

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DAN KRITIS  
PADA PASIEN NY. A DAN TN. A DENGAN GAGAL GINJAL  
KRONIK ON HD DI RUANG ICU GEDUNG A RSUD CAM  
KOTA BEKASI TAHUN 2023**



**Disusun Oleh:  
SRI AYU HARTINI, S.KEP  
NPM: 22.156.03.11.095**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
BEKASI  
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DAN KRITIS  
PADA PASIEN NY. A DAN TN. A DENGAN GAGAL GINJAL  
KRONIK ON HD DI RUANG ICU GEDUNG A RSUD CAM  
KOTA BEKASI TAHUN 2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

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



**Disusun Oleh:**

**SRI AYU HARTINI, S.KEP**

**NPM: 22.156.03.11.095**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
BEKASI  
2023**

## LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sri Ayu Hartini

NPM : 22.156.03.11.095

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis Pada Pasien Ny. A dan Tn. A dengan Gagal Ginjal Kronik On HD Di Ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2023.” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun menyalin sebagian dari hasil karya orang lain.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 09 Mei 2023

Sri Ayu Hartini

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis Pada Pasien Ny. A dan Tn. A dengan Gagal Ginjal Kronik On HD Di Ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2023.” telah diperiksa oleh *Preseptor* satu dan *Preseptor* dua dan disetujui untuk Melaksanakan Seminar Hasil.

Bekasi, 05 Juni 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

**Lina Indrawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep**

NIDN. 0321108001

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

NIDN. 0301096505

Mengetahui:

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia

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

NIDN. 0316028302

## LEMBAR PENGESAHAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sri Ayu Hartini

NPM : 22.156.03.11.095

Program Studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis Pada Pasien Ny. A dan Tn. A dengan Gagal Ginjal Kronik On HD Di Ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2023 Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada 2023.

Bekasi, 05 Juni 2023

Penguji I

Penguji II

**Lina Indrawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep**

NIDN. 0321108001

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

NIDN. 0301096505

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Kepala Program Study Ilmu Keperawatan  
(S1) dan Pendidikan Profesi Ners

**Puri Kresnawati, SST,M.KM**

NIDN. 0309049001

**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 Ners ini dengan judul: **“Asuhan Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis Pada Pasien Ny. A dan Tn. A dengan Gagal Ginjal Kronik On HD Di Ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi 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 Lina Indrawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dosen penguji 1 sekaligus Dosen Pembimbing Akademik.
11. Seluruh Dosen dan *Staff* STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
12. Teruntuk kedua orang tua 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 Ners ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak.

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

Bekasi, 09 Mei 2023

Sri Ayu Hartini

## DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERNYATAAN .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Umum .....	2
C. Tujuan Khusus .....	3
BAB II TINJAUAN TEORI .....	4
A. Pengertian Gagal Ginjal Kronik.....	4
B. <i>Etiologi</i> Gagal Ginjal Kronik .....	4
C. <i>Patofisiologi</i> Gagal Ginjal Kronik.....	6
D. <i>Pathways</i> .....	7
E. <i>Manifestasi Klinis</i> .....	8
F. Pemeriksaan Penunjang .....	9
G <i>Therapy Hemodialisis</i> .....	10
H. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik .....	12
I. Diagnosa Keperawatan .....	13
J. <i>Intervensi</i> Keperawatan .....	14
BAB III LAPORAN KASUS.....	25
KASUS I .....	25
KASUS II.....	49
BAB IV PEMBAHASAN.....	75
A. Pengkajian .....	75
B. Diagnosa Keperawatan.....	77
C. <i>Intervensi</i> Keperawatan .....	80
D. <i>Implementasi</i> Atau Catatan Keperawatan .....	83
E. Evaluasi atau Catatan Perkembangan.....	87
BAB V PENUTUP.....	89
A. KESIMPULAN .....	89
B. SARAN .....	90



DAFTAR PUSTAKA .....	92
Lampiran Format Bimbingan .....	94

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Penyakit gagal ginjal kronik merupakan suatu kegagalan yang terjadi pada fungsi ginjal dalam menjalankan fungsinya sehingga memicu terjadinya penurunan *filtrasi glomerulus* secara bertahap dan mengakibatkan pasien harus menjalani terapi *hemodialisa*. Penyakit ginjal kronik telah menjadi suatu masalah kesehatan utama masyarakat dunia. Penyakit ginjal kronik semakin meningkat setiap tahun. Hal tersebut dipengaruhi oleh faktor pertumbuhan, peningkatan proses penuaan, *obesitas*, dan gaya hidup tidak sehat. Menurut *World Health Organization* (WHO) merilis data bahwa terdapat pertumbuhan jumlah penderita gagal ginjal kronik di dunia pada tahun 2016 meningkat sebesar 50% dari tahun sebelumnya 38%, di Amerika angka kejadian gagal ginjal kronik meningkat sebesar 50% pada tahun 2016 dan setiap tahunnya terdapat 200.000 orang menjalani cuci darah. (Putri, *et al.*, 2018).

Berdasarkan hasil rekapitulasi Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 dan 2018, penderita gagal ginjal kronik di Indonesia mencapai angka 150.000 orang. *Prevalensi* penyakit gagal ginjal kronik di Indonesia mengalami peningkatan seiring dengan bertambahnya usia seseorang, dengan peningkatan tajam pada kelompok usia 35-44 tahun dibandingkan kelompok usia 25-34 tahun karena kelompok usia 35-45 memiliki imun tubuh yang lebih rentan yang memungkinkan kelompok usia tersebut mengalami peningkatan angka kejadian gagal ginjal. Pada 2018, laki-laki memiliki *prevalensi* lebih tinggi dari perempuan, yaitu 4,17% untuk laki-laki dan 3,52% untuk perempuan. (Safitri & Sani, 2019)

Pasien gagal ginjal kronik biasanya disertai dengan penyakit penyerta seperti pasien dengan *Diabetes Mellitus*, *Radang Glomerulus*, termasuk *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*, *Hipertensi*, *Sepsis* dan riwayat keluarga yang mempunyai penyakit ginjal (Pernefri, 2016). Faktor pencetus terjadinya *Chronic Kidney Disease (CKD)* yaitu dimulai dari zat *toksik*, *vaskular infeksi*

dan juga *obstruksi* saluran kemih yang dapat menyebabkan *arterio sclerosis*, kemudian suplai darah dalam ginjal menurun yang mengakibatkan GFR menurun, saat GFR menurun memicu adanya *retensi natrium* dalam tubuh, ketika sudah terjadi *retensi natrium* dalam tubuh maka cairan juga akan menumpuk dan berpengaruh pada beban jantung sehingga jantung harus bekerja lebih keras lagi, Jika tidak segera ditangani akan terjadi komplikasi dan didiagnosis mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) tahap akhir atau *End-Stage Renal Disease* (ESRD) (Rendi, 2021).

Tindakan untuk menangani gagal ginjal kronik salah satunya yaitu dengan melakukan *hemodialisa*. *Hemodialisa* salah satu tindakan terbaik saat ini untuk pasien yang terkena gagal ginjal kronik untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Sejalan dengan penelitian (*Marianna and Astutik, 2018*) pasien yang mengalami gagal ginjal kronik yang menjalani *hemodialisa* didapatkan bahwa pasien setelah menjalani *hemodialisa* tidak mengalami *hipertensi*, pasien tidak merasakan sesak, tidak ada mual muntah dan juga pasien tidak merasa pusing setelah dilakukan *hemodialisa*.

Berdasarkan data dari bulan Maret sampai dengan bulan Mei di ruangan ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi terdapat sebanyak 68 orang pasien yang mengalami gagal ginjal kronik yang disertai dengan penyakit penyerta. Penulis tertarik untuk menyusun asuhan keperawatan pada Ny. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Hipertensi*, serta Tn. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Sepsis* di ruang ICU Gedung A RSUD Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi tahun 2023.

## **B. Tujuan Umum**

Memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. A dengan gagal ginjal kronik On HD disertai *Hipertensi* dan TN. A dengan gagal ginjal kronik On HD disertai *Sepsis* di ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi tahun 2023.

### C. Tujuan Khusus

- 1) Mampu melakukan pengkajian pada pasien Ny. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Hipertensi*, Tn. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Sepsis* di ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi
- 2) Mampu merumuskan masalah keperawatan pada pasien Ny. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Hipertensi*, Tn. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Sepsis* di ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi
- 3) Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Hipertensi*, Tn. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Sepsis* di ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi
- 4) Mampu merencanakan intervensi keperawatan pada pasien Ny. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Hipertensi*, Tn. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Sepsis* di ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi
- 5) Mampu melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien Ny. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Hipertensi*, Tn. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Sepsis* di ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi
- 6) Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Hipertensi*, Tn. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Sepsis* di ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi
- 7) Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien Ny. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Hipertensi*, Tn. A dengan gagal ginjal kronik On HD dan *Sepsis* di ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal kronik (GGK) disebut juga sebagai *chronic kidney disease* (CKD). Gagal ginjal kronik atau penyakit gagal ginjal stadium akhir adalah gangguan fungsi *renal* yang *progresif* dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan *metabolisme* dan keseimbangan cairan serta *elektrolit* sehingga menyebabkan *uremia* yaitu *retensi urea* dan sampah *nitrogen* lain dalam darah. (Marianna and Astutik, 2018)

Gagal ginjal kronik yaitu keadaan dimana terjadi penurunan fungsi ginjal yang cukup berat secara perlahan - lahan (menahun) disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal. Penyakit ini bersifat *progresif* dan umumnya tidak dapat pulih kembali (*irreversibel*). Penyakit ini dapat mengakibatkan tubuh tidak mampu memelihara *metabolisme* dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan *elektrolit* yang berakibat peningkatan pada kadar *ureum* yang dapat meningkatkan beban *sirkulasi* berlebihan, terjadinya *edema*, gagal jantung *kongestif* dan *hipertensi*. (Pardede and Chunnaedy, 2009) Pada pasien gagal ginjal kronik mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa, *transplantasi ginjal*, *dialysis peritoneal*, *hemodialysis* dan rawat jalan dalam waktu yang lama. (Carolina and Aziz, 2019)

Beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronik disebabkan oleh kerusakan jaringan ginjal yang tidak dapat pulih kembali dan terjadi secara bertahap sehingga dapat mengakibatkan penumpukan cairan di *ureum* yang memerlukan pengobatan dalam waktu yang lama berupa, *transplantasi ginjal*, *dialysis peritoneal*, *hemodialysis* dan rawat jalan.

#### B. Etiologi Gagal Ginjal Kronik

Pada dasarnya, penyebab gagal ginjal kronik adalah penurunan laju *filtrasi glomerulus* atau yang disebut juga penurunan *glomerulus filtration rate* (GFR). Penyebab gagal ginjal kronik menurut (Dhani, 2019)

1. Gangguan pembuluh darah: berbagai jenis *lesi vaskuler* dapat menyebabkan *iskemik* ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah *Aterosklerosis* pada *arteri renalis* yang besar, dengan *konstriksi skleratik progresif* pada pembuluh darah. *Hyperplasia fibromaskular* pada satu atau lebih *arteri* besar yang juga menimbulkan sumbatan pembuluh darah. *Nefrosklerosis* yaitu suatu kondisi yang disebabkan oleh *hipertensi* lama yang tidak di obati, dikarakteristikan oleh penebalan, hilangnya *elastisitas sistem*, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal ginjal.
2. Gangguan *imunologis*: seperti *glomerulonephritis*
3. Infeksi: dapat dijelaskan oleh beberapa jenis bakteri terutama *E. Coli* yang berasal dari kontaminasi tinja pada *traktus urinarius* bakteri. Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang lebih sering secara *ascenden* dari *traktus urinarius* bagian bawah lewat *ureter* ke ginjal sehingga dapat menimbulkan kerusakan *irreversible* ginjal yang disebut *pielonefritis*.
4. Gangguan *metabolik*: seperti DM yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan *membrane kapiler* dan di ginjal dan berlanjut dengan *disfungsi endotel* sehingga terjadi *nefropati amiloidosis* yang disebabkan oleh endapan zat-zat *proteinemia abnormal* pada dinding pembuluh darah secara serius merusak *membrane glomerulus*.
5. Gangguan *tubulus primer*: terjadinya *nefrotoksis* akibat *analgesik* atau logam berat.
6. *Obstruksi traktus urinarius*: oleh batu ginjal, *hipertrofi prostat*, dan *konstriksi uretra*.
7. Kelainan *kongenital* dan *herediter*: penyakit *polikistik* sama dengan kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya *kista* atau kantong berisi cairan didalam ginjal dan organ lain, serta tidak adanya jaringan ginjal yang bersifat *kongenital (hypoplasia renalis)* serta adanya *asidosis*

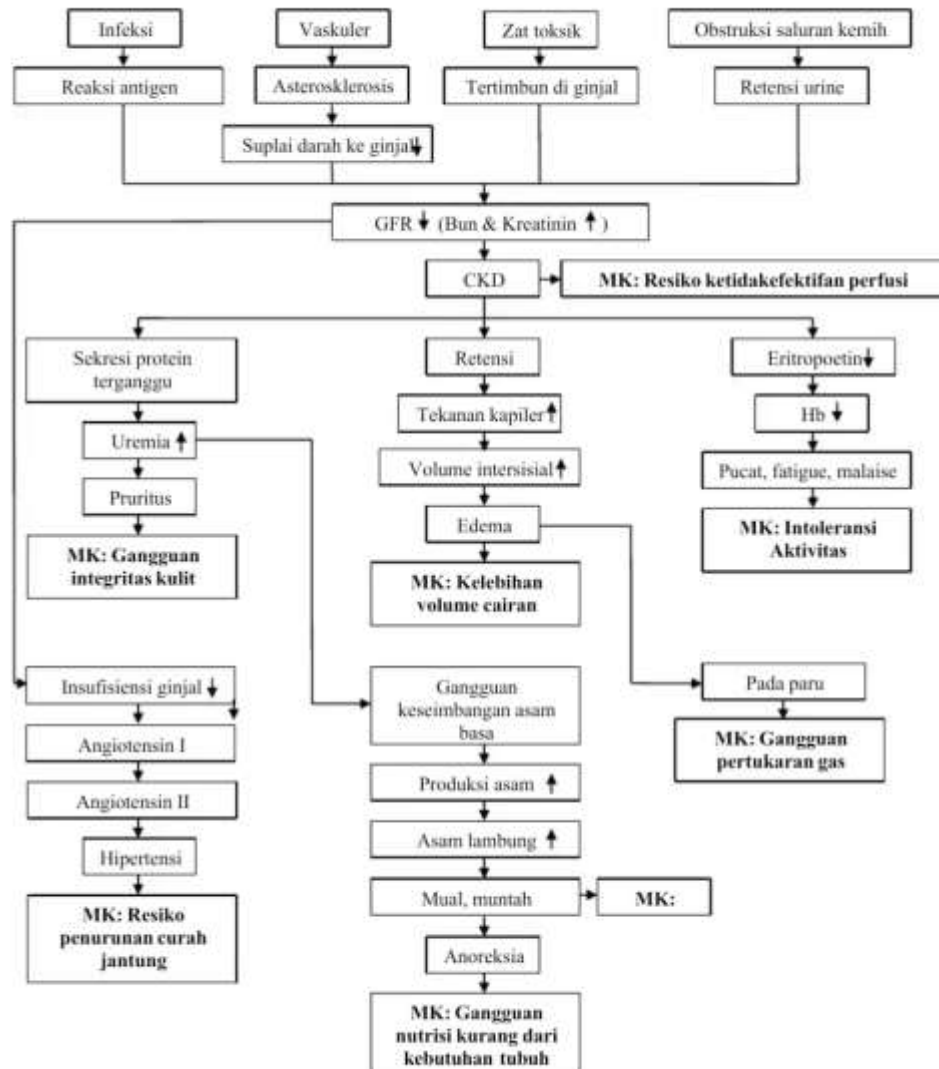
### C. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik

*Patofisiologi* gagal ginjal kronik dimulai dari fase gangguan keseimbangan cairan, penanganan garam, serta penimbunan zat-zat sisa masih beragam dan bergantung pada bagian ginjal yang bermasalah. Sampai fase ginjal turun kurang dari 25% normal, *manifestasi klinis* gagal ginjal kronik sangat sedikit karena *nefron-nefron* sisa yang sehat dan mengambil alih fungsi *nefron* yang rusak. *Nefron* yang tersisa meningkatkan kecepatan *filtrasi*, *reabsorpsi*, dan *sekresinya* serta mengalami *hipertrofi* (Muttaqin and Sari, 2011).

Semakin banyaknya *nefron* yang mati, maka *nefron* yang tersisa akan menghadapi banyak tantangan dan akan ikut rusak dan akhirnya mati. Siklus kematian ini berkaitan dengan tuntutan pada *nefron-nefron* yang ada untuk meningkatkan *reabsorpsi protein*. Pada penyusutan *progresif* pada *nefron-nefron*, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Kondisi ini akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuk jaringan parut sebagai respon dari kerusakan *nefron* dan secara *progresif* fungsi ginjal menurun drastis dengan *manifestasi* penumpukan *metabolit-metabolit* yang seharusnya dikeluarkan dari *sirkulasi* sehingga akan terjadi *sindrom uremia* berat yang akan bermanifestasi pada setiap organ tubuh (Muttaqin and Sari, 2011).

Terapi *hemodialisis* (HD) merupakan salah satu terapi yang dapat digunakan untuk menggantikan fungsi ginjal sehingga dapat mempertahankan hidup, *hemodialisa* merupakan terapi yang berfungsi untuk membersihkan darah yang mengandung bahan beracun yang kemudian dikeluarkan oleh ginjal dalam tubuh. Salah satu masalah yang berkontribusi pada kegagalan manajemen perawatan *hemodialisis* yaitu masalah kepatuhan pasien. Ketidakepatuhan pasien dalam pengobatan dan manajemen cairan menjadi masalah yang sering terjadi pada pasien yang menjalani *hemodialisis* (Sari, 2016).

### D. Pathways





### ***E. Manifestasi Klinis***

1. *Manifestasi klinis* menurut (Smeltzer & Bare, 2013) antara lain : *hipertensi*, (akibat *retensi cairan* dan *natrium* dari aktivitas sistem *renin*, *angiotensi*, *aldosteron*), gagal jantung *kongestif* dan *udem pulmoner* (akibat cairan berlebihan) dan *perikarditis* (akibat *iritasi* pada lapisan *perikardial* oleh *toksik*, *pruritis*, *anoreksia*, mual, muntah, dan cegukan, kedutan otot, kejang, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi).
2. *Manifestasi klinis* menurut (Setiati, Siti.,et all, 2017) adalah sebagai berikut:
  - a) Gangguan *Kardiovaskuler*: *Hipertensi*, nyeri dada, dan sesak nafas akibat *perikarditis*, *effusi perikardiac* dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan *edema*.
  - b) Gangguan *Pulmoner*: Nafas dangkal, *kussmaul*, batuk dengan *sputum* kental dan riak, suara *krekels*.
  - c) Gangguan *Gastrointestinal*: *Anoreksia*, *nausea*, dan *fomitus* yang berhubungan dengan *metabolisme* protein dalam usus, perdarahan pada saluran *gastrointestinal*, *ulserasi* dan perdarahan mulut, nafas bau *ammonia*.
  - d) Gangguan *Muskuloskeletal*: *Resiles leg sindrom* (pegal pada kaki sehingga selalu digerakan), *burning feet syndrom* (rasa kesemutan dan terbakar, terutama ditelapak kaki), *tremor*, *miopati* (kelemahan dan *hipertropi* otot – otot *ekstremitas*).
  - e) Gangguan *Integumen*: Kulit berwarna pucat akibat *anemia* dan kekuning–kuningan akibat penimbunan *urokrom*, gatal – gatal akibat *toksik*, kuku tipis dan rapuh.
  - f) Gangguan *Endokrin*, Gangguan seksual: *Libido fertilitas* dan *ereksi* menurun, gangguan *menstruasi* dan *aminore*. Gangguan *metabolic glukosa*, gangguan *metabolic* lemak dan vitamin D.
  - g) Gangguan Cairan *Elektrolit* dan Keseimbangan Asam dan Basa biasanya *retensi* garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan

*natrium* dan *dehidrasi*, *asidosis*, *hiperkalemia*, *hipomagnesemia*, *hipokalsemia*.

- h) Sistem *Hematologi*: *Anemia* yang disebabkan karena berkurangnya produksi *eritopoetin*, sehingga rangsangan *eritopoesis* pada sum-sum tulang berkurang, *hemolisis* akibat berkurangnya masa hidup *eritrosit* dalam suasana *uremia toksik*, dapat juga terjadi gangguan fungsi *trombosis* dan *trombositopeni*.

## **F. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut (*Smeltzer & Bare, 2013*) ada beberapa pemeriksaan diagnostik untuk gagal ginjal kronik antara lain:

### **1. Pemeriksaan Laboratorium**

Penilaian GGK dengan gangguan yang serius dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium, seperti kadar *serum sodium/natrium* dan *potassium* atau *kalium*, pH, kadar *serum fosfor*, kadar Hb, *hematokrit*, kadar *urea nitrogen* dalam darah (BUN) dan konsentrasi *kreatinin urin* *urinalisis*.

Pada stadium yang cepat pada *insufisiensi* ginjal, analisa *urine* dapat menunjang dan sebagai indikator untuk melihat kelainan fungsi ginjal, batas *kreatinin*, *urine* rata-rata dari *urine* tampung selama 24 jam. Analisa *urine* dapat dilakukan pada stadium gagal ginjal yang mana dijumpai produksi *urine* yang tidak normal. Dengan *urine* analisa juga juga dapat menunjukkan kadar *protein*, *glukosa*, RBC/*eritrosit* dan WBC/*leukosit* serta penurunan *osmolaritas urine*. Pada gagal ginjal yang *progesif* dapat terjadi *output urine* yang kurang dan frekuensi *urine* menurun, monitor kadar BUN dan kadar *kreatinin* sangat penting bagi pasien gagal ginjal. *Urea nitrogen* adalah produk akhir dari *metabolisme protein* serta *urea* yang harus dikeluarkan oleh ginjal. Normal kadar BUN dan *kreatinin* 20:1. Bila ada peningkatan BUN selalu di indikasikan adanya *dehidrasi* dan kelebihan *intake protein*.

## 2. Pemeriksaan Radiologi

Beberapa pemeriksaan radiologi yang biasa digunakan untuk mengetahui gangguan fungsi ginjal antara lain:

- a) *Flat-flat radiografi* keadaan ginjal, *ureter* dan *vesika urinaria* untuk mengidentifikasi bentuk, ukuran, posisi dan klasifikasi dari ginjal. Pada gambaran ini akan terlihat bahwa ginjal mengecil yang mungkin disebabkan adanya proses infeksi.
- b) *Computer Tomography Scan* yang digunakan untuk melihat secara jelas anatomi ginjal yang penggunaannya dengan memakai kontras atau tanpa kontras.
- c) *Intervenous Pyelography (IVP)* digunakan untuk mengevaluasi keadaan fungsi ginjal dengan memakai kontras. IVP biasa digunakan pada kasus gangguan ginjal yang disebabkan oleh trauma, pembedahan, *anomali kongenital*, kelainan *prostat*, *caculi ginjal*, *abses ginjal*, serta *obstruksi* saluran kencing.
- d) *Arteriorenal Angiography* digunakan untuk mengetahui sistem *arteri*, *vena* dan *kapiler* ginjal dengan menggunakan kontras.
- e) *Magnetig Rosonance Imaging (MRI)* digunakan untuk mengevaluasi kasus yang disebabkan oleh *obstruksi uropathy*, ARF, proses infeksi ginjal serta *post transplantasi* ginjal.

## 3. Biopsi ginjal

Untuk mendiagnosa kelainan ginjal dengan mengambil jaringan ginjal lalu dianalisa. Biasanya *biopsi* dilakukan pada kasus *glomerulonefritis*, *sindrom nefrotik*, penyakit ginjal bawaan dan perencanaan *transplantasi* ginjal.

## G. Therapy Hemodialisis

Terapi pengganti ginjal terdiri dari *hemodialisis*, *peritoneal dialisa* dan *transplantasi* ginjal. Terapi *hemodialisis* merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan dan jumlahnya dari tahun ke tahun terus meningkat. *Dialysis* atau *Hemodialisis* merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk-produk sisa

*metabolisme* yang tidak terpakai dari dalam tubuh ketika ginjal sudah tidak mampu lagi berfungsi dengan baik sesuai fungsinya (Smeltzer & Bare, 2018).

*Hemodialisis* adalah suatu tindakan pembuangan elemen tertentu dari darah dengan memanfaatkan perbedaan kecepatan *difusi* melalui *membran semipermeabel*. *Hemodialisis* dilakukan 2 kali seminggu, setiap *hemodialisis* dilakukan selama 5 jam. Kualitas setelah menjalani *hemodialisis* cukup baik. Namun, *hemodialisis* berdampak pada status gizi pasien, oleh karena prosedur *dialisis* mengakibatkan hilangnya nutrisi ke dalam *dialisa* dan meningkatkan proses *katabolisme*. Penurunan berat badan pada penderita gagal ginjal kronik mulai terlihat setelah 3 bulan menjalani *hemodialisis* dan 20 penurunan berat badan secara signifikan setelah 1 tahun menjalani *hemodialisis* (Sari, 2016). Indikasi *dialisis* pada penyakit ginjal kronik adalah bila laju *filtrasi glomerulus* (LFG) sudah kurang dari 5 mL/menit. *Dialisis* di anggap baru perlu di mulai bila di jumpai salah satu dari hal berikut: Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata, *Kalium* serum > 6 mEq/L, *Ureum* darah > 200 mg/L, pH darah < 7,1, *Anuria* berkepanjangan (> 5 hari), dan *fluid overloaded* atau *hypervolemia* (Peri Zuliani and Dita Amita, 2020).

*Hemodialisis* dilakukan untuk mengeluarkan zat- zat *toksik*, seperti *ureum* dan *kreatinin*, serta mengeluarkan kelebihan cairan. Namun dalam proses *hemodialisis* juga membuang zat- zat gizi yang masih diperlukan tubuh, diantaranya *protein*, *glukosa*, dan vitamin larut air. Kehilangan zat- zat gizi ini apabila tidak ditanggulangi dengan benar dapat menyebabkan gangguan status gizi. Asupan makan pasien gagal ginjal kronik biasanya rendah, hal ini dikarenakan menurunnya nafsu makan, timbulnya rasa mual dan diikuti oleh muntah, yang dapat berpengaruh terhadap penurunan berat badan penderita. *The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF/DOQI) merekomendasikan pemberian asupan tinggi protein untuk pasien *dialisis*. Namun, bahan makanan yang tinggi protein merupakan sumber *fosfor* yang tinggi. Kadar *serum fosfor*

yang melebihi 5,5 mg/dL dapat meningkatkan *mortalitas kardiovaskuler* (Marianna and Astutik, 2018).

Pasien yang menjalani *dialisis* akan menjalani pemeriksaan Laboratorium seperti pemeriksaan *Hematologi* (*Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, dan Trombosit*), dan pemeriksaan Darah untuk mengecek *ureum* dan *kreatinin* darah, *Skrining Infeksi HbsAg, Anti-HCV dan anti-HIV*. Tidak hanya itu pasien memerlukan suplemen vitamin pada saat akan melakukan *dialisis*. Diet saja umumnya dapat memenuhi kebutuhan vitamin yang larut dalam air (A, D, E, dan K). Pemberian suplemen vitamin D tergantung kadar *kalsium, fosfor* dan *hormon paratiroid*. Asupan vitamin larut dalam air (B dan C), biasanya kurang cukup, selain karena *restriksi* bahan makanan yang banyak mengandung vitamin ini juga hilang selama terapi *dialisis*. Semua pasien dengan *dialisis* hendaknya diberikan suplemen vitan B dan C. Pemantauan kadar besi perlu dilakukan setiap hari. Suplemen besi diberikan untuk mencegah *anemia defisiensi besi* dan memulai terapi hormon *eritropoietin*. Bila terjadi kekurangan besi, terapi besi dapat diberikan secara *intravena* selama sesi *dialisis*. Pasien yang menjalani CAPD membutuhkan *protein* dan *kalium* yang lebih tinggi lagi karena banyak *protein* maupun *kalium* hilang melalui cairan *peritoneal dialisis* yang terbuang (Pardede and Chunnaedy, 2009). Kompilasi pada pasien yang mengalami *hemodialisa* biasanya yaitu, *hipotensi*, kram, mual dan muntah, sakit kepala, nyeri dada, nyeri punggung, dan gatal-gatal. (Marianna and Astutik, 2018).

#### **H. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik**

Komplikasi yang dapat dtimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronik menurut (Dhani, 2019) antara lain:

##### **1. Penyakit Tulang**

Penurunan kadar *kalsium* (*hipokalsemia*) secara langsung akan mengakibatkan *dekasifikasi matriks* tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (*osteoporosis*) dan jika berlangsung lama maka menyebabkan *phatologis*.

## 2. Penyakit *Kardiovaskuler*

Ginjal sebagai kontrol *sirkulasi* sistemik akan berdampak secara sistemik berupa *hipertensi*, kelainan *lipid*, *intoloransi glukosa*, dan kelainan *himodinamik* (sering terjadi *hipertrofi ventrikel* kiri). Selain berfungsi sebagai *sirkulasi*, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (*endokrin*). *Sekresi eritropoetin* yang mengalami *defisiensi* di ginjal akan mengakibatkan penurunan *hemoglobin*.

## 3. *Disfungsi Seksual*

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

### I. **Diagnosa Keperawatan**

Menurut (PPNI, 2018) diantaranya:

- 1) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan *ventilasi-perfusi*. (D.0003)
- 2) Nyeri akut b.d agen pcedera *fisiologis*. (D.0077)
- 3) *Hipervolemia* b.d kelebihan asupan cairan. (D.0022)
- 4) *Defisit nutrisi* b.d kurangnya asupan makanan. (D.0019)
- 5) *Perfusi perifer* tidak efektif b.d penurunan konsentrasi *hemoglobin*. (D.0009)
- 6) Gangguan *integritas kulit* b.d perubahan *sirkulasi*. (D.0129)
- 7) *Intoleransi aktivitas* b.d kelemahan. (D.0056)
- 8) Risiko perdarahan d.d gangguan *gastrointestinal* (D.0012)
- 9) Risiko infeksi d.d penyakit kronis (D.0142)

## **J. Intervensi Keperawatan**

Menurut (PPNI, 2018) diantaranya:

### **1. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)**

#### **Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas pasien meningkat (L.01003).

#### **Kriteria Hasil:**

- a) Tingkat kesadaran meningkat
- b) *Dyspnea* / nafas pendek mengalami penurunan
- c) Bunyi nafas tambahan menurun
- d) Pusing menurun
- e) Gelisah menurun
- f) Nafas *cuping* hidung menurun
- g) PCO<sub>2</sub> membaik
- h) PO<sub>2</sub> membaik
- i) *Takikardi* membaik
- j) pH *arteri* membaik
- k) *Sianosis* membaik
- l) Pola nafas membaik
- m) Warna kulit membaik

#### **Intervensi :**

#### **Terapi oksigen (L.01026).**

- a) Monitor kecepatan aliran oksigen.
- b) Monitor posisi alat terapi oksigen.
- c) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan *fraksi* yang diberikan cukup.
- d) Monitor efektifitas terapi oksigen (Mis.analisa gas darah, *oksimetri*).
- e) Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan.

- f) Monitor tanda - tanda *hipoventilasi* (adanya nyeri kepala, pusing, *letargi*/kelelahan, sesak, kantuk disiang hari, depresi)
  - g) Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen (*verbal* maupun *non verbal* : Ekspresi mimik wajah dan keluhan pasien.
  - h) Monitor *integritas mukosa* hidung akibat pemasangan oksigen (apakah ada iritasi)
  - i) Pertahankan kepatenan jalan nafas (Teknik batuk efektif, *suction*, *insersi* jalan nafas buatan).
  - j) Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen (*Nasal kanul* , *rebreathing mask*, & *non rebreathing mask*), oksigen, *regulator*.
  - k) Berikan oksigen tambahan, jika perlu (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan).
  - l) Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi (Tabung oksigen yang mudah dibawa).
  - m) Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat *mobilitas* pasien.
  - n) Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah.
  - o) Kolaborasi penentuan dosis oksigen
  - p) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur
- 2. Nyeri akut b.d agen pecedera fisiologis. (D.0077)**

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri pasien menurun (L.08066).

**Kriteria Hasil:**

- a) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat
- b) Keluhan nyeri menurun
- c) Meringis menurun
- d) Sikap protektif menurun
- e) Gelisah menurun
- f) Kesulitan tidur menurun



- g) Berfokus pada diri sendiri menurun
- h) Perasaan depresi menurun
- i) Frekuensi nadi membaik
- j) Fokus membaik
- k) Perilaku membaik
- l) Pola tidur membaik

**Intervensi:**

**Manajemen nyeri (I.08238).**

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identifikasi *skala* nyeri.
- c) Identifikasi respon nyeri *nonverbal*.
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- h) Fasilitasi istirahat dan tidur (atur lingkungan pasien dengan batasi pengunjung untuk mengurangi kebisingan, tanyakan ke pasien apakah suka mendengarkan musik yang menenangkan, menutup tirai, matikan lampu jika perlu).
- i) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (Misalnya nyeri akut dikarenakan *retensi* Na yang menyebabkan *asam laktat* meningkat, maka dapat dilakukan *diit* rendah garam).
- j) Jelaskan penyebab, periode / kurun waktu, dan pemicu nyeri.
- k) Kolaborasi pemberian *analgetik*, jika perlu.

### 3. *Hipervolemia* b.d kelebihan asupan cairan. (D.0022)

#### **Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan pasien meningkat (L.03020).

#### **Kriteria Hasil:**

- a) Haluaran *urine* meningkat
- b) Kelembaban *membrane mukosa* meningkat
- c) Asupan makanan meningkat
- d) *Edema* menurun
- e) *Asites* / penumpukan cairan dirongga perut menurun
- f) *Konfusi* / penurunan berfikir sehingga bingung *disorientasi* menurun
- g) Tekanan darah membaik
- h) Denyut nadi *radial* membaik
- i) Tekanan *arteri* rata – rata membaik
- j) Berat badan membaik

#### **Intervensi:**

#### **Manajemen *Hipervolemia* (I.03114).**

- a) Periksa tanda dan gejala *hipervolemia* (Mis. *edema, dyspnea*, suara nafas tambahan).
- b) Identifikasi penyebab *hipervolemia*.
- c) Monitor status *hemodinamik* (Mis. Frekuensi jantung, tekanan darah).
- d) Monitor *intake* dan *output* cairan
- e) Monitor tanda *hemokonsentrasi* (Mis. *Blood Urea Nitrogen*, kadar *natrium*, berat jenis *urine*)
- f) Monitor tanda peningkatan *onkotik plasma* (mis. kadar *protein* dan *albumin* meningkat)
- g) Monitor kecepatan infus secara ketat
- h) Monitor efek samping *diuretik* (mis. *hipotensi ortostatik, hipovolemia, hypokalemia, hiponatremia*).
- i) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama

- j) Batasi asupan cairan dan garam
- k) Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat

**4. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan. (D.0019)**

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi pasien meningkat (L.03030).

**Kriteria hasil:**

- a) Porsi makanan yang di habiskan meningkat
- b) *Verbalisasi* keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat
- c) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat
- d) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat
- e) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat
- f) Sikap terhadap makanan / minuman sesuai dengan tujuan kesehatan
- g) Berat badan membaik
- h) *Indeks massa* tubuh membaik
- i) Frekuensi makan membaik
- j) Nafsu makan membaik
- k) Bising usus membaik

**Intervensi:**

**Manajemen nutrisi (I.03119).**

- a) Identifikasi status nutrisi (apakah ada penurunan BB > 10% serta IMT dibawah normal)
- b) Identifikasi *intoleransi/* alergi makanan
- c) Identifikasi makanan yang disukai
- d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- e) Identifikasi perlunya penggunaan selang *nasogastrik*
- f) Monitor asupan makanan
- g) Monitor berat badan
- h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Tes darah: *urea & kreatinin*,  
Tes urine : *protein & uremia*)

- i) Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, jika perlu
- j) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan)
- k) Sajikan makanan secara menarik dan suhu sesuai
- l) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah *konstipasi*
- m) Ajarkan diet yang diprogramkan, yang boleh dan tidak
- n) Berikan suplemen makanan, jika perlu hentikan pemberian makan melalui selang *nasogastric* jika asupan *oral* dapat ditoleransi
- o) Anjurkan posisi duduk, jika perlu
- p) Ajarkan diet yang diprogramkan (rendah *protein*, rendah garam)
- q) Kolaborasi pemberian *medikasi* sebelum makan (mis.*antimetik*), jika perlu
- r) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

**5. *Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin.***  
**(D.0009)**

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan *perfusi perifer* pasien meningkat (L.02011).

**Kriteria Hasil:**

- a) Denyut nadi *perifer* meningkat
- b) Warna kulit pucat menurun
- c) *Edema perifer* menurun
- d) Nyeri *ekstremitas* menurun
- e) *Parastesia* / kesemutan menurun
- f) Kelemahan otot menurun
- g) Kram otot menurun
- h) *Nekrosis* menurun
- i) Pengisian *kapiler* membaik
- j) *Akral* membaik
- k) *Turgor kulit* membaik
- l) Tekanan darah *sistolik* dan *diastolik* membaik

m) Tekanan *arteri* rata – rata membaik

**Intervensi :**

**Perawatan *sirkulasi* (I.14569).**

- a) Periksa *sirkulasi perifer* (Mis. Nadi *perifer*, *edema*, *pengisian kapiler*, warna, suhu).
- b) Identifikasi faktor risiko gangguan *sirkulasi* (Mis. Merokok, *diabetes*, *hipertensi*, kolesterol tinggi).
- c) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau *edema* pada *ekstremitas*.
- d) Hindari pemasangan infus / pengambilan darah di area keterbatasan *perfusi* (area yang *edema* atau *hematoma*).
- e) Hindari pengukuran TD pada *ekstremitas* dengan keterbatasan *perfusi* (area *edema* atau *hematoma*).
- f) Hindari penekanan pemasangan *tourniquet* pada area yang cedera.
- g) Lakukan pencegahan infeksi (cuci tangan sebelum melakukan tindakan, hindari tindakan yang beresiko mencederai terutama di area *perfusi* yang tidak efektif)
- h) Lakukan perawatan kaki dan kuku (jangan biarkan kuku panjang, kaki dalam keadaan bersih dan kulit tidak kering)
- i) Lakukan *hidrasi* (misalnya minum air putih sesuai program *diit*)
- j) Anjurkan berhenti merokok
- k) Anjurkan olahraga rutin sesuai kemampuan pasien
- l) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar.
- m) Ajarkan program diet untuk memperbaiki *sirkulasi* (diet rendah *protein*, *natrium*, dan batasi minum)
- n) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- o) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (Mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)
- p) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (Mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

**6. Gangguan *integritas* kulit b.d perubahan *sirkulasi*. (D.0129)**

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan *integritas kulit* dan jaringan meningkat (L.14125).

**Kriteria hasil:**

- a) *Perfusi* jaringan meningkat
- b) Kerusakan lapisan menurun
- c) Nyeri menurun
- d) Kemerahan menurun
- e) *Pigmentasi abnormal* menurun

**Intervensi:**

**Perawatan *integritas kulit* (I.11353).**

- a) Identifikasi penyebab gangguan *integritas kulit* (Mis.perubahan status nutrisi)
- b) Monitor hasil laboratorium (tes darah: *urea & kreatinin*, tes urine: *protein & hematuria*)
- c) Oleskan *agen topical* pada kulit yang gatal
- d) Ajarkan diet yang diprogramkan (diet rendah *protein*, garam, batasi minum)
- e) Edukasi penyebab gangguan *integritas kulit*
- f) Kolaborasi pemberian *obat topical*

**7. *Intoleransi aktivitas* b.d kelemahan. (D.0056)**

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat (L.05047)

**Kriteria hasil:**

- a) Frekuensi nadi meningkat
- b) *Saturasi* oksigen meningkat
- c) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat
- d) Kecepatan berjalan meningkat
- e) Jarak berjalan meningkat

- f) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
- g) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat
- h) Keluhan lelah menurun
- i) *Dispnea* saat aktivitas menurun
- j) *Dispnea* setelah aktivitas menurun
- k) Perasaan lemah menurun
- l) *Aritmia* saat aktivitas menurun
- m) *Sianosis* menurun
- n) Warna kulit membaik
- o) Tekanan darah membaik
- p) Frekuensi nafas membaik
- q) EKG *iskemia* membaik

**Intervensi:**

**Manajemen energi (I.05178).**

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (mis. Penurunan O<sub>2</sub>)
- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional (observasi kemampuan pasien melakukan aktivitas dan respon pasien dalam menghadapi penyakitnya)
- c) Monitor pola tidur dan jam tidur (apakah < 8 jam/harinya)
- d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
- e) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan)
- f) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif (pasif : untuk pasien yang belum bisa mandiri, aktif : perawat hanya membimbing)
- g) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- h) Anjurkan aktivitas secara bertahap
- i) Kolaborasi dengan ahli gizi diet yang tepat untuk pasien

**8. Resiko perdarahan d.d gangguan *gastrointestinal* (D.0012)****Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan pasien menurun (L.02017).

**Kriteria hasil:**

- a) Kelembaban *membrane* meningkat
- b) Kelembaban *mukosa* meningkat
- c) Pengetahuan *kognitif* meningkat
- d) *Hematemesis* menurun
- e) *Hemoglobin* membaik
- f) *Hematokrit* membaik
- g) Tekanan darah membaik
- h) Denyut nadi *apical* membaik

**Intervensi :****Pencegahan perdarahan (I.02067).**

- a) Monitor tanda dan gejala adanya perdarahan (*feses* berwarna hitam, muntah berdarah, adanya nyeri pada ulu hati)
- b) Monitor nilai *hemoglobin*
- c) Pertahankan *bedrest* selama perdarahan
- d) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- e) Anjurkan menghindari *aspirin* atau *antikoagulan*
- f) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- g) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan
- h) Kolaborasi pemberian obat pengontrol darah
- i) Kolaborasi pemberian *tranfusi darah*, jika perlu



**9. Risiko infeksi d.d penyakit kronis (D.0142)****Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi pasien menurun (L.14137).

**Kriteria hasil:**

- a) Kebersihan tangan meningkat
- b) Kebersihan badan meningkat
- c) Nafsu makan meningkat
- d) Demam menurun
- e) Nyeri menurun
- f) Periode *malaise* / lemas menurun
- g) Periode menggigil menurun
- h) *Letargi* / lelah menurun
- i) Kadar sel darah putih membaik

**Intervensi :****Pencegahan infeksi (I.14539).**

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (adanya kemerahan, nyeri/gatal)
- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- c) Pertahankan teknik *aseptik* pada pasien beresiko tinggi
- d) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- e) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- f) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

### **BAB III**

#### **LAPORAN KASUS**

#### **FORMAT KAJIAN DATA DASAR KEPERAWATAN KRITIS**

#### **PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

#### **SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes Medistra Indonesia)**

#### **A. KASUS 1**

Nama mahasiswa : Sri Ayu Hartini  
Hari/Tanggal : 04 Mei 2023  
NPM : 22. 156. 03. 11. 095  
Tempat : Di ruang ICU Gedung A  
Inisial Klien : NY. A  
Dx. Medis : CKD disertai *Hipertensi*

Identitas Pasien dan Penanggung Jawab  
Tanggal Pengkajian : 04 Mei 2023

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas Pasien:**

Nama Pasien : Ny. A  
Tempat / Tgl Lahir : Bekasi, 16-06-1968  
Usia : 54 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Suku Bangsa : Jawa  
Pendidikan : SMA  
Diagnosa Kep : CKD On HD disertai *Hipertensi*

## 2. Identitas penanggung jawab:

Nama P.J : Tn. F

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Jl. Kusuma Utara II GA/30 RT 06/07

Agama : Islam

Hubungan dengan pasien : Anak

## 3. Riwayat kesehatan

### a. Keluhan Utama

Pasien tampak sesak nafas, pusing, dan aktivitas yang dilakukan sering dibantu oleh keluarganya

### b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit *hipertensi* sejak 2 tahun yang lalu, keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit serupa dengan pasien serta tidak ada yang mengalami penyakit menular, pasien tidak pernah mengalami kecelakaan dan tidak mempunyai riwayat alergi makanan atau obat-obatan

## B. Pengkajian Primer

1. *Airway* : Terpasang *ventilator* tipe *Psimv* (12) dengan TV 419, *Peep* 5 *Flo2* 78%
2. *Breathing* : Pernafasan cepat dan dangkal dengan nilai *respirasi* 26x/menit pasien tampak sesak (*Dispnea*), tidak adanya pernafasan *cuping* hidung, tidak tampak adanya *jejas* pada bagian *thoraks*.
3. *Circulation* : Pasien tampak pucat, pasien mengalami peningkatan nadi dan tekanan darah dengan nilai N : 110x/menit dan TD: 174/86 mmHg.
4. *Disability* : GCS : 7 *Somnolen* E3M4V<sub>ETT</sub>, Kedua Pupil tampak *isokor*, reaksi terhadap cahaya Ka+/Ki+, ukuran pupil Ka 2mm/Ki 2mm.
5. *Exposure* : Tidak ada *fraktur*, tidak ada perdarahan, dan terdapat *oedem* dikedua *ekstremitas*.

### C. Pengkajian Sekunder

#### 1. TTV :

- a. Suhu : 36,5 °C
- b. Nadi : 110x/menit
- c. Pernafasan : 26x/menit
- d. Tekanan darah : 174/86 mmHg

#### 2. Keadaan Umum :

Tidak terdapat tanda-tanda *distress*, pasien mengalami penurunan kesadaran dan *bed rest* total

#### 3. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe* :

##### a. Kepala :

- Bentuk kepala : Bentuk *menshocephal*, tidak terdapat luka.
- Kondisi kulit kepala : Tidak ada memar
- Kebersihan : Kepala pasien cukup bersih
- Warna rambut : Hitam

##### b. Sistem pernafasan

- Hidung : Hidung simetris, tidak terdapat pernafasan *cuping* hidung, kebersihan hidung bagus *silia* tampak jelas.
- Leher : Leher nadi *carotis* teraba cepat, tidak ada *deviasi trachea* dan tidak mengalami pembengkakan kelenjar getah bening.
- Dada
  - Bentuk dada (normal,*barrel*,*pigeon chest*) : Normal
  - Gerakan dada (kiri dan kanan, apakah ada *retraksi*): Tidak adanya *retraksi* 2 lapang paru
  - Keadaan *proxsesus xipoideus* : Tidak mengalami trauma
  - Suara nafas : *Vasikuler*
  - Apakah ada suara nafas tambahan : Tidak ada suara nafas tambahan
  - Apakah ada *clubbing finger* : Tidak tampak adanya *clubbing finger*

##### c. Sistem *kardiovaskuler*

- Bibir (pucat, *cyanosis*) : Bibir tampak pucat
- *Arteri carotis* : Teraba cepat

- Tekanan *vena jugularis* : Tidak mengalami peningkatan JVP
- *Ictus cordis/apex* : Tidak teraba
- Suara jantung : Terdengar suara jantung lup-dup
- *Capillary refilling time* : > 3 detik

d. Sistem pencernaan

- Bibir (lembab, kering, pecah-pecah, *labio skizis*) : Lembab
- Mulut (*stomatitis*, apakah ada *palatoskizis*, jumlah gigi, kemampuan menelan gerakan lidah ) : Ada 1 gigi berlubang, kemampuan menelan kurang baik
- *Gaster* (kembung, gerakan *peristaltik* ) : 16x/menit
- *Abdomen* (periksa sesuai dengan organ dalam tiap kuadran) : Hasil *perkusi timpani*
- *Anus* (kondisi, *spinkter ani* ) : Tidak terdapat luka dan benjolan

e. Sistem indra

- Mata
  - *Conjunctiva* (anemia/tidak) : *An-anemis*
  - *Sklera* (*ikterus*/tidak) : Tidak *ikterus*
  - *Visus* (gunakan *snellen card*) : Tidak dilakukan pengkajian
  - Ukuran pupil : Ka 3mm/Ki 3 mm
  - Reaksi terhadap cahaya : Ka+/Ki+
- Hidung
  - Penciuman, perih dihidung, trauma, mimisan : Pencium baik, tidak terdapat perih, tidak terdapat trauma, tidak terdapat mimisan, dan terpasang NGT
  - *Sekret* yang menghalangi penciuman : Tidak terdapat *sekret*
- Telinga
  - Keadaan daun telinga : Daun telinga tampak baik dan bersih
  - Fungsi pendengaran : Pasien mengalami penurunan kesadaran

## f. Sistem saraf

- Fungsi *Cerebral*
  - Status mental (orientasi, daya ingat, perhatian dan perhitungan, bahasa) : Pasien mengalami penurunan kesadaran
  - Kesadaran (*eyes, motorik, verbal*) dengan GCS : GCS 7 : E : 3 M : 4 V<sub>ETT</sub>
- Fungsi *motorik* (massa, tonus dari kekuatan otot) : Pasien mengalami penurunan kesadaran dan *bed rest* total
- Fungsi sensorik (suhu, nyeri,) : Suhu 36° C dan tidak terdapat nyeri
- Fungsi *cerebellum* (koordinasi dan keseimbangan) : Tidak dilakukan pengkajian
- Refleks (*ekstremitas* atas, bawah) : Tidak dilakukan pengkajian
- *Iritasi meningen* (kaku kuduk, *lasaque sign, kernig sign, brudzinski sign*) : Tidak dilakukan pengkajian

g. Sistem *musculoskeletal*

- *Vertebrae* (bentuk, gerakan, ROM ) : Tidak dilakukan pengkajian
- Lutut (ROM) : Tidak dilakukan pengkajian
- Kaki (keutuhan *ligamen*, ROM) : Tidak dilakukan pengkajian
- Bahu : Tidak dilakukan pengkajian
- Tangan : Tidak terdapat kelainan

h. Sistem *integumen*

- Rambut ( distribusi ditiap bagian tubuh, *texture*, kelembaban, kebersihan ) : Terdapat beberapa uban, tampak lembab dan cukup bersih
- Kulit (perubahan warna, *temperatur*, kelembaban, ruam, *texture* ) : Berwarna sawo matang dengan suhu hangat, pucat, tidak ada kelainan

- Kuku ( warna, permukaan kuku, mudah patah, kebersihan ): Tidak terdapat *clubbing finger*, berwarna bening kemerahan tampak bersih

i. Sistem *endokrin*

- Gejala *kreatinisme* atau *gigantisme* : Tidak terdapat gejala *gigantisme*
- *Ekskresi urine* berlebihan , *polydipsi*, *poliphagi* : *Ekskresi urine* pasien sedikit
- Suhu tubuh yang tidak seimbang , keringat berlebihan, leher kaku ) : Tidak terdapat gangguan
- Riwayat bekas air seni dikelilingi semut : Tidak ada riwayat

j. Sistem perkemihan

- *Edema palpebra* : Tidak terdapat *edema* pada area *palpebra*
- *Edema anasarka* : Terdapat *edema* di kedua *ekstremitas* pasien
- Keadaan kandung kemih : *Urine output* 700cc/hari
- Terpasang *kateter*, warna *urine* kuning keruh dengan jumlah pengeluaran 100cc/3 jam
- Penyakit hubungan seksual : Tidak memiliki penyakit hubungan seksual

k. Sistem *reproduksi*

Tidak dilakukan pengkajian

l. Sistem *immun*

- Alergi ( cuaca, debu, bulu binatang, zat kimia ) : Tidak ada alergi
- Immunisasi : Lengkap
- Penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca : Tidak ada

### D. Data Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
<b>Hematologi (03/05/2023)</b>			
<i>Hemoglobin</i>	13	12-14 g/dl	Normal
<i>Hematokrit</i>	<b>27,6</b>	37-47 %	Tidak normal
<i>Leukosit</i>	<b>11,9</b>	5-10 <sup>3</sup> / $\mu$ l	Tidak normal
<i>Trombosit</i>	280	150-400	Normal
<b>Kimia Klinik (03/05/2023)</b>			
<i>Ureum</i>	<b>106</b>	20-40 mg/dl	Tidak normal
<i>Kreatinin</i>	<b>3,43</b>	0,5-1,5 mg/dl	Tidak normal
<i>Egfr</i>	<b>15</b>	90-120 ml/mnt	Tidak normal
<b>Elektolit (03/05/2023)</b>			
<i>Natrium</i>	<b>133</b>	135-145 mmol/L	Tidak normal
<i>Kalium</i>	3,5	3,5-5,0 mmol/L	Normal
<i>Clorida</i>	97	94-111 mmol/L	Normal
<b>Klinik CKD (06/05/2023)</b>			
Warna <i>Urine</i>	<b>Kuning keruh</b>	Jernih	Tidak normal
<i>Albumin Urine</i>	<b>Positif +++</b>	Negatif	Tidak normal
Darah Samar	<b>Positif +</b>	Negatif	Tidak normal
<i>Nitrit</i>	<b>Positif</b>	Negatif	Tidak normal
<b>Analisa Gas Darah (03/05/2023)</b>			
PH	<b>7,471</b>	7,35- 7,45	Tidak normal
PCO2	37,9	35- 45 mmHg	Normal
PO2	<b>112,9</b>	83- 108 mmHg	Tidak normal
O2 Saturasi (SO2%)	98	%	Normal
HCO3	<b>28,2</b>	22- 26 mmol/L	Tidak normal
TCO2	<b>29,4</b>	23- 27 mmol/L	Tidak normal
<i>Albumin</i>	<b>2,36</b>	3,5-4,5 g/dl	Tidak normal



**E. Hemodialisa (05/05/2023)**

Akses Vaskuler : CDL ( <i>Catheter Double Lumen</i> )
Frekuensi HD : 2x/Minggu
Lama HD : 3 Jam
Mulai Dialisis : 05/05/2023
Hepariniasasi Bolus : 2000 unit/jam
Continous : 1000 unit/jam
Dializer : Purifier L160
Consentrat Dialisa : Acid, Bicarbonate
Qb : 180-200 ml/mnt
Uf : 2000
TD selama HD : 180/98, N: 112 x/mnt
Hbs Ag : Non Reaktif
Anti HCV : Non Reaktif

**F. Terapi Obat-Obatan**

Oral dan Injek		
<i>Lasik (Furosemide)</i>	20 mg/jam	Injeksi IV
<i>Maxifloxacin</i>	1x 400mg	Injeksi IV
<i>Morphin</i>	1 mg/jam	Injeksi IV
<i>Nicardiphine</i>	2x 50 mg	Injeksi IV
<i>Lansoprazole</i>	2x39 mg	Injeksi IV
<i>Amlodiphine</i>	2x10 mg	PO via NGT
<i>Candesartan</i>	2x16 mg	PO via NGT
<i>CaCo3</i>	2x1 Tab	PO via NGT
<i>Asam Folat</i>	2x1 Tab	PO via NGT
<i>Vit B12</i>	2x1 Tab	PO via NGT
<i>Captopril</i>	3x25 Tab	PO via NGT
<i>Sucralfat</i>	3x150 ml	PO via NGT
<i>Bicnat</i>	3x1 Tab	PO via NGT
<i>KSR</i>	3x1 Tab	PO via NGT
<i>Inhalasi Nebulizer pulmicort</i> 2cc dan <i>salbutamol</i> 2cc	/6jam	Via Ventilator

### DATA FOKUS

Nama Pasien : Ny. A Tanggal masuk : 25-04-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 04-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + HT

Data Subjektif	Data Objektif
Pasien mengalami penurunan kesadaran	1) PO <sub>2</sub> : 112,9 mmHg 2) PH:7,471 3) <i>Takikardi</i> 4) Kesadaran: <i>Somnolen</i> 5) Pasien tampak gelisah 6) Pasien terpasang <i>Ventilator</i> tipe <i>Psimv</i> (12) dengan TV 419, <i>Peep</i> 5 <i>Flo</i> <sub>2</sub> 78% 7) Pasien tampak <i>dyspnea</i> 8) Tampak <i>edema</i> pada <i>ekstremitas</i> atas dan bawah pasien 9) Turgor kulit tidak elastis 10) <i>Albumin</i> : 2,36 g/dl 11) <i>Hematokrit</i> : 27,6 % 12) <i>Output urine</i> pasien 50 cc/ 3 jam Rumus IWL= BBx10 BB pasien 80kg= 800 Rumus <i>balance cairan</i> <i>Input-output+IWL</i> 200-500+800= - 1.100 cc 13) Aktivitas dibantu oleh perawat ( <i>total care</i> ) 14) Warna kulit pucat 15) Pasien tampak <i>bed rest</i> total

### ANALISA DATA

Nama Pasien : Ny. A Tanggal masuk : 25-04-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 05-04-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + HT

Data Subjektif	Data Objektif	Masalah	Etiologi
Pasien mengalami penurunan kesadaran	1) PO <sub>2</sub> : 112,9 mmHg 2) PH: 7,471 3) <i>Takikardi</i> 4) Kesadaran: <i>Somnolen</i> 5) Pasien tampak gelisah 6) Pasien terpasang <i>Ventilator</i> tipe <i>Psimv</i> (12) dengan TV 419, <i>Peep</i> 5 <i>Flo2</i> 78%	Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)	Ketidakseimbangan <i>Ventilasi-Perfusi</i>
Pasien mengalami penurunan kesadaran	1) Pasien tampak <i>dyspnea</i> 2) Tampak <i>edema</i> pada <i>ekstremitas</i> atas dan bawah pasien 3) Turgor kulit tidak elastis 4) <i>Albumin</i> : 2,36 g/dl 5) <i>Hematokrit</i> : 27,6 % 6) <i>Output urine</i> pasien 50 cc/ 3 jam Rumus IWL= $BB \times 10$ BB pasien 80kg= 800 Rumus <i>balance cairan</i> $Input-output + IWL$ $200 - 500 + 800 = -$	<i>Hipervolemia</i> (D.0022)	Kelebihan Asupan Cairan

	1.100 cc		
Pasien mengalami penurunan kesadaran	1) Aktivitas dibantu oleh perawat ( <i>Total Care</i> ) 2) Warna kulit pucat 3) Pasien tampak <i>bed rest total</i>	<i>Intoleransi Aktivitas</i> (D.0056)	Tirah Baring

### DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. A Tanggal masuk : 25-04-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 04-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + HT

No	Diagnosa Keperawatan
1	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan <i>Ventilasi-Perfusi</i> d.d <i>Dispnea</i> (D.0003)
2	<i>Hipervolemia</i> b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d <i>Edema Perifer</i> (D.0022)
3	<i>Intoleransi aktivitas</i> b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)

### INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. A Tanggal masuk : 25-04-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 04-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + HT

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi d.d <i>Dispnea</i> (D.0003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan <b>Pertukaran gas pasien meningkat (L.01003)</b> dengan Kriteria Hasil : 1. <i>Dispnea</i> menurun 2. Pusing menurun 3. Gelisah menurun	<b>Pemantauan Respirasi (I.01014)</b> <b>Observasi</b> 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman upaya nafas 2) Monitor pola nafas 3) Monitor <i> saturasi oksigen</i> 4) Monitor nilai AGD <b>Terapeutik</b> 5) Atur <i> interval</i> pemantauan <i> respirasi</i> sesuai kondisi pasien 6) Dokumentasikan hasil pemantauan
<i>Hipervolemia</i> b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d <i>Edema Perifer</i> (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan <b>Keseimbangan Cairan Pasien Meningkat (L.03020)</b> dengan Kriteria Hasil : 1. Pengeluaran <i> urine</i> meningkat 2. <i>Edema</i> menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Turgor kulit membaik	<b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b> <b>Observasi</b> 1) Monitor tanda dan gejala <i>hipervolemia (dispnea, edema)</i> 2) Monitor status <i> hemodinamik</i> 3) Monitor <i> intake output</i> cairan 4) Monitor kecepatan infus secara ketat 5) Monitor efek samping <i> diuretik</i> <b>Terapeutik</b> 6) Batasi asupan cairan dan garam 7) Tinggikan kepala tempat tidur 40 derajat <b>Kolaborasi</b> 7) Kolaborasi pemberian <i> diuretik</i>

<p><i>Intoleransi</i></p> <p>Aktivitas b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan <b>Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047)</b> dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warna kulit membaik</li> <li>2. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus</li> <li>2) Lakukan latihan rentang gerak pasif</li> <li>3) Berikan aktivitas <i>distraksi</i> yang menenangkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan <i>intake</i> adekuat</li> </ol>
--	--	---

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 1

Nama Pasien : Ny. A Tanggal masuk : 25-04-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 04-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + HT

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi d.d Dispnea (D.0003)	Rabu 04/05/2023 08.00 08.10 08.15 08.20 08.25 08.30	<b>Pemantauan Respirasi (I.01014)</b>  <b>Observasi</b> 1) Memonitor frekuensi, irama, kedalaman upaya nafas 2) Memonitor pola nafas 3) Memonitor saturasi oksigen 4) Memonitor nilai AGD  <b>Terapeutik</b> 5) Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 6) Mendokumentasikan hasil pemantauan	Ayu
Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d Edema Perifer (D.0022)	Rabu 04/05/2023 08.35 08.40 08.45 08.50 08.55 09.00 09.05 09.10	<b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b>  <b>Observasi</b> 1) Memonitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema) 2) Memonitor status hemodinamik 3) Memonitor intake output cairan 4) Memonitor kecepatan infus secara ketat 5) Memonitor efek samping diuretik  <b>Terapeutik</b> 6) Membatasi asupan cairan dan garam 7) Meninggikan kepala tempat tidur 40 derajat  <b>Kolaborasi</b> 8) Mengkolaborasi pemberian diuretik	Ayu

<p><i>Intoleransi</i> Aktivitas b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)</p>	<p>Rabu 04/05/2023</p> <p>09.15 09.20 09.25 09.30</p>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b><i>Terapeutik</i></b></p> <p>1) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus 2) Melakukan latihan rentang gerak pasif 3) Memberikan aktivitas <i>distraksi</i> yang menenangkan</p> <p><b><i>Kolaborasi</i></b></p> <p>4) Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan <i>intake</i> adekuat</p>	<p>Ayu</p>
---	---	---	------------



### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 1

Nama Pasien : Ny. A Tanggal masuk : 25-04-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 04-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + HT

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
09.40	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi d.d <i>Dispnea</i> (D.0003)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi nafas 26x/mnt</li> <li>• Pola nafas <i>takipnea</i></li> <li>• SPO<sub>2</sub>: 98%</li> <li>• Pasien terpasang <i>Ventilator</i></li> <li>• Nilai AGD: PO<sub>2</sub>: 112,9 mmHg</li> <li>• PH: 7,471</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu
10.00	<i>Hipervolemia</i> b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d <i>Edema Perifer</i> (D.0022)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak <i>dispnea</i></li> <li>• Pasien tampak <i>edema</i></li> <li>• RL 500 cc/ 8 jam, pengeluaran <i>urine</i> 500 ml/hari</li> <li>• TD: 174/86 mmHg.</li> <li>• N: 110x/menit</li> <li>• Pasien diberikan <i>diit</i> susu 200cc</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV <i>Furosemide</i> 30 mg</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV <i>Nicardipine</i> 5 mg</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah <i>hipervolemia</i> belum teratasi</p> <p><b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu
10.20	<i>Intoleransi</i> Aktivitas b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dilakukan latihan ROM pasif dibantu oleh perawat</li> <li>• ADL pasien dibantu total oleh perawat</li> <li>• Pasien diberikan aktivitas <i>distraksi</i> (Teknik Relaksasi Musik <i>Religi</i>)</li> <li>• Pasien diberikan <i>diit</i> susu 200cc</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah <i>intoleransi</i> aktivitas belum teratasi</p>	Ayu

		<b>P: Intervensi</b> dilanjutkan	
--	--	----------------------------------	--

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 2

Nama Pasien : Ny. A Tanggal masuk : 25-04-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 04-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + HT

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi d.d Dispnea (D.0003)	Kamis 05/05/2023  14.00  14.05 14.10 14.15  14.20  14.25	<b>Pemantauan Respirasi (I.01014)</b>  <b>Observasi</b> 1) Memonitor frekuensi, irama, kedalaman upaya nafas 2) Memonitor pola nafas 3) Memonitor saturasi oksigen 4) Memonitor nilai AGD  <b>Terapeutik</b> 5) Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 6) Mendokumentasikan hasil pemantauan	Ayu
Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d Edema Perifer (D.0022)	Kamis 05/05/2023  14.30  14.35 14.40 14.45 14.50  14.55 15.00  15.05	<b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b>  <b>Observasi</b> 1) Memonitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema) 2) Memonitor status hemodinamik 3) Memonitor intake output cairan 4) Memonitor kecepatan infus secara ketat 5) Memonitor efek samping diuretik  <b>Terapeutik</b> 6) Membatasi asupan cairan dan garam 7) Meninggikan kepala tempat tidur 40 derajat  <b>Kolaborasi</b> 8) Mengkolaborasi pemberian diuretic	Ayu

<p><i>Intoleransi</i> Aktivitas b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)</p>	<p>Kamis 05/05/2023</p> <p>15.10 15.15 15.20 15.25</p>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus 2) Melakukan latihan rentang gerak pasif 3) Memberikan aktivitas <i>distraksi</i> yang menenangkan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>4) Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan <i>intake</i> adekuat</p>	<p>Ayu</p>
---	--	---	------------

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 2

Nama Pasien : Ny. A Tanggal masuk : 25-04-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 04-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + HT

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
16.00	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi d.d Dispnea (D.0003)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi nafas 22x/mnt</li> <li>• Pola nafas masih <i>takipnea</i></li> <li>• SPO<sub>2</sub>: 99%</li> <li>• Pasien terpasang <i>Ventilator</i></li> <li>• Nilai AGD: PO<sub>2</sub>: 110 mmHg</li> <li>• PH: 7,463</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu
16.30	<i>Hipervolemia</i> b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d <i>Edema Perifer</i> (D.0022)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak masih <i>dispnea</i></li> <li>• Pasien tampak masih <i>edema</i></li> <li>• RL 500 cc/ 8 jam, pengeluaran <i>urine</i> 700 ml/hari</li> <li>• TD: 152/82 mmHg.</li> <li>• N: 87x/menit</li> <li>• Pasien diberikan <i>diit</i> susu 200cc</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV <i>Furosemide</i> 30 mg</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV <i>Nicardipine</i> 5 mg</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah <i>hipervolemia</i> teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu
17.00	<i>Intoleransi</i> Aktivitas b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dilakukan latihan ROM pasif dibantu oleh perawat</li> <li>• ADL pasien dibantu total oleh perawat</li> <li>• Pasien diberikan aktivitas <i>distraksi</i> (Teknik Relaksasi Musik <i>Religi</i>)</li> <li>• Pasien tampak bisa menggerakkan tangan kirinya</li> </ul>	Ayu

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Pasien diberikan <i>diit</i> susu 200cc</li></ul> <p><b>A:</b> Masalah <i>intoleransi</i> aktivitas teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	
--	--	--	--

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 3

Nama Pasien : Ny. A Tanggal masuk : 25-04-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 04-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD+ HT

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi d.d Dispnea (D.0003)	Jumat 06/05/2023  21.00  21.05 21.10  21.15  21.20	<b>Pemantauan Respirasi (I.01014)</b>  <b>Observasi</b> 1) Memonitor frekuensi, irama, kedalaman upaya nafas 2) Memonitor pola nafas 3) Memonitor saturasi oksigen 4) Memonitor nilai AGD  <b>Terapeutik</b> 5) Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 6) Mendokumentasikan hasil pemantauan	Ayu
Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d Edema Perifer (D.0022)	Jumat 06/05/2023  21.25  21.30 21.35 21.40 21.45  21.50 21.55  22.00	<b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b>  <b>Observasi</b> 1) Memonitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema) 2) Memonitor status hemodinamik 3) Memonitor intake output cairan 4) Memonitor kecepatan infus secara ketat 5) Memonitor efek samping diuretik  <b>Terapeutik</b> 6) Membatasi asupan cairan dan garam 7) Meninggikan kepala tempat tidur 40 derajat  <b>Kolaborasi</b> 8) Mengkolaborasi pemberian diuretik	Ayu

<p><i>Intoleransi</i> Aktivitas b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)</p>	<p>Jumat 06/05/2023</p> <p>22.05 22.10 22.15 22.20</p>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus 2) Melakukan latihan rentang gerak pasif 3) Memberikan aktivitas <i>distraksi</i> yang menenangkan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>4) Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan <i>intake</i> adekuat</p>	<p>Ayu</p>
---	--	---	------------

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 3

Nama Pasien : Ny. A Tanggal masuk : 25-04-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 04-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + HT

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
23.00	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi d.d Dispnea (D.0003)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi nafas 18x/mnt</li> <li>• Pola nafas normal</li> <li>• SPO<sub>2</sub>: 100%</li> <li>• Pasien terpasang Ventilator</li> <li>• Nilai AGD: PO<sub>2</sub>: 109 mmHg</li> <li>• PH: 7,40</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Ayu
23.30	Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d Edema Perifer (D.0022)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sudah tidak dispnea</li> <li>• Pasien tampak masih edema</li> <li>• RL 500 cc/ 8 jam, pengeluaran urine 1100 ml/hari</li> <li>• TD: 145/80 mmHg.</li> <li>• N: 87x/menit</li> <li>• Pasien diberikan diit susu 200cc</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV Furosemide 30 mg</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV Nicardipine 5 mg</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Ayu
00.00	Intoleransi Aktivitas b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dilakukan latihan ROM pasif dibantu oleh perawat</li> <li>• ADL pasien dibantu total oleh perawat</li> <li>• Pasien diberikan aktivitas distraksi (Teknik Relaksasi Musik Religi)</li> <li>• Pasien tampak bisa menggerakkan tangan kirinya</li> </ul>	Ayu



		<p>dan kaki kirinya</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasien diberikan <i>diit</i> susu 200cc</li></ul> <p><b>A:</b> Masalah <i>intoleransi</i> aktivitas teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	
--	--	--	--

## **B. KASUS 2**

Identitas Pasien dan Penanggung Jawab

Tanggal Pengkajian : 15 Mei 2023

### **A. Pengkajian**

#### **1. Identitas Pasien:**

Nama Pasien : Tn. A

Tempat / Tgl Lahir : Bekasi, 22-01-1975

Usia : 48 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Suku Bangsa : Sunda

Pendidikan : SMA

Diagnosa Kep : CKD On HD disertai *Sepsis*

#### **2. Identitas penanggung jawab:**

Nama P.J : Ny. R

Pekerjaan : Karyawan Swasta

Alamat : Jl. Bojong Molek VII Blok F 27 No 2 RT 07/14

Agama : Islam

Hubungan dengan pasien : Istri

#### **3. Riwayat kesehatan**

##### **a. Keluhan Utama**

Pasien tampak sesak nafas, pusing, demam, menggigil, dan aktivitas yang dilakukan sering dibantu oleh keluarganya.

##### **b. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mempunyai riwayat penyakit berat sebelumnya, keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit serupa dengan pasien serta tidak ada yang mengalami penyakit menular, pasien tidak pernah mengalami kecelakaan dan tidak mempunyai riwayat alergi makanan atau obat-obatan

## B. Pengkajian Primer

1. *Airway* : Pasien terpasang *guedel airway*.
2. *Breathing* : Pernafasan cepat dan dangkal dengan nilai *respirasi* 30x/menit pasien tampak sesak (*Dispnea*), tidak adanya pernafasan *cuping* hidung, terdapat *retraksi* dinding dada, tidak terdapat suara nafas tambahan dan tidak tampak adanya *jejas* pada bagian *thoraks*.
3. *Circulation* : Pasien tampak pucat, pasien mengalami peningkatan nadi dan penurunan tekanan darah dengan nilai N : 120x/menit dan TD: 76/42 mmHg.
4. *Disability* : GCS : 9 *Somnolen* E2M4V3, Kedua Pupil tampak *isokor*, reaksi terhadap cahaya  $Ka+/Ki+$ , ukuran pupil  $Ka$  2mm/ $Ki$  2mm.
5. *Exposure* : Tidak ada *fraktur*, tidak ada perdarahan, dan terdapat *oedem* dikedua *ekstremitas*.

## C. Pengkajian Sekunder

### 1. TTV :

- a. Suhu : 39 °C
- b. Nadi : 120x/menit
- c. Pernafasan : 30x/menit
- d. Tekanan darah : 76/42 mmHg

### 2. Keadaan Umum :

Tidak terdapat tanda-tanda *distress*, pasien mengalami penurunan kesadaran dan *bed rest* total

### 3. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe* :

- a. Kepala :
  - Bentuk kepala : Bentuk *menshocephal*, tidak terdapat luka.
  - Kondisi kulit kepala : Tidak ada memar
  - Kebersihan : Kepala pasien cukup bersih
  - Warna rambut : Hitam

b. Sistem pernafasan

- Hidung : Hidung simetris, tidak terdapat pernafasan *cuping* hidung, kebersihan hidung bagus *silia* tampak jelas.
- Leher : Leher nadi *carotis* teraba cepat, tidak ada *deviasi trachea* dan tidak mengalami pembengkakan kelenjar getah bening.
- Dada
  - Bentuk dada (normal, *barrel*, *pigeon chest*) : Normal
  - Gerakan dada (kiri dan kanan, apakah ada *retraksi*): Terdapat *retraksi* 2 lapang paru
  - Keadaan *proxsesus xipoides* : Tidak mengalami trauma
  - Suara nafas : *Vesikuler*
  - Apakah ada suara nafas tambahan : Tidak ada suara nafas tambahan
  - Apakah ada *clubbing finger* : Tidak tampak adanya *clubbing finger*

c. Sistem kardiovaskuler

- Bibir (pucat, *cyanosis*) : Bibir tampak pucat
- Arteri *carotis* : Teraba cepat
- Tekanan *vena jugularis* : Tidak mengalami peningkatan JVP
- *Ictus cordis/apex* : Tidak teraba
- Suara jantung : Terdengar suara jantung lup-dup
- *Capillary retilling time* : > 3 detik

d. Sistem pencernaan

- Bibir (lembab, kering, pecah-pecah, *labio skizis*) : Lembab
- Mulut (*stomatitis*, apakah ada *palatoskizis*, jumlah gigi, kemampuan menelan gerakan lidah ) : Tidak ada gigi berlubang, kemampuan menelan kurang baik
- *Gaster* (kembung, gerakan *peristaltik*) : 16x/menit
- *Abdomen* (periksa sesuai dengan organ dalam tiap kuadran) : Hasil *perkusi timpani*
- *Anus* (kondisi, *spinkter ani*) : Tidak terdapat luka dan benjolan

e. Sistem indra

- Mata
  - *Conjunctiva* (anemia/tidak) : *An-anemis*
  - *Sklera* (ikterus/tidak) : Tidak *ikterus*
  - *Visus* (gunakan *snellen card*) : Tidak dilakukan pengkajian
  - Ukuran pupil : Ka 3mm/Ki 3 mm
  - Reaksi terhadap cahaya : Ka+/Ki+
- Hidung
  - Penciuman, perih dihidung, trauma, mimisan : Pencium baik, tidak terdapat perih, tidak terdapat trauma, tidak terdapat mimisan, dan terpasang NGT
  - *Sekret* yang menghalangi penciuman : Tidak terdapat *sekret*
- Telinga
  - Keadaan daun telinga : Daun telinga tampak baik dan bersih
  - Fungsi pendengaran : Pasien mengalami penurunan kesadaran

f. Sistem saraf

- Fungsi *Cerebral*
  - Status mental (orientasi, daya ingat, perhatian dan perhitungan, bahasa) : Pasien mengalami penurunan kesadaran
  - Kesadaran (*eyes, motorik, verbal*) dengan GCS : GCS 9 : E : 2 M : 4 V3
- Fungsi *motorik* (*massa, tonus* dari kekuatan otot) : Pasien mengalami penurunan kesadaran dan *bed rest* total
- Fungsi sensorik (suhu, nyeri,) : Suhu 39° C dan tidak terdapat nyeri
- Fungsi *cerebellum* (koordinasi dan keseimbangan) : Tidak dilakukan pengkajian
- Refleks (*ekstremitas* atas, bawah) : Tidak dilakukan pengkajian

- *Iritasi meningen* (kaku kuduk, *lasaque sign*, *kernig sign*, *brudzinski sign*) : Tidak dilakukan pengkajian

g. Sistem *musculoskeletal*

- *Vertebrae* (bentuk, gerakan, ROM) : Tidak dilakukan pengkajian
- Lutut (ROM) : Tidak dilakukan pengkajian
- Kaki (keutuhan *ligamen*, ROM) : Tidak dilakukan pengkajian
- Bahu : Tidak dilakukan pengkajian
- Tangan : Tidak terdapat kelainan

h. Sistem *integumen*

- Rambut ( distribusi ditiap bagian tubuh, *texture*, kelembaban, kebersihan ) : Terdapat beberapa uban, tampak lembab dan cukup bersih
- Kulit (perubahan warna, *temperatur*, kelembaban, ruam, *texture* ) : Berwarna sawo matang dengan suhu panas, pucat, tidak ada kelainan
- Kuku ( warna, permukaan kuku, mudah patah, kebersihan ) : Tidak terdapat *clubbing finger*, berwarna bening kemerahan tampak bersih

i. Sistem *endokrin*

- Gejala *kreatinisme* atau *gigantisme* : Tidak terdapat gejala *gigantisme*
- *Ekskresi urine* berlebihan , *polydipsi*, *poliphagi* : *Ekskresi urine* pasien sedikit
- Suhu tubuh yang tidak seimbang , keringat berlebihan, leher kaku ) : Suhu tubuh pasien mengalami peningkatan yaitu 39<sup>0</sup>C
- Riwayat bekas air seni dikelilingi semut : Tidak ada riwayat

j. Sistem perkemihan

- *Edema palpebra* : Tidak terdapat *edema palpebra*
- *Edema anasarka* : Terdapat *edema* di kedua *ekstremitas* pasien

- Keadaan kandung kemih : *Urine output* 700 cc/hari
- Terpasang *kateter*, warna *urine* kuning keruh
- Penyakit hubungan seksual : Tidak memiliki penyakit hubungan seksual

k. Sistem *reproduksi*

Tidak dilakukan pengkajian

l. Sistem *immun*

- Alergi ( cuaca, debu, bulu binatang, zat kimia ) : Tidak ada alergi
- Immunisasi : Lengkap
- Penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca : Tidak ada

### D. Data Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
<b>Hematologi (13/05/2023)</b>			
<i>Hemoglobin</i>	<b>12,6</b>	13 – 17,5 g/dl	Tidak normal
<i>Hematokrit</i>	<b>34,7</b>	40-54 %	Tidak normal
<i>Leukosit</i>	<b>26.0</b>	5-10 <sup>3</sup> / $\mu$ l	Tidak normal
<i>Trombosit</i>	<b>612</b>	150-400	Tidak normal
<b>Kimia Klinik (13/05/2023)</b>			
<i>Ureum</i>	<b>123</b>	20-40 mg/dl	Tidak normal
<i>Kreatinin</i>	<b>4,72</b>	0,5-1,5 mg/dl	Tidak normal
<i>Egfr</i>	<b>14</b>	90-120 ml/mnt	Tidak normal
<b>Elektolit (13/05/2023)</b>			
<i>Natrium</i>	139	135-145 mmol/L	Normal
<i>Kalium</i>	<b>3,2</b>	3,5-5,0 mmol/L	Tidak normal
<i>Clorida</i>	98	94-111 mmol/L	Normal
<b>Klinik CKD (18/05/2023)</b>			
Warna <i>Urine</i>	<b>Kuning keruh</b>	Jernih	Tidak normal
<i>Albumin Urine</i>	<b>Positif ++</b>	Negatif	Tidak normal
Darah Samar	<b>Positif ++</b>	Negatif	Tidak normal
<i>Nitrit</i>	<b>Positif</b>	Negatif	Tidak normal
<i>Leukosit Esterase</i>	<b>Positif +++</b>	Negatif	Tidak normal
<b>Analisa Gas Darah (13/05/2023)</b>			
PH	<b>7,485</b>	7,35- 7,45	Tidak normal
PCO <sub>2</sub>	<b>20,2</b>	35- 45 mmHg	Tidak normal
PO <sub>2</sub>	<b>26,7</b>	83- 108 mmHg	Tidak normal
O <sub>2</sub> Saturasi (SO <sub>2</sub> %)	<b>55,1</b>	%	Tidak normal
HCO <sub>3</sub>	<b>13,4</b>	22- 26 mmol/L	Tidak normal
TCO <sub>2</sub>	<b>14,0</b>	23- 27 mmol/L	Tidak normal
<i>Albumin</i>	<b>2,3</b>	3,5-4,5 g/dl	Tidak normal



### E. Hemodialisa (18/05/2023)

Akses Vaskuler : CDL (*Catheter Double Lumen*)

Frekuensi HD : 2x/Minggu

Lama HD : 3,5 Jam

Mulai Dialisis : 18/05/2023

*Hepariniasasi Bolus* : 2000 unit/jam

*Continous* : 1000 unit/jam

*Dializer* : Purifier L160

*Consentrat Dialisa* : Acid, Bicarbonate

Qb : 180-200 ml/mnt

Uf : 2000

TD selama HD : 100/86, N: 110 x/mnt

*Hbs Ag* : Non Reaktif

*Anti HCV* : Non Reaktif

### F. Pemeriksaan Diagnostik

#### 1. CR Thorax PA

- *Skeletal* normal
- *Cor sinuses* dan *diagfragma* normal
- *Pulmo*: corakan normal, tidak tampak *infiltrat*
- Kesan: *Thorax* normal

#### 2. CT Kepala (Axial) (Single Slice)

- *Sulci kortikalis* dan *fissure sylvii* tak melebar, *gyri* tak *prominent*
- *White* dan *grey matter* mengabur
- Tampak *lesi hipodens* di *ganglia basalis bilateral*
- *Sistema ventrikel* dan *sisterna* tak melebar
- Struktur *mediana* di tengah
- *Cerebellum*, *pons*, *mesencephalon*, *sella tursica* baik
- *Sinus paranasales* dan *cellulae mastoidea normodens*
- *Sistema tulang intak*
- Kesan: *infark* di *ganglia basalis bilateral*

### G. Terapi Obat-Obatan

Oral dan Injek		
<i>Meropenem</i>	2x1 gr	Injeksi IV
<i>NB 5000</i>	1x 1 ampul	Injeksi IV
<i>Paracetamol</i>	1x 1000 mg	Injeksi IV
<i>Omeprazol</i>	2x 40 mg	Injeksi IV
<i>Lasix (Furosemide)</i>	2x20 mg	Injeksi IV
<i>Norepinephrine</i>	8 mg/50 cc/3 jam	Injeksi IV
<i>Dobutamin</i>	500 mg/50 cc/3 jam	Injeksi IV
<i>Bicnat</i>	3x1 Tab	PO Via NGT
<i>Asam Folat</i>	1x3 Tab	PO Via NGT
<i>CaCo3</i>	2x1 Tab	PO Via NGT
<i>Vit B12</i>	2x1 Tab	PO Via NGT
<i>KSR</i>	2x1 Tab	PO Via NGT
<i>Inhalasi Nebulizer pulmicort</i> 2cc dan <i>salbutamol</i> 2cc	/6 jam	Via mesin Nebulizer

**DATA FOKUS**

Nama Pasien : Tn. A Tanggal masuk : 01-05-2023  
 Ruangan : Wijaya Kusuma Tanggal pengkajian : 15-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + *Sepsis*

Data Subjektif	Data Objektif
Pasien mengalami penurunan kesadaran	1) PO <sub>2</sub> : 26,7 mmHg 2) PCO <sub>2</sub> : 20,2 mmHg 3) <i>Takikardi</i> 4) Kesadaran: <i>Somnolen</i> 5) Pasien tampak gelisah 6) Pasien terpasang NRM 15 Liter 7) Pasien tampak <i>dyspnea</i> 8) Tampak <i>edema</i> pada <i>ekstremitas</i> atas dan bawah pasien 9) Turgor kulit tidak elastis 10) <i>Albumin</i> : 2,3 g/dl 11) <i>Hematokrit</i> : 34,7 % 12) <i>Output urine</i> pasien 100cc/ 3 jam $\text{Rumus IWL} = \text{BB} \times 10$ $\text{BB pasien } 75\text{kg} = 7500$ $\text{Rumus balance cairan}$ $\text{Input-output} + \text{IWL}$ $200 - 700 + 750 = - 1.250 \text{ cc}$ 13) Aktivitas dibantu oleh perawat ( <i>Total care</i> ) 14) Warna kulit tampak pucat 15) Pasien tampak <i>bed rest</i> total 16) <i>Leukosit</i> : 27,6 ribu/uL 17) Suhu tubuh pasien: 39 <sup>0</sup> C 18) Nadi pasien: 120x/menit 19) TD pasien: 76/42 mmHg

### ANALISA DATA

Nama Pasien : Tn. A Tanggal masuk : 01-05-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 15-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + *Sepsis*

Data Subjektif	Data Objektif	Masalah	Etiologi
Pasien mengalami penurunan kesadaran	1) PO <sub>2</sub> : 26,7 mmHg 2) PCO <sub>2</sub> : 20,2 mmHg 3) <i>Takikardi</i> 4) Kesadaran: <i>Somnolen</i> 5) Pasien tampak gelisah 6) Pasien terpasang NRM 15 Liter	Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)	Ketidakseimbangan <i>Ventilasi-Perfusi</i>
Pasien mengalami penurunan kesadaran	1) Pasien tampak <i>dyspnea</i> 2) Tampak <i>edema</i> pada <i>ekstremitas</i> atas dan bawah pasien 3) Turgor kulit tidak elastis 4) <i>Albumin</i> : 2,3 g/dl 5) <i>Hematokrit</i> : 34,7 % 6) <i>Output urine</i> pasien 100cc/ 3 jam Rumus IWL= BBx10 BB pasien 75kg= 7500 Rumus <i>balance cairan</i> <i>Input-output+IWL</i> 200-700+750= - 1.250 cc	<i>Hipervolemia</i> (D.0022)	Kelebihan Asupan Cairan

Pasien mengalami penurunan kesadaran	1) <i>Leukosit</i> : 27,6 ribu/uL 2) Suhu tubuh pasien: 39 <sup>0</sup> C 3) Nadi pasien: 120x/menit 4) TD pasien: 76/42 mmHg	<i>Hipertermia</i> (D.0130)	Proses Penyakit (Infeksi <i>Sepsis</i> )
Pasien mengalami penurunan kesadaran	1) Aktivitas dibantu oleh perawat ( <i>Total care</i> ) 2) Warna kulit tampak pucat 3) Pasien tampak <i>bed rest</i> total	<i>Intoleransi Aktivitas</i> (D.0056)	Tirah Baring

### DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn. A                      Tanggal masuk : 01-05-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A              Tanggal pengkajian : 15-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + *Sepsis*

No	Diagonosa Keperawatan
1	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan <i>Ventilasi-Perfusi</i> d.d <i>Dispnea</i> (D.0003)
2	<i>Hipervolemia</i> b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d <i>Edema Perifer</i> (D.0022)
3	<i>Hipertermia</i> b.d Proses Penyakit ( <i>Infeksi Sepsis</i> ) d.d Suhu Tubuh diatas Normal (D.0130)
4	<i>Intoleransi Aktivitas</i> bd. Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)

**INTERVENSI KEPERAWATAN**

Nama Pasien :Tn. A                                      Tanggal masuk        : 01-05-2023  
 Ruangan    : ICU Gedung A        Tanggal pengkajian : 15-05-2023  
 Diagnosa    : CKD On HD +*Sepsis*

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
<p>Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi d.d Dispnea (D.0003)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan <b>Pertukaran gas pasien meningkat (L.01003)</b> dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Dispnea</i> menurun</li> <li>2. Pusing menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> </ol>	<p><b>Terapi Oksigen (I.01026)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor kecepatan aliran oksigen</li> <li>2) Monitor posisi alat terapi oksigen.</li> <li>3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan <i>fraksi</i> yang diberikan cukup</li> <li>4) Monitor <i>integritas mukosa</i> hidung akibat pemasangan oksigen</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Pertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>6) Berikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan).</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7) Kolaborasi penentuan dosis oksigen</li> </ol>
<p>Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d <i>Edema Perifer</i> (D.0022)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan <b>Keseimbangan Cairan Pasien Meningkat (L.03020)</b> dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengeluaran <i>urine</i> meningkat</li> <li>2. <i>Edema</i> menurun</li> <li>3. Tekanan darah membaik</li> <li>4. Turgor kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala <i>hipervolemia (dispnea, edema)</i></li> <li>2) Monitor status <i>hemodinamik</i></li> <li>3) Monitor <i>intake output</i> cairan</li> <li>4) Monitor kecepatan infus secara ketat</li> <li>5) Monitor efek samping <i>diuretik</i></li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>7) Tinggikan kepala tempat tidur 40 derajat</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8) Kolaborasi pemberian <i>diuretik</i></li> </ol>

<p><i>Hipertermia</i> b.d Proses Penyakit (Infeksi <i>Sepsis</i>) d.d Suhu Tubuh diatas Normal (D.0130)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan <b><i>Termoregulasi</i></b> <b>membaik (L. 14143)</b>.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggigil menurun</li> <li>2. <i>Takikardi</i> menurun</li> <li>3. Suhu tubuh menurun</li> <li>4. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen <i>Hipertermia</i> (I. 15506)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab <i>hipertermia</i></li> <li>2) Monitor suhu tubuh</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Lakukan pendinginan <i>eksternal</i> (kompres dingin)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Kolaborasi pemberian cairan dan <i>elektrolit intravena</i></li> </ol>
<p><i>Intoleransi</i> Aktivitas bd. Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan <b><i>Toleransi Aktivitas</i></b> <b>Meningkat (L.05047)</b>.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warna kulit membaik</li> <li>2. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus</li> <li>2) Lakukan latihan rentang gerak pasif</li> <li>3) Berikan aktivitas <i>distraksi</i> yang menenangkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan <i>intake</i> adekuat</li> </ol>

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 1

Nama Pasien : Tn. A Tanggal masuk : 01-05-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 15-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + *Sepsis*

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi.d.d Dispnea (D.0003)	Senin 15/05/2023 08.00 08.10 08.15 08.20 08.25 08.30 08.35	<p><b>Terapi Oksigen (I.01026)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memonitor kecepatan aliran oksigen</li> <li>2) Memonitor posisi alat terapi oksigen.</li> <li>3) Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan <i>fraksi</i> yang diberikan cukup</li> <li>4) Memonitor <i>integritas mukosa</i> hidung akibat pemasangan oksigen</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Mempertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>6) Memberikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan).</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7) Mengkolaborasikan penentuan dosis oksigen</li> </ol>	Ayu
Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d Edema Perifer (D.0022)	Senin 15/05/2023 08.40 08.45 08.50 08.55 09.00 09.05 09.10 09.15	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memonitor tanda dan gejala <i>hipervolemia (dispnea, edema)</i></li> <li>2) Memonitor status <i>hemodinamik</i></li> <li>3) Memonitor <i>intake output</i> cairan</li> <li>4) Memonitor kecepatan infus secara ketat</li> <li>5) Memonitor efek samping <i>diuretik</i></li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>7) Meninggikan kepala tempat tidur 40 derajat</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8) Mengkolaborasikan pemberian <i>diuretik</i></li> </ol>	Ayu



<p><i>Hipertermia</i> b.d Proses Penyakit (Infeksi <i>Sepsis</i>) d.d Suhu Tubuh diatas Normal (D.0130)</p>	<p>Senin 15/05/2023</p> <p>09.20 09.25</p> <p>09.30</p> <p>09.35</p>	<p><b>Manajemen Hipertermia (I. 15506)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1) Mengidentifikasi penyebab <i>hipertermia</i> 2) Memonitor suhu tubuh</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3) Melakukan pendinginan <i>eksternal</i> (kompres dingin)</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>4) Mengkolaborasikan pemberian cairan dan <i>elektrolit intravena</i></p>	<p>Ayu</p>
<p><i>Intoleransi</i> Aktivitas bd. Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)</p>	<p>Senin 15/05/2023</p> <p>09.40 09.45 09.55</p> <p>10.00</p>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus 2) Melakukan latihan rentang gerak pasif 3) Memberikan aktivitas <i>distraksi</i> yang menenangkan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>4) Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan <i>intake</i> adekuat</p>	<p>Ayu</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 1

Nama Pasien : Tn. A Tanggal masuk : 01-05-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 15-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + *Sepsis*

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
11.00	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi.d.d Dispnea (D.0003)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• frekuensi nafas 30x/mnt</li> <li>• SPO<sub>2</sub>: 96%</li> <li>• Terpasang NRM 15L</li> <li>• Tidak terdapat luka pada hidung</li> <li>• Pasien terpasang <i>guedel airway</i></li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu
11.30	<i>Hipervolemia</i> b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d <i>Edema Perifer</i> (D.0022)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak <i>dispnea</i></li> <li>• Pasien tampak <i>edema</i></li> <li>• RL 500 cc/ 8 jam, pengeluaran <i>urine</i> 700 ml/hari</li> <li>• TD: 76/42 mmHg.</li> <li>• N: 120x/menit</li> <li>• Pasien diberikan <i>diit</i> susu 200cc</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV <i>Furosemide</i> 20 mg</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV <i>Norepinephrine</i> 8 mg</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah <i>hipervolemia</i> belum teratasi</p> <p><b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu
12.00	<i>Hipertermia</i> b.d Proses Penyakit (Infeksi <i>Sepsis</i> ) d.d Suhu Tubuh diatas Normal (D.0130)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Leukosit</i> pasien: 27,6 ribu/uL</li> <li>• S: 39°C</li> <li>• Diberikan <i>Paracetamol</i> 1000 mg IV</li> <li>• Diberikan injeksi IV <i>Meropenem</i> 1 gr</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu

12.30	<i>Intoleransi</i> Aktivitas bd. Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)	<b>S:</b> - <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasien dilakukan latihan ROM pasif dibantu oleh perawat</li><li>• ADL pasien dibantu total oleh perawat</li><li>• Pasien diberikan aktivitas <i>distraksi</i> (Teknik Relaksasi Musik <i>Religi</i>)</li><li>• Pasien diberikan <i>diit</i> susu 250cc</li></ul> <b>A:</b> Masalah <i>intoleransi</i> aktivitas belum teratasi <b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan	Ayu
-------	---	--	-----



<p><i>Hipertermia</i> b.d Proses Penyakit (Infeksi <i>Sepsis</i>) d.d Suhu Tubuh diatas Normal (D.0130)</p>	<p>Selasa 16/05/2023</p> <p>09.20 09.25</p> <p>09.30</p> <p>09.35</p>	<p><b>Manajemen Hipertermia (I. 15506)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1) Mengidentifikasi penyebab <i>hipertermia</i> 2) Memonitor suhu tubuh</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3) Melakukan pendinginan <i>eksternal</i> (kompres dingin)</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>4) Mengkolaborasikan pemberian cairan dan <i>elektrolit intravena</i></p>	<p>Ayu</p>
<p><i>Intoleransi</i> Aktivitas bd. Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)</p>	<p>Selasa 16/05/2023</p> <p>09.40 09.45 09.50</p> <p>09.55</p>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus 2) Melakukan latihan rentang gerak pasif 3) Memberikan aktivitas <i>distraksi</i> yang menenangkan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>4) Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan <i>intake</i> adekuat</p>	<p>Ayu</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 2

Nama Pasien : Tn. A Tanggal masuk : 01-05-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 15-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + *Sepsis*

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
11.00	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi.d.d <i>Dispnea</i> (D.0003)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• frekuensi nafas 26x/mnt</li> <li>• SPO<sub>2</sub> : 97%%</li> <li>• Terpasang NRM 12L</li> <li>• Tidak terdapat luka pada hidung</li> <li>• Pasien masih terpasang <i>guedel airway</i></li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu
11.30	<i>Hipervolemia</i> b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d <i>Edema Perifer</i> (D.0022)	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien masih tampak <i>dispnea</i></li> <li>• Pasien masih tampak <i>edema</i></li> <li>• RL 500 cc/ 8 jam, pengeluaran <i>urine</i> 800 ml/hari</li> <li>• TD: 83/56 mmHg.</li> <li>• N: 110x/menit</li> <li>• Pasien diberikan <i>diit</i> susu 200cc</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV <i>Furosemide</i> 20 mg</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV <i>Norepinephrine</i> 8 mg</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah <i>hipervolemia</i> teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu

12.00	<p><i>Hipertermia</i> b.d Proses Penyakit (Infeksi <i>Sepsis</i>) d.d Suhu Tubuh diatas Normal (D.0130)</p>	<p><b>S:</b> - <b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Leukosit</i> pasien: 20 ribu/uL</li> <li>• Suhu: 38°C</li> <li>• Diberikan <i>Paracetamol</i> 1000 mg IV</li> <li>• Diberikan injeksi IV <i>Meropenem</i> 1 gr</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko infeksi teratasi sebagian <b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu
12.30	<p><i>Intoleransi</i> Aktivitas bd. Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)</p>	<p><b>S:</b> - <b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dilakukan latihan ROM pasif dibantu oleh perawat</li> <li>• ADL pasien dibantu total oleh perawat</li> <li>• Pasien diberikan aktivitas <i>distraksi</i> (Teknik Relaksasi Musik <i>Religi</i>)</li> <li>• Pasien diberikan <i>diit</i> susu 250cc</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah <i>intoleransi</i> aktivitas belum teratasi <b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 3

Nama Pasien : Tn. A Tanggal masuk : 01-05-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A Tanggal pengkajian : 15-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + *Sepsis*

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi.d.d Dispnea (D.0003)	Rabu 17/05/2023 14.00 14.10 14.15  14.20  14.25 14.30  14.35	<p><b>Terapi Oksigen (I.01026)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memonitor kecepatan aliran oksigen</li> <li>2) Memonitor posisi alat terapi oksigen.</li> <li>3) Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan <i>fraksi</i> yang diberikan cukup</li> <li>4) Memonitor <i>integritas mukosa hidung</i> akibat pemasangan oksigen</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Mempertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>6) Memberikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan).</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7) Mengkolaborasikan penentuan dosis oksigen</li> </ol>	Ayu
Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d Edema Perifer (D.0022)	Rabu 17/05/2023 14.40 14.45 14.50 14.55 15.00  15.05 15.10  15.15	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memonitor tanda dan gejala <i>hipervolemia (dispnea, edema)</i></li> <li>2) Memonitor status <i>hemodinamik</i></li> <li>3) Memonitor <i>intake output</i> cairan</li> <li>4) Memonitor kecepatan infus secara ketat</li> <li>5) Memonitor efek samping <i>diuretik</i></li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>7) Meninggikan kepala tempat tidur 40 derajat</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8) Mengkolaborasikan pemberian <i>diuretik</i></li> </ol>	Ayu



<p><i>Hipertermia</i> b.d Proses Penyakit (Infeksi <i>Sepsis</i>) d.d Suhu Tubuh diatas Normal (D.0130)</p>	<p>Rabu, 17/05/2023</p> <p>15.20 15.25</p> <p>15.30</p> <p>15.35</p>	<p><b>Manajemen Hipertermia (I. 15506)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1) Mengidentifikasi penyebab <i>hipertermia</i> 2) Memonitor suhu tubuh</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3) Melakukan pendinginan <i>eksternal</i> (kompres dingin)</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>4) Mengkolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena</p>	<p>Ayu</p>
<p><i>Intoleransi</i> Aktivitas bd. Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)</p>	<p>Rabu 17/05/2023</p> <p>15.40 15.45 15.50</p> <p>15.55</p>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus 2) Melakukan latihan rentang gerak pasif 3) Memberikan aktivitas <i>distraksi</i> yang menenangkan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>4) Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan <i>intake</i> adekuat</p>	<p>Ayu</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 3

Nama Pasien : Tn. A                                  Tanggal masuk : 01-05-2023  
 Ruangan : ICU Gedung A                          Tanggal pengkajian : 15-05-2023  
 Diagnosa : CKD On HD + *Sepsis*

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
16.30	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan <i>Ventilasi- Perfusi.d.d Dispnea (D.0003)</i>	<b>S:</b> - <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• frekuensi nafas 22x/mnt</li> <li>• SPO<sub>2</sub>: 99%%</li> <li>• Terpasang NRM 10L</li> <li>• Tidak terdapat luka pada hidung</li> <li>• Pasien masih terpasang <i>guedel airway</i></li> </ul> <b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian <b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan	Ayu
17.00	<i>Hipervolemia</i> b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d <i>Edema Perifer (D.0022)</i>	<b>S:</b> - <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien masih tampak <i>dispnea</i></li> <li>• Pasien masih tampak <i>edema</i></li> <li>• RL 500 cc/ 8 jam, pengeluaran <i>urine</i> 900 ml/hari</li> <li>• TD: 110/82 mmHg.</li> <li>• N:105x/menit</li> <li>• Pasien diberikan <i>diit</i> susu 200cc</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV <i>Furosemide</i> 20 mg</li> <li>• Pasien diberikan injeksi IV <i>Norepinephrine</i> 8 mg</li> </ul> <b>A:</b> Masalah <i>hipervolemia</i> teratasi sebagian <b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan	Ayu

17.30	<p><i>Hipertermia</i> b.d Proses Penyakit (Infeksi <i>Sepsis</i>) d.d Suhu Tubuh diatas Normal (D.0130)</p>	<p><b>S:</b> - <b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Leukosit</i> pasien: 15 ribu/uL</li> <li>• Suhu: 37°C</li> <li>• Diberikan <i>Paracetamol</i> 1000 mg IV</li> <li>• Diberikan injeksi IV <i>Meropenem</i> 1 gr</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko infeksi teratasi sebagian <b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu
18.00	<p><i>Intoleransi</i> Aktivitas bd. Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)</p>	<p><b>S:</b> - <b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dilakukan latihan ROM pasif dibantu oleh perawat</li> <li>• ADL pasien dibantu total oleh perawat</li> <li>• Pasien diberikan aktivitas <i>distraksi</i> (Teknik Relaksasi Musik <i>Religi</i>)</li> <li>• Pasien diberikan <i>diit</i> susu 250cc</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah <i>intoleransi</i> aktivitas belum teratasi <b>P:</b> <i>Intervensi</i> dilanjutkan</p>	Ayu

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan gawat darurat dan kritis pada Ny. A dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik On HD disertai *Hipertensi* dan Tn. A dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik On HD disertai *Sepsis*. Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada klien Ny. A dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik On HD disertai *Hipertensi* dan Tn. A dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik disertai *Sepsis*. di Ruang ICU Gedung A RSUD Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

##### **Menurut teori:**

Gagal ginjal kronik yaitu keadaan dimana terjadi penurunan fungsi ginjal yang cukup berat secara perlahan – lahan (menahun) disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal. Penyakit ini bersifat *progresif* dan umumnya tidak dapat pulih kembali (*irreversibel*). Tubuh seseorang yang mengalami gagal ginjal kronik tidak mampu memelihara *metabolisme* dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan *elektrolit* yang berakibat peningkatan pada kadar *ureum* yang dapat meningkatkan beban *sirkulasi* berlebihan, terjadinya *edema*, gagal jantung *kongestif* dan *hipertensi*. (Pardede and Chunnaedy, 2009)

Tanda dan gejala yang umum terjadi pada penderita gagal ginjal kronik yaitu pasien mengalami peningkatan tekanan darah lebih dari normal (*Hipertensi*), *hiperglikemia*, kulit kering dan gatal-gatal, juga dapat diakibatkan oleh obat-obatan yang bisa merusak ginjal. (Dhani, 2019). Seseorang yang sudah mengalami gagal ginjal kronik diharuskan untuk melakukan *hemodialisa*, terapi ini merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak. *Dialysis* atau *Hemodialisis* merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk-produk sisa *metabolisme*

yang tidak terpakai dari dalam tubuh ketika ginjal sudah tidak mampu lagi berfungsi dengan baik sesuai fungsinya (*Smeltzer & Bare, 2013*).

#### **Menurut kasus:**

Kasus pertama dari pengkajian pada Ny.A didapatkan Kesadaran: *Somnolen*, GCS 7 (E3M4V<sub>ETT</sub>) TD: 174/86 mmHg, N: 110x/menit, S:36,5°C, RR: 26x/mnt, pasien tampak sesak nafas, pusing, dan aktivitas yang dilakukan sering dibantu oleh keluarganya.

Pemeriksaan fisik: Pasien tampak *dispnea*, PO<sub>2</sub>: 112,9 mmHg, PH: 7,471, *takikardi*, gelisah, tampak *edema* pada *ekstremitas* atas dan bawah, turgor kulit tidak elastis, *Albumin*: 2,36 g/dl, *Hematokrit*: 27,6%, warna kulit pucat, dan pasien *bed rest* total.

Kasus kedua dari pengkajian Tn. A didapatkan Kesadaran: *Somnolen* GCS: 9 (E2M4V3), pasien tampak sesak nafas, pusing, demam, menggigil, dan aktivitas yang dilakukan sering dibantu oleh keluarganya.

Pemeriksaan fisik: Pasien tampak *dispnea*, PO<sub>2</sub>: 26,7 mmHg, PCO<sub>2</sub>: 20,2 mmHg, *takikardi*, gelisah, pasien terpasang NRM 15 Liter, tampak *edema* pada *ekstremitas* atas dan bawah, turgor kulit tidak elastis, *Albumin*: 2,3 g/dl, *Hematokrit*: 34,7%, *Leukosit*: 27,6 ribu/uL, suhu tubuh pasien: 39°C, N:120x/menit, TD: 76/42 mmHg.

#### **Analisa Penulis:**

Menurut analisa penulis gejala-gejala yang ada pada pasien Ny. A dan Tn. A merupakan gejala Gagal Ginjal Kronik pada umumnya.

## B. Diagnosa Keperawatan

### Menurut teori:

Menurut (PPNI, 201) diantaranya:

- 1) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan *ventilasi-perfusi*. (D.0003)
- 2) Nyeri akut b.d agen pencedera *fisiologis*. (D.0077)
- 3) *Hipervolemia* b.d kelebihan asupan cairan. (D.0022)
- 4) *Defisit* nutrisi b.d kurangnya asupan makanan. (D.0019)
- 5) *Perfusi perifer* tidak efektif b.d penurunan konsentrasi *hemoglobin*. (D.0009)
- 6) Gangguan *integritas* kulit b.d perubahan *sirkulasi*. (D.0129)
- 7) *Intoleransi* aktivitas b.d kelemahan. (D.0056)
- 8) Risiko perdarahan d.d gangguan *gastrointestinal* (D.0012)
- 9) Risiko infeksi d.d penyakit kronis (D.0142)

### Menurut kasus:

Pada kasus pertama yaitu Ny. A penulis menegakan 3 diagnosa sesuai dengan keluhan yang terlihat pada pasien, penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi pasien, diantaranya:

- 1) Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan *Ventilasi-Perfusi* d.d *Dispnea* (D.0003)
- 2) *Hipervolemia* b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d *Edema Perifer*(D.0022)
- 3) *Intoleransi* Aktivitas b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)

Pada kasus kedua yaitu Tn. A penulis menegakan 4 diagnosa sesuai dengan keluhan yang terlihat pada pasien, penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi pasien, diantaranya:

1. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan *Ventilasi-Perfusi* d.d *Dispnea* (D.0003)
2. *Hipervolemia* b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d *Edema Perifer*(D.0022)

3. *Hipertermia* b.d Proses Penyakit (Infeksi *Sepsis*) d.d Suhu Tubuh diatas Normal (D.0130)
4. *Intoleransi* Aktivitas b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)

**Analisa Penulis:**

Perbandingan antara diagnosa teori dengan diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan memiliki persamaan pada Ny. A memiliki 3 diagnosa yang sama dengan teori dan pada Tn. A juga memiliki 3 diagnosa yang sama dengan teori dan antar kedua pasien memiliki 3 diagnosa yang sama, akan tetapi ada 1 diagnosa yang ditemukan pada pasien kelolaan tidak sama dengan teori, berikut penjelasannya:

**1) Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi d.d Dispnea (D.0003)**

Pada pasien pertama Ny. A dan pasien kedua Tn. A, diagnosa Gangguan Pertukaran Gas dibuktikan dengan tidak seimbangannya antara suplai oksigen yang masuk sehingga suplai darah kedalam paru-paru tidak cukup atau Ketidakseimbangan *Ventilasi-Perfusi* sehingga data objektif pada pasien yaitu pasien mengalami *dipsnea*, pola nafas yang *abnormal*, sampai mengalami penurunan kesadaran.

Menurut (PPNI, 2017) Gangguan pertukaran gas adalah kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau *eliminasi karbondioksida* pada *membrane alveolus-kapiler*, menurut peneliti gejala-gejala yang didapatkan pada kedua pasien sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

**2) Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d Edema Perifer (D.0022)**

Pada pasien pertama Ny. A dan pasien kedua Tn. A, diagnosa *Hipervolemia* dibuktikan dengan kelebihan asupan cairan sehingga data objektif pada pasien yaitu pasien mengalami *edema* di kedua *ekstremitas* pasien, turgor kulit tidak elastis, *albumin* rendah, *hematokrit* rendah, sampai *urine output* pasien sedikit.

Menurut (PPNI, 2017) *Hipervolemia* adalah peningkatan volume cairan *ekstrasel* khususnya *intravasukular* melebihi kemampuan tubuh mengeluarkan air melalui ginjal seperti halnya terjadi pada Ny.A dan Tn. A Menurut peneliti penegakkan diagnosa sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada buku SDKI.

**3) Intoleransi Aktivitas b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)**

Pada pasien pertama Ny. A dan pasien kedua Tn. A, diagnosa *Intoleransi Aktivitas* dibuktikan dengan tirah baring sehingga data objektif pada pasien yaitu pasien mengalami penurunan kesadaran dan *bed rest* total.

Menurut (PPNI, 2017) *Intoleransi aktivitas* adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari, seperti halnya Ny. A dan Tn. A yang aktivitasnya dibantu oleh perawat ketika di rumah sakit. Menurut peneliti gejala-gejala yang ada pada pasien Ny. A dan Tn. A sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

**4) Hipertermia b.d Proses Penyakit (Infeksi Sepsis) d.d Suhu Tubuh diatas Normal (D.0130)**

Diagnosa ini terdapat pada Tn. A tetapi tidak terdapat pada Ny. A dan tidak terdapat di teori. Diagnosa *Hiperermia* dibuktikan dengan kondisi pasien mengalami demam dan menggigil, sehingga data objektif pada pasien yaitu *leukosit* pasien meningkat, suhu tubuh pasien meningkat, nadi meningkat, dan tekanan darah pasien mengalami penurunan.

Menurut (PPNI, 2017) *Hipertermia* yaitu suatu keadaan dimana suhu tubuh meningkat di atas rentang normal Menurut peneliti gejala-gejala yang ada pada pasien Tn. A sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).



### C. *Intervensi Keperawatan*

*Intervensi* keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat 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 melakukan *intervensi* keperawatan.

#### 1. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi d.d *Dispnea* (D.0003)

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. A dan Tn. A karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnosanya yaitu **Gangguan Pertukaran Gas yang berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi dan ditandai *Dispnea*** dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan **Pertukaran Gas Pasien Meningkat (L.01003)** dengan **Kriteria Hasil:** *Dispnea* menurun, pusing menurun, dan gelisah menurun adapun *intervensi* yang dilakukan pada Ny. A karena menggunakan ventilator yaitu **Pemantauan Respirasi (I.01014)**, Monitor frekuensi, irama, kedalaman upaya nafas, Monitor pola nafas, Monitor saturasi oksigen, Monitor nilai AGD, Atur *interval* pemantauan *respirasi* sesuai kondisi pasien, Dokumentasikan hasil pemantauan. Sedangkan pada Tn. A karena menggunakan oksigen NRM 15 Liter *intervensi* yang dilakukan yaitu **Terapi Oksigen (I.01026)**, Monitor kecepatan aliran oksigen, Monitor posisi alat terapi oksigen, Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan *fraksi* yang diberikan cukup, Monitor *integritas mukosa* hidung akibat pemasangan oksigen, Pertahankan kepatenan jalan napas, Berikan oksigen sesuai kebutuhan, Kolaborasi penentuan dosis oksigen.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa *intervensi* yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar *Intervensi Keperawatan Indonesia*) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

**2. Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan d.d Edema Perifer (D.0022)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. A dan Tn. A dengan masalah keperawatan **Hipervolemia yang berhubungan dengan Kelebihan Asupan Cairan dan ditandai dengan Edema Perifer** dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan **Keseimbangan Cairan meningkat (L.03020)** dengan **Kriteria Hasil:** pengeluaran *urine* meningkat, *edema* menurun, tekanan darah membaik, dan turgor kulit membaik adapun *intervensi* yang dilakukan pada Ny. A dan Tn. A yaitu **Manajemen Hipervolemia (I.03114)**, Monitor tanda dan gejala *hipervolemia (dispnea dan edema)*, Monitor status *hemodinamik*, Monitor *intake output* cairan, Monitor kecepatan infus secara ketat, Monitor efek samping *diuretik*, Batasi asupan cairan dan garam, Tinggikan kepala tempat tidur 40 derajat dan Kolaborasi pemberian *diuretik*.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa *intervensi* yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar *Intervensi* Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

**3. Intoleransi Aktivitas b.d Tirah Baring d.d Penurunan Kesadaran (D.0056)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. A dan Tn. A dengan masalah keperawatan **Intoleransi Aktivitas yang berhubungan dengan Tirah Baring dan ditandai dengan Penurunan Kesadaran** dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan **Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047)** dengan **Kriteria Hasil:** Warna kulit membaik dan tekanan darah membaik, adapun *intervensi* yang dilakukan pada Ny. A dan Tn. A yaitu **Manajemen Energi (I.05178)**, Sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus, Lakukan latihan rentang gerak pasif, Berikan aktivitas *distraksi*

yang menenangkan, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan *intake* adekuat.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa *intervensi* yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar *Intervensi* Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

#### 4. ***Hipertermia* b.d Proses Penyakit (Infeksi Sepsis) d.d Suhu Tubuh diatas Normal (D. 0130)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. A dengan masalah keperawatan ***Hipertermia yang berhubungan dengan Proses Penyakit (Infeksi Sepsis) dan ditandai dengan Suhu Tubuh diatas Normal*** dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ***Termoregulasi membaik (L.14134)*** dengan **Kriteria Hasil:** Menggigil menurun, *takikardi* menurun, suhu tubuh menurun, dan tekanan darah membaiik. Adapun *intervensi* yang dilakukannya yaitu **Manajemen *Hipertermia* (I.15506)**, Identifikasi penyebab *hipertermia*, Monitor suhu tubuh, Lakukan pendinginan *eksternal* (kompres dingin), dan Kolaborasi pemberian cairan dan *elektrolit intravena*.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa *intervensi* yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar *Intervensi* Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

#### D. Implementasi atau Catatan Keperawatan

*Implementasi* yang dilakukan pada Ny. A dan Tn. A dibagi dalam empat komponen yaitu tindakan observasi, tindakan *terapeutik*, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. *Implementasi* yang dilakukan peneliti disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun. *Implementasi* pada Kasus 1 pasien Ny. A dari tanggal 04 Mei s/d 06 Mei 2023 dilakukan selama 3 hari perawatan.

*Implementasi* Ny. A di hari pertama 04 Mei 2023 yaitu, Memonitor frekuensi, irama, kedalaman upaya nafas (Frekuensi nafas 26x/menit), Memonitor pola nafas (Pola nafas *takipnea*), Memonitor saturasi oksigen (SPO2: 98%), Memonitor nilai AGD (PO2: 112,9 mmHg, PH: 7,471), Mengatur *interval* pemantauan *respirasi* sesuai kondisi pasien, Mendokumentasikan hasil pemantauan, Memonitor tanda dan gejala *hipervolemia* (Pasien tampak *dispnea* dan *edema*), Memonitor status *hemodinamik* (TD: 174/86mmHg, N: 110x/menit), Memonitor *intake output* cairan (RL:500 cc/8jam, pengeluaran *urine* 500 ml/hari), Memonitor kecepatan infus secara ketat, Memonitor efek samping *diuretik*, Membatasi asupan cairan dan garam (Pasien diberikan *diit* susu 200 cc, Meninggikan kepala tempat tidur 40 derajat dan mengkolaborasikan pemberian *diuretik* (*Furosemide* 30 mg, *Nicardipine* 5 mg), Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus, Melakukan latihan rentang gerak pasif, Memberikan aktivitas *distraksi* yang menenangkan (Teknik relaksasi musik *religi*), Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan *intake* adekuat.

*Implementasi* pada Ny. A di hari kedua 05 Mei 2023 yaitu, Memonitor frekuensi, irama, kedalaman upaya nafas (Frekuensi nafas 22x/menit), Memonitor pola nafas (Pola nafas masih *takipnea*), Memonitor saturasi oksigen (SPO2: 99%), Memonitor nilai AGD (PO2: 110 mmHg, PH: 7,463), Mengatur *interval* pemantauan *respirasi* sesuai kondisi pasien, Mendokumentasikan hasil pemantauan, Memonitor tanda dan gejala *hipervolemia* (Pasien tampak masih *dispnea* dan *edema*), Memonitor status *hemodinamik* (TD: 152/82mmHg, N: 87x/menit), Memonitor *intake output*

cairan (RL:500 cc/8jam, pengeluaran *urine* 700 ml/hari), Memonitor kecepatan infus secara ketat, Memonitor efek samping *diuretik*, Membatasi asupan cairan dan garam (Pasien diberikan *diit* susu 200 cc, Meninggikan kepala tempat tidur 40 derajat dan mengkolaborasikan pemberian *diuretik* (*Furosemide* 30 mg, *Nicardipine* 5 mg), Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus, Melakukan latihan rentang gerak pasif, Memberikan aktivitas *distraksi* yang menenangkan (Teknik relaksasi musik *religi*), Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan *intake* adekuat.

*Implementasi* pada Ny. A di hari ketiga 06 Mei 2023 yaitu, Memonitor frekuensi, irama, kedalaman upaya nafas (Frekuensi nafas 18x/menit), Memonitor pola nafas (Pola nafas normal), Memonitor  *Saturasi oksigen* (SPO2: 100%), Memonitor nilai AGD (PO2: 109 mmHg, PH: 7,40), Mengatur *interval* pemantauan *respirasi* sesuai kondisi pasien, Mendokumentasikan hasil pemantauan, Memonitor tanda dan gejala *hipervolemia* (Pasien tampak sudah tidak *dispnea* tetapi masih *edema*), Memonitor status *hemodinamik* (TD: 145/80mmHg, N: 87x/menit), Memonitor *intake output* cairan (RL:500 cc/8jam, pengeluaran *urine* 1100 ml/hari), Memonitor kecepatan infus secara ketat, Memonitor efek samping *diuretik*, Membatasi asupan cairan dan garam (Pasien diberikan *diit* susu 200 cc, Meninggikan kepala tempat tidur 40 derajat dan mengkolaborasikan pemberian *diuretik* (*Furosemide* 30 mg, *Nicardipine* 5 mg), Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus, Melakukan latihan rentang gerak pasif, Memberikan aktivitas *distraksi* yang menenangkan (Teknik relaksasi musik *religi*), Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan *intake* adekuat.

*Implementasi* yang dilakukan pada kasus 2 pasien Tn. A dari tanggal 15 Mei s/d 17 Mei 2023 yang dilakukan selama 3 hari perawatan. *Implementasi* pada Tn. A di hari pertama 15 Mei 2023 yaitu, Memonitor kecepatan aliran oksigen, Memonitor posisi alat terapi oksigen, Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan *fraksi* yang diberikan cukup, Memonitor *integritas mukosa hidung* akibat pemasangan oksigen (Tidak terdapat luka

pada hidung), Mempertahankan kepatenan jalan napas (Pasien terpasang *guedel airway*), Memberikan oksigen sesuai kebutuhan (NRM), Mengkolaborasikan penentuan dosis oksigen (15 Liter), Memonitor tanda dan gejala *hipervolemia* (Pasien tampak *dispnea* dan *edema*), Memonitor status *hemodinamik* (TD: 76/42mmHg, N: 120x/menit), Memonitor *intake output* cairan (RL:500 cc/8jam, pengeluaran *urine* 700 ml/hari), Memonitor kecepatan infus secara ketat, Memonitor efek samping *diuretik*, Membatasi asupan cairan dan garam (Pasien diberikan *diit* susu 200 cc), Meninggikan kepala tempat tidur 40 derajat dan mengkolaborasikan pemberian *diuretik* (*Furosemide* 20 mg, *Norepinephrine* 8 mg), Mengidentifikasi penyebab *hipertermia*, Memonitor suhu tubuh (39°C), Melakukan pendinginan *eksternal* (kompres dingin), dan Mengkolaborasikan pemberian cairan dan *elektrolit intravena* (diberikan *Paracetamol* 1000 mg dan *Meropenem* 1000 mg). Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus, Melakukan latihan rentang gerak pasif, Memberikan aktivitas *distraksi* yang menenangkan (Teknik relaksasi musik *religi*), Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan *intake* adekuat.

*Implementasi* pada Tn. A di hari kedua 16 Mei 2023 yaitu, Memonitor kecepatan aliran oksigen, Memonitor posisi alat terapi oksigen, Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan *fraksi* yang diberikan cukup, Memonitor *integritas mukosa hidung* akibat pemasangan oksigen (Tidak terdapat luka pada hidung), Mempertahankan kepatenan jalan napas (Pasien masih terpasang *guedel airway*), Memberikan oksigen sesuai kebutuhan (NRM), Mengkolaborasikan penentuan dosis oksigen (12 Liter), Memonitor tanda dan gejala *hipervolemia* (Pasien masih tampak *dispnea* dan *edema*), Memonitor status *hemodinamik* (TD: 83/56mmHg, N: 110x/menit), Memonitor *intake output* cairan (RL:500 cc/8jam, pengeluaran *urine* 800 ml/hari), Memonitor kecepatan infus secara ketat, Memonitor efek samping *diuretik*, Membatasi asupan cairan dan garam (Pasien diberikan *diit* susu 200 cc), Meninggikan kepala tempat tidur 40 derajat dan mengkolaborasikan pemberian *diuretik* (*Furosemide* 20 mg, *Norepinephrine* 8 mg),

Mengidentifikasi penyebab *hipertermia*, Memonitor suhu tubuh ( $38^{\circ}\text{C}$ ), Melakukan pendinginan *eksternal* (kompres dingin), dan Mengkolaborasikan pemberian cairan dan *elektrolit intravena* (diberikan *Paracetamol* 1000 mg dan *Meropenem* 1000 mg), Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus, Melakukan latihan rentang gerak pasif, Memberikan aktivitas *distraksi* yang menenangkan (Teknik relaksasi musik *religi*), Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan *intake* adekuat.

*Implementasi* pada Tn. A di hari ketiga 17 Mei 2023 yaitu, Memonitor kecepatan aliran oksigen, Memonitor posisi alat terapi oksigen, Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan *fraksi* yang diberikan cukup, Memonitor *integritas mukosa hidung* akibat pemasangan oksigen (Tidak terdapat luka pada hidung), Mempertahankan kepatenan jalan napas (Pasien masih terpasang *guedel airway*), Memberikan oksigen sesuai kebutuhan (NRM), Mengkolaborasikan penentuan dosis oksigen (10 Liter), Memonitor tanda dan gejala *hipervolemia* (Pasien masih tampak *dispnea* dan *edema*), Memonitor status *hemodinamik* (TD: 110/82mmHg, N: 105x/menit), Memonitor *intake output* cairan (RL:500 cc/8jam, pengeluaran *urine* 900 ml/hari), Memonitor kecepatan infus secara ketat, Memonitor efek samping *diuretik*, Membatasi asupan cairan dan garam (Pasien diberikan *diit* susu 200 cc), Meninggikan kepala tempat tidur 40 derajat dan mengkolaborasikan pemberian *diuretik* (*Furosemide* 20 mg, *Norepinephrine* 8 mg), Mengidentifikasi penyebab *hipertermia*, Memonitor suhu tubuh ( $37^{\circ}\text{C}$ ), Melakukan pendinginan *eksternal* (kompres dingin), dan Mengkolaborasikan pemberian cairan dan *elektrolit intravena* (diberikan *Paracetamol* 1000 mg dan *Meropenem* 1000 mg), Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus, Melakukan latihan rentang gerak pasif, Memberikan aktivitas *distraksi* yang menenangkan (Teknik relaksasi musik *religi*), Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan *intake* adekuat.

## E. Evaluasi atau Catatan Perkembangan

### Menurut Teori:

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan tindakan keperawatan.

### Menurut Kasus

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan oleh penulis pada kasus 1 yaitu Ny. A dari 3 diagnosa keluhan pasien ada yang teratasi dan sebagian belum teratasi, seperti frekuensi nafas dari 26x/menit menjadi 18x/menit itu berarti sudah teratasi, pola nafas dari *takikardi* menjadi normal, *saturasi* dari 98% menjadi 100% tetapi pasien masih terpasang *ventilator*, nilai AGD PO<sub>2</sub> dari 112,9mmHg menjadi 109 mmHg mengalami penurunan walaupun belum mencapai batas normal, PH dari 7,471 menjadi 7,4 itu berarti sudah teratasi, pengeluaran *urine* mengalami peningkatan dari sehari 500 cc menjadi 1100cc, tekanan darah mengalami penurunan dari 174/86 mmHg, menjadi 145/80 mmHg, frekuensi nadi menjadi normal dari 110x/menit menjadi 87x/menit, tetapi pasien masih *edema*, ADL pasien masih dibantu oleh perawat karena pasien masih mengalami penurunan kesadaran dan *bes rest* total sehingga selanjutnya bisa dilanjutkan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya.

Kasus 2 yaitu pada Tn. A dari 4 diagnosa keluhan pasien juga ada yang teratasi dan sebagian belum teratasi, seperti frekuensi nafas dari 30x/menit menjadi 22x/menit, *saturasi* dari 96% menjadi 99% tetapi pasien masih terpasang *guedel airway*, terpasang NRM dari 15 Liter berkurang menjadi NRM 10 Liter, pengeluaran *urine* mengalami peningkatan dari sehari 700 cc menjadi 900cc, tekanan darah mengalami peningkatan dari 76/42mmHg, menjadi 110/82mmHg, frekuensi nadi dari 120x/menit menjadi 105x/menit, tetapi pasien masih *edema*, *Leukosit* pasien mengalami penurunan walaupun belum normal dari 27,6 ribu/uL menjadi 15 ribu/uL, suhu tubuh mengalami penurunan dari 39°C menjadi 37°C, ADL pasien masih dibantu oleh perawat



karena pasien masih mengalami penurunan kesadaran dan *bed rest* total, sehingga selanjutnya bisa dilanjutkan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

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

Hasil pengkajian yang ditemukan dari studi kasus pada Ny. A yang dilakukan pengkajian tanggal 04 Oktober 2023 ditemukan data adanya gejala dari gagal ginjal kronik dan *hipertensi* yaitu pasien mengalami gangguan pertukaran gas dimana pasien mengalami sesak nafas, tekanan darah pasien 174/86 mmHg mengalami penurunan kesadaran dan pasien menjalani *hemodialisa*.

Pengkajian pada Tn. A dilakukan pada tanggal 15 Mei 2023 ditemukan data adanya gejala dari gagal ginjal kronik dan *sepsis* yaitu pasien mengalami gangguan pertukaran gas dimana pasien mengalami sesak nafas, *Leukosit* pasien tinggi yaitu 27,6 ribu/uL suhu tubuh pasien 39°C, mengalami penurunan kesadaran, dan pasien menjalani *hemodialisa*.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Hasil studi kasus didapatkan 7 diagnosa dari kedua pasien dan terdapat 3 diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu Diagnosa Gangguan Pertukaran Gas, *Hipervolemia*, dan *Intoleransi* Aktivitas. Diagnosa Gangguan Pertukaran Gas, *Hipervolemia* dan *Intoleransi* Aktivitas terdapat pada Ny. A dan pada Tn. A dan terdapat 1 diagnosa yang tidak sesuai dengan teori yaitu *Hipertermia* dan hanya terdapat pada Tn. A saja.

##### **3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada Ny. A dan Tn. A dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, *intervensi* setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kerja sama. *Intervensi* yang dilakukan oleh peneliti dengan *intervensi* yang didasarkan atas empat komponen yaitu observasi, *terapeutik*, edukasi dan kolaborasi.

#### **4. Implementasi atau Catatan Keperawatan**

Pelaksanaan tindakan kasus ini di laksanakan sesuai dengan *intervensi* yang sudah dibuat, sesuai dengan kebutuhan kedua pasien dengan Gagal Ginjal Kronik On HD. Pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut dapat dilakukan dan berjalan dengan baik berkat kerja sama dari pasien, keluarga, perawat ruangan dan pembimbing lapangan.

#### **5. Evaluasi atau Catatan Perkembangan**

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan Pada pasien Ny. A dan Tn. A selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan di buat dalam bentuk SOAP. Pada pasien Ny. A hasil evaluasi didapatkan masalah keperawatan pasien ada yang teratasi dan ada yang belum teratasi, serta pasien masih harus menjalankan *Hemodialisa*. Pada pasien Tn. A juga didapatkan masalah keperawatan pasien ada yang teratasi dan ada yang belum teratasi, serta pasien masih harus menjalankan *Hemodialisa*.

### **B. SARAN**

#### **1. Bagi Rumah Sakit**

Saran kepada perawat Ruang ICU Gedung A RSUD CAM Kota Bekasi untuk dapat menjadi *edukator* untuk memberi informasi dan pendidikan kesehatan mengenai Gagal Ginjal Kronik pada pasien dan keluarga pasien. Serta dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan, selalu memberikan pelayanan yang profesional dan bermutu kepada pasien. Mengikuti pelatihan-pelatihan agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien ICU yang membutuhkan perawatan.

#### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan hasil tugas akhir ini dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis.

### **3. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien**

Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan mengenal lebih dalam lagi mengenai penyakit gagal ginjal kronik dan bagaimana pencegahan, perawatan serta pengobatan pada penyakit tersebut.

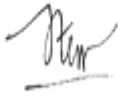






## DAFTAR PUSTAKA

- Carolina, P. and Aziz, Z. A. (2019) 'Dukungan Keluarga Dalam Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik Di Rsud dr. Doris Sylvanus Palangka Raya', DINAMIKA KESEHATAN JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN, 10(2). doi: 10.33859/dksm.v10i2.484.*
- Dhani, N. (2019) Keperawatan medikal bedah, Bcg.*
- Marianna, S. and Astutik, S. (2018) 'Hubungan Dampak Terapi Hemodialisa Terhadap Kualitas Hidup Pasien Dengan Gagal Ginjal', Indonesian Journal of Nursing Sciences and Practice, pp. 41–52.*
- Muttaqin, A. and Sari, K. (2011) Asuhan Keperawatan Gangguan sistem Perkemihan, Jakarta : Salemba Medika. Salemba Medika.*
- Pardede, S. and Chunnaedy, S. (2009) Penyakit Ginjal Kronik. 3rd edn, Sari Pediatri. 3rd edn. Jakarta: internal publishing.*
- Pernefri (2016) '9th Report of Indonesian Renal Registry', Perkumpulan Nefrologi Indonesia, pp.1–46. Available at: [https://www.indonesianrenalregistry.org/data/INDONESIAN\\_RENAL\\_REGISTRY\\_2016.pdf](https://www.indonesianrenalregistry.org/data/INDONESIAN_RENAL_REGISTRY_2016.pdf).*
- Peri Zuliani and Dita Amita (2020) 'Hubungan Anemia Dengan Kualitas Hidup Pasien Pggk Yang Menjalani Hemodialisis', Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu, 08(02), pp. 107–116.*
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tujuan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

- Putri, T. D., Mongan, A. E., & Memah, M. F. (2018). *Gambaran Kadar Albumin Serum Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Stadium 5 Dialisis*. *Jurnal EBiomedik*, 4(1), 173–177. <https://doi.org/10.35790/Ebm.4.1.2016.10861>.
- Rendi, F. (2021) *Identifikasi Faktor Dominan Penyebab Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Hemodialisa RSUD Dr Hardjono Ponorogo - Umpo Repository*. Available at: <http://eprints.umpo.ac.id/873/> (Accessed: 26 October 2022).
- Safitri, L. N., & Sani, F. N. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Ny . H Dengan *Chronic Kidney Disease ( Ckd )* Dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan
- Sari, A. P. (2016) ‘Hubungan lama *hemodialisa* dengan *insomnia* pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani *hemodialisa* di RST. Dr. Asmir Salatiga’, *Applied Microbiology and Biotechnology*, 85(1), pp. 2071–2079.
- Setiati, Siti; Alwi, Idrus; Sudoyono, Aru. W; K. Simadibrata, Marcellus; Setiyohadi, Bambang; Syam Ari, F. (2017) *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I, Ilmu Penyakit Dalam*.
- Smeltzer & Bare (2018) ‘*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Suddarth* Edisi 8. Jakarta: EGC.’, *EGC*.
- Vitaliati, T. (2018) ‘Pengaruh Relaksasi *Religius* terhadap Penurunan Tingkat *Insomnia* pada Lansia Di PSLU Bondowoso’, *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 2(1). doi: 10.32419/jppni.v2i1.80.

## Lampiran 1

### KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

No	Tanggal Bimbingan	Waktu Bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing	Keterangan
1	Jumat 05-05-2023	19.45 Wib	Konsultasi judul KIAN lengkap		ACC Judul
2	Rabu 24-05-2023	06.00 Wib	Konsultasi KIAN lengkap		Revisi KIAN
3	Senin, 29- 05-2023	15.00 Wib	Konsultasi KIAN lengkap		ACC KIAN dan pengajuan sidang
4	Minggu, 4- 06-2023	15.00 Wib	Revisi setelah sidang KIAN		Revisi <i>typo</i> dan <i>margin</i>
5	Senin, 12- 06-2023	15.00 Wib	Revisi setelah sidang KIAN		Revisi <i>typo</i> dan <i>italic</i> kan kata asing
6	Kamis, 15- 06-2023	10.30 Wib	Revisi setelah sidang KIAN		Revisi <i>margin</i> , spasi, <i>typo</i> dan <i>italic</i> kan kata asing
7	Selasa, 27- 06-2023	10.00 Wib	Revisi setelah sidang KIAN		ACC Revisi KIAN