

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DAN KRITIS
PADA NY. S DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK ON HD
DISERTAI DYSPNEA DAN TN. H DENGAN GAGAL GINJAL
KRONIK ON HD DISERTAI HIPOTENSI DI RUANG ICU 2
RSUD CENGKARENG TAHUN 2023**



DISUSUN OLEH :

TIARA NUR SAFITRI, S.Kep

22.156.03.11.103

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA

BEKASI

2022/2023

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DAN KRITIS
PADA NY. S DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK ON HD
DISERTAI DYSPNEA DAN TN. H DENGAN GAGAL GINJAL
KRONIK ON HD DISERTAI HIPOTENSI DI RUANG ICU 2
RSUD CENGKARENG TAHUN 2023**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Profesi Ners**



DISUSUN OLEH :

TIARA NUR SAFITRI, S.Kep

22.156.03.11.103

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA

BEKASI

2022/2023

LEMBAR PERYANTAAAN KARYA ILMIAH AKHIR

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tiara Nur Safitri, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.103

Progam Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan keperawatan Gawat Darurat dan Kritis Pada Ny. S Dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dengan Dyspnea dan Tn. H Dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dengan Hipotensi Di Ruang ICU 2 RSUD Cengkareng Tahun 2023” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 08 Juni 2023

Yang menyatakan

Tiara Nur safitri, S.Kep

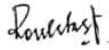
LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir Telah Diperiksa Oleh Preceptor Satu Dan Preceptor Dua
Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

Bekasi, 08 Juni 2023

Menyetujui,

Penguji I



Ns. Roulita, S.Kep., M.Kep

NIDN. 0310087002

penguji II



Arabta M.Peraten Pelawi, S.Kep., Ners., M.Kep

NIDN. 0301096505

Mengetahui

**Kepala Progam Studi Ilmu Keperawatan
(S1 & Profesi Ners)**



Kiki Deniati, S.Kep., NS., M.Kep

NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tiara Nur Safitri, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.103

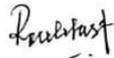
Program Studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir : **Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dan Kritis Pada Ny. S Dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dyspnea Dan Tn. H Dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dengan Hipotensi Di Ruang ICU 2 RSUD Cengkareng Tahun 2023.**

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada tanggal 08 Juni 2023

Bekasi, 08 Juni 2023

Penguji I



Ns.Roulita, S.Kep.,M.Kep

NIDN. 0310087002

Penguji II



Arabta M.Peraten Pelawi, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN. 0301096505

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Puri Kresnawati, SST,M.KM

NIDN. 0309049001

Kepala Program Studi Keperawatan

(S1 & Profesi Ners)



Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIDN. 0316028302

Disahkan,

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawaty, SST.,M.Kes

NIDN. 0319017902

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan keperawatan Gawat Darurat Dan Kritis pada Ny. S Dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dyspnea Dan Tn. H dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dengan Hipotensi Di Ruang ICU 2 RSUD Cengkareng Tahun 2023” yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

Penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan sehingga memungkinkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini terwujud. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Bapak Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Ibu Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku ketua dari STIKes Medistra Indonesia
4. Ibu Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
5. Ibu Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Ibu Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Ibu Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku ketua program studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A selaku Koordinator Profesi Ners.
9. Ibu Arabta M. Peraten. Pelawi, S.Kep, Ners., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners

10. Ibu Roulita, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dosen penguji 1
11. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
12. Teruntuk orang tua saya beserta keluarga terimakasih atas segala doa dan motivasi yang tiada henti telah kalian berikan. Tanpa doa dan dukungan dari kalian mungkin penulis tidak akan sampai pada titik sekarang ini.
13. Serta teman-teman semua yang tidak bisa disebutkan satu-persatu. Terimakasih yang sebesar-besarnya atas motivasi dan dukungan selama pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangatmengharapkan saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak.

Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat diterima dan bermanfaat dengan baik.

Bekasi, 08 Juni 2023

Tiara Nur Safitri

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
BAB II TINJAUAN TEORI	5
A. Konsep Dasar Chronic Kidney Disease (CKD)	5
1. Pengertian Chronic Kidney Disease (CKD).....	5
2. Anatomi Ginjal	5
3. Manifestasi Klinik	6
4. Etiologi	7
5. Klasifikasi.....	9
6. Patofisiologi.....	14
7. Pathway	16
8. Pemeriksaan Penunjang.....	17
9. Penatalaksanaan Medis.....	18
10. Pencegahan	20
B. Konsep Cairan.....	21
1. Kebutuhan Cairan.....	21
2. Pengaturan Volume Cairan.....	21
3. Mengukur Intake dan Output Cairan.....	23
C. Konsep Hemodialisa	24
1. Pengertian Hemodialisa.....	24
2. Tujuan Hemodialisa	24
3. Prinsip-prinsip yang Mendasari Hemodialisa	24
D. Konsep Asuhan Keperawatan Pengkajian	25
1. Pengkajian	25

2. Diagnosa Keperawatan.....	29
3. Intervensi	29
4. Implementasi Keperawatan	30
5. Evaluasi	30
BAB II ASUHAN KEPERAWATAN.....	32
A. KASUS 1.....	32
B. KASUS 2.....	53
BAB IV PEMBAHASAN.....	78
1. Pengkajian	78
2. Diagnosa Keperawatan.....	78
3. Intervensi Keperawatan.....	81
4. Iplementasi Keperawatan	83
5. Evaluasi Keperawatan	85
BAB V PENUTUP.....	86
A. Kesimpulan	86
B. Saran.....	86
BAB V DAFTAR PUSTAKA	88

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kegiatan Bimbingan Akhir Ners

Lampiran 2 Biografi Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan masalah kesehatan yang umum terjadi di seluruh dunia. CKD adalah suatu penyakit dimana fungsi organ ginjal mengalami penurunan hingga akhirnya tidak dapat menjalankan fungsi penyaringan pembuangan elektrolit tubuh, menjaga keseimbangan cairan dan zat kimia tubuh seperti sodium dan kalium di dalam darah atau produksi urine .(Palupi & Jayaningsih, 2021)

Gagal ginjal merupakan salah satu proses kerusakan yang terjadi dalam waktu lebih dari 3 bulan pada ginjal. Gagal ginjal akut dapat disembuhkan kembali, tetapi dalam proses pengobatan pada pasien yang menderita gagal ginjal kronis hanya dapat berfungsi sebagai penghambat laju tingkat dalam kegagalan fungsi ginjal tersebut agar tidak terjadinya gagal ginjal terminal atau dalam kata lain ginjal tidak mampu lagi berfungsi seperti biasanya. Biasanya penyakit gagal ginjal kronis ini dapat timbul secara perlahan-lahan dan bersifat menahun. Pada awalnya penderita tidak merasakan gejala apapun sehingga mengalami sekitar 25% kelainan yang tidak normal (Rosaulina, 2020)

World Health Organization (2017) menyatakan bahwa terdapat jumlah pasien dengan gagal ginjal kronis telah meningkat selama setahun terakhir. di kejadian gagal ginjal kronis terjadi lebih dari 500 juta orang dan yang harus menjalani hidup dengan bergantung pada terapi hemodialisa sebanyak 1,5 juta orang. Gagal ginjal kronis ini termasuk 12 penyebab kematian umum di dunia, terhitung 1,1 juta kematian akibat gagal ginjal kronis yang telah meningkat sebanyak 31,7% sejak tahun 2010 hingga 2015 (Krisnayanti, 2020). Jumlah penderita gagal ginjal di Indonesia menginjak sekitar 150 ribu orang dan yang menjalani hemodialisa 10 ribu orang. Dengan prevalensi gagal ginjal kronik berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,2% pasien usia >15 tahun dan prevalensi gagal ginjal

kronik pasien usia 65-74 tahun sebanyak 8,23% dan prevalensi pasien gagal ginjal kronik terdapat pada jenis kelamin laki-laki 4,17% lebih tinggi dari perempuan 3,52% (Ali et al., 2017). Jawa Barat sendiri merupakan penyumbang tertinggi kasus Gagal Ginjal Kronik yang setiap tahunnya mengalami peningkatan dilihat dari data tahun 2014-2018 yaitu angka kejadian nya sebesar 14.771 pasien baru dan 33.828 pasien aktif (Indonesia Renal Registry, 2018) dalam (Idzharrusman & Budhiana, 2022)

Hemodialisis merupakan salah satu penanganan dengan cara menggantikan fungsi ginjal dalam menyaring darah menggunakan mesin khusus (American Kidney Fund, 2020). Hemodialisis merupakan suatu prosedur yang dapat menopang kehidupan bagi pasien penyakit ginjal stadium akhir (Buren & Inrig 2016). Namun demikian tindakan hemodialisis ini juga memiliki efek samping atau komplikasi seperti hipotensi terutama pada pasien gagal ginjal kronis yang juga menderita diabetes, hipertensi terutama pada pasien gagal ginjal kronis yang juga memiliki riwayat hipertensi, mual bahkan muntah yang terjadi karena penumpukan racun dalam darah dan akibat dari penurunan tekanan darah, anemia, kram otot, dan masalah pada kulit seperti xerosis (kulit kering) yang dapat menyebabkan pruritus (kulit gatal) (American Kidney Fund, 2020) dalam (Faizah & Sulastri, 2021)

Adapun orang yang beresiko mengalami gagal ginjal kronis ini seperti orang yang memiliki tekanan darah tinggi, menderita diabetes, memiliki keluarga pengidap gagal ginjal kronis. Penyebab gagal ginjal kronis disebabkan oleh infeksi pada ginjal, gangguan ginjal polikistik dan juga penyumbatan yang disebabkan oleh batu ginjal atau gangguan prostat. Dikarenakan gejala penyakit CKD ini hampir sama seperti penyakit pada umumnya, terkadang orang salah menafsirkan penyakit CKD karena pengetahuan tentang penyakit ini yang kurang dan juga mendiagnosis penyakit ini tanpa didasari fakta dan pertimbangan medis lainnya (Fadilla et al., 2018)

Berdasarkan uraian permasalahan yang telah penulis jelaskan di atas, maka penulis tertarik untuk menyusun laporan” Asuhan Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis pada Ny. S dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dyspnea dan Tn. H dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Hipotensi di Ruang ICU 2 RSUD Cengkareng 2023

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui dan mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis pada Ny. S dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dyspnea dan Tn. H dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Hipotensi di Ruang ICU 2 RSUD Cengkareng 2023

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu merencanakan pengkajian pada Ny. S dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dyspnea dan Tn. H dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Hipotensi di Ruang ICU 2 RSUD Cengkareng 2023
- b. Dapat merencanakan diagnosa keperawatan pada Ny. S dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dyspnea dan Tn. H dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Hipotensi di Ruang ICU 2 RSUD Cengkareng 2023
- c. Mampu merencanakan intervensi keperawatan pada Ny. S dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dyspnea dan Tn. H dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Hipotensi di Ruang ICU 2 RSUD Cengkareng 2023
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. S dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dyspnea dan Tn. H dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Hipotensi di Ruang ICU 2 RSUD Cengkareng 2023
- e. Mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada Ny. S dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dyspnea dan Tn. H dengan

Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Hipotensi di Ruang ICU 2
RSUD Cengkareng 2023

- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang dapat pada teori dan kasus pada Ny. S dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Dyspnea dan Tn. H dengan Gagal Ginjal Kronik ON HD Disertai Hipotensi di Ruang ICU 2 RSUD Cengkareng 2023

BAB II

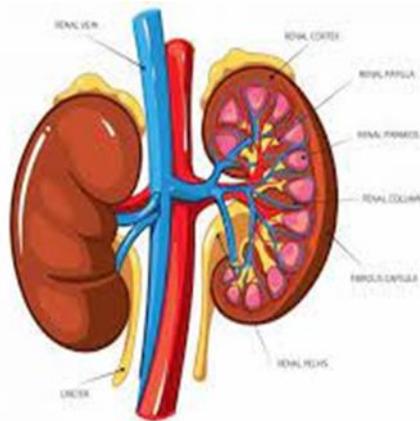
TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Chronic Kidney Disease (CKD)

1. Pengertian Chronic Kidney Disease (CKD)

Gagal ginjal kronik adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Gagal ginjal kronik merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana tubuh mengalami kegagalan untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit, sehingga menyebabkan uremia (Dila & Panma, 2019)

2. Anatomi Ginjal



Anatomi Ginjal adalah suatu organ yang terletak di retroperitoneal pada dinding abdomen di kanan dan kiri columna vertebralis setinggi vertebra T12 sehingga L3. Ginjal kanan terletak lebih rendah dari kiri karena besarnya lobus hepar. Ginjal dibungkus oleh tiga lapis jaringan. Jaringan yang terdalam ialah kapsula renalis, jaringan pada lapisan kedua merupakan adiposa serta jaringan terluar ialah fascia renal. Ketiga lapisan jaringan ini berfungsi sebagai pelindung dari trauma dan memfiksasi ginjal (Ii & Pustaka, 2011).

Ginjal dibungkus oleh jaringan fibrous tipis dan mengkilat yang disebut oleh kapsula fibrosa (true capsule) ginjal melekat pada parenkim

ginjal. Di luar kapsul fibrosa terdapat jaringan lemak yang bagian luarnya dibatasi oleh fascia gerota. Diantara kapsula fibrosa ginjal dengan kapsul gerota terdapat rongga perirenal. Di sebelah kranial ginjal terdapat kelenjar anak ginjal atau glandula adrenal atau disebut juga kelenjar suprarenal yang berwarna kuning. Di sebelah posterior, ginjal dilindungi oleh berbagai otot punggung yang tebal serta tulang rusuk ke XI dan XII, sedangkan disebelah anterior dilindungi oleh organ intraperitoneal. Ginjal kanan dikelilingi oleh hati, kolon, dan duodenum, sedangkan ginjal kiri dikelilingi oleh limpa, lambung, pankreas, jejunum, dan kolon (Ii & Ginjal, 2017).

Ginjal memiliki korteks ginjal pada bagian luar yang berwarna coklat gelap. Korteks ginjal mengandung jutaan alat penyaring dianggap nefron. Setiap nefron terdiri dari glomerulus serta tubulus. Medula ginjal terdiri beberapa massa – massa triangular disebut piramida ginjal dengan basis menghadap korteks dan bagian apeks yang menonjol ke medial. Piramida ginjal bermanfaat untuk mengumpulkan yang akan terjadi eksresi kemudian disalurkan ke tubulus kolektivus menuju pelvis ginjal (Ii & Pustaka, 2011).

3. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik gagal ginjal kronik menurut (Dila & Panma, 2019) yaitu:

- a. Sistem hematopoietik: Anemia (cepat lelah) dikarenakan eritropoietin menurun, trombositopenia dikarenakan adanya perdarahan, ekimosis dikarenakan trombositopenia ringan, perdarahan dikarenakan koagulapati dan kegiatan trombosit menurun
- b. Sistem kardiovaskular: Hipervolemia dikarenakan retensi natrium, hipertensi dikarenakan kelebihan muatan cairan, takikardia, disritmia dikarenakan hiperkalemia, gagal jantung kongestif dikarenakan hipertensi kronik, perikarditis dikarenakan toksin uremik dalam cairan pericardium

- c. Sistem pernafasan: Takipnea, pernapasan kussmaul, halitosis uremik atau fetor, sputum yang lengket, batuk disertai nyeri, suhu tubuh meningkat, hilar pneumonitis, pleural friction rub, edema paru
- d. Sistem gastrointestinal: Anoreksia, mual dan muntah dikarenakan hiponatremia, perdarahan gastrointestinal, distensi abdomen, diare dan konstipasi
- e. Sistem neurologi: Perubahan tingkat kesadaran (letargi, bingung, stupor, dan koma) dikarenakan hiponatremia dan penumpukan zat-zat toksik, kejang, tidur terganggu, asteriksia
- f. Sistem skeletal: Osteodistrofi ginjal, rickets ginjal, nyeri sendi dikarenakan ketidakseimbangan kalsium-fosfor dan ketidakseimbangan hormon paratiroid yang ditimbulkan
- g. Kulit: Pucat dikarenakan anemia, pigmentasi, pruritus dikarenakan uremic frost, ekimosis, lecet
- h. Sistem perkemihan: Haluaran urine berkurang, berat jenis urine menurun, proteinuria, fragmen dan sel urine, natrium dalam urine berkurang semuanya dikarenakan kerusakan nefron
- i. Sistem reproduksi: Interfilitas dikarenakan abnormalitas hormonal, libido menurun, disfungsi ereksi, amenorea.

4. Etiologi

CKD yang berasal dari diabetic nefropati, penyakit hipertensi, infeksi ginjal atau glomerulonefritis, penyakit ginjal bawaan atau polisistik, ataupun penyakit lainnya. Hipertensi dan diabetes melitus merupakan dua penyebab terbesar dari penyakit ginjal tahap akhir, sedangkan yang lainnya adalah penyakit infeksi (glomerulonefritis, pyelonefritis), penyakit vascular sistemik (hipertensi renovaskular intrarenal), nefrosklerosis, hiperparatiroidisme, dan penyakit saluran kencing (Utara, 2017). Berikut etiologi CKD (Martin, 2017) dalam (V.A.R.Barao et al., 2022):

- a. Infeksi misalnya pielonefritis kronik (Infeksi saluran kemih), glomerulonefritis (penyakit peradangan). Pielonefritis merupakan proses infeksi peradangan yang biasanya mulai di renal pelvis, saluran ginjal yang menghubungkan ke saluran kencing (ureter) serta parenchyma ginjal atau jaringan ginjal. Glomerulonefritis disebabkan oleh salah satu dari banyak penyakit yang merusak baik glomerulus maupun tubulus. Pada tahap penyakit berikutnya keseluruhan kemampuan penyaringan ginjal sangat berkurang.
- b. Penyakit vaskuler hipertensif misalnya nefrosklerosis benigna, nefrosklerosis maligna, stenosis arteria renalis Disebabkan oleh terjadinya kerusakan vaskularisasi di ginjal oleh adanya peningkatan tekanan darah akut dan kronik.
- c. Gangguan jaringan ikat misalnya lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik progresif Disebabkan oleh kompleks imun dalam sirkulasi yang ada dalam membran basalis glomerulus dan menimbulkan 17 kerusakan (Price, 2006). Penyakit peradangan kronik dimana sistem imun dalam tubuh menyerang jaringan sehat, sehingga menimbulkan gejala diberbagai organ.
- d. Gangguan kongenital dan herediter misalnya penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal. Penyakit ginjal polikistik ditandai dengan kista multiple, bilateral, dan berekspansi yang lambat akan mengganggu dalam menghancurkan parenkim ginjal normal akibat penekanan, semakin lama ginjal tidak mampu mempertahankan fungsi ginjal sehingga ginjal akan menjadi rusak.
- e. Penyakit metabolik misalnya DM (Diabetes Mellitus), hiperparatiroidisme, amiloidosis. Penyebab terjadinya dimana kondisi genetik yang ditandai dengan adanya kelainan dalam proses metabolisme dalam tubuh akibat defisiensi hormon serta enzim. Proses metabolisme merupakan proses memecahkan karbohidrat protein, dan lemak dalam makanan untuk menghasilkan energi.

- f. Nefropati toksik misalnya penyalahgunaan analgesik, nefropati timbal. Penyebab penyakit yang dapat dicegah bersifat reversibel, sehingga penggunaan berbagai prosedur diagnostik.
- g. Nefropati obstruktif misalnya saluran kemih bagian atas: kalkuli neoplasma, fibrosis retroperitoneal. Saluran kemih bagian bawah: hipertropi prostat, striktur uretra, anomali kongenital pada leher kandung kemih dan uretra.
- h. Batu saluran kencing menyebabkan hidrolitiasis adalah penyebab gagal ginjal pada benda padat yang dibentuk oleh presipitasi berbagai zat terlarut dalam urin pada saluran kemih.

5. Klasifikasi

Klasifikasi gagal ginjal kronik dapat diklasifikasikan berdasarkan derajat penyakit dan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yaitu (Ns. Cut Husna, 2012):

- a. Stadium 1 memiliki nilai LFG > 90 ml/menit/1,73m²

Seseorang perlu waspada akan kondisi ginjalnya berada pada stadium 1 apabila kadar ureum atau kreatinin berada di atas normal, didapati darah atau protein dalam urin, adanya bukti visual kerusakan ginjal melalui pemeriksaan MRI, CT Scan, ultrasound atau contrast x-ray, dan salah satu keluarga menderita penyakit ginjal polikistik. Cek serum kreatinin dan protein dalam urin secara berkala dapat menunjukkan sampai berapa jauh kerusakan ginjal penderita. Bagi penderita GJK stadium I dianjurkan untuk:

- 1) Melakukan diet sehat, diantaranya: Mengonsumsi roti dan sereal gandum whole grain, buah segar dan sayur sayuran, pilih asupan rendah kolesterol dan lemak, batasi asupan makanan olahan yang banyak mengandung kadar gula dan sodium tinggi, batasi penggunaan garam dan racikan yang mengandung sodium tinggi saat memasak makanan, pertahankan kecukupan kalori, pertahankan berat tubuh yang ideal, asupan kalium dan fosfor biasanya tidak dibatasi

kecuali bagi yang kadar di dalam darah diatas normal dan pertahankan tekanan darah pada level normal, yaitu: 125/75 bagi penderita diabetes, 130/85 bagi penderita non diabetes dan non proteinuria, serta 125/75 bagi penderita diabetes dengan proteinuria

- 2) Pertahankan kadar gula darah pada level normal.
- 3) Melakukan pemeriksaan secara rutin ke dokter, termasuk melakukan cek serum kreatinin untuk mendapatkan nilai GFR.
- 4) Minum obat - obatan yang diresepkan oleh dokter.
- 5) Berolah raga secara teratur.
- 6) Berhenti merokok

b. Stadium 2 memiliki nilai LFG 60 – 89 ml/menit/1,73m²

Seseorang perlu waspada akan kondisi ginjalnya berada pada stadium 2 apabila: kadar ureum atau kreatinin berada di atas normal, didapati darah atau protein dalam urin, adanya bukti visual kerusakan ginjal melalui pemeriksaan MRI, CT Scan, ultrasound atau contrast x-ray, dan salah satu keluarga menderita penyakit ginjal polikistik.

c. Stadium 3 memiliki nilai LFG 30 – 59 ml/menit/1,73m²

Seseorang yang menderita GJK stadium 3 mengalami penurunan GFR moderat yaitu diantara 30 s/d 59 ml/min. Dengan penurunan pada tingkat ini akumulasi sisa-sisa metabolisme akan menumpuk dalam darah yang disebut uremia. Pada stadium ini muncul komplikasi seperti tekanan darah tinggi (hipertensi), anemia atau keluhan pada tulang. Gejala- gejala juga terkadang mulai dirasakan seperti:

- 1) Fatigue: rasa lemah/lelah yang biasanya diakibatkan oleh anemia.
- 2) Kelebihan cairan: Seiring dengan menurunnya fungsi ginjal membuat ginjal tidak dapat lagi mengatur komposisi cairan

yang berada dalam tubuh. Hal ini membuat penderita akan mengalami pembengkakan sekitar kaki bagian bawah, seputar wajah atau tangan. Penderita juga dapat mengalami sesak nafas akibat teralu banyak cairan yang bera didalam tubuh.

- 3) Perubahan pada urin: urin yang keluar dapat berbusa yang menandakan adanya kandungan protein di urin, Selain itu warna urin juga mengalami perubahan menjadi coklat, oranye tua, atau merah apabila bercampur dengan darah. Kuantitas urin bisa bertambah atau berkurang dan terkadang penderita sering terbangun untuk buang air kecil di tengah malam.
- 4) Rasa sakit pada ginjal. Rasa sakit sekitar pinggang tempat ginjal berada dapat dialami oleh sebagian penderita yang mempunyai masalah ginjal seperti polikistik dan infeksi.
- 5) Sulit tidur: Sebagian penderita akan mengalami kesulitan untuk tidur disebabkan munculnya rasa gatal, kram ataupun *rest/less/egs*. Penderita GGK pada stadium ini biasanya akan diminta untuk menjaga kecukupan protein namun tetap mewaspadai kadar fosfor yang ada dalam makanan tersebut, karena menjaga kadar fosfor dalam darah tetap rendah penting bagi kelangsungan fungsi ginjal. Selain itu penderita juga harus membatasi asupan kalsium apabila kandungan dalam darah terlalu tinggi. Tidak ada pembatasan kalium kecuali didapati kadar dalam darah diatas normal. Membatasi karbohidrat biasanya juga dianjurkan bagi penderita yang juga mempunyai diabetes. Mengontrol minuman diperlukan selain pembatasan sodium untuk penderita hipertensi.

d. Stadium 4 memiliki nilai LFG 15 – 29 ml/menit/1,73m²

Pada stadium ini fungsi ginjal hanya sekitar 15-30% saja dan apabila seseorang berada pada stadium ini maka sangat mungkin dalam waktu dekat diharuskan menjalani terapi pengganti ginjal/dialisis atau melakukan transplantasi. Kondisi dimana terjadi penumpukan racun dalam darah atau uremia biasanya muncul pada stadium ini. Selain itu besar kemungkinan muncul komplikasi seperti tekanan darah tinggi (hipertensi), anemia, penyakit tulang, masalah pada jantung dan penyakit kardiovaskular lainnya. Gejala yang mungkin dirasakan pada stadium 4 adalah: *fatigue*: rasa lemah/lelah yang biasanya diakibatkan oleh anemia, kelebihan cairan, perubahan pada urin: urin yang keluar dapat berbusa yang menandakan adanya kandungan protein di urin, rasa sakit pada ginjal, sulit tidur, *nausea*: muntah atau rasa ingin muntah, perubahan cita rasa makanan, bau mulut *uremic*: ureum yang menumpuk dalam darah dapat dideteksi melalui bau pernafasan yang tidak enak, dan sulit berkonsentrasi. Pend. erita GGK stadium 4 dianjurkan untuk melakukan diet sehat antara lain:

- 1) Mengonsumsi roti dan sereal gandum whole grain, buah segar dan sayur sayuran. Namun konsumsi beberapa jenis sayuran, buah dan sereal gandum perlu dibatasi apabila kadar fosfor dan kalium dalam tubuh berada di atas normal.
- 2) Pilih asupan rendah kolesterol dan lemak.
- 3) Meniaga asupan protein sesuai dengan kecukupan gizi yang dianjurkan untuk orang sehat yaitu 0.8 gram protein per kilogram berat badan.
- 4) Batasi asupan makanan olahan yang banyak mengandung kadar gula dan sodium tinggi.
- 5) Pertahankan berat tubuh yang ideal, salah satunya dengan melakukan aktivitas olahraga yang sesuai dengan kemampuan.

- 6) Menjaga kecukupan asupan protein, namun perlu diperhatikan konsumsi makanan yang mengandung kadar protein yang tinggi.
- 7) Asupan vitamin D dan besi biasanya disesuaikan dengan kebutuhan.
- 8) Membatasi asupan fosfor dan kalsium dan kalium apabila kadar dalam darah diatas normal.

Rekomendasi untuk memulai terapi pengganti ginjal adalah apabila fungsi ginjal hanya tinggal 15% ke bawah. Uraian diatas adalah upaya- upaya dilakukan untuk memperpanjang fungsi ginjal serta menunda terapi dialisis atau transplantasi

e. Stadium 5 (penyakit ginjal stadium akhir terminal atau < 15 ml/min)

Pada level ini ginjal kehilangan hampir seluruh kemampuannya untuk bekerja secara optimal. Untuk itu diperlukan suatu terapi pengganti ginjal (dialisis) atau transplantasi agar penderita dapat bertahan hidup. Gejala yang dapat timbul pada stadium 5 antara lain, kehilangan napsu makan, mual, sakit kepala, merasa lelah, tidak mampu berkonsentrasi, gatal - gatal, urin tidak keluar atau hanya sedikit sekali, bengkak, terutama di seputar wajah, mata dan pergelangan kaki, kram otot dan perubahan warna kulit. Seseorang didiagnosa menderita gagal ginjal terminal disarankan untuk melakukan hemodialisis, peritoneal dialisis atau transplantasi ginjal.

Diet sehat bagi penderita gagal ginjal terminal yang menjalani dialisis antara lain:

- 1) Mengonsumsi roti dan sereal gandum whole grain, buah segar dan sayur sayuran. Namun konsumsi beberapa jenis sayuran, buah dan sereal gandum yang mengandung kadar fosfor dan kalium yang tinggi perlu dibatasi atau dihindari.
- 2) Pilih asupan rendah kolestrol dan lemak.

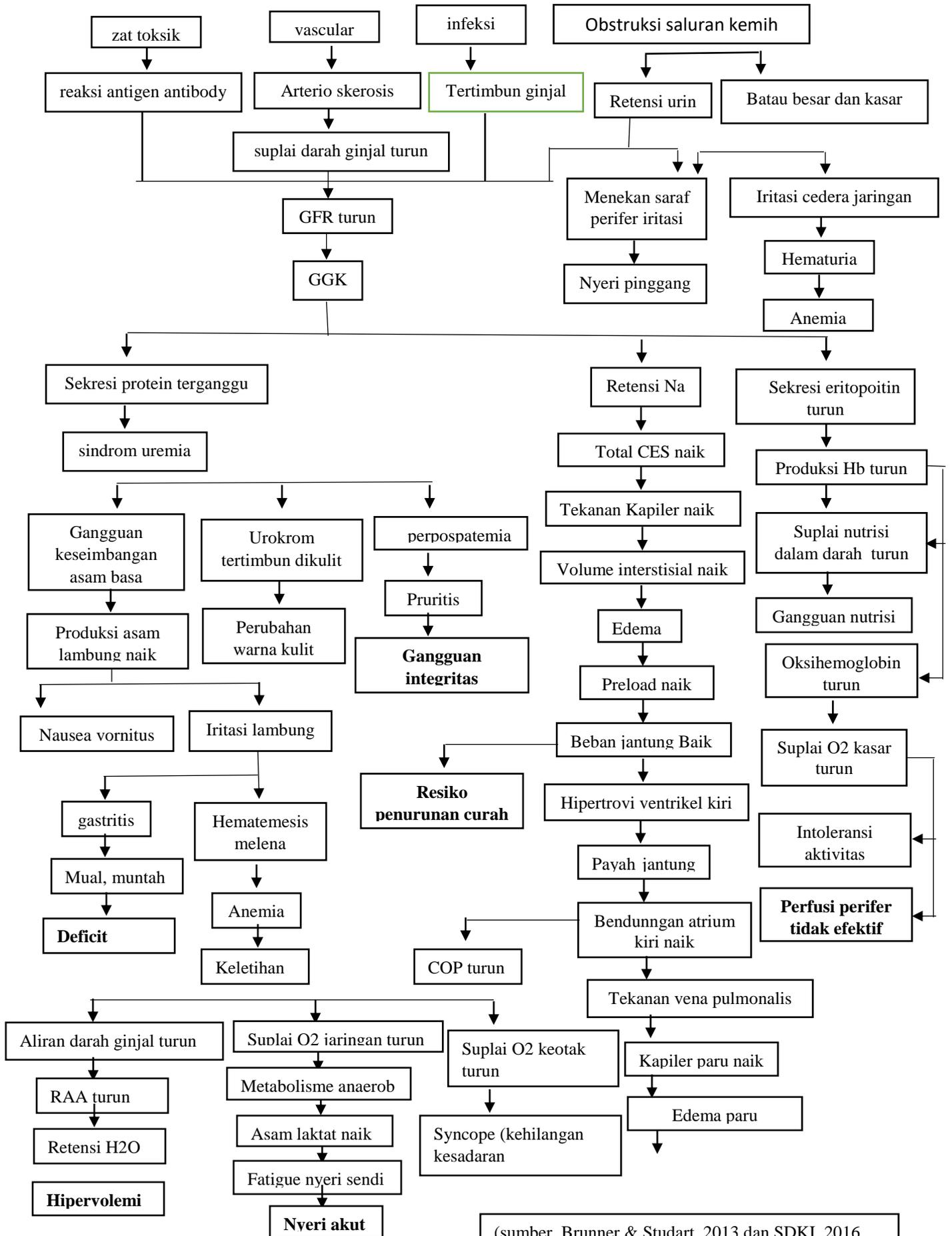
- 3) Menjaga asupan protein sesuai dengan kecukupan gizi yang dianjurkan untuk orang sehat yaitu 0.8 gram protein per kilogram berat badan.
- 4) Batasi asupan makanan olahan yang banyak mengandung kadar gula dan sodium tinggi.
- 5) Pertahankan berat tubuh yang ideal dengan mengkonsumsi cukup kalori salah satunya dan melakukan aktivitas olahraga yang sesuai dengan kemampuan,
- 6) Meningkatkan asupan protein sesuai dengan kebutuhan individu masing - masing penderita yang ditentukan oleh ahli gizi.
- 7) Asupan vitamin D dan besi biasanya disesuaikan dengan kebutuhan.
- 8) Membatasi asupan fosfor tidak lebih dari 1000 mg atau sesuai dengan kebutuhan individu masing- masing menurut rekomendasi ahli gizi.
- 9) Membatasi asupan kalium tidak lebih dari 2000 mg s/d 3000 mg atau disesuaikan dengan kebutuhan individu masing-masing menurut rekomendasi ahli gizi.

6. Patofisiologi

Patofisiologi gagal ginjal kronik beragam, bergantung pada proses penyakit penyebab. Tanpa melihat penyebab awal, glomerulosklerosis dan inflamasi interstisial dan fibrosis adalah ciri khas gagal ginjal kronik dan menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Seluruh unit nefron secara bertahap hancur. Pada tahap awal, saat nefron hilang nefron fungsional yang masih ada mengalami hipertrofi. Aliran kapiler glomerulus dan tekanan meningkat dalam nefron ini dan lebih banyak partikel zat terlarut disaring untuk mengkompensasi massa ginjal yang hilang. Kebutuhan yang meningkat ini menyebabkan nefron yang masih ada mengalami glomerulus, menimbulkan kerusakan nefron pada akhirnya. Proteinuria akibat kerusakan glomerulus diduga menjadi penyebab

cedera tubulus. Proses hilangnya fungsi nefron yang kontinu ini dapat terus berlangsung meskipun setelah proses penyakit awal telah teratasi. Perjalanan gagal ginjal kronik beragam, berkembang selama periode bulanan hingga tahunan. Pada tahap awal, seringkali disebut penurunan cadangan ginjal, nefron yang tidak terkena mengkompensasi nefron yang hilang. Laju filtrasi glomerulus (LFG) sedikit turun dan pada pasien asimtomatik disertai BUN dan kadar kreatinin serum normal. Ketika penyakit berkembang dan LFG turun lebih lanjut, hipertensi dan beberapa manifestasi insufisiensi ginjal dapat muncul. Serangan berikutnya pada ginjal di tahap ini (misalnya infeksi, dehidrasi, atau obstruksi saluran kemih) dapat menurunkan fungsi dan memicu awitan gagal ginjal atau uremia nyata lebih lanjut. Kadar serum kreatinin dan BUN naik secara tajam, pasien menjadi oliguria, dan manifestasi uremia muncul. Pada gagal ginjal kronik tahap akhir, LFG kurang dari 10% normal dan terapi penggantian ginjal diperlukan untuk mempertahankan hidup (Dila & Panma, 2019)

7. Pathway



(sumber. Brunner & Studart, 2013 dan SDKI, 2016)

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang Menurut (Arif & Kumala, 2014) dalam (Alesiana, 2021) Pemeriksaan penunjang pasien gagal ginjal kronik terdiri dari :

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Laju Endap Darah Laju endap darah meninggi yang diperberat oleh adanya anemia, dan hipoalbuminemia. Anemia normositer nomokrom, dan jumlah retikulosit yang rendah
- 2) Ureum dan Kreatinin Ureum dan kreatinin meninggi biasanya perbandingan antara ureum dan kreatinin kurang lebih 20 : 1. Perbandingan bisa meninggi yang disebabkan oleh perdarahan saluran cerna, demam, luka bakar luas, pengobatan steroid, dan obstruksi saluran kemih. Perbandingan ini berkurang yaitu ureum lebih kecil dari kreatinin, pada diet rendah protein, dan tes Klirens Kreatinin yang menurun.
- 3) Hiponatremia Umumnya karena kelebihan cairan.
Hiperkalemia : Biasanya terjadi pada pasien gagal ginjal lanjut dengan menurunnya diuresis.
- 4) Hipokalsemia dan Hiperfosfatemia Terjadi karena berkurangnya sintesis vitamin D3 pada gagal ginjal kronik
- 5) Phospat Alkaline Meninggi Phospat alkaline meninggi akibat gangguan metabolisme tulang, terutama isoenzim fosfatase lindi tulang.
- 6) Hipoalbuminemia dan Hipokolesterolemia Umumnya disebabkan gangguan metabolisme dan diet rendah protein.
- 7) Peninggian Gula Darah Akibat gangguan metabolisme karbohidrat pada gagal ginjal (resistensi terhadap pengaruh insulin pada jaringan perifer)
- 8) Hipertrigliserida Akibat gangguan metabolisme lemak, disebabkan peninggian hormon insulin dan menurunnya lipoprotein lipase

- 9) Asidosis Metabolik Dengan kompensasi respirasi menunjukkan pH yang menurun, HCO_3 yang menurun, PCO_2 yang menurun semuanya disebabkan retensi asam-asam organik pada gagal ginjal.
- a. 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 puasa.
 - b. Intra Vena Pielografi (IVP) untuk menilai sistem pelviokalis dan ureter. Pemeriksaan ini mempunyai risiko penurunan faal ginjal pada keadaan tertentu, misalnya: usia lanjut, diabetes melitus, dan nefropati asam urat.
 - c. USG untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih, dan prostat.
 - d. Renogram untuk menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi dari gangguan (vaskuler, parenkim, ekskresi) serta sisa fungsi ginjal. EKG untuk melihat kemungkinan: hipertropi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, aritmia, gangguan elektrolit (hiperkalemia)

9. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Rendi & TH, 2019) dalam (Alesiana, 2021) penatalaksanaan pada pasien gagal ginjal kronis adalah

- a. Optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan dan garam. Biasanya diusahakan hingga tekanan vena jugularis sedikit meningkat dan terdapat edema betis ringan. Pengawasan dilakukan melalui berat badan, urine dan pencatatan keseimbangan cairan.
- b. Diet tinggi kalori dan rendah protein.
Diet rendah protein (20 - 40 g/hari) dan tinggi kalori menghilangkan gejala anoreksia dan nausea dari uremia,

menyebabkan penurunan uremia, menyebabkan penurunan ureum dan perbaikan gejala. Hindari masukan berlebih dari kalium dan garam.

- c. Kontrol hipertensi Pada pasien hipertensi dengan penyakit gagal ginjal, keseimbangan garam dan cairan diatur sendiri tanpa tergantung tekanan darah. Sering diperlukan diuretik loop, selain obat antihipertensi.

- d. Kontrol ketidakseimbangan elektrolit.

Yang sering ditemukan adalah hiperkalemia dan asidosis berat. Untuk mencegah hiperkalemia, dihindari masukan kalium yang besar (batasi hingga 60 mmol/hari), diuretik hemat kalium, obat-obat yang berhubungan dengan ekskresi kalium (misalnya penghambat ACE dan obat antiinflamasi nonsteroid), asidosis berat, atau kekeurangan garam yang menyebabkan pelepasan kalium dari sel dan ikut dalam kaliuresis. Deteksi melalui kadar kalium plasma dan EKG.

- e. Mencegah dan tatalaksana penyakit tulang ginjal.

Hiperfosfatemia dikontrol dengan obat yang mengikat fosfat seperti aluminium hidroksida (300-800 mg) atau kalsium karbonat (500- 3.000mg) pada setiap makan

- f. Deteksi dini dan terapi infeksi.

Pasien uremia harus diterapi sebagai pasien immunosupresif dan diterapi lebih ketat.

- g. Modifikasi terapi obat dengan fungsi ginjal

Banyak obat-obatan yang harus diturunkan dosisnya karena metabolitnya toksik dan dikeluarkan oleh ginjal.

- h. Deteksi dini dan terapi komplikasi.

Awasi dengan ketat kemungkinan ensefalopati uremia, perikarditis, neuropati perifer, hiperkalemia yang meningkat, kelebihan cairan yang meningkat, infeksi yang mengancam jiwa, kegagalan untuk bertahan, sehingga diperlukan dialisis.

- i. Persiapkan dialisis dan program transplantasi ginjal.

Segera dipersiapkan setelah gagal ginjal kronik dideteksi, indikasi dilakukan dialisis biasanya adalah gagal ginjal dengan gejala klinis yang jelas meski telah dilakukan terapi konservatif atau terjadi komplikasi.

10. Pencegahan

Pencegahan penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah salah satu jenis penyakit yang tidak menular memimiliki angka cukup tinggi namun demikian penyakit ini dapat dihindari melalui upaya pencegahan meliputi (Irwan, 2016) dalam (Mufliha, 2022)

- a. Mengendalikan penyakit diabetes, tekanan darah tinggi, dan juga penyakit jantung dengan lebih baik. Penyakit ginjal merupakan salah satu penyakit sekunder akibat dari penyakit primer yang mendasarinya. Oleh sebab itulah, perlunya mengendalikan dan mengontrol penyakit primer agar tidak komplikasi menjadi gagal ginjal.
- b. Mengurangi makanan yang mengandung garam adalah salah satu jenis makanan dengan kandungan natrium yang tinggi. Natrium yang tinggi bukan hanya bisa menyebabkan tekanan darah meningkat, namun juga akan memicu terjadinya proses pembentukan batu ginjal.
- c. Minumlah banyak air setiap harinya.
Air adalah salah satu komponen makanan yang diperlukan tubuh agar bisa terhindar dari dehidrasi. Selain itu, air juga bisa berguna dalam membantu untuk mengeluarkan racun dari dalam tubuh dan membantu mempertahankan volume serta konsentrasi darah. Selain itu air juga bisa berguna dalam memelihara sistem pencernaan dan membantu mengendalikan suhu tubuh.
- d. Jangan menahan buang air kecil. Penyaringan darah merupakan salah satu fungsi yang paling utama yang dimiliki ginjal. Disaat proses penyaringan berlangsung, maka jumlah dari kelebihan cairan

akan tersimpan di dalam kandung kemih dan setelah itu harus segera dibuang. Walaupun kandung kemih mampu menampung lebih banyak urin, tetapi rasa ingin buang air kecil akan dirasakan di saat kandung kemih sudah mulai penuh sekitar 120 – 250 ml urin. Sebaiknya jangan pernah menahan buang air kecil. Hal ini akan berdampak besar dari terjadinya proses penyaringan ginjal.

B. Konsep Cairan

1. Kebutuhan Cairan

Kebutuhan cairan merupakan bagian dari kebutuhan dasar manusia secara fisiologis yang memiliki peranan besar di dalam tubuh, hampir 90% dari total berat badan tubuh. Secara keseluruhan persentase cairan tubuh berdasarkan umur adalah : bayi baru lahir 75% dari total berat badan, pria dewasa 75%, wanita dewasa 55%, dan dewasa tua 45%. Persentase cairan tubuh bervariasi, bergantung pada faktor usia, lemak tubuh, dan jenis kelamin. Jika lemak tubuh sedikit maka cairan dalam tubuh lebih besar. Wanita dewasa mempunyai jumlah cairan tubuh lebih sedikit dibanding pria karena pada wanita dewasa jumlah lemak dalam tubuh lebih banyak dibanding pada pria. (Mufliha, 2022)

2. Pengaturan Volume Cairan

Tubuh Menurut Haswita dalam buku Kebutuhan Dasar Manusia (2017) dalam (Mufliha, 2022) Keseimbangan cairan dalam tubuh dihitung dari keseimbangan antara cairan yang masuk dan cairan yang keluar.

- a. Asupan Cairan Asupan (intake) cairan untuk kondisi normal pada orang dewasa adalah ± 2500 cc per hari. Pengaturan mekanisme keseimbangan cairan ini menggunakan mekanisme rasa haus. Pusat pengaturan haus adalah hipotalamus. Apabila terjadi ketidakseimbangan volume cairan tubuh di mana asupan cairan kurang atau adanya perdarahan, maka curah jantung menurun, menyebabkan terjadinya penurunan tekanan darah.

b. **Pengeluaran Cairan** Pengeluaran (output) cairan sebagai bagian dalam mengimbangi asupan cairan pada orang dewasa dalam kondisi normal adalah ± 2300 cc. Jumlah cairan yang paling banyak keluar berasal dari ekskresi ginjal (berupa urine), sebanyak ± 1500 cc perhari pada orang dewasa. Hal ini juga bergantung pada banyaknya asupan air melalui mulut. Pengeluaran cairan juga dapat dilakukan melalui kulit (berupa keringat) dan saluran pencernaan (berupa feses). Pasien dengan ketidakadekuatan pengeluaran cairan memerlukan pengawasan asupan dan pengeluaran cairan secara khusus. Peningkatan jumlah dan kecepatan pernapasan, demam, keringat, dan diare dapat menyebabkan kehilangan cairan secara berlebihan. Kondisi lain yang dapat menyebabkan kehilangan cairan secara berlebihan adalah muntah secara terus menerus. Hasil-hasil pengeluaran cairan adalah :

- 1) Urine, pembentukan urine terjadi di ginjal dan dikeluarkan melalui vesika urinaria (kandung kemih). Proses ini merupakan proses pengeluaran cairan tubuh yang utama. Cairan dalam ginjal disaring pada glomerulus dan dalam tubulus ginjal untuk kemudian diserap kembali ke dalam aliran darah. Hasil ekskresi terakhir proses ini adalah urine. Jika terjadi penurunan volume urine dalam sirkulasi darah, reseptor atrium jantung kiri dan kanan akan mengirimkan impuls ke otak, kemudian otak akan mengirimkan impuls kembali ke ginjal dan memproduksi ADH sehingga memengaruhi pengeluaran urine.
- 2) Keringat, terbentuk bila tubuh menjadi panas akibat pengaruh suhu. Keringat mengandung banyak garam, urea, asam laktat, dan ion kalium. Banyaknya jumlah keringat yang keluar akan memengaruhi kadar natrium dalam plasma.
- 3) Feses, yang keluar mengandung air dan sisanya berbentuk padat. Pengeluaran air melalui feses merupakan pengeluaran cairan paling sedikit jumlahnya. Jika cairan yang keluar melalui feses

jumlahnya berlebihan, maka dapat mengakibatkan tubuh lemas.

Jumlah rata-rata pengeluaran cairan melalui feses adalah 100ml/hari.

3. Mengukur Intake dan Output Cairan

Pengukuran intake dan output cairan merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk mengukur jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh (intake) dan jumlah cairan yang keluar dari tubuh (output). Tujuan pengukuran intake dan output cairan, antara lain :

- a. Menentukan status keseimbangan cairan tubuh klien.
- b. Menentukan tingkat dehidrasi ataupun tingkat kelebihan cairan klien.

Prosedur pengukuran adalah sebagai berikut :

- 1) Tentukan jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh. Cairan yang masuk ke dalam tubuh melalui air minum, air dalam makanan, air hasil oksidasi (metabolism), dan cairan intravena.
- 2) Tentukan jumlah cairan yang keluar dari tubuh klien. Cairan yang keluar dari tubuh terdiri atas urine, insensible water loss (IWL), feses, dan muntah
- 3) Tentukan keseimbangan cairan tubuh klien dengan rumus :
Balance Cairan = intake - output

Hal yang perlu diperhatikan :

- 1) Rata-rata intake cairan per hari :
 - a) Air minum : 1500-2500 ml
 - b) Air dari makanan : 750 ml
 - c) Air hasil metabolisme oksidatif : 300 ml
- 2) Rata-rata output cairan per hari :
 - a) Urine : 1-2 cc/kgBB/jam
 - b) Insensible water loss (IWL):
 - Dewasa : 10-15 cc/kgBB/hari
 - Anak-anak : 30-umur (th) cc/kgBB/hari
 - Bila ada kenaikan suhu : 200 (suhu sekarang-36,80C)

c) Feses : 100-200 ml

Sumber : Horne dan Swearingen 2001 dalam (Mufliha, 2022)

C. Konsep Hemodialisa

1. Pengertian Hemodialisa

Hemodialisa adalah suatu teknologi tinggi sebagai pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, dan zat lainnya melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisa pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Brunner dan Suddart, dalam Rikoyani 2018).

2. Tujuan Hemodialisa

Tujuan hemodialisis adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebihan. Pada hemodialisis, aliran darah yang penuh dengan toksik dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh pasien ke dialise tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh pasien (Brunner & Suddarths, 2015). Hemodialisa dilakukan dengan mensirkulasi darah klien melalui mesin yang berada di luar tubuh dengan menggunakan kanula khusus atau pirau yang akan menghubungkan klien dengan mesin. Hemodialisa dilakukan dalam mesin dialisis dengan mengalirkan darah dari klien (Rosdahl & Caroline, 2015) dalam (Mufliha, 2022)

3. Prinsip-prinsip yang Mendasari Hemodialisa

Terdapat 3 prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu osmosis, difusi dan ultrafiltrasi (Brunner & Suddarths, 2015). Dalam (Mufliha, 2022)

a. Difusi

Pada proses ini toksik dan zat limbah didalam darah dikeluarkan dengan cara: darah yang memiliki konsentrasi tinggi bergerak menuju ke darah

yang memiliki konsentrasi rendah. Cairan dialisis tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal.

b. Osmosis

Prinsip yang kedua adalah osmosis, pada prinsip ini terjadi pengeluaran air yang berlebihan. Pengeluaran air dapat dikendalikan dengan menciptakan gradien tekanan; dengan kata lain, air bergerak dari tekanan yang lebih tinggi (tubuh pasien) ke tekanan yang lebih rendah (cairan dialisis).

c. Ultrafiltrasi

Ultrafiltrasi dikenal juga dengan meningkatkan gradien melalui penambahan tekanan negatif. Tekanan negatif yang diterapkan pada alat ini sebagai pengisap pada membran dan memfasilitasi pengeluaran air. Karena pasien tidak dapat mengekskresikan air, kekuatan ini diperlukan untuk mengeluarkan cairan hingga tercapai isovolemia (keseimbangan cairan).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Pengkajian

1. Pengkajian

Pengkajian fokus keperawatan yang perlu diperhatikan pada penderita gagal ginjal kronik menurut Prabowo (2014) dan Le Mone & Burke (2016) dalam (Mufliha, 2022)

a. Anamnesa

1) Biodata Tidak ada spesifik khusus untuk kejadian gagal ginjal, namun laki-laki sering memiliki resiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat.

2) Keluhan Utama

Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa urin output yang menurun dari oliguria-anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada sistem sirkulasi-ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, diaforesis, fatigue, napas berbau urea, dan pruritus.

3) Riwayat Kesehatan

Keluhan anoreksia, mual, kenaikan berat badan, atau edema, penurunan output urin, perubahan pola napas, perubahan fisiologis kulit dan bau urea pada napas.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji riwayat penyakit terdahulu seperti penyakit ISK, payah jantung, penggunaan obat-obat berlebihan, diabetes melitus, hipertensi atau batu saluran kemih.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat hereditas.

6) Riwayat Psikososial

Kondisi ini tidak selalu ada gangguan jika klien memiliki coping adaptif yang baik. Pada klien gagal ginjal kronis, biasanya perubahan psikososial terjadi pada waktu klien mengalami perubahan struktur fungsi tubuh dan menjalani proses dialisa.

7) Keadaan Umum Dan Tanda-Tanda Vital

Kondisi klien gagal ginjal kronis biasanya lemah (fatigue), tingkat kesadaran bergantung pada tingkat toksisitas. Pada pemeriksaan TTV sering didapatkan RR meningkat (Tachypneu), hipertensi/hipotensi sesuai dengan kondisi.

8) Sistem Pernafasan

Adanya bau urea pada bau napas. Jika terjadi komplikasi asidosis/alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patalogis gangguan. Pola napas akan semakin cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi (Kusmaul).

9) Sistem Hematologi

Ditemukan adanya friction rub pada kondisi uremia berat. Selain itu, biasanya terjadi TD meningkat, akral dingin, CRT >3 detik, palpitasi jantung, chest pain, dyspnea, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya. Kondisi ini akan semakin parah jika zat sisa metabolisme semakin tinggi dalam tubuh karena tidak efektif dalam eksresinya. Selain itu, pada fisiologi darah sendiri sering ada gangguan anemia karena penurunan eritropoetin.

10) Sistem Neuromuskuler

Penurunan kesadaran terjadi jika telah mengalami hiperkarbic dan sirkulasi cerebral terganggu. Oleh karena itu, penurunan kognitif dan terjadinya disorientasi akan dialami klien gagal ginjal kronis.

11) Sistem Kardiovaskuler

Penyakit yang berhubungan langsung dengan kejadian gagal ginjal kronis salah satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi di atas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnansi ini akan memicu retensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan beban jantung.

12) Sistem Endokrin

Berhubungan dengan pola seksualitas, klien dengan gagal ginjal kronis akan mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormon reproduksi. Selain itu, jika kondisi gagal ginjal kronis berhubungan dengan penyakit diabetes mellitus, maka akan ada gangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada proses metabolisme.

13) Sistem Perkemihan

Dengan gangguan/kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi dan ekskresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urin output < 400 ml/hr bahkan sampai pada anuria. Gangguan sistem pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit (stress effect). Sering ditemukan anoreksia, mual, muntah dan diare.

Sistem Muskuloskeletal Dengan penurunan/ kegagalan fungsi sekresi pada ginjal maka berdampak pada proses demineralisasi tulang, sehingga resiko terjadinya osteoporosis tinggi

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Tanda vital : tekanan darah meningkat, suhu meningkat, nadi lemah, disritmia, pernapasan kusmaul, tidak teratur.
- 2) Kepala :
 - Mata: konjungtiva anemis, mata merah, berair, penglihatan kabur, edema periorbital.
 - Rambut: rambut mudah rontok, tipis dan kasar. iii. Hidung : pernapasan cupinghidung
 - Mulut : ulserasi dan perdarahan, nafas berbau ammonia, mual, muntah serta cegukan, peradangangusi.
- 3) Leher : pembesaran vena leher.
- 4) Dada dan toraks : penggunaan otot bantu pernafasan, pernafasan dangkal dan kusmaul serta krekels, nafas dangkal, pneumonitis, edema pulmoner, friction rub pericardial.
- 5) Abdomen : nyeri area pinggang, asites
- 6) Genital : atrofi testikuler, amenore.
- 7) Ekstremitas : capillary refill time > 3 detik, kuku rapuh dan kusam serta tipis, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki, foot drop, kelemahan otot.
- 8) Kulit : ekimosis, kulit kering, bersisik, warnakulit abu-abu, mengkilat atau hiperpigmentasi, gatal (pruritis), kuku tipis dan rapuh, memar (purpura), edema. Derajat edema :
 - Derajat I: Kedalamannya 1-3 mm dengan waktu kembali 3 detik.
 - Derajat II: Kedalamannya 3-5 mm dengan waktu kembali 5 detik.

- Derajat III: Kedalamannya 5-7 mm dengan waktu kembali 7 detik.
- iv. Derajat IV: Kedalamannya 7 mm dengan waktu kembali 7 detik

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI, (2016) berdasarkan SDKI diagnosa keperawatan yang mungkin dapat ditegakkan pada pasien CKD adalah :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- b. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- e. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

3. Intervensi

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas(D.0005)

Tujuan dan Kriteria Hasil :

- 1) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 2) Dispnea menurun
- 3) Frekuensi napas membaikIntervensi:
- 4) Memonitor pola napas
- 5) Posisikan semi fowler atau fowler
- 6) Berikan oksigen
- 7) Kolaborasi pemberian bronkodilator

- b. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan (D.0022)

Tujuan dan Kriteria Hasil:

- 1) Tekanan darah menurun
- 2) Edema menurun
- 3) Turgor kulit membaik
- 4) Asupan cairan meningkatIntervensi

- 5) Periksa tanda dan gejala hypervolemia
 - 6) Identifikasi penyebab hypervolemia
 - 7) Monitor status hemodinamik
 - 8) Monitor intake dan output cairan
 - 9) Batasi asupan cairan dan garam
 - 10) Ajarkan cara membatasi cairan
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
(D.0077) Tujuan dan Kriteria Hasil :
- 1) Keluhan nyeri menurun
 - 2) Meringis menurun
 - 3) Kesulitan tidur menurun
 - 4) Tekanan darah sedang
4. Implementasi Keperawatan
- Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Wartolah, 2015). Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen:
- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
 - b. Diagnosis keperawatan
 - c. Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
 - d. Tanda tangan perawat pelaksana
5. Evaluasi
- Menurut Mahyar (2010) evaluasi keperawatan terdiri dalam beberapa komponen yaitu, tanggal dan waktu dilakukan evaluasi keperawatan, diagnosa keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Evaluasi keperawatan ini dilakukan dalam bentuk subjektif, objektif, assessment, dan planning (SOAP). Evaluasi yaitu penilaian hasil dari proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran

dari tindakan, Penilaian ini merupakan proses untuk menentukan apakah ada atau tidak kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian hingga pelaksanaan. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian hingga pelaksanaan.

Menurut Dermawan D. (2012) evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi.

Setelah melakukan tindakan keperawatan maka hasil evaluasi yang diharapkan untuk pasien Gagal Ginjal Kronik yaitu :

- a. Pertukaran gas efektif
- b. Tidak ada nyeri
- c. Kelebihan cairan atau edema tidak terjadi
- d. Mempertahankan masukan nutrisi yang adekuat
- e. Perfusi jaringan efektif
- f. Tidak terjadi kerusakan integritas kulit
- g. Tidak terjadi pendarahan
- h. Tidak terjadi infeksi

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Tiara Nur Safiri	Hari/Tanggal : 03 Mei 2023
NPM : 22.156.03.11.103	Tempat : ICU 2
Dx Medis : CKD ON HD	Inisial klien : Ny. S

PENGAJIAN GAWAT DARURAT

A. KASUS 1

1. Identitas pasien

Nama pasien : Ny. S
Tepat /Tgl Lahir : Jakarta
Usia : 56 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku Bangsa : Betawi
Pendidikan : SMA
Diagnosa Medis : CKD ON HD dengan dsypnea

2. Penanggung Jawab

Nam PJ : Tn. S
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Jakarta Jl. Al Barkah RT/RW 03/003 Rawabuaya
Agama : Islam
Hubungan dengan pasien: Suami

3. Riwayat kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien datang ke IGD dengan sesak sejak 2 hari batuk 3 hari, nafsu makan menurun demam, muntah

2. Riwayat Kesehatan sekarang

Pasien masuk ke ruang ICU 2 pada tanggal 29 April 2023 dengan keadaan sesak Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 03 Mei 2023,

kedaan umum pasien lemah, batuk berdahak pasien terpasang oksigen NRM 15 lpm, terpasang DC, terpasang CDL di femur dextra, Hasil TTV : TD : 127/102 MmHg N : 79x/menit RR : 33x/menit Spo2 : 90x/menit

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit DM sejak 2006 dan Hipertensi sejak 2010

4. Riwayat Keluarga

Suami pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang serupa

4. Pengkajian Primer

1. Airway

Ada sumbatan jalan napas terdapat sputum/secret

2. Breathing

Tampak menggunakan cuping hidung, Terpasang NRM O2 15 lpm, Diyspnea, Suara napas ronchi

3. Circulation

TD: 127/102 mmHg N: 79x/m, CRT < 3 detik, akral teraba hangat, tidak ada edema, turgor kulit kering

5. Pengkajian Sekunder

1. TTV:

- a. Suhu : 36,7⁰C
- b. Nadi : 92x/menit
- c. Pernafasan : 33x/menit
- d. Tekanan darah: 127/102 mmHg

2. Keadaan Umum:

- a. Tanda-tanda dari distress : pasien lemah
- b. Penampilan dihubungkan dengan usia : penampilan umum pasien baik
- c. Berpakaian dan kebersihan umum : pasien menggunakan pakaian rumah sakit
- d. BB : 60 kg

3. Pemeriksaan Fisik Head to toe:

a. Kepala :

- 1) Bentuk kepala : bentuk menshocepal
- 2) Kondisi kulit kepala : kepala kurang bersih, rambut beruban, tidak ada kelainan
- 3) Kebersihan : rambut pasien terdapat ketombe
- 4) Warna rambut : hitam dan terdapat uban

b. Sistem pernafasan

- 1) Hidung : Hidung simetris, terdapat pernapasan cuping hidung
- 2) Leher : nadi carotis teraba, tidak terdapat pembesaran

kelenjar Dada

- Bentuk dada (normal,barrel,pigeon chest) : dada simetris, tidak ada kelainan
- Gerakan dada (kiri dan kanan, apakah ada retraksi): gerakan dada kiri dan kanan normal
- Keadaan proksesus xipoides : tidak mengalami trauma
- Apakah ada suara nafas tambahan : terdengar rongkhi pada kedua paru
- Apakah ada clubbing finger : tidak ada

c. Sistem kardiovaskuler

- 1) Bibir (pucat, cyanosis) : bibir tampak kering, pucat, tidak terdapat sianosis
- 2) Arteri carotis : teraba lemah
- 3) Tekanan vena jugularis :tidak mengalami peningkatan JPV
- 4) Ictus cordis/apex : tidak tampak, tidak teraba
- 5) Suara jantung : suara jantung normal S1 S2
- 6) Capillary retilling time : < 3 detik

d. Sistem pencernaan

- 1) Bibir (lembab, kering, pecah-pecah, labio skizis): bibir kering
- 2) Mulut : bersih

- 3) Gaster (kembung, gerakan peristaltic : bisingusus normal 10-12x/m
 - 4) Abdomen (periksa sesuai dengan organ dalam tiap kuadran): tidak ada kelainan
 - 5) Anus (kondisi, spinkter ani) : normal tidak ada benjolan
- e. Sistem indra
- 1) Mata
 - Kelopak mata, bulu mata, alis : kelopak mata normal tidak ada kelainan
 - Conjunctiva (anemia/tidak) : anemis ki/ka
 - Sklera (ikterus/tidak) : sklera tidak ikterus ki/ka
 - Visus (gunakan snellen card) : tidak
 - Ukuran pupil : 3mm/3mm
 - Reaksi terhadap cahaya : Ka+Ki+
 - 2) Hidung
 - Penciuman, perih dihidung, trauma, mimisan : tidak terdapat kelainan
 - Sekret yang menghalangi penciuman : terdapat sekret
 - 3) Telinga
 - Keadaan daun telinga : normal, tidak ada kelainan
 - Fungsi pendengaran : pendengaran normal
- f. Sistem saraf
- 1) Fungsi cerebral
 - Status mental (orientasi, daya ingat, perhatian dan perhitungan, bahasa) : daya ingat sedikit berkurang, Bahasa masih jelas ketika bicara
 - Kesadaran (eyes, motorik, verbal) dengan GCS: E4 M6 V5 = 15

- Bicara (ekspresive dan resiptive) : normal
- Fungsi kranial (saraf kranial I s/d XII) : normal
- Fungsi motorik (massa, tonus dari kekuatan otot) : normal
- Fungsi sensorik (suhu, nyeri,): pasien respon terhadap rangsangan nyeri
- Fungsi cerebellum (koordinasi dan keseimbangan) : tidak dilakukan pengkajian
- Refleks (ekstremitas atas, bawah) : baik

g. Sistem muskuloskeletal

- 1) Vertebrae (bentuk, gerakan, ROM) : normal
- 2) Lutut (ROM) : normal
- 3) (kligamen, ROM) : normal
- 4) Bahu : normal
- 5) Tangan : normal

h. Sistem Integumen

- 1) Rambut (distribusi ditiap bagian tubuh, texture, kelembaban, kebersihan) : sedikit kotor
- 2) Kulit (perubahan warna, temperatur, kelembaban, ruam, texture): kulit tampak kering, tidak ada memar atau tidak ada kelainan
- 3) Kuku (warna, permukaan kuku, mudah patah, kebersihan): kuku tampak pucat

i. Sistem Endokrin

- 1) Gejala kreatinisme atau gigantisme : tidak terdapat gejala kreatinisme atau gigantisme
- 2) Ekskresi urine berlebihan, polydipsi, poliphagi : tidak terjadi polydipsia, polyphagia
- 3) Suhu tubuh yang tidak seimbang, keringat berlebihan, leher kaku) : suhu tubuh seimbang tidak dapat keringat berlebih

- 4) Riwayat bekas air seni dikelilingi semut : tidak ada riwayat tersebut
- j. Sistem perkemihan
- 1) Edema palpebra : tidak ada
 - 2) Edema Anasarka : tidak ada
 - 3) Keadaan Kandung Kemih : normal
 - 4) Nocturia, dysuria, kencing batu : tidak ada
 - 5) Penyakit hubungan seksual : tidak ada
- k. Sistem Reproduksi
- 1) Wanita
 - Payudara (putting, areola mammae, besar, perbandingan kiri dan kanan) : simetris payudara dan normal
 - Labiya mayora dan minora : normal
 - Keadaan hymen : normal
 - Haid pertama : usia 14 tahun
 - Siklus haid : normal
- l. Sistem imun
- 1) Alergi (cuaca, debu, bulu binatang, zat kimia) : tidak ada alergi
 - 2) Immunisasi : tidak dikaji
 - 3) Penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca : tidak dikaji
 - 4) Riwayat transfusi dan reaksinya : tidak dikaji

6. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan LAB
2. Rongen thorax edema pulmonal

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Nilai saat ini	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Hemoglobin	12.0	11.7 – 15.g/dl	Gr/dl
Hematokrit	35	35 – 47	%
Leukosit	11,3	3.6 – 11.0	10 ³ /UL
Trombosit	363	150 - 440	10 ³ /UL
Gas Darah			
Ph	7.40	7.35-7.45	
PCO2	34	32-45	mmHg
PO2	85	83-108	mmHg
HCO3	21	21-28	mEq/L
sO2	97	21.8-26.2	%
Kimia klinik			
Ureum	116	38.8	mg/dl
Kreatinin	5.6	0.5	mg/dl

7. Therapy Yang Diberikan

Tabel 3.2 Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Rute
Cefoferazone	3x1 gr	Injeksi
Omeprazole	2x40 mg	injeksi
Ondancentron	3x8 mg	Injeksi
Lasix	2x1 amp	Injeksi
Tutofusin	500 cc	Injeksi
Pct	3x1 tab	PO Via Oral
Cedocard	5 mg	PO Via Oral
Ambroxol	3x1 tab	PO Via Oral
Inhalasi Nebulizer (Ventolin 1 amp, combivent 1 amp)	/6 jam	Via mesin Nebulizer

8. Kebutuhan Sehari-hari

- 1) Diit : Lunak 3 kali ½ porsi /hari
- 2) Cairan : intake: 1404 cc/24 jam output : 480 cc/24 jam
Iwl : 400 cc/24 jam Diuresis : 0,3 cc/kg BB/jam
Balance : : +324 ml
- 3) Eliminasi : BAK: Terpasang DC
BAB : 1x/hari(pempers)
- 4) Kenyamanan : Pasien dengan posisi setengah duduk
- 5) Oksigenisasi : Terpasang O2 NRM 15 lpm

9. Analisa Data

ANALISA DATA

Data Fokus	Problem	Etiologi
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sesak - Klien mengatakan batuk berdahak - Klien mengatakan tidak dapat mengeluarkan dahak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sesak - suara nafas ronkhi - Terdapat cuping hidung - Tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak - RR : 29x/menit - Menggunakan O2 NRM 15 lpm - Rongen thorax edema pulmonal 	<p>Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)</p>	<p>Hambatan Upaya Napas</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak <p>DO:</p> <p>Hasil pemeriksaan darah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ureum 116 	<p>Hipervolemi (D.0022)</p>	<p>Kelebihan Asupan Cairan</p>

- kreatinin 5.6		
DS : - Klien mengatakan lemas dan lelah - Klien mengatakan sesak jika melakukan aktivitas Do : - Klien tampak lemah - Klien menggunakan pampers - klien terpasang DC	Intoleransi Aktivitas	Kelemahan

10. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Pola Napas Tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Napas (D.0005)
2.	Hipervolemi b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)
3.	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)

RENCANA TINDAKAN

Nama Klien : Ny. S

Jenis Kelamin : P

Tanggal Pengkajian : 03-05-2023

Ruangan : ICU 2

Dx Medis : CKD ON HD

No	Dx Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana Tindakan
1.	Pola Napas Tidak Efektif b.d Hambatan upaya napas (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil (L.01004) : 1. Pernapasan cuping hidung menurun 2. Frekuensi napas membaik 4. Dipsnea menurun	Manajemen jalan napas I.01011 : Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (ronkhi) 3. Monitor sputum Terapeutik 1. Posisikan semi-fowler atau fowler 2. Berikan oksigen, Edukasi 1. Ajarkan batuk efektif
2.	Hipervolemi b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Keluar urin meningkat 2. Turgor kulit membaik	Manajemen hypervolemia I.03114 : Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan

		3. Kelembaban membrane mukosa meningkat	<p>Terapeutik</p> <p>1. Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan cara membatasi cairan</p>
3.	Intoleransi Aktvitas Kelemahan (D.0056) b.d	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas membaik dengan KH :</p> <p>1.Saturasi oksigen meningkat</p> <p>2.Keluhan lelah menurun</p> <p>3.Dyspnea saat aktivitas menurun</p> <p>4.Dyspnea setelah aktivitas menurun</p> <p>5.Frekuensi napas membaik</p>	<p>Manajemen energy (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>2. Lakukan latihan rentang gerak fasif atau aktif</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>2. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari ke 1

Dx Keperawatan	Hari dan tanggal	Implementasi	Evaluasi Tindakan	paraf
Pola napas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas (D.0005)	Rabu 03 Mei 2023	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (ronkhi) 3. Memonitor sputum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan semi-fowler atau fowler 2. Memberikan oksigen, <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengajarkan batuk efektif 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak - Klien mengatakan batuk berdahak - Klien mengatakan tidak dapat mengeluarkan dahak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Terpasang O2 NRM 15 lpm - Bunyi napas ronkhi - Terdapat cuping hidung - Klien tampak batuk berdahak - Suara napas ronkhi - Mengajarkan klien batuk efektif - Klien di beri posisi tidur semifowler - Terapi nebulizer 3x1 - Ambroxol 3x1 tab - TTV <p>TD : 127/102 mmHg N : 79x/menit RR : 33x/menit Spo2 : 90x/menit</p>	

			<p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Hipervolemi b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)</p>	<p>Rabu 03 Mei 2023</p>	<p>Manajemen hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>3. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Membatasi asupan cairan dan garam</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Mengajarkan cara membatasi cairan</p>	<p>S :</p> <p>- Pasien mengatakan sesak napas</p> <p>O :</p> <p>- Mukosa bibir tampak kering</p> <p>Intake :1404 cc /24 jam</p> <p>Output : 480 cc/24 jam</p> <p>IWL : 400 cc/24 jam</p> <p>Balance : +324 ml</p> <p>Diuresis : 0,3</p> <p>Ureum : 116</p> <p>Kreatinin : 5.6</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)</p>	<p>Rabu 03 Mei 2023</p>	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan</p>	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan lemas dan lelah</p> <p>O :</p> <p>- Klien tampak lemah</p> <p>- Klien menggunakan pampers</p> <p>- Klien terpasang DC</p> <p>A:</p>	

		<p>selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan) 2. Melakukan latihan rentang gerak fasif atau aktif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan tirah baring 2. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 	<p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari ke 2

Dx Keperatan	Hari dan Tanggal	Implementasi	Evaluasi Tindakan	paraf
Pola napas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas (D.0005)	Kamis 04 Mei 2023	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan (ronkhi) 3. Memonitor sputum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan semi-fowler atau fowler 2. Memberikan oksigen, <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan batuk efektif 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sesak - Klien mengatakan batuk berdahak - Klien mengatakan masih belum dapat mengeluarkan dahak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Terpasang O2 NRM 15 lpm - Bunyi napas ronkhi - Suara napas ronkhi - Klien mampu batuk efektif dan belum mengeluarkan dahak - Terapi nebulizer /6 jam - Ambroxol 3x1 tab <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD :103/55 mmHg - RR : 30x/menit - N : 90x/menit <p>Spo2 : 93</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p>	

			P : Intervensi di lanjutkan	
Hipervolemi b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)	Kamis 04 Mei 2023	Manajemen hipervolemia (I.03114) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3. Memonitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Membatasi asupan cairan dan garam Edukasi 1. Mengajarkan cara membatasi cairan	S : - Pasien mengatakan sesak O : - Intake 796 cc/24 jam - Output 1600 cc/24 jam - Iwl= 600 cc/24 jam Balance = -1400 ml/24 jam Diuresis : 1,6 - Kulit tampak kering - Ureum 116 - Kreatinin 5.6 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)	Kamis 04 Mei 2023	Manajemen energi (I.05178) Observasi 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik	S : - Klien mengatakan masih lemas dan Lelah - Klien masih memakai pampers - Klien masih terpasang DC O : - Klien tampak lemah A: Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

		<p>1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>2. Melakukan latihan rentang gerak fasif atau aktif</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menganjurkan tirah baring</p> <p>2. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>		
--	--	---	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari ke 3

Dx Keperawatan	Hari dan Tanggal	Implementasi	Evaluasi Tindakan	paraf
Pola Napas Tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Napas (D.0005)	Jumat 05 Mei 2023	<p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Mengauskultasi bunyi napas 3. Memonitor saturasi oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sesak - Klien mengatakan batuk berdahak - Klien mengatakan sudah dapat keluar dahak sedikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak sesak - Klien tampak keluar dahak sedikit setelah di inhalasi - Sputum berwarna putih kental - Suara napas ronkhi - Klien mampu batuk efektif - Terapi nebulizer 3x1 - Ambroxol 3x1 tab <p>TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 105/56 mmHg - N : 90 x/menit - RR 28 x/menit - SPO2 : 95 % <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p>	

			P : Intervensi di lanjutkan	
Hipervolemi b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)	Jumat 05 mei 2023	<p>Manajemen hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3. Memonitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membatasi asupan cairan dan garam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan cara membatasi cairan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake 838 cc/24 Jam - Output : 70 cc/24 Jam - IWL : 600 cc/24 jam - Balance : + 168/24 Jam - Diuresis/24 jam 0,04 cc/kg/jam <p>Ureum : 116</p> <p>Kreatinin : 5.6</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi di lanjutkan</p>	
Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)	Jumat 05 Mei 2023	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih lemas dan lelah - Klien mengatakan masih sesak jika melakukan aktivitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak lemah - Klien masih tampak sesak - SPO2 : 95% <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p>	

		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan) 2. Melakukan latihan rentang gerak fasif atau aktif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan tirah baring 2. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 	<p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	--	--

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Tiara Nur Safiri	Hari/Tanggal : 03 Mei 2023
NPM : 22.156.03.11.103	Tempat : ICU 2
Dx Medis : CKD ON HD	Inisial klien : Tn. H

PENGKAJIAN GAWAT DARURAT**B. KASUS 2****1. Identitas pasien**

Nama pasien : Tn.H
Tepat /Tgl Lahir : Tangerang 14-01-1977
Usia : 46 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Suku Bangsa : Betawi
Pendidikan : SMA
Diagnosa Medis : CKD ON HD dengan hipotensi

2. Penanggung Jawab

Nam PJ : Ny. T
Pekerjaan : ibu rumah tangga
Alamat : Jakarta,kp.Malang,kec, Kaliderws,kel semanang
Agama : Islam
Hubungan dengan pasien : Istri

3. Riwayat kesehatan**1. Keluhan Utama**

Pasien datang ke IGD dengan kaki bengkak sudah 3 bulan, lemas, mual, pusing

2. Riwayat Kesehatan sekarang

Paisen mengatakan pusing, lemas, mual, terpasang DC, terpasang CDL di sup klavikula, terdapat edema pretibial ekstremitas bawah. Hasil TTV: TD : 72/50 mmHg, N : 81x/m, RR : 20x/m, S : 36,5⁰C, Spo2 : 97%.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Punya riwayat jantung

4. Riwayat Keluarga

istri pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang serupa

4. Pengkajian Primer

1. Airway

Tidak ada sumbatan jalan napas

2. Breathing

RR 20x/menit, tidak adanya pernapasan cuping hidung, tidak adanya jejas pada bagian thoraks

3. Circulation

Pasien tampak pucat, pasien mengalami penurunan tekanan darah TD : 72/50 MmHg, N : 81x/m MmHg, CRT > 3 detik, akral teraba dingin ada edema di ekstremitas bawah

5. Pengkajian Sekunder

1. TTV :

- a. Suhu : 36,5⁰C
- b. Nadi : 81x/m
- c. Pernafasan : 20x/m
- d. Tekanan darah : 72/50 mmHg

2. Keadaan Umum :

- a. Tanda-tanda dari distress : tidak
- b. Penampilan dihubungkan dengan usia : penampilan umum pasien baik
- c. Ekspresi wajah, bicara, mood : baik

- d. Berpakaian dan kebersihan umum : pasien menggunakan pakaian rumah sakit
- e. BB : 70 kg

3. Pemeriksaan Fisik Head to too :

a. Kepala :

- 1) Bentuk kepala : bentuk menshocepal
- 2) Kondisi kulit kepala : kurang bersih
- 3) Kebersihan : rambut pasien kurang bersih
- 4) Warna rambut : hitam dan terdapat uban

b. Sistem pernafasan

- 1) Hidung :
- 2) Leher : nadi carotis teraba, tidak terdapat pembesaran kelenjar
- 3) Dada
 - Bentuk dada (normal, barrel, pigeon chest) : normal
 - Gerakan dada (kiri dan kanan, apakah ada retraksi) : gerakan dada kiri dan kanan normal
 - Keadaan proksesus xipoides : tidak mengalami trauma
 - Suara nafas (trakhea, bronchial, bronchovesikular) : normal
 - Apakah ada suara nafas tambahan : tidak ada
 - Apakah ada clubbing finger : tidak ada

c. Sistem kardiovaskuler

- 1) Bibir (pucat, cyanosis) : bibir tampak kering, pucat, tidak terdapat sianosis
- 2) Arteri carotis : teraba lemah
- 3) Tekanan vena jugularis : tidak mengalami peningkatan JPV
- 4) Ictus cordis/apex : tidak teraba

- 5) Suara jantung : terdengar lup dup
- 6) Capillary refilling time : >3 detik
- d. Sistem pencernaan
- 1) Bibir (lembab, kering, pecah-pecah, labio skizis): bibir kering
 - 2) Mulut : bersih
 - 3) Gaster (kembung, gerakan peristaltic : peristaltic 10x/menit, tidak ada nyeri tekan
 - 4) Abdomen (periksa sesuai dengan organ dalam tiap kuadran) : tidak ada kelainan
 - 5) Anus (kondisi, spinkter ani) : normal tidak ada benjolan
- e. Sistem indra
- 1) Mata
 - Kelopak mata, bulu mata, alis : kelopak mata normal tidak ada kelainan
 - Conjunctiva (anemia/tidak) : conjungtiva tampak tidak anemis ki/ka
 - Sklera (ikterus/tidak) : sklera tidak ikterus ki/ka
 - Visus (gunakan snellen card) : tidak
 - Ukuran pupil : 3mm/3mm
 - Reaksi terhadap cahaya : baik
 - 2) Hidung
 - Penciuman, perih dihidung, trauma, mimisan :tidak terdapat kelainan
 - Sekret yang menghalangi penciuman : tidak terdapat sekret
 - 3) Telinga
 - Keadan daun telinga : normal, tidak ada kelainan
 - Fungsi pendengaran : pendengaran normal
- f. Sistem saraf

1) Fungsi cerebral

- Status mental (orientasi, daya ingat, perhatian dan perhitungan, bahasa) :
- Kesadaran (eyes, motorik, verbal) dengan GCS : E 4M6V5
- Bicara (ekspresive dan resiptive) : baik
- Fungsi kranial (saraf kranial I s/d XII) : normal
- Fungsi motorik (massa, tonus dari kekuatan otot) : normal
- Fungsi sensorik (suhu, nyeri,): pasien respon terhadap rangsangan nyeri
- Fungsi cerebellum (koordinasi dan keseimbangan) : normal
- Refleks (ekstremitas atas, bawah) : normal

g. Sistem muskuloskeletal

- 1) Vertebrae (bentuk, gerakan, ROM) : pergerakan sendi bebas
- 2) Lutut (ROM) : baik
- 3) Kaki (keutuhan ligamen, ROM) : terdapat edema pretibial
- 4) Bahu : baik
- 5) Tangan : baik

h. Sistem Integumen

- 1) Rambut (distribusi ditiap bagian tubuh, texture, kelembaban, kebersihan) : rambut tidak bersih
- 2) Kulit (perubahan warna, temperatur, kelembaban, ruam, texture): kulit kering
- 3) Kuku (warna, permukaan kuku, mudah patah, kebersihan): pucat

i. Sistem Endokrin

- 1) Gejala kreatinisme atau gigantisme : tidak terdapat gejala kreatinisme atau gigantisme

- 2) Ekskresi urine berlebihan, polydipsi, poliphagi : tidak terjadi polydipsia, polyphagia
 - 3) Suhu tubuh yang tidak seimbang, keringat berlebihan, leher kaku) : suhu tubuh seimbang tidak dapat keringat berlebih
 - 4) Riwayat bekas air seni dikelilingi semut : tidak ada riwayat tersebut
- j. Sistem perkemihan
- 1) Edema palpebra : tidak ada
 - 2) Edema Anasarka : tidak ada
 - 3) Keadaan Kandung Kemih : tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan
 - 4) Nocturia, dysuria, kencing batu : tidak ada
 - 5) Penyakit hubungan seksual : tidak ada
- k. Sistem Reproduksi
- Tidak dilakukan pengkajian
- l. Sistem imun
- 1) Alergi (cuaca, debu, bulu binatang, zat kimia) : tidak ada alergi
 - 2) Immunisasi : tidak dikaji
 - 3) Penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca : tidak dikaji
 - 4) Riwayat transfusi dan reaksinya : tidak dikaji

6. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini	Satuan
Hematologi			
Hemoglobin	14,4	11.7 – 15.g/dl	Gr/dl
Hematokrit	44	35 – 47	%
Leukosit	6.0	3.6 – 11.0	10 ³ /UL
Trombosit	328	150 - 440	10 ³ /UL
Gas Darah			
Ureum	143	38.8	mg/dl
Kreatinin	7.3	0.5	mg/dl

7. Therapy Yang Diberikan

Tabel 3.2 Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Rute
omeprazole	2x40 mg	Injeksi
Adalat oros	1x30 mg	Injeksi
clonidin	3x0,15 mg	Injeksi
allupurinol	1x100 mg	Injeksi
ondancentron	3x4 mg	Injeksi
keterolac	2x1 amp	Injeksi
Lasix	2x1 amp	Injeksi
vascon	0,05 mg	Injeksi

8. Kebutuhan Sehari-hari

- 1) Diit : Lunak
- 2) Cairan : intake: 478 cc/24 jam Iwl :700/ 24 jam
Diuresis : 0,1 Output : 300 cc/24 jam balance :-522 ml
- 3) Eliminasi : BAK: Terpasang DC
BAB : 1x/hari(pempers)
- 4) Kenyamanan : pasien dengan posisi setengah duduk
- 5) Oksigenisasi : tidak menggunakan oksigen

9. Analisa Data

ANALISA DATA

Nama Pasien : Tn. H

Jenis Kelamin : L

Tanggal Pengkajian : 03-05-2023

Ruangan : ICU 2

Dx Medis : CKD ON HD

Data Fokus	Problem	Etiologi
DS : - Klien mengatakan kaki bengkak DO : - Kaki tampak bengkak - Hasil pemeriksaan darah Ureum : 143 Kreatinin : 7.3 - Intake :478 cc/24 jam - Output 300 cc/24 jam	Hipervolemi (D.0022)	Kelebihan Asupan Cairan
DS : - Pasien mengatakan pusing DO: TTV - TD 72/50 mmHg - N : 81x/m - RR : 20x/m - S : 36,5 ⁰ C - Spo2 : 97%. - Akral teraba dingin	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Penurunan Aliran Arteri atau Vena

- CRT > 3 detik - Warna kulit pucat		
DS : - Pasien mengatakan mual - Klien mengatakan nafsu makan menurun DO : - Klien tampak pucat - Ureum 143	Nausea (D.0076)	Gangguan Biokimiawi (uremia)
DS : - Klien mengatakan badan lemas dan cepat lelah DO : - Klien tampak lemas - Aktivitas dibantu keluarga dan perawat	Intoleransi aktivitas (D.0056)	Kelemahan

10. Diagnosa keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan
1.	Hipervolemi b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)
2.	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteria tau vena (D.0009)
3.	Nausea b.d Gangguan biokimiawi (uremia) (D.0076)
4.	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)

RENCANA TINDAKAN

No	Dx Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1.	Hipervolemi b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. keluar urin meningkat 2. edema menurun	Manajemen hipervolemia (I.03114) : Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dyspnea, edema, jvp/cvp meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hypervolemia 3. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Batasi asupan cairan dan garam Edukasi 1. Ajarkan cara membatasi cairan
2.	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan aliran arteri tau vena (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat (L.02011) : 1. Tekanan darah sistolik membaik	Pantauan Tanda Vital (I.02060) Observasi 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor pernafasan 3. Monitor nadi 4. Monitor suhu tubuh

		2. Tekanan darah diastolik	5. Identifikasi penyebab tanda vital Terapeutik 1. Atur interval sesuai kondisi pasien Edukasi 2. Informasikan hasil pemantauan
	Nausea b.d Gangguan biokimiawi (uremia) (D.0076)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil (L.12111) : 1. Nafsu makan meningkat 2. Keluhan mual menurun 3. Pucat membaik	Manajemen Mual (I.03117): Observasi 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur) 3. Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) Terapeutik 1. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik Edukasi 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antiemetic, <i>jika perlu</i>

3.	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil (L.05047) : 1. Keluhan lelah menurun 2. Tekanan darah membaik	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak fasif atau aktif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
----	--	---	---

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari ke 1

Diagnosa Keperawatan	Hari dan tanggal	Implementasi	Evaluasi Tindakan	paraf
Hipervolemi b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)	Rabu 03 Mei 2023	<p>Manajemen hipervolemia I.03114</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia 3. Memonitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membatasi asupan cairan dan garam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan cara membatasi cairan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya terasa bengkak dan berat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki pasien tampak edema - Intake :478 cc/24 jam - Output 300 cc/24 jam Iwl : 700 cc/24 jam Balance – 522 ml/24 jam Diuresis 0,1 - Ureum 143 - Kreatinin 7.3 <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan aliran arteria tau vena (D.0009)	Rabu 03 Mei 2023	<p>Pantau Tanda Vital (I.02060)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor pernapasan 3. Memonitor nadi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusing <p>O :</p> <p>TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 72/50 mmHg - N : 81x/m RR : 20x/m 	

		<p>4. Memonitor suhu tubuh</p> <p>5. Mengidentifikasi penyebab tanda vital</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Mengatur interval sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>2. Menginformasikan hasil pemantauan</p>	<p>S : 36,5⁰C</p> <p>Spo2 : 97%.</p> <p>- vascon 0,05 mg</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Nausea b.d</p> <p>Gangguan biokimiawi (uremia) (D.0076)</p>	<p>Rabu 03 mei 2023</p>	<p>Manajemen mual (I.03117):</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi pengalaman mual</p> <p>2. Mengidentifikasi dampak penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur)</p> <p>3. Memonitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</p> <p>Edukasi</p>	<p>S :</p> <p>- Klien mengatakan mual</p> <p>- Klien mengatakan nafsu makan menurun</p> <p>- Klien mengatakan hanya menghabiskan makan ½ porsi</p> <p>O :</p> <p>- Klien tampak pucat</p> <p>- ureum : 143</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

		<p>1. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>2. Menganjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian antiemetic, <i>jika perlu</i></p>		
Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)	Rabu 03 Mei 2023	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemas - Klien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh perawat - Klien mengatakan pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemas - Klien tampak pucat - Terpasang DC - Klien belum bisa melakukan aktivitas <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

		<p>2. Melakukan latihan rentang gerak fasif atau aktif</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menganjurkan tirah baring</p> <p>2. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p>		
--	--	---	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari ke 2

Diagnosa Keperawatan	Hari dan Tanggal	Implementasi	Evaluasi Tindakan	paraf
Hipervolemi b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)	Kamis 04 Mei 2023	<p>Manajemen hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3. Memonitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membatasi asupan cairan dan garam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan cara membatasi cairan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya masih terasa bengkak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki pasien tampak edema pada kedua kaki - Pasien HD di ambil 500 cc - Intake 789 cc/24 jam - Output : 50 cc/24 jam - Iwl : 700 cc/24 jam Balance + 39 ml/24 jam Diuresis 0,02 Ureum : 128 Kreatinin : 7.8 <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan aliran arteri</p> <p>Atau vena (D.0009)</p>	<p>Kamis 04 Mei 2023</p>	<p>Pantauan Tanda Vital (I.02060)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor pernafasan 3. Memonitor nadi 4. Memonitor suhu tubuh 5. Mengidentifikasi penyebab tanda vital <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur interval sesuai kondisi pasien Edukasi 2. Menginformasikan hasil pemantauan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih pusing <p>O :</p> <p>TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 77/44 mmHg - N : 88x/m RR : 22x/m S : 36,7⁰C Spo2 : 98%. - vascon 0,05 mg <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Nausea b.d Gangguan biokimiawi (uremia) (D.0076)</p>	<p>Kamis 04 Mei 2023</p>	<p>Manajemen mual (I.03117):</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pengalaman mual 2. Mengidentifikasi dampak penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur) 3. Memonitor mual (mis. Frekuensi, 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan semakin mual - Klien mengatakan nafsu makan menurun - Klien mengatakan hanya menghabiskan makan ½ porsi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak semakin mual setelah di hd 	

		<p>durasi, dan tingkat keparahan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>2. Menganjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian antiemetic, <i>jika perlu</i></p>	<p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)	Kamis 04 Mei 2023	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemas - Klien mengatakan aktivitasnya di bantu oleh keluarga dan perawat - Klien mengatakan pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemas - Klien tampak pucat 	

		<p>Terapeutik</p> <p>1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>2. Melakukan latihan rentang gerak fasif atau aktif</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menganjurkan tirah baring</p> <p>2. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p>	<p>- Terpasang DC</p> <p>- Klien belum bisa melakukan aktivitas TTV</p> <p>TD : 77/44 mmhg</p> <p>N : 88 x/menit</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>SPO2 : 98%</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari ke 3

Diagnosa Keperawatan	Hari dan Tanggal	Implementasi	Evaluasi Tindakan	paraf
Hipervolemi b.d Kelebihan asupan cairan (D.0022)	Kamis 05 Mei 2023	<p>Manajemen hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia 3. Memonitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membatasi asupan cairan dan garam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan cara membatasi cairan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya sedikit membaik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki bengkak berkurang Intake : 692 cc/24 jam Output : 780 cc/24 jam Iwl : 700 cc/24 jam Balance – 788 ml/24 jam Diuresis : 0,1 - Ureum : 128 - Kreatinin : 7,8 	
Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan aliran arteria tau vena (D.0009)	Kamis 05 Mei 2023	<p>Pantauan Tanda Vital (I.02060)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor pernafasan 3. Memonitor nadi 4. Memonitor suhu tubuh 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD 110/70 mmHg N : 90x/m RR : 22x/m S : 36,7°C Spo2 : 99%. - vascon dihentikan 	

		<p>5. Mengidentifikasi penyebab tanda vital</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Mengatur interval sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>2. Menginformasikan hasil pemantauan</p>	<p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Nausea b.d</p> <p>Gangguan biokimiawi (uremia) (D.0076)</p>	<p>Kamis 05 Mei 2023</p>	<p>Manajemen Mual (I.03117) :</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi pengalaman mual</p> <p>2. Mengidentifikasi dampak penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur)</p> <p>3. Memonitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>2. Menganjurkan sering membersihkan mulut,</p>	<p>S :</p> <p>- Klien mengatakan mual berkurang</p> <p>- Klien mengatakan menghabiskan makan 1 porsi</p> <p>O :</p> <p>- Klien tampak mual berkurang</p> <p>- Klien sudah menghabiskan makan 1 porsi</p> <p>A :</p> <p>- Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>- Intervensi di lanjutkan</p>	

		kecuali jika merangsang mual Kolaborasi 1. Mengkolaborasi pemberian antiemetic, <i>jika perlu</i>	
Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)	Kamis 04 Mei 2023	Manajemen energi (I.05178) Observasi 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan) 2. Melakukan latihan rentang gerak fasif atau aktif Edukasi 1. Menganjurkan tirah baring 2. Menganjurkan menghubungi perawat	S : - Klien mengatakan lemas - Klien mengatakan masih sedikit pusing - Klien mengatakan bosan - Aktivitasnya di bantu oleh keluarga dan perawat O : - Klien tampak masih lemas - Klien mengatakan masih sedikit pusing - Aktivitasnya di bantu oleh keluarga dan perawat A : Maslah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

		jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang		
--	--	---	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari bab II dengan kasus di bab III Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Ny. S dengan CKD ON HD disertai dyspnea dan Tn. H CKD ON HD disertai hipotensi dilaksanakan selama 3 hari implementasi mulai dari tanggal 03 Mei sampai 05 Mei 2023 di ruang ICU 2 RSUD Cengkareng Asuhan Keperawatan tersebut meliputi : pengkajian, perumusan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan

1. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. S dengan CKD ON HD disertai dyspnea dan Tn. H CKD ON HD disertai hipotensi di ruang ICU 2 RSUD Cengkareng 2023 metode pengumpulan data penulis menggunakan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi

Menurut Kasus ke 1

Klien mengatakan sesak, keadaan umum pasien lemah, batuk berdahak pasien terpasang oksigen NRM 15 lpm, terpasang DC, terpasang CDL di femur dextra, . Hasil TTV : TD : 127/102 N : 79x/menit RR : 33x/menit Spo2 : 90x/menit

Menurut Kasus ke 2

Paisen mengatakan kaki bengkak, pusing, lemas, mual, terpasang DC, terpasang CDL di. Hasil TTV: TD : 72/50 mmHg, N : 81x/m, RR : 20x/m, S : 36,5⁰C, Spo2 : 97%

Menurut penelitian menunjukkan bahwa

2. Diagnosa Keperawatan

a. Menurut teori

- 1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

- 2) Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- 5) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropatiperifer

b. Menurut Kasus

Pada klien kelololelolaan pertama didapatkan diagnose yang sesuai menurut keluhan klien penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang dirasakan klien.

- 1) pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas
- 2) hipervolemi b.d kelebihan asupan cairan (D.0022)
- 3) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)

Pada klien kelololelolaan kedua didapatkan diagnose yang sesuai menurut keluhan klien penentuan diagnose keperawatan berdasarkan prioritas yang dirasakan klien.

- 1) Hipervolemi b.d kelebihan asupan Cairan (D.0022)
- 2) Perfusi erifer tidak efektif b.d Penurunan aliran arteria tau vena (D.0009)
- 3) Nausea b.d gangguan biokimiawi (uremia) (D.0076)
- 4) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)

Pada diagnose keperawatan Ny. S dan Tn. H menggunakan SDKI yang diangkat dari kedua kasus diatas. Kesamaan yang terjadi pada kasus tersebut yaitu didapat adalah pertama hipervolemi berhubungan dengan kelebihan asupan cairan yang dimana pada kasus tersebut didapatkan pada Ny. S terdapat edema paru pada Tn.H terdapat edema di ekstremitas bawah. Yang kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan Pada Ny. S yang dimana klien mengatakan sesak, menggunakan pampers, terpasang DC tidak bisa melakukan aktivitas sendiri dan di bantu perawat. Pada Tn. H

klien mengatakan pusing, lemas menggunakan pampers, terpasang DC.

dan tidak melakukan aktivitas dengan sendiri dan dibantu perawat

Diagnosa utama yang diangkat pada kasus diatas berbeda yaitu pada Ny. S diangkat pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yang dimana didapatkan bahwa klien mengatakan Ny.S mengatakan ia merasa sesak napas dan batuk, terdapat secret. Hasil observasi penulis pasien bernapas dengan napas cuping hidung, bibir pucat, pola napas dipsnea, pada auskultasi paru terdengar bunyi napas tambahan ronkhi dan hasil pemeriksaan foto toraks ditemukan edema pulmonal, pasien menggunakan NRM 15 liter permenit, respirasi 33x permenit, nadi 79x permenit, dan pada kasus kedua pada Tn. H yaitu hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan yang dimana didapatkan edema di ekstremitas bawah

Diagnosa kedua diangkat pada kedua kasus kelolaan yaitu pada Ny. S yaitu hipervolemi berhubungan dengan kelebihan asupan cairan yang dimana didapatkan dari hasil pemeriksaan foto toraks ditemukan edema pulmonal dan pada kasus ke dua pada Tn. H yaitu Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan Aliran Arteria tau Vena yang dimana didapatkan dari hasil Hasil TTV: TD : 72/50 mmHg, N : 81x/m, RR : 20x/m, S : 36,5⁰C, Spo2 : 97%, akral teraba dingin, CRT > 3 detik, warna kulit pucat

Diagnosa ketiga diangkat pada Ny. S yang dimana klien mengatakan sesak, menggunakan pampers, terpasang DC tidak bisa melakukan aktivitas sendiri dan di bantu perawat yaitu pada Tn. H yaitu Nausea berhubungan dengan Gangguan biokimiawi (uremia)

yang dimana didapatkan bahwa klien mengatakan mual, tidak napsu makan, ureum 143

Diagnosa ketiga diangkat pada Tn. H klien mengatakan pusing, lemas menggunakan pampers, terpasang DC.dan tidak melakukan aktivitas dengan sendiri dan dibantu perawat

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan

a. Hipervolemi berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Perencanaan asuhan keperawatn yang dilakukan pada Ny. S dan Tn. H karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnosa yaitu Hipervolemi berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dengan tujuan setelah dilakukan pengkajian keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : keluar urin meningkat, turgor kulit membaik, kelembaban membrane mukosa meningkat, edema menurun

Menurut peneliti berdasarkan kasus diatas bahwa intervensi yang digunakan pada klien berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)

b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan Ny. S dan Tn. H karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnose yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan untuk pasien pertama Ny. S dengan tujuan setelah dilakukan pengkajian keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kriteria hasil toleransi

aktivitas membaik dengan KH: saturasi oksigen meningkat , keluhan lelah menurun dyspnea saat aktivitas menurun dyspnea setelah aktivitas menurun , frekuensi napas membaik . Untuk pasien ke dua Tn. H dengan tujuan setelah dilakukan pengkajian keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kriteria hasil toleransi aktivitas membaik dengan KH : keluhan lelah menurun, tekanan darah membaik

Menurut peneliti berdasarkan kasus diatas bahwa intervensi yang digunakan pada klien berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)

c. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas

perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S yang berbeda dengan Tn.H yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas yang dimana klien sesak napas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil (L.01004) : pernapasan cuping hidung menurun , frekuensi napas membaik

d. Nausea b.d gangguan biokimiawi (uremia)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn.H yang berbeda dengan Ny. S yaitu nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi (uremia) yang dimana klien mengeluh mual, uremia meningkat. Setelah dilakukan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan : napsu makan meningkat, keluhan mual menurun, pucat membaik

e. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Aliran Arteria tau Vena (D.0009)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn.H yang berbeda dengan Ny. S yaitu Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d yang dimana klien mengeluh pusing Setelah dilakukan keperawatan

selama 3 x 24 jam diharapkan . Tekanan darah sistolik membaik
Tekanan darah diastolic membaik

4. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat di terima sebagai upaya mencegah masalah. Implementasi yang dilakukan pada Ny. S dan Tn. H dibagi empat komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Implementasi yang dilakukan penulis disesuaikan dengan perencanaan yang telah di susun. Implementasi pada kasus pertama klien Ny. S dan Tn H dari tanggal 03 Mei s/d 05 Mei 2023 dilakukan selama 3 hari perawatan

Implementasi Ny. S di hari pertama 03 Mei 2023 yaitu pada diagnosa pertama Pemantauan respirasi memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas RR 33 x permenit, mengauskultasi bunyi napas rongkhi, memonitor saturasi oksigen 90x/menit, mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Implementasi pada diagnosa kedua tidak dilaukan modifikasi dalam melakukan semua tindakan, tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan klien.Ny. S pada diagnosa kedua.Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu memeriksa tanda dan gejala hypervolemia, mengidentifikasi penyebab hypervolemia, memonitor intake dan output cairan, membatasi asupan cairan dan garam . mengajarkan cara membatasi cairan.

Implementasi pada diagnosa ketiga tidak dilakukan modifikasi dalam melakukan semua tindakan, tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan klien Ny. S pada diagnose

ketiga. Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Memonitor bunyi napas tambahan ronkhi Memonitor sputum putih kental, memosisikan semi-fowler atau fowler, melakukan fisioterapi dada jika perlu, memberikan oksigen NRM 15 lpm

Implementasi pada diagnosa ke empat tidak dilakukan modifikasi dalam melakukan semua tindakan, tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan klien Ny. S pada diagnose ke empat. Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan), melakukan latihan rentang gerak fasif atau aktif, menganjurkan tirah baring menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Implementasi Tn. H di hari pertama 03 Mei 2023 yaitu pada diagnosa pertama, meriksa tanda dan gejala hipervolemia, mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor intake dan output cairan, membatasi asupan cairan dan garam, mengajarkan cara membatasi cairan

Implementasi pada diagnosa kedua tidak dilaukan modifikasi dalam melakukan semua tindakan, tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan klien.Tn. H pada diagnosa kedua pemantauan tanda vital

Implementasi pada diagnose ketiga tidak dilaukan modifikasi dalam melakukan semua tindakan, tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan klien.Tn. H pada diagnosa ketiga Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu mengidentifikasi pengalaman mual

Implementasi pada diagnosa keempat tidak dilaukan modifikasi dalam melakukan semua tindakan, tindakan sesuai dengan intervensi

yang telah dibuat berdasarkan kebutuhan klien. Tn. H pada diagnosa keempat Implementasi yang sudah dilakukan sesuai dengan intervensi Manajemen energy

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi semua diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan dilakukan intervensi serta implementasi 3x24 jam. Kemudian penulis membandingkan antara klien 1 dan klien 2 apakah masalah tersebut teratasi atau tidak. Hasil evaluasinya yaitu semua masalah teratasi sebagian dari tujuan pencapaian yang telah dibuat. Maka dari itu pasien masih dilakukan perawatan klinis sehingga harus tetap mendapatkan perawatan lanjut

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik diperoleh dari wawancara dan observasi pada klien didapatkan kesamaan manifestasi klinis teori dengan kasus pada kasus didapatkan klien pertama sesak, batuk terdapat sputum, edema paru pada klien kedua terdapat edema pada ekstremitas bawah, mual.
2. Diagnose keperawatan pada Ny. S dan Tn. H terdapat kesenjangan pada teori dan kasus yang dimana pada teori dan kasus yang dimana pada teori terdapat 5 dan pada kasus pertama didapatkan 3 diagnosa pada kasus kedua didapatkan 4 diagnosa pada kelolaan kedua didapatkan 2 berbeda dengan teori yaitu nausea dan perfusi perifer tidak efektif
3. Pada tahap perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakan berdasarkan kriteria tanda dan gejala mayor, minor dan kondisi pasien saat ini
4. Pada tahap pelaksanaan implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi yang dilakukan pada pasien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien penyakit gagal ginjal kronis
5. Hasil evaluasi semua masalah pada pasien baru teratasi sebagian dari tujuan pencapaian yang telah dibuat pada tahap perencanaan. Maka dari itu klien harus dilakukan perawatan klinis

B. Saran

1. Bagi Penulis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman serta wawasan melakukan pemberian asuhan keperawatan pada klien Gagal Ginjal Kronik. Diharapkan

dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien gagal ginjal kronik selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara holistik terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai tepat sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien Gagal Ginjal Kronik

2. Bagi Klien

Penulis berharap dengan adanya penulisan ini dapat dijadikan sebagai dasar acuan bagi klien untuk terus meningkatkan derajat kesehatan

3. Bagi Institusi Pendidikan

Peneliti mengharapkan tugas akhir ini dapat di jadikan informasi atau wawasan pada mahasiswa/mahasiswi tentang asuhan keperawatan pada Gagal Ginjal Kronik. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan sebagai bahan masukan ilmiah dan teoritis. Memacu institusi Pendidikan khususnya pada bidang profesi keperawatan untuk mengadakan seminar agar menambah pengetahuan kepustakaan mengenai asuhan keperawatan dengan Gagal Ginjal Kronik

BAB V

DAFTAR PUSTAKA

- Alesiana, E. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman*.
[http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/2279/1/Bagus Probo Sutejo Naspub.pdf](http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/2279/1/Bagus_Probo_Sutejo_Naspub.pdf)
- Dila, R. R., & Panma, Y. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gagal Ginjal Kronik RSUD Kota Bekasi. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 3, 41–61.
- Fadilla, I., Adikara, P. P., & Setya Perdana, R. (2018). Klasifikasi Penyakit Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Menggunakan Metode Extreme Learning Machine (ELM). *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, 2(10), 3397–3405.
<https://www.researchgate.net/publication/323365845>
- Faizah, M. U., & Sulastrri. (2021). Efek Samping Tindakan Hemodialisis Pada Pasien Chronic Kidney Disease (Ckd) Dengan Aloe Vera Gel Maulida. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia*, 5(1), 75–82.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.03.001>
- Idzharrusman, M., & Budhiana, J. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik RSUD Sekarwangi. *Jurnal Keperawatan Bsi*, 10(1), 61–69.
- Mufliha, W. (2022). *Program studi pendidikan profesi ners fakultas kesehatan universitas aufa royhan di kota padangsidempuan 2022*. 1–67.
- Ns. Cut Husna, M. (2012). Literature Review: Gagal Ginjal Kronis Dan Penanganannya. *Jurnal Keperawatan*, 3(2), 67–73.
- Palupi, P. D., & Jayaningsih, V. (2021). Analisa Drug Related Problems (DRPs) Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Di Instalasi Rawat Inap Klinik Sari Medika Kabupaten Semarang. *Jurnal Farmasi & Sains Indonesia*, 4(1), 1–5. <https://doi.org/10.52216/jfsi.v4i1.57>

Rosaulina, M. (2020). Hubungan Tindakan Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Ruangan Hemodialisa Di Rsu Sembiring. *Jurnal Penelitian Keperawatan Medik*, 3(1), 15–21.
<https://doi.org/10.36656/jpkm.v3i1.308>

V.A.R.Barao, R.C.Coata, J.A.Shibli, M.Bertolini, & J.G.S.Souza. (2022). *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.

LAMPIRAN

Lampiran 1

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR Ners

No	Tanggal Bimbingan	Waktu Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing	Keterangan
1.	4 Mei 2023	14.00 WIB	Konsultasi judul KIAN, sambil menunggu panduan KIAN.		Revisi
2.	5 Mei 2023	13.30 WIB	Konsultasi judul KIAN lengkap		ACC Judul
3.	19 Mei 2023	17.00 WIB	Arahan Penyusunan BAB 1		Revisi
4.	29 Mei 2023	15.00 WIB	Konsul Bab 1-3		Revisi mengikuti draf penulisan panduan
5.	02 Juni 2023	11.00 WIB	Konsul Bab 4-5		ACC Sidang KIAN
6.	25 Juli 2023	11.00 WIB	Konsul Post Sidang KIAN		ACC HC Penguji I
7.	27 Juli 2023	11.00 WIB	Konsul Post Sidang KIAN		ACC HC Penguji II

Kepala Program Studi Keperawatan (S1) dan Profesi Ners



Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN. 0316028302

BIODATA PENULIS



I. DATA PRIBADI

Nama Lengkap : Tiara Nur Safitri
Tempat, Tanggal Lahir : Bekasi, 09 Oktober 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
E-mail : tiaranursafitri20@gmail.com
Alamat : Kp. Gaga, Kec. Muaragembong, Bekasi
Motto : I am not alone I have Allah

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

2006-2012 : SDN Pantai Mekar 03
2012-2015 : SMPN 1 Muaragembong
2015-2018 : SMAN 1 Muaragembong
2018-2022 : STIKes Medistra Indonesia (S1 Keperawatan)
2022-2023 : STIKes Medistra Indonesia (Profesi Ners)