

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDICAL BEDAH  
*CHRONIC KIDNEY DISEASE* PADA NY. M.T DI RUMAH SAKIT  
FRANSISKUS RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH

TRIVENA LANGUYU (202101033)

VERONICA AUREL SEVELIN WILHEAN (202101073)



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA

TOMOHON

2024

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
*CHRONIC KIDNEY DISEASE* PADA NY. M.T DI RUANG ST.  
FRANSISKUS RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

## KARYA TULIS ILMIAH

OLEH:

TRIVENA LANGUYU (202101033)

VERONICA AUREL SEVELIN WUISAN (202101073)



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA

TOMOHON

2024

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
CHRONIC KIDNEY DISEASE PADA Ny. M.T DI RUANG ST.  
FRANSISKUS RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH:

TRIVENA LANGUYU (202101033)

VERONICA AUREL SEVELIN WUISAN (202101073)

Sebagai Salah Satu Persyaratan dalam Menyelesaikan Pendidikan  
Ahli Madya Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Gunung Maria Tomohon

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA  
TOMOHON

2024

i

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Trivena Languyu  
Nim : 202101033  
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan  
Nama : Veronica Aurel Sevelin Wuisan  
Nim : 202101073  
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah benar merupakan hasil karya tulis sendiri, sepengetahuan dan keyakinan saya tidak mencantumkan tanpa pangkuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya yang ditulis orang lain, atau sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar atau ijazah pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.



Trivena Languyu

Tomohon,



Veronica Sevelin Aurel Wuisan

LEMBAR PERSETUJUAN

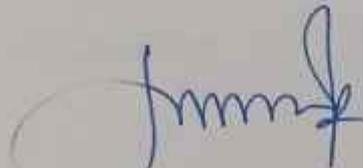
KARYA TULIS ILMIAH

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
*CHRONIC KIDNEY DISEASE* PADA Ny. M.T DI RUANG  
ST. FRANSISKUS RSU GUNUNG MARIA

TOMOHOH

Telah disetujui untuk diuji dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon

Pembimbing



Ignatia Y. Rembet, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIDN: 1607098801

Tomohon, 12 Juni 2024

Mengetahui:

Wakil Ketua Bidang Akademi dan Kerjasama  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon



Vina P. Fatandung, Ners., M.Kep  
NIDN: 0915108605

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**  
**CHRONIC KIDNEY DISEASE PADA Ny. M.T DI RUANG**  
**ST. FRANSISKUS RSU GUNUNG MARIA TOMOHON**

Telah diuji dalam ujian komprehensif yang dilakukan pada:

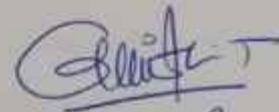
Hari/Tanggal : Jumat 14 juni 2024  
Jam : 11:30-13:00 WITA  
Tempat : Kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria

Tim Penguji:

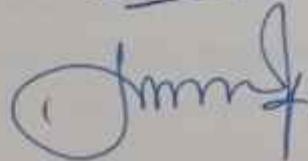
1. Chintami L. Watak, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIDN: 1606099601

(  )

2. Brigita M. Karouw, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN: 1623089101

(  )

3. Ignatia Y. Rembet, Ners.,M.Kep  
NIDN: 1607098801

(  )

**Disahkan Oleh:**

**Ketua**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon**



Henny pongantung, Ns.,MSN.,DN.,Sc  
NIDN: 0912106501

## LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai Civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Trivena Languyu  
NIM : 202101033  
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan  
Jenis Karya : Karya Tulis Ilmiah  
Nama : Veronica Sevelin Aurel Wuisan  
NIM : 202101073  
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan  
Jenis Karya : Karya Tulis Ilmiah

Dengan pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria **Hak Bebas Royalty Non-eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya tulis ilmiah saya berjudul:

### STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH *CHRONIC KIDNEY DISEASE* PADA Ny. M.T DI RUANG ST. FRANSISKUS RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas *Royalty Non-eksklusif* ini, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon berhak menyimpan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan karya tulis ilmiah ini selama tetap mencatumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.  
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Yang menyatakan,



Trivena Languyu



Veronica Sevelin Aurel Wuisan

## CURICULIUM VITAE



### Identitas Penulis

Nama : Trivena Languyu  
NIM : 202101033  
Tempat Tanggal Lahir : Langowan, 11 Mei 2003  
Agama : Kristen Protestan  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Suku/Bangsa : Minahasa  
Alamat Tempat Tinggal : Ranowangko II, Kec. Kombi, Kab. Minahasa  
Nomor Handphone : 082191945859  
Email : trivenalanguyu34@gmail.com

### Riwayat Pendidikan

TK GMIM Imanuel Ranowangko II	Tamat Tahun 2010
SD Inpres Ranowangko II	Tamat Tahun 2015
SMP Negeri 7 Kombi	Tamat Tahun 2018
SMK Yadika Langowan	Tamat Tahun 2021
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria	Tamat Tahun 2024

## CURICULIUM VITAE



### Identitas Penulis

Nama : Veronica Sevelin Aurel Wuisan  
NIM : 202101073  
Tempat Tanggal Lahir : Tomohon, 7 November 2003  
Agama : Katolik  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Suku/Bangsa : Minahasa  
Alamat Tempat Tinggal : Tumatangtang 1, Link 4, Kec. Tomohon Selatan  
Nomor Handphone : 089697845646  
Email : [wuisanaurel07@gmail.com](mailto:wuisanaurel07@gmail.com)

### Riwayat Pendidikan

TK Katolik St. Theresia Tomohon	Tamat Tahun 2010
SD Katolik V Tomohon	Tamat Tahun 2015
SMP Katolik Stella Maris Tomohon	Tamat Tahun 2018
SMA Negeri 1 Tomohon	Tamat Tahun 2021
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria	Tamat Tahun 2024

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat, bimbingan dan pertolongan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah *Chronic Kidney Disease* Pada Ny. M.T diruang St. Fransiskus Rumah Sakit umum Gunung Maria Tomohon" dengan baik dan tepat waktu.

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan program Studi Diploma Tiga Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon. Penulis menyadari selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini, tidak lepas dari berbagai hambatan dan kesulitan yang harus dilewati, namun berkat doa, kesabaran serta bantuan dan motivasi-motivasi yang diberikan oleh berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah ikut ambil bagian dalam proses penulisan karya tulis ilmiah ini, yaitu kepada:

1. Untuk orang tua dari Trivena Mama Ivon Siwi, Papa Joppy Languyu, Kakak serta keluarga yang telah memberikan dukungan, doa dan kasih sayang dan membantu membiayai selama menuntut ilmu di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.
2. Untuk orang tua dari Veronica Mama Marlin Dahar, Papa Steven Wuisan, Adik serta keluarga yang telah memberikan dukungan, doa dan kasih sayang dan membantu membiayai selama menuntut ilmu di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.
3. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc sebagai ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon yang telah memberikan kesempatan untuk penulis menjalani 3 tahun pendidikan di kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.
4. Ignatia Y. Rembet, S.Kep.,Ns.,M.Kep sebagai pembimbing Karya Tulis Ilmiah, yang telah sabar membimbing, memberikan perhatian, arahan, masukan dan bimbingan yang begitu besar kepada penulis dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH *CHRONIC KIDNEY DISEASE* PADA Ny. M.T DI RUANG ST. FRANSISKUS RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

Trivena Languyu<sup>1</sup>, Veronica Aurel Sevelin Wuisan<sup>2</sup>, Ignatia Yohana Rembet<sup>3</sup>

xi + 117 halaman + 3 gambar + 4 tabel + 1 skema

ABSTRAK

**Latar belakang:** *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah kondisi yang sangat buruk dan mencapai tingkat epidemi karena meningkatnya prevalensi diabetes melitus, hipertensi, dan obesitas serta penuaan populasi. *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. **Tujuan:** penelitian ini untuk menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan *Chronic Kidney Disease* pada Ny. M.T. **Jenis Penelitian:** adalah studi kasus deskriptif yang menjelaskan secara rinci tentang satu kasus asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny. M.T dengan masalah *Chronic Kidney Disease* (CKD). **Hasil:** terdapat 6 masalah keperawatan yaitu Hipervolemia, Intoleransi Aktivitas, Pola Napas Tidak Efektif, Defisit Nutris, Defisit Pengetahuan dan Gangguan Integritas Kulit. Dengan masalah keperawatan utama Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan. **Kesimpulan:** setelah dilakukan proses pengkajian pada Ny. M.T ditemukan bahwa klien baru pertama kali mengetahui penyakitnya, kemudian menentukan masalah keperawatan dan rencana keperawatan yang akan dilakukan dan mengimplementasikan pada klien selama 3 hari lalu dilakukan evaluasi dengan metode SOAP.

**Kata Kunci:** *Chronic Kidney Disease*, Asuhan Keperawatan Medikal Bedah, Hipervolemia

## DAFTAR ISI

PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
<i>CURICULIUM VITAE</i> .....	vi
<i>CURICULIUM VITAE</i> .....	vi
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	5
1.3. Tujuan Penelitian.....	5
1.4. Manfaat Penelitian.....	6
1.5. Metode Penelitian.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1. Konsep Penyakit.....	8
2.1.1. Definisi.....	8
2.1.2. Etiologi.....	8
2.1.3. Anatomi Fisiologi.....	10
2.1.7. Manifestasi Klinis.....	23
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan.....	32
2.1.2. Diagnosis.....	37
2.1.3. Implementasi.....	40
2.1.4. Evaluasi.....	41
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>42</b>
3.1. Jenis/Desain Penelitian.....	43
3.2. Subjek Studi Kasus.....	43
3.3. Definisi Operasional.....	43
3.4. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	44
3.5. Proses Pengumpulan Data.....	44

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal.....	11
Gambar 4.1 Genogram.....	50
Gambar 4.2 EKG.....	59

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Laboratorium.....	57
Tabel 4.2. Analisa Data.....	63
Tabel 4.3. Intervensi, implementasi, evaluasi.....	69
Tabel 4.4. Catatan Perkembangan.....	88

## Daftar Lampiran

Lampiran 1 <i>Informed Consent</i> .....	109
Lampiran 2 Lembar Konsultasi.....	111

## BAB I PENDAHULUAN

### I.1. Latar Belakang

Indonesia diperhadapkan dengan berbagai masalah kesehatan. Salah satunya masalah kesehatan yaitu penyakit tidak menular (PTM). Penyakit tidak menular mengakibatkan penurunan derajat kesehatan individu yang cukup berat diantaranya diabetes, stroke, gagal ginjal, hipertensi, kanker payudara dan asma. Gagal ginjal kronik adalah kerusakan ginjal baik struktur dan atau fungsinya yang berlangsung selama 3 bulan atau lebih dan umumnya diakibatkan karena berbagai faktor antara lain pola hidup yang kurang sehat, (Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, 2019).

*Chronic Kidney Disease (CKD)* adalah kondisi yang sangat buruk dan mencapai tingkat epidemi karena meningkatnya prevalensi diabetes melitus, hipertensi, dan obesitas serta penuaan populasi. Terlepas dari etiologi yang mendasarinya, *Chronic Kidney Disease (CKD)* berlangsung secara perlahan-lahan dan menyebabkan kehilangan nefron yang tidak dapat dipulihkan penyakit ginjal stadium akhir atau kematian dini. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan *Chronic Kidney Disease (CKD)* termasuk hilangnya sel parengking, peradangan kronik, fibrosis dan berkurangnya kapasitas generasi ginjal, (Ruiz-Ortega M, Rayego-Mateos S, Ortiz A, 2020).

Kebiasaan yang buruk dapat memicu berbagai macam penyakit, salah satunya adalah *Chronic Kidney Disease (CKD)*. *Chronic Kidney Disease (CKD)* atau penyakit ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme, gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum, (Eka Putri A, 2020).

Cedera ginjal akut dan penyakit ginjal kronis merupakan sindrom umum yang saling berhubungan dan merupakan masalah kesehatan masyarakat. Penyakit ginjal akut didefinisikan sebagai status pasca cedera ginjal berupa kerusakan/difungsi ginjal akut atau subakut yang dimanifestasikan oleh

persistensi cedera ginjal setelah 7 hingga 90 hari setelah diagnosis awal cedera awal ginjal. Data klinis yang tersedia mengenai epidemiologi penyakit ginjal akut masih terbatas, namun kejadiannya diamati pada 25% pasien yang selamat dari cedera ginjal akut. Diperlukan alat stratifikasi risiko yang berguna untuk memprediksi risiko penyakit ginjal akut dan prognosisnya, (neyera ja, 2021).

Secara umum, setiap penyakit dapat menyerang manusia baik laki-laki maupun perempuan, tetapi pada beberapa penyakit terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan, hal ini antara lain disebabkan perbedaan pekerjaan, kebiasaan hidup, genetika atau kondisi fisiologis. Jenis kelamin merupakan salah satu variabel yang dapat memberikan perbedaan angka kejadian pada pria dan wanita. Insiden gagal ginjal pria dua kali lebih besar dari pada wanita, dikarenakan secara dominan pria sering mengalami penyakit sistemik (diabetes melitus, hipertensi, glomerulonefriti, polikistik ginjal dan lupus), serta riwayat penyakit keluarga yang diturunkan. Pola gaya hidup laki-laki lebih beresiko terkena *Chronic Kidney Disease* (CKD) karena kebiasaan merokok dan minum alkohol yang dapat menyebabkan ketegangan pada ginjal sehingga ginjal bekerja keras, (Nessy Anggun Primasari, 2022).

Gagal ginjal kronis dapat memengaruhi hampir seluruh anggota tubuh. Komplikasi yang dapat ditimbulkan antara lain, penumpukan cairan pada bagian tubuh (edema) atau organ dalam, termasuk paru-paru (edema paru), hiperkalemia, yaitu tingginya kadar kalium dalam darah yang dapat mengganggu fungsi jantung, bahkan bisa menyebabkan henti jantung asidosis, anemia berkepanjangan, kerusakan sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan gangguan mulai dari sulit berkonsentrasi hingga perubahan kepribadian atau kejang, penurunan daya tahan tubuh sehingga penderita rentan terserang infeksi, perikarditis atau peradangan pada perikardium (lapisan yang menyelimuti jantung), tulang menjadi lemah dan rentan patah, disfungsi ereksi atau penurunan kesuburan pada pria, (dr. Soeradji Tirtonegoro., 2022).

*Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Selanjutnya gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel, pada

suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal. *Chronic Kidney Disease (CKD)* merupakan kerusakan ginjal baik struktur dan atau fungsinya yang berlangsung selama 3 bulan atau lebih. Apabila kondisi perubahan fungsi ginjal terjadi mendadak atau akut dan belum mencapai 3 bulan maka disebut gangguan ginjal akut, (Juwita et al., 2023).

Penyakit *Chronic Kidney Disease (CKD)* adalah penyakit yang umum dan prevalensinya semakin meningkat. Penyakit kardiovaskuler merupakan penyakit utama morbiditas dan kematian pada penyakit gagal ginjal, meskipun fenotipnya berbeda dengan populasi penyakit gagal ginjal pada umumnya. Beberapa terapi telah terbukti efektif dalam memodifikasi peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler atau laju penurunan ginjal pada *Chronic Kidney Disease (CKD)*. Terdapat data yang terakumulasi bahwa antagonis reseptor aldosteron (arah) dapat memberikan perlindungan jantung dan menunda penurunan fungsi ginjal pada pasien dengan fenotipe penyakit kardiovaskular pada penyakit gagal ginjal. Oleh karena itu, penggunaan antagonis reseptor aldosteron (arah) pada penyakit gagal ginjal semakin meningkat di anjurkan. Namun, tidak ada penelitian besar mengenai antagonis reseptor aldosteron (arah) dengan hasil ginjal atau kardiovaskuler yang di wakikan, (Fida' Husain & Ika Silvitasari, 2020).

Gangguan kognitif adalah penyebab utama disabilitas kronis yang semakin diakui dan umumnya ditemukan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease (CKD)*. Pengetahuan mengenai hubungan antara disfungsi ginjal dan gangguan kognitif dapat meningkatkan pemahaman kita mengenai bentuk-bentuk disfungsi kognitif lainnya. Pasien dengan *Chronic Kidney Disease (CKD)* memiliki risiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum untuk mengalami demensia dan prodromannya, yaitu gangguan kognitif ringan atau MCI yang di tandai dengan defisit pada fungsi eksekutif, memori dan perhatian. Pencitraan otak pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease (CKD)* telah mengungkapkan kerusakan pada materi putih dikorteks prevontal dan pada model hewan, pada sistem monoaminergik dan kolinergik subkortikal, disertai dengan kerusakan makrovaskuler dan mikrovaskuler yang meluas. Intervensi saat ini yang menargetkan faktor risiko kardiovaskuler (seperti obat anti hipertensi, agen antitrombotik dan statin) tampaknya hanya memiliki sedikit atau tidak ada efek pada

MCI yang terkait dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD), yang menunjukkan bahwa akumulasi neurotoksin uremik mungkin lebih penting dari pada faktor hemodinamik yang terganggu atau metabolisme lipid dalam patogenesis MCI, (Farhadnejad et al., 2023).

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan meningkatkan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Sarana kesehatan berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar, kesehatan rujukan dan upaya kesehatan penunjang. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang diselenggarakan menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (Hasnidar, 2020).

Penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) telah menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang besar dengan beban ekonomi yang besar. Secara global, pada tahun 2017 terdapat 697,5 juta kasus (prevalensi diperkirakan 9,1%) CKD dan Tiongkok memiliki jumlah pasien CKD tertinggi (132,3 juta kasus dan prevalensinya 9,5%). Sementara itu CKD menduduki peringkat ke 17 dalam daftar penyebab total kematian di seluruh dunia pada tahun 1990 dan naik ke peringkat ke 12 pada tahun 2017. CKD secara luas dianggap sebaga pengganda penyakit karena meningkatkan risiko komplikasi umum lainnya, termasuk cedera ginjal akut, penyakit mineral dan tulang, anemia, dan kematian karena semua penyebab dan penyakit kardiovaskular. Baik di negara berkembang maupun negara maju, kurang dari 10% pasien CKD menyadari penyakitnya karena sebagian besar pasien memiliki gejala yang tidak disadari dan tidak menunjukkan gejala pada tahap awal. Pasien dengan CKD stadium 3-5 menyumbang hampir setengah dari kasus CKD di seluruh dunia dan sebagian besar dari mereka secara bertahap berkembang menjadi penyakit ginjal stadium akhir dan memerlukan dialisis atau transplantasi ginjal karena sifat CKD stadium 3-5 yang ireversibel, (Wu et al., 2023).

Laporan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 oleh badan penelitian dan pengembangan kesehatan menunjukkan bahwa prevalensi *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Indonesia sebesar 0,38% atau 3,8 orang per 1000 penduduk dan sekitar 60% penderita gagal ginjal tersebut harus menjalani dialisis. Angka ini lebih rendah

dibandingkan prevalensi *Chronic Kidney Disease* (CKD) dinegara-negara lain, juga hasil penelitian perhimpunan nefrologis Indonesia (PERNEFRI) tahun 2006 yang mendapatkan prevalensi *Chronic Kidney Disease* (CKD) sebesar 12,05%. Prevalensi penyakit ginjal tertinggi terdapat di provinsi Kalimantan Utara sebesar 0,64% dan terendah di Sulawesi Barat 0,18%. Prevalensi *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada Provinsi Sulawesi Utara sebesar 0,29% dan menjadi peringkat ke dua terbanyak di Sulawesi Utara (Survey Kesehatan Indonesia, 2023).

Data di Rumah sakit Gunung Maria Tomohon sendiri tercatat pasien dengan CKD berjumlah 397 pasien terhitung sejak tahun 2023 hingga sekarang 2024.

Jadi penyakit gagal ginjal kronik merupakan penyakit yang terjadi karena ada beberapa penyakit dan terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan, hal ini antara lain disebabkan perbedaan pekerjaan, kebiasaan hidup, genetika atau kondisi fisiologis.

## 1.2. Perumusan Masalah

Dengan melihat masalah dampaknya pada penderita penyakit ginjal serta pentingnya peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan yang profesional maka penulis melakukan proses asuhan keperawatan secara khusus dari pengkajian, penyusunan diagnosa, penyusunan rencana tindakan, implementasi serta mengevaluasi studi kasus dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan memberikan asuhan keperawatan medikal bedah sistem perkemihan dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) atau penyakit ginjal kronis pada pasien Ny. M.T di ruangan St. Fransiskus RS. Gunung Maria Tomohon selama 1 minggu.

## 1.3. Tujuan Penelitian

### 1.1.1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman, pengetahuan dan keterampilan secara lebih mendalam lagi, maka penulis dapat mendeskripsikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah pada Ny. M.T dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) diruangan St. Fransiskus RS. Gunung Maria Tomohon dan dapat membandingkan secara teoritis yang pernah didapatkan selama proses perkuliahan.

### 1.1.2. Tujuan Khusus

1. Diperolehnya kemampuan dalam melakukan pengkajian keperawatan medikal bedah pada Ny. M.T dengan gagal ginjal kronik di ruangan St. Fransiskus RS. Gunung Maria Tomohon.
2. Diperolehnya kemampuan dalam menegakkan diagnosis keperawatan medikal bedah pada Ny. M.T dengan gagal ginjal kronik di ruangan St. Fransiskus RS. Gunung Maria Tomohon.
3. Diperolehnya kemampuan dalam menyusun perencanaan keperawatan medikal bedah pada Ny. M.T dengan gagal ginjal kronik di ruangan St. Fransiskus RS Gunung Maria Tomohon.
4. Diperolehya kemampuan dalam melaksanakan implementasi keperawatan medikal bedah pada Ny. M.T dengan gagal ginjal kronik di ruangan St. Fransiskus RS Gunung Maria Tomohon.
5. Diperolehnya kemampuan dalam melaksanakan evaluasi keperawatan medikal bedah pada Ny. M.T dengan gagal ginjal kronik di ruangan St. Fransiskus RS Gunung Maria Tomohon.

### 1.4. Manfaat Penelitian

#### 1.1.3. Pasien dan Keluarga

Dapat memberikan bantuan pemulihan kesehatan pada Ny. M.T dan memberikan pemahaman serta memotivasi keluarga dan pasien untuk menghindari dan mencegah terjadinya komplikasi. Serta mendorong keluarga untuk melakukan cara hidup yang baik dan benar dalam menjaga kesehatan khususnya merawat penyakit yang diderita Ny. M.T agar kedepannya semakin membaik.

#### 1.1.4. Pelayanan Keperawatan

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama kepada pasien dengan *Chronic Kidney Disease (CKD)* atau penyakit ginjal kronis.

#### 1.1.5. Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sebagai sumber bacaan dan dapat digunakan sebagai kontribusi dalam bidang pendidikan untuk meningkatkan prestasi belajar

bagi mahasiswa yang ada khususnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan medikal bedah dengan *Chronic Kidney Disease (CKD)* atau penyakit ginjal kronis.

#### 1.1.6. Penulis

Dapat menambah wawasan, pengetahuan, dan keterampilan dalam meningkatkan kompetensi pemberian asuhan keperawatan. Dan memperoleh pengalaman yang nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien, khususnya pada pasien yang mengalami gangguan penyakit gagal ginjal.

### 1.5. Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mencakup:

1. Studi kepustakaan bahan-bahan referensi sebagai landasan dari konsep dasar teoritis, baik berupa konsep medis maupun konsep keperawatan untuk menunjang penyusunan isi karya tulis ilmiah.
2. Studi kasus
  - a. Wawancara  
Melakukan wawancara langsung dengan pasien, keluarga, dokter, dan perawat ruangan yang bertugas untuk memperoleh data.
  - b. Observasi  
Melakukan observasi dan pemantauan secara menyeluruh terhadap perkembangan pasien selama 3 hari terhitung sejak tanggal 13 Maret sampai 16 Maret 2024.
  - c. Dokumentasi  
Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk data dari rekam medik dan data dari laboratorium.
  - d. Diskusi  
Melakukan diskusi sekaligus konsultasi dengan dosen pembimbing, perawat ruangan dan dokter di Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Konsep Penyakit

##### 2.1.1. Definisi

*Chronic Kidney Disease (CKD)* atau penyakit ginjal kronis merupakan salah satu penyakit pada ginjal yang disebabkan oleh infeksi pada ginjal dan juga penyumbatan yang disebabkan oleh batu ginjal. Orang yang beresiko mengalami gagal ginjal kronis ini seperti orang yang memiliki tekanan darah tinggi, menderita diabetes, memiliki keluarga pengidap gagal ginjal kronis (Fadilla et al., 2023).

*Chronic Kidney Disease (CKD)* merupakan suatu penyakit dimana fungsi ginjal mengalami penurunan hingga akhirnya tidak lagi mampu bekerja sama dalam hal penyaringan dan pembuangan elektrolit tubuh sehingga tidak bisa menjaga keseimbangan cairan, produksi urine dan zat kimia dalam tubuh seperti sodium dan kalium di dalam darah (Anak Agung Ayu Eka Cahyani., 2022).

Penyakit gagal ginjal kronis dimana gangguan fungsi ginjal yang progresif dan irreversible terjadi ketidakmampuan organ ginjal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit yang dapat menyebabkan uremia. Penyakit gagal ginjal kronis dapat menyebabkan fungsi ginjal melemah sehingga terjadi kerusakan selama lebih dari 3 bulan dengan tanda terjadinya penurunan laju filterasi glomerulus (Firda Dwi Lestari., 2023).

##### 2.1.2. Etiologi

Faktor penyebab dari CKD adalah usia lebih dari 45 tahun dikarenakan perubahan yang terjadi dalam sirkulasi tubuh yang membuat mengidap penyakit gagal ginjal kronis lebih beresiko menderita penyakit stroke dikarenakan fungsi ginjal yang tidak dapat berfungsi dengan baik dan tidak dapat menyaring zat sisa yang berada di dalam tubuh.

CKD yang berasal dari diabetes melitus, penyakit hipertensi, infeksi ginjal atau glomerulonefritis, penyakit ginjal bawaan atau polisistik, ataupun penyakit lainnya. Hipertensi dan diabetes melitus merupakan dua penyebab terbesar dari penyakit ginjal tahap akhir, sedangkan yang lainnya adalah penyakit infeksi

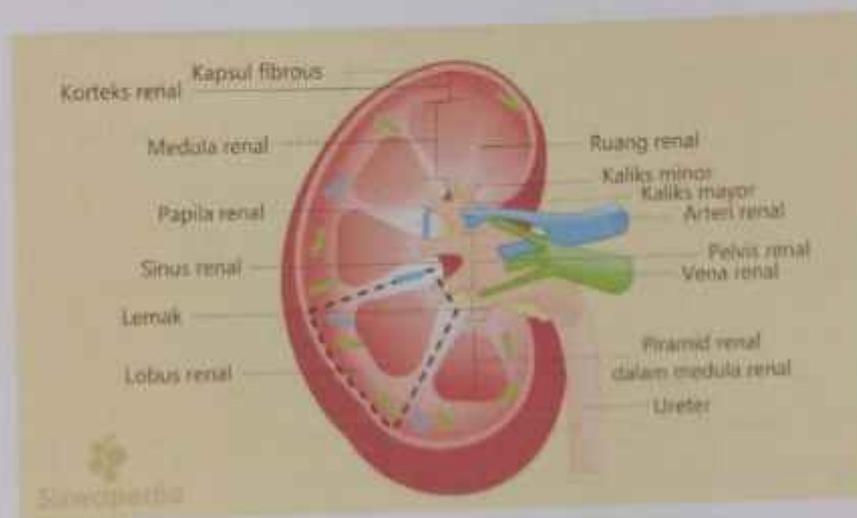
(glomerulonefritis, pielonefritis), penyakit vaskular sistemik (hipertensi renovaskular intrarenal), nefrosklerosis, hiperparatiroidisme, dan penyakit saluran kencing. Berikut etiologi dalam CKD:

1. Infeksi misalnya pielonefritis kronik (infeksi saluran kemih), glomerulonefritis (penyakit peradangan). Pielonefritis merupakan proses infeksi peradangan yang biasanya mulai di renal pelvis, saluran ginjal atau menghubungkan ke saluran kencing (ureter) serta parenchyma ginjal atau jaringan ginjal. Glomerulonefritis disebabkan oleh salah satu dari banyak penyakit yang merusak baik glomerulus maupun tubulus. Pada tahap penyakit berikutnya keseluruhan kemampuan penyaringan ginjal sangat berkurang.
2. Penyakit vaskuler hipertensi misalnya nefrosklerosis benigna, nefrosklerosis maligna, stenosis arteria renalis disebabkan oleh terjadinya kerusakan vaskularisasi di ginjal oleh adanya peningkatan tekanan darah akut dan kronik.
3. Gangguan jaringan ikat misalnya lupus eritematosus sistemik, poliartritis nodosa, sklerosis sistemik progresif disebabkan oleh kompleks imun dalam sirkulasi yang ada dalam membran basalis glomerulus dan menimbulkan I7 kerusakan. Penyakit peradangan kronik dimana sistem imun dalam tubuh menyerang jaringan sehat, sehingga menimbulkan gejala diberbagai organ.
4. Gangguan kongenital dan herediter misalnya penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal. Penyakit ginjal polikistik ditandai dengan kista multiple, bilateral, dan berekspansi yang lambat akan mengganggu dalam menghancurkan parenkim ginjal normal akibat penekanan, semakin lama ginjal tidak mampu mempertahankan fungsi ginjal sehingga ginjal akan menjadi rusak.
5. Amiloidosis. Penyebab terjadinya dimana kondisi genetik yang ditandai dengan adanya kelainan dalam proses metabolisme dalam tubuh akibat defisiensi hormon serta enzim. Proses metabolisme merupakan proses memecahkan karbohidrat protein, dan lemak dalam makanan untuk menghasilkan energi. Penyebab penyakit yang dapat dicegah bersifat refertibel, sehingga penggunaan berbagai prosedur diagnostik.

6. Nefropati obstruktif misalnya saluran kemih bagian atas: kalkuli neoplasma, fibrosis retroperitoneal. Saluran kemih bagian bawah: hipertropi prostat, struktur uretra, anomali kongenital pada leher kandung kemih dan uretra.
7. Batu saluran kencing menyebabkan hidrolityasis adalah penyebab gagal ginjal pada benda padat yang dibentuk oleh presipitasi berbagai zat terlarut dalam urin pada saluran kemih (Hustrini et al., 2023).

### 2.1.3. Anatomi Fisiologi

#### 1. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Ginjal

Ginjal adalah suatu kelenjar yang terletak dibagian belakang kavum abdominalis dibelakang peritoneum pada kedua sisi vertebra lumbalis tiga, melekat langsung pada dinding belakang abdomen. Bentuk ginjal seperti biji kacang, jumlahnya ada dua buah kiri dan kanan, ginjal kiri lebih tinggi dan lebih besar dari ginjal kanan dan pada umumnya ginjal laki-laki lebih panjang dari ginjal wanita. Ginjal memiliki ukuran panjang  $\pm 10-12$  cm, lebar  $\pm 6-8$  cm dan berat sekitar 250 gram.

#### a. Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari dua bagian:

- 1) Bagian internal medulla: zat medularis yang terdiri dari pyramid renalis dengan jumlah antara 8-16 buah yang

mempunyai basis di sepanjang ginjal dan apiknya menghadap ke sinus renalis.

- 2) Bagian eksternal korteks. Substansi kortikal lunak dan bergranula berwarna coklat merah berada dibawah tunik fibrosa yang melengkung dibagian bawah piramid yang berdekatan dengan sinus renalis. Bagian dalam dan antara piramid disebut kolumna renalis.

#### b. Pembungkus Ginjal

Kapsul adipose atau massa jaringan lemak yang menutupi ginjal, paling tebal terletak ditepi ginjal yang memanjang melalui hilus renalis. Fasia subserosa, yang terdiri dari dua bagian: lamella anterior (fasia prerenalis) dan lamella posterior (fasia retrorenalis), menutup ginjal dan kapsul adipose.

#### c. Struktur mikroskopis ginjal

Nefron adalah massa tubulus mikroskopis ginjal yang merupakan satuan fungsional ginjal. Setiap nefron berawal dari berkas kapiler yang terdiri dari:

- 1) Glomerulus, merupakan kapiler yang berputar atau nyaman yang berada didalam kapsul bowman, ujung buntu tubulus ginjal yang berbentuk kapsul cekung yang menutupi glomerulus yang saling melilitkan. Setelah menerima darah dari anterior aferan, glomerulus melanjutkannya kesistem vena melalui anterior eferan.
- 2) Tubulus proksimal konvulta, panjang kapsul bowman 15 mm dan diameter 55 mm terhubung langsung ketubulus ginjal. Sekitar 2/3 natrium yang terfiltrasi diabsopsi secara isotonic bersama klorida dan terlibat dalam transportasi aktif natrium. Dengan meningkatkan absopsi natrium, pengeluaran air dan natrium akan berkurang. Hal ini dapat mengganggu proses normal pemekatan dan pengenceran urin.

- 3) Ansa henle, bentuknya lurus dan tebal, melanjutkan ke segmen tipis dan kemudian ke segmen tebal yang panjangnya 12 mm. Cabang ascendens ansa henle menyerap kembali klorida secara aktif, dan natrium bergerak secara pasif untuk menjaga ke netralan listrik.
- 4) Tubulus distal konvulta, bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok, panjang 5 mm, dan jauh dari kapsul bowman. Masing-masing ductus koligen melalui korteks dan medulla ginjal dan bersatu untuk membentuk ductus yang berjalan lurus. Ductus ini kemudian bermuara ke dalam ductus belini, yang menuju ke kaliks minor dan kaliks mayor. Dan akhirnya mengeluarkan isinya ke dalam pelvis renalis dengan cara yang berbeda dari bagian masing-masing piramid medulla ginjal.
- 5) Ductus koligen medulla, ductus ini memiliki dua kemampuan mereabsorpsi dan mensekresi kalium. Duktus koligen kortikal mengalami ekskresi aktif kalium yang dikendalikan oleh aldosteron, dan ductus koligen medulla mengalami reabsorpsi aktif kalium murni.

d. Pembuluh darah ke ginjal

Ginjal yang kaya akan pembuluh darah dapat menahan 20% curah jantung dalam keadaan istirahat. Aorta abdominal dan arteri memberikan darah kepada ginjal. Arteri renalis kemudian bercabang untuk membentuk arteri lobaris, yang memberi darah pada piramid. Arteri lobaris ini kemudian bercabang lagi agar darah dapat melalui nefron dengan efisien. Darah masuk ke dalam glomerulus melalui arteriol aferen dan keluar melalui arteriol eferen. Kemudian darah mengalir melalui kapiler peritubular yang mengelilingi tubula nefron, lalu masuk ke vena. Dari vena, darah kembali ke sistem sirkulasi melalui vena ginjal.

## 2. Fisiologi

Fungsi ginjal, proses pembentuk urine, pengaturan hormon terhadap fisiologi ginjal, keseimbangan asam basa ginjal, dan pengaturan keseimbangan cairan adalah lima pembahasan tambahan yang dibahas oleh penulis dalam fisiologis ginjal (Cholina Triisa Siregar., 2020).

### a. Ginjal mempunyai 2 fungsi yaitu:

#### 1) Fungsi ekskresi

- a) Menjaga kadar elektrolit plasma dalam rentang milosmol.
- b) Menjaga kadar elektrolit plasma masing-masing dalam batas normal.
- c) Mempertahankan pH plasma sekitar 7,4.
- d) Mengeluarkan kreatinin, asam urat dan urea.

#### 2) Fungsi noneksresi

- a) Memproduksi renin, yang penting untuk mengontrol tekanan darah.
- b) Menghasilkan eritropoetin, faktor yang mendorong produksi sel darah merah sum-sum tulang.
- c) Menghasilkan vitamin D.
- d) Degradasi insulin.
- e) Memproduksi proglagladin.

### b. Proses pembentukan urin

Ada 3 tahap dalam pembentukan urin yaitu sebagai berikut:

#### 1) Proses Filtrasi

Glomerulus melakukan filtrasi, permukaan aferen memungkinkan penyerapan darah yang lebih besar, yang menyebabkan proses ini terjadi. Kira-kira 1.200 mililiter darah masuk ke dalam kapiler glomerulus setiap menit, terdiri dari 450 ml sel darah dan 660 ml plasma. Tekanan diperlukan untuk proses filtrasi untuk mendapatkan hasil akhir. Hasil kerja jantung adalah tekanan yang menyebabkan filtrasi. Tekanan hidrostatik kapiler

glomerulus kira-kira 50 mmHg cenderung mendorong air dan garam melalui glomerulus.

Tekanan yang bertentangan dengan filtrasi kapsul bowman memiliki tekanan hidrostatis cairan kira-kira 30 mmHg, yang memiliki kecenderungan untuk menarik air dan garam ke dalam pembuluh kapiler.

Tekanan akhir mengurangi tekanan terhadap filtrasi sama dengan tekanan aktif ( $50-30+3$  mmHg = 25 mmHg). Kira-kira 120 ml plasma difiltrasi dalam satu menit. Hanya plasma garam, glukosa, dan molekul kecil lainnya yang dapat melewati membran filtrasi glomerulus. Dengan cara ini, sel darah dan plasma teratur sangat besar untuk difiltrasi.

## 2) Reabsorpsi

Dalam proses ini, tubuh menyerap kembali sebagian besar bahan-bahan yang berguna, seperti ion bikarbonat, fosfat, klorida, natrium, dan glukosa. Obligat reabsorpsi, proses pasif yang terjadi pada tubulus atas, terjadi ketika tubulus ginjal bagian bawah menyerap kembali ketubulus bagian bawah. Reabsorpsi fluktuatif, proses penyerapan yang aktif, mengirimkan bagian yang tersisa ke papila renal. Hormon yang dapat memengaruhi reabsorpsi Anti Diuretic Hormone (ADH).

## 3) Sekresi

Selama metabolisme sel-sel, tubulus ginjal dapat mensekresi atau menambah zat-zat ke dalam cairan filtrasi. Namun, pH darah dan cairan tubuh dapat tetap alkalis pada 7,4. Sel tubuh memproduksi amoniak yang bersenyawa dengan asam, kemudian desekresi sebagian ammonium, memastikan bahwa pH tetap alkalis.

c. Pengaturan hormon terhadap fisiologi ginjal

Jenis hormon yang dikenal sebagai *osmoreseptor* pada hipotalamus sangat sensitif terhadap osmolaritas serum. Dengan dehidrasi, osmolaritas serum meningkat seiring dengan dehidrasi. Permeabilitas sel tubulus koligenis terhadap air diaktifkan oleh osmoreseptor ini. Renin adalah hormon lain yang mempengaruhi konsentrasi urin. Jika laju filtrasi glomerulus turun karena dehidrasi atau kehilangan darah, ginjal akan distimulasi untuk mengeluarkan renin. Ini terjadi ketika kadar natrium dibawah normal. Renin mengubah angiotensi yang diskresi hati menjadi angiotensin I. Sel kapiler paru-paru selanjutnya mengubah angiotensi I menjadi angiotensi II, yang berkonstriksi otot polos disekeliling arteriole. Ini meningkatkan tekanan darah, yang berdampak pada osmolaritas urin. Angiotensin II dapat merangsang korteks adrenal untuk mengeluarkan aldosteron, yang dapat meningkatkan reabsorpsi air ginjal dan meningkatkan tekanan.

d. Keseimbangan asam basa ginjal

Ketika konsentrasi ion hidrogen yang dibuat dan dikeluarkan oleh sel, disebut keseimbangan asam basa.

Selain itu, pH darah arteri harus tetap normal antara 7,35 dan 7,45 agar sel dapat berfungsi dengan baik. Dua sistem, paru-paru dan ginjal, mengatur keseimbangan asam basa tubuh manusia. Sebagai tanggapan terhadap pH darah, ginjal dan paru-paru mengeluarkan atau menahan ion hidrogen dan bikarbonat.

e. Pengaturan keseimbangan cairan

Meskipun ada variasi besar antara asupan dan ekskresi air dan solut, konsentrasi total solut cairan tubuh orang normal sangat mahal. Pembentukan urin yang lebih encer (*augementasi/pemekatan*) atau lebih pekat dari pada plasma tempat urin dibentuk memungkinkan untuk mempertahankan kadar plasma dan cairan tubuh dalam batas yang sempit. Banyak

cairan yang diminum mengencerkan cairan tubuh. Kelebihan air akan diekresikan dengan cepat karena urin menjadi lebih encer. Sebaliknya, kehilangan air dan asupan solut berlebihan menyebabkan cairan tubuh menjadi pekat, urin menjadi sangat pekat karena solut banyak terbuang dalam air yang dipertahankan, yang cenderung mengembalikan cairan tubuh ke konsentrasi solut normal.

#### 2.1.4. Faktor Risiko

##### 1. Faktor Predisposisi

###### a. Usia

Fungsi ginjal menurun seiring bertambahnya usia dan berhubungan dengan penurunan laju ekskresi glomerulus dan fungsi tubulus yang memburuk.

###### b. Jenis kelamin

Secara klinis, pria dua kali lebih mungkin terkena penyakit ginjal kronis dibandingkan wanita. Hal ini mungkin karena wanita lebih sadar kesehatan dari pada pria dan mempertahankan gaya hidup sehat, sehingga pria lebih mungkin terkena penyakit ginjal kronis dari pada wanita.

###### c. Kelahiran premature

Premature merupakan faktor risiko yang kuat untuk perkembangan *Chronic Kidney Disease* (CKD) dari masa kanak-kanak hingga pertengahan dewasa. Orang yang lahir premature membutuhkan tindak lanjut jangka panjang untuk pemantauan dan tindakan pencegahan untuk menjaga fungsi ginjal sepanjang perjalanan hidup (Prihatiningtias & Arifianto, 2020)

##### 2. Faktor Presipitasi

###### a. Penyakit Diabetes Melitus

Diabetes Melitus salah satu penyebab gagal ginjal karena disebabkan tingginya glukosa dalam darah. Seiring berjalannya waktu kadar gula yang tinggi dalam darah akan mengalami

kerusakan dan perlahan-lahan akan kehilangan fungsinya untuk menyaring racun.

b. Penyakit Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan pembuluh darah menjadi rusak akibat nefron yang menyaring darah tidak menerima oksigen dan nutrisi yang mereka butuhkan dengan baik. Inilah yang menyebabkan Hipertensi atau tekanan darah tinggi menjadi penyebab utama penyakit gagal ginjal kronik.

c. Riwayat Keluarga

Keturunan juga merupakan salah satu faktor presipitasi nefropati diabetik dan glomerulonefritis kronis. Nefropati imunoglobulin A (IgA) adalah penyebab paling umum dari glomerulonefritis di negara berkembang.

d. Infeksi

Sebagian besar infeksi ginjal disebabkan oleh infeksi bakteri. Selain oleh bakteri, infeksi ginjal juga dapat disebabkan oleh infeksi virus atau jamur meskipun keduanya jarang terjadi (Janu Prihatiningtias et al., 2022).

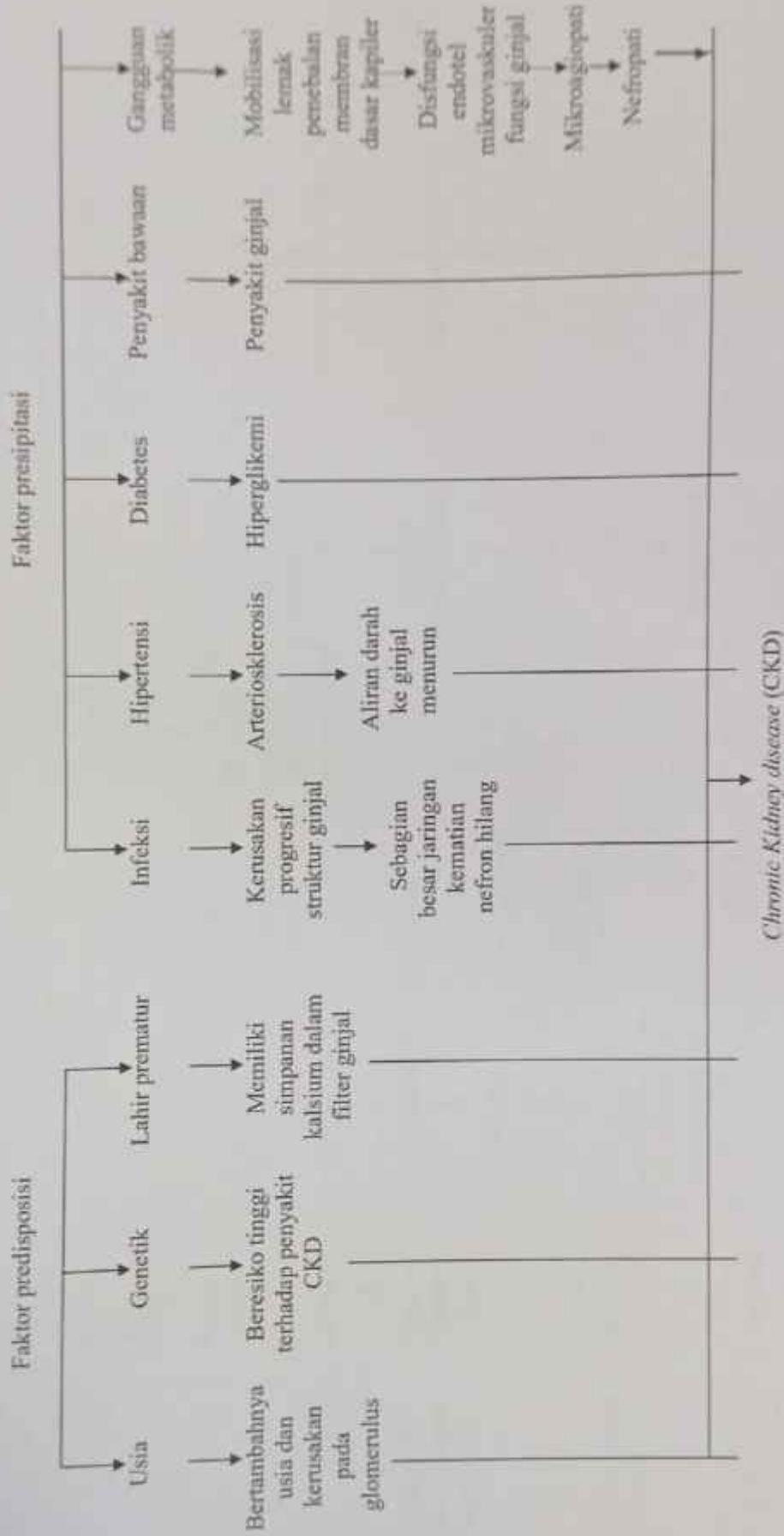
### 2.1.5. Patofisiologi

Pada waktu terjadinya kegagalan ginjal sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) dapat diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesa nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dapat memproduksi volume filtrasi yang dapat meningkatkan dan disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan glomerular filtration rate (GFR) atau daya sering. Metode adaptif ini dapat memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai  $\frac{3}{4}$  dari nefron yang rusak. Beban bahan yang harus dilarut menjadikan lebih besar dari pada yang bisa diabsorpsi dapat berakibat diuresis osmotik yang disertai poliuri dan haus. Selanjutnya jumlah nefron yang rusak akan bertambah banyak oliguria yang timbul retensi produk sisa. Titik timbulnya akan gejala-gejala yang kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80-90% pada tingkat ini yang berfungsi renal, demikian nilai kreatinin clearance bisa turun sampai 15ml/menit atau yang lebih rendah dari nilai itu (Harmila., 2020).

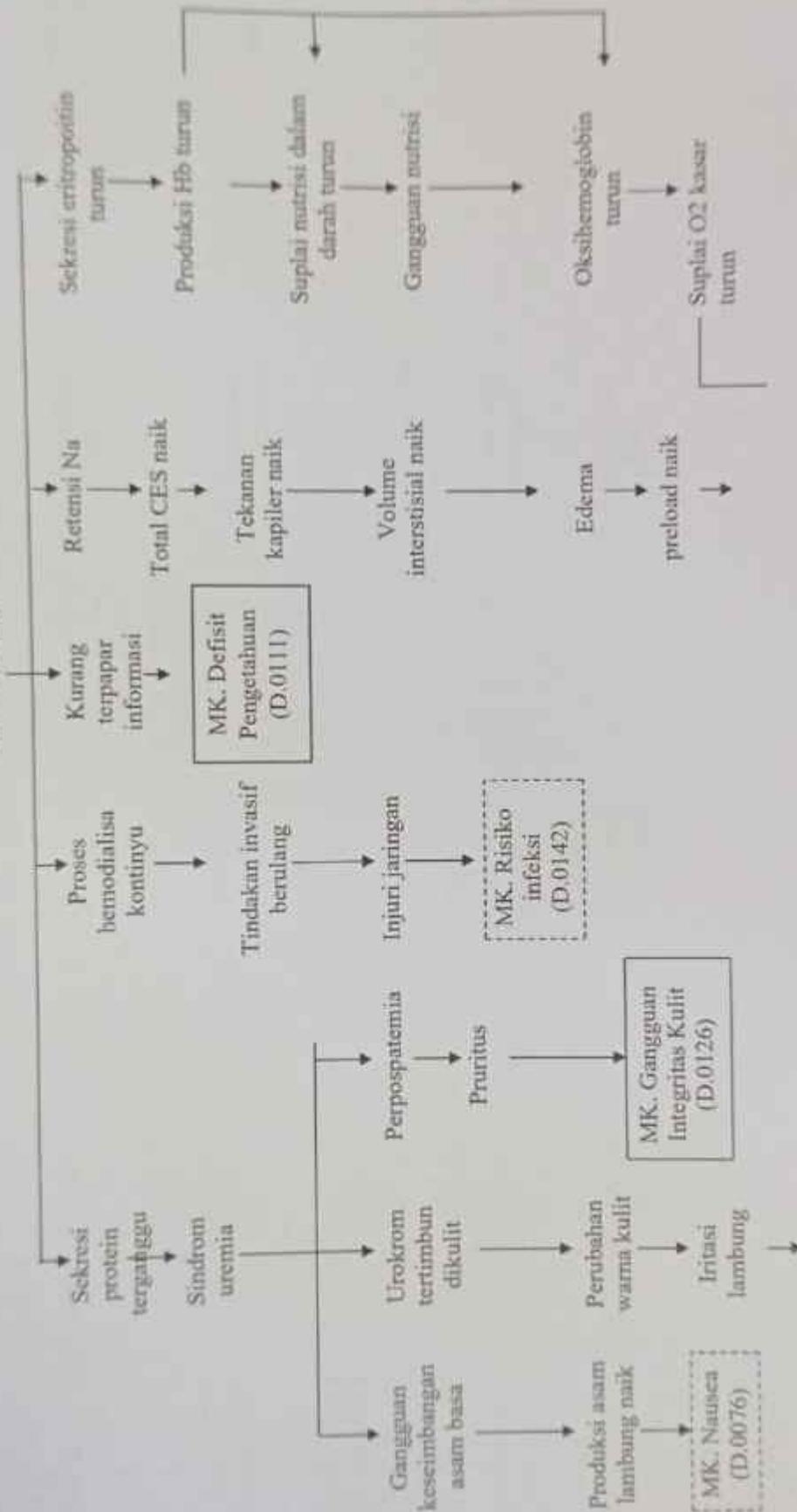
Fungsi ginjal renal yang menurun dapat memproduksi *metabolisme protein* (yang normalnya diekskresikan ke dalam urine) tertimbun didalam darah yang dapat terjadi uremia dan mempengaruhi pada setiap sistem didalam tubuh. Banyak masalah muncul pada penyakit ginjal kronis sebagai akibat dari penurunan *klirens* substansi darah yang seharusnya diberikan oleh ginjal. Penurunan laju filtrasi glomerulus dapat dideteksi dengan mendapatkan urine 24 jam untuk pemeriksaan *klirens kreatinin*. Menurunnya filtrasi glomerulus *klirens kreatinin* akan menurun dan kadar kreatinin serum serta Blood Urea Nitrogen (BUN) biasanya meningkat. Semakin banyak produk sampah yang muncul, semakin berat gejala.

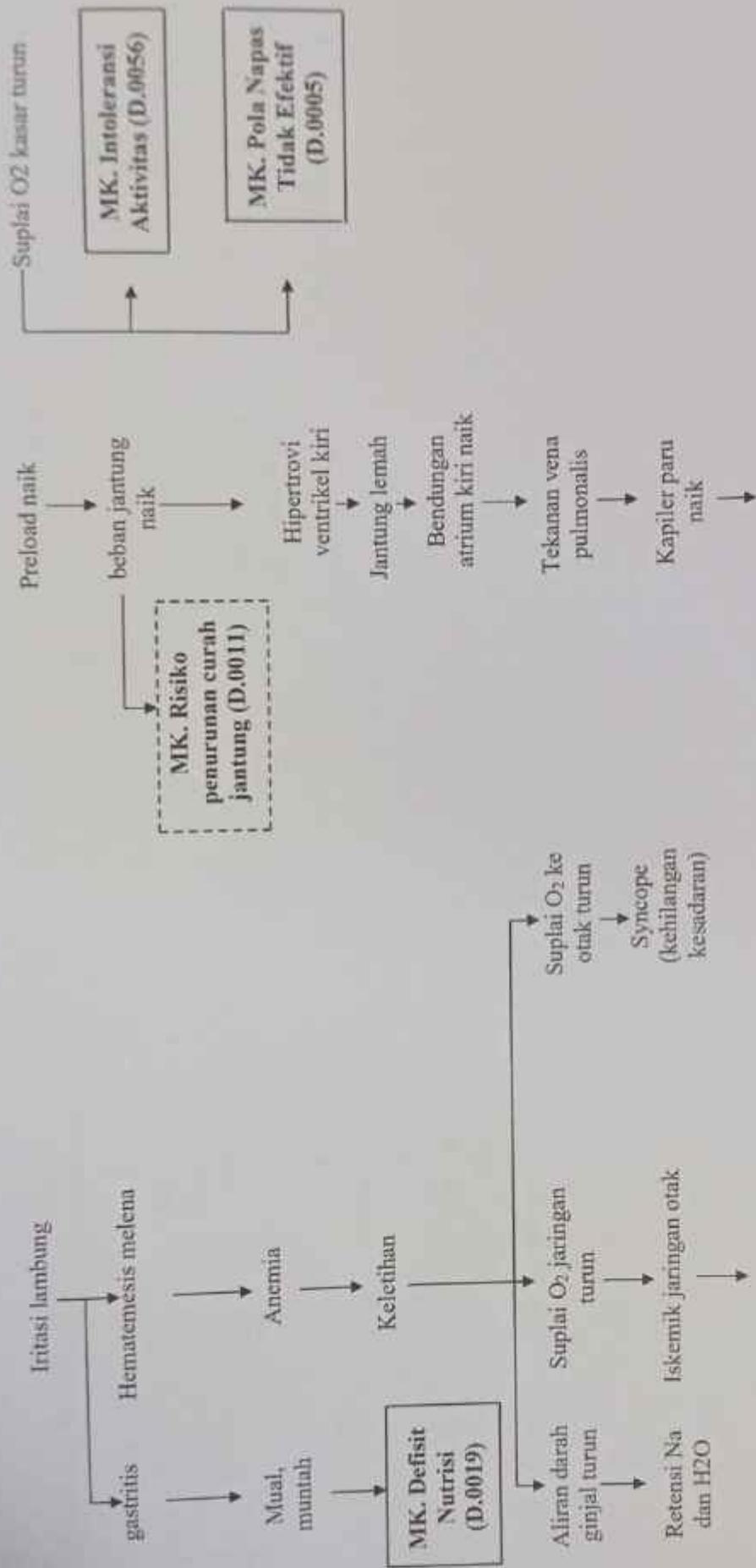
Retensi cairan dan natrium tidak mampu untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urine secara normal pada penyakit ginjal tahap akhir, respon ginjal yang sesuai terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit. Pasien sering menahan risiko terjadinya edema, jantung kongestif dan hipertensi. Hipertensi juga dapat terjadi akibat aktivasi aksis renin-angiotensin dan kerja sama keduanya meningkatkan sekresi aldosterone, pasien mempunyai kecenderungan untuk kehilangan garam mencetuskan risiko hipotensi dan hipovolemia, muntah dan diare menyebabkan penipisan air dan natrium yang semakin memperburuk status uremik. Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat merupakan gangguan autogenic, kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan timbal balik. Jika salah satunya meningkat, maka fungsi yang lain akan menurun dan dengan menurunnya filtrasi melalui glomerulus ginjal, maka meningkatkan kadar fosfat serum, dan sebaliknya kadar serum kalsium menurun (Aguilar et al., 2023).

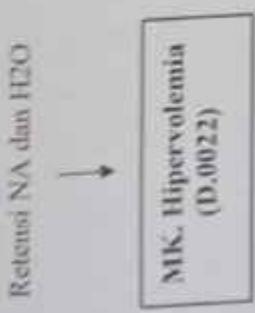
2.1.6. Skema Patofisiologi



*Chronic kidney disease (CKD)*







### 2.1.7. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala *Chronic Kidney Disease* (CKD) harus segera diketahui karena jika masalah pada ginjal sudah sangat parah, maka ginjal akan menjadi faktor yang paling berisiko untuk penyakit lainnya. Secara umum tanda dan gejala gagal ginjal bisa dilihat dari yang dialami penderitanya. Adapun beberapa tanda dan gejala penyakit gagal ginjal yang perlu diketahui diantaranya sebagai berikut:

1. **Terjadi Pembengkakan**  
Pembengkakan ini dapat terjadi dibagian tubuh mana saja, seperti tangan, kaki, bahkan di wajah. Alasan utama pembengkakan ini adalah bahwa ginjal tidak lagi dapat menyaring cairan yang masuk kedalam tubuh.
2. **Tekanan Darah Tinggi**  
Salah satu gejala penyakit ginjal adalah tekanan darah yang naik. Ini terjadi karena penumpukan cairan di jantung dan paru-paru, yang menyebabkan tekanan darah naik. Jika kondisi ini berlangsung lama, kondisi ini dapat menyebar ke organ jantung dan menyebabkan gagal ginjal.
3. **Perubahan Urine**  
Terjadi perubahan warna urine dan diikuti oleh perubahan frekuensi buang air kecil. Jika warna urine mengalami perubahan dari biasanya (warna lebih kecoklatan), maka hal tersebut perlu dicurigai. Perlu diwaspadai juga jika frekuensi buang air kecil menjadi lebih sering atau lebih jarang padahal volume minum biasa atau normal.
4. **Gatal Berlebihan**  
Fungsi utama ginjal adalah mengeluarkan kotoran atau limfa dari aliran darah. Jika ini tidak dilakukan, kotoran akan terkumpul di tubuh dan aliran darah, yang menyebabkan gatal.
5. **Kehilangan napsu makan**  
Penumpukan sisa autogenic dalam tubuh dapat berakibat pada penurunan selama makan. Maka segeralah melakukan pemeriksaan supaya bisa diketahui penyebab dan kondisi ginjal dengan cepat.
6. **Letih**

Selain itu, gejala sering menyebabkan orang merasa leih dan tidak bergairah dalam menjalani rutinitas sehari-hari. Karena gangguan ginjal menyebabkan tubuh kekurangan oksigen dan sel darah merah, yang menyebabkan tubuh lelah dan tidak bersemangat.

7. **Terasa Sakit Dibagian Pinggang**  
Tubuh sering merasakan sakit dibagian tempat organ ginjal berada. Ginjal berada dibagian abdomen belakang bawah pada sisi kiri dan kanan. Jika tiba-tiba mengalami sakit dibagian ini, maka jangan diabaikan apalagi bila diketahui rasa sakit itu bukan karena terjatuh atau hal lain yang membuat disekitar pinggang merasa sakit (Bonella et al., 2024).

## 2.1.8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada pasien dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) meliputi:

1. **Urinalisis**  
Pada pemeriksaan urinalisis yang dinilai adalah warna urine yang khas, turbiditas, volume dan osmolitas urine serta pH, hemoglobin (Hb), glukosa dan protein yang terdapat di urine. Kelainan urinalisis yang terdapat pada gambaran laboratoris penyakit gagal ginjal kronik adalah proteinuria, hematuria, leukosaria, *cast* serta isostenuria.
2. **Pemeriksaan fungsi ginjal**  
Parameter untuk mengetahui fungsi pada ginjal dan progresifitas penyakit adalah laju filtrasi glomerulus (LFG) dan kemampuan ekskresi ginjal. Kemampuan ekskresi ginjal dilakukan dengan mengukur zat sisa metabolisme tubuh melalui urine, seperti ureum dan kreatinin. Peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum merupakan indikasi terjadinya penurunan fungsi ginjal. Pemeriksaan kadar ureum yang sering dilakukan dengan menggunakan metode enzimatik yaitu enzim urease menghidrolisis ureum dan menghasilkan ion ammonium yang kemudian diukur. Kadar ureum merupakan tanda yang paling baik untuk timbulnya uremia toksik. Pemeriksaan kadar kreatinin juga digunakan untuk menilai fungsi ginjal dengan metode *jaffe reaction*.

Kadar kreatinin digunakan dalam perhitungan klirens kreatinin dan LFG. Diagnosis penyakit gagal ginjal kronik dapat ditegakkan saat nilai kreatinin serum meningkat diatas nilai rujukan normal. Pada keadaan gagal ginjal kronik dan uremia, ekskresi kreatinin oleh glomerulus dan tubulus ginjal menurun. Pemeriksaan lainnya meliputi pemeriksaan kadar asam urat, *cytatin C*, B2 microglobulin, insulin (pemeriksaan gula darah) dan zat berlabel radioisotop.

### 3. Pemeriksaan radiologis

Pemeriksaan ini sangat bermanfaat untuk menentukan diagnosis. Ada berapa gambaran radiologi yang tampak pada pasien penyakit gangguan ginjal, meliputi:

- a. Pada foto polos abdomen tampak batu radiopak
- b. Pielografi intravena jarang digunakan karena zat yang kontras sering tidak bisa melewati filter glomerulus dan khawatir terjadinya efek toksik oleh zat kontras terhadap ginjal yang sudah mengalami kerusakan
- c. Ultrasonografi (USG) ginjal pada pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) dapat memperlihatkan ukuran ginjal yang mengecil, korteks yang menipis, adanya hidronefrosis atau batu ginjal, kista, massa dan klasifikasi ginjal.
- d. Pemeriksaan renografi atau pemindaian ginjal dapat dilakukan apabila ada indikasi
- e. Elektrokardiogram (EKG) periksa kemungkinan hipertrofi ventrikel kiri, tanda-tandanya perikarditis, aritmia jantung dan gangguan elektrolit

### 4. ESR (*Erythrocyte Sedimentation Rate*)

Tingkat sedimentasi eritrosit yang meningkat akan diperburuk oleh anemia, hipoalbuminemia dan histopatologi ginjal

### 5. Biopsi ginjal dan pemeriksaan histopatologi ginjal

Biopsi dan pemeriksaan histopatologi ginjal dilakukan pada pasien dengan ukuran ginjal yang masih mendekati normal, dimana diagnosis secara nonvasif tidak bisa ditegakkan. Pemeriksaan histopatologi

bertujuan untuk mengetahui etiologi, menetapkan terapi, prognosis dan mengevaluasi hasil terapi yang telah diberikan. Biopsi ginjal dapat memberikan gambaran dasar klasifikasi dan kontraindikasi bila dilakukan pada keadaan ukuran ginjal sudah mengecil (*contracted kidney*), ginjal polikistik, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi perinefrik, gangguan pembekuan darah, gagal nafas dan obesitas (Anggraini et al., 2022).

#### 2.1.9. Pencegahan dan Penanganan

Beberapa cara pencegahan atau mengurangi perkembangan *Chronic Kidney Disease (CKD)*:

1. Mencukupi cairan tubuh dengan minum air dalam jumlah yang cukup untuk menjaga angka keluar urine, hal ini dapat membantu mencegah batu ginjal dan infeksi saluran kemih.
2. Menjaga kebersihan diri terutama pada saluran kemih agar tidak terjadi penyumbatan atau obstruksi. Perempuan lebih rentan terkena infeksi saluran kemih karena uretra pada perempuan lebih pendek.
3. Kendali pola makan yang baik dan hindari asupan garam berlebih dan daging. Kalsium yang tinggi dan makanan oksalat untuk pasien penderita batu ginjal.
4. Hindari penyalahgunaan obat-obatan, misalnya obat penghilang rasa sakit untuk rematik dan antibiotik.
5. Cegah komplikasi dari penyakit awal, misalnya diabetes melitus dan hipertensi. Kadar gula darah dan tekanan darah harus dikendalikan dengan baik.
6. Lakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Tes urine bisa mendeteksi penyakit ginjal stadium awal. Jika pasien menderita hematuria (darah dalam urine) atau albuminuria (albumin dalam urine), maka pasien harus memeriksakan kesehatannya sesegera mungkin.
7. Lakukan pengobatan terhadap penyakit ginjal, misalnya nefritis sesegera mungkin.

Penanganan *Chronic Kidney Disease* (CKD) dapat ditangani dengan dua cara yang bertujuan untuk meredakan gejala dan mencegah kondisi penyakit gagal ginjal bertambah buruk akibat sisa metabolisme yang tidak dapat di keluarkan dari tubuh. Pengobatan gagal ginjal kronis meliputi dialisis dan transplantasi ginjal.

1. Dialisis bisa dilakukan dengan dua metode, yaitu hemodialisis (cuci darah) dan dialisis peritoneal (cuci darah lewat perut) biasa disebut dengan CAPD. CAPD (*Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*) diawali dengan pembuatan sebuah lubang kecil didekat pusar pasien oleh dokter bedah. Lubang kecil ini berguna untuk memasukkan selang (kateter) ke dalam rongga perut (rongga peritoneum). Kateter akan di biarkan berada di rongga perut agar pasien dapat melakukan proses dialisis sendiri. Hemodialisis sendiri merupakan prosedur yang bertujuan untuk menggantikan fungsi ginjal akibat kerusakan pada organ tersebut. Selama proses cuci darah, darah akan dialirkan oleh mesin dari dalam tubuh pasien melalui saluran steril dan melewati membran dialisis khusus. Melalui membran tersebut, zat-zat sisa metabolisme tubuh akan dibuang dan di tampung didalam cairan khusus.
2. Transplantasi ginjal atau cangkok ginjal merupakan langkah medis yang dipakai untuk menangani kondisi ginjal yang sudah tidak berfungsi dengan baik atau biasa disebut gagal ginjal. Melalui metode ini, akan dilakukan pembedahan untuk mengganti ginjal yang telah rusak dengan ginjal sehat dari pendonor.

#### **2.1.10. Penatalaksanaan Medis**

Kerusakan fungsi ginjal sangat sulit untuk dipulihkan, sehingga pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) memerlukan perawatan yang komprehensif dan serius untuk menjaga dan meningkatkan fungsi ginjal dan mempertahankan keselarasan optimal untuk meningkatkan harapan hidup dan mengurangi komplikasi. *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah kondisi yang kompleks yang membutuhkan penanganan yang komprehensif dan serius (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2022).

Mempertahankan fungsi ginjal dan homeostatis selama mungkin adalah tujuan keperawatan pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD), faktor-faktor yang berkontribusi pada penyakit jantung koroner *Chronic Kidney Disease* (CKD) dapat diidentifikasi, ditangani, dan dipulihkan (Ndumele et al., 2023). Penatalaksanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah sebagai berikut:

1. Mencatat overload cairan: JVP, odema, laboratorium darah, dan urin.
2. Menjaga keseimbangan cairan secara ketat.
3. Mengontrol nutrisi.
4. Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit.

Hiperkalemia dan asidosis berat adalah kondisi yang paling umum. Untuk menghindari hiperkalemia, hindari konsumsi kalium yang berlebihan (tidak lebih dari 60mmol/hari), gunakan diuretik hemat kalium, hindari obat-obatan yang berhubungan dengan ekskresi kalium (seperti ACE dan obat anti inflamasi nonsteroid), atau asidosis berat, karena kekurangan garam menyebabkan pelepasan kalium dari sel dan berkontribusi pada kaliuresis. Deteksi melalui elektrokardiogram dan kalium plasma.

5. Mencegah infeksi dan anemia.
6. Menjaga terapi anti hipertensi, eritroprotein, dan koreksi kalium dan kalsium.

Diuretik loop, bersama dengan obat anti hipertensi, sering dibutuhkan pada pasien hipertensi ginjal untuk mengatur keseimbangan cairan dan garam secara independen tanpa bergantung pada tekanan darah.

7. Berkolaborasi dalam pemberian hemodialisa  
Tindakan infasif dilakukan pada vena untuk melakukan dialisis. Dialisis awalnya dilakukan melalui daerah femoralis, tetapi sekarang dilakukan melalui:

- a. Fistule AV: yang menggabungkan vena dan arteri.
- b. Double lumen: yang terletak langsung pada daerah jantung (vaskularisasi jantung), tujuannya adalah untuk menggantikan

fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa metabolisme, seperti kreatinin dan ureum.

#### 8. Transplantasi ginjal

Transplantasi organ ginjal atau sering disebut dengan cangkok ginjal merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan untuk mengganti ginjal yang rusak dengan ginjal yang sehat. Selain itu, tujuan transplantasi ginjal juga untuk menjegah terjadinya komplikasi penyakit serius lainnya seperti, gangguan elektrolit, penumpukan cairan berlebih (seperti edema paru), hingga penyakit jantung dan pembuluh darah.

#### 2.1.11. Komplikasi

Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) akan mengalami beberapa komplikasi, seperti pasien dengan penyakit kronis lainnya. Komplikasi *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah (Janes Jainurakhma, 2021):

- a. Hiperkalemi akibat penurunan sekresi asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebih.
- b. Perikarditis, efusi perikardial dan tamponat jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
- c. Hipertensi akibat cairan dan natrium serta malfungsi sistem *renin angiotensin aldosteron*
- d. Anemia akibat penurunan eritropoitin adalah suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah (eritrosit) dalam tubuh menurun, gagal ginjal juga merupakan penyebab umum anemia dalam tubuh karena hubungan yang erat antara anemia dan ginjal. Munculnya anemia pada pasien gagal ginjal ditentukan oleh fungsi ginjal. Akibatnya gejala anemia seperti lemas, pucat dan gejala yang lain dari anemia akan mulai muncul.
- e. Penyakit tulang serta klasifikasi metabolik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D yang abnormal dan peningkatan kadar aluminium akibat peningkatan nitrogen dan ion anorganik.

- f. Uremia akibat kadar ureum dalam tubuh.
- g. Gagal jantung akibat peningkatan kerja jantung yang berlebihan. Terjadi peningkatan kadar air dan natrium dalam tubuh penderita *Chronic Kidney Disease* (CKD). Hal ini disebabkan oleh gangguan ginjal yang dapat mengganggu keseimbangan glomerulotubular, sehingga terjadi peningkatan asupan natrium, retensi natrium dan peningkatan volume cairan ekstra seluler. Osmosis air dari lumen tubulus ke kapiler peritubulus dirangsang oleh reapsopsi natrium, mengakibatkan hipertensi. Kerja jantung akan meningkat dan dapat mengarah ke gagal jantung.
- h. Malnutrisi karena anoreksia, mual dan muntah. Penurunan laju filtrasi glomerulus pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) dapat menyebabkan penurunan nafsu makan dan menyebabkan malnutrisi pada pasien.
- i. Hiperparatiroid. Hiperkalemia, dan hiperfosfatemia.

#### 2.1.12. Evidence Based Practice

##### 1. *Foot Massage*

Pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa akan mengalami kelelahan karena harus rutin menjalani terapi hemodialisa, kelelahan dapat diatasi dengan terapi non farmakologi seperti melakukan *foot massage* atau pijat kaki. Terapi pijat kaki ini sangat efektif untuk mengatasi kelelahan karena ketika dilakukan pijat kaki, pasien akan merasa nyaman dan rileks. Tahap kerja dengan cara massage kaki bagian depan meliputi lutut, pergelangan kaki dan ibu jari kaki, kemudian dilanjutkan memijat bagian telapak kaki. Waktu yang digunakan untuk *foot massage* kepada setiap pasien ini adalah 20 menit. Tekanan pada jari-jari tangan, terutama ibu jari pada area kaki berhubungan dengan semua bagian tubuh. Selain itu, endorfin dapat melebarkan pembuluh darah. Kondisi ini akan memperbaiki sirkulasi darah dan getah bening yang dapat meningkatkan suplai oksigen dan energi dalam tubuh serta dapat mempercepat proses pembuangan sisa metabolisme dalam tubuh sehingga gejala kelelahan yang dirasakan pasien akan menurun (Pamungkas & Yuniartika, 2022).

## 2. Psikoedukasi efektif menurunkan kecemasan

Upaya pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) untuk tetap melanjutkan kehidupan yakni dengan menjalani hemodialisa 2 sampai 3 kali dalam seminggu, dengan waktu 4 sampai 5 jam setiap kali hemodialisa. Terapi hemodialisa harus dijalani sepanjang hidup pasien atau sampai mendapat ginjal baru melalui operasi pengangkakan ginjal. Masalah umum yang banyak dialami oleh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa adalah perilaku dalam mengontrol cairan. Tertahannya natrium dan cairan menyebabkan edema disekitar tubuh seperti tangan, kaki dan muka, rongga perut yang disebut asites, dan pleura effusion sehingga berdampak timbulnya keluhan sesak nafas, nyeri dada, tubuh merasa lemah yang berlebihan dan merasa lemas.

Keseimbangan cairan dan elektrolit didalam tubuh dapat dipengaruhi stress dan kecemasan. Stress meningkatkan kadar aldosteron dan glukokortikoid, menyebabkan retensi natrium dan garam. Cairan merupakan salah satu faktor stressor utama yang dialami oleh pasien yang menjalani hemodialisa. Penyesuaian diri terhadap kondisi sakit juga menimbulkan stress, sehingga mengakibatkan perubahan dalam hidup pasien. Dampak psikologis pasien gagal ginjal yang menjalani HD dapat dimanifestasikan dalam serangkaian perubahan perilaku antara lain menjadi pasif, ketergantungan, merasa tidak aman, bingung dan menderita. Stress pada pasien HD dapat menyebabkan pasien berhenti memonitoring asupan cairan, bahkan ada juga yang berhenti melakukan terapi hemodialisa, kejadian ini secara langsung dapat berakibat pada *Interdialytic Weight Gain* (IDWG).

Intervensi keperawatan yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah fisiologis dan psikologis yaitu psikoedukasi. Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya proses pembelajaran. Pembelajaran merupakan upaya penambahan pengetahuan baru, sikap, serta keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu. Edukasi diarahkan untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan status keadaan,

pencegahan penyakit dan membantu individu mengatasi efek serta dampak dari penyakit. Psikoedukasi merupakan sebuah terapi modalitas yang dilakukan secara profesional dengan mengintegrasikan dan mensinergikan psikoterapi dan intervensi edukasi.

## 2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan juga merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien yang terdiri dari:

1. Identitas pasien  
Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah anak, agama, suku, kewarganegaraan, pendidikan, pekerjaan, alamat rumah.
2. Identitas penanggung jawab  
Identitas penanggung jawab berisi nama, umur, alamat rumah, hubungan dengan pasien
3. Keluhan utama  
Keluhan yang paling dirasa mengganggu saat ini oleh pasien dibanding keluhan lain, pada pasien hemodialisa biasanya mengeluh mual, muntah, perdarahan, pusing, sesak, kram otot, lelah, lemas edema ekstremitas dan edema paru.
4. Riwayat kesehatan
  - a. Riwayat kesehatan sekarang  
Riwayat kesehatan sekarang dimulai dari pasien mengalami keluhan sampai mencari pelayanan kesehatan sampai mendapatkan terapi dan harus menjalani hemodialisa (pasien HD pertama).
  - b. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu dapat dari pengalaman pasien mengalami kondisi yang berhubungan dengan gangguan sistem urinaria (Mis. Diabetes melitus, hipertensi, glomerulus kronis, pielonefritis). Riwayat kesehatan dahulu juga mencakup apakah pernah melakukan operasi atau tidak.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah sebelumnya pernah mengalami penyakit gagal ginjal kronis atau yang berhubungan dengan penyakit pasien sekarang (DM, hipertensi, penyakit sistem perkemihan).

5. Pemeriksaan fisik

- a. Tanda-tanda vital berisi tekanan darah respirasi, apakah terjadi dispnea, serta nadi.
- b. Kulit pada pasien gagal ginjal kulit menjadi kering, mengelupas, terasa gatal, kulit menghitam, CRT kembali lebih dari 3 detik.
- c. Kepala dan rambut biasanya yang terjadi rambut mengalami kerontokan sehingga tampak tipis dan kering
- d. Mata pada pasien dengan gagal ginjal biasanya akan tampak endapan mineral kalsium fosfat akibat uremia yang berlarut-larut didaerah pinggir mata. Selain itu, dibawah mata akan tampak edema, edema penglihatan kabur dan kongjungtive akan terlihat pucat pada pasien yang mengalami anemia berat.
- e. Hidung yang diperiksa adalah ada atau tidaknya produksi secret dan adanya pernapasan cuping hidung. Selain itu, diperhatikan juga kesimetrisan pada kedua lubang hidung.
- f. Telinga yang perlu dilakukan pemeriksaan kesimetrisan dan pemeriksaan posisi pada kedua telinga, pemeriksaan kotoran telinga dan kebersihan telinga serta kemampuan mendengar.

- g. Rongga mulut/gigi, lidah dan tonsil dilakukan pemeriksaan pada saat bernapas biasanya akan tercium bau amoniak karena faktor uremik dan ulserasi pada gusi serta bibir
- h. Leher/tenggorokan dinilai apakah ada pembengkakan atau kaku leher, ada pembesaran kelenjar limfe serta posisi trakea ada pengesekan atau tidak, apakah ada pembesaran vena jugularis.
- i. Toraks/pernapasan yaitu periksa pergerakan dinding dada teraba sama atau tidak, terdapat nyeri dan edema atau tidak. Pada seluruh lapang paru normalnya resonan pada CKD pekak apabila paru terisi cairan karena edema, dengar jika ada suara napas tambahan seperti ronchi, wheezing, pleura frictionru dan stridor.
- j. Jantung yang diperiksa yaitu apakah terdapat pembesaran jantung, batas-batas jantung serta apakah terdapat suara tambahan pada jantung.
- k. Payudara diperiksa apakah ada pembengkakan didaerah payudara, apakah teraba ada benjolan, serta kebersihan area payudara.
- l. Abdomen apakah pasien mengeluh nyeri pada disaat dilakukan pemeriksaan disudut costo-vertebrae, periksa pada daerah yang terasa nyeri apakah teraba massa atau tidak, penurunan peristaltik, turgor jelek, ascites.
- m. Genetalia dan anus dilakukan pemeriksaan dengan tujuan untuk melihat hygiene genetalia atau kebersihan organ genetalia, apakah terpasang kateter atau tidak. Selain itu, pemeriksaan fisik genetalia ini juga dilakukan untuk melihat apakah terdapat lesi atau tidak.
- n. Ekstremitas yaitu kelemahan fisik, aktifitas pasien dibantu, terjadi edema, dan turgor kulit > 3 detik karena edema.

6. Pengkajian pola fungsi kesehatan
  - a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan  
Berisi pandangan pasien tentang *keadaannya saat ini, apa yang dirasakan tentang kesehatannya sekarang*.
  - b. Pola nutrisi dan metabolik  
Mengkaji tentang nafsu makan pasien *saat ini, makanan yang biasa dimakan, frekuensi dan porsi makan serta berat badan pasien. Biasanya gejala pasien tampak lemas, terdapat penurunan BB dalam kurun waktu 6 bulan. Tandanya adalah anoreksia, mual, muntah, asupan nutrisi dan air naik atau turun.*
  - c. Pola eliminasi  
Kaji warna urine, frekuensi dan bau urine *pada pasien. Biasanya gejala yang terjadi ketidakseimbangan antara output dan intake. Tandanya adalah penurunan BAK, pasien terjadi konstipasi, terjadi peningkatan suhu dan tekanan darah.*
  - d. Pola aktivitas, latihan dan perawatan diri  
Kaji apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, dibantu atau tidak mampu sama sekali. Biasanya gejala yang pasien katakan lemas dan tidak mampu menolong diri sendiri. Tandanya adalah aktivitas dibantu sebagian atau penuh.
  - e. Pola tidur dan istirahat  
Mengkaji apakah ada hal yang mengganggu saat akan tidur, apakah ada kebiasaan saat tidur, apakah sering terbangun di malam hari dan frekuensi tidur. Biasanya gejala yang terlihat yaitu pasien tampak mengantuk, letih dan pasien tampak sering menguap.

- f. Pola persepsi kognitif  
Mengkaji apakah ada penurunan sensori. Tanda yang biasa terjadi adalah penurunan kesadaran seperti berbicara tidak jelas dan tidak dapat berkomunikasi dengan jelas.
- g. Pola persepsi dan konsep diri  
Mengkaji bagaimana pasien memandang dirinya sendiri, bertanya pada pasien bagian tubuh manakah yang sangat disukai dan yang tidak disukai pasien, apakah pasien merasa tidak percaya diri dengan keadaannya saat ini. Tandanya adalah kaki dan tangan menjadi edema, citra diri jauh dari ideal.
- h. Pola peran dan hubungan dengan sesama  
Kaji bagaimana hubungan pasien dengan orang-orang yang berada disekitarnya, apakah pasien menghindari bersosialisasi. Tandanya adalah lebih menyendiri dan tertutup.
- i. Pola reproduksi dan seksualitas  
Kaji apakah ada penurunan keharmonisan, apakah ada penurunan kepuasan dalam hubungan atau penurunan kualitas hubungan.
- j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres  
Kaji emosional pasien, apakah pasien marah-marah, cemas, gelisah atau lainnya. Kaji juga apa yang dilakukan pasien jika merasa stress. Biasanya gejala yang terjadi yaitu emosi pasien yang tidak stabil. Tandanya adalah tidak dapat mengambil keputusan dengan tepat dan mudah terpancing emosi.
- k. Pola sistem nilai kepercayaan  
Biasanya gejala yang terjadi yaitu pasien merasa gelisah, pasien mengatakan merasa bersalah meninggalkan

perintah agama. Tandanya adalah pasien tidak bisa mengikuti kegiatan agama seperti biasa.

### 2.1.2. **Diagnosis**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis tentang respons individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab.

Diagnosis keperawatan ditegakkan atas dasar data pasien, kemungkinan diagnosis keperawatan dari orang dengan gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

1. Hipervolemia (D.0022)
2. Pola napas tidak efektif (D.0009)
3. Intoleransi aktivitas (D.0056)
4. Defisit nutrisi (D.0019)
5. Defisit pengetahuan (D.0111)
6. Gangguan integritas kulit (D.0129)
7. Risiko penurunan curah jantung (D.0009)
8. Nyeri akut (D.0077)
9. Gangguan pertukaran gas (D.0003)
10. Nausea (D.0076)

### 2.2.3. **Perencanaan**

Perencanaan adalah pengembangan strategi untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Unsur terpenting dalam tahap perencanaan ini adalah membuat prioritas urutan diagnosis keperawatan, merumuskan tujuan, merumuskan intervensi dan merumuskan kriteria evaluasi.

1. Hipervolemia (D.0022), Manajmene hipervolemia (L.03114)
  - a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan)
  - b. Monitor intake dan output cairan
  - c. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan
  - d. Monitor jumlah dan warna urine

- e. Batasi asupan cairan dan garam
  - f. Tinggikan kepala tempat tidur
  - g. Kolaborasi pemberian diuretic
2. Pola napas tidak efektif (D.0009), Manajemen jalan napas (L.01011)
- a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
  - b. Monitor bunyi napas tambahan
  - c. Posisikan semi-fowler atau fowler
  - d. Berikan minum hangat
  - e. Berikan oksigen, jika perlu
  - f. Ajarkan teknik batuk efektif
3. Intoleransi aktivitas (D.0056), Manajemen energi (L.05178)
- a. Monitor kelelahan fisik
  - b. Monitor pola dan jam tidur
  - c. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif
  - d. Libatkan keluarga dalam melakukan aktivitas, jika perlu
  - e. Anjurkan aktivitas secara bertahap
  - f. Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif
  - g. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
4. Defisit nutrisi (D.0019), Manajemen nutrisi (L.03119)
- a. Identifikasi status nutrisi
  - b. Identifikasi makanan yang disukai
  - c. Monitor asupan makanan
  - d. Monitor berat badan
  - e. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
  - f. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
  - g. Anjurkan posisi duduk
  - h. Ajarkan diet yang diprogramkan
  - i. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori
5. Defisit pengetahuan (D.0111), Edukasi kesehatan (L.12383)
- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
  - b. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

- c. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
  - d. Berikan kesempatan untuk bertanya
  - e. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
  - f. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
6. Gangguan integritas kulit (D.0129), Perawatan integritas kulit (L.11353)
- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi)
  - b. Ubah posisi tiap 2 jam, jika tirah baring
  - c. Lakukan pemijatan pada area tulang, jika perlu
  - d. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering
  - e. Bersihkan perineal dengan air hangat
  - f. Anjurkan menggunakan pelembab (Mis. Lotion atau serum)
  - g. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
7. Risiko penurunan curah jantung (D.0008), Perawatan jantung (L.02075)
- a. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (Mis. Dispnea, kelelahan)
  - b. Monitor tekanan darah
  - c. Monitor saturasi oksigen
  - d. Posisikan semi-fowler atau fowler
  - e. Berikan terapi oksigen
  - f. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
  - g. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
  - h. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
8. Nyeri akut (D.0077), Manajemen nyeri (L.08238)
- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
  - b. Identifikasi skala nyeri
  - c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
  - d. Fasilitasi istirahat dan tidur
  - e. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

- f. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
  - g. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
  - h. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
9. Gangguan peredaran gas (D.0003), Pemantauan respirasi (I.01014)
- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas
  - b. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, *kussmaul*, *cheyne-stokes*, *biot*, ataksik)
  - c. Monitor kemampuan batuk efektif
  - d. Monitor adanya produksi sputum
  - e. Monitor adanya sumbatan jalan napas
  - f. Auskultasi bunyi napas
  - g. Monitor saturasi oksigen
  - h. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
  - i. Dokumentasikan hasil pemantauan
  - j. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
  - k. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
10. Nausea (D.0076), Manajemen mual (I.03117)
- a. Identifikasi pengalaman mual
  - b. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)
  - c. Identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur)
  - d. Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)
  - e. Monitor asupan nutrisi dan kalori
  - f. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan)
  - g. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
  - h. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak
  - i. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu

### 2.1.3. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam pelaksanaan ini juga meliputi

pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Intervensi yang spesifik juga dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien.

#### 2.1.4. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan. Secara umum evaluasi ditujukan untuk melihat dan menilai pasien dalam mencapai tujuan dan untuk mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai. Evaluasi yang efektif, perlu didasarkan pada kriteria yang dapat diukur dan mencerminkan hasil akhir perawatan yang diharapkan.

1. Evaluasi formatif merupakan catatan perkembangan pasien yang dilakukan setiap hari
2. Evaluasi sumatif merupakan catatan perkembangan pasien yang dilakukan sesuai dengan target waktu tujuan atau rencana keperawatan.

## BAB III METODOLOGI PENELITIAN

### 3.1. Jenis/Desain Penulisan

Studi kasus deskriptif (studi kasus) adalah jenis penelitian yang bertujuan untuk memberikan penjelasan secara mendalam tentang perawatan pada salah satu pasien dengan studi kasus asuhan keperawatan medikal bedah gangguan sistem perkemihan *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada Ny. M.T di ruangan St. Fransiskus Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon. Untuk memperoleh pemahaman terhadap fenomena yang terjadi pada pasien yang menderita *Chronic Kidney Disease* (CKD) serta manfaat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan disarana pelayanan kesehatan Rumah Sakit.

### 3.2. Subjek Studi Kasus

Studi kasus karya ilmiah ini adalah tentang pasien Ny. M.T dengan gangguan sistem perkemihan penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) diruangan St. Fransiskus Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon.

### 3.3. Definisi Operasional

#### 1. Diagnosis Keperawatan

- a. Hipervolemia adalah istilah medis yang menggambarkan kondisi ketika tubuh menyimpan cairan yang berlebihan dengan dibuktikan oleh bengkak pada kedua kaki kiri dan kanan, balance cairan melebihi batas normal yang dibuktikan oleh keadaan pasien lemah.
- b. Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari ditandai dengan keadaan tubuh terasa lemas tidak bertenaga atau sesak saat banyak melakukan aktivitas.
- c. Pola napas tidak efektif adalah suatu keadaan dimana inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat serta pertukaran udara yang tidak adekuat.

- d. Defisit nutrisi adalah ketidakcukupan asupan zat gizi dalam memenuhi kebutuhan energi harian karena asupan makanan yang tidak memadai atau karena gangguan pencernaan dan penyerapan makanan.
- e. Defisit pengetahuan adalah kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan tidak menunjukkan respons, perubahan atau pola disfungsi manusia.
- f. Gangguan integritas kulit adalah kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau bisa disebut juga sebagai jaringan (contohnya seperti: membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul atau sendi dan ligamen).

### 3.4. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Tempat pengambilan studi kasus Karya Tulis Ilmiah ini yaitu di ruang rawat inap St. Fransiskus Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon. Waktu pelaksanaan pengambilan studi kasus dimulai dari tanggal 13 Maret 2024 sampai tanggal 16 Maret 2024 dan dilaksanakan perawatan selama 3 hari secara menyeluruh.

### 3.5. Proses Pengumpulan Data

#### 3.5.1. Kepustakaan buku

1. Literatur buku

Penulis menggunakan buku keperawatan medikal bedah, buku asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan penyakit ginjal kronis

2. Literatur jurnal online

Jurnal keperawatan tentang penyakit ginjal, gangguan sistem tubuh, mengenai tentang penyakit komplikasi gagal ginjal yang diterbitkan kurang lebih 5 tahun terakhir

3. Literatur internet

Penulis menggunakan internet untuk mengambil gambar tentang anatomi ginjal dan gambar tentang bagian-bagian ginjal

### 3.5.2. Kasus Asuhan Keperawatan

#### 1. Wawancara

Penulis mengadakan wawancara langsung kepada pasien dan keluarga sesuai dengan format pengkajian keperawatan untuk mengenali masalah-masalah keperawatan yang ada pada pasien

#### 2. Observasi

Penulis melakukan observasi langsung kepada pasien selama 3 hari perawatan

#### 3. Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik kepada pasien yang mencakup inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA)

#### 4. Implementasi tindakan keperawatan

Penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan

#### 5. Pendokumentasian

Penulis melakukan pendokumentasian kepada pasien tentang asuhan keperawatan yang telah dilakukan setiap hari selama perawatan kurang lebih 3 hari dan evaluasi selama 1 minggu

#### 6. Diskusi

Penulis berdiskusi dengan pasien, keluarga serta tenaga medis yang mengetahui masalah kesehatan pasien dalam rangka merawat dan memenuhi kebutuhan pasien

### 3.6. Penyajian Data

#### 3.7.1. Narasi

##### 1. Pengkajian *Head To Toe*

Penulis melakukan pengkajian *head to toe* yaitu pemeriksaan dari ujung kepala sampai ujung kaki dengan teknik IPPA

## 2. Pola Kesehatan

Penulis melakukan kajian terhadap pola-pola kesehatan pasien mencakup pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas, latihan dan perawatan diri, pola tidur dan istirahat, pola persepsi kognitif, pola persepsi dan konsep diri, pola peran dan hubungan dengan sesama, pola reproduksi dan seksualitas, pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stress, pola sistem nilai kepercayaan.

## 3. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Penulis mencantumkan hasil pemeriksaan laboratorium yang mencakup pemeriksaan hematologi dan kimia klinik

## 4. Penatalaksanaan Terapi Pengobatan

Penulis mencantumkan obat-obatan yang diberikan kepada pasien, meliputi nama obat, dosis yang diberikan ke pasien, indikasi, kontra indikasi dan efek samping

### 3.7.2. Tabel

Penulis menyajikan data tentang hasil pemeriksaan laboratorium hematologi dan kimia klinik, klasifikasi data, analisa data, proses perencanaan asuhan keperawatan (diagnosis keperawatan, tujuan, intervensi, implementasi, evaluasi serta catatan perkembangan)

## 3.7. Etika Penelitian

### 3.7.1. Prinsip *Respect to person* (Hormat)

1. *Informed Consent* (IC) bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian menggunakan lembar persetujuan. Tujuannya adalah supaya responden mengerti maksud dan tujuan peneliti. Jika responden bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden.
2. *Confidentially* adalah menjaga semua kerahasiaan semua informasi yang didapat dari pasien. Beberapa kelompok data yang diperlukan akan dilaporkan dalam hasil penelitian. Selain

itu, semua data dan informasi yang telah terkumpul dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian. Dalam hal ini penulis hanya akan melaporkan data pasien untuk kepentingan akademik di STIKes Gunung Maria Tomohon saja dan tidak membuka data pasien pada pihak yang lain.

3. *Autonomy* adalah prinsip yang menghormati hak-hak pasien, terutama hak otonom pasien (*the rights to self determination*) dan merupakan kekuatan yang dimiliki pasien untuk memutuskan suatu prosedur medis. Dalam hal ini penulis selalu menghormati pasien dalam memilih dan menetapkan tindakan perawatan yang hendak dijalankan.

### 3.7.2. Prinsip *Beneficence* (Bermanfaat)

Prinsip moral yang mengutamakan tindakan yang ditujukan kebaikan pasien atau penyediaan keuntungan dan menyeimbangkan keuntungan tersebut dengan risiko dan biaya. Dalam hal ini penulis memberikan asuhan keperawatan secara optimal untuk menunjang proses perawatan yang hendak dijalankan.

### 3.7.3. Prinsip *Justice* (Keadilan)

Prinsip dimana memperlakukan sama rata dan adil terhadap untuk kebahagiaan dan kenyamanan pasien tersebut. Perbedaan tingkat ekonomi, agama, kebangsaan, perbedaan kedudukan sosial, pandangan politik itu semua tidak dapat mengubah sikap pelayanan kesehatan kepada pasien. Dalam hal ini penulis memberikan asuhan keperawatan secara optimal pada pasien tanpa membeda-bedakan suku, agama, ras maupun ekonomi.

**BAB IV**  
**TINJAUAN KASUS**

Kamar	: 104 bed 1	Autoanamnese	: ✓
Tanggal Masuk RS/ Jam	: 13 Maret	Alloanamnese	: ✓
	2024/03:20 WITA	No RM/REG	: 174140/030444
Tanggal dikaji/ Jam	: 13-03-2024/12:30		

**4.1. Pengkajian**

**4.1.1. Identitas klien**

a. Pasien

Nama (initial)	: Ny. M.T
Umur	: 74 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Kawin
Jumlah Anak	: 3 Anak
Agama/Suku	: Katolik/Minahasa
Warga Negara	: Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Pensiunan
Alamat	: Rambunan Jg. III Minahasa

b. Penanggung Jawab

Nama	: Tn. J.K
Umur	: 76 Tahun
Alamat	: Rambunan Jaga III Minahasa
Hubungan dengan Pasien	: Suami

c. Data Medik

Diagnosis Medik	: Chronic Kidney Disease (CKD)
Saat Masuk	: Dyspepsia, CKD, Anemia
Saat Pengkajian	: Chronic Kidney Disease (CKD)

#### 4.1.2. Keadaan Umum

##### a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit : Pasien tampak sakit berat  
 Alasannya : Pasien Tampak IVFD NaCl  
 0,9% di tangan kiri dan semua aktivitas pasien dibantu perawat dan keluarga

##### b. Kesadaran

Kesadaran : Compos Mentis  
 Kuantitatif : 15  
 Skala koma Glasgow  
 Respon Motorik : 6 (Pasien mengikuti perintah yang diberikan)  
 Respon Bicara : 5 (Orientasi baik)  
 Respon membuka mata : 4 (Pasien membuka mata secara spontan)  
 Jumlah : 15  
 Kesimpulan : Pasien sadar penuh

##### c. Pemeriksaan TTV

1. Tekanan Darah : 105/69 mmHg  
 Lokasi : Dilengan sebelah kiri  
 Posisi : Fowler  
 MAP

$$= \frac{\text{sistol} + 2 \text{diastol}}{3} = \frac{105 + 2 \cdot 69}{3} = \frac{105 + 138}{3} = \frac{243}{3} = 81 \text{ mmHg}$$

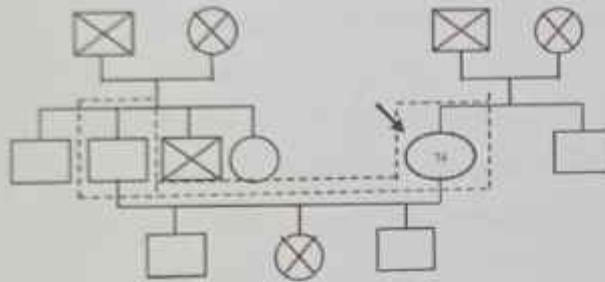
Kesimpulan : Perfusi darah ke ginjal memadai (normal 70-100 mmHg)

2. Suhu : 36,3°C  
 Lokasi : Axila sebelah kanan

3. Pernapasan : 25 kali per menit (normal 12-20 kali per menit)  
 Irama : Reguler  
 Jenis : Dada

4. Nadi : 84 kali per menit (normal 70-80 kali per menit)  
 Irama : Teratur  
 Kekuatan : Kuat
5. Pengukuran  
 Tinggi badan : 157 cm  
 Berat Badan : 54 Kg  
 Indeks Massa Tubuh (IMT) :  $\frac{BB}{TB^2} = \frac{54}{1,57^2} = \frac{54}{2,46} = 21,95 \text{ Kg}$
- Kesimpulan : Berat badan pasien normal (normal 18,5- 25,0)

#### 4.1.3. Genogram



Keterangan:

- Laki-laki  
 ○ Perempuan  
 ⊗ Meninggal  
 ⊙ Pasien  
 ---- Tinggal serumah

Kesimpulan: pasien adalah anak pertama dari dua bersaudara. Pasien sudah menikah dan mempunyai tiga orang anak anak pertama dan terakhir laki-laki dan sudah menikah anak kedua perempuan sudah meninggal. Pasien hanya tinggal dengan suaminya dirumah. Pasien memiliki penyakit hipertensi.

#### 4.1.4. Pemeriksaan Fisik Head Toe To

- a. Kulit  
Kulit pasien tampak berwarna sawo matang, kulit pasien tampak kering, saat dilakukan pemeriksaan turgor kulit kembali dalam >2 detik.
- b. Kepala dan Rambut  
Bentuk kepala oval, rambut tampak beruban, rambut tampak berminyak. Tidak ada lesi dikepala. Tidak ada nyeri tekan.
- c. Mata  
Kantung mata pasien tampak bengkak, pasien mengatakan penglihatan sedikit kabur, konjungtiva pasien tampak pucat, saat diraba bagian mata pasien teraba edema, pasien mengatakan tidak memakai alat bantu mata penglihatan
- d. Hidung  
Hidung pasien tampak simetris, ada produksi secret tampak hidung pasien kering dan kusam. Palpasi ada nyeri saat di tekan pada sinus, saat di raba hidung pasien teraba kasar
- e. Telinga  
Telinga pasien tampak bersih, kedua telinga tampak simetris, pendengaran pasien kurang, pasien memakai alat bantu telinga karena sudah tidak bisa mendengar dengan baik, telinga pasien saat di rabah terasa kasar
- f. Rongga Mulut/Gigi, Lidah dan Tonsil  
Berbentuk simetris, tidak ada sariawan mulut sedikit berbauterdapat larang gigi, gigi pasien sudah tidak lengkap, lidah pasien tampak kotor
- g. Leher/Tenggorokan  
Tidak ada massa tidak ada pembesaran kelenja tiroid, saat dirabah tidak ada kaki kuduk

- h. **Toraks/Pernapasan**  
Bentuk dada simetris, pasien merasa sesak napas, pernapasan 25 kali per menit menggunakan alat bantu pernapasan O<sup>2</sup> nasal canul 3L per menit
- i. **Jantung**  
Saat dilakukan pengkajian ictus cordis pasien tidak terlihat tapi teraba, jumlah HR: 82x/menit, batas-batas jantung, bunyi jantung I: Katub trikuspidalis, pada ICS IV linea sternalis sinistra, katub mitralis pada ICS V midklavikularis sinistra. Bunyi jantung II: Katub Aorta, pada ICS II pada sternalis dextra katub pulmonalis, pada ICS II-III pada sternalis sinistra. Saat dilakukan pengkajian tidak ada bunyi tambahan. Keterangan saat EKG sinus bradycardia.
- j. **Payudara**  
Payudara pasien tampak bersih, tidak ada pembengkakan pada area payudara, saat diraba tidak ada benjolan
- k. **Abdomen**  
Bentuk abdomen pasien tampak simetris dan terdapat nyeri tekan pada abdomen kanan, pasien tidak ada gangguan pada umbilikus, bunyi peristaltik usus normal 25 kali per menit, appendiks pasien normal tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, lien pasien normal, perkusi abdomen terdengar suara pekak.
- l. **Genetalia Dan Anus**  
Saat dilakukan pengkajian tidak ada infeksi kulit sekitar kelamin, tidak ada luka, pasien terpasang catheter, anus pasien tampak tidak ada masalah dan tidak ada hemoroid.
- m. **Ekstremitas**  
Saat dilakukan pengkajian tampak adanya edema pada kedua kaki pasien, terdapat nyeri tekan, tangan kiri pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, pasien mampu menggerakkan kedua tangannya.

## n. Uji Keseimbangan

5	5
5	5

Keterangan:

- 1 Tidak ada pergerakan dan kontraksi otot, jatuh pasif
- 2 Ada sedikit kontraksi, sedikit gerakan dan tahanan sewaktu jatuh
- 3 Hanya mampu menahan gravitasi, tetapi akan jatuh dengan sentuhan
- 4 Mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong, tetapi mampu melawan tekanan/dorongan
- 5 Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain
- 6 Kekuatan utuh

**4.1.5. Pengkajian Pola Kesehatan**

- a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan
  1. Keadaan sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit pasien menjaga kesehatan dengan baik dan mampu melakukan aktivitas sendiri.
  2. Riwayat penyakit saat ini: sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan kedua kaki pasien bengkak sejak tanggal 6 Maret 2024 atau 1 minggu sebelum masuk rumah sakit dan 3 hari sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan sudah tidak ada nafsu makan dan badan mulai terasa lemah. Karena pasien merasa gelisah maka pasien diberikan kapsul garam.
- b. Pola Nutrisi dan Metabolik
  1. Keadaan sebelum sakit: pasien mengatakan makan 3x sehari, jenis makanan: nasi, ikan dan sayur, tidak ada gangguan saat makan, pasien juga mengatakan minum air putih kurang lebih 7 sampai 8 gelas sehari dan tidak ada gangguan saat minum.

2. Keadaan sejak sakit: pasien mengatakan tidak nafsu makan, merasa mual saat makan dan keluarga pasien mengatakan makanan pasien tidak dihabiskan.

Pengkajian Khusus Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Balance Cairan

1. Intake cairan (cairan masuk)

Cairan oral : Makanan: 150 cc  
Minuman: 550 cc

Cairan parenteral : IVFD: 750 cc

Obat-obatan : 10 cc

Total intake : 1460 cc

2. Output cairan (cairan keluar)

Urine : 150 cc

Total output : 150 cc

3. IWL (*insensible water loss*):  $(15 \times \text{BB (kg)}) / 24 \text{ jam}$

$$15 \times 54 \text{ kg} / 24 = 810$$

Balance cairan: Intake - Output - IWL

$$= 1460 - 150 - 810 = 500$$

Kesimpulan: pasien mengalami kelebihan cairan

c. Pola Elininasi

1. Keadaan Sebelum Sakit

BAB: Pasien mengatakan BAB 1 hari sekali, tidak nyeri, feses berwarna kuning tidak berdarah

BAK: Pasien mengatakan BAK  $\pm$  4-5 kali sehari, tidak ada nyeri saat berkemih

2. Keadaan Sejak Sakit

BAB: keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1 kali berwarna kekuning-kuningan, feses sedikit cair

BAK: keluarga pasien mengatakan pasien BAK  $\pm$  1 kali sehari saat masuk rumah sakit, berwarna kuning sedikit kemerahan, bau khas

- d. Pola Aktivitas, Latihan, dan Perawatan Diri
1. Keadaan Sebelum Sakit: tidak ada masalah saat pasien beraktivitas, pasien mandi 1 kali sehari dan bisa merawat dirinya
  2. Keadaan Sejak Sakit: pasien mengatakan sejak sakit tidak lagi beraktivitas dengan baik karena edema pada kedua kaki, semua aktivitas pasien dibantu keluarga, pasien mengatakan merasa lelah saat banyak melakukan aktivitas.
- e. Pola Tidur dan Istirahat
1. Keadaan Sejak Sakit: pasien mengatakan tidur pukul 20:30, waktu tidur pasien  $\pm$  8-9 jam, bangun pagi 05:30, keluarga pasien mengatakan pasien bangun sendiri, pasien mengatakan pada siang hari tidur sekitar 2 jam.
  2. Keadaan Sejak Sakit: pasien tampak mengantuk, keluarga pasien mengatakan pasien tidur tidak teratur, pasien mengatakan jam tidur tidak menentu dan pasien sering terbangun di malam hari.
- f. Pola Persepsi Kognitif
1. Keadaan Sebelum Sakit: pasien mengatakan masih mengingat semua anggota keluarganya dan masih mengingat peristiwa-peristiwa yang terjadi di masa lalu.
  2. Keadaan Sejak Sakit: pasien mengetahui hari dan tanggal pada saat di kaji, pasien tampak mengetahui berada di rumah sakit, pasien tampak mengetahui benda-benda yang ada di sekitar.
- g. Pola Persepsi dan Konsep Diri
1. Keadaan Sebelum Sakit: Fungsi penglihatan pasien baik, Fungsi penciuman pasien baik, pasien dapat membedakan bau, tidak ada gangguan dalam penciuman pasien. Fungsi komunikasi baik, pasien tampak berbicara baik.

2. Keadaan Sejak Sakit: Fungsi penglihatan pasien kurang baik, alat bantu penglihatan pasien tidak ada, pasien mengatakan tidak dapat membaca dengan baik. Fungsi pendengaran pasien kurang baik, pasien tampak memakai alat bantu pendengaran, pasien sudah lama memakai alat bantu pendengaran. Fungsi penciuman pasien baik, pasien dapat membedakan bau, tidak ada gangguan dalam penciuman pasien. Fungsi komunikasi baik, pasien tampak berbicara baik.
- h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama
1. Keadaan Sebelum Sakit: pasien mengatakan memiliki hubungan baik dengan keluarga maupun orang lain, peran dalam keluarga dan masyarakat baik, pasien mengikuti kegiatan di lingkungan dan terlibat dalam kegiatan sosial.
  2. Keadaan Sejak Sakit: pasien mengatakan tetap memiliki hubungan baik dengan keluarga maupun masyarakat, pada saat pasien dirawat di rumah sakit beberapa masyarakat datang menjenguk
- i. Pola Reproduksi dan Seksualitas
1. Keadaan Sebelum Sakit: Pasien mengatakan hubungan keluarga pasien dirumah terjalin dengan baik dan hidup harmonis.
  2. Keadaan Sejak Sakit: pasien mengatakan hubungan masih terjalin dengan baik walaupun sering tidak bertemu karena pasien dirawat di rumah sakit dan anak harus pergi bekerja.
- j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres
1. Keadaan Sebelum Sakit: kehilangan orang tua pasien tetap berusaha tegar dan menerima takdir. Saat terjadi stres pasien mengatasinya dengan berkumpul dan bercakap-cakap dengan keluarga. Dan juga seringkali hanya berdiam dikamar sendiri.

2. Keadaan Sejak Sakit: pasien mengatakan khawatir dengan penyakitnya saat ini, tetapi karena adanya dukungan dari suami dan anaknya pasien berusaha untuk kuat.
- k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan
1. Keadaan Sebelum Sakit: pasien mengatakan beragama katolik, setiap hari minggu pergi beribadah ke gereja
  2. Keadaan Sejak Sakit: pasien mengatakan sejak sakit sudah jarang pergi ke gereja

#### 4.1.6. Pemeriksaan penunjang

##### a. Laboratorium

Nama: Ny. M. T	Tanggal pemeriksaan: 13-03-2024
Jenis kelamin: Perempuan	
T. lahir/umur: 10-12-1949/ 74 Th	

#### HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>HEMATOLOGI</b>			
Darah Lengkap			
Hemaglobin	*10.6	12-18	g/dL
Hematokrit	*29.8	35-47	%
Eritrosit	*3.30	3.50-5.00	Juta/uL
Leukosit	7.90	5-10	uL
Trombosit	224	150-400	uL
Hitung jenis/DIFF			
Basofil	0.7	0-1	%
Eosinofil	4.1	1-5	%
Neutrofil segment	57.0	40-70	%
Limfosit	31.3	30-45	%
Monosit	6.9	2-8	%
Indeks Eritrosit			
MCV	90.5	80-100	fL
MCH	32.2	24-34	pg

MCHC	35.6	33-37	%
RDW-CV	12.7	11.3-14.7	%
RDW-SD	42.6	39-47	fL
<b>KIMIA KLINIK</b>			
Fungsi Ginjal			
Ureum	*91	17-49	mg/dL
Kreatinin	*3.20	<1.5	mg/dL
Elektrolit			
Elektrolit			
Natrium (Na)	*127.0	135-147	mEq/L
Kalium (K)	*2.6	3.5-5.5	mEq/L
Chlorida (CL)	*92.0	98.0-106.0	mEq/L
Glukosa Darah			
Glukosa Darah Sewaktu	115	70-140	mg/dL

Nama: Ny. M.T

Tanggal pemeriksaan: 13-03-2024

Umur: 74 Thn

**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>URINE</b>			
<b>Urinalisa</b>			
<b>Makroskopis</b>			
Warna	Kuning	Kuning	
Kejernihan	*Agak Keruh	Jernih	
<b>Kimia</b>			
Berat jenis	1.020	1.015-1.025	
pH	5.5	4.5-8.0	
Glukosa	Negatif	Negatif	
Protein	Negatif	Negatif	
Keton	Negatif	Negatif	
Nitrit	Negatif	Negatif	
Bilirubin	Negatif	Negatif	

Urobilinogen	0.1	Negatif	
Darah	Negatif	Negatif	
Leukosit esterase	*+++	Negatif	
<b>Mikroskopis</b>			
Leukosit	*15-16	0-5	/LPB
Eritrosit	0-1	0-3	/LPB
Sel Epitel	*10-12	<5	/LBP
Silinder	Negatif	Negatif	/LBP
Kristal	Negatif	Negatif	/LBP
Bakteri	Negatif	Negatif	/LBP
Mucus	Negatif	Negatif	/LBP

b. EKG

Sinus Bradikardia



c. Hasil Pemeriksaan Radiologi

Lumbosacral AP/Lat:

Destruksi CV Th 11

Mineralisasi tulang berkurang

Osteofit pada CV lumbal

Jaringan lunak paravertebral normal

[Conclusion]

Destruksi CV Th 11

Spondylosis lumbalis

Osteoporosis senilis

- d. GDS  
115 mg/dL
- e. GDP  
107 mg/dL

#### 4.1.7. Terapi

##### a. Obat

1. Nama obat: Furosemide
  - a. Klasifikasi/golongan obat: Diuretik
  - b. Dosis umum: Edema: Dewasa: Dosis awal: 40 mg per hari, dosis dapat diturunkan menjadi 20 mg per hari. Dalam beberapa kasus mungkin diperlukan 80 mg atau lebih per hari dalam dosis terbagi. Lansia: Dosis awal: 20 mg per hari dan dapat ditingkatkan jika diperlukan. Hipertensi: Dewasa: 40-80 mg per hari sebagai terapi tunggal atau dikombinasikan dengan antihipertensi lain.
  - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 3×1 sehari
  - d. Cara pemberian: IV
  - e. Kontra indikasi: hipersensitif terhadap furosemide dan sulfonamide, anuria atau gagal ginjal, memiliki penyakit addison, mengalami hipovolemi atau dehidrasi
  - f. Efek samping: pusing, sakit kepala, mual, muntah, diare, sembelit dan penglihatan buram
2. Nama obat: Ranitidine
  - a. Klasifikasi/golongan obat: Obat keras
  - b. Dosis umum: 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama. Lalu, diberikan secara oral dengan dosis 150 mg sebanyak 2× per hari
  - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2×1 ampul sehari

- d. Cara pemberian: IV
  - e. Kontra indikasi: ranitidine sebaiknya tidak diberikan kepada orang yang pernah mengalami keluhan porfiria akut
  - f. Efek samping: sakit kepala, pusing, insomnia, halusinasi, sembelit, mual, muntah serta ruam
3. Nama obat: KSR
- a. Klasifikasi/golongan obat: Obat keras
  - b. Dosis umum: 2-3 kali sehari 1-2 tablet
  - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 3×1 sehari
  - d. Cara pemberian: oral
  - e. Kontra indikasi: hipersensitivitas terhadap obat ini
  - f. Efek samping: mual, muntah, perut kembung, sakit perut, diare
4. Nama obat: Asam Folat
- a. Klasifikasi/golongan obat: Obat bebas
  - b. Dosis umum: 5 mg per hari
  - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2×1
  - d. Cara pemberian: oral
  - e. Kontra indikasi: hipersensitivitas terhadap obat ini dan anemia pernisiiosa yang tidak diobati
  - f. Efek samping: demam, kelemahan, kulit memerah, sesak nafas, ruam kulit atau gatal-gatal dan anoreksia
5. Cairan : Ns 0,9% + Ns 3% 250 ml
6. Oksigen : Nasal Canul 3L

#### 4.1.8. Klasifikasi data

##### a. Data subjektif

1. Pasien mengatakan merasa berat di kedua kaki
2. Pasien mengatakan bengkak di kaki
3. Pasien mengatakan nafsu makan menurun
4. Pasien mengatakan nyeri abdomen
5. Pasien mengatakan merasa lemah badan
6. Pasien mengatakan tidak tahu penyakit apa yang sedang dialami
7. Pasien mengatakan takut jika penyakit yang dialami tidak sembuh
8. Pasien mengatakan sesak nafas hilang timbul
9. Pasien mengatakan merasa mual
10. Pasien mengatakan pusing
11. Pasien mengatakan sering buang air kecil
12. Pasien mengatakan merasa khawatir akibat dari kondisi yang dihadapi
13. Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 61kg ke 54kg
14. Pasien mengatakan sulit untuk tidur
15. Pasien mengatakan terasa sakit di bagian pinggang

##### b. Data objektif

1. Pasien tampak lemah
2. Pasien tampak pucat
3. Pasien tampak bengkak di kedua kaki
4. Kulit pasien tampak menghitam
5. Pasien tampak gelisah
6. Pasien tampak mengantuk
7. Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga
8. Pasien tampak terpasang IVFD Ns. 0,9%
9. Pasien tampak terpasang O<sup>2</sup> nassal canul 3L
10. Pasien tampak terpasang kateter 18

11. Ureum 91mg/dL
12. Kreatinin 3,20mg/dL
13. TTV : TD : 105/69mmHg  
N : 84x/menit  
R : 25x/menit  
SB : 36,3°C  
SPO<sup>2</sup> :96%

## 4.1.9. Analisis data

Nama/Umur : Ny. M.T/74 tahun

Ruang/Kamar : Fransiskus 104 bed 1

No	Data (Sign/Simptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1.	DS: 1. Pasien mengatakan merasa berat dikedua kaki 2. Pasien mengatakan bengkak di kaki DO: 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak bengkak dikedua kaki 3. Pasien tampak terpasang IVFD Nacl 0,9% 4. Ureum 91 mg/dL 5. Kreatinin 3.20 mg/dL 6. TTV: TD: 105/69 mmHg N : 82x/menit R : 25x/menit SB: 36,3°C	Kelebihan Asupan Cairan	Hipervolemia (D.0022)

	Spo <sup>2</sup> : 96%		
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan merasa lemah badan</li> <li>2. Pasien mengatakan sesak napas hilang timbul</li> <li>3. Pasien mengatakan bengkak dikedua kaki</li> <li>4. Pasien mengatakan sulit untuk tidur</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> <li>2. Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga</li> <li>3. Pasien tampak terpasang IVFD Nacl 0,9%</li> <li>4. TTV: TD: 105/69 mmHg N : 82x/menit</li> </ol>	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas (D.0056)

	<p>R : 25×/menit SB: 36,3°C Spo<sup>2</sup>: 96%</p>		
3.	<p>DS: 1. Pasien mengatakan sesak napas hilang timbul</p> <p>DO: 1. Pasien tampak terpasang O<sup>2</sup> Nasal Canul 3L 2. Pasien tampak terpasang IVFD Nacl 0,9% 3. TTV: TD: 105/69 mmHg N : 82×/menit R : 25×/menit SB: 36,3°C Spo<sup>2</sup>: 96%</p>	<p>Hambatan Upaya Napas</p>	<p>Pola Napas Tidak Efektif (D.0005)</p>
4.	<p>DS: 1. Pasien mengatakan nafsu makan menurun 2. Pasien mengatakan nyeri abdomen</p> <p>DO:</p>	<p>Faktor Psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>Defisit Nutrisi (D.0019)</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak pucat</li> <li>2. Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9%</li> <li>3. TTV: TD: 105/69 mmHg N : 82×/menit R : 25×/menit SB: 36,3°C Spo<sup>2</sup>: 96%</li> </ol>		
5.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tidak tahu penyakit apa yang sedang dialami</li> <li>2. Pasien mengatakan merasa khawatir akibat dari kondisi yang dihadapi</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak bingung</li> <li>2. Pasien tampak lemah</li> <li>3. Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9%</li> </ol>	<p>Kurang Terpapar Informasi</p>	<p>Defisit Pengetahuan (D.0111)</p>

	ditangan sebelah kiri		
6.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan bengkak di kaki</li> <li></li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak pucat</li> <li>Pasien tampak bengkak di kedua kaki</li> <li>Kulit pasien tampak menghitam</li> <li>Pasien tampak terpasang IVFD Ns. 0,9%</li> <li>TTV : TD : 105/69mmHg N : 84x/menit R : 25x/menit SB : 36,3°C SPO<sup>2</sup> : 96%</li> </ol>	Kelebihan Volume Cairan	Gangguan Integritas Kulit (D.0129)

#### 4.2. **Diagnosis Keperawatan**

1. Hipervolemia b/d kelebihan asupan cairan (D.0022)
2. Intoleransi aktivitas b/d Kelemahan (D.0056)
3. Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (D.0005)
4. Defisit nutrisi b/d faktor psikologis (keengganan untuk makan) (D.0019)
5. Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi (D.0111)
6. Gangguan integritas kulit b/d kelebihan volume cairan (D.0129)

### 4.3. Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari Perawatan 1 : 13 Maret 2024

Diagnosis keperawatan	Luaran	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi
<p>Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan (D.0022) dibuktikan dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan berat dikedua kaki</li> <li>Pasien mengatakan bengkak di kaki</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemah</li> <li>Pasien tampak bengkak dikedua kaki</li> <li>Pasien tampak terpasang IVFD Nacl 0,9%</li> <li>Ureum 91 mg/dL</li> <li>Kreatinin 3,20 mg/dL</li> <li>TTV: TD: 105/69 mmHg</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Asupan cairan meningkat 5</li> <li>Keluaran urine meningkat 5</li> <li>Kelembapan membrane mukosa meningkat 5</li> <li>Asupan makanan meningkat</li> <li>Edema menurun 5</li> <li>Mata cekung membaik</li> <li>Turgor kulit membaik 5</li> <li>Berat badan membaik 5</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, edema, meningkat, hepatojugular suara napas tambahan)</li> <li>Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>Monitor status hemodinamik</li> <li>Monitor intake dan output cairan</li> <li>Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</li> <li>Monitor tanda tekanan onkotik plasma (mis.</li> </ol>	<p>13:00</p> <p>13:05</p> <p>13:10</p> <p>13:15</p> <p>13:20</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia Hasil: setelah diperiksa ada pembengkakan di kedua kaki pasien</li> <li>Mengidentifikasi penyebab hipervolemia Hasil: pasien memiliki penyakit hipertensi</li> <li>Memonitor status hemodinamik Hasil: MAP: 81 mmHg</li> <li>Memonitor intake dan output cairan Hasil: pasien IVFD 750CC, makan 150 cc, pasien minum 550 cc, obat-obatan 10 cc per hari</li> <li>Memonitor hemokonsentrasi tanda</li> </ol>	<p>Kamis, 14/03-2024, 07.00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih bengkak di kedua kaki</li> <li>Pasien mengatakan masih terasa berat di kedua kaki</li> <li>Pasien mengatakan gatal dan kemerahan dikedua kaki</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemah</li> <li>Pasien tampak bengkak dikedua kaki</li> <li>Pasien tampak kemerahan di kedua kaki yang bengkak</li> </ol>

<p>N : 82x/menit</p> <p>R : 25x/menit</p> <p>SB: 36,3°C</p> <p>Spo<sup>2</sup>: 96%</p>		<p>Kadar protein, dan albumin meningkat)</p> <p>7. Monitor kecepatan infus secara ketat</p> <p>8. Monitor efek samping diuretic (mis. Hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hyponatremia)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>9. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>10. Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>11. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>12. Anjurkan melapor jika haluran urin &lt;0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>13. Anjurkan melapor jika BB bertambah &gt;1 kg dalam sehari</p> <p>14. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluran cairan</p>	<p>13:25</p> <p>17:00</p> <p>17:05</p> <p>19:00</p> <p>19:05</p>	<p>Hasil: kadar natrium 127,0 mg/dL</p> <p>6. Memonitor kecepatan infus secara ketat</p> <p>Hasil: pasien diberi tetesan infus 10 tpm</p> <p>7. Memonitor efek samping diuretic</p> <p>Hasil: Pasien merasakan lemas dan lelah</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>8. Membatasi asupan cairan dan garam</p> <p>Hasil: menganjurkan mengurangi minum yang banyak sekitar 2 liter per hari</p> <p>9. Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°</p> <p>Hasil: mengatur posisi Fowler pada pasien</p> <p>Respon: pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>10. Menganjurkan melapor jika haluran urin &lt;0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</p>	<p>4. Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9% 10 tpm</p> <p>5. TTV: TD: 115/84 mmHg N: 79 x/ menit R: 25x/menit SB: 36,7°C Spo<sup>2</sup>: 97%</p> <p>A: Masalah Hipervolemia belum Atasi</p> <p>P: 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor kecepatan infus secara ketat 4. Batasi asupan cairan dan garam 5. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat</p>
---	--	---	--	---	---

<p>Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas (D.0005) dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sesak napas hilang timbul</li> </ol> <p>DO:</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam makapola napas membaik dengan kriteria hasil: (L.01004)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea menurun 5</li> <li>2. Penggunaan otot bantu napas menurun 5</li> </ol>	<p><b>Manajemen jalan napas (L.01011)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> </ol>	<p>19:10</p>	<p>Hasil: memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga jika urin keluar hanya sedikit bisa melapor keruang perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Mengajarkan membatasi cairan</li> </ol> <p>Hasil: menjelaskan kepada pasien dan keluarga agar bisa membatasi minum air putih terlalu berlebihan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Mengkolaborasi pemberian diuretic</li> </ol> <p>Hasil: memberikan obat sesuai anjuran dokter furosemide 40 mg</p>	<p>15. Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>17. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> <li>18. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu.</li> </ol>	<p>6. Ajarkan mengukur mencatat Haluran cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Ajarkan cara membatasi cairan</li> <li>8. Kolaborasi pemberian diuretik</li> </ol>
<p>Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas (D.0005) dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sesak napas hilang timbul</li> </ol> <p>DO:</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam makapola napas membaik dengan kriteria hasil: (L.01004)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea menurun 5</li> <li>2. Penggunaan otot bantu napas menurun 5</li> </ol>	<p><b>Manajemen jalan napas (L.01011)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> </ol>	<p>19:10</p>	<p>Hasil: memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga jika urin keluar hanya sedikit bisa melapor keruang perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Mengajarkan membatasi cairan</li> </ol> <p>Hasil: menjelaskan kepada pasien dan keluarga agar bisa membatasi minum air putih terlalu berlebihan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Mengkolaborasi pemberian diuretic</li> </ol> <p>Hasil: memberikan obat sesuai anjuran dokter furosemide 40 mg</p>	<p>6. Ajarkan mengukur mencatat Haluran cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Ajarkan cara membatasi cairan</li> <li>8. Kolaborasi pemberian diuretik</li> </ol>	<p>Kamis, 14/03-2024. 07.00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih merasa sesak napas hilang timbul</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> </ol>

<p>1. Pasien tampak terpasang O<sup>2</sup> Nasal Canul 3L</p> <p>2. Pasien tampak terpasang IVFD Nacl 0,9%</p> <p>3. TTV: TD: 105/69 mmHg N : 82*/menit R : 25*/menit SB: 36,3°C Spo<sup>2</sup>: 96%</p>	<p>3. Frekuensi napas menurun 5</p> <p>4. Kedalaman napas menurun 5</p>	<p>3. Monitor (jumlah, warna, aroma) <b>Terapeutik</b></p> <p>4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)</p> <p>5. Posisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>6. Berikan minum hangat</p> <p>7. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</p> <p>8. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik</p> <p>9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</p> <p>10. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p> <p>11. Berikan oksigenasi, jika perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>12. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p>	<p>19:00</p>	<p>3. Memposisikan semi-fowler atau fowler Hasil: pasien diposisikan fowler Respon: pasien merasa nyaman saat di posisikan fowler</p> <p>4. Memberikan minuman hangat Hasil: memberikan minuman hangat kepada pasien</p> <p>5. Memberikan oksigenasi Hasil: memberikan oksigen nasal canul 3L kepada pasien Respon: pasien merasa nyaman saat di pasang oksigen</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>6. Mengajarkan asupan cairan 2000 ml/hari Hasil: memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk meminum air putih secukupnya Respon: pasien dan keluarga mengerti edukasi yang diberikan</p> <p>7. Mengajarkan teknik batuk efektif</p>	<p>17:30</p>	<p>2. Pasien terpasang O<sup>2</sup> Nasal Canul 3L</p> <p>3. Pasien tampak terpasang NaCl 0,9% 10tpm</p> <p>4. TTV: TD: 115/84 mmHg N: 79*/menit R: 25*/menit SB: 36,7°C Spo<sup>2</sup>: 97%</p> <p>A: Masalah Pola Napas Tidak Efektif Belum Teratasi</p> <p>P: 1. Monitor pola napas 2. Monitor spuitum 3. Posisikan semi-fowler 4. Berikan minuman hangat 5. Berikan oksigen</p>	<p>19:05</p>
--	---	---	--------------	---	--------------	---	--------------

<p>Intoleransi berhubungan kelemahan dibuktikan dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan merasa lemah badan</li> <li>2. Pasien mengatakan sesak napas hilang timbul</li> <li>3. Pasien mengatakan bengkak dikedua kaki</li> <li>4. Pasien mengatakan sulit untuk tidur</li> <li>5. Pasien mengatakan sakit kepala</li> </ol> <p>DO:</p>	<p>Setelah intervensi selama 3x24 jam maka Tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>(L.05046)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kepuhlian energi meningkat 5</li> <li>2. Tenaga meningkat 5</li> <li>3. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 5</li> <li>4. Verbalisasi Lelah menurun 5</li> <li>5. Lesu menurun 5</li> </ol>	<p><b>Manajemen (1.05178)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan eksternal</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</li> </ol>	<p>13:00</p> <p>13:05</p> <p>13:10</p>	<p>13. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>14. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran. Mukolitik, jika perlu</p>	<p><b>Hasil:</b> edukasi batuk efektif  <b>Tarik napas dalam buang perlahan lewat mulut dan batuk</b>  <b>Respon:</b> pasien mengerti edukasi yang di berikan</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> </ol> <p><b>Hasil:</b> pasien mengatakan karena sesak napas dan karena kedua kaki bengkak dan gatal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memonitor kelelahan fisik dan eksternal</li> </ol> <p><b>Hasil:</b> karena sering sesak napas dan bengkak di kedua kaki</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memonitor pola dan jam tidur</li> </ol> <p><b>Hasil:</b> pasien mengatakan tidak tidur teratur karena sering terbangun karena gelisah dan sesak napas serta kaki bengkak</p>	<p>6. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari</p> <p>7. Ajarkan batuk efektif</p>	<p>Kamis, 14.03.2024. 07.00</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan badan masih terasa lemah</li> <li>2. Pasien mengatakan masih sesak napas hilang timbul</li> <li>3. Pasien mengatakan masih bengkak dikedua kaki</li> <li>4. Pasien mengatakan masih sulit tidur</li> <li>5. Pasien mengatakan masih sakit kepala</li> </ol>
---	--	--	--	--	---	---	---	-------------------------------------	---

<p>1. Pasien tampak lemah</p> <p>2. Aktivitas tampak keluarga</p> <p>3. Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% 10tprn</p> <p>4. Pasien terpasang O<sub>2</sub> nasal canul 3L</p> <p>5. TTV: TD: 105/69 mmHg N : 82x/menit R : 25x/menit SB: 36,3°C Spo<sub>2</sub>: 96%</p>	<p>6. Sakit menurun 5</p> <p>7. Gelisah menurun 5</p> <p>8. Frekuensi napas menurun 5</p> <p>9. Selera makan membaik 5</p> <p>10. Pola istirahat membaik 5</p>	<p>6. Lakukan Latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p>7. Berikan distraksi yang menenangkan</p> <p>8. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>9. Anjurkan tirah baring</p> <p>10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>12. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	<p>13:15</p> <p>17:00</p> <p>19:00</p> <p>20:00</p>	<p>4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Hasil: karena kedua kaki bengkok dan sesak napas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>Hasil: memberikan lingkungan yang nyaman kepada pasien dan memberikan lingkungan yang tenang</p> <p>Respon: pasien mengatakan merasa nyaman</p> <p>6. Memfasilitasi duduk disisi tempat tidur</p> <p>Hasil: memberikan pasien untuk duduk di tepi tempat tidur agar pasien merasa nyaman</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>7. Mengajarkan tirah baring</p> <p>Hasil: menjelaskan kepada pasien untuk tidur terlentang</p> <p>Respon: pasien merasa nyaman dengan anjuran yang diberikan</p>	<p>O:</p> <p>1. Pasien tampak lemah</p> <p>2. Aktivitas tampak di bantu keluarga</p> <p>3. Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9% 10tprn</p> <p>4. Pasien terpasang O<sub>2</sub> Nasal Canul 3L</p> <p>5. TTV: TD: 115/84 mmHg N: 79x/menit R: 25x/menit SB: 36,7°C Spo<sub>2</sub>: 97%</p> <p>A: Masalah Intoleransi Aktivitas belum teratasi</p> <p>P: 1. Identifikasi gangguan tubuh yang</p>
---	--	---	---	--	--

<p>Defisit berhubungan dengan factor psikologis (mis. Keinginan untuk makan) (D.0019) dibuktikan dengan: DS. 1. Pasien mengatakan nafsu makan menurun 2. Pasien mengatakan nyeri abdomen</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka nafsu makan membaik dengan kriteria hasil: (L.03024) 1. Keinginan makan meningkat 5 2. Asupan makanan meningkat 5 3. Kemampuan memasak</p>	<p><b>Manajemen (L.03119)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</p>	<p>20:05</p>	<p>8. Mengajarkan beraktivitas secara bertahap Hasil: memberikan edukasi kepada pasien agar bisa beraktivitas secara perlahan Respon: pasien dan keluarga mendengarkan dan mengerti edukasi yang diberikan <b>Kolaborasi</b> 9. Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara asup makanan Hasil: pasien diberimakan bubur</p>	<p>mengembalikan keaktifan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor Lokasi dan ketidaksihmanan selama melakukan aktivitas 4. Sediakan lingkungan yang nyaman dan mudah stimulus 5. Ajarkan cara berang 6. Ajarkan aktivitas secara bertahap</p>
		<p><b>Observasi</b> 1. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan Hasil: pasien mengatakan tidak ada alergi makanan 2. Memonitor asupan makan Hasil: pasien mengatakan tidak ada nafsu makan 3. Memonitor berat badan</p>	<p>13:00 13:05 13:10</p>	<p>Kamis, 14-03-2024 07:00 S: 1. Pasien mengatakan nafsu makan menurun 2. Pasien mengatakan masalah syeri abdomen</p>	

<p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak pucat</li> <li>Pasien tampak lemah</li> <li>Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9%</li> <li>TTV: TD: 105/69 mmHg N : 82x/menit R : 25x/menit SB: 36,3°C Spo<sub>2</sub>: 96%</li> </ol>	<p>makanan meningkat 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kemampuan menikmati makanan meningkat 5</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi penggunaan nasogastric</li> <li>Monitor makanan</li> <li>Monitor berat badan</li> <li>Monitor pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)</li> <li>Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>Berikan maknaan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> </ol>	<p>18:00</p> <p>18:05</p>	<p>Hasil: berat badan pasien 54 kg</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>Hasil: memberikan makanan sesuai keinginan pasien yaitu nasi, ikan, sayur</li> <li>Menganjurkan posisi duduk</li> <li>Hasil: pasien diberikan posisi duduk untuk makan</li> </ol>	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak pucat</li> <li>Pasien tampak lemah</li> <li>Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9% 10rpm</li> <li>TTV: TD: 115/84 mmHg N: 79x/menit R: 25x/menit SB: 36,7°C Spo<sub>2</sub>: 97%</li> </ol> <p>A:</p> <p>Masalah Defisit Nutrisi belum teratasi</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>Monitor berat badan</li> <li>Monitor asupan makanan</li> </ol>
--	--	--	---------------------------	--	---

4. Anjurkan duduk	posisi			
15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogratik jika asupan oral dapat di toleransi	<b>Edukasi</b>	16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu	17. Ajarkan diet yang diprogramkan	
<b>Kolaborasi</b>	18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antemetik), jika perlu	19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu		
Defisit berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D-0111) dengan: DS:	Pengetahuan	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:	<b>Edukasi (I.12383)</b> <b>Observasi</b>	<b>Kesehatan</b>
			1. Mengidentifikasi dan kemampuan menerima informasi	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
Kamis, 07.00	14/03-2024			

<p>1. Pasien mengatakan tidak tahu penyakit apa yang sedang dialami</p> <p>2. Pasien mengatakan merasa khawatir akibat dari kondisi yang dihadapi</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak bingung</li> <li>2. Pasien tampak lemah</li> <li>3. Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9% ditangan sebelah kiri</li> </ol>	<p>(L. 12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 5</li> <li>2. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 5</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan</li> <li>4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesempatan</li> <li>5. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</li> <li>7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol>	<p>15:00</p> <p>15:05</p> <p>16:00</p>	<p>Hasil: pasien ingin menerima informasi tentang penyakit apa yang di derita pasien, dan pasien mampu untuk menerimanya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengidentifikasi faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol> <p>Hasil: pasien mengatakan yang meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat adalah karena ingin terhindar dari penyakit-penyakit yang tidak diinginkan. Dan yang menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat adalah karena seringkali malas untuk melakukan hal tersebut</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan</li> </ol> <p>Hasil: memberikan leaflet kepada pasien untuk di baca-</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih belum paham apa penyakit yang di alami</li> <li>2. Pasien mengatakan masih khawatir dengan kondisi yang dialami</li> <li>3. Pasien mengatakan tidak tahu kenapa bisa ada penyakit ini</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak bingung</li> <li>2. Pasien tampak gelisah</li> <li>3. Pasien tampak lemah</li> <li>4. Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9% 10tpm</li> </ol>
--	---	--	--	--	--

A: Masalah Pengetahuan teratasi	Defisit belum
<p>baca tentang penyakit CKD yang di deritanya</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>4. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</p> <p>Hasil: factor risiko yang mempengaruhi Kesehatan khususnya penyakit gagal ginjal kronis yaitu kurang minum, merokok, minum alcohol, ada juga karena penyakit keturunan seperti hipertensi karena selalu minum obat kronis</p> <p>5. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Hasil:</p> <p>6. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Hasil:</p>	<p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan</p> <p>3. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>4. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
16:05	
16:10	
16:15	
	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p>
Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka integritas kulit dan	<p>Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan (D.0129) dibuktikan dengan:</p>
13:00	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p>
Kamis, 07.00	14-03-2024.

<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan bengkak di kaki</li> <li>Pasien mengatakan kulit terasa gatal dan memerah</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak pucat</li> <li>Pasien tampak bengkak di kedua kaki</li> <li>Kulit pasien tampak menghitam</li> <li>Pasien tampak terpasang IVFD N.s. 0,9%</li> <li>TTV : TD : 105/69mmHg N : 84x/menit R : 25x/menit SB : 36,3°C SPO<sub>2</sub> : 96%</li> </ol>	<p>jaringan meningkat dengan kriteria hasil: (L. 14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hidrasi meningkat 5</li> <li>Perfusi jaringan meningkat 5</li> <li>Kemerahan menurun 5</li> <li>Suhu kulit membaik 5</li> </ol>	<p>(mis. sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</li> <li>Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</li> <li>Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</li> <li>Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</li> <li>Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p>	<p>13:30</p>	<p>Hasil: bengkak di kaki dan kulit terasa gatal dan kemerahan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> </ol> <p>Hasil: pasien diposisikan sesuai kenyamanan pasien dan diberikan edukasi supaya bisa mengnti-gnti posisi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang</li> </ol> <p>Hasil: memberikan kompres hangat dibagian kaki pasien agar bisa menurunkan odem</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Membersihkan dengan air hangat</li> </ol> <p>Hasil: membersihkan agar tidak terjadi infeksi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan menggunakan pelembab</li> </ol> <p>Hasil: memberikan edukasi kepada pasien agar menggunakan pelembab dibagian yang terasa kering</p>	<p>5:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih bengkak di kaki</li> <li>Pasien mengatakan kulit masih terasa gatal dan kemerahan</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak pucat</li> <li>Pasien tampak gelisah</li> <li>Pasien tampak bengkak di kedua kaki</li> <li>Kulit pasien tampak menghitam</li> <li>Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9&amp; 10tpen</li> </ol> <p>A:</p> <p>Masalah Gangguan Integritas Kulit belum teratasi</p>
			<p>16:00</p>		
			<p>17:00</p>		
			<p>17:05</p>		

		<p>8. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum)</p> <p>9. Anjurkn minum air yang cukup</p> <p>10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>11. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>12. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</p> <p>13. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah</p> <p>14. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>	17:10	<p>dan bengkok agar mengurangi kulit kering</p> <p>Respon: pasien mengerti edukasi yang diberikan dan bisa di praktekkan</p> <p>6. Menganjurkan minum air yang cukup</p> <p>Hasil: memberikan anjuran kepada pasien dan keluarga agar meminim air yang secukupnya</p> <p>Respon: pasien mengerti edukasi yang diberikan</p>	<p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>3. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> </ol>
--	--	--	-------	---	--

4.4 Catatan Perkembangan  
Hari Perawatan : 2

Hari/Tgl	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
Kamis, 14 Maret 2024	Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan	07:30 07:35	1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia Hasil: tampak kaki pasien masih bengkak 2. Memonitor intake dan output cairan Hasil: intake cairan pasien: 750 cc output cairan pasien: 300cc 3. Memonitor kecepatan infus secara ketat Hasil: pasien terpasang IVFD 10 tpm 4. Membatasi asupan cairan dan garam Hasil: memberikan edukasi kepada pasien agar tetap menjaga asupan cairan seperti minum air terlalu banyak Respon: Pasien mengerti dan paham tentang edukasi yang diberikan 5. Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° Hasil: Pasien diberikan posisi semi-fowler Respon: Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang di berikan 6. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan haluran cairan Hasil: pasien diajarkan untuk selalu memantau asupan dan haluran cairan 7. Mengajarkan cara membatasi cairan	Jumat, 15 Maret 2024 Jam 09:00  S: 1. Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki mulai membesar 2. Pasien mengatakan kaki mulai terasa ringan 3. Pasien mengatakan masih merasakan badan terasa lemah 4. Pasien mengatakan gatal dan kemerahan mulai berkurang  O: 1. Pasien tampak sakit berat 2. Pasien tampak lemah 3. Pasien tampak terpasang IVFD 0,9%-KCL 25mg 10tpm

	4.	<p>Kedua kaki pasien tampak masih bengkak          Intake 600cc          TTV: TD: 110/79 mmHg          N: 83x/ menit          R: 23x/ menit          SB: 36°C          SPO<sub>2</sub>: 96%</p>
05:30	8.	<p>Hasil: pasien diedukasikan untuk mengonsumsi cairan 500cc dalam sehari, sudah termasuk obat          Mengkolaborasi pemberian diuretik          Hasil: pasien diberikan obat furosemide 40 mg</p>
	A:	<p>Masalah keperawatan hipervolemia belum teratasi</p>
	P:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output cairan</li> <li>2. Monitor kecepatan infus secara ketat</li> <li>3. Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>4. Tinggalkan kepala tepat tidur 30-40 derajat</li> <li>5. Ajarikan cara mengukur dan mencatat asupan haluaran cairan</li> <li>6. Ajarikan cara membuatasi cairan</li> <li>7. Kolaborasi pemberian diuretik</li> </ol>

Kamris, 14 Maret 2024	Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	Jumat, 15 Maret 2024 Jam: 09:00
1.	Memonitor pola napas Hasil: Frekuensi napas 23x/menit	
2.	Memonitor sputum Hasil: pasien mengatakan saat batuk tidak ada sputum yang keluar	
3.	Memposisikan semi-fowler atau fowler Hasil: Pasien diberikan posisi fowler Respon: Pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	S: 1. Pasien mengatakan sesak napas mulai berkurang 2. Pasien mengatakan badan terasa lemah
4.	Memberikan minuman hangat Hasil: Pasien diberikan minuman hangat Respon: pasien merasa lebih baik	O: 1. Pasien tampak sakit berat 2. Pasien tampak lemah 3. Pasien terpasang IVFD 0.8%NaCl +KCL 25MG 10 TPM 4. Pasien terpasang O <sub>2</sub> nasal canul 3L 5. TTV: TD: 110/79 mmHg N: 83x/ menit R: 23x/ menit SB: 36°C SPO <sub>2</sub> : 96%
5.	Memberikan oksigenasi Hasil: pasien di berikan O <sub>2</sub> nasal canul 3L	
6.	Menganjurkan asupan cairan 2000ml/ hari Hasil: pasien diberikan edukasi untuk mengkonsumsi cairan 2000 ml/hari	
7.	Respon: pasien mengerti dan paham apa yang diberikan Mengajarkan batuk efektif Hasil: pasien mengerti dengan cara batuk efektif	A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi

<p>Kamis, 14 Maret 2024</p>	<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>07:30</p> <p>07:35</p> <p>07:40</p> <p>07:45</p> <p>08:00</p> <p>13:00</p>	<p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil: pasien mengatakan karena ada pembengkakan dikaki dan masih badan terasa lemah</p> <p>2. Memonitor pola dan jam tidur Hasil: pasien mengatakan jam tidur tidak teratur sering terbangun karena batuk dan sesak napas</p> <p>3. Memonitor lokasi dan ketidakhnyaman selama melakukan aktivitas Hasil: karena ada pembengkakan di kaki dan masih merasa sesak napas hilang timbul dan ada juga batuk</p> <p>4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) Hasil: membatasi kunjungan yang berlebihan, dan memberikan lingkungan yang nyaman</p> <p>5. Mengajukan tirah baring Hasil: menganjurkan kepada pasien untuk tidur terlentang</p> <p>Respon: pasien mengikuti anjuran yang diberikan</p> <p>Hasil: menganjurkan kepada pasien untuk beraktifitas secara bertahap seperti mulai berjalan dekat-dekat</p>	<p>P: Monitor pola napas 1. Posisikan semi-fowler 2. Berikan minuman hangat</p> <p>Jumat, 15 Maret 2024 Jam: 09:00</p> <p>S: 1. Pasien mengatakan badan masih terasa lemah 2. Pasien mengatakan jam tidur masih belum teratur karena masih sesak napas dan batuk</p> <p>O: 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak sakit 3. Pasien tampak gelisah</p> <p>A: Masalah keperawatan Intoleransi Aktivitas belum teratasi</p>
---	---	---	---	--

Kamis, 14 Maret 2024	Defisit berhubungan dengan faktor fisiologis (mis. Keegaan untuk makan)		<p>1. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan Hasil: pasien mengatakan tidak ada alergi makanan</p> <p>2. Memonitor berat badan Hasil: berat badan pasien 54kg</p> <p>3. Memonitor asupan makanan Hasil: pasien mengatakan nafsu makan mulai bertambah</p> <p>4. Mengajarkan posisi duduk, jika mampu Hasil: pasien dianjurkan untuk duduk Respon: pasien makan dengan posisi duduk</p>	<p>P: 1. Monitor keicelahan fisik 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>Jumat, 15 Maret 2024 Jam: 09:00</p> <p>S: 1. Pasien mengatakan nafsu makan mulai bertambah.</p> <p>O: 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien terpasang IVFD 0,9% 10rpm 3. TTV: ID: 110/79 mmHg N: 83 x/ menit R: 23 x/ menit SPO<sub>2</sub>: 96%</p>
-------------------------------	---	--	---	--

<p>A: Masalah keperawatan Belum teratasi</p>	<p>Defisit Nutrisi</p>	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan terpapar informasi</p>	<p>Kamis, 14 Maret 2024</p>
<p>P: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor berat badan 3. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Anjurkan posisi duduk 5. Ajarkan diet yang diprogramkan 6. Kolaborasi pemberian obat antitrombotic</p>	<p>Observasi 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: pasien mengatakan ingin menerima informasi tentang penyakit apa yang dideritanya</p> <p>Terapeutik 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan Hasil: memberikan leaflet kepada pasien untuk dibaca tentang penyakit CKD yang dideritanya</p> <p>3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Hasil: pasien setuju untuk melakukan penyuluhan pada sore hari</p> <p>Edukasi 4. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>	<p>13:00</p> <p>13:30</p> <p>14:00</p> <p>14:30</p>	<p>Jumat, 15 Maret 2024 Jam: 09:00</p>
<p>S: 1. Pasien mengatakan sudah sedikit mengerti tentang penyakit yang dideritanya 2. Pasien mengatakan masih khawatir dengan kondisi saat ini</p>	<p>O: 1. Pasien tampak masih merasa sedikit gelisah</p>		

			<p>Hasil: pasien mengerti tentang bagaimana pentingnya hidup di lingkungan yang bersih dan sehat</p>	<p>2. Pasien tampak terpuang IVFD NaCl 0,9% 10 tpm</p> <p>A: Masalah Defisit Pengetahuan Belum teratasi</p> <p>P: 1. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
<p>Kamis, 14 Maret 2024</p>	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan.</p>	<p>07:30</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit Hasil: bengkak ditangan dan kaki pasien serta kulit terasa gatal dan kemerahan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>2. Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring Hasil: pasien diposisikan sesuai kenyamanan dan diberikan edukasi supaya bisa mengganti-ganti posisi pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3. Mengajarkan minum air yang cukup Hasil: memberikan anjuran kepada pasien dan keluarga agar pasien minum air secukupnya</p> <p>4. Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>Jumat, 15 Maret 2024 Jam: 09:00</p> <p>S: 1. Pasien mengatakan masih bengkak pada tangan dan kaki 2. Pasien mengatakan kulit masih terasa gatal dan kemerahan</p> <p>O: 1. Pasien tampak lemah 2. Kulit pasien tampak kehitaman</p>

		<p>Hasil: pasien dan keluarga mengerti dan akan meningkatkan asupan nutrisi dengan minum air putih yang cukup dan minum susu</p> <p>Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>Hasil: pasien paham dan akan makan buah dan sayur agar nutrisi terpenuhi</p>	<p>3. Tampak kaki pasien masih bengkak</p> <p>4. Kulit pasien tampak masih kemerahan</p> <p>A: Masalah keperawatan gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P: 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tidak baring 3. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun</p>
11:00	5.		

4.5 Catatan Perkembangan

Hari Perawatan : 3

Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
Jumat, 15 Maret 2024	Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan	09:30	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor intake dan output cairan Hasil: Intake cairan pasien: 550 cc Output cairan pasien: 300 cc</li> <li>Memonitor kecepatan infus secara ketat Hasil: pasien terpasang IVFD 10 tpm</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Membatasi asupan cairan dan garam Hasil: memberikan edukasi kepada pasien agar tetap menjaga asupan cairan, seperti tidak minum air terlalu banyak Respon: pasien mengerti dan paham tentang edukasi yang diberikan</li> <li>Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° Hasil: pasien diberikan posisi semi-fowler Respon: pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan haluran cairan Hasil: pasien diajarkan untuk selalu memantau asupan dan haluran cairan</li> </ol>	<p>Sabtu, 16 Maret 2024 Jam: 09.00 WTTA</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan bengek pada ekstremitas bawah memurun</li> <li>Pasien mengatakan gatal dan kemerahan pada kedua kaki mulai berkurang</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tampak edema pada ekstremitas bawah pasien sudah memurun</li> <li>Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9% 10 tpm</li> <li>TTV: TD : 120/81 mmHg N : 85x/ menit R : 21x/ menit SB :36°C SPO<sub>2</sub> : 98%</li> </ol>

Jumat, 15 Maret 2024	Pola Napas Tidak Efektif hambatan upaya napas	09:55	<p>6. Mengajarkan cara membatasi cairan Hasil: pasien diedukasi untuk mengkonsumsi cairan 500cc dalam sehari</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>7. Penatalaksanaan pemberian diuretik Hasil: pasien diberikan obat Furosemide 40 mg</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Memonitor pola napas Hasil: frekuensi napas 21x/menit</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>2. Memposisikan semi-fowler atau fowler Hasil: pasien diberikan posisi fowler Respon: pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan</p> <p>3. Memberikan minuman hangat Hasil: pasien menerima untuk diberikan minuman hangat</p>	<p>A: Masalah: Hipervolemia sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi lanjut Sabtu, 16 Maret 2024 Jam: 09.00 WITA</p>
		09:35		<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan sudah tidak sesak napas</li> <li>Pasien mengatakan lemas: badan berkurang</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak terpasang IVFD Nacl 0,9% 10 tpm</li> <li>TTV: TD: 120/81 mmHg N: 85x/ menit R: 21x/ menit SB: 36°C SPO<sub>2</sub>: 98%</li> </ol>

<p><b>A:</b> Masalah Pola Napas Tidak Efektif teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan Sabtu, 16 Maret 2024 Jam: 09.00</p> <p><b>S:</b> 1. Pasien mengatakan badan masih terasa lemah</p> <p><b>O:</b> 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak terpasang IVFD Naci 0,9 % 10 tpm 3. TTV: TD : 120/81 mmHg N: 85x/ menit R: 21x/ menit SB: 36°C SPO<sub>2</sub>: 98%</p>				<p><b>A:</b> Masalah Pola Napas Tidak Efektif teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan Sabtu, 16 Maret 2024 Jam: 09.00</p> <p><b>S:</b> 1. Pasien mengatakan badan masih terasa lemah</p> <p><b>O:</b> 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak terpasang IVFD Naci 0,9 % 10 tpm 3. TTV: TD : 120/81 mmHg N: 85x/ menit R: 21x/ menit SB: 36°C SPO<sub>2</sub>: 98%</p>
<p><b>Jumat,</b> 15 Maret 2024</p>	<p><b>Intoleransi Aktivitas</b> berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>09:30</p> <p>09:35</p> <p>09:45</p> <p>10:00</p>	<p><b>Observasi</b> 1. Memonitor kelelahan fisik Hasil: pasien mengatakan cepat merasa lelah saat melakukan aktivitas 2. Memonitor pola dan jam tidur Hasil: pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari</p> <p><b>Terapeutik</b> 3. Memfasilitasi duduk disisi tempat tidur Hasil: pasien duduk disisi tempat tidur dengan posisi fowler</p> <p><b>Edukasi</b> 4. Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil: pasien melakukan aktivitas secara bertahap dibantu keluarganya</p>	

<p><b>A:</b> Masalah Intoleransi Aktivitas sebagian teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi sebagian tetap dilanjutkan Sabtu, 16 Maret 2024 Jam: 09:00</p> <p><b>S:</b> 1. Keluarga pasien mengatakan makanan pasien mulai dihabiskan 2. Pasien mengatakan mulai makan sedikit tapi sering</p> <p><b>O:</b> 1. Pasien tampak terpasang IVFD Naci 0,9% 10 fpm 2. TTV: TD: 120/81 mmHg N: 85x/ menit R: 21x/ menit SB: 36°C SPO<sub>2</sub>: 98%</p>				<p><b>A:</b> Masalah Intoleransi Aktivitas sebagian teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi sebagian tetap dilanjutkan Sabtu, 16 Maret 2024 Jam: 09:00</p> <p><b>S:</b> 1. Keluarga pasien mengatakan makanan pasien mulai dihabiskan 2. Pasien mengatakan mulai makan sedikit tapi sering</p> <p><b>O:</b> 1. Pasien tampak terpasang IVFD Naci 0,9% 10 fpm 2. TTV: TD: 120/81 mmHg N: 85x/ menit R: 21x/ menit SB: 36°C SPO<sub>2</sub>: 98%</p>
<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil: pasien makan bubur</p> <p>2. Memonitor berat badan Hasil: berat badan pasien 55kg</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Hasil: pasien diberikan makanan tinggi serat seperti sayur</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>4. Mengajarkan posisi duduk Hasil: pasien diberikan posisi semi-fowler</p> <p>5. Ajarkan diet yang diprogramkan Hasil: pasien dianjurkan makan sedikit tapi sering</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>6. Penatalaksanaan pemberian obat antiemetik Hasil: pasien diberikan obat Ondansetron dan Ramiidine</p>	<p>05:30</p> <p>08:00</p> <p>05:35</p> <p>05:35</p> <p>06:00</p> <p>05:30 15:30</p>	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (mis. Keenggangan untuk makan)</p>	<p>Jumat, 15 Maret 2024</p>	

<p>Jumat, 15 Maret 2024</p>	<p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p>	<p>09:30  13:00</p>	<p><b>Terapeutik</b> 1. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan Hasil: pasien setuju untuk melakukan penyuluhan kembali pada siang hari <b>Edukasi</b> 2. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Hasil: pasien mengerti tentang bagaimana pentingnya hidup bersih dan sehat</p>	<p>A: Masalah Defisit Nutrisi sebagai prioritas  P: Intervensi dibentangkan Sabtu, 16 Maret 2024 Jam: 09:00  S: 1. Pasien mengatakan sudah mengerti tentang penyakit yang dideritanya  O: 1. Pasien tampak sudah sedikit lebih 2. Pasien tampak terpasang KCFD Nadi 0,9% 10 mm  A: Masalah Defisit Pengetahuan teratasi  P: Intervensi dibentangkan</p>
---	---	-----------------------------	--	---

<p>Jumat, 15 Maret 2024</p>	<p>Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan</p>	<p>09:30</p>	<p><b>Observasi</b> 1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit Hasil: pasien mengatakan merasa gatal pada kulit dan daerah edema</p> <p><b>Terapeutik</b> 2. Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring Hasil: pasien dibantu untuk miring kanan miring kiri dan juga duduk</p> <p><b>Edukasi</b> 3. Mengajarkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya Hasil: pasien membersihkan tubuhnya setiap hari</p>	<p>Sabtu, 16 Maret 2024 Jam; 09.00</p>
<p><b>S:</b> 1. Pasien mengatakan kulit sudah tidak terasa gatal</p>				
<p><b>O:</b> 1. Kulit pasien tampak membaik 2. Pasien tampak terpasang IVFD Naci 0,9% 10 tpm</p>				
<p><b>A:</b> Masalah Gangguan Integritas Kulit teratasi</p>				
<p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p>				

## BAB V PEMBAHASAN

### 5.1 Pengkajian

Faktor penyebab utama dari *Chronic Kidney Disease (CKD)* yang telah di bahas tinjauan teori adalah usia lebih dari 45 tahun dikarenakan perubahan yang terjadi dalam sirkulasi tubuh yang membuat mengidap penyakit gagal ginjal kronis lebih beresiko menderita penyakit stroke dikarenakan fungsi ginjal yang tidak dapat berfungsi dengan baik dan tidak dapat menyaring zat sisa yang berada di dalam tubuh. Sedangkan hipertensi dan diabetes melitus merupakan dua penyebab terbesar dari penyakit ginjal tahap akhir, sedangkan yang lainnya adalah penyakit infeksi (glomerulonefritis, pyelonefritis), penyakit vascular sistemik (hipertensi renovaskular intrarenal), nefrosklerosis, hiperparatiroidisme, dan penyakit saluran kencing.

Faktor risiko yang terjadi pada pasien *Chronic Kidney Disease (CKD)* yaitu usia, jenis kelamin, kelahiran premature, riwayat keluarga, riwayat penyakit batu saluran kemih, diabetes, hipertensi, dan infeksi. Sedangkan yang terjadi pada pasien yaitu usia pasien sudah 74 tahun, dan pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi yang memungkinkan datangnya penyakit ginjal. Hal tersebut merupakan faktor pendukung terjadinya penyakit *Chronic Kidney Disease (CKD)*.

Tanda dan gejala yang terjadi adalah perubahan urin, terjadi perubahan pada urine dan diikuti oleh perubahan frekuensi buang air kecil. Jika warna urine mengalami perubahan dari biasanya (warnanya lebih kecoklatan), maka hal tersebut perlu dicurigai. Perlu waspada juga jika frekuensi buang air kecil menjadi lebih sering atau lebih jarang padahal volume minum biasa atau normal. Letih, gejala sering merasa letih dan tidak bergairah dalam menjalani rutinitas sehari-hari juga diwaspadai sebab jika ginjal mengalami gangguan, maka tubuh akan kekurangan oksigen dan sel darah merah sehingga membuat tubuh merasa lelah dan tidak bersemangat, bila keadaan ini terus berlanjut, maka bisa membuat kepala menjadi pusing, kedinginan, dan bahkan sampai tidak sadarkan diri. Terjadi pembengkakkan, gejala berikutnya adalah perkembangan pada salah satu bagian tubuh, perkembangan ini bisa terjadi di bagian tubuh mana saja, sebut saja seperti

di bagian tangan, kaki bahkan juga bisa terjadi pada wajah intinya, ini bisa terjadi penumpukan cairan di organ tubuh mana saja, hal tersebut dikarenakan ginjal lagi mampu menyaring cairan yang masuk dalam tubuh. Gatal berlebihan, fungsi utama dari ginjal adalah membuang limbah atau kotoran dari aliran darah. Saat fungsi ini tidak dijalankan, maka akan terjadi penumpukan kotoran di dalam tubuh sehingga menyebabkan rasa gatal yang berlebihan. Nafsu makan menurun, penumpukan sisa autogenik dalam tubuh dapat berakibat pada penurunan selama makan. Maka segeralah melakukan pemeriksaan supaya bisa diketahui penyebab dan kondisi ginjal dengan cepat.

Seperti yang ada di tinjauan teori, terdapat kesamaan tanda dan gejala pada pasien yaitu perubahan frekuensi urine pada pasien, merasa lemah badan, terjadi pembengkakan di kedua ekstremitas bawah pasien, gatal yang berlebih pada kulit pasien, terasa sakit di bagian pinggang, nafsu makan menurun sehingga pasien mengalami penurunan berat badan dari 61 kg menjadi 54 kg.

Tanda dan gejala lainnya yang ada di tinjauan teori tapi tidak terjadi pada pasien yaitu tubuh sering merasakan sakit di bagian tempat organ ginjal berada. Ginjal berada di bagian punggung belakang bawah pada sisi kiri dan kanan. Jika tiba-tiba mengalami sakit bagian ini, maka jangan di abaikan, apa lagi bila diketahui rasa sakit itu bukan karena terjatuh atau hal lain yang membuat di sekitar pinggang merasa sakit. Pernapasan terganggu, sistem dan saluran pernapasan sering terganggu seperti sesak napas atau merasa sering sulit untuk bernapas. Hal ini perlu mendapat perhatian yang cukup, karena cairan dalam tubuh yang tidak bisa disaring dalam ginjal dapat menumpuk di dalam organ paru-paru sehingga dapat mengakibatkan gangguan pada saluran pernapasan atau kesulitan bernapas. Bau mulut, penderita mengalami bau mulut secara terus menerus, karena adanya tumpukan limbah yang sedemikian banyak di dalam tubuh sehingga menyebabkan bau mulut. Tekanan darah tinggi, gejala penyakit ginjal juga bisa di deteksi dari tekanan darah yang cenderung naik, akibat penumpukan cairan di paru-paru dan tekanan darah yang cenderung naik. Jika kondisi ini berlangsung dalam waktu jamung, maka tekanan darah dapat naik. Jika kondisi ini berlangsung dalam waktu lama, maka hal ini akan merabak ke organ jantung dan dapat mengakibatkan gagal ginjal.

## 5.2 Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa keperawatan yang ada di tinjauan teori dan tinjauan kasus yaitu:
  - a. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan  
Diagnosa keperawatan ini diangkat menjadi diagnosis keperawatan utama karena pada pasien ditemukan edema pada ekstremitas bawah pasien.
  - b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan  
Diagnosa keperawatan ini diangkat karena pada pasien ditemukan tanda dan gejala seperti badan terasa lemah.
  - c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas  
Diagnosa keperawatan ini diangkat karena pada pasien ditemukan tanda dan gejala seperti sesak napas dan sekret yang tertahan.
  - d. Defisit nutrisi berhubungan dengan dengan psikologis (keengganan untuk makan)  
Diagnosa keperawatan ini diangkat karena pada pasien ditemukan tanda dan gejala seperti tidak nafsu makan dan berat badan menurun dari 61 kg menjadi 54 kg.
  - e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi  
Diagnosa keperawatan ini diangkat karena pada pasien ditemukan pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dialami.
  - f. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan  
Diagnosa ini diangkat karena pada pasien ditemukan tanda dan gejala seperti kulit terasa gatal dan kulit pasien sudah berbecak hitam.

2. Diagnosis yang ada di tinjauan teori tapi tidak ada di tinjauan kasus
  - a. Risiko penurunan curah jantung. Kenapa penulis tidak mengangkat diagnosis keperawatan ini karena tidak terdapat tanda dan gejalanya.

### 5.3 Intervensi

Kami penulis menetapkan 6 diagnosis keperawatan pada Ny. M.T dan menyusun intervensi keperawatan serta mengimplementasikan kepada pasien intervensi yang disusun yaitu:

1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dibuktikan dengan data subjektif: Pasien mengatakan merasa berat dikedua kaki, pasien mengatakan bengkak dikedua kaki. Data objektif: Pasien tampak lemah, tampak bengkak dikedua kaki pasien, pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9%, ureum 91 mg/dL, kreatinin 3.20 mg/dL, intake cairan:1460 cc, output cairan: 150 cc (balance cairan: 500 cc). Dengan intervensi yang dilakukan yaitu: Periksa tanda dan gejala hipervolemia, identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, monitor tanda hemokonsentrasi, monitor kecepatan infus secara ketat, monitor efek samping diuretic, batasi asupan cairan dan garam, meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, mengajarkan membatasi cairan, kolaborasi pemberian diuretic.
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan data subjektif: Pasien mengatakan merasa lemah badan, pasien mengatakan sesak napas hilang timbul, pasien mengatakan bengkak dikedua kaki, pasien mengatakan sulit untuk tidur. Data objektif: Pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga, pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9%. Dengan intervensi yang dilakukan yaitu: Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan eksternal, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, fasilitasi duduk disisi tempat tidur, anjurkan tirah

- baring, anjurkan aktivitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
3. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan data subjektif: Pasien mengatakan sesak napas hilang timbul. Data objektif: Pasien tampak terpasang  $O_2$  nasal canul 3L, pasien terpasang IVFD NaCl 0,9%. Dengan intervensi yang dilakukan
  4. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)
  5. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan data subjektif
  6. Gangguan integritas Kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan dibuktikan dengan data subjektif

#### 5.4 Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada Ny. M.T selama 3x24 jam yaitu, implementasi diagnosa keperawatan pertama yaitu, memeriksa tanda dan gejala hipervolemia ada edema dikedua kaki pasien, mengidentifikasi penyebab hipervolemia pasien memiliki penyakit hipertensi, memonitor status hemodinamik hasil MAP: 81 mmHg, memonitor intake dan output cair (intake: 1460 cc dan output: 500 cc), memonitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium 127,0 mg/dL, memonitor kecepatan infus secara ketat diberi tetesan infus 10 tpm, memonitor efek samping diuretik merasa lemas dan lelah, membatasi asupan cairan dan garam mengurangi minum yang banyak, meninggikan kepala tempat tidur 30-40° memposisikan fowler, mengajarkan membatasi cairan, mengkolaborasi pemberian diuretic. Diagnosa intoleransi aktivitas implementasi yang diberikan yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan eksternal karena sering sesak napas dan edema dikedua kaki, memonitor pola dan jam tidur, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas karena edema dikedua kaki dan sesak napas, menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, memfasilitasi duduk disisi tempat tidur, menganjurkan tirah baring, menganjurkan beraktifitas secara bertahap, berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan

makanan. *Diagnosis pola napas tidak efektif implementasi yang dilakukan yaitu memonitor pola napas 25»per menit, memonitor sputum tidak ada sputum yang keluar, memposisikan semi-fowler atau fowler, memberikan minuman hangat, memberikan oksigenasi diberikan oksigen nasal canul 3 liter, menganjurkan asupan cairan 2000ml per hari, mengajarkan teknik batuk efektif. Diagnosa defisit nutrisi implementasi yang diberikan yaitu mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan (berat badan pasien dari 61kg turun menjadi 54kg), menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, menganjurkan posisi duduk. Diagnosis defisit pengetahuan implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan diberikan leaflet kepada pasien, menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan predisposisi karena usia, genetik, kurang minum air, faktor presipitasi karena penyakit keturunan atau penyakit bawaan misalnya hipertensi, mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat. Diagnosis gangguan integritas kulit implementasi yang diberikan yaitu mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit edema dikedua kaki dan kulit terasa gatal dan kemerahan, mengubah posisi tiap 2 jam, melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang. Memberikan perincal dengan air hangat, menganjurkan menggunakan pelembab, menganjurkan minum air yang cukup.*

### 5.5 Evaluasi

1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan  
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dan evaluasi 1 hari, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah hipervolemia belum teratasi dimana pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kakinya.
2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan  
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dan evaluasi 1 hari, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

3. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas  
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam dan evaluasi 1 hari, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah pola napas tidak efektif teratasi.
4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)  
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam dan evaluasi 1 hari, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah defisit nutrisi teratasi sebagian.
5. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi  
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam dan evaluasi 1 hari, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah defisit pengetahuan teratasi.
6. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan  
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam dan evaluasi 1 hari, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian.

## BAB VI PENUTUP

### 6.1. Kesimpulan

#### 6.1.1. Pengkajian

Setelah dilakukan proses pengkajian keperawatan pada Ny.M.T dengan penyakit *Chronic Kidney Disease (CKD)* atau penyakit gagal ginjal kronis, diperoleh tanda dan gejala yang khas seperti badan terasa lemah, ekstremitas bawah pasien bengkak, nafsu makan menurun dan kulit terasa gatal. Gejala lainnya seperti sulit tidur, sering terbangun pada malam hari, sulit melakukan aktivitas sendiri, merasa mual dan merasa sesak saat melakukan banyak aktivitas.

#### 6.1.2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah didapatkan penulis menyusun 6 diagnosis keperawatan berdasarkan kasus ini yaitu: Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Defisit Nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan, Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan.

#### 6.1.3. Intervensi dan Implementasi

Setelah dilakukan pengkajian dan penentuan diagnosis keperawatan maka penulis menyusun rencana keperawatan berupa tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosis yang ditentukan untuk pasien. Setelah membuat perencanaan maka penulis mengimplementasikan dan melakukan intervensi yang sudah ditetapkan dan bertujuan untuk mengatasi diagnosis atau masalah keperawatan tersebut.

#### 6.1.4. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dimana dalam tahapan ini menggunakan metode SOAP. Pada masalah ini terdapat 6 diagnosis keperawatan yang diangkat, dimana 4 masalah keperawatan sebagai dapat teratasi dan 2 masalah keperawatan teratasi sepenuhnya.

### 6.2. Saran

#### 6.2.1. Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga hendaknya dapat bekerjasama dengan tenaga kesehatan dalam dukungan motivasi untuk pasien dalam menunjang kesembuhan pasien. Diharapkan juga menambah informasi tentang pentingnya kesehatan kesehatan dan dapat menghindari perilaku cenderung berisiko kepada seluruh anggota keluarga.

#### 6.2.2. Pelayanan Keperawatan

Dapat meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan yang profesional terhadap pasien khususnya pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease (CKD)* atau penyakit gagal ginjal kronis.

#### 6.2.3. Institusi Pendidikan Kesehatan

Dapat menjadi tambahan sumber pengetahuan dan memperluas wawasan, serta sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa/mahasiswi generasi penerus Civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.

#### 6.2.4. Peneliti

Kiranya studi kasus asuhan keperawatan medikal bedah ini dapat menjadi tolak ukur dalam mengembangkan asuhan keperawatan sesuai dengan keluhan dan keadaan pasien serta lebih teliti dalam memberi intervensi yang sesuai.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aguilar, A., Gifre, L., Ureña-Torres, P., Carrillo-López, N., Rodríguez-García, M., Massó, E., da Silva, I., López-Báez, V., Sánchez-Bayá, M., Prior-Español, Á., Urrutia, M., Paul, J., Bustos, M. C., Vila, A., Garnica-León, I., Navarro-González, J. F., Mateo, L., & Bover, J. (2023). Pathophysiology of bone disease in chronic kidney disease: from basics to renal osteodystrophy and osteoporosis. In *Frontiers in Physiology* (Vol. 14). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fphys.2023.1177829>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022). Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. In *American Diabetes Association*. American Diabetes Association. [https://diabetesjournals.org/care/article/45/Supplement\\_1/S175/138914/11-Chronic-Kidney-Disease-and-Risk-Management](https://diabetesjournals.org/care/article/45/Supplement_1/S175/138914/11-Chronic-Kidney-Disease-and-Risk-Management)
- Anak Agung Ayu Eka Cahyani, D. P. M. F. A. D. P. (2022). GAMBARAN DIAGNOSIS PASIEN PRA-HEMODIALISA DI RSUD WANGAYA TAHUN 2020-2021. *Jurnal Ilmiah Hospitality* 661, 11.
- Angraini, D., Klinik, B. P., Kedokteran, F., Baiturrahmah, U., Raya, J., Aie, P., Padang, P. K., & Indonesia, S. B. (2022). ASPEK KLINIS DAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM PENYAKIT GINJAL KRONIK CLINICAL ASPECTS AND LABORATORY EXAMINATION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(2), 236–239. <https://ojs.uniska-bjm.ac.id/index.php/ANN/article/view/9229>
- Bonella, F., DM Vorselaars, A., & Wilde, B. (2024). Kidney manifestations of sarcoidosis. *Journal of Autoimmunity*. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2024.103207>
- Cholina Trisa Siregar. (2020). *Buku Ajar Manajemen Komplikasi Pasien Hemodialisa*.
- EKA PUTRI, A. I. (2020). jurnal ners. *HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KEBUTUHAN SPIRITUAL DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN*

*GAGAL GINJAL KRONIK DALAM MENJALANI TERAPI HEMODIALISIS  
DI RSUP BANGKINANG, 4, 47-55.*

- Fadilla, I., Adikara, P. P., & Perdana, R. S. (2023). *Klasifikasi Penyakit Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Menggunakan Metode Extreme Learning Machine (ELM)* (Vol. 2, Issue 10). <http://j-ptiik.ub.ac.id>
- Farhadnejad, H., Teymoori, F., Jahromi, M. K., Mokhtari, E., Asghari, G., Mirmiran, P., & Azizi, F. (2023). Correction: High dietary and lifestyle inflammatory scores are associated with increased risk of chronic kidney disease in Iranian adults (*Nutrition Journal*, (2023), 22, 1, (1), 10.1186/s12937-023-00835-y). In *Nutrition Journal* (Vol. 22, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12937-023-00835-y>
- Fida' Husain, & Ika Silvitasari. (2020). Management Keperawatan Mengurangi Rasa Haus Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Disease : Literature Review. *Infokes: Jurnal Ilmiah Rokam Medis Dan Informatika Kesehatan*, 10(2), 28-33. <https://doi.org/10.47701/infokes.v10i2.1030>
- Firda Dwi Lestari. (2023). *KTI FIRDA DWI LESTARI paragraf ke 2 (madania)definisi.*
- Harmila. (2020). *buku askep.pasi3mdg gangguan sistem perkemihan.*
- Hasnidar, T. S. S. W. H. M. F. M. Y. I. M. A. E. Y. A. S. R. P. P. E. S. S. (2020). *ILMU KESEHATAN MASYARAKAT.*
- Hustrini, N. M., Susalit, E., Lydia, A., Marbun, M. B. H., Syafiq, M., Yassir, Sarwono, J., Wardoyo, E. Y., Jonny, Suhardjono, Pradwipa, R. Y., Nugraheni, A., Van Diepen, M., & Rotmans, J. I. (2023). The Etiology of Kidney Failure in Indonesia: A Multicenter Study in Tertiary-Care Centers in Jakarta. *Annals of Global Health*, 89(1). <https://doi.org/10.5334/agh.4071>
- Janes Jaimurakhma, D. K. E. S. S. F. (2021). *DASAR-DASAR ASUHAN KEPERAWATAN PENYAKIT DALAM DENGAN PENDEKATAN KLINIS.*
- Janu Prihatiningtias, K., Program Studi Ners STIKES Widya Husada Semarang, A., Subali Raya No, J., & -Semarang, K. (2022). *FAKTOR-FAKTOR RISIKO*

TERJADINYA PENYAKIT GINJAL KRONIK. In *Jurnal Ners Widya Husada* (Vol. 4, Issue 2).

Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, D. (2019). *Buku Pedoman MANAJEMEN PENYAKIT TIDAK MENULAR*.

Juwita, D. A., Rachmaini, F., Abdillah, R., & Meliani, M. (2023). Drugs Related Problems (DRPs) Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) Di RSUP Dr. M. Djamil. In *Jurnal Sains Farmasi & Klinis* (Vol. 9, Issue sup, p. 184). <https://doi.org/10.25077/jsfk.9.sup.184-189.2022>

Ndumele, C. E., Neeland, I. J., Tuttle, K. R., Chow, S. L., Mathew, R. O., Khan, S. S., Coresh, J., Baker-Smith, C. M., Carnethon, M. R., Despréa, J. P., Ho, J. E., Joseph, J. J., Kernan, W. N., Khera, A., Kosiborod, M. N., Lekavich, C. L., Lewis, E. F., Lo, K. B., Ozkan, B., ... Rangaswami, J. (2023). A Synopsis of the Evidence for the Science and Clinical Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) Syndrome: A Scientific Statement from the American Heart Association. In *Circulation* (Vol. 148, Issue 20, pp. 1636–1664). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001186>

Neyera ja, chawla ls. (2021). *acute kidney disease to chronic kidney disease*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33752866/>

Primasari, N. A. (2022). *View of HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA \_ LITERATURE REVIEW*.

Ruiz-Ortega M, Rayego-Mateos S, Ortiz A, R-D. R. (2020). *Targeting the progression of Chronic Kidney Disease*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32060481/>

Survey Kesehatan Indonesia, B., Kementerian, K., & Ri, K. (2023). *DALAM ANGKA TIM PENYUSUN SKI 2023 DALAM ANGKA KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA*.

Tim Promkes RSST - RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. (2022). Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. In *Kementerian Kesehatan RI*. [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/1468/batu-ginjal](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1468/batu-ginjal)

Wu, H., Li, Y., Ren, L., Li, J., Wang, Y., Jiang, C., & Wu, J. (2023). Prevalence and associated risk factors for chronic kidney disease in the elderly physically disabled population in Shanghai, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16455-4>

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN PENELITIAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

Setelah diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, prosedur penelitian karya tulis ilmiah, kerahasiaan informasi yang disampaikan serta bentuk keikutsertaan dalam penelitian ini, maka saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Ny. M.T
Jenis kelamin	: Perempuan
Umur	: 74 Tahun
Alamat	: Rambunan, Jaga. III Minahasa
No. Telp/ Hp	: 081342178021

Bersedia berpartisipasi, ikut serta menjadi responden didalam penelitian karya tulis ilmiah dengan judul:

**“STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
CHRONIC KIDNEY DISEASE PADA PASIEN Ny. M.T DIRUANG ST.  
FRANSISKUS RSU GUNUNG MARIA TOMOHON”**

Yang dilakukan oleh:

No	Nama	NIM	Status
1.	Trivena Languyu	202101033	Mahasiswa semester VI
2.	Veronica Aurel S. Wuisan	202101073	Mahasiswa semester VI

Adapun bentuk kesediaan saya itu:

1. Bersedia untuk memberikan informasi sehubungan dengan data yang diperlukan dalam penelitian karya tulis ilmiah ini.

2. Bersedia untuk memperoleh asuhan keperawatan keluarga yang diberikan oleh peneliti.

Surat pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun. Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Rabu, 13 Maret 2024

Peneliti



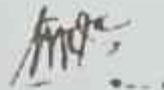
Trivena Languyu

Peneliti



Veronica Aurel Sevelin Wuisan

Responden



Ny. M.T