ml/menit/1.73 m<sup>2</sup>.



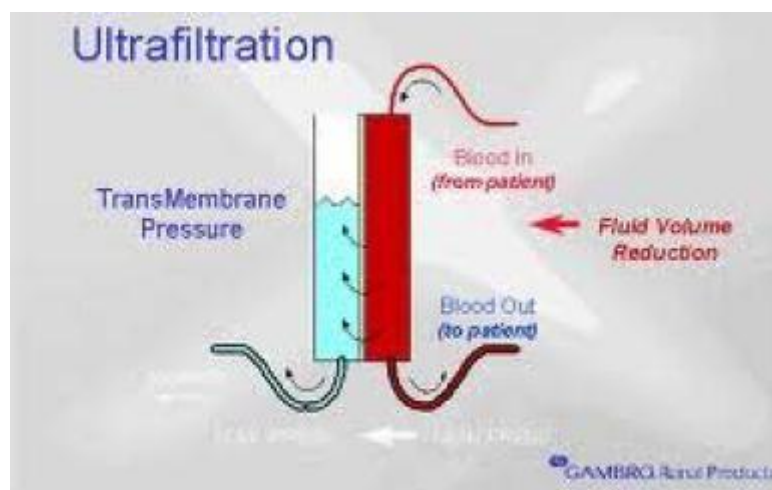
Gambar 1. Proses Hemodialisis (Joyce, dkk. 2008)

Ada tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi ke cairan dialisat dengan konsentrasi yang lebih rendah (Rosidana 2011).



Gambar 2. Proses Difusi (<http://www.baxter.com>)

Air yang berlebihan dikeluarkan dari dalam tubuh melalui proses osmosis. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan, yaitu air bergerak dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke daerah dengan tekanan yang lebih rendah (cairan dialisat). Gradien ini dapat ditingkatkan melalui penambahan tekanan negatif yang dikenal sebagai ultrafiltrasi pada mesin dialisis (Rosdiana 2011).



Gambar 3. Proses Ultrafiltrasi (<http://www.lhsc.on.ca/>)

Indikasi inisiasi terapi dialisis:

1. Indikasi absolut
  - a. Pericarditis
  - b. Ensefalopati / neuropati azotemik

- c. Bendungan paru dan kelebihan cairan yang tidak responsif dengan diuretik
  - d. Hipertensi refrakter
  - e. Muntah persisten
  - f. BUN > 120 mg % dan kreatinin > 10 mg %
2. Indikasi elektip
- a. LFG (formula Cockcroft dan Gault) antara 5 dan 8 ml/m/1,73 m<sup>2</sup>
  - b. Mual, anoreksia, muntah, dan astenia berat

Persiapan untuk program dialisis regular, antara lain: Setiap pasien yang akan menjalani program dialisis regular harus mendapatkan informasi yang harus dipahami sendiri dan keluarganya. Beberapa persiapan (preparasi) dialisis regular:

- a) Sesi dialisis 3-4 kali per minggu (12-15 jam) per minggu
- b) Psikologis yang stabil
- c) Finansial cukup untuk program terapi dialisis regular selama waktu tidak terbatas sebelum transplantasi ginjal
- d) Pemeriksaan laboratorium dan perasat lainnya sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Pemeriksaan ini sangat penting untuk menjamin kualitas hidup optimal
- e) Disiplin pribadi untuk menjalankan program terapi ajuvan :
  - a. Diet, perbatasan asupan cairan dan buah-buahan
  - b. Obat-obatan yang diperlukan yang tidak terjangkau dialisis
- f) Operasi A-V fistula dianjurkan pada saat kreatinin serum 7 mg/% terutama pasien wanita, pasien usia lanjut dan diabetes mellitus.

Komplikasi yang dapat terjadi akibat hemodialisis, antara lain:

1. Hipotensi  
Dapat terjadi selama dialisis ketika cairan dikeluarkan.
2. Emboli udara  
Jarang terjadi, namun bisa terjadi akibat udara yang memasuki sistem vaskular pasien.

3. Nyeri dada

Terjadi karena  $p\text{CO}_2$  menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi di luar tubuh.

4. Pruritus

Selama terapi adanya produk akhir metabolisme yang tersisa di dalam kulit

5. Gangguan keseimbangan dialisis

Akibat perpindahan cairan cerebral dan muncul sebagai serangan kejang, berpotensi besar jika terdapat uremia yang berat.

6. Malnutrisi

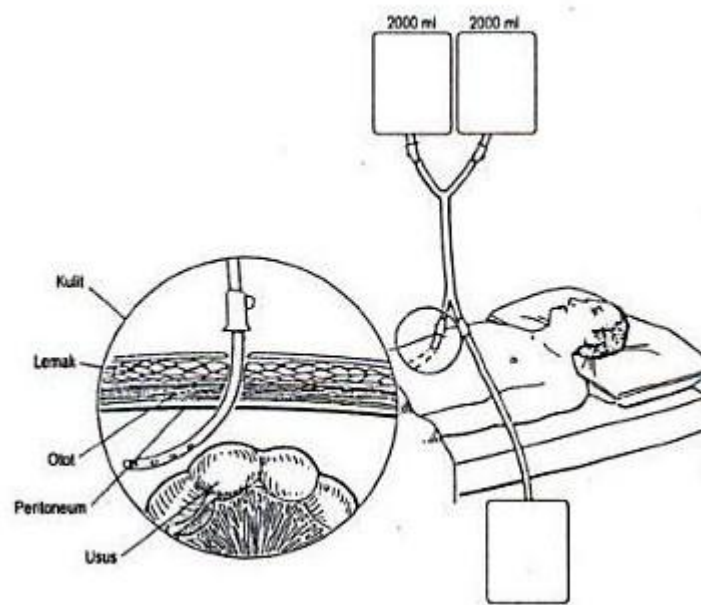
Akibat kontrol diet dan kehilangan nutrient selama hemodialisa.

7. *Fatigue* dan kram

Pasien dapat mengalami kecapean akibat hipoksia yang disebabkan edema pulmoner. Hipoksia pulmoner terjadi akibat retensi cairan dan sodium.

2) Peritoneal Dialisis

Pada dialisis ini membran dialisis menggunakan membran peritoneal pasien sendiri. Cairan dialisis diletakkan pada rongga peritoneal menggunakan kateter yang dimasukkan dan dibiarkan selama 4-6 jam untuk mencapai kesetimbangan. Dialisat kemudian dibuang dan digantikan dengan fluida dialisis yang baru. Perubahan konsentrasi glukosa pada dialisat akan mengubah osmolaritas dan hal ini mengatur perpindahan air secara osmosis dari darah ke dialisat. Proses ini dapat dilakukan sendiri oleh pasien di rumah. Komplikasi yang sering terjadi adalah peritonitis.



Gambar 4. Pasien yang mendapat dialisis peritoneal (Baradero 2005)

### 3) Transplantasi Ginjal

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

- a. Ginjal cangkok (kidney transplant) dapat mengambil alih seluruh (100%) faal ginjal, sedangkan hemodialisis hanya mengambil alih 70 - 80% faal ginjal alamiah.
- b. Kualitas hidup normal kembali
- c. Masa hidup (*survival rate*) lebih lama
- d. Komplikasi (biasanya dapat diantisipasi) terutama berhubungan dengan obat immunosupresif untuk mencegah reaksi penolakan
- e. Biaya lebih murah dan dapat dibatasi.

Kontraindikasi relatif terhadap transplantasi ginjal:

- a) Usia lebih dari 70 th
- b) HIV positif
- c) Infeksi bakteri
- d) Keganasan yang baru terjadi atau sedang diderita
- e) Penyakit jantung berat
- f) Sensitasi tinggi

g) Penyakit ginjal dengan risiko rekurensi yang tinggi

Persiapan program transplantasi ginjal, antara lain:

1. Pemeriksaan imunologi

a. Golongan darah ABO

- 1) Ketidak serasian golongan darah ABO antara resipien dan donor menyebabkan reaksi penolakan hiperakut (*hyperacute immediate rejection*)
- 2) Antigen Rhesus tidak berperan untuk reaksi penolakan.

b. Tipe jaringan HLA ( *human leucocyte antigen* )

Klasifikasi HLA berdasarkan (*major histocompatibility gene complex*):

1. Kelas (I) antigen :

- \* HLA – A
- \* HLA – B
- \* HLA-C

2. Kelas (II) antigen : \* HLA - D (DR)

Seleksi pasien (resipien) dan donor hidup keluarga

**B. Konsep Asuhan Keperawatan**

**1. Pengkajian**

a. Identitas

1) Identitas pasien

Identitas terdiri dari nama, jenis kelamin (laki – laki memiliki resiko lebih tinggi mengalami gagal ginjal karena terkait pekerjaan dan pola hidup sehat) nomor rekam medik, nama ibu kandung, (boasanya mayoritas pada usia 30 – 60 tahun), pekerjaan, status perkawinan, status pendidikan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, cara masuk dan diagnosa medis pasien.

2) Identitas penanggung jawab pasien

Identitas penanggung jawab yaitu berisi nama, umur, hubungan dengan pasien, pekerjaan dan alamat penanggung jawab

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat keluhan utama

Keluhan biasanya bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan biasanya berupa urine output yang menurun (oliguria) <400 mL/hari sampai urin tidak ada (anuria), penurunan kesadaran karena komplikasi pada sistem sirkulasi ventilasi, anoreksia/penurunan nafsu makan, mual dan muntah, diaforesis, fatigue, nafas berbau urea dan pruritus. Kondisi ini dipicu karena penumpukan zat sisa metabolisme toksin dalam tubuh karena ginjal mengalami kegagalan filtrasi (Prabowo & Pranata, 2014).

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada pasien gagal ginjal kronis biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, perubahan pola napas karena komplikasi dari gangguan ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit, bau urea pada napas, edema . Selain itu, pasien juga mengeluh anoreksi, nausea dan vomit sehingga terjadi gangguan nutrisi (Prabowo & Pranata, 2014).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji riwayat penyakit pasien seperti ISK (infeksi saluran kemih), payah jantung, penggunaan obat berlebihan (overdosis) khususnya obat bersifat nefrotoksik, BPH, dan lainnya yang dapat mempengaruhi fungsi ginjal. Selain itu ada penyakit yang langsung mempengaruhi/ menyebabkan gagal ginjal yaitu diabetes mellitus, hipertensi, batu saluran kemih (urolithiasis) (Prabowo & Pranata, 2014).

#### 4) Riwayat kesehatan keluarga

Karena gagal ginjal termasuk penyakit tidak menular dan menurun, silsilah keluarga tidak teralu berdampak pada penyakit ini. Namun pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut termasuk penyakit hereditas. Kaji pola kesehatan keluarga yang diterapkan jika ada anggota keluarga yang sakit, misalnya minum jamu saat sakit (Prabowo & Pranata, 2014).

#### c. Pola nutrisi atau metabolisme

##### 1) Pola makan

Biasanya pada pasien CKD tidak ada selera makan (anoreksi), mual, muntah, mulut terasa kering sehingga terjadi perubahan dalam pemenuhan nutrisi. Jika pasien mengalami edema maka akan terjadi peningkatan berat badan (Haryono, 2013)

##### 2) Pola minum

Biasanya pasien CKD memiliki bau mulut yang tidak sedap (berbau amoniak) untuk itu intake atau minum pasien kurang (Muttaqin & Sari, 2011).

#### d. Pola eliminasi

##### 1) Buang air besar

Beberapa pasien CKD ditemukan mengalami konstipasi, diare dan bagian abdomen kembung (Brunner & Suddart, 2016).

##### 2) Buang air kecil

Biasanya pada pasien CKD terjadi perubahan pola perkemihan salah satunya terjadi penurunan frekuensi urin output <400 ml/hari dan anuria, terjadi perubahan warna urin semakin pekat, merah, coklat dan berwarna (Prabowo, Pranata, 2014). Sedangkan pada periode diuresis terjadi peningkatan yang menunjukkan peningkatan jumlah urine secara bertahap (Muttaqin & Sari, 2011)



e. Pola aktivitas dan Latihan

Pada pasien CKD biasanya mengalami kelelahan ekstrem, kelemahan, malaise, tanda yang terjadi seperti kelemahan pada otot, kehilangan tonus otot dan penurunan rentang gerak (Haryono,2013).

f. Pola istirahat dan tidur

Pada pasien CKD mengalami gangguan tidur (insomnia, gelisah dan samnolen) (Haryono,2013).

g. Pola peran dan hubungan

Pada pasien CKD memiliki banyak factor stress seperti keadaan finansial, hubungan, perasaan tidak berdaya dan tidak ada kekuatan. Sehingga timbul beberapa tanda seperti menolak keadaan, ansietas, takut, marah, mudah tersinggung, perubahan kepribadian (Haryono,2013)

h. Pola seksualitas atau reproduksi

Berhubungan dengan pola seksualitas pasien CKD biasanya mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormon reproduksi (Prabowo,2014).

i. Pemeriksaan fisik

Berdasarkan Muttaqin & Sari 2011 biasanya pemeriksaan fisik pada pasien CKD sebagai berikut :

1) Keadaan umum dan tanda – tanda vital

Keadaan umum pasien lemah dan terlihat sakit berat. Tingkat kesadaran menurun sesuai dengan tingkat uremia di mana dapat mempengaruhi system saraf pusat. Pada TTV sering didapatkan adanya perubahan, RR meningkat, tekanan darah terjadi perubahan dari hipertensi ringan sampai berat.

## 2) Head to toe

## a) Kepala

Rambut klien biasanya ditemukan tipis, kasar, serta klien sering mengeluh sakit kepala.

## b) Wajah

Wajah biasanya tampak pucat, dan kelelahan.

## c) Mata

Pada pasien dengan CKD biasanya ditemukan konjungtiva anemis, penglihatan kabur, sclera tidak ikterik.

## d) Hidung

Biasanya pada pasien ditemukan pola napas cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh untuk mempertahankan ventilasi, biasanya tidak ditemukan polip.

## e) Bibir, gigi dan mulut

Biasanya bau mulut seperti amoniak, terdapat pendarahan pada gusi dan peradangan pada mukosa mulut.

## f) Leher

Biasanya ditemukan pembengkakan pada kelenjer getah bening dan tidak ada pembesaran dari vena jugularis.

## g) Thorak

## 1) Paru

Biasanya pola napas dalam dan cepat, terdapat tarikan dinding dada, frekuensi napas meningkat, batuk produktif dan adanya edema paru (Haryono,2013)

## 2) Jantung

Biasanya ditemukan tekanan darah meningkat, nyeri pada dada, disritmia atau gangguan irama jantung.

## h) Abdomen

Biasanya terjadi distensi, mengkilat, dan kulit tampak kencang menandakan ada retensi urin, asites akibat akumulasi cairan di peritoneum (LeMone, 2016)

i) Ekstermitas

Biasanya sering ditemukan edema pada ekstermitas (umumnya pada ekstermitas bawah), kulit kering dan bersisik, rasa terbakar pada telapak kaki, akral teraba dingin, CRT > 2 detik (Haryono,2013).

j. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

a. Urine

Urinalisis dilakukan untuk mengukur berat jenis urine dan mendeteksi komponen urine yang abnormal. Pada CKD, berat jenis dapat tetap pada sekitar 1,010 akibat kerusakan sekresi tubulus, reabsorpsi dan kemampuan memekatkan urin. Protein abnormal, sel darah dan bekuan sel dapat juga ditemukan di urine. Kultur urine diinstruksikan untuk mengidentifikasi infeksi saluran kemih yang mempercepat perkembangan CKD.

b. Darah

BUN dan kreatinin serum diambil untuk mengevaluasi fungsi ginjal dan mengkaji perkembangan gagal ginjal. BUN 20 -50 mg/dL mengindikasikan azotemia ringan, kadar lebih dari 100 mg/dL mengindikasikan kerusakan ginjal berat. Gejala uremia ditemukan saat BUN sekitar 200 mg/dL atau lebih tinggi. Kadar kreatinin serum lebih dari 4 mg/dL mengindikasikan kerusakan ginjal serius.

2) Pemeriksaan Diagnostik

a. Urinalisis

Urinalisis dilakukan untuk mengukur berat jenis urin dan mendeteksi komponen urin yang abnormal. Pada CKD, berat jenis dapat tetap pada sekitar 1,010 akibat kerusakan sekresi tubulus, reabsorpsi dan kemampuan memekatkan urin. Protein abnormal, sel darah dan bekuan sel dapat juga ditemukan di urin.

b. Kultur urin

Diinstruksikan untuk mengidentifikasi infeksi saluran kemih yang mempercepat perkembangan CKD.

c. BUN dan Kreatinin serum

Diambil untuk mengevaluasi fungsi ginjal dan mengkaji perkembangan gagal ginjal. BUN 20 – 50 mg/dL mengidentifikasi azotemia ringan, kadar lebih dari 100 mg/dL. Mengindikasikan kerusakan ginjal berat. Gejala uremia ditemukan saat BUN sekitar 200 mg/dL atau lebih tinggi. Kadar kreatinin serum lebih dari 4 mg/dL mengindikasikan kerusakan ginjal serius.

d. GFR

Digunakan untuk mengevaluasi GFR dan stadium penyakit ginjal kronik. GFR adalah perhitungan nilai yang ditentukan menggunakan rumus yang memasukkan kreatinin serum, usia, jenis kelamin dan ras pasien.

e. Elektrolit serum

Dimonitor lewat perjalanan CKD. Natrium serum dapat berada dalam batasan normal atau rendah karena retensi air. Kadar kalium naik tetapi biasanya tetap dibawah 6,5 mEq/L. Fosfat serum naik dan kadar kalsium turun. Asidosis metabolic diidentifikasi dengan pH rendah, CO<sub>2</sub> rendah dan kadar bikarbonat rendah

- f. CBC menunjukkan anemia sedang ke arah berat dengan hematocrit 20% hingga 30% dan hemoglobin rendah. Jumlah SDM dan trombosit turun.
- g. Biopsi Ginjal dapat dilakukan untuk mengidentifikasi proses penyakit penyebab jika ini tidak jelas. Selain itu juga digunakan untuk membedakan gagal ginjal akut dari gagal ginjal kronis. Biopsy ginjal dapat dilakukan pada pembedahan atau dilakukan secara perkutan menggunakan biopsy jarum (Priscilla, 2016)
- h. Foto Polos Abdomen untuk menilai bentuk dan besar ginjal (adanya batu atau adanya suatu obstruksi). Dehidrasi akan memperburuk keadaan ginjal, oleh sebab itu penderita tidak diharapkan puasa (Muttaqin, 2011)

## **2. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan**

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017a) masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien CKD adalah :

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi
- c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia, mual, muntah, pembatasan diet dan perubahan membran mukosa mulut
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.
- f. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan gangguan status metabolik, sirkulasi, sensasi, penurunan turgor kulit, penurunan aktivitas, akumulasi ureum dalam kulit.

- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

### 3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang bisa dilakukan pada pasien dengan CKD menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017b) yaitu :

Tabel 1. 1  
Rencana Keperawatan pada  
Pasien

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		Tujuan	Intervensi
1.	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>a Ortopnea (sesak napas saat berbaring)</p> <p>b Dispnea (sesak napas saat beraktivitas)</p> <p>c <i>Paroxysmal Nocturnal Dyspnea</i> (PND)</p> <p>Objektif :</p> <p>a Edema anasarka atau edema perifer</p> <p>b Berat badan meningkat dalam waktu singkat</p> <p>c <i>Jugular Venous Pressure</i> (JVP) dan <i>Central</i></p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria :</p> <p>a Keseimbangan cairan</p> <p>1. Keseimbangan intake (asupan cairan) dan output (keluaran urin) 24 jam sesuai kebutuhan (intake normal <math>\pm</math> 2500 cc, output normal 1 cc/BB/ 24 jam).</p> <p>2. Tekanan darah dalam batas normal (Dewasa : 120/80 mmHg dan lansia 140/90 mmHg)</p> <p>3. Denyut nadi radial dalam batasan normal (60 – 100 x/menit)</p> <p>4. Tidak ada edema perifer</p> <p>5. Membran mukosa kembali lembab</p> <p>6. Mata tidak cekung</p>	<p>Management Hipervolemia</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>2. Monitor status hemodinamik ( mis : frekuensi jantung, tekanan darah)</p> <p>3. Monitor intake dan output cairan</p> <p>4. Monitor tanda homokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin)</p> <p>5. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasama (mis. Kadar protein dan albumin meningkat)</p> <p>6. Monitor kecepatan infus/kecepatan</p>

	<p><i>Venous Pressure (CVP)</i> meningkat</p> <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif : (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>a Distensi vena jugularis</p> <p>b Terdengar suara napas tambahan</p> <p>c Hepatomegali</p> <p>d Kadar Hb/Ht turun</p> <p>e Oliguria</p> <p>f Intake lebih banyak dari pada output (balans cairan positif)</p> <p>g Kongesti paru</p>	<p>7. Turgor kulit baik</p> <p>8. Ansietas tidak ada</p> <p>b Keseimbangan elektrolit</p> <p>1. Serum natrium dalam batas normal (136 -145 Mmol)</p> <p>2. Serum kalium dalam batas normal (3,5 – 5,1Mmol)</p> <p>3. Serum klorida dalam batas normal (97 – 111 Mmol/L)</p> <p>4. Serum kalsium dalam batas normal (8,1 – 10,4 mg/dl)</p> <p>5. Serum magnesium dalam batas normal (1,9 – 2,5mg/dl)</p> <p>6. Serum fosfor dalam batas normal</p>	<p>Terapeutik</p> <p>1. Timbang BB setiap hari di waktu yang sama</p> <p>2. Batasi cairan dan garam</p> <p>3. Tinggikan kepala tempat tidur 30 - 40°</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan melapor jika haluan urin &lt;0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>2. Anjurkan melapor jika BB &gt; 1kg setiap hari</p> <p>3. Anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan</p> <p>4. Anjurkan cara membatasi cairan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</p> <p>Pemantauan Elektrolit</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor kadar elektrolit serum</p> <p>2. Monitor mual, muntah, diare</p> <p>3. Monitor tanda dan gejala hipokalemia ( mis. Kelemahan otot, kelelahan, penurunan reflek, anoreksia, konstipasi, pusing)</p> <p>4. Monitor tanda dan gejala hiperkalemia ( mis. Peka rangsangan, gelisah, mual, muntah, takikardia/bradikardia)</p>
--	--	---	--

			<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, pekarangsangan, 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, latergi, kelemahan otot, dll)</p> <p>9. Monitor tanda dan gejala hipomagnesemia (mis, depresi pernapasan, apatis, disritmia)</p> <p>10. Monitor tanda dan gejala hipermanesemia (mis, kelemahan otot, hiporefleks, brakikardia, koma, depresi)</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasi hasil pemantauan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>Informasikan hasil</li> </ol>
--	--	--	---



			pemantauan jika perlu
2.	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan sindroma hipoventilasi</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>a Dispnea</p> <p>Objektif</p> <p>a Penggunaan otot bantu pernapasan</p> <p>b Fase ekspirasi memanjang</p> <p>c Pola napas abnormal ( mis : takipnea, bradipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul</i>)</p> <p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>Subjektif</p> <p>a Ortopnea</p> <p>Objektif</p> <p>a Pernapasan <i>pursed – lip</i></p> <p>b Pernapasan cuping hidung</p> <p>c Diameter thoraks anterior – posterior meningkat</p> <p>d Ventilasi semenit menurun</p> <p>e Kapasitas vital menurun</p> <p>f Tekanan ekspirasi menurun</p> <p>g Tekanan inspirasi menurun</p> <p>h Ekskursi dada</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria hasil</p> <p>Status pernapasa : ventilasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi pernapasan tidak deviasi dan kisaran normal</li> <li>2. Irama pernafasan tidak ada deviasi dari tekanan normal</li> <li>3. Suara perkusi napas tidak ada deviasi dari kisaran normal</li> <li>4. Kapasitas vital tidak ada deviasidari kisaran normal</li> <li>5. Suara nafas tambahan tidak ada</li> <li>6. Gangguan suara saat auskultasi tidak ada</li> </ol>	<p>Manajemen jalan napas :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis : gurgling, mengi, wheesing, rongkhi kering)</li> <li>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>2. Beri minum hangat</li> <li>3. lakukan penghisapan lendir kurang 15 detik</li> <li>4. beri oksigen</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik jika perlu.</li> </ol> <p>Pemantauan respirasi :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>2. Monitor pola napas</li> <li>3. Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>4. Monitor adanya produksi sputum</li> <li>5. Monitor AGD</li> <li>6. Monitor saturasi oksigen</li> </ol>

	berubah		<p>Tepeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>6. Informasikan pemantauan jika perlu.</li> </ol>
3.	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontaktilitas</p> <p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a Perubahan irama jantung (palpitasi)</li> <li>b Perubahan <i>preload</i> (lelah)</li> <li>c Perubahan <i>afterload</i> (dispnea)</li> <li>d Perubahan kontraktilitas (<i>Paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND), ortopnea, batuk)</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a Perubahan irama jantung (bradikardia/takikardia, gambaran EKG aritmia atau</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria : Keefektifan pompa jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah sistolik dan diastolik dalam batas normal</li> <li>2. Keseimbangan intake dan output dalam rentang normal</li> <li>3. Tidak ada distritmia</li> <li>4. Tidak ada bunyi jantung abnormal</li> <li>5. Tidak ada edema perifer</li> <li>6. Tidak ada edema paru</li> </ol>	<p>Perawatan jantung : Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala primer Penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema, ortopnea)</li> <li>2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, oliguria, batuk, kulit pucat)</li> <li>3. Monitor tekanan darah</li> <li>4. Monitor intake dan output cairan</li> <li>5. Monitor saturasi oksigen</li> <li>6. Monitor keluhan nyeri dad</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien semi</li> </ol>

	<p>Gangguan konduksi)</p> <p>b Perubahan <i>preload</i> meningkat/menurun, hepatomegali)</p> <p>c Perubahan <i>afterload</i> (tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah, capillary refill time &gt; 3 detik, oliguria, warna kulit pucat/sianosis)</p> <p>Perubahan kontaktilitas (terdengar suara jantung S3 dan S4, <i>Ejection fraction</i> (EF) menurun)</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjetif :</p> <p>a Perilaku emosional (cemas dan gelisah)</p> <p>Objektif :</p> <p>a Perubahan preload (murmur jantung, BB bertambah)</p>		<p>fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Berikan diet jantung sesuai (batasi kafein, atrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)</li> <li>3. Berikan dukungan emosional dan spiritual</li> <li>4. Berikan oksigen agar saturasi &gt;94%</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> <li>2. Amjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</li> <li>3. Anjurkan berhenti merokok</li> <li>4. Anjurkan pasein dan keluarga mengukur BB setiap hari</li> <li>7. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia jika perlu</li> </ol>
--	--	--	--

4.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia, mual, muntah, pembatasan diet dan perubahan membran mukosa mulut</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif : - Objektif : a BB menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif : a Cepat kenyang setelah makan b Kram/nyeri abdomen c Nafsu makan menurun</p> <p>Objektif : a Bising usus hiperaktif b Otot mengunyah lemah c Otot menelan lemah d Membran mukosa pucat e Sariawan f Serum albumin turun g Rambut rontok berlebihan h Diare</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka didapatkan kriteria : Status Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengetahuan tentang pilihan makanan dan minuman yang tepat meningkat</li> <li>2. Nyeri abdomen tidak ada</li> <li>3. Diare tidak ada</li> <li>4. Frekuensi makan membaik</li> <li>5. Nafsu makan membaik</li> <li>6. Bising usus dalam rentang normal</li> <li>7. Membran mukosa lembab</li> </ol>	<p>Manajemen nutrisi : observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleran makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrien</li> <li>5. Monitor BB</li> <li>6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan</li> <li>2. Berikan makan rendah protein</li> <li>3. Berikan suplemen makanan jika perlu.</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik) jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan jika perlu.</li> </ol>
----	--	--	---

(PPNI, 2017c)

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **A. Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan desain studi kasus yang bersifat deskriptif. Peneliti ini menggambarkan penerapan asuhan keperawatan CKD di RSUP Dr.M. Djamil Padang tahun 2022

### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Studi kasus ini dilakukan diruang penyakit dalam pria RSUP Dr.M. Djamil Padang tahun 2022. Waktu penelitian dimulai dari pengambilan data dari Desember 2021 sampai Juni 2022. Sedangkan pelaksanaan asuhan keperawatan dimulai pada tanggal 26 April sampai 30 April 2022.

### **C. Populasi dan Sampel**

#### 1. Populasi

Populasi diartikan sebagai seluruh unsur atau elemen yang menjadi objek penelitian. Elemen populasi ini biasanya merupakan satuan analisis dalam penelitian (Kemenkes RI, 2018). Populasi pada saat penelitian ini adalah pasien CKD di ruang penyakit dalam pria RSUP Dr.M. Djamil Padang. Populasi yang didapatkan pada saat penelitian adalah sebanyak 3 orang.

#### 2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang secara nyata diteliti dianggap mewakili dari seluruh populasi (Kemenkes RI, 2018). Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu secara purposive sampling.

#### Kriteria inklusi

- 1) Pasien yang bersedia menjadi responden

#### Kriteri eksklusi

- 1) Pasien CKD yang mengalami komplikasi dengan penyakit lain seperti TBC Paru.

- 2) Pasien CKD yang meninggal dalam kurang dari 5 hari perawatan

Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah sebanyak 1 orang secara purposive sampling. Menurut Sugiyono, definisi purposive sampling ini yaitu teknik penentuan sampel penelitian melalui proses pertimbangan yang matang. Dengan begitu, hasilnya akan representatif. Saat melakukan penelitian peneliti mengambil 1 sampel dari 3 orang populasi. Dimana 2 pasien tidak memenuhi kriteria yang diinginkan peneliti karena memiliki jadwal pulang sebelum 5 hari rawatan.

#### **D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data**

Alat dan instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari stetoskop, termometer, timbangan, penlight, dan meteran.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan studi dokumentasi.

- a) Format pengkajian keperawatan terdiri dari: identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi sosial, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium, dan program pengobatan.
- b) Format analisis data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, data, masalah, dan etiologi.
- c) Format diagnosis keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
- d) Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, intervensi SLKI dan SIKI.

- e) Format implementasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nama rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
- f) 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**

Teknik pengumpulan data (Sugiyono, 2014) menggunakan multi sumber bukti (triangulasi) yaitu teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Teknik triangulasi berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Peneliti akan menggunakan observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak.

##### **1. Pengamatan (observasi)**

Observasi merupakan teknik pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung terhadap subjek peneliti. (Saryono & Anggraeni, 2013). Observasi sebagai teknik pengumpulan data mempunyai ciri yang spesifik bila dibandingkan dengan teknik yang lain, observasi tidak terbatas pada orang, tetapi juga objek – objek alam yang lain. (Sugiyono, 2014). Menurut Saryono dan Anggaraeni (2013) observasi dapat dilakukan dengan seluruh alat indera, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat. Observasi dapat dilakukan melalui penciuman, penglihatan, pendengaran, dan peraba.

##### **2. Wawancara**

Pada metode ini, pengumpulan data dilakukan dengan tanya jawab (dialog) langsung antara pewawancara dengan responden. Pedoman wawancara yang dipakai pada studi kasus ini adalah lembaran pengkajian keperawatan meliputi identitas, riwayat kesehatan, ADL

(sesuai dengan format masing- masing tatanan ilmu) yang dilampirkan pada asuhan keperawatan. Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara bebas terpimpin (format pengkajian yang disediakan). Wawancara jenis ini merupakan kombinasi dari wawancara tidak terpimpin dan wawancara terpimpin. Meskipun dapat unsur kebebasan, tapi ada pengarahan pembicara secara tegas dan mengeras sehingga wawancara ini bersifat fleksibilitas.

### 3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pemeriksaan fisik secara langsung kepada responden untuk mencari perubahan atau hal-hal yang tidak sesuai dengan keadaan normal. Dalam pemeriksaan fisik ini peneliti melakukan pemeriksaan meliputi keadaan umum tingkat kesadaran, turgor kulit, mengukur suhu tubuh, mengukur frekuensi nadi, balance cairan, pengukuran berat badan, pengukur tinggi badan, dan IMT ( indeks massa tubuh).

### 4. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumentasi bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Dalam penelitian ini menggunakan dokumen dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan, data-data yang didapatkan yaitu data laboratorium pemeriksaan pH, pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan tinja, pemeriksaan elektrolit, pemeriksaan kadar natrium serum, pemeriksaan urine dan dan pemeriksaan klinis lainnya.

## **F. Jenis – jenis Data**

### 1. Data Primer

Data primer adalah sebuah data yang langsung didapatkan dari sumber dan diberi kepada pengumpul data atau penelitian. Sumber data primer adalah wawancara dengan subjek penelitian baik secara observasi



ataupun pengamatan langsung (Sugiyono, 2016). Data primer yang diperoleh masing – masing akan dijelaskan sebagai berikut:

- a. Hasil wawancara sesuai dengan format pengkajian asuhan keperawatan yang telah disediakan meliputi : identitas pasien dan orang tua, riwayat kesehatan, imunisasi dan perkembangan, kebiasaan sehari-hari.
- b. Hasil observasi langsung berupa : keadaan pasien yang dilihat secara langsung seperti pasien mengalami penurunan kesadaran, tampak cengeng, rewel dan lain-lain.
- c. Hasil pemeriksaan fisik berupa : keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik head to toe.

## 2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data pelengkap yang berfungsi melengkapi data yang diperlukan data primer ( Sugiyono, 2016). Data sekunder diperoleh dari laporan status pasien diruang penyakit dalam pria di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Informasi yang diperoleh berupa data tambahan atau penunjang dalam merumuskan diagnosa keperawatan. Data yang diperoleh biasanya berupa data penunjang dari laboratorium, terapi pengobatan yang diberikan dokter.

## **G. Analisis Data**

Setelah sumber data dikumpulkan dari hasil pengkajian, maka peneliti akan menganalisis semua temuan pada proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada anak dengan diare. Data yang akan didapatkan dari hasil melakukan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai evaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan anak dengan diare.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Deskripsi lokasi penelitian**

Penelitian di lakukan di RSUP Dr.M Djamil Padang yang merupakan rumah sakit pusat penelitian serta pendidikan. Rumah sakit ini terletak di Jl. Perintis Kemerdekaan no 14D Sawahan Timur Kota Padang, Sumatera Barat, Indonesia. Penelitian dilakukan dirumah sakit ini, tepatnya di Ruang IRNA Penyakit Dalam.

#### **B. Deskripsi kasus**

Penelitian dilakukan di ruang penyakit dalam RSUP. Dr. M. Djamil Padang, dengan melibatkan satu partisipan yang bernama Tn.S dengan usia 64 tahun. Dimana penelitian di lakukan selama 5 hari yang di mulai pada tanggal 26 April 2022 sampai pada tanggal 30 April 2022. Asuhan keperawatan ini di mulai dari tahap pengkajian, setelah melakukan pengkajian di lanjutkan dengan menegakan diagnosa keperawatan, dilanjutkan dengan menyusun rencana keperawatan, dan tahap terakhir adalah implementasi dan evaluasi keperawatan. Dimana metode yang dipakai di dalam penelitian ini adalah wawancara, observasi, studi dokumentasi, dan pemeriksaan fisik.

#### **1. Pengkajian keperawatan**

Pasien berjenis kelamin laki-laki dengan nama Tn. S yang berusia 64 tahun, Tn. S merupakan seorang petani , dengan status sudah menikah, beragama Islam, dan pendidikan terakhir Tn. S adalah SD. Tn.S tinggal di Sungai Liku Tengah Ranah Pesisir Selatan. Tn.S di diagnosis mengalami sakit CKD Stage V. Saat ini Tn.S di damping oleh istrinya yang bernama Ny.J

##### **a. Keluhan utama**

Pasien masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 24 April 2022 pukul 00:33 WIB. Klien mengeluh keluhan badan terasa lelah, nafas sesak, edema pada eksremitas, BAK sedikit sejak 3 bulan yang lalu. Klien mengatakan nafas nya sesak,

sesak semakin meningkat apabila banyak beraktivitas dan nyeri muncul.

**b. Riwayat kesehatan sekarang**

Saat di lakukan pengkajian pada hari Senin tanggal 26 April 2022 pukul 11:30 WIB, klien mengatakan nafas nya sesak, sesak semakin meningkat apabila banyak beraktivitas. Badan terasa lemas dan mudah lelah.

**c. Riwayat kesehatan dahulu**

Pasien pernah dirawat 3 bulan yang lalu karena CKD dan pada bulan Maret 2022 memasang CDL dirumah sakit RSUP Dr. M Djamil Padang. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu dan tidak pernah mengontrol penyakitnya ke pelayanan kesehatan, pasien sudah melaksanakan HD sebanyak 2 kali, dan HD dilakukan 2x dalam seminggu.

**d. Riwayat kesehatan keluarga**

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang menderita penyakit yang sama dengan klien. Orang tua dari pasien memiliki riwayat hipertensi.

**e. Kebutuhan dasar**

**1) Makan/minum**

Saat dilakukan pengkajian mengenai kebutuhan dasar kepada Tn.S di dapatkan saat sehat Klien makan 2 – 3 x sehari dengan porsi nasi lauk dan sayur, klien bisa menghabiskan 2 porsi dalam satu kali makan, klien minum 8-9 gelas perhari. Selama sakit Klien mendapatkan diet RG II RP 40 gr,. Klien hanya menghabiskan ¼ porsi.

**2) Pola eliminasi**

Pasien mengatakan sebelum sakit BAK 5 – 7 x/hari warna BAK kuning, tidak ada nyeri saat BAK, bau khas urin dan BAB lancar sebanyak 1 – 2 x/hari warna coklat kekuningan

tidak ada keluhan/ nyeri saat BAB, konsistensi padat, bau khas. Saat sakit pasien BAK dengan jumlah urin 100 cc/24 jam, pasien terpasang kateter dan BAB klien 1-2 x/ hari konsistensi cair dan berbau khas.

### **3) Pola istirahat tidur**

Saat dilakukan pengkajian mengenai pola istirahat tidur kepada Tn.S di dapat hasil bahwa saat sehat ia tidur 7-8 jam dalam sehari, dan pada sakit Tn.S mengeluh sering terbangun di malam hari karena sakit pada bagian perut dan sesak nafas yang dirasakan.

### **4) Pola aktivitas dan latihan**

Hasil yang di dapatkan dari hasil pengkajian mengenai pola aktivitas dan latihan Tn. S didapatkan pada saat sehat Tn.S mengatakan ia masih bisa melakukan aktifitas sendiri tanpa bantuan, namun klien jarang olahraga. Namun pada saat sakit Tn.S di bantu oleh keluarga dan perawat untuk melakukan aktifitas.

## **f. Pemeriksaan fisik**

Pada saat dilakukan pemeriksaan kesadaran di dapatkan kesadaran Tn.S compos metis, tinggi Tn.S 165 cm, berat badan Tn.S 55 kg. Tekanan darah didapatkan 170/90 mmHg, Nadi Tn. S saat pemeriksaan fisik adalah 83x/i, pernapasan Tn.S didapatkan 25 x/ I, dan suhu tubuh Tn.S didapatkan 36.5 C.

Pada pemeriksaan kepala dan rambut, tidak ada nyeri kepala dan sakit kepala, kulit rambut tampak bersih, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, rambut warna hitam keputihan, dan rambut tidak mudah rontok. Telinga simetris kiri kanan, tampak bersih. pendengaran masih jelas. Mata simetris kiri kanan, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil iskor kiri kanan, penglihatan klien sudah mulai kabur. Hidung simetris kiri kanan, tidak ada lesi, tidak ada pernapasan coping hidung, tampak bersih. Mulut simetris, mukosa bibir kering, mulut tampak bersih. Pada

pemeriksaan leher didapatkan tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis.

Pada pemeriksaan thorak di dapatkan hasil bentuk dada simetris kiri kanan, pergerakan dinding dada sama kiri dan kanan, palpasi fremitus kiri dan kanan sama, perkusi di dapatkan hasil sonor, dan pemeriksaan auskultasi di dapatkan bunyi nafas vesikuler, tidak ada suara bunyi nafas tambahan. Pemeriksaan fisik pada jantung di Ictus cordis tidak terlihat, pada pemeriksaan palpasi di dapatkan ictus cordis teraba di RIC 5, perkusi terdengar suara pekak, dan pada pemeriksaan auskultasi di dapatkan irama jantung regular.

Pada saat dilakukan pemeriksaan abdomen di dapatkan hasil, abdomen simetris kiri kanan, hasil pemeriksaan palpasi di dapatkan tidak ada nyeri tekan, hasil dari pemeriksaan perkusi adalah bunyi timpani, dan pada pemeriksaan auskultasi di dapatkan bising usus positif. Pemeriksaan genitalia tidak dilakukan pemeriksaan. Pada pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah di dapatkan hasil ekstremitas atas terpasang Infus Nacl 0.9 % di tangan kanan pasien. tidak ada edema, kulit bersih. CRT >2 detik. Pada ekstremitas bawah di dapatkan hasil kaki sebelah kanan terasa lemah, kulit bersih, ada edema.

#### **g. Data psikologis**

Pemeriksaan psikologis Tn.S keluarganya mengatakan Tn.S mengatakan dirinya cemas di rawat di rumah sakit, karena ini pertama kali dia di rawat di rumah sakit. Tn.S takut bila penyakitnya tambah parah dan tidak bisa sembuh. Tn.S dapat menerima keadaanya saat ini, Tn.S berharap agar cepat sembuh.

#### **h. Data sosial ekonomi**

Tn.S berasal dari keluarga yang berkecukupan. Keluarga Tn.S mengatakan Tn.S sering berinteraksi dan bersosialisasi dengan orang sekitar.

**i. Pemeriksaan laboratorium**

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 26 April 2022 didapatkan hasil Hemoglobin: 8.1 g/dL (13.0 -16.0 g/dl), Leukosit: 7.90 /mm<sup>3</sup> ( 5.0 – 10.0 mm<sup>3</sup>), Hematokrit: 23 % ( 40.0 -48.0 %), Trombosit: 167.000/mm<sup>3</sup> ( 150.000 – 400.000 mm<sup>3</sup>), Ureum Darah 151 Mg/dl (10-50), Kreatinin Darah 9,7 Mg/dl (0,6-1,1).

**j. Program terapi**

Terapi pengobatan yang di berikan kepada klien adalah Ceftadizine 2 x1 gr, Levofloxacin 1 x 500 mg, Condensentron 1x 16 mg, Amlodipin 1 x 10 mg, Asam folat 1 x 5 mg, Bicnat 3 x 500 mg, IVFD NaCl 0.9 % dalam 24 jam, O<sub>2</sub> nassal kanul 4 l/i, Diit berupa RG II RP 40 gr, transfusi PRC pre lasix 1 ampul.

**2. Diagnosa keperawatan**

Setelah di lakukan pengkajian pada tanggal 26 April 2022 dan di lakukan pengolahan data, maka terdapat 3 diagnosa keperawatan yang di tegakan yaitu Dan analisa untuk keempat diagnosa tersebut terlampir.

Setelah dilakukan pengkajian kemudian mengelompokkan data, memvalidasi data dan menganalisa data, maka ditemukan beberapa masalah keperawatan pada partisipan. Berikut ini merupakan diagnosa keperawatan yang muncul terhadap partisipan.

Diagnosa keperawatan pertama yaitu hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi ditandai dengan data subjektif yaitu mengatakan masih merasa sesak napas dan bengkak pada kedua tungkai kaki. Data objektif didapatkan tanda – tanda vital yaitu tekanan darah 170/90 mmHg, nadi 83x/menit, pernapasan 25x/menit, suhu 36,5 °C, tampak tarikan dinding dada, edema pada kedua tungkai kaki dan tangan, edema, berat badan meningkat (dari 55 kg ke 75 kg), turgor kulit kembali lambat. Hasil pemeriksaan, hemoglobin : 8,1 gr/dl, hematokrit : 23 %, ureum darah : 151 mg/dl, kreatinin darah : 9,7 mg/dl.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan merasa sesak dan jika beraktifitas sesak nafas akan bertambah. Data objektif didapatkan pernafasan 25x/menit, menggunakan O2 nasal 4 liter/menit, pasien tampak sesak.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan data subjektif kedua tungkai kaki dan tangan bengkak, tangan terasa dingin. Data objektif didapatkan pasien tampak pucat, pasien perokok berat, konjungtiva anemis, tekanan darah 170/90 mmHg, pernafasan 25x/menit, edema pada kedua tungkai kaki dan tangan, akral teraba dingin, CRT > 2 dtk, kulit tampak pucat dan turgor kulit kembali lambat, hemoglobin 8,1 gr/dl.

Diagnosa keperawatan keempat yaitu intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan masih merasa sesak napas dan diperberat apabila bergerak atau melakukan aktivitas dan mengatakan badan terasa lemah. Data objektif pasien tampak sesak pernafasan 25x/ menit dan tampak beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, tekanan darah 170/90 mmHg, nadi 83x/menit.

### **3. Intervensi keperawatan**

Intervensi atau perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah di tegakkan dengan berpanduan kepada SLKI dan SIKI.

Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa keperawatan hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi. Dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI : Keseimbangan cairan : keseimbangan intake dan output 24 jam sesuai kebutuhan, kelembaban membran mukosa, edema menurun, tekanan darah, denyut nadi radial, tekanan arteri rata – rata, mata cekung, turgor kulit, berat badan stabil. Status cairan : edema anasarka, edema perifer, berat badan stabil, perasaan lemah, frekuensi

nadi, tekanan darah, tekanan nadi, membran mukosa, kadar hemoglobin, hematokrit.

Dengan intervensi SIKI : Management hipervolemia : observasi : periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis:ortopnea, dispnea, suara napas tambahan), 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 plasama (mis. Kadar protein dan albumin meningkat), monitor kecepatan infus ketat. Terapeutik : Timbang BB setiap hari di waktu yang sama, batasi cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30 - 40°. Edukasi : Anjurkan melapor jika haluan urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam, anjurkan melapor jika BB > 1kg setiap hari, anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan, anjurkan cara membatasi cairan. Kolaborasi : Kolaborasi pemberian diuretik, kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik. Pemantauan cairan : Observasi : monitor frekuensi dan kekuatan nadi, monitor frekuensi napas, monitor tekanan darah, monitor berat badan, monitor elastisitas atau turgor kulit, monitor jumlah warna dan berat jenis urin, monitor albumin dan protein total, monitor hasil pemeriksaan serum (mis : osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN), monitor intake dan output, monitor tanda – tanda hipervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anaskara). Terapeutik : atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan. Edukasi : jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI : pola nafas : dispnea menurun, penggunaan otot bantu nafas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi nafas membaik, kedalaman nafas membaik. Dengan intervensi SIKI : manajemen jalan nafas : Observasi, monitor pola nafas ( frekuensi, kedalaman, usaha nafas), monitor bunyi nafas tambahan ( mis, gurgling, mengi, wheezing, rongkhi kering). Terapeutik, posisikan semi-fowler atau



fowler, berikan oksigen, jika perlu. Kolaborasi, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI : perfusi perifer : denyut nadi perifer kembali normal (60 – 100 x/menit), kulit pucat/sianosis tidak ada, tekanan darah sistolik dan diastolik dalam batas normal, edema menurun, pengisian kapiler membaik (CRT < 2 dtk), akral kembali hangat, turgor kulit kembali normal. Dengan intervensi SIKI : perawatan sirkulasi : Observasi, periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas. Terapeutik : lakukan pencegahan infeksi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi. Edukasi : anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, anjurkan diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3).

Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI : Toleransi Aktivitas : Frekuensi nadi normal, saturasi oksigen baik, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, kekutan tubuh dalam melakukan aktivitas, tidak mengalami kelelahan dalam beraktivitas, tidak ada dispnea saat dan setelah beraktivitas. Dengan intervensi SIKI : Observasi : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas. Terapeutik : Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan), Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif, fasilitasi duduk disisi tepat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Edukasi : Anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

Kolaborasi : Kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan makanan.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi dilakukan selama 5 hari untuk partisipan. Implementasi yang dilakukan disesuaikan dengan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat. Berikut adalah implementasi yang dilakukan :

Implementasi keperawatan pada diagnosa hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi yang sudah dilakukan yaitu memonitor intake dan output cairan pasien dengan menghitung minum, jumlah cairan infus masuk dan keluar, memonitor tanda – tanda hipervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anaskara), mengukur tanda – tanda vital seperti tekanan darah, pernapasan, nadi dan suhu tubuh, memonitor hasil laboratorium, memantau membran mukosa, memantau turgor kulit dan kolaborasi pemberian diuretik/ furosemid 2x1 ampul, kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet rendah garam dan diet rendah protein.

Implementasi keperawatan pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas yang sudah dilakukan yaitu memonitor pola nafas, memonitor oksigen, memonitor bunyi nafas tambahan, mengukur tanda – tanda vital.

Implementasi keperawatan pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Memonitor tanda – tanda vital, memonitor sirkulasi perifer (cek nadi perifer, edema, CRT, temperatur), memotivasi pasien untuk menghabiskan diitnya, pemberian obat penurun tekanan darah amlodipin dan condesartan.

Implementasi keperawatan pada diagnosa intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu memonitor kelelahan fisik dan emosional, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan pembatasan aktivitas jika masih lemah dan sesak napas, menganjurkan

keluarga untuk menemani pasien dan membantu pasien dalam melakukan aktivitas yang tidak bisa dilakukan secara mandiri, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Setelah di lakukan implementasi keperawatan kepada klien maka di lakukan evaluasi kepada masing-masing diagnosa, dengan hasil evaluasi. Evaluasi dilakuakn setiap hari selama 5 hari. Berikut adalah hasil evaluasi yang dilakukan pada partisipan.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi pada hari kelima didapatkan yaitu pasien mengatakan bengkak pada kedua tungkai kaki sudah berkurang, sesak napas sudah berkurang, edema masih ada. Dari hasil analisa didapatkan masalah teratasi sebagian, intervensi dihentikan.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas pada hari kelima didapatkan yaitu sesak nafas sudah berkurang. Pada hasil pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 83x/menit, pernafasan 22x/menit. Dari hasil analisa masalah teratasi sebagian, intervensi dihentikan.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. pada hari kelima didapatkan yaitu pasien mengatakan bengkak pada kedua tungkai kaki sudah mulai berkurang. Pada hasil pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 83 x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 36,5 °C, akral terasa hangat, CRT > 2 dtk. Dari hasil analisa masalah teratasi sebagian, intervensi dihentikan.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu pada hari kelima didapatkan yaitu pasien mengatakan sudah bertenaga, pasien merasa tidak sesak napas saat bergerak, pasien tampak sudah bisa duduk dan berdiri sendiri, pasien sudah bisa berjalan di dampingi keluarga, tekanan darah 170/90 mmHg,

pernapasan 25 x/menit, nadi 83x/menit, suhu 36,5 °. Dari hasil analisa masalah teratasi , intervensi dihentikan.

### **C. Pembahasan kasus**

Setelah dilaksanakannya asuhan keperawatan yang di mulai dari pengkajian, menegakkan diagnosa, membuat rencana/ intervensi keperawata, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Maka dalam bab ini peneliti akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ditemukan di lapangan saat melakukan asuhan kepada pasien dengan CKD *stage V*.

#### **1. Pengkajian keperawatan**

##### **a. Identitas klien**

Partisipan Tn.S dengan diagnosa medis *Chronik Kidney Disease (CKD) Stage V* berumur 64 tahun pekerjaan sebagai petani dengan tingkat pendidikan terakhir SD, partisipan berjenis kelamin laki – laki. Hal ini sesuai dengan catatan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, bahwa angka kejadian CKD pada laki – laki (4,17%) lebih tinggi dari perempuan (3,52%). Dan prevalensi CKD meningkat seiring bertambahnya umur dengan peningkatan pada kelompok umur 35 – 44 tahun.

Hasil pengkajian riwayat kesehatan sekarang pada partisipan Tn.S (64 tahun) didapatkan bahwa pasien mengeluh masih merasa sesak napas dan diperberat apabila bergerak atau melakukan aktivitas, nafsu makan menurun, mengeluh lelah dan badan terasa lemah, terdapat edema pada kaki. Hal ini sesuai dengan penelitian Astuti dan Husna (2017) dalam Nurlina (2018) yang menyebutkan bahwa peningkatan kreatinin memiliki pengaruh terhadap hiperpigmentasi seperti kulit kering dan terasa gatal. Hasil pengkajian ini sesuai dengan teori Prabowo & Pranata (2014) bahwa pada saat pengkajian riwayat kesehatan sekarang keluhan pada pasien CKD biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, penurunan nafsu makan, mual dan muntah, fatigue, napas berbau urea dan proritus/ perubahan fisiologi pada kulit. Menurut analisa peneliti ada kesenjangan

antara partisipan Tn.S dengan teori. Bahwa tidak semua pasien CKD yang mengalami penurunan kesadaran, napas berbau urea atau terjadi perubahan fisiologi pada kulit.

Hasil pengkajian riwayat kesehatan dahulu partisipan Tn.S (64 tahun) memiliki riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu dan tidak terkontrol. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kurnia Pralisa (2017) bahwa pada riwayat kesehatan dahulu biasanya pasien berkemungkinan mempunyai riwayat ISK (infeksi saluran kemih), payah jantung, penggunaan obat berlebihan (overdosis). Selain itu ada penyakit yang langsung mempengaruhi/ menyebabkan gagal ginjal yaitu hipertensi, diabetes mellitus, batu saluran kemih (urolithiasis). Menurut analisa peneliti ada kesinambungan antara riwayat kesehatan dahulu yang dialami oleh Tn.S dengan teori. Menurut analisa peneliti, faktor resiko yang menjadi pemicu penyakit CKD terhadap Tn.S adalah riwayat hipertensi yang tidak terkontrol. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Aisara, Sitifa, dkk, (2018) penyebab CKD terbanyak pertama yaitu hipertensi dengan persentasi 34%.

Hasil pemeriksaan fisik partisipan Tn.S didapatkan keadaan umum lemah, tekanan darah 170/90 mmHg, nadi 83 x/menit, pernapasan 25 x/menit, suhu 36,5 °C. Hal ini sejalan dengan teori (Muttaqin & Sari, 2011) bahwa keadaan umum pasien lemah, pada tanda – tanda vital sering didapatkan adanya perubahan, RR meningkat, tekanan darah terjadi perubahan dari hipertensi ringan sampai berat.

Pada pemeriksaan head to toe didapatkan partisipan Tn.S mata ditemukan konjungtiva anemis, mulut ditemukan mukosa bibir kering dan pucat, pemeriksaan inspeksi thorax paru adanya tarikan dinding dada, pada ekstermitas bawah terdapat edema (+), akral dingin, CRT > 2 detik, turgor kulit kembali lambat. Menurut teori Muttaqin & Sari (2011) pada pasien CKD biasanya ditemukan rambut tipis, kasar, mengeluh sakit kepala, wajah tampak pucat, kelelahan, konjungtiva anemis, penglihatan kabur, sclera tidak ikterik, biasanya pada pasien ditemukan pola napas cepat dan dalam

sebagai bentuk kompensasi tubuh untuk mempertahankan ventilasi, biasanya tidak ditemukan polip, bau mulut seperti amoniak, terdapat pendarahan pada gusi dan peradangan pada mukosa mulut, ditemukan pembengkakan pada kelenjer getah bening dan tidak ada pembesaran dari vena jugularis. Thorak biasanya terdapat tarikan dinding dada, frekuensi napas meningkat, batuk produktif dan adanya edema paru (Haryono,2013). Abdomen biasanya terjadi distensi, mengkilat, dan kulit tampak kencang menandakan ada retensi urin, asites akibat akumulasi cairan di peritoneum (LeMone, 2016). Ekstermitas biasanya sering ditemukan edema pada ekstermitas (umumnya pada ekstermitas bawah), kulit kering dan bersisik, rasa terbakar pada telapak kaki, akral teraba dingin, CRT > 2 detik (Haryono,2013).

Pada pemeriksaan fisik peneliti dapat menganalisa bahwa ada kesenjangan terjadi pada partisipan Tn.S dengan teori yaitu tidak semua pasien CKD yang mengeluh sakit kepala, peradangan mukosa mulut, perdarahan gusi, pembengkakan kelenjar getah bening dan batuk produktif. Hasil pemeriksaan labor partisipan Tn. S ditemukan Hemoglobin: 8.1 g/dL (13.0 -16.0 g/dl), Leukosit: 7.90 /mm<sup>3</sup> ( 5.0 – 10.0 mm<sup>3</sup>), Hematokrit: 23 % ( 40.0 -48.0 %), Trombosit: 167.000/mm<sup>3</sup> ( 150.000 – 400.000 mm<sup>3</sup>).

Partisipan Tn.S mengalami anemia yang merupakan salah satu komplikasi yang muncul pada pasien CKD. Anemia terjadi akibat produksi eritropoietin yang tidak memadai, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan 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 sehingga mengakibatkan anemia berat yang disertai keletihan, angina dan sesak napas (Padila, 2012).

Partisipan Tn.S juga menunjukkan terjadinya peningkatan pada ureum dan kreatinin. Hal ini sesuai dengan teori Muttaqin dan Sari (2011) bahwa pasien CKD kadar ureum dan kreatinin dalam darah meningkat akibat

penurunan fungsi glomerulus dan tubulus yang menimbulkan kerusakan pada nefron sehingga mengakibatkan kadar ureum dan kreatinin meningkat.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian dan observasi yang dilakukan peneliti terhadap partisipan Tn.S ditemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul yaitu hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Masalah keperawatan pertama yaitu hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi. Pada Tn. S ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan masih merasa sesak napas dan bengkak pada kedua tungkai kaki. Data objektif didapatkan tanda – tanda vital yaitu tekanan darah 170/90 mmHg, nadi 83x/menit, pernapasan 25x/menit, suhu 36,5 °C, edema pada kedua tungkai kaki, turgor kulit kembali lambat. Hasil pemeriksaan, Hemoglobin: 8.1 g/dL (13.0 -16.0 g/dl), Hematokrit: 23 % ( 40.0 -48.0 %)

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan merasa sesak dan jika beraktifitas sesak nafas akan bertambah. Data objektif didapatkan pernafasan 25x/menit, menggunakan O2 nasal 4 liter/menit, pasien tampak sesak.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan data subjektif, kedua tungkai kaki bengkak, tangan terasa dingin. Data objektif didapatkan pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, tekanan darah 170/90 mmHg, pernapasan 25x/menit, edema pada kedua tungkai kaki, akral teraba dingin, CRT > 2 dtk, kulit tampak pucat dan turgor kulit kembali lambat, hemoglobin 8,1 gr/dl.

Diagnosa keperawatan keempat yaitu intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan masih merasa sesak napas dan diperberat apabila bergerak atau melakukan aktivitas dan mengatakan badan terasa lemah. Data objektif pasien tampak sesak Pernapasan 25x/ menit dan tampak beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, tekanan darah 170/90 mmHg, nadi 83x/menit.

masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien CKD adalah :

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi
- c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia, mual, muntah, pembatasan diet dan perubahan membran mukosa mulut
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.
- f. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan gangguan status metabolik, sirkulasi, sensasi, penurunan turgor kulit, penurunan aktivitas, akumulasi ureum dalam kulit.
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Terdapat sedikit perbedaan diagnosa yang dijumpai pada partisipan Tn. S dan teori yang dikemukakan. Pada teori didapatkan 7 diagnosa keperawatan yang muncul. Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada partisipan Tn.S mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), hanya 4 diagnosa yang muncul yaitu :

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
- d. Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan



Hasil penelitian oleh (Jihaian, 2015) menyebutkan bahwa masalah keperawatan yang muncul ada 4 yaitu hipervolemia berhubungan dengan kegagalan regulasi, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas, defisit nutrisi berhubungan dengan penyakit, dan mual berhubungan dengan rasa makan dan minum yang tidak enak.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan atau rencana keperawatan disusun berdasarkan diagnosis yang ditemukan pada kasus. Intervensi keperawatan tersebut terdiri dari Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi. Menurut SLKI dan SIKI 2019, rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi yaitu tujuan Keseimbangan cairan : keseimbangan intake dan output 24 jam sesuai kebutuhan, kelembaban membran mukosa, edema menurun, tekanan darah, denyut nadi radial, tekanan arteri rata – rata, mata cekung, turgor kulit, berat badan stabil. Status cairan : edema anasarka, edema perifer, berat badan stabil, perasaan lemah, frekuensi nadi, tekanan darah, tekanan nadi, membran mukosa, kadar hemoglobin, hematokrit. Dengan intervensi SIKI : Management hipervolemia : observasi : periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis:ortopnea, dispnea, suara napas tambahan), 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. Terapeutik : Timbang BB setiap hari di waktu yang sama, batasi cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30 - 40°. Edukasi : Anjurkan melapor jika haluan urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam, anjurkan melapor jika BB > 1kg setiap hari, anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan, anjurkan cara membatasi cairan. Kolaborasi : Kolaborasi pemberian diuretik, kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik. Pemantauan cairan : Observasi : monitor frekuensi dan kekuatan nadi, monitor frekuensi napas, monitor tekanan darah, monitor berat

badan, monitor elastisitas atau turgor kulit, monitor jumlah warna dan berat jenis urin, monitor albumin dan protein total, monitor hasil pemeriksaan serum (mis : osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN), monitor intake dan output, monitor tanda – tanda hipervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anaskara). Terapeutik : atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan. Edukasi : jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI : pola nafas : dispnea menurun, penggunaan otot bantu nafas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi nafas membaik, kedalaman nafas membaik. Dengan intervensi SIKI : manajemen jalan nafas : Observasi, monitor pola nafas ( frekuensi, kedalaman, usaha nafas), monitor bunyi nafas tambahan ( mis, gurgling, mengi, wheezing, rongkhi kering). Terapeutik, posisikan semi-fowler atau fowler, berikan oksigen, jika perlu. Kolaborasi, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Menurut SLKI dan SIKI 2019 rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI : Perfusi perifer : perfusi perifer, denyut nadi perifer kembali normal (60 – 100 x/menit), kulit pucat/sianosis tidak ada, tekanan darah sistolik dan diastolik dalam batas normal, edema menurun, pengisian kapiler membaik (CRT < 2 dtk), akral kembali hangat, turgor kulit kembali normal, dengan intervensi berdasarkan SIKI : Perawatan sirkulasi : Observasi, periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar koresterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas. Terapeutik : lakukan pencegahan infeksi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi. Edukasi : anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, anjurkan diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis.rendah lemak

jenuh, minyak ikan, omega 3).

Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Menurut SLKI dan SIKI 2019 rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI : Toleransi Aktivitas : Frekuensi nadi normal, saturasi oksigen baik, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, kekutan tubuh dalam melakukan aktivitas, tidak mengalami kelelahan dalam beraktivitas, tidak ada dispnea saat dan setelah beraktivitas dengan intervensi berdasarkan SIKI : Observasi : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. Terapeutik : Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan), lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif, fasilitasi duduk disisi tepat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Edukasi : Anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. Kolaborasi : Kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan makanan.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan tidak semua tindakan dilaksanakan oleh peneliti, karena peneliti tidak melakukan asuhan keperawatan 24 jam. Namun, sebagai solusi peneliti mendelegasikan rencana tindakan keperawatan tersebut kepada perawat ruangan dan mahasiswa praktek yang sedang dinas diruangan tersebut. Untuk melihat hasil dari tindakan yang dilakukan peneliti melihat dan membaca buku laporan tindakan yang ditulis oleh perawat yang bertugas diruangan tersebut.

Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 5 hari untuk diagnosa hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi yang sudah dilakukan yaitu memonitor intake dan output cairan pasien dengan menghitung minum, jumlah cairan infus masuk dan keluar, memonitor tanda – tanda hipervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anaskara), mengukur tanda – tanda vital seperti tekanan darah, pernapasan, nadi dan suhu tubuh, memonitor

hasil laboratorium, memantau membran mukosa, memantau turgor kulit dan kolaborasi pemberian diuretik/ furosemid 2x1 ampul, kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet rendah garam dan diet rendah protein.

Implementasi yang dilakukan selama 5 hari untuk diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas yang sudah dilakukan yaitu memonitor pola nafas, memonitor oksigen, memonitor bunyi nafas tambahan, mengukur tanda – tanda vital.

Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 5 hari untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin Memonitor tanda – tanda vital, memonitor sirkulasi perifer (cek nadi perifer, edema, CRT, temperatur), memotivasi pasien untuk menghabiskan diitnya, pemberian obat penurun tekanan darah amlodipin dan condesartan. Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 5 hari untuk diagnosa hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi yang sudah dilakukan yaitu memonitor intake dan output cairan pasien dengan menghitung minum, jumlah cairan infus masuk dan keluar, memonitor tanda – tanda hipervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anaskara), mengukur tanda – tanda vital seperti tekanan darah, pernapasan, nadi dan suhu tubuh, memonitor hasil laboratorium, memantau membran mukosa, memantau turgor kulit dan kolaborasi pemberian diuretik/ furosemid 2x1 ampul, kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet rendah garam dan diet rendah protein.

Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 5 hari untuk diagnosa intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu memonitor kelelahan fisik dan emosional, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan pembatasan aktivitas jika masih lemah dan sesak napas, menganjurkan keluarga untuk menemani pasien dan membantu pasien dalam melakukan aktivitas yang tidak bisa dilakukan secara mandiri, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Pada semua implementasi diagnosa ini menggunakan semua intervensi menurut teori.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dalam proses keperawatan. Hal ini dilakukan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tercapai atau tidak tercapainya tujuan dari rencana keperawatan. Teori atau maupun kasus dalam membuat evaluasi disusun berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang diinginkan. Dimana pada kasus peneliti melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama lima hari. Tahap evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak (Hidayat, 2014).

Hasil evaluasi pada partisipan Tn.S hari ke 5 didapatkan pada keperawatan hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi adalah pasien mengatakan masih bengkak pada kedua tungkai kaki, intake 600 cc/8 jam, output 200 cc, tekanan darah 150/80 mmHg, pernapasan : 21 x/menit, nadi 91x/menit, suhu 36,7 °C, dari hasil analisis belum teratasi, intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi yang peneliti dapatkan pada masalah hipervolemia/ kelebihan volume cairan pada Tn. S dilakukan dari tanggal 26-30 April 2022 dengan metode SOAP untuk mengetahui keefektifan dari tindakan keperawatan yang dilakukan. Pada teori maupun kasus dalam membuat evaluasi disusun berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ingin di capai. Dimana pada kasus peneliti melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama lima hari.

Masalah hipervolemia/ kelebihan volume cairan pada Tn.S belum dapat teratasi sepenuhnya, hari kelima pasien masih mengalami edema pada kedua tungkai kaki. Dalam melakukan evaluasi, adapun faktor pendukung adalah kerjasama yang baik antara peneliti dengan perawat ruangan, peneliti tidak menemukan adanya faktor penghambat, ini dikarenakan adanya kerjasama yang baik antara peneliti dengan perawat ruangan.

## **BAB IV PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada partisipan Tn.S di Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang, didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian yang didapatkan dari partisipan Tn.S yaitu mengeluh sesak napas diperberat apabila bergerak dan beraktifitas, bengkak kedua tungkai kaki, mengeluh badan lemas dan mudah lelah. Dari hasil laboratorium didapatkan Tn.S mengalami penurunan hemoglobin 8,1 gr/dl, leukosit 7.900 /mm<sup>3</sup> dan hematokrit 23,0 %.
2. Diagnosa keperawatan yang diperoleh dari partisipan Tn.S hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipovenstilasi, perfusi perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dan intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan Tn.S adalah manajemen hipervolemia, pemantauan cairan, manajemen sirkulasi dan manajemen energi.
4. Implementasi keperawatan mengacu kepada rencana tindakan yang telah disusun. Sebagian besar tindakan keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan yang dilakukan. Pada partisipan Tn.S implementasi yang dilakukan tanggal 26 April – 30 April 2022 adalah manajemen hipervolemia, pemantauan cairan, manajemen sirkulasi dan manajemen energi.
5. Hasil evaluasi didapatkan selama 5 hari yaitu tanggal 26 April - 30 April 2022 untuk partisipan Tn.S masalah yang teratasi yaitu intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan, sedangkan masalah yang belum teratasi yaitu hipervolemia/ kelebihan volume cairan dan perfusi perifer tidak efektif

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti memberikan saran sebagai berikut

### **1. Bagi Penulis**

Diharapkan hasil laporan kasus ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman serta menerapkan asuhan keperawatan pasien dengan *Chronik Kidney Disease* (CKD) dalam praktik keperawatan serta dapat mengaplikasikan ilmu yang didapatkan sekama perkuliahan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan *Chronik Kidney Disease* (CKD).

### **2. Bagi Peneliti selanjutnya**

Bagi penelitian selanjutnya untuk lebih mengembangkan lagi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronik Kidney Disease* (CKD) di Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang sehingga, bisa menjadi bahan perbandingan dalam mengembangkan kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronik Kidney Disease* (CKD) di Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang

### **3. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang**

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah informasi tentang asuhan keperawatan pada pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD) sebagai bahan kepustakaan dan perbandingan pada penanganan kasus asuhan keperawatan medikal bedah khususnya pada pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD).

### **4. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang**

Diharapkan hasil laporan kasus ini dapat menambah informasi tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronik Kidney Disease* (CKD) dan perawat dapat melakukan dan mempertahankan dalam memonitoring intake dan output cairan yang dilakukan sesuai SOP.

## DAFTAR PUSTAKA


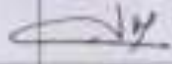
- Aisara, S., Azmi, S., & Yanni, M. (2018). Gambaran Klinis Penderita Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1), 42. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i1.778>
- Dewi, R., & Mustofa, A. (2021). Penurunan Intensitas Rasa Haus Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Dengan Menghisap Es Batu. *Ners Muda*, 2(2), 17. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i2.7154>
- Harmilah. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. PT Pustaka Baru.
- Haryono, R. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Perkemihan*. Andi Offset.
- Huda, A., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda Nic-Noc*. Mediaction.
- Jihaian, H. (2015). *Karya Tulis Ilmiah* ⇐ 2504, 1–9.
- Mutaqqin, A., & Sari, K. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika.
- Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- PPNI. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. DPP PPNI.
- PPNI. (2017b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan*. DPP PPNI.
- PPNI. (2017c). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan*. DPP PPNI.
- Prabowo, E., & Pranata, A. E. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Nuha Medika.



**LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KTI**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN**  
**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Yuni Marlinalah  
 NIM : 193110160  
 Pembimbing I : Ns. Yenni Suryanilaili, M. Exp. Sp. Kep. MB  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD di Ruang  
 Penyakit Dalam RSUD Dr. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Status Pembimbing	Tanda Tangan
1	20 April 2021	- Ace judul	
2	01 Mei 2021	- literatur BAB I dan BAB II ; cara pembuatan BAB I	
3	16 Desember 2020	- Skripsi BAB I dan BAB II	
4	1 Januari 2021	- Skripsi dan BAB I dan BAB II	
5	1 Januari 2021	- Skripsi dari persediaan tulisan yang telah ada	
6	16 Januari 2021	- Ace BAB I dan BAB II	
7	23-1-2021	- Skripsi Askep	
8	24-1-2021	- Skripsi Bab I dan Bab II askep	
9	27-1-2021	- Skripsi Bab I dan BAB II	
10	28-1-2021	- Skripsi Bab I dan BAB II	

11	27-5-2018	kec. bab 5.	
12	27-5-2018	Ars. Usm. keal.	
13			
14			

Catatan:

- Lembar konsal harus dibawa setiap kali konsultasi
- Lembar konsal diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

Ketua Panitia Perawatan Padang



Hippi Satrio, S.Kp, M. Kep, Sp. Anca



NIP. 19711020 199303 2 002



**LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KTI  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

Nama: Yuni Marlailah  
 NIM: 193110160  
 Pembimbing 1: Ns. Delfa Rosa, S.Kep M.Biomed  
 Judul: Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD Di Ruang  
 Penyakit Dalam Pria RSUD. Dr. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	26-Agustus-2021	Acara judul	
2	10-September-2021	-Konsul BAB 7 dan buku BAB 2	
3	17-September-2021	-Konsul BAB 1 dan BAB 10	
4	4-Oktober-2021	-Konsul dan revisi bab 1 dan 2	
5	6-September-2022	-Konsul dan revisi bab 1 dan 3	
6	10-September-2021	Pertemuan bulanan dan konsul yang sudah diputuskan	
7	14-September-2022	RCF BAB 5 sampai BAB 6	
8	17-8-2021	-Konsul bab 4 dan Askep	
9	20-8-2021	-Revisi bab 4 dan Askep	
10	27-8-2022	-Konsul BAB 5	

11	20-1-2021	- Darsi: 000.1	
12	20-1-2021	- Darsi	
13			
14			

**Catatan:**

- Laporan kerosak harus dibawa setiap kali laporan
- Laporan kerosak diserahkan ke pemilik barang sebagai salah satu syarat pembuktian barang

Mengetahui  
Ketua Prodi Keprosesan Padang



Hery Samsir, S.Kp, M. Kep, Sp. Jira  
NIP. 19701020 199303 2 002





**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG**



Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127  
Phone : (0751) 32371, 810252, 810254 Fax. (0751) 323731  
Website : www.rsupm.co.id E-mail : rsupdjamil@yahoo.com

Nomor : LB.01.020001.13.2/55/VI/2022  
Perihal : Izin Melakukan Penelitian  
s.n. Yuni Mandatillah

22 April 2022

Yang terhormat,  
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang  
Di  
Tempat

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP03.01.00679/2022 tanggal 02 Februari 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberikan izin kepada:

Nama	Yuni Mandatillah
NIS/SP	103110160
Institusi	Ditl Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

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

**"Asuhan Keperawatan pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di Ima 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 diperjualbelikan pada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Dikt RSUP Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk CD/soft copy/unggah ke: [et.lyil@bangproamdjamil](mailto:et.lyil@bangproamdjamil)).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

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

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



Dr. Adnan Zair  
NIP. 19730112008012008

- Terselalu  
1. Instansi Terkait  
2. Yang bersangkutan



TERAKREDITASI KARS  
★★★★★★







**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEREK KESEHATAN PADANG**  
AL. SEBANG BUNDAK KOTA BANGGALU TELP (0751) 740100 FAX (0751) 740101 PADANG 26139  
Website : [www.politerk.kemkes.go.id/](http://www.politerk.kemkes.go.id/)



Nomor : PP.03.01/05.01/2022  
Perihal : *Izin Penelitian*

02 Februari 2022

Kepada Yth :  
Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D-3 Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di institusi yang Bapak/Ibu Pimpin s.d :

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Yuni Mardanih / 193110160	Analisa Keperawatan pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2022

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerendahan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan Padang  
  
Dr. Bayan Maslin, SKM, M.S.  
Nip : 196101141980323001





**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**DIREKTORAT SOM, PENDIDIKAN DAN UMUM**  
**KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN**

Jalan Pemuda Karambua Padang 20127 Telp. (075) 34371, 34382, 34384, 34385  
 Email - [rsup.djamil@afhs.com](mailto:rsup.djamil@afhs.com)

**NOTA DINAS**

Nomor: LB/01.02/KV.1.3.2/555/RV/2022

**Yth.** Ka. IRBA Non Badan (Online)  
**Dari** Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan  
**Hal** Izin Melakukan Penelitian  
**Tanggal** 22 April 2022

Sehubungan dengan surat Direktur Puskesmas Karambua Padang Nomor PP/03/01-00679/2022 tanggal 02 Februari 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirahkan peneliti:

**Nama** Yuni Mardiatin  
**NIMBP** 190110180  
**Institusi** DIII Program Studi Keperawatan Puskesmas Karambua Padang

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

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

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

*Kepada Yth  
 Bapak/Ibu PPL, ketua  
 di Penyakit Dalam  
 Agar dipertimbangkan penelitian raih  
 Yn Yuni Mardiatin  
 Atas bantuan & pertanggungjawabannya.*



*Note: Mohon ditunjukkan kembali apabila yang  
 bersangkutan sudah selesai pengembalian  
 data penelitian*

*disampaikan terima kasih*

*[Handwritten signature]*

*[Small blue stamp]*



Lampiran \_\_\_\_\_

**INFORMED CONSENT**

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Responden : Yu. J

Umur (gl) lahir : 64 tahun , 01-07-1947

Pemegang jawab : Yu. J

Hibungan : Idi

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Yuni Mardatihah, NIM 193110160, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Demikianlah surat persetujuan ini saya tanda tangan terpu ada paksaan dari pihak manapun

Padang, 21 April - 2022

Responden



( jasni )



Lampiran

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
(INFORMED CONSENT)**

Setelah membaca dan mendengar penjelasan tentang maksud dan tujuan peneliti:

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang IRNA Penyakit Dalam RSUD Dr.M.Djamil Padang Tahun 2022

Oleh : Yuni Mandatih

Nim : 193110160

Status : Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Padang Pustikka Kementerian RI Padang

Dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden dan berperan serta dalam penelitian. Demikian surat persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

Padang, April 2022

Responden



## FORMAT DOKUMENTASI

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CKD

#### A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

##### 1. PENGUMPULAN DATA

###### a. Identitas klien :

- 1) Nama : Tn. S
- 2) Tempat/tgl lahir : 01 Juli 1957
- 3) Jenis Kelamin : Laki-Laki
- 4) Status Kawin : Kawin
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SD
- 7) Pekerjaan : Petani
- 8) Alamat : Painan
- 9) Diagnosa Medis : CKD Stage V On HD + Anemia

###### b. Identifikasi penanggung jawab

- 1) Nama : Ny. J
- 2) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- 3) Alamat : Painan
- 4) Hubungan : Istri

###### c. Riwayat Kesehatan

###### 1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan Utama : Pada saat pengkajian pada tanggal Mei 2022 pukul 13.30 WIB di Ruang Interne Pria Wing A pasien mengatakan dengan keluhan badan terasa lelah, nafas sesak, edema pada eksremitas, BAK sedikit sejak 3 bulan yang lalu. Klien dalam keadaan umum tampak lemas, bibir



tampak pucat dan kering. Klien mengatakan nafas nya sesak, sesak semakin meningkat apabila banyak beraktivitas dan nyeri muncul. Badan terasa lemas dan mudah lelah. Klien terpasang slang oksigen binasal canule 4 l/i Terdapat distensi abdomen, edema pada eksremitas bawah. Klien terpasang IVFD NaCl 0,9% 20 tetes permenit, klien mengatakan BAK sedikit, dan tidak ada nyeri pada saat BAK. Volume BAK  $\pm 100$  cc per 24 jam. Klien juga mengeluh nyeri pada bagian perut. Klien mengatakan skala nyeri 7-8 durasi 5-10 detik, klien tampak meringis. Saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah 170/90 mmHg, nadi 83 kali permenit, pernafasan 25 kali permenit, suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$

2) Riwayat Kesehatan Dahulu : Pasien pernah dirawat 3 bulan yang lalu karena CKD, dan pada bulan Maret memasang CDL di rumah sakit RSUP Dr. M Djamil Padang. Pasien mengatakan memiliki hipertensi sejak 1 tahun yang lalu dan tidak pernah kontrol dan tidak meminum obat hipertensi.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga : tidak ada keluarga dengan penyakit yang sama

4)

d. Pola aktivitas sehari-hari (ADL)

1) Pola Nutrisi :

1. Sehat : Ketika sehat pasien mengatakan makan 3xsehari, pasien makan dengan telur, lauk, dan sayur. Pasien menghabiskan 1 porsi makanan.

2. Sakit : Sedangkan ketika di RS Klien mengatakan nafsu makan selama di rumah sakit menurun. Makan 3 x

sehari diit RG II RP 40 gr dan klien hanya menghabiskan ¼ porsi..

- 2) Pola Eliminasi :
  1. Sehat : Pola eliminasi pada saat sehat pasien mengatakan BAB 1x sehari, BAB berwarna kuning, BAK ± 5xsehari.
  2. Sakit : Saat di RS pasien mengatakan BAB 1x 2 hari, BAB berwarna kuning, konsistensi lembek, BAK dengan jumlah urin 100cc/ 24 jam
- 3) Pola Tidur dan Istirahat :
  1. Sehat : Pola tidur pasien ±8-10 jam perhari dengan nyenyak
  2. Sakit : Pola istirahat dan tidur selama dirawat pasien tidur ±3-5 jam perhari. Pasien mengatakan mengalami gangguan saat tidur karena sakit yang dirasakan di perut dan juga sesak nafas yang dialami.
- 4) Pola Aktifitas dan Latihan :
  1. Sehat : Biasanya Tn. S melakukan aktifitas sehari-hari dengan lancar tidak ada gangguan
  2. Sakit : Pola aktivitas dan latihan pasien mengatakan aktivitasnya selama dirumah sakit dibantu oleh keluarga dan perawat diruangan.
- 5) Pola Bekerja :
  1. Sehat : Pasien bekerja sebagai petani
  2. Sakit : Pasien tidak bekerja karena sedang dirawat di RS

e. Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan umum : Baik

- b) Tingkat kesadaran : Compos Mentis
- c) Berat Badan : 55 Kg
- d) Tinggi Badan : 165 Cm
- e) IMT : 20,2
- f) Tekanan Darah : 170/90 MmHg
- g) Suhu : 36,5 °C
- h) Nadi : 83 x/ menit
- i) Pernafasan : 25 x/ menit
- j) Rambut : Rambut berwarna hitam, kering dan kusam, tidak ada benjolan yang abnormal
- k) Telinga : Tidak ada serumen, simetris kiri dan kanan, pendengaran pasien baik
- l) Mata : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, penglihatan baik.
- m) Hidung : mukosa hidung lembab, tidak ada pernafasan cuping hidung, daya penciuman normal.
- n) Mulut : Mukosa bibir tampak kering, tidak ada lesi, pecah- pecah, pucat.
- o) Leher : Tidak ada pelebaran vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid.
- p) Sistem pernafasan
  - (1) Inspeksi : Dada simetris , tidak ada tarikan dinding dada, nafas dangkal
  - (2) Palpasi : Tidak ada masa/ benjolan, fremitus kiri dan kanan
  - (3) Perkusi : Sonor
  - (4) Auskultasi : Bunyi nafas vesikuler
- q) Sistem kardiovaskuler
  - (1) Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat

(2) Palpasi : Tidak ada masa atau benjolan, ictus cordis teraba

(3) Perkusi : Tidak ada pelebaran batas -batas jantung

(4) Auskultasi : Bunyi jantung regular

r) Sistem gastrointestinal

(1) Inspeksi : tidak terdapat asites

(2) Auskultasi : Bising usus (-)

(3) Palpasi : hepar / limfa tidak teraba

(4) Perkusi : Tympani

s) Ekstermitas

(1) Atas : Akral dingin, terpasang infus di tangan kanan dan terpasang gelang identitas.

(2) Bawah : Kaki pasien kuat angkat, tidak ada lesi, edema tungkai, CRT > 2detik

(3) Genetalia: Pemeriksaan genetalia tidak dilakukan

t) Integumen : bagian tubuh tidak menguning, turgor kulit baik

f. Data Psikologis

1) Status Emosional : emosi pasien stabil

2) Kecemasan : Pasien cemas dengan tindakan yang akan diterima yaitu ligase eksofagus

3) Pola Koping : Pasien dapat menerima penyakitnya saat ini

4) Gaya Komunikasi : Komunikasi pasien baik, dapat dimengerti dan dapat di feedback dengan baik

5) Konsep Diri :

a) Gambaran diri : Pasien tampak cemas dan tidak nyaman dengan keadaannya namun tetap kooperatif

b) Ideal diri : pasien ingin cepat sembuh dan ingin cepat pulang kerumahnya dan berkumpul dengan keluarganya

- c) Harga diri : Pasien merasa di perlakukan baik oleh petugas kesehatan ( Dokter dan Perawat)
  - d) Peran diri : Pasien merupakan seorang kepala rumah tangga
  - e) Identitas diri : Pasien seorang laki-laki berumur 64 tahun dan sebagai kepala rumah tangga
- g. Data Sosial : Hubungan pasien dengan keluarga, pasien dengan perawat, dan pasien dengan pasien lainnya terjalin cukup baik. Pasien menggunakan BPJS dalam pelayanan kesehatan.
- h. Data Spritual : Pasien beragama islam, dalam keadaan sehat pasien menjalankan sholat 5 waktu dan juga berdoa. Saat sakit pasien tidak menjalankan ibadahnya namun pasien berdoa agar penyakitnya bisa sembuh.

i. Data Penunjang :

Hasil pemeriksaan hemotologi tanggal 26 April 2022

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Hemoglobin	8,1	g/dl	13.0-16.0
Leukosit	7.9	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
Hematokrit	23	%	40.0-48.0
Trombosit	167	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
Ureum Darah	151	Mg/dl	10-50
Kreatinin Darah	9,7	Mg/dl	0,6-1,1

j. Program dan Rencana Pengobatan :

- Ceftadizine 2 x1 gr
- Levofloxacin 1 x 500 mg
- Condensentron 1x 16 mg
- Amlodipin 1 x 10 mg
- Asam folat 1 x 5 mg
- Bicnat 3 x 500 mg
- IVFD NaCl 0.9 % dalam 24 jam
- O<sub>2</sub> nassal kanul 4 l/i,
- Diit berupa RG II RP 40 gr
- transfusi PRC pre lasix 1 ampul

## 2. ANALISA DATA

Data	Masalah	Etiologi
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kaki membengkak</li> <li>- Pasien mengatakan urine yang keluar sedikit</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema</li> <li>- TD : 170/90 mmHg</li> <li>- Hasil pemeriksaan ureum darah 151 mg/dl ( 10 - 50 mg/dl), kreatinin darah ( 0,6 – 1,1 mg/dl)</li> </ul>	Hipervolemia	Kegagalan mekanisme regulasi
<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan telapak tangan terasa dingin.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral dingin</li> <li>- CRT &gt; 2 detik</li> <li>- Tekanan darah : 170/90 mmHg, Nadi : 83 x/i, Suhu : 36,5 °C,</li> </ul>	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin

Pernafasan : 25 x/i		
<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan lemas dan cepat lelah</li> <li>- Pasien mengatakan nafas semakin sesak saat beraktifitas</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemas</li> <li>- Hb 8,1 g/dl</li> <li>- Pernafasan 25 x/i</li> <li>- Aktifitas dibantu keluarga dan perawat</li> </ul>	Intoleransi aktivitas	ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen



### 3. DAFTAR DIAGNOSA

- a. Hipovolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

### 4. PERENCANAAN KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan
1.	Hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. asupan cairan meningkat</li> <li>b. keluaran urin meningkat</li> <li>c. kelembapan membran mukosa meningkat</li> <li>d. edema menurun</li> <li>e. tekanan darah membaik</li> <li>f. membran mukosa membaik</li> <li>g. turgor kulit</li> </ol>	Pemantauan cairan Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>- monitor frekuensi nafas</li> <li>- monitor tekanan darah</li> <li>- monitor berat badan</li> <li>- monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin</li> <li>- monitor intake output cairan</li> <li>- identifikasi tanda tanda</li> </ul>

		<p>h. membaik berat badan membaik</p>	<p>hipovolemia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifikasi tanda tanda hipervolemia</li> <li>- identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> </ul> <p>edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>- informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ul>
2.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dispnea menurun</li> <li>- penggunaan otot bantu nafas</li> </ul>	<p>manajemen jalan nafas : Observasi,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor pola nafas ( frekuensi, kedalaman, usaha nafas),</li> </ul>

		<p>menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pemanjangan fase ekspirasi menurun</li> <li>- frekuensi nafas membaik</li> <li>- kedalaman nafas membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor bunyi nafas tambahan ( mis, gurgling, mengi, wheezing, rongkhi kering).</li> </ul> <p>Terapeutik,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- posisikan semi-fowler atau fowler,</li> <li>- berikan oksigen, jika perlu.</li> </ul> <p>Kolaborasi,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</li> </ul>
3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>• Warna kulit pucat menurun</li> <li>• Kelemahan otot menurun</li> <li>• Akral membaik</li> <li>• Turgol kulit membaik</li> </ul>	<p>Perawatan sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</li> <li>- identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi ( mis.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>• Tekanan darah diastolik membaik</li> </ul>	<p>Diabetes, perokok, orag tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstermitas)</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>- hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anjurkan berhenti merokok</li> <li>- anjurkan olahraga rutin</li> <li>- anjurkan menggunakan obat</li> </ul>
--	--	---	---

			<p>penurun tekanan darah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> </ul>
4.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Frekuensi nadi meningkat</li> <li>Keluhan lelah menurun</li> <li>Dyspnea saat beraktivitas menurun</li> <li>Dyspnea setelah beraktivitas menurun</li> </ol>	<p>Management Energi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>• Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>• Monitor pola dan jam tidur</li> <li>• Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>• Lakukan rentang gerak pasif dan/atau</li> </ul>

			<p>aktif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</li> <li>• Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan tirah baring</li> <li>• Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>• Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>• Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul>
--	--	--	--

## 5. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

TANGGAL	NO	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
27-4-2022	1.	Hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi	<p>Monitoring cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitoring intake dan output</li> <li>- Mengkaji warna, jumlah dan kepekatan urine. Warna urine yang didapatkan berwarna kuning.</li> <li>- Memberitahukan kepada pasien untuk membatasi asupan cairan</li> <li>- Melakukan pengukuran tanda-tanda vital</li> </ul> <p>Hipervolemia manajemen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menekan kaki untuk melihat status edema</li> <li>- Terdapat edema di kaki</li> </ul>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan kakinya masih terasa sembab dan berat</p> <p>O : kakipasien tampak edema</p> <p>intake : 750 cc</p> <p>output : 100 cc</p> <p>TD: 170/90 mmHg,</p> <p>N: 83 x/i,</p> <p>P : 25 x/i,</p> <p>S: 36,5<sup>0</sup>C</p> <p>A : Masalah kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan monitoring intake dan output, membatasi asupan cairan, monitoring fungsi ginjal dan monitoring adanya edema</p>	
	2	Pola nafas tidak efektif berhubungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pola nafas</li> <li>- Memberikan terapi oksigen</li> </ul>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih sesak</p>	

	gan dengan hambatan upaya nafas	4 liter permenit	<p>nafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR : 25x/ menit</li> <li>- S : 36,5</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
2.	Perfusi perifer tidak efektif penurunan konsentrasi hemoglobin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau TD, Nadi, Suhu, dan RR</li> <li>- Mencatat perubahan tekanan darah</li> <li>- Memantau kualitas nadi</li> <li>- Memantau suhu, warna, dan kelembapankulit</li> <li>- Memantau adanya daerah yang peka terhadap panas/dingin</li> <li>- Memantau adanya kesemutan</li> </ul>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan telapak tangannya masih terasa dingin</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral masih dingin</li> <li>- TD : 170/90 mmhg</li> <li>- HR : 83x/menit</li> <li>- RR : 25x/menit</li> </ul> <p>S : 36,5 C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
3.	intoleransi aktivitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi fungsi tubuh yang</li> </ul>	<p>S : Pasien mengatakan masih</p>	



		berhubungan dengan kelemahan	mengalami kelemahan - memonitor pola dan jam tidur. - fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.	lemah dan kegiatan dibantu keluarga O : TD : 170/90 mmhg HR : 83x/menit RR : 25x/menit S : 36,5 C BB : 55 Kg TB : 160 Cm IMT : 21 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
28-04-2022	1.	Hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi	Monitoring cairan - Memonitoring intake dan output - Mengkaji warna, jumlah dan kepekatan urine Warna urine yang didapatkan bewarna kuning. - Memberitahukan Kepada pasien untuk membatasi asupan cairan - Melakukan pengukuran tanda-tandavital Hipervolemia manajemen - Menekan kaki untuk melihat status edema - Terdapat edema di kaki	S : kakinyamasih terasa sembabdan berat O : kakipasien tampak edema <i>intake</i> : 400 cc <i>output</i> : 150 cc TD: 150/80 mmHg, N: 85 x/i, RR: 24 x/i, S: 36,6 <sup>0</sup> C A : Masalah Hipervolemia belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan dengan monitoring intake dan output, membatasi asupan cairan, monitoring

				fungsi ginjal dan monitoring adanya edema	
	2	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pola nafas</li> <li>- Memonitor oksigen</li> </ul>	<p>S : Pasien mengatakan masih sesak Nafas</p> <p>O : - RR : 24x/menit - S :36,6</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau TD, Nadi, Suhu, dan RR</li> <li>- Mencatat perubahan tekanan darah</li> <li>- Memantau kualitas nadi</li> <li>- Memantau suhu, warna, dan kelembapankulit</li> <li>- Memantau adanya daerah yang peka terhadap panas/dingin</li> <li>- Memantau adanya Kesemutan</li> <li>- Memberikan terapi oksigen 4 liter permenit</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakannya masih dingin</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral masih dingin</li> <li>- TD: 150/80 mmHg</li> <li>- N: 85 x/i,</li> <li>- P : 25 x/i,</li> <li>- S: 36,6<sup>0</sup>C</li> <li>- Terpasang oksigen 4l/i</li> <li>- Hemoglobin 5,0 g/dl</li> <li>- CRT &gt;3 detik</li> </ul> <p>A : Masalah ketidak efektifan perfusi jaringan perifer belum</p>	

			<p>teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan memonitor vital sign dan manajemen hipovolemi</p>	
	4.	intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	<p>- mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan</p> <p>- memonitor pola dan jam tidur.</p> <p>- fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.</p>	<p>S : Pasien mengatakan lemah dan masih dibantu keluarga</p> <p>O :</p> <p>TD : 150/80 mmhg</p> <p>HR : 85x/menit</p> <p>RR : 24x/menit</p> <p>S : 36,6 C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
29-04-2022	1.	Hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi	<p>- mengidentifikasi status nutrisi pasien</p> <p>- monitor asupan makanan pasien</p> <p>- monitor berat badan pasien, monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>- menganjurkan pasien</p>	<p>S : Pasien mengatakan nafsu makan masih kurang dan kadang tidak menghabiskan makanannya</p> <p>O :</p> <p>TD : 145/70 mmhg</p> <p>HR : 97x/menit</p> <p>RR : 23x/menit</p> <p>S : 35,5 C</p> <p>A : Masalah belum</p>

			menghabiskan makanannya	teratasi P : Intervensi dilanjutkan
	2	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor pola nafas</li> <li>- monitor oksigen</li> <li>- monitor tanda-tanda vital</li> </ul>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sesak nafas sudah berkurang</p> <p>O :</p> <p>RR : 23x/menit S:35,5 TD : 145/70 mmhg HR : 97x/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
	3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan	<ul style="list-style-type: none"> <li>h. Memantau TD, Nadi, Suhu, dan RR</li> <li>i. Mencatat perubahan tekanan darah</li> <li>j. Memantau kualitas nadi</li> <li>k. Memantau suhu, warna, dan kelembapan kulit</li> <li>l. Memantau adanya daerah yang peka terhadap panas/dingin</li> <li>m. Memantau adanya kesemutan</li> </ul> <p>Memberikan terapi oksigen 4 liter permenit</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan telapak tangannya masih dingin</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral masih dingin</li> <li>- TD: 145/70 mmHg</li> <li>- Tranfusi TC 1 unit</li> <li>- N: 97 x/i,</li> <li>- P : 23 x/i,</li> <li>- S: 35,5<sup>0</sup>C</li> <li>- Terpasang oksigen 4l/i</li> <li>- Hemoglobi</li> </ul>

			<p>n 5,0 g/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRT &gt;3 detik</li> </ul> <p>A : Masalah ketidak efektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan memonitor vital sign dan manajemen hipovolemi</p>	
	4.	intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan</li> <li>- memonitor pola dan jam tidur.</li> <li>- fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.</li> </ul>	<p>S : pasien mengatakan masih lemah</p> <p>O :</p> <p>TD : 145/70 mmhg</p> <p>HR : 97x/menit</p> <p>RR : 23x/menit</p> <p>S : 35,5 C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
30-04-2022	1.	Hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi	<p>Monitoring cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitoring intake dan output</li> <li>- Mengkaji warna, jumlah dan kepekatan urine</li> </ul> <p>Warna urine yang didapatkan berwarna kuning.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberitahukan Kepada pasien</li> </ul>	<p>S : Kakinya masih terasa sembab dan berat</p> <p>O : kaki pasien tampak edema</p> <p><i>intake</i> : 600 cc</p> <p><i>output</i> : 50 cc</p> <p>TD: 140/80 mmHg,</p> <p>N: 83 x/i,</p>

			<p>untuk membatasi asupan cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pengukuran tanda-tandavital</li> </ul> <p>Hipervolemia manajemen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menekan kaki untuk melihat status edema</li> <li>- Terdapat edema di kaki</li> </ul>	<p>P : 22 x/i, S: 36,5<sup>0</sup>C A : Masalah kelebihan volume cairan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan dengan monitoring intake dan output, membatasi asupan cairan, monitoring fungsi ginjal dan monitoring adanya edema</p>	
	2.	intoleransi aktivitas berhubungan dengan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan</li> <li>- memonitor pola dan jam tidur.</li> <li>- fasilitasi pasien dalam melakukan aktivitas fisik dan ambulasi dan libatkan keluarga.</li> </ul>	<p>S : Pasien mengatakan masih lemah O : TD : 140/80 mmhg HR : 83x/menit RR : 22x/menit S : 36,5 C A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	