

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CRONIC KIDNEY
DISEASE DI RSUD. dr.SLAMET GARUT 2022**

Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Ahli Madya
Keperawatan**

FIKRI ARDIANSYAH

NIM : 191FK0648



**Universitas Bhakti Kencana Fakultas Keperawatan
Program Diploma III Keperawatan
Garut 2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CRONIK KIDNEY
DESEASE DI RSUD. dr.SLAMET GARUT**

**FIKRI ARDIANSYAH
191FK06048**

**Telah disetujui untuk diajukan pada sidang akhir
pada Program Studi D-III Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Garut**

**Menyetujui :
Pembimbing Skripsi**

Yusni Ainurrahmah, S. Kep., Ners., M. Si

**Program Studi Keperawatan
Kepala Cabang Universitas Bhakti
Kencana Garut**

Ns. Winasari Dewi, M.kep

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperbaiki sesuai dengan masukan
Tim penguji Karya Tulis Ilmiah Program D-III Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Garut

Mengesahkan

Program Studi D-III Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Garut

Penguji I

Penguji II

Ns. Santi Rinjani, M.Kep

Rohiman, S,Kep., Ners., M.Si

Kepala Cabang Universitas Bhakti Kencana Garut

Ns. Winasari Dewi, M. Kep

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA GARUT 2022
FIKRI ARDIANSYAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CRONIK KIDNEY DESEASE
V BAB + 53 HALAMAN +7 TABEL + 7 LAMPIRAN

ABSTRAK

Menurut *World Health Organizations* (WHO, 2018), Penyakit CKD telah menyebabkan kematian pada 850.000 orang setiap tahunnya. Angka tersebut menunjukkan bahwa penyakit CKD menduduki peringkat ke-12 tertinggi sebagai penyebab angka kematian di dunia. Menurut hasil *Global Burden Disease* tahun 2015, CKD merupakan penyebab kematian peringkat ke-12, terhitung dengan jumlah 1,1 juta kematian di seluruh dunia. Secara keseluruhan, kematian akibat *Chronic kidney disease* (CKD) meningkat sebesar 31,7% selama 10 tahun terakhir, sehingga menjadi salah satu penyebab utama kematian, setelah diabetes dan demensia. Penderita CKD di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan diagnosa dokter adalah 3,8%, mengalami peningkatan 1,8% dibanding tahun 2013 yang berjumlah 2,0% (RISKESDAS, 2018)

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan *chronic kidney disease* di RSUD dr. Slamet Garut. Jenis penelitian studi kasus dengan pemilihan sampel menggunakan *purposive sampling* dan didapatkan 1 pasien yang menderita CKD. Teknik pengumpulan data didapatkan dari wawancara menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan pada *chronic kidney disease*.

Hasil penelitian setelah 3 hari perawatan pada satu pasien menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang muncul pada klien yaitu nyeri akut pola nafas tidak efektif dan kelebihan volume cairan setelah dilakukan manajemen nyeri dan memposisikan pasien secara ventilasi dapat teratasi walaupun hanya sebagian, Sedangkan masalah keperawatan kelebihan volume cairan dilakukan mempertahankan catatan intake output yang akurat dapat teratasi sebagian

Kata kunci : *Cronik Kidney Disease* , Pola nafas tidak efektif, Nyeri akut

Daftar pustaka : 1 Buku 3 Internet

D-III NURSING STUDY PROGRAM

BHAKTI KENCANA GARUT UNIVERSITY 2022

FIKRI ARDIANSYAH

NURSING CARE IN CRONIC KIDNEY DESEASE PATIENTS

V CHAPTER + 53 PAGES +7 TABLES + 7 APPENDICES

ABSTRACK

According to the World Health Organizations (WHO, 2018), CKD causes 850,000 deaths each year. This figure shows that CKD is ranked as the 12th highest cause of death in the world. According to the 2015 Global Burden Disease results, CKD is the 12th leading cause of death, accounting for 1.1 million deaths worldwide. Overall, deaths from Chronic kidney disease (CKD) have increased by 31.7% over the past 10 years, making it one of the main causes of death, after diabetes and dementia. According to doctors' diagnoses, CKD sufferers in Indonesia in 2018 were 3.8%, increased by 1.8% compared to 2013 which amounted to 2.0% (RISKESDAS, 2018).

The purpose of this study was to find out the description of nursing care in patients with chronic kidney disease at Dr. Slamet Garut Hospital. This type of case study research with sample selection using purposive sampling and found 1 patient suffering from CKD. Data collection techniques were obtained from interviews using the nursing care assessment format in chronic kidney disease.

The results of the study after 3 days of treatment in one patient showed that nursing problems that arise in client, namely acute pain, ineffective breathing patterns and excess fluid volume after pain management and positioning the patient in ventilation can be resolved, even if only partially. While the problem of nursing excess fluid volume is carried out to maintain accurate intake output can be partially resolved

Keywords: Chronic Kidney Disease, Ineffctive breathing pattern, Acute pain

Bibliography: 1 Book 3 Internet

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobil'alamin, segala puji bagi Allah SWT yang maha pengasih lagi maha penyayang, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini tepat pada waktunya. Shalawat serta salam semoga selalu terlimpah curahkan kepada Nabi besar kita Nabi Muhammad SAW, serta kepada keluarganya, para sahabatnya, hingga kepada umat-Nya hingga akhir zaman, Aamiin.

Penulisan karya tulis ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan Program Studi D-III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut dengan judul "*Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cronik Kidney Disease*".

Dalam penyusunan karya tulis ini tentunya tidak terlepas dari kekurangan-kekurangan, baik aspek kualitas maupun aspek kuantitas mulai dari segi data-data, penulisan, serta pemaparan materi yang disajikan. Semua ini didasarkan karena keterbatasan yang dimiliki penulis.

Penyelesaian penyusunan karya tulis ini, penulis sangat berhutang budi kepada berbagai pihak yang dengan segala kesungguhan turut membantu penyelesaian karya tulis ini. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak H. Mulyana, SH.,M.Pd., MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana
2. Bapak Edi Junaedi, S.Kep.,MH.Kes selaku Pelaksana Harian Yayasan Adhi Guna Kencana
3. Bapak Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt., selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
4. Ibu R. Siti Jundiah, M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Ibu Ns. Winasari Dewi, M.Kep. selaku Ketua Koordinator Universitas Bhakti Kencana Garut

6. Ibu Yusni Ainurrahmah, S.Kep., M.Si selaku Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah, yang telah meluangkan banyak waktunya untuk memberikan bimbingan dan saran dalam penyusunan proposal ini.
7. Seluruh Staf Dosen dan Karyawan Universitas Bhakti Kencana Garut yang telah memberikan ilmu, dukungan, serta bimbingan.
8. Untuk kedua orang tua, Bapak dan Ibu yang tercinta dan tersayang terimakasih yang telah memberikan dukungan baik moral maupun material serta doa yang terus mengalir dan motivasinya yang selalu tak henti- hentinya terlantun dalam ucapannya hingga membuat saya menjadi orang yang kuat dan tegar hingga membuat penulis berada sejauh ini, semoga Allah SWT membalas semua kebaikan dan ketulusan selama ini.
9. Untuk Adik tersayang terimakasih telah menjadi support system yang baik dan menjadi penyemangat saya selama ini, dan telah ikut serta untuk mendukung dan mendoakan yang terbaik.
10. Untuk seluruh keluarga besar yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu, terima kasih telah menjadi kekuatan, dan penyemngat untuk terus berjuang dalam hal apapun termasuk dalam penulisan karya tulis ini.
11. Untuk Ayi Tio Saparudin, Bayu Turkey Guntara, Agis Paturrahman, Ihwan Sahrul Sidik, dan Muhamad Tohir, yang sama-sama berjuang untuk mencapai gelar dan semua cita-cita, terima kasih telah menjadi sahabat yang tidak hentinya mensupport dan saling mendukung, memberikan nasehat, saran dan motivasi serta telah memberi semangat baik dalam penulisan karya tulis ilmiah ini maupun dalam kegiatan keseharian di kampus dan di luar kampus.
12. Teman-teman satu angkatan yang sama-sama berjuang yang telah memberi dukungan hingga semangat kepada penulis.
13. Serta semua pihak yang telah membantu baik secara langsung atau tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Tidak ada kata yang bisa diucapkan penulis selain terimakasih dan doa, semoga kebaikan semua pihak yang

membantu dan mendukung penyusunan karya tulis ini diberikan pahala yang setimpal oleh Allah SWT.

Penulis juga mohon maaf apabila ada kata-kata dan penulisan gelar yang salah. Akhir kata, semoga karya tulis ini bermanfaat, khususnya bagi penulis dan umumnya bagi kita semua dalam rangka menambah wawasan dan pengetahuan pemikiran kita, semoga Allah SWT senantiasa selalu melindungi dan membalas perbuatan baik dari semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini, Aamiin Ya Allah Ya Rabbal Alamiin.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Garut, Agustus 2022

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan umum	3
1.3.2 Tujuan khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
2.1 Konsep Penyakit.....	6
2.1.1 Pengertian CKD	6
2.1.2 Anatomi Fisiologi Ginjal.....	6
2.1.3 Etiologi.....	8
2.1.4. Klasifikasi	9
2.1.5 Patofisiologi.....	9
2.1.6 Manifestasi klinis	12
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	12
2.1.8 Komplikasi	13
2.1.9 Penatalaksanaan	13
2.2 Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD)	14

2.2.1 Pengkajian.....	14
2.2.2 Analisa data.....	17
2.2.3 Diagnosa keperawatan	19
2.2.4. Intervensi (Perencanaan).....	19
2.3.5 Implementasi	21
2.2.6 Evaluasi.....	22
BAB III.....	23
METODOLOGI PENELITIAN.....	23
3.1 Desain.....	23
3.2 Subyek / Sampel laporan kasus.....	23
3.3 Tempat dan Waktu Pelaksanaan	23
3.4 Waktu Pelaksanaan Studi Kasus	23
3.5 Fokus studi yang akan diteliti	25
3.6 Instrumen Pengumpulan Data	25
3.6 Prosedur Pengumpulan Data	25
3.7 Pengolahan dan Penyajian Data	25
3.8 Etika Studi Kasus	26
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	27
4.1 Asuhan keperawatan	27
BAB V PENUTUP.....	49
DAFTAR PUSTAKA	52

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Chronic Kidney Disease (CKD) atau yang lebih dikenal dengan sebutan Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan merupakan penyakit yang sudah familiar di kalangan masyarakat Indonesia sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan (Wahyuningsih, 2020). Penyakit Chronic Kidney Disease (CKD) didefinisikan sebagai penurunan fungsi ginjal yang ditandai dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ yang terjadi selama lebih dari 3 bulan atau adanya penanda kerusakan ginjal yang dapat dilihat melalui albuminuria, adanya abnormalitas sedimen urin, ketidak normalan elektrolit, terdeteksinya abnormalitas ginjal secara histologi maupun pencitraan (imaging), serta adanya riwayat transplatasi ginjal (Mahesvara, 2020). Faktor-faktor yang berhubungan dengan meningkatnya kejadian gagal ginjal kronik antara lain merokok, penggunaan obat analgetic, hipertensi, dan minuman suplemen berenergi selain itu riwayat penyakit seperti diabetes, hipertensi maupun penyakit gangguan metabolik lain yang dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal (Restu& Supadmi2, 2016).

Penyakit ginjal adalah kelainan yang mengenai organ ginjal yang timbul akibat berbagai faktor, misalnya infeksi, tumor, kelainan bawaan, penyakit metabolik atau degeneratif, dan lain-lain. Kelainan tersebut dapat mempengaruhi struktur dan fungsi ginjal dengan tingkat keparahan yang berbeda-beda. Pasien mungkin merasa nyeri, mengalami gangguan berkemih, dan lain-lain. Terkadang pasien penyakit ginjal tidak merasakan gejala sama sekali. Pada keadaan terburuk, pasien dapat terancam nyawanya jika tidak menjalani hemodialisis (cuci darah) berkala atau transplantasi ginjal untuk menggantikan organ ginjalnya yang telah rusak parah (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Chronic kidney disease (CKD) merupakan masalah kesehatan di duniadengan peningkatan insidensi, Prevalensi serta tingkat morbiditas dan mortalitas. Prevalensi global telah meningkat setiap tahunnya. Menurut *World*

Health Organizations (WHO, 2018), Penyakit CKD telah menyebabkan kematian pada 850.000 orang setiap tahunnya. Angka tersebut menunjukkan bahwa penyakit CKD menduduki peringkat ke-12 tertinggi sebagai penyebab angka kematian di dunia. Menurut hasil Global Burden Disease tahun 2015, CKD merupakan penyebab kematian peringkat ke-12, terhitung dengan jumlah 1,1 juta kematian di seluruh dunia. Secara keseluruhan, kematian akibat Chronic kidney disease (CKD) meningkat sebesar 31,7% selama 10 tahun terakhir, sehingga menjadi salah satu penyebab utama kematian, setelah diabetes dan demensia. Penderita CKD di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan diagnosa dokter adalah 3,8%, mengalami peningkatan 1,8% dibanding tahun 2013 yang berjumlah 2,0% (RISKESDAS,2018), Sedangkan untuk prevalensi CKD di Provinsi Jawa Barat dari hasil (RISKESDAS,2018) mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya 3,2%.

RSUD dr.Slamet merupakan salah satu RS rujukan di kabupaten Garut. Berdasarkan data Medical Record RSUD dr. Slamet Garut periode Januari sampai juni 2022 didapatkan hasil bahwa klien dengan CKD termasuk kedalam 10 penyakit terbesar di RSU dr. Slamet Garut dengan jumlah pasien sebanyak 14.294 orang (4,5%, meskipun CKD termasuk kedalam 10 besar penyakit di rumah sakit, penyakit ini perlu mendapatkan penanganan yang serius. Karena dapat menimbulkan masalah keperawatan aktual maupun resiko yang berdampak pada penyimpangan kebutuhan dasar manusia seperti kelebihan volume cairan, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan, perubahan integritas kulit, dan intoleransi aktivitas. (Medical Record RSU dr. Slamet Garut, 2021)

Kelebihan volume cairan adalah peningkatan retensi cairan isotonik dan peningkatan asupan atau retensi cairan (Herdman. 2018). Kondisi tersebut dapat dicegah, salah satunya melalui pembatasan asupan cairan dengan pemantauan intake output cairan, dan tindakan hemodialisis, hemodialisis sebagai terapi pengganti ginjal yang banyak dijalani oleh penderita di indonesia. (Nuari dan widayati, 2017). Masalah status hidrasi pada kasus CKD ini yang identik dengan kelebihan cairan dan jika tidak ditangani akan mengakibatkan kenaikan berat badan, edema pada ekstremitas, edema paru, dan sesak nafas. Selain itu, kondisi

overload/kelebihan cairan dapat menjadi faktor risiko terjadinya gangguan kardiovaskuler bahkan kematian (Anggraini,2016). Kondisi tersebut dapat dicegah, salah satunya melalui pembatasan asupan cairan dengan pemantauan intake outputcairan. Sehubungan dengan pentingnya program pembatasan cairan pada pasien dalam rangka mencegah komplikasi serta mempertahankan kualitas hidup, perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif, yang terdiri dari biologis, psikologis, sosial, dan spiritual melalui asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa,data intervensi,implementasi, dan evaluasi.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Safir RSUD dr. Slamet Garut sejak tanggal 11 Mei 2022 terdapat \pm 10 pasien CKD yang melakukan terapi hemodialisis. Dari total jumlah pasien tersebut 70% pasien mengeluh adanya rasa gatal, Lelah nyeri dan bengkak pada bagian kaki dan tangan. Dengan uraian di atas, penulis tertarik untuk membuat Karya Ilmiah Akhir dengan mengangkat judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Desease Di Ruang Safir RSUD dr. Slamet Garut”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka yang menjadi perumusan masalah adalah “Asuhan Keperawatan pada klien Dengan Gangguan Cronik Kidney Desease (CKD) di Ruang Safir RSUD dr.Slamet Garut?”

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Cronik Kidney Desease

1.3.2 Tujuan khusus

- a) Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien Cronik Kidney Desease (CKD) Di RSUD dr. Slamet Garut.

- b) Mampu Merumuskan Diagnosis Keperawatan pada klien Cronik Kidney Disease (CKD) Di RSUD dr. Slamet Garut
- c) Mampu Menyusun Perencanaan Keperawatan pada klien Cronik Kidney Disease (CKD) Di RSUD dr. Slamet Garut
- d) Mampu Melakukan Implementasi Keperawatan pada klien Cronik Kidney Disease (CKD) Di RSUD dr. Slamet Garut
- e) Mampu Melakukan Evaluasi Keperawatan pada klien Cronik Kidney Disease (CKD) Di RSUD dr. Slamet Garut

1.4 Manfaat Penelitian

- a) Untuk penelitian
Manfaat teoritis dari studi kasus ini adalah dapat menambah ilmu pengetahuan penulis ataupun pembaca tentang CKD dan juga sebagai materi tambahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada klien CKD
- b) Untuk Responden
Sebagai tambahan pengetahuan bagi klien dan keluarga untuk memahami keadaanya sehingga dapat mengambil kemampuan yang sesuai dengan masalah serta ikut memperhatikan dan melaksanakan tindakan yang diberi oleh perawat
- c) Untuk pelayan kesehatan
Dapat dijadikan bahan bagi perawat di fasilitas kesehatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan yang baik khususnya klien Cronic Kidney Disease
- d) Untuk Perguruan Tinggi
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan reverensi bagi mata kuliah keperawatan khususnya pengetahuan pada klien Cronic Kidney Disease

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian CKD

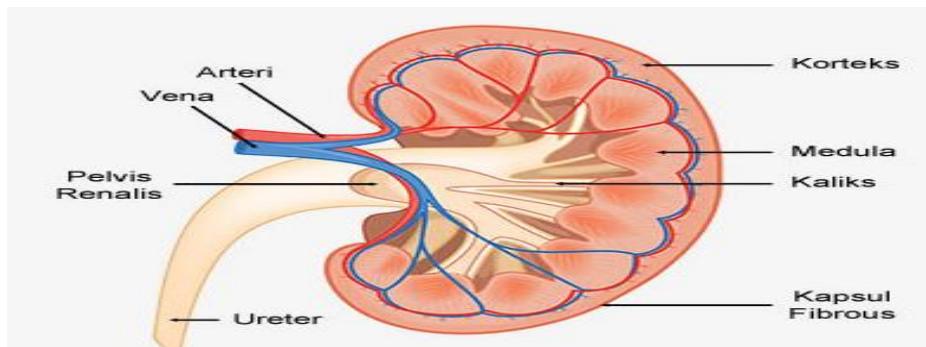
Gagal ginjal kronik atau Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan ketidakmampuan fungsi ginjal mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit yang mengakibatkan destruksi struktur ginjal yang progresif adanya manifestasi penumpukan bahan sisa metabolisme seperti toksik uremik didalam darah (Muttaqin & Sari, dalam Tanujiarso, dkk, 2014).

Gagal ginjal kronik atau Chronic Kidney Disease (CKD) adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan, dan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azotemia (Andra Safari, dalam Brunner & Suddarth, 2013).

Jadi gagal ginjal kronis atau Chronic Kidney Disease (CKD) adalah suatu penyakit yang menyebabkan tidak berfungsinya organ ginjal dalam melakukan fungsinya dengan baik seperti sebelumnya, yakni memetabolisme tubuh (Monika, dalam Muttaqim & Sari, dkk, 2014).

2.1.2 Anatomi Fisiologi Ginjal

Menurut Cynthia Lee Terry & Aurora Weaver, 2013, ginjal merupakan dua buah organ berbentuk seperti buah pir yang letaknya di superior, posterior abdomen, atau di rongga retroperitoneal. Kedua ginjal ini dibungkus oleh lapisan pelindung yang terbuat dari lemak, yang juga dilapisi oleh kelenjar adrenal yang letaknya berada tepat diatas kedua ginjal tersebut. Ginjal terdiri dari 2-3 juta unit fungsional yang disebut nefron.



Sumber gambar : Materi.Co.ID 2021

Glomerulus ini merupakan jaringan kerja yang keras yang dibungkus oleh kapsula bowman. Tugas dari glomerulus ini adalah untuk menyaring produk sisa yang berukuran sangat kecil. Laju filtrasi glomerulus (LFG) dijadikan indikator kualitas fungsi ginjal.

LFG dipengaruhi oleh filtrasi glomerulus, tekanan pada kapsula Bowman, dan tekanan onkotik plasma (tekanan protein plasma). Tekanan arteri rata rata harus dipertahankan antara 80-100 mmHg untuk mempertahankan aliran darah ke ginjal. Karena darah dan protein merupakan partikel yang besar untuk di filtrasi, maka darah dan protein tetap berada di ruang intravaskuler dan tidak difiltrasi. Proses filtrasi di glomerulus merupakan awal dari produksi urine.

Pada saat filtrat menuju ke tubulus kontortus proksimal, filtrat, mengumpulkan lebih banyak natrium dan air. Selanjutnya filtrat akan menuju lengkung Henle yang lebih tipis dan mereabsorpsi air tambahan. Lengkung Henle merupakan tempat dimana diuretik loop bekerja lebih keras dalam mengekresikan air.

Filtrat kemudian berjalan menuju tubulus kontortus distal dimana natrium terus diabsorpsi melalui proses transport aktif. Hidrogen, kalium, asam urat kemudian ditambahkan ke produk urine oleh sekresi tubular. Diuretik tiazid bekerja pada tubulus distal dan ion H⁺ juga diekresikan sebagai kompensasi selama terjadi asidosis.

Sistem hormon mempengaruhi ginjal pada hormon antidiuretik (ADH) dan sistem renin-angiotensin-aldosteron (SRAA). Kontrol hormonal ginjal diatur oleh ADH yang disekresikan kelenjar pituitari posterior. Ketika terdapat kenaikan pada osmolaritas serum, seperti dehidrasi, tubulus pengumpul pada ginjal meningkatkan permeabilitasnya terhadap air, yang meningkatnya konsentrasi filtrat, sehingga menyebabkan ginjal merestraksi pengeluaran air. Pada saat volume meningkat, proses ini akan berhenti.

2.1.3 Etiologi

Menurut Andra Saferi Wijaya, 2013 dalam buku Keperawatan Medikal Bedah

- a. Gangguan pembuluh darah ginjal : berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan kontraksi skleratik progresif pada pembuluh darah. Hiperpiasia fibromuskular pada satu atau lebih arteri besar yang juga menimbulkan sumbatan pada pembuluh darah. Nefrosklerosis oleh penebalan, hilangnya elastisitas sistem, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal ginjal
- b. Gangguan imunologis : seperti glomerulonefritis & SLE.
- c. Infeksi :dapat disebabkan oleh beberapa jenis bakteri terutama E. Coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus udapat disebabkan oleh beberapa jenis bakteri terutama E. Coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus urinarius bakteri. Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang lebih sering secara ascenden dari traktus urinarius pagi.
- d. Gangguan metabolik : seperti Diabetes Mellitus yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membran kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati aniloidosis yang disebabkan oleh endapan zat-zat

proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membran glomerulus.

- e. Gangguan tubulus primer : terjadinya nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.
- f. Obstruksi traktus primer : oleh batu ginjal. Hipertrofi prostat, dan Konstriksi uretra
- g. Kelainan kongenital dan herediter : penyakit polikistik= kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista/ kantong berisi cairan didalam ginjal dan organ lain, serta tidak adanya jar. Ginjal yang bersifat kongenital (hipoplasia renalis) serta adanya asidosis.

2.1.4. Klasifikasi

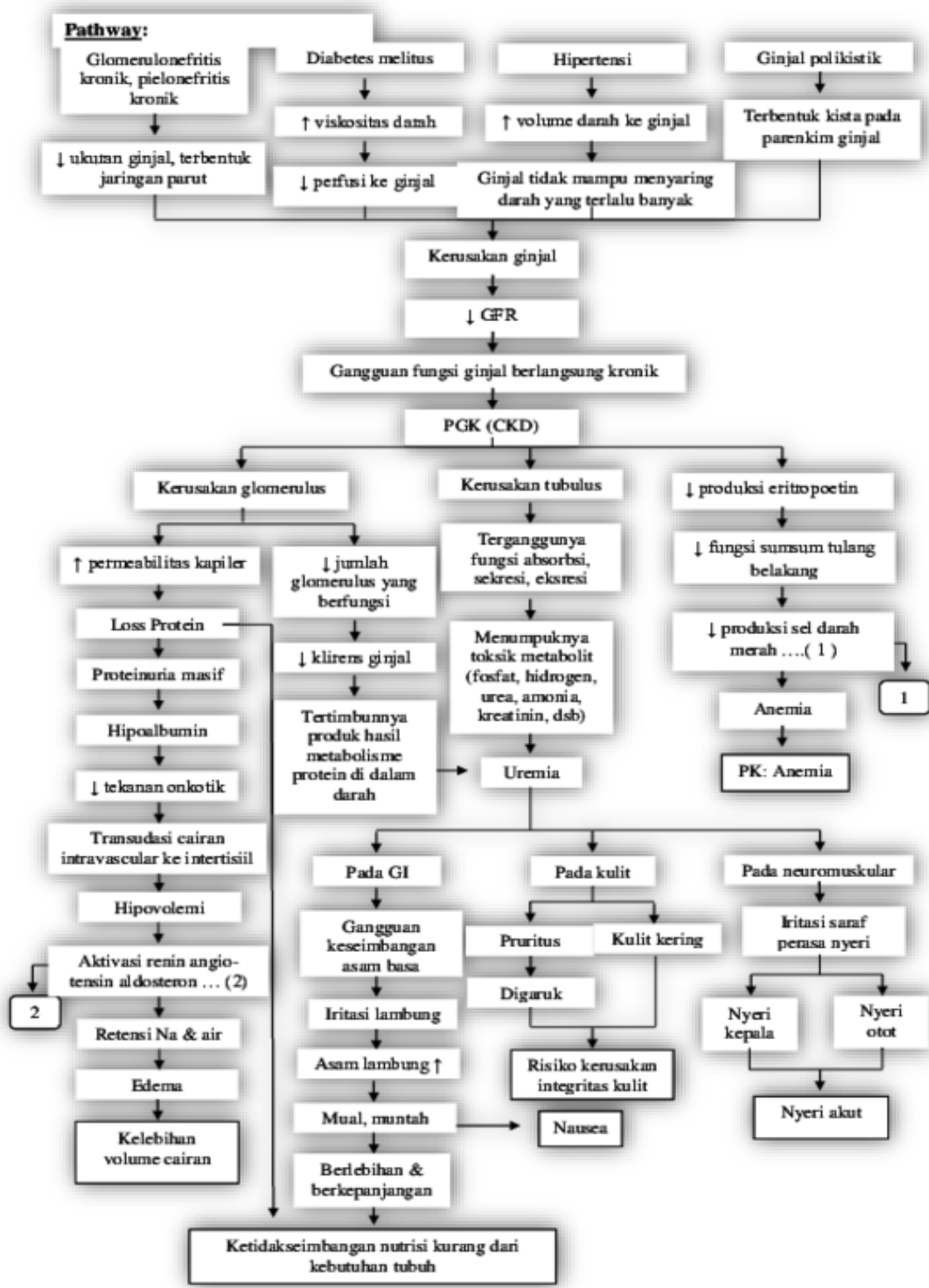
Gagal ginjal dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Andra Saferi Wijaya, 2013).

- a. Stadium 1 : penurunan cadangan ginjal, pada stadium kadar kreatinin serum normal dan penderita asimtomatik.
- b. Stadium 2 : insufisiensi ginjal, dimana lebih dari 75 % jaringan telah rusak, Blood Urea Nitrogen (BUN) meningkat, dan kreatinin serum meningkat.
- c. Stadium 3 : gagal ginjal stadium akhir atau uremia.

2.1.5 Patofisiologi

Patogenesis gagal ginjal kronik atau Chronic Kidney Disease (CKD) melibatkan penurunan dan kerusakan nefron yang diikuti kehilangan fungsi ginjal yang progresif. Total laju filtrasi glomerulus (GFR) menurun dan klirens menurun, BUN dan kreatinin meningkat. Nefron yang masih tersisa mengalami hipertrofi akibat usaha menyaring jumlah cairan yang lebih banyak. Akibatnya, ginjal kehilangan kemampuan memekatkan urine. Tahapan untuk melanjutkan ekresi, sejumlah besar urine dikeluarkan, yang menyebabkan klien mengalami kekurangan cairan. Tubulus secara bertahap kehilangan kemampuan menyerap elektrolit. Biasanya, urine yang dibuang mengandung banyak sodium sehingga terjadi poliuri

berlebih. Oleh karena gagal ginjal berkembang dan jumlah nefron yang berfungsi menurun, GFR total menurun lebih jauh. Dengan demikian tubuh menjadi tidak mampu membebaskan diri dari kelebihan air, garam, dan produk sisa metabolisme (Bayhakki, 2013).



2.1.6 Manifestasi klinis

A. Manifestasi klinis menurut (Long,1996) dalam buku Keperawatan Medikal Bedah dalam Karnaen, Adam, dkk, 2013.

- a) Gejala dini : lethargi, sakit kepala, kelelahan fisik dan mental, berat badan berkurang, mudah tersinggung, depresi.
- b) Gejala yang lebih lanjut : anoreksia, mual disertai muntah, nafas dangkal atau sesak nafas baik waktu ada kegiatan atau tidak, edema.

B. Manifestasi klinis menurut Yasmara Deni, 2016.

- a) Faktor predisposisi
- b) Mulut kering, terasa haus
- c) Letih
- d) Mual
- e) Cegukan
- f) Kram otot
- g) Fasikulasi
- h) kedutan otot
- i) Amenore
- j) Penurunan libido
- k) Turgor kulit buruk
- l) Warna kulit perunggu kekuningan dan pucat
- m) Kuku jari mudah patah dan kering, rambut tipis dan mudah rontok
- n) Retardasi pertumbuhan (pada anak)

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada pasien gagal ginjal kronik/ Chronic Kidney Disease (CKD) menurut Yasmara Deni, dkk, 2016.

1. Laboratorium

Kadar BUN (normal: 5-25 mg/dL)², kreatinin serum (normal 0,5-1,5 mg/dL; 45-132,5 µmol/ L [unit SI])², natrium (normal: serum 135-145 mmol/L;

urine: 40-220 mEq/L/24 jam), dan kalium (normal: 3,5-5,0 mEq/L; 3-5,0 mmol/Lm [unit SI])² meningkat.

2.) Analisis gas darah arteri menunjukkan penurunan pH arteri

Pasien mengalami proteinuria, glikosuria, dan pada urine ditemukan sedimentasi, leukosit, sel darah merah, dan kritsal.

Radiografi KUB, urografi ekskretorik, nefrotomografi, scan ginjal, dan arteriografi ginjal menunjukkan penurunan ukuran ginjal.

a. Biopsi ginjal

b. EEG

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronik atau Chronic Kidney Disease (CKD) adalah (Prabowo, 2014):

a. Penyakit tulang

b. Penyakit kardiovaskuler

c. Anemia

d. Disfungsi seksual

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien gagal ginjal kronik/ Chronic Kidney Disease (CKD) menurut Andra Saferi, 2013:

- a. Pengaturan minum : pemberian cairan
- b. Pengendalian hipertensi : intake garam
- c. Pengendalian K⁺darah
- d. Penanggulangan anemia : transfuse
- e. Penanggulangan asidosis
- f. Pengobatan dan pencegahan infeksi
- g. Pengaturan protein dalam makan
- h. Pengobatan neuropati
- i. Dialisis
- j. Transplantasi

2.2 Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD)

2.2.1 Pengkajian

Menurut Andra Saferi (2013), Pengkajian pada pasien gagal ginjal kronik / Chronic Kidney Disease (CKD) adalah :

a. Anamnesis

Pengkajian antara lain keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu

b. Keluhan Utama

Biasanya pasien dengan gagal ginjal kronik mengalami rasa nyeri pada bagian pinggang, BAK dalam jumlah sedikit, perut membesar, mual muntah, tidak nafsu makan, gatal pada kuli.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kemungkinan adanya DM, nefrosklerosis, Hipertensi, GGA yang tak teratasi, obstruksi/ infeksi, urinarius, penyalahgunaan analgetik.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat asidosis tubulus ginjal dan penyakit polikistik dalam keluarga.

e. Riwayat Kesehatan Sekarang

- 1.) Aktivitas/ istirahat : Kelelahan yang ekstrem, kelemahan, malaise.
- 2.) Sirkulasi : Riwayat Hipertensi, nyeri dada.
- 3.) Integritas Ego : Faktor stress, contoh finansial, hubungan, perasaan tak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekuatan
- 4.) Eliminasi : Penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria, abdomen kembung, diare/ konstipasi
- 5.) Makanan/ cairan : BB meningkat (edema), BB menurun (malnutrisi), anoreksia (tidak nafsu makan) penggunaan diuretik.

- 6.) Neurosensori : Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot/ kejang, sindrom kaki gelisah, kebas rasa terbakar pada telapak kaki (neuropati perifer).
- 7.) Nyeri/ kenyamanan : Nyeri pinggul, sakit kepala, kram otot/ nyeri kaki (memburuk pada malam hari).
- 8.) Pernafasan : Nafas pendek, dispnue, batuk dengan/ tanpa sputum kental dan banyak.
- 9.) Keamanan : kulit gatal, ada/ berulangnya infeksi
- 10.)Sexualitas : penurunan libido, amenore.

f. Pemeriksaan fisik

- 1.) Keadaan Umum dan Tanda- Tanda Vital Kondisi gagal ginjal kronik biasanya lemah (fatigue), tingkat kesadaran bergantung pada tingkat toksisitas. Pada pemeriksaan TTV sering didapatkan RR meningkat (tachyneu), hipertensi/ hipotensi sesuai kondisi fluktuatif (Prabowo &Pranata, 2014).
- 2.) B1 (Breathing)Pada pasien gagal ginjal kronik/ Chronic Kidney Disease(CKD) biasanya mendapatkan bau napas sering kali dikaitkan dengan rasa logam dalam mulut, dapat terjadi edema dalam paru, pleuritis, pernapasan kusmaul (Priscilla LeMone, dkk, 2017).
- 3.) B2 (Blood)Penyakit yang berhubungan dengan kejadian gagal ginjal kronik salah satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi diatas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnasi ini akan memicu retensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan beban jantung (Prabowo & Pranata, 2014).
 - a) Hipertensi sedang ditandai dengan TD= 165/105 mmHg
 - b) Takikardia ditandai dengan N = 110x/menit, irreguler (aritmia).
 - c) Konjungtiva anemis
 - d) Akral hangat, basah, dan pucat
 - e) CRT = 4 detik
- 4.) B3 (Brain) Pengkajian yang dapat dilihat dari aspek ini adalah kesadaran.

Pada pasien gagal ginjal kronik yang didapatkan kesadaran *compos mentis* dengan GCS E: 4 V:5 M:6. Menurut Priscillia LeMone, dkk, 2017.

Manifestasi gagal ginjal kronik/ Chronic Kidney Disease (CKD) terjadi lebih awal dan mencakup perubahan mental kesulitan berkonsentrasi, kelelahan, dan insomnia. Gejala psikotik, kejang, dan koma dikaitkan dengan ensefalopati uremik lanjut.

5.) B4 (Bladder) Dengan gangguan/ kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi, dan ekskresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urine output <400 ml/ hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output (Prabowo & Pranata, 2014).

a.) Urine berwarna merah dan nyeri

b.) Berkemih spontan tanpa alat bantu

c.) Produksi urine 300 cc/hari, Intake Oral = 2000 ml/hari

IWL = 15 x BB = 1275 ml/hari

Balance Cairan = Intake oral – (Urine Output + IWL) =

2000- (300+ 1275)= 425

Jadi I ≠ O maka disimpulkan pasien mengalami kelebihan cairan di dalam tubuh.

6.) B5 (Bowel) BB badan mengalami penurunan, anoreksia, mual dan muntah adalah gejala awal uremia, cegukan biasa dialami, nyeri perut, fetor uremik, bau napas seperti urine seringkali dapat menyebabkan anoreksia (Priscilla LeMone, dkk, 2017).

7.) B6 (Bone) Pada pasien gagal ginjal kronik/ Chronic Kidney Disease (CKD) sering terjadi nyeri otot dan tulang, kelemahan otot, pasien beresiko mengalami fraktur spontan. Gangguan pada kulit yaitu pucat, warna kulit uremik (kuning hijau), kulit kering, turgor buruk, preuritis, edema (Priscilla LeMone, 2017).

2.2.2 Analisa data

DATA	ETIOLOGI	DIAGNOSA
	<p>Perubahan warna kulit</p> <p>↓</p> <p>Iritasi lambung</p> <p>↓</p> <p>Hematemesis melena</p> <p>↓</p> <p>Iritasi lambung anemia keletihan</p> <p>↓</p> <p>Suplai o₂ jaringan turun</p> <p>↓</p> <p>Metabolism anerob</p> <p>↓</p> <p>Asam laktat naik</p> <p>↓</p> <p>Fatigue nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<p>Nyeri akut</p>
	<p>CKD</p> <p>↓</p> <p>Tidak mampu mengekstresikan asam (H)</p> <p>↓</p> <p>Asidosis</p> <p>↓</p> <p>Hiperventilasi</p> <p>↓</p>	<p>Pola nafas tidak efektif</p>

	Pola nafas tidak efektif	
	<p>Kerusakan glomerulus</p> <p>↓</p> <p>Permeabilitas kapiler</p> <p>↓</p> <p>Loss protein</p> <p>↓</p> <p>Proteinuria massif</p> <p>↓</p> <p>Hipoalbumin</p> <p>↓</p> <p>Tekanan onkotik</p> <p>↓</p> <p>Transudasi cairan intravascular ke intertisil</p> <p>↓</p> <p>Hipovolemi</p> <p>↓</p> <p>Aktivitasi renin angiotensin all dosteron...(2)</p> <p>↓</p> <p>Retensi Na & air</p> <p>↓</p> <p>Edema</p> <p>↓</p> <p>Kelebihan volume cairan</p>	<p>Kelebihan Volume Cairan</p>

2.2.3 Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang mungkin sering muncul pada pasien gagal ginjal kronik/ Chronic Kidney Disease (CKD) menurut Huda dan Hardhi dalam NANDA NIC NOC, 2015.

- a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan ketidakmampuan ginjal mengekresi air dan natrium.
- b. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pembatasan diit dan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi.
- c. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan suplai O₂ dan nutrisi ke jaringan sekunder.
- d. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek uremia.

2.2.4. Intervensi (Perencanaan)

Diagnosa keperawatan	Noc	Nic
Kelebihan volume cairan berhubungan dengan Asupan cairan berlebihan	Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam volume cairan seimbang. Kriteria Hasil : 1.) Terbebas dari edema, efusi, anasarka 2.) Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign normal.	1.) Kaji status cairan : timbang berat badan, keseimbangan masukan dan keluaran, turgor kulit dan adanya edema 2.) Batasi masukan cairan 3.) Berikan metode mengulum es batu 4.) Identifikasi sumber potensial cairan. 5.) Kolaborasi pemberian cairan sesuai terapi.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi	<p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam nutrisi seimbang dan adekuat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Nafsu makan meningkat 2.) Tidak terjadi penurunan BB 3.) Masukan nutrisi adekuat 	<ol style="list-style-type: none"> 1.) Monitor adanya mual dan muntah 2.) Monitor adanya kehilangan berat badan dan perubahan status nutrisi 3.) Monitor albumin, total protein, hemoglobin, dan hematocrit level yang menindikasikan treatment selanjutnya 4.) Monitor intake nutrisi dan kalori klien 5.) Berikan makanan sedikit tapi sering 6.) Berikan perawatan mulut kering 7.) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet yang sesuai terapi.
Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan volume cairan	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam kerusakan integritas kulit tidak terjadi</p> <p>Kriteria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.) Monitor adanya tanda tanda kerusakan integritas kulit 2.) Monitor warna kulit

	<p>Hasil : 1.) Elastisitas dan kelembaban dalam rentang normal</p>	<p>3.) Monitor temperatur 4.) Catat adanya perubahan kulit dan membran mukosa 5.) Ganti posisi dengan sering 6.) Anjurkan intake dengan kalori dan protein yang adekuat</p>
--	--	--

2.3.5 Implementasi

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan Asupan cairan berlebihan

Implementasi :

- 1.) Mengkaji status cairan : timbang berat badan, keseimbangan masukan dan keluaran, turgor kulit dan adanya edema
- 2.) Membatasi masukan cairan
- 3.) Memberikan metode mengulum es batu
- 4.) Mengidentifikasi sumber potensial cairan.
- 5.) Berkolaborasi pemberian cairan sesuai terapi.

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi.

Implementasi :

- 1.) Memonitor adanya mual dan muntah
- 2.) Memonitor adanya kehilangan berat badan dan perubahan status nutrisi
- 3.) Memonitor albumin, total protein, hemoglobin, dan hematocrit level yang menindikasikan treatment selanjutnya
- 4.) Memonitor intake nutrisi dan kalori klien
- 5.) Memberikan makanan sedikit tapi sering

- 6.) Memberikan perawatan mulut kering
- 7.) Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet yang sesuai terapi.

d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan volume cairan

Implementasi :

- 1.) Memonitor adanya tanda tanda kerusakan integritas kulit
- 2.) Memonitor warna kulit
- 3.) Memonitor temperatur
- 4.) Mencaatat adanya perubahan kulit dan membran mukosa
- 5.) Mengganti posisi dengan sering
- 6.) Menganjurkan intake dengan kalori dan protein yang adekuat

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah respon pasien terhadap standar atau kriteria yang ditentukan oleh tujuan yang ingin dicapai. Penulisan pada tahap evaluasi proses keperawatan yaitu terhadap jam melakukan tindakan, data perkembangan pasien yang mengacu pada tujuan, keputusan apakah tujuan tercapai atau tidak, serta ada tanda tangan atau paraf. Evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan. Evaluasi disini menyediakan nilai informasi yang mengenai pengaruh dalam hal perencanaan (intervensi) yang telah direncanakan secara seksama dan merupakan hasil dari perbandingan yang diamati dengan cara melihat hasil dari kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan tersebut (Triyoga, 2015).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain

Desain yang digunakan adalah studi kasus, yaitu studi yang mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu. Studi kasus ini adalah studi kasus yang mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien Cronic Kidney Desease di RSUD dr.Slamet Kabupaten Garut 2022.

3.2 Subyek / Sampel laporan kasus

Dalam laporan kasus ini sampel menelitian adalah klien dan. Subyek yang digunakan pada penelitian studi kasus ini adalah 1 klien atau 1 kasus dimana satu klien tersebut memiliki diagnosa medis dengan masalah keperawatan yang sama, yaitu Cronik Kidney Desease.

3.3 Tempat dan Waktu Pelaksanaan

Pengambilan kasus dalam tugas akhir ini di lakukan selama 3 hari pada pasien Cronik Kidney Desease yang di rawat di ruang Safir RSUD dr.Slamet Kabupaten Garut.

3.4 Waktu Pelaksanaan Studi Kasus

Waktu penelitian dilakukan pada bulan 23 juli sampai 25 juli 2022, yang di mulai dari kegiatan menyusun proposal, pengumpulan data di lanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan studi kasus.

a. Tahap Pelaksanaan

1. Tahap persiapan

Tahap persiapan dimulai dengan mempersiapkan pengurusan surat pengantar studi pendahuluan dari Ketua Jurusan Keperawatan, menyerahkan kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik, dan menyerahkan surat ke RSUD dr.Slamet Garut.

2. Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan dimulai setelah pengurusan surat pengantar studi pendahuluan dari Ketua Jurusan Keperawatan, kemudian menyerahkan kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik, setelah surat disetujui peneliti diberikan surat pengantar kemudian menyerahkan surat kepada RSUD dr.Slamet. Setelah surat disetujui mulai melakukan studi pendahuluan di RSUD dr.Slamet Garut. Penulis melakukan pendekatan dan pengambilan data pada petugas kesehatan untuk menentukan masalah pada pasien di RSUD dr.Slamet, kemudian Tahap selanjutnya Penulis menemui subyek pasien dengan Cronik Kidney Desease kemudian Penulis menjelaskan tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian, proses penelitian, keamanan data dan membuat persetujuan dengan subyek berupa informed consent. Setelah dilakukan informed consent dengan subyek Penulis melakukan kontrak waktu dengan subyek saat di RSUD dr.Slamet Garut untuk melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah subyek dan menjelaskan prosedur tindakan keperawatan.

3. Tahap akhir

Peneliti melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang sudah dilakukan selama 3 hari di ruang perawatan subyek dan melakukan dokumentasi keperawatan

3.5 Fokus studi yang akan diteliti

Fokus studi kasus ini Asuhan Keperawatan pada Pasien Cronik Kidney.

3.6 Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data diperlukan dalam studi kasus ini karena bertujuan untuk mengumpulkan data-data penting dari pasien yang dikelola. Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

- 1) Wawancara Hal-hal yang perlu di wawancarai agar mendapatkan data yang spesifik ialah sebagai berikut:
 - a) Menanyakan identitas pasien.
 - b) Menanyakan keluhan utama.
 - c) Menanyakan riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.
 - d) Menanyakan informasi tentang pasien kepada keluarga.
- 2) Observasi / Memonitor Observasi menurut Hidayat (2018) ialah pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung kepada responden untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti.
- 3) Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dan dilakukan dengan menggunakan format asuhan keperawatan.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang digunakan adalah menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan dengan kasus Cronik Kidney Desease. Studi kasus ini juga meenggunakan leaflet dalam melakukan tindakan keperawatan dan jenis SOP yang digunakan tentang Ketidakseimbangan Cairan Dan Elektrolit.

3.7 Pengolahan dan Penyajian Data

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga), seperti orang tua, saudara, atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan pasien yang

dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya

3.8 Etika Studi Kasus

Pada penelitian ini dicantumkan etika yang menjadi dasar penyusunan studi kasus yang terdiri dari :

1. Informed consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

2. Anonimity

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Confidentiality

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Asuhan keperawatan

PENGAJIAN

TANGGAL PENGAJIAN :23 JULI

IDENTITAS PASIEN

No RM :01156564
Nama :NY.I
Jenis kelamin :PEREMPUAN
Usia :65 TAHUN
Status perkawinan :KAWIN
Agama :ISLAM
Suku bangsa :INDONESIA
Pendidikan :SD
Bahasa yang digunakan :BAHASA SUNDA
Pekerjaan :BURUH
Alamat :KARANGPAWITAN
Diagnosa medis :CKD,DM

PENANGGUNG JAWAB

Nama :YATI
Jenis kelamin :PEREMPUAN
Usia :19 TAHUN
Hubungan dengan pasien :CUCU
Pendidikan :SMA
Pekerjaan PELAJAR
Alamat :KARANGPAWITAN

RIWAYAT KESEHATAN

Riwayat kesehatan sekarang : Pasien masuk IGD pada tanggal 20 Juli dengan keluhan sesak bengkak dan mudah lelah saat beraktivitas pasien mengatakan nyeri

seperti tertusuk tusuk dirasakan didaerah perut dengan skala 4 (0-10) nyeri dirasakan apabila telat makan dan berkurang apabila diistirahatkan disertai dengan lemas dan sesak

Riwayat kesehatan masalalu : Pasien mengatakan punya riwayat diabetes mellitus sejak 4 tahun lalu

Riwayat kesehatan keluarga : Pasien mengatakan tidak ada penyakit yang di alami seperti pasien.

4. PENGKAJIAN FISIK

a. Keadaan Umum

Kesadaran : Compos mentis

Umum : Baik

GCS : 15

b. Tanda- Tanda Vital

1. Tekanan darah : 120/80

2. Suhu : 36,5

3. Nadi : 95

4. Respirasi : 20x/menit

5. SPO2 : 99

c. Pemeriksaan fisik

1. kepala

Bentuk : oval

Warna rambut : ber uban

Kebersihan : bersih

Konjungtiva : anemis

2. Mata

Kesimetrisan mata terlihat simetris kiri dan kanan penglihatan mulai

menurun, konjungtiva anemis, palpebral tidak edema, mata tampak cekung, pupil isocor dengan diameter 4mm.

3. Hidung

Hidung simetris antara lubang kiri dan kanan baik, tidak ada kelainan biasa membedakan bau, bersih dan tidak ada secret

4. Telinga

Telinga simetris antara telinga kiri dan kanan baik, tidak ada gangguan dan bersih tidak ada serumen

5. Leher

Leher simetris bias bergerak dengan normal tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

6. mulut

Mulut baik, bias membedakan rasa, gigi terdapat berlubang pada bagian atas dan bawah

7. Dada

Dada tampak simetris, irama nafas normal dengan frekuensi 20x/menit tidak ada jejas, palpasi teraba getaran sama antara kanan dan kiri teraba simetris antara kanan kiri auskultasi vasikuler

8. Abdomen

Warna kulit putih tidak ada pernafasan perut otot bentuk simetris lesi tidak ada negative perkusi normal bising usus + 15x/menit

9. Genetalia

Genetalia tidak terdapat kelainan pada genetalia

10. Ekstermitas bawah dan atas

a. Ekstermitas atas

Simetris kiri dan kanan tidak ada nyeri tekan CRT lebih dari 2 detik dan terpasang infus ditangan kanan udim positif lesi positif dikedua tangan kekuatan otot normal

b. Ekstermitas bawah

Simetris kiri dan kanan tidak ada kelainan CRT lebih dari 2 detik udim positif kekuatan otot normal

c. Data Psikologis

Pada saat dikaji pasien sedikit cemas akan keadaan sekarang

d. Data Sosial

Pasien dapat berinteraksi dengan baik diantaranya keluarga,perawat,dokter

e. Data Spiritual

Pasien adalah seorang muslim terlihat pada saat dikaji klien selalu berdoa agar lekas sembuh dari penyakit ini.

5. Pola aktivitas

No	Jenis aktivitas	Sebelum sakit	Sesudah sakit
1	Pola Nutrisi a. Makan Jenis makan Frekuensi Porsi Cara b. Minum Jenis minum Frekuensi Cara	Nasi 3x1 hari 1 porsi habis Mandiri Air putih 6-8 gelas / hari Mandiri	Nasi/bubur 2x1 hari ½ porsi Dibantu Air putih 5-6 gelas / hari Mandiri
2	Pola eiminasi a. Bab Frekuensi Konsistensi Warna Bau Cara b. Bak Frekuensi	1-2x hari Padat Khas feses Khas feses Mandiri 4-5 x hari	1x hari Padat Khas feses Khas feses Dibantu 7-8 x hari

	Warna Bau Cara	Khas urine Khas urine Mandiri	Kuning Khas urine Dibantu
3	<p>a. Pola istirahat tidur</p> <p>Tidur siang Tidur malam Kualitas</p> <p>b. Personal hygiene</p> <p>Mandi Ganti baju Keramas Cara</p>	<p>2-3 jam / Hari 7-8 jam / Hari Nyenyak</p> <p>2x1 hari 2x1 hari 1x hari Mandiri</p>	<p>2 jam /hari 5-6 jam / hari Sering kebangun</p> <p>Tidak 1x hari Tidak Dibantu</p>

6. Pemeriksaan penunjang

No	Nama Test	Hasil	Unit	Nilai normal
1	Hematologi			
	Hemoglobin	8,5	g/dl	12.0-16.0
	Hematocrit	26	%	35-47
	Lekosit	5.070	/mm ³	3.800-
	Trombosit	323.000	/mm ³	10.600
	Eritrosit	2,93	Juta/mm ³	150.000-
	Basophil	1	%	440.000
	Eosinophil	3	%	3.6-5.8
	Batang	0	%	0-1
	Nertopil	70	%	1-6

	Limposit	21	%	3-5
	Monosit	5	%	50-70
	NLK	3,24	%	30-45
				2-10
2	Kimia Klinik			
	Protein total	5,64	g/dl	6.6-8.7
	Albumin	3.02	g/dl	3,5/5
	AST(SGOT)	28	U/L	s/d 31
	AST(SGPT)	25	U/L	s/d 31
	Ureum	97	mg/dl	15-20
	Kreatinin	5.5	mg/dl	0,5-1,3
	Glukosa darah	118	mg/dl	440
	sewaktu electrolyte			
	Natrium Na	141	MEq/L	135-1445
	Kalium (K)	5.1	MEq/L	3,6-5,5
	Klorida (Cl)	109	MEq/L	98-108
	Kalsium (ca.bebas)	4.24	Mg/dl	4,7-5,2

7. Terapi Medis

1. furosemide 3x40: IV

2.Kidmin 1.1 : IV

3.Vip albumin 2.1 :Oral

4.Kalitake 2.1 :Oral

5.Humolog 3.5 :IM

8. Analisa data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk tusuk</p> <p>DO: Pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>TD : 120/80</p> <p>N : 100</p> <p>SPo2: 94</p> <p>RR : 22</p>	<p>Perubahan warna kulit</p> <p>↓</p> <p>Iritasi lambung</p> <p>↓</p> <p>Hematemesis melena</p> <p>↓</p> <p>Iritasi lambung anemia keletihan</p> <p>↓</p> <p>Suplai o₂ jaringan turun</p> <p>↓</p> <p>Metabolism anerob</p> <p>↓</p> <p>Asam laktat naik</p> <p>↓</p> <p>Fatigue nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut
2	<p>DS: Pasien mengatakan sesak</p> <p>DO: Spo₂ 94 bernasal canul 27x/menit</p> <p>Pasien tampak sesak</p> <p>5 Lpm RR: 20 TD: 120/80</p>	<p>CKD</p> <p>↓</p> <p>Tidak mampu mengekstresikan asam (H)</p> <p>↓</p> <p>Asidosis</p> <p>↓</p> <p>Hiperventilasi</p> <p>↓</p>	Pola nafas tidak efektif

		Pola nafas tidak efektif	
3	<p>DS: Pasien mengatakan tangan dan kaki bengkak</p> <p>DO: Tangan dan kaki bengkak udim positif CRT lebih dari 2 detik</p>	<p>Kerusakan glomerulus</p> <p>↓</p> <p>Permeabilitas kapiler</p> <p>↓</p> <p>Loss protein</p> <p>↓</p> <p>Proteinuria massif</p> <p>↓</p> <p>Hipoalbumin</p> <p>↓</p> <p>Tekanan ontokotik</p> <p>↓</p> <p>Transudasi cairan intravascular ke intertisil</p> <p>↓</p> <p>Hipovolemi</p> <p>↓</p> <p>Aktivitasi renin angiotensin all dosteron...(2)</p> <p>↓</p> <p>Retensi Na & air</p> <p>↓</p> <p>Edema</p> <p>↓</p> <p>Kelebihan volume cairan</p>	Kelebihan Volume Cairan

9. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut b.d keadaan sakit
2. Pola nafas tidak efektif b.d keadaan penyakit
3. Kelebihan volume cairan b.d kerusakan glomerulus

10. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1. Nyeri akut b.d keadaan sakit	<ul style="list-style-type: none"> - pain level - pain control - comfort level <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri mampu menggunakan nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri. Mencari bantuan) 2. melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. mampu mengenali nyeri (skala intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Pain management</p> <ul style="list-style-type: none"> - lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan factor presipitasi - observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan - gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri - evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain

		<p>tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</p> <ul style="list-style-type: none"> - bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan - control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
<p>2. Pola Nafas Tidak Efektif b.d Keadaan penyakit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Respiratory status:ventilation - Respiratory status: Airways patency - vital sign status <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. menunjukkan jalan nafas yang paten (pasien tidak merasa 	<ul style="list-style-type: none"> - Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw trus bila perlu - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi - Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan - Pasang mayo bila perlu - Lakukan fisioterapi dada jika perlu - Keluarkan secret dengan batuk atau suction - Auskultasi suara nafas catat adanya suara tambahan – Lakukan suction pada mayo - Berikan bronkodilator bila perlu

	<p>tercekik irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal tidak ada suara nafas abnormal)</p> <p>3. tanda tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab - atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan - Monitor respirasi dan status o2 oxygen therapy - Bersihkan mulut hidung dan secret trakea - Pertahankan jalan nafas yang paten - Atur peralatan oksigenasi - Monitor aliran oksigenasi - Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi - Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi - Monitor TD, nadi, suhu dan
--	---	---

<p>3. Kelebihan Volume Cairan b.d Kerusakan Glomerulus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Flectrolit and acid base balance - Fluid balance - Hydration <p>Kriteria Hasil</p> <p>1. Terbebas dari edema, efusi, anaskara</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Timbang popok/pembalut jika diperlukan - Pertahankan catatan intake output yang akurat - Pasang urin kateter jika diperlukan
--	---	--

	<p>2. Bunyi nafas bersih, tidak ada dsypneu/ortopneu</p> <p>3. Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+)</p> <p>4. Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal</p> <p>5. Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingunan</p> <p>6. Menjelaskan indicator kelebihan cairan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, Osmolalitas urin) - Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWC - Monitor vital sign - Monitor indikasi retensi/kelebihan cairan (cracles, CVP, edema, distensi veana leher, asites) - Kaji loksai dan luas edema - Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori -Monitor status nutrisi - Kolaborasi pemberian diuretic sesuai intruksi - Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatremi dilusi dengan serum Na<130 mEq/L - Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebihan memburuk
--	--	---

11. Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.Nyeri Akut b.d keadaan sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Pada tanggal 23 juli jam 07:15 Perawat Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik,durasi,frekuensi kualitas dan factor presipitasi - Pada jam 07:20 perawat mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan - Pada jam 07:25 perawat menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - Pada jam 07:30 perawat mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 	<p>23/7/2022 Jam 13:00</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati.</p> <p>O: R:26x/mnt TD:120/70.</p> <p>Pasien tampak meringis kesakitan.</p> <p>Skala nyeri 4 (0-10) nyeri sedang</p> <p>A: Nyeri akut</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	

<p>2.Pola nafas tidak efektif</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pada tanggal 23 juli jam 07:35 memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi - Pada jam 07:40 perawat melakukan auskultasi suara nafas - Pada jam 07:45 memberikan terapi oksigen - Pada jam 07:50 perawat melakukan posisi semi fowler 	<p>23/7/2022 Jam 13:00</p> <p>S: Pasien mengakatan sesak, bengkak pada kaki dan tangan</p> <p>O: R:26x/mnt TD:120/70 o2 (+) edema pada kaki dan tangan</p> <p>A: Pola nafas tidak Efektf</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>
<p>3.Kelebihan Volume Cairan</p>	<p>Pada tanggal 23 juli jam 08:00 perawat mempertahankan catatan intake output yang akurat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada jam 08:15 perawat mengkaji lokasi dan luas edema - Pada jam 08:20 Menghitung intake dan output cairan. - Intake inf 500 minum 1500 Output 700+IWL500=1200 - Pada jam 08:25 perawat memonitor masukan 	<p>23/7/2022 Jam 13:00</p> <p>S: Pasien mengeluh tangan dan kaki bengkak</p> <p>O: Pasien tampak bengkak. TD:120/70 CRT>3 detik edema pada kaki dan tangan.</p> <p>A: Kelebihan Volume Cairan</p>

	makanan/cairan dan hitung intake kalori	P: Lanjutkan Intervensi	
1. Nyeri akut b.d keadaaan sakit	<p>Pada tanggal 24 juli jam 07:15 Perawat Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik,durasi,frekuensi kualitas dan factor presipitasi</p> <p>- Pada jam 07:20 perawat mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>- Pada jam 07:25 perawat m</p>	<p>S: Os mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O: Os pasien kadang meringis kesakitan.</p> <p>Skala nyeri 3 (0-10)</p> <p>A: Nyeri akut</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
2. Pola Nafas Tidak Efektif b,d Keadaan penyakit	<p>- Pada tanggal 24 juli jam 07:35 perawat mengposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>- Pada jam 07:40 perawat memberikan terapi oksigen</p>	<p>24/72022 jam 13:00</p> <p>S: Os mengeluh sesak</p> <p>O: Os tampak sesak.</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> - Pada jam 07:45 perawat melakukan auskultasi suara nafas - Pada jam 07:50 perawat melakukan posisi semi fowler - Pada jam 08:00 perawat melakukan monitor respirasi dan status o2 oxygen therapy - Pada jam 08:10 perawat melakukan Monitor TD, nadi,suhu dan RR 	<p>Spo2:94%, O2 terpasang nasal canul.</p> <p>A: Pola nafas tidak efektif</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
<p>3.Kelebihan Volume Cairan b,d</p> <p>Kerusakan Glomerulus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pada tanggal 24 juli jam 08:00 perawat mempertahankan catatan intake output yang akurat - Pada jam 08:15 perawat mengkaji loksai dan luas edema - Pada jam 08:20 Menghitung intake dan output cairan. - Intake inf 500 minum 1000 Output $600 + IWL500 = 1100$ - Pada jam 08:25 perawat memonitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori - Pada jam 09:00 perawat mengkolaborasi dengan 	<p>24/7/2022 Jam 13:00</p> <p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki dan tangan.</p> <p>O: Pasien tampak bengkak.</p> <p>TD:120/70</p> <p>CRT>3 detik edema pada kaki dan tangan.</p> <p>A: Kelebihan Volume Cairan</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	

	dokter jika tanda cairan berlebihan memburuk		
--	--	--	--

1. Nyeri akut b.d keadaan sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Pada tanggal 25 juli jam 07:15 Perawat Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan factor presipitasi - Pada jam 07:20 perawat mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan - Pada jam 07:25 perawat menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 	<p>S: Os tidak ada keluhan nyeri.</p> <p>O: Os pasien tampak tenang.</p> <p>Skala nyeri 0 (0-10)</p> <p>A: Nyeri akut</p> <p>P: Masalah teratasi</p>	
2. Pola nafas tidak efektif b.d keadaan penyakit	<ul style="list-style-type: none"> Pada tanggal 25 juli jam 07:35 perawat mengposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi - Pada jam 07:40 perawat memberikan terapi oksigen - Pada jam 07:45 perawat melakukan auskultasi suara nafas 	<p>S: Os mengeluh sesak berkurang.</p> <p>O: Os tampak tenang.</p> <p>Spo2:98%, O2 terpasang nasal canul.</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> - Pada jam 07:50 perawat melakukan posisi semi fowler - Pada jam 08:00 perawat melakukan monitor respirasi dan status o2 oxygen therapy - Pada jam 08:10 perawat melakukan Monitor TD, nadi,suhu dan RR 	<p>A: Pola nafas tidak efektif</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
<p>3.Kelebihan Volume Cairan b.d kerusakan glomerulus</p>	<p>Pada tanggal 25 juli jam 08:00 perawat mempertahankan catatan intake output yang akurat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada jam 08:15 perawat mengkaji lokasi dan luas edema <p>Hasil: edema pada tangan dan kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada jam 08:20 melakukan mengobservasi intake output <p>Hasil: intake 700 minum 500 Output 500+IWL500=1000</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada jam 08:25 perawat memonitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori 	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki dan tangan.</p> <p>O: Pasien tampak bengkak.</p> <p>TD:120/70 CRT>3 detik edema pada kaki dan tangan.</p> <p>A: Kelebihan Volume Cairan</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	

Evaluasi

Evaluasi catatan perkembangan pada pasien Ny I di RSUD dr.Slamet Garut

Tanggal/Jam	Dx	Evaluasi	Paraf
-------------	----	----------	-------

<p>23 Juli 2022 Jam 08:00</p>	<p>1</p>	<p>S: Os mengatakan nyeri berkurang O: Os pasien kadang meringis kesakitan. Skala nyeri 3 (0-10) A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi.</p>	
<p>23 juli 2022 Jam 09:00</p>	<p>2</p>	<p>S: Pasien mengakatan sesak, bengkak pada kaki dan tangan O: R:26x/mnt TD:120/70 o2 (+) edema pada kaki dan tangan A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi.</p>	
<p>23 Juli 2022 Jam 10:00</p>	<p>3</p>	<p>S: Pasien mengeluh tangan dan kaki bengkak O: Pasien tampak bengkak. TD:120/70</p>	

		<p>CRT>3 detik edema pada kaki dan tangan.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi.</p>	
<p>24 Juli 2022 Jam 08:00</p>	1	<p>S: Os mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O: Os pasien kadang meringis kesakitan.</p> <p>Skala nyeri 3 (0-10)</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p>	
<p>24 Juli 2022 Jam 09:00</p>	2	<p>S: Os mengeluh sesak</p> <p>O: Os tampak sesak.</p> <p>Spo2:94%, O2 terpasang nasal canul.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p>	

<p>24 Juli 2022 Jam 10:00</p>	<p>3</p>	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki dan tangan. O: Pasien tampak bengkak. TD:120/70 CRT>3 detik edema pada kaki dan tangan. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi.</p>	
<p>25 Juli 2022 Jam 08:00</p>	<p>1</p>	<p>S: Os tidak ada keluhan nyeri. O: Os pasien tampak tenang. Skala nyeri 0 (0-10) A: Masalah belum teratasi P: Masalah teratasi.</p>	
<p>25 Juli 2022 Jam 08:00</p>	<p>2</p>	<p>S: Os mengeluh sesak berkurang. O: Os tampak tenang.</p>	

		<p>Spo2:98%, O2 terpasang nasal canul.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p>	
<p>25 Juli 2022 Jam 10:00</p>	3	<p>S: Pasien mengatakan bengkak pada kaki dan tangan.</p> <p>O: Pasien tampak bengkak.</p> <p>TD:120/70</p> <p>CRT>3 detik edema pada kaki dan tangan.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi.</p>	

BAB V

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang Safir pada pasien Ny I RSUD dr. Slamet Garut. peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian didapatkan keluhan sesak bengkak dan mudah lelah saat beraktivitas pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk tusuk dirasakan didaerah perut dengan skala 4 (0-10) nyeri dirasakan apabila telat makan dan berkurang apabila diistirahatkan disertai dengan lemas dan sesak.
2. Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien tersebut adalah nyeri akut berhubungan dengan iritasi lambung dengan Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan keadaan penyakit dan Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan Kerusakan Glomerulus.
3. Hasil Implementasi dari Intervensi yang dilakukan oleh penulis pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan iritasi lambung dengan Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan keadaan penyakit dan Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan Kerusakan Glomerulus yaitu untuk mengatasi masalah di atas dilakukan intervensi keperawatan yang disesuaikan dengan pasien yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi TTV pasien mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (tekhnik relaksasi) dan melakukan kolaborasi pemberian obat, Pada diagnosa Pola Nafas tidak Efektif berhubungan dengan keadaan penyakit dilakukan intervensi keperawatan yang disesuaikan dengan pasien yaitu melakukan pengkajian secara komprehensif, mengobservasi pola nafas tidak efektif dengan memberikan terapi O₂ dan posisi semi fowler. Pada diagnosa Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan kerusakan Glomerulus mempertahankan catatan intake output yang akurat mengkaji loksai dan luas edema Menghitung intake dan output cairan. Intake inf 500 minum 1000 Output 600+IWL500=1100 memonitor masukan makanan/cairan

dan hitung intake kalori mengkolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan memburuk.

4. Hasil Evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kasus diatas dilakukan selama 3 hari perawatan. Pada diagnose pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan iritasi lambung, hasil evaluasi yang dilakukan pada pasien tersebut menunjukkan bahwa skala nyeri pada pasien berkurang setelah dilakukan tehknik relaksasi semakin hari perkembangannya semakin baik dan nyeri semakin berkurang. Pada diagnose kedua yaitu Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan keadaan penyakit dilakukan implementasi mengobservasi dengan memberikan terapi O2 dan posisi semi fowler. Pada diagnosa ketiga yaitu Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan Kerusakan Glomerulus perawat mempertahankan catatan intake output yang akurat mengkaji lokasi dan luas edema Hasil: edema pada tangan dan kaki melakukan mengobservasi intake output

Hasil: intake 700 minum 500 Output $500 + IWL 500 = 1000$ memonitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori mengkolaborasi dengan dokter jika tanda cairan berlebihan memburuk.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi tempat penelitian

Diharapkan untuk memfasilitasi terapi komplementer untuk membantu proses penyembuhan dan mengurangi rasa nyeri terutama pada pasien (CKD).

4.2.2 Bagi Perawat

1. Perawat dalam melakukan Asuhan keperawatan harus menggunakan pendekatan proses keperawatan secara komprehensif dengan melibatkan peran serta aktif pasien sebagai Asuhan Keperawatan guna untuk mencapai tujuan.
2. Perawat sebagai pemberi Asuhan Keperawatan diharapkan dapat memberikan tindakan sesuai dengan Intervensi keperawatan yang telah di susun sehingga dapat membantu memaksimalkan pengobatan pasien (CKD).

4.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil studi kasus ini dapat di jadikan sebagai landasan untuk melakukan penelitian lebih lanjut dan dapat di jadikan sebagai bahan pembandingan dalam melakukan studi kasus selanjutnya mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien Cronic Kidney Desease.

DAFTAR PUSTAKA

- Adam.(2013). Karakteristik Gagal Ginjal Kronik, skripsi Amin huda nurarif, & Hardhi kusuma (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnose medis dan nanda nic noc (jilid 3)*. Penerbit mediacion jogja.
- Andi Eka Pranata, Eko Prabowo, S,Kep,M.Kes. (2014). *Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan Edisi 1 Buku Ajar, Nuha Medika* :Yogyakarta.
- Andra Saferi Wijaya. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2*, Yogyakarta: Nuha Medika
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013), Riset Kesehatan Dasar (RIKESDAS) 2013. Laporan Nasional 2013,46,1-284.
<https://doi.org/1Desember 2013>
- Bayhakki. (2013). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gagal Ginjal Kronik*. Jakarta:EGC
- Brunner & Suddarth. (2013) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC
- Mahesvara,I,B,G.A et al. (2020) *Prevelansi Penyakit Ginjal Kronik Stadium 5 yang menjalani hemodialysis Di rsud Bndung periode tahun 2017-2018*. Jurnal medika udayana,9(1), 22-27. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum>
- Muttaqin, A & Sari, K, 2014 *Asuhan Keperawatan Gangguan System Perkemihan*. Jakarta:Salemba Medika.
- Nuari, N.A., %Widiyati, D. (2017) *Gangguan pada System Perkemihan dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublisher.
- Nur huda Nurarif, S.Kep.,Ns, A. H., & Kusuma,S.Kep.,Ns, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Jogyakarta: Mediacion jogja.
- Prabowo & Pranata. 2014 *Buku ajar Keperawatan System Perkemihan*. Yogyakarta:Nuha Medika
- Priscilla LeMone,dkk.(2017).*Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah*,Jakarta:EGC

- Restu,p., & Supadmi2, W,(2016) *FAKTOR RISIKO GAGAL GINJAL KRONIK DI UNIT HEMODIALISA RSUD WATES KULON PROGO* Applied physics Letters,25(7),415-418. <https://doi.org/10.106/3.1655531>
- Riset Kesehatan Dasar (RISKEDAS). (2018). *Riset kesehatan Dasar RISKEDAS 2013*: Badan Litbangkes, Depkes RI 2018
- Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) (2018) Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI tahun 2018.
https://www.depkes.go.id/resource/download/infoterkini_rakorkop_2018/Hasil%20Rikesdas%202018.pdf-Diakes Agustus2018.
- Rumiyati, M. (2020, Juli). *SCRIBD*. Retrieved April 2022, from Andra Saferi Wijaya. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2*, Yogyakarta: Nuha Medika
<https://www.scrib.com/document/470240412/Monika-Rumyati-BAB-II>
- SDKI DPP PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat.
- SIKI DPP PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Nasional Indonesia.
- Yasmara Deni, dkk, (2016), *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah*.Jakarta:EGC.

Daftar Riwayat Hidup



Nama : Fikri Ardiansyah
Nim : 191FK06048
Tempat/tanggal lahir : Garutt, 31 Agustus
2001
Alamat : Kp, Gadog RT/Rw
001/011
des,sukakarya, kec.
Samarang

Pendidikan

1. SDN Sukarya 2 : 2007-2013
2. SMP Negeri 2 Samarang : 2013-2016
3. SMA Negeri 17 Garut : 2016-2019
4. Universitas Bhakti Kencana Garut : 2019-2022

