

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA. NY T.C.S DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANGAN PENYAKIT  
DALAM III RSUD ENDE TANGGAL 21-23 MEI 2024**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**OLEH:**

**NAMA : VIBERTI PRISKA ERE**

**NIM : PO. 5303202210037**

**TINGKAT : III A**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

**TAHUN 2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PAD. NY. T.C.S DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANGAN PENYAKIT  
DALAM III RSUD ENDE TANGGAL 21-23 MEI 2024**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**OLEH**

**NAMA : VIBERTI PRISKA ERE**

**NIM : PO.5303202210037**

**TINGKAT : III A**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

**TAHUN 2024**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Viberti Priska Ere  
Nim : PO.5303202210037  
Program Studi : Program Studi D-III Keperawatan Ende  
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PAD. NY. T.C.S  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS CHRONIC  
KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANGAN  
PENYAKIT DALAM IRI RSUD ENDE  
TANGGAL 21-23 MEI 2024

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau hukuman dari perbuatan tersebut.

Ende, 07 Agustus 2024  
Yang Membuat Pernyataan



Viberti Priska Ere  
PO. 5303202210037

LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. T. C. S DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANGAN PENYAKIT DALAM  
III RSUD ENDE TANGGAL 21-23 MEI 2024

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :



VIBERTI PRISKA ERE  
NIM. PO5303202210037

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui Oleh Pembimbing Untuk Dijikan:

Ende, 07 Agustus 2024

Pembimbing



Rifatunnisa, S.Kep.Ns., M.Kep  
NIP.1988092 2202020122005

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende



Aris Wajanshen, M. Kep., Ns., Sp. Kep., Kom  
NIP. 196601141991021001

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. T. C. S DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANGAN PENYAKIT DALAM  
III RSUD ENDE TANGGAL 21-23 MEI 2024

OLEH :

VIBERTI PRISKA ERE

NIM.PO5303202210037

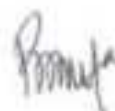
Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan  
Pada Tanggal 07 Agustus 2024

Penguji Ketua



Tri Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 199212282020122009

Penguji Anggota



Ri Fatunnisa, S.Kep.Ns.,M.Kep  
NIP.1988092 2202020122005

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawonco, M.Kep.Ns.,Sp.Kep.Kom  
NIP. 196601141991021001

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan proposal Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Chronic Kidney Disease (CKD) Di RSUD Ende ”. Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini
3. Dr. Carolina M. Viany Sunty, Sp. PK, selaku Direktris Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan studi kasus di RSUD Ende
4. Ibu Rif’atunnisa, S. Kep., Ns., M. Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Proposal ini.

5. Ibu Try Ayu Patmawati, S. Kep. Ns., M. Kep selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan Proposal ini.
6. Para dosen dan tenaga kependidikan Program Studi D-III Keperawatan Ende
7. Orang tua, keluarga, dan sahabat yang selalu memberikan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2021 Program Studi DIII Keperawatan Ende yang selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Rabu, 24 Agustus 2024

Penulis

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Pada Ny. T. C.S Dengan Diagnosa Medis Chronic Kidney Disease Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende**

**Viberti Priska Ere (1)**

**Rif'atunnisa (2)**

**Try Ayu Patmawati (3)**

**Latar belakang:** Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan prevelensi dan insidensi yang terus meningkat dan menimbulkan hal yang buruk dan memerlukan biaya yang cukup banyak dalam penanganannya

**Tujuan** dari studi kasus menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Penyakit Dalam III yang dilakukan secara komperhensif dengan proses keperawatan.

**Metode** yang digunakan adalah rancangan studi kasus pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) dengan pendekatan proses keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 21-23 mei 2024 di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

**Hasil studi kasus** menunjukkan bahwa klien mengeluh sesak napas, lemah, kulit gatal-gatal dan mual muntah. Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan disfungsi ginjal, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, nausea berhubungan dengan gangguan biokimia, gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. Intervensi dan implementasi keperawatan dirancang dan dilaksanakan dengan tindakan dependen seperti observasi, edukasi dan interdependen seperti tindakan kolaborasi. Setelah dilaksanakan implementasi selama 3 hari masalah keperawatan tersebut 2 masalah sudah teratasi dan 2 masalah sebagian teratasi

**Kesimpulan & saran:** Setelah dilaksanakan implementasi selama 3 hari masalah keperawatan perfusi renal tidak efektif, pola napas tidak efektif, nausea, gangguan integritas kulit sudah teratasi sebagian. Disarankan pasien dan keluarga agar pasien dan keluarga agar mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah.

**Kata kunci** : **Asuhan Keperawatan, Chronic Kidney Disease**

**Kepustakaan** : **35 buah (2012-2023)**

**Keterangan** : **(1) Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Ende**  
**(2) Dosen Prodi DIII Keperawatan Ende**



## ABSTRACT

### **Nursing Care for Mrs. T. C.S With a Medical Diagnosis of Chronic Kidney Disease in Internal Medicine Ward III, Ende Hospital**

**Viberti Priska Ere (1)**

**Rif'atunnisa (2)**

**Try Ayu Patmawati (3)**

**Background:** Chronic Kidney Disease (CKD) is a global public health problem with prevalence and incidence that continues to increase and causes bad things and requires quite a lot of costs to treat.

**The aim** of the case study is to describe nursing care for patients with Chronic Kidney Disease (CKD) in Internal Medicine Room III which is carried out comprehensively using the nursing process.

**The method** used was a case study design on Chronic Kidney Disease (CKD) patients using a nursing process approach which was carried out on 21-23 May 2024 in Internal Medicine Room III, Ende Hospital.

**The results of the case study** showed that the client complained of shortness of breath, weakness, itchy skin and nausea and vomiting. The nursing diagnoses raised are the risk of ineffective renal perfusion related to kidney dysfunction, ineffective breathing patterns related to difficulty breathing, nausea related to biochemical disorders, impaired skin integrity related to peripheral neuropathy. Nursing interventions and implementation are designed and implemented with dependent actions such as observation, education and interdependent actions such as collaborative actions. After implementation for 3 days, 2 of the nursing problems had been resolved and 2 of the problems had been partially resolved

**Conclusion & suggestions:** After implementation for 3 days the nursing problems of ineffective renal perfusion, ineffective breathing patterns, nausea, impaired skin integrity have been partially resolved. It is recommended that patients and families follow all recommendations from health workers with the aim of preventing more severe complications from arising.

**Keywords : Nursing Care, Chronic Kidney Disease**

**Bibliography : 35 (2012-2023)**

**Description : (1) DIII Nursing Study Program Students Ende**

**(2) DIII Nursing Study Program Lecturers Ende**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b>	
<b>HALAMN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat Studi Kasus .....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS .....</b>	<b>7</b>
A. Konsep Dasar Teori CKD .....	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	17
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>26</b>
A. Jenis /Rancangan Desain Studi Kasus.....	26
B. Subjek Studi Kasus.....	26
C. Batasan Istilah / Defenisi Operasional .....	26
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	27
E. Prosedur Penelan .....	27
F. Teknik Pengumpulan Data.....	27
G. Instrumen Pengumpulan Data .....	28
H. Keabsahan Data.....	28

I. Analisa Data.....	29
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHSAN.....</b>	<b>30</b>
A.Hasil Studi Kasus .....	30
B. Pembahasan .....	58
C. Keterbatasan Kasus .....	66
D. Impliksi untuk Keperawatan .....	67
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>69</b>
A. Kesimpulan.....	69
B. Saran.....	70
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>72</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel: 2.1 Stadium Gagal ginjal.....	9
Tabel 4.1 Pemeriksaan Hasil Laboratorium Darah Rutin .....	37

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 WOC Chronic Kidney Disease (CKD), (Meita, 2020) .....	11
--	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Asuhan Keperawatan .....	89
Kartu Konsul KTI .....	107
Jadwal Kegiatan .....	109
Penjelasan Sebelum Melakukan Studi Kasus .....	110
Informent Consent.....	111
Daftar Riwayat Hidup .....	112

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Chronic Kidney Disease* (CKD) atau yang biasa disebut dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah gangguan fungsi renal yang progresif dan *reversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). (Brunner &Suddarth, 2001) dalam (Nuari & Widayati, 2017). Penyakit gagal ginjal kronik merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan prevelensi dan insidens yang terus meningkat, menimbulkan kemungkinan yang buruk dan memerlukan biaya yang cukup banyak dalam penanganannya (Brunner dan Suddarth, 2016).

Gagal ginjal yang terus menerus telah menjadi masalah medis di seluruh dunia yang disebabkan oleh meningkatnya jumlah kematian. Glomerular filtration rate (GFR) dan albuminuria dijadikan sebagai indikator terbaik fungsi ginjal, peningkatan albuminuria dikaitkan dengan risiko tinggi gagal ginjal yang membutuhkan terapi pengganti ginjal (YZ hou dan J. Yang 2021).

WHO (2018) menjelaskan bahwa prevelensi gagal ginjal kronis adalah 1/10 penduduk dunia dan diperkirakan 5 sampai 10 jiwa kematian pasien setiap tahun. Diperkirakan 1,7 juta kematian setiap tahun karena kerusakan ginjal (Zultan et al., 2021). Di Indonesia jumlah penderita penyakit ginjal kronis cukup banyak. Hasil Rikesdas pada tahun 2013 menunjukkan bahwa

prevalensi penderita penyakit ginjal kronis di Indonesia sebesar 2% atau 2 per 100 penduduk, sekitar 60% penderita tersebut wajib menjalani terapi dialyisis.

Prevalensi penyakit gagal ginjal berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur menurut karakteristik, provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2018 menempati urutan ke 10 dengan prevalensi gagal ginjal kronis sebesar 0,33%, 95% CI = 0,25-0,44. Provinsi NTT memiliki nilai proporsi HD 9,94% (Badan penelitian dan pengembangan Kesehatan (2018)

Data nasional berkisar 713.783 jiwa dan 2.850 yang melakukan pengobatan hemodialisis. Jumlah penyakit CKD di Jawa Barat mencapai 131.846 jiwa dan menjadi provinsi tertinggi di Indonesia Jawa Tengah menduduki urutan kedua dengan angka mencapai 113.045 jiwa, (Kemenkes, 2019).

Data Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) tahun 2018 proporsi hemodialisis pada penduduk berumur lebih dari 15 tahun dengan CKD. Di Indonesia yaitu 2.850 penduduk, dengan angka tertinggi berada di Jawa Barat berjumlah 6.51 penderita dan angka terendah berada di Sulawesi Barat dengan jumlah 7 penderita. Sedangkan di provinsi NTT yang mengalami penderita CKD sebanyak 24,79%. Data Dinas Kesehatan Provinsi NTT (Dinkes NTT) menunjukkan total kunjungan pasien gagal ginjal kronis berstatus baru berjumlah 200 orang dari umur 19-50 tahun. Rumah Sakit di Kota Kupang yang memberikan pelayanan HD adalah RS Siloam, RS Leona



dan RSUD Prof DR.W.Z. Johannes. Data rekam medik menunjukkan terjadi peningkatan secara signifikan total kunjungan pasien dari tahun 2015-2019

Insidensi penyakit gagal ginjal kronis yang dirawat dan mendapatkan pengobatan di ruangan RPD III RSUD Ende mulai dari tahun 2021 sebanyak 5 orang, tahun 2022 sebanyak 3 orang, dan di tahun 2023 sebanyak 5 orang

Kebanyakan gagal ginjal kronis gejalanya muncul secara bertahap dan tidak menimbulkan gejala yang terlihat ataupun yang jelas. Penyakit CKD ini diketahui setelah menunjukkan tanda dan gejala yang parah dan sudah berada pada stadium akhir. CKD dapat dideteksi melalui tes urin dan darah. CKD umumnya dapat disebabkan oleh minimnya pengetahuan, pola kebiasaan hidup dan penyakit yang tidak terkontrol, misalnya hipertensi, Diabetes mellitus, penyalagunaan analgetik dan konsumsi obat-obatan yang terlalu berlebihan sehingga akan memberikan dampak yang memperberat sistem kerja ginjal.

Penyakit ini juga dapat disebabkan oleh penyakit dari ginjal itu sendiri seperti glomerulofritis, infeksi kuman, batu ginjal, oleh sebab itu penyakit CKD ini dapat menyerang siapa saja dan umur yang beragam. Kejadian CKD ini jika tidak ditanggulangi dengan cepat maka akan memberikan dampak yang serius dan juga dapat menyebabkan kematian bagi penderitanya. Salah satu dampak CKD pada sistem kardiovaskuler seperti hipertensi yang terjadi karena retensi cairan dan natrium dari aktivasi sistem renin-angiotensin - aldosteron, edema, hiperkalemia, perikarditis, anemia, uremia, asidosis dan terjadinya malnutrisi. Kematian dapat disebabkan jika tidak mendapatkan pengobatan dalam bentuk dialisis atau transplantasi ginjal.

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional memiliki peran yang penting dalam memberikan asuhan keperawatan dan dukungan kepada pasien dan keluarga pasien CKD. Peran perawat dimulai dari tahap memberikan pendidikan kesehatan sampai dengan melakukan rehabilitas pada pasien. Perawat harus memperhatikan keadaan pasien secara menyeluruh, yang terpenting adalah kebutuhan cairan bagi pasien, kebutuhan asupan nutrisi dan diet, kebutuhan oksigen, kadar haemoglobin, albumin, ureum dan kreatinin urine, kebutuhan dasar seperti mandi, oral hygiene, eliminasi fekal, serta eliminasi urine.

Peran Perawat dalam perawatan pasien CKD sangatlah penting untuk mengatasi masalah yang dialami, Melalui Penelitian ini peneliti mencoba berfokus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa CKD. Asuhan keperawatan yang profesional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan. Didukung oleh hasil penelitian (Sitifa Syaiful jurnal kesehatan andalas 2018). Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Rumah Sakit Umum Daerah Ende

## **B. Rumusan Masalah**

Prevalensi *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Kabupaten Ende semakin meningkat dan masih tinggi. Berbagai studi telah dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab, faktor resiko dan tindakan pencegahan CKD.

Penelitian ini berfokus pada proses asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD. Penelitian ini berfokus pada proses asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD. Dengan demikian masalah dalam penelitian ini bagaimana gambaran proses asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD. Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini adalah bagaimana gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende

### **C. Tujuan**

#### 1. Tujuan umum

Mahasiswa dapat memahami konsep dasar teori dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan di rumah sakit umum daerah Ende.

#### 2. Tujuan khusus

- a. Dilakukan proses pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease* (CKD).
- b. Dirumuskan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Chroni Kidney Disease* (CKD)
- c. Disusun intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Chroni Kidney Disease* (CKD)
- d. Dilaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Chroni Kidney Disease* (CKD)
- e. Dilakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease* (CKD)

- f. Dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien *Chroni Kidney Disease* (CKD) RSUD Ende

#### **D. Manfaat Studi Kasus**

Berdasarkan tujuan di atas maka manfaat studi kasus ini untuk:

1. Bagi peneliti

Manfaat bagi peneliti dapat mengetahui penerapan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Chronic Kidney Disease (CKD) di RSUD Ende .

2. Bagi RSUD Ende

Hasil penulisan karya ilmiah dapat dijadikan sebagai sumber informasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RSUD Ende

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Chronic Kidney Disease (CKD) di RSUD Ende

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Dasar Teori CKD**

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

*Chronik Kidney Disease* (CKD) atau yang biasa disebut dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah suatu kondisi dimana fungsi ginjal melemah bahkan rusak, yang berlangsung lebih dari tiga bulan dan ditandai dengan penurunan Glomerular Filtration Rate (GFR) (Madania et al., 2022) atau penyakit renal tahap akhir merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Nuari dan Widayati, 2017). Gagal ginjal kronis merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat (biasanya berlangsung beberapa tahun (Milnawati, 2019)

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

Pada dasarnya, penyebab CKD adalah penurunan laju filtrasi glomerulus atau yang disebut juga penurunan glomerulus filtration rate (GFR) Penyebab CKD (Andra & Yessie, 2013)

- a. Gangguan pembuluh darah: berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan konstruksi skleratik progresif pada pembuluh darah.

Nefrosklerosis yaitu suatu kondisi yang disebabkan oleh hipertensi lama yang tidak diobati, dikarakteristikan oleh penebalan, hilangnya elastisitas sistem, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah.

- b. Gangguan imunologis : Seperti glomerulonefritis
- c. Infeksi: Dapat disebabkan oleh beberapa jenis bakteri terutama *E. Coli* yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus urinarius bakteri.
- d. Gangguan metabolik: Seperti DM yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membrane kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membran glomerulus
- e. Kelebihan Protein: protein bagi tubuh berfungsi sebagai pembangun sistem pertahanan tubuh agar bisa menghadapi serangan penyakit infeksi, membantu sistem pembekuan darah, dan menjaga agar cairan yang beredar dalam tubuh berada dalam jumlah dan komposisi yang tepat.

**Tabel: 2.1 Stadium Gagal ginjal**

<b>Stadium</b>	<b>GFR (ml/menit/1.73 m<sup>2</sup>)</b>	<b>Deskripsi</b>
1	Lebih dari 90	Kerusakan minimal pada ginjal, filtrasi masih normal atau sedikit meningkat
2	60-89	Fungsi ginjal sedikit menurun
3	30-59	Penurunan fungsi ginjal yang sedang
4	15-29	Penurunan fungsi ginjal yang berat
5	Kurang dari 15	Gagal ginjal stadium akhir ( <i>End Stage Renal Disiase</i> )

### **3. Patofisiologi**

Dalam perkembangannya proses yang terjadi sama pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti dengan peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus (Meita, 2020).

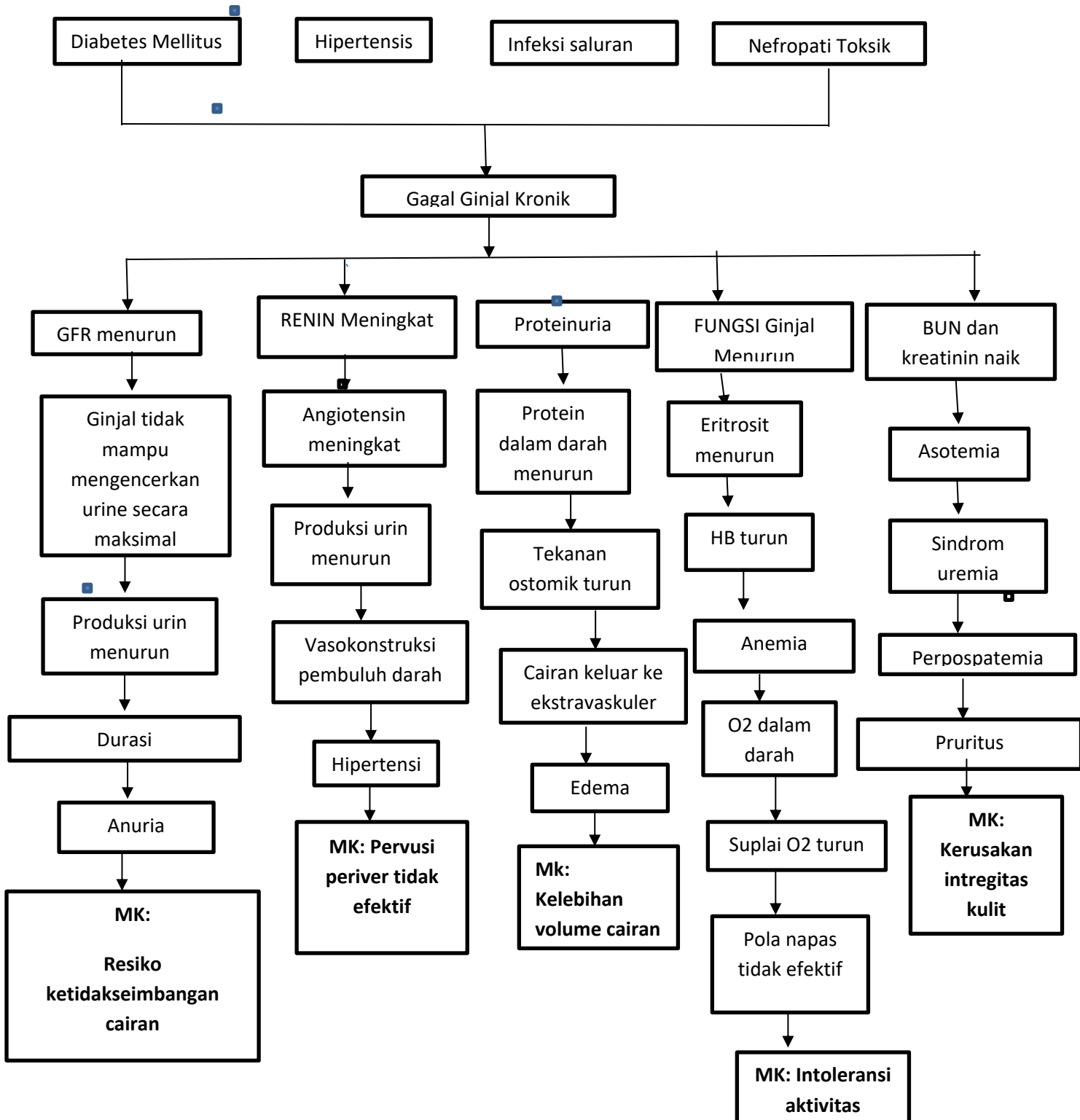
Pada stadium paling dini pada penyakit gagal ginjal kronik, terjadi kehilangan daya cadang ginjal (renal reserve) dimana basal Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) masih normal atau dapat meningkat secara perlahan tapi pasti, dan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60% pasien masih belum merasakan keluhan (asintomatik), tetapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum sampai pada LFG sebesar 30% (Meita, 2020)

Kerusakan ginjal dapat menyebabkan terjadinya penurunan fungsi ginjal, produk akhir metabolik yang seharusnya dieksresikan ke dalam urin menjadi tertimbun di dalam darah. Semakin banyak timbunan produk metabolik (sampah), maka gejala yang timbul akan semakin berat (Brunner & Suddarth, 2018). Kondisi ini menyebabkan gangguan keseimbangan cairan seperti hipovolemi atau hipervolemi, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. LFG <15% menimbulkan gejala dan komplikasi yang serius dan pasien memerlukan terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy) seperti dialisis atau transplantasi ginjal (Suharyanto dalam Hidayati, 2012)

Pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini fungsi renal yang demikian nilai kreatinin clearanceturun sampai 15ml/menit atau lebih rendah itu. Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan prodak sampah maka gejala akan semakin berat (Syamsir, 2017)



#### 4. Pathway



Gambar 2.1 WOC *Chronic Kidney Disease* (CKD), (Meita, 2020)

## **5. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis gagal ginjal kronis menurut Harmilah (2020) yaitu

- a. Hematuria
- b. Kulit terasa gatal
- c. Adanya darah atau proteindalam urine yang dideteksi saat tes urine
- d. Mengalami kram otot
- e. Kehilangan berat badan
- f. Nafsu makan menurun
- g. Penumpukan cairan yang mengakibatkan pembengkakan pada pergelangan kaki dan tangan
- h. Nyeri pada dad akibat penumpukan cairan di sekitar jantung
- i. Kejang pada otot
- j. Sesak napas
- k. Mual muntah
- l. Gangguan tidur atau sulit tidur

## **6. Komplikasi**

Menurut Brunner & Suddarth, (2016) penyakit ginjal kronis apabila tidak segera ditangani akan menimbulkan beberapa komplikasi sebagai berikut:

- a. Anemia

Menjalani dialisis dapat meningkatkan resiko terkena anemia. Anemia terjadi ketika ginjal tidak menghasilkan cukup eritropoietin (EPO).

Hal ini mempengaruhi kemampuan untuk membuat sel darah merah dan, mungkin menderita anemia karena tingkat rendahnya besi, vitamin B12, asam folat.

b. Hipertensi

Hipertensi adalah faktor resiko kardiovaskuler yang berkontribusi terhadap kardiovaskuler yang terkait dengan CKD. Tekanan darah sistolik lebih berhubungan lebih kuat dengan kematian kardiovaskuler pada pasien dialisis dibandingkan denyut nadi atau tekanan diastolik. Tekanan darah sistolik tampaknya berhubungan dengan peningkatan angka kematian pada pasien CKD stadium 5.

c. Hiperkalemia

Jika ginjal tidak dapat menyaring kelebihan potasium, maka potasium tersebut dapat menumpuk di dalam darah. Hiperkalemia adalah peningkatan kadar kalium secara tiba-tiba yang dapat mempengaruhi fungsi jantung

d. Penyakit mineral dan gangguan tulang

CKD dapat menyebabkan kadar kalsium rendah dan kadar fosfor tinggi hiperfosfatemia sehingga meningkatkan resiko patah tulang gejalanya seperti kejang otot, mulut mati rasa dan kesemutan

## **7. Penatalaksanaan**

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan yang diterapkan pada penderita CKD adalah sebagai berikut:

- 1) Dialisis. Dialisis dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi gagal ginjal yang serius, seperti hiperklimia, pericarditis, dan kejang. Dialisis memperbaiki abnormalitas biokimia menyebabkan cairan protein, dan natrium dapat dikonsumsi secara bebas menghilangkan kecenderungan perdarahan dan membantu menyembuhkan luka
  - 2) Koreksi hiperkalemia, mengendalikan kalium darah sangat penting karena hiperkalemia dapat menimbulkan kematian mendadak.
  - 3) Koreksi anemia. Usaha pertama harus ditujukan untuk mengatasi faktor defisiensi ginjal pada keseluruhan akan dapat meningkatkan Hb. Transfusi darah hanya dapat diberikan bila ada indikasi yang kuat
  - 4) Koreksi asidosis pemberian asam melalui makanan dan obat – obatan harus dihindari natrium bikarbonat dapat diberikan peroral atau parenteral. Natrium bikarbonat diberikan intravena
  - 5) Pengendalian hipertensi. Pemberian obat beta bloker, alfa metildopa, dan vasodilator dilakukan untuk mengurangi intake garam dalam mengendalikan hipertensi harus hati-hati karena tidak semua gagal ginjal disertai retensi natrium
  - 6) Transplantasi ginjal. Dengan pencongkakan ginjal yang sehat ke pasien gagal ginjal kronik, maka seluruh faal ginjal diganti dengan ginjal yang baru (Price2011)
- b. Pentalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan CKD adalah sebagai berikut:

### 1) Pengaturan Diet Protein

Pembantuan tidak hanya mengurangi kadar BUN dan mungkin juga hasil metabolisme protein toksik yang belum diketahui tetapi juga mengurangi asupan kalium, fosfat dan produksi ion hydrogen yang berasal dari protein. Mempertahankan keseimbangan protein pada diet protein 20g mungkin dilakukan menyediakan protein dalam nilai biologik yang tertinggi dan kalori yang memadai

### 2) Pengaturan Diet Kalium

Jumlah yang diperbolehkan dalam diet adalah 40 hingga 80mEq/hari. Tindakan yang harus dilakukan adalah dengan tidak memberikan obat-obatan atau makanan yang tinggi kandungan kalium

### 3) Pengaturan Diet Natrium Dan Air

Jumlah natrium yang biasanya diperbolehkan adalah 40 hingga 90 mEq/hari. Tapi asupan natrium yang optimal harus ditentukan secara individual pada setiap pasien untuk mempertahankan hidrasi yang baik.

## **8. Pemeriksaan Penunjang**

### a. Pemeriksaan pada darah

- 1) BUN/ kreatinin: meningkat biasanya proposional kadar kreatinin 10mg/dldicurigai terlambat ( mungkin rendah yaitu 5)
- 2) Hitung darah lengkap Ht berkurang adanya anemia Hb biasanya kurang dari 7-8g/dl

- 3) GDA: Ph:Penurunan asidosis metabolik ( $< 7,2$  disebabkan oleh hilangnya kemampuan ginjal untuk mengeluarkan hidrogen dan amonia, atau produk akhir metabolisme protein
  - 4) Natrium Serum: mungkin rendah jika ginjal “ depleted sodium” atau normal (menunjukkan keadaan yang encer)
  - 5) Kalium : Meningkatkan karena migrasi sel (asidosis) atau retensi sebagai respon terhadap ekskresi jaringan. Pada tahap selanjutnya perubahan EKG mungkin tidak terjadi kalium  $6,5$  mEq atau lebih tinggi
  - 6) Magnesium / fosfat: naik
  - 7) Kalsium : turun
  - 8) Penurunan kadar protein serum terutama albumin dapat menunjukkan penurunan kehilangan protein karena urin, transfer air, penurunan asupan atau penurunan sintesis. Karena defisiensi asam amino esensial
- b. Pemeriksaan pada urin
1. Karena terjadi anuria / oliguria maka volume urin  $< 400$  ml / 24 jam
  2. Warna urin
- c. Ultrasonografi ginjal
- Tes noninvasif dilakukan untuk mendeteksi ginjal atau masa perirenal, mengidentifikasi obstruksi, dan mengidentifikasi kista ginjal dan masa padat.

d. Sistoureterogram berkemih

Tes ini dilakukan untuk menilai penyebab kapasitas kandung kemih dan fungsi neuromuscular kandung kemih, tekanan uretra dan disfungsi kandung kemih.

e. Pielogram intravena

Tes radiasi dilakukan memvisualisasikan seluruh saluran ginjal untuk mengidentifikasi ukuran, bentuk, dan fungsi ginjal yang abnormal, serta untuk mengidentifikasi adanya batu ginjal, tumor dan kista.

f. Arteriogram atau angiogram ginjal

Pemeriksaan radiologi ini dilakukan untuk memvisualisasikan arteri ginjal, untuk mendeteksi stenosis arteri ginjal, trombosis, atau emboli ginjal, tumor, kista, atau aneurisma. (Williams & Hopper 2015)

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

a. Identitas

1. Identitas Pasien : nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi, dan diagnose medis
2. Identitas Penanggung Jawab Meliputi: nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan serta status hubungan dengan pasien

b. Keluhan utama

- 1) Hematuria
- 2) Kulit merasa gatal
- 3) Mengalami kram otot
- 4) Tidak ada nafsu makan
- 5) Sesak napas
- 6) Mual muntah
- 7) Kesulitan tidur
- 8) Terasa kejang pada otot

c. Riwayat penyakit dahulu

Penyakit ginjal kronis dimulai dengan masa penyakit ginjal akut karena berbagai penyebab. Oleh karena itu, informasi penyakit sebelumnya menegaskan penegakan masalah. Identifikasi riwayat infeksi saluran kemih, gagal jantung penggunaan obat berlebihan terutama obat nefrotoksik, BPH dan obat lain yang mempengaruhi fungsi ginjal

d. Riwayat kesehatan keluarga

Silsilah keluarga tidak memiliki dampak yang signifikan pada penyakit ginjal kronis, karena penyakit ginjal kronis merupakan penyakit keturunan bukan penyakit menular. Namun faktor pencetus seperti diabetes dan hipertensi mempengaruhi kejadian penyakit ginjal kronis karena penyakit ini turun temurun.



e. Riwayat Psikososial

Kondisi ini tidak selalu menjadi jika pasien memiliki strategi coping adaptif yang tepat. Pada pasien ginjal kronis perubahan psikososial biasanya terjadi ketika pasien mengalami perubahan struktur fungsi fisik dan menjalani proses dialysis. Pasien menjadi pendiam dan lebih mengurung diri. Selain itu kondisi tersebut juga disebabkan oleh biaya yang dikeluarkan selama pasien menjalani pengobatan

f. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum

Keadaan umum klien dengan gagal ginjal kronik biasanya lemah (fatigue), Tingkat kesadaran bergantung pada Tingkat toksisitas

2. Tanda Vital

Peningkatan suhu tubuh, nadi cepat dan lemah, hipertensi, nafas cepat (tachypneu), dispnea

3. Pemeriksaan body sistem

a. Sistem pernapasan (B1: breathing): Adanya bau urea pada bau napas jika terjadi komplikasi pada asidosis atau alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patologi gangguan pada napas akan semakin cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh memperthankan ventilasi.

b. Sistem kardiovaskuler (B2 Bleeding): Penyakit yang berhubungan langsung dengan kejadian gagal ginjal kronik salah satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi di atas

ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler, stagnasi ini akan memicu retensi natrium dan air, sehingga akan meningkatkan beban jantung.

- c. Sistem Neuromuskuler (B3: Brain): Penurunan kesadaran terjadi jika telah mengalami hiperkarbic dan sirkulasi cerebral terganggu. Oleh karena itu penurunan kognitif dan terjadinya disorientasi akan dialami klien gagal ginjal kronis.
- d. Sistem Perkemihan (B4: Bowel): Dengan gangguan kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi dan ekskresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urine <400 ml/hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output).
- e. Sistem Hematologi (B5: Blood): Ditemukan adanya friction pada kondisi uremia berat. Selain itu, biasanya terjadi TD meningkat, akral dingin, CRT >3 detik, plapatasi jantung chest pain, dsypneu, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya. Kondisi ini akan semakin parah jika zat sisa metabolisme semakin tinggi dalam tubuh karena tidak efektif dalam eksresinya selain itu, pada fisiologis darah sendiri sering ada gangguan anemia karena penurunan eritropoetin.
- f. Sistem Muskuluskeletal (B6: Bone): Dengan penurunan/ kegagalan fungsi sekresi pada ginjal maka berdampak pada

proses demineralisasi tulang sehingga resiko terjadinya osteoporosis tinggi.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

### **1. Resiko Ketidakseimbangan Cairan**

Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan penyakit ginjal dan kelenjar

### **2. Perfusi Perifer Tidak Efektif**

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

### **3. Kelebihan volume cairan**

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

### **4. Intoleransi aktivitas**

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

### **5. Resiko Gangguan Integritas Kulit**

Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer

### 3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan
1	<p><b>Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan penyakit ginjal dan kelenjar</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Resiko ketidakseimbangan cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan meningkat (5)</li> <li>2. haularan urine meningkat (5)</li> <li>3. kelembapan membran meningkat (5)</li> <li>4. Edema menurun (5)</li> <li>5. Dehidrasi menurun (5)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status hidrasi (mis, frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</li> <li>2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis, hematokrit, Na, K, CI, berat jenis urine, BUN,)</li> <li>3. Catat intake – output dan hitung balans cairan 24 jam</li> <li>4. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan</li> </ol>
2	<p><b>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</b></p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b>  <b>DS:</b> _  <b>DO:</b> 1. Pengisian kapiler &gt;3 detik  2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba  3. Akral teraba dingin  4. Warna kulit pucat  5. Trugor kulit menurun</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b>  <b>DS:</b> 1. Parastesia  2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)  <b>DO:</b> 1. Edema</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah urine meningkat (5)</li> <li>2. Tekanan arteri rata- rata membaik (5)</li> <li>3. Tekanan darah sistolik membaik (5)</li> <li>4. Kadar elektrolit membaik (5)</li> <li>6. Keseimbangan asam basa membaik (5)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachial index)</li> <li>2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok , orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi.</li> <li>5. Anjurkan minum obat</li> <li>6. pengontrol tekanan darah secara teratur</li> </ol>

---

	2.Penyembuhan luka lambat		
	3.Indeks <i>ankle - brachial</i> <0,90		
	4.Bruit femoral		

---

3.	<p>Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>DS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ortopnea</li> <li>2) Dispnea</li> <li>3) <i>Poroxymsal nocturnal dyspnea</i> (PND)</li> </ol> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Edema anasarka dan/atau edema perifer</li> <li>2) Berat badan meningkat dalam waktu singkat</li> <li>3) <i>Jugular venous Pressure</i> (JVP) dan/atau <i>Cental Venous Pressure</i> (CVP) meningkat</li> <li>4) Refleks hepatojugular</li> <li>5) Positif</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>DS:</b> _</p> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distensi vena jugularis</li> <li>2. Terdengar suara napas tambahan</li> <li>3. Hepatomegali</li> <li>4. Kadar Hb/Ht turun</li> <li>5. Oliguria</li> <li>6. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif)</li> <li>7. Kongesti paru</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah hipervolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Asupan cairan meningkat (5)</li> <li>2) Haluaran urine meningkat (5)</li> <li>3) Edema menurun (5)</li> <li>4) Tekanan darah membaik (5)</li> <li>5) Denyut nadi membaik (5)</li> <li>6) tekanan arteri rata-rata membaik (5)</li> <li>7) Membran mukosa membaik (5)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat)</li> <li>2) Monitor status hemodinamik (mis, frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP,PAP,CWP, CO, C1 jika tersedia)</li> <li>3) Monitor intake dan output cairan</li> <li>4) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis, kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</li> <li>5) Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>6) Anjurkan cara membatasi cairan</li> </ol>
----	--	--	---

---

4	<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>DS:</b> 1. Mengeluh Lelah</p> <p><b>DO:</b> 1. Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>DS:</b> 1. Dispnea saat/setelah aktivitas</p> <p>2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</p> <p>3. Merasa lemah</p> <p><b>DO:</b> 1. Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</p> <p>2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas</p> <p>3. Gambaran EKG Menunjukkan iskemia</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktifitas dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>1. Frekuensi nadi meningkat (5)</p> <p>2. Keluhan lelah menurun (5)</p> <p>3. Warna kulit membaik (5)</p> <p>4. Tekanan darah membaik (5)</p> <p>5. Frekuensi napas membaik (5)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik</li> <li>3. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan / atau aktif</li> <li>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> <li>5. Anjurkan tirah baring</li> <li>6. Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol>
5	<p><b>Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah resiko gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>1. Elastisitas meningkat (5)</p> <p>2. Kerusakan jaringan menurun (5)</p> <p>3. Kerusakan lapisan menurun (5)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu, lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</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> </ol>

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

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase di mana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya (Koizer, dkk, 2011) Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan- tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah aktivitas yang direncanakan berkelanjutan dan terarah, ketika pasien dan professional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif assessment planning). Adapun komponen SOAP yaitu (subjektif) adalah informasi berupa ungkapan yang di dapat dari pasien setelah tindakan diberikan, O (objektif) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan yang dilakukan, A (assessment) adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif, P (planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Dermawan, 2012).

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Jenis /Rancangan Desain Studi Kasus**

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Metode studi kasus merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Kidney Disease

#### **B. Subjek Studi Kasus**

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini adalah individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistic pada pasien dengan diagnosa medis Chronic Kidney Disease (CKD)

#### **C. Batasan Istilah / Defenisi Operasional**

Istilah yang digunakan dalam karya tulis ilmiah yaitu Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Chronic Kidney Disease (CKD)

1. Asuhan keperawatan merupakan tahapan dalam proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi
2. CKD merupakan penyakit yang mempengaruhi struktur dan fungsi ginjal. Penyakit ginjal kronis dapat didiagnosis berdasarkan kerusakan atau



pengurangan ginjal (albuminuria) atau fungsi ginjalnya menurun selama 3 bulan atau lebih

#### **D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus asuhan keperawatan ini akan dilaksanakan selama 3 hari di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende

#### **E. Prosedur Penelitian**

Penulis meminta izin kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur dilanjutkan meminta izin kepada kepala ruangan RPD III serta menyerahkan surat izin pengambilan kasus. Setelah mendapatkan izin penulis diarahkan untuk menentukan pasien yang berkaitan dengan penyakit CKD, penulis memperkenalkan nama, menjelaskan tujuan, kontrak waktu dan melakukan pendaratan. Penulis mulai melakukan pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik pada selanjutnya membuat diagnosa keperawatan dari data-data yang telah dikumpulkan setelah itu membuat perencanaan keperawatan, melakukan tindakan keperawatan, lalu melakukan evaluasi. Setelah semua proses asuhan keperawatan selesai, dilanjutkan membuat pembahasan terkait kesenjangan antara teori dan kasus serta melengkapi laporan akhir penelitian.

#### **F. Teknik Pengumpulan Data**

##### **1. Wawancara**

Wawancara dilakukan berkaitan dengan biodata, keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, pola-pola kesehatan dan selama penulis melakukan asuhan keperawatan wawancara juga dilakukan pada keluarganya untuk

menanyakan biodata penanggung jawab, riwayat penyakit keluarga, serta terapi apa yang diberikan sebelum pasien dirawat di Rumah Sakit. Selain itu wawancara juga dilakukan pada perawat di ruangan untuk mengkonfirmasi hasil pemeriksaan yang tercantum pada status pasien yang kurang dipahami penulis.

## 2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien dilakukan dengan cara mengamati keadaan umum yakni kondisi, ketergantungan, pemeriksaan fisik secara langsung dengan pendekatan inspeksi, palpasi, dan auskultasi

## 3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan membaca serta mencatat hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis, dan keperawatan medis, yang termuat dalam status pasien.

## **G. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

## **H. Keabsahan Data**

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual pada studi kasus ini dapat diperoleh dari

### 1. Data Primer

Sumber data yang diperoleh langsung dari Tn S.A baik melalui wawancara observasi maupun pemeriksaan fisik

## 2. Data Sekunder

Sumber data yang diperoleh dari keluarga pasien, perawat di ruangan, serta studi dokumentasi

### **I. Analisa Data**

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data –data berupa keperawatan yang kemudia diklasifikasikan, data- data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data – data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif dalam pembahasan kemudian dibandingkan dengan teori untuk menentukan ada tidaknya kesenjangan antara kasus nyata dan teori.

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus yaitu Studi kasus di lakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di jalan Sam Ratulangi. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Penyakit Dalam III dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien dengan penyakit tidak menular. Ruangan Penyakit Dalam III terdiri dari tiga ruangan dengan kapasitas sembilan belas bed yang terdiri dari ruangan kamar A jumlah tujuh bed, Ruangan kamar B jumlah tujuh bed dan kamar C jumlah lima bed. Tenaga perawat Ruangan Penyakit Dalam III sebanyak sembilan belas orang yang terdiri dari 16 orang perawat, satu orang administrasi, dan dua orang cleaning service.

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

Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 21 Mei 2024 pukul 08.00 wita

##### **a. Identitas Klien**

Klien berinisial Ny. T.C.S usia 52 tahun, klien beragama katolik status klien sudah menikah, pendidikan terakhir klien SD, pekerjaan Ibu rumah tangga. Klien tinggal di Jln RW Mongonsidi, klien masuk rumah sakit pada tanggal 19 Mei 2024 dengan keluhan sesak napas Penanggung jawab klien Tn Y.A usia 35 tahun yang merupakan anak kandung klien.

b. Status Kesehatan

Status kesehatan saat ini

1. Keluhan Utama: Klien mengatakan sesak napas
2. Riwayat keluhan utama

Pada tanggal 19 Mei 2024 klien mengatakan 30 menit sebelum masuk rumah sakit klien datang dengan keluhan sesak napas, lemas dan mual muntah. Penyebab sampai sesak awalnya klien habis mengisi air tampungan di bak mandi dan setelah habis mengisi air, klien langsung mandi. Setelah habis dari mandi klien merasa menggigil, disertai sesak napas dan pasien pun dibawa keluarganya ke rumah sakit dengan keluhan yang sama sesak napas

3. Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Klien mengatakan awalnya setelah ia habis mandi sore klien merasakan demam menggigil kemudian disertakan dengan sesak napas. Klien pernah mengalami penyakit DM sebelumnya dan pernah di rawat di rumah sakit umum daerah Ende dan saat ini klien masi mengalami penyakit yang sama diderita sebelumnya, karena pasien tidak melakukan pengobatan secara rutin, dan tidak pantang terhadap makan makanan yang sudah dilarang.

4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya.

Klien mengatakan tidak melakukan apa-apa. Keluarganya langsung membawa ke rumah sakit.

a) Status kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan sebelumnya pernah mengalami penyakit DM lima tahun yang lalu

2. Pernah Dirawat

Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RSUD Ende dilakukan debriment luka DM

3. Alergi

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan.

4. Kebiasaan (merokok/minum kopi/alcohol)

Klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan minum teh, begadang, merokok.

b) Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) ataupun hipertensi, DM, dll.

c) Diagnosa medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Klien mengatakan pernah terdiagnosa penyakit DM dan mendapatkan terapi insulin novorapid

c. Pola kebutuhan dasar

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting, ketika sakit klien mengonsumsi obat DM dan rutin memeriksanya di Rumah Sakit Umum Daerah Ende

2) Pola nutrisi dan metabolik

Sebelum sakit klien mengatakan ia makan 3x sehari dengan porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah nasi, sayur, ubi, dan ikan, klien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan klien biasa minum kurang lebih 2000 cc air. Namun saat sakit klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi makan tidak dihabiskan karena klien merasa mulutnya pahit dan merasa mual muntah, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah nasi yang disediakan oleh rumah sakit (nasi, ikan, sayur, telur)

3) Pola Eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa BAB kurang lebih 1x sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning, bau khas feses, klien biasa BAK kurang lebih 4-5x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin. Saat sakit klien mengatakan belum BAB untuk BAK 4x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin dan tidak ada keluhan selama BAK.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan untuk makan dan minum klien dapat melakukannya sendiri, untuk mandi, berpakaian dan berpindah ke tempat lain klien dibantu oleh anaknya, sedangkan untuk ke toilet pasien menggunakan pispot

5) Pola kognitif dan persepsi

Pasien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya tentang beberapa hal seperti tanggal lahirnya pasien masih mengingat dengan baik, penglihatan pasien masih jelas.

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran Diri Pasien menunjukkan bahwa dia menerima kondisinya saat ini.

Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga serafat melakukan kembali aktivitas sehari-hari.

Peran diri: Pasien mengatakan ia berperan sebagai Ibu Rumah Tangga.

Identitas diri: Pasien mengatakan ia adalah seorang Perempuan berumur 52 tahun, dan merupakan seorang istri dari anak dan suaminya.



7) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit untuk pola tidurnya baik, tidur malam seperti biasa 7-8 jam dan untuk tidur siang 1-2 jam.

Saat Sakit: Pasien mengatakan saat sakit pola tidurnya sedikit terganggu karena tidur di rumah sakit

8) Pola Nilai-Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama katolik dan rajin beribadah setiap hari minggu tapi semenjak pasien sakit pasien sudah tidak pernah ke gereja untuk beribadah.

d. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Baik

Tingkat kesadaran: Composmentis

GCS: 15 (E: 4, V:5, M:6).

2. Tanda – tanda Vital

Nadi : 87 x/menit

Suhu : 36<sup>0</sup> C

Pernapasan : 24 x/menit

Tekanan Darah: 120/80 mmHg

SPO<sub>2</sub> : 98%

3. Berat Badan saat ini : 60 Kg

Berat badan sebelum sakit : 65 Kg

Tinggi Badan : 156 cm

IMT : 25 (BB Ideal)

#### 4. Pemeriksaan head to toe

Kepala:

Inspeksi : Kulit kepala tampak kotor, tidak ada benjolan ataupun luka,

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Wajah

Inspeksi : Wajah klien tampak pucat palpasi tidak ada nyeri tekan

Mata : Inspeksi konjungtiva anemis, sclera ikterik

Hidung

Inspeksi : Tampak simetris

Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Mulut

Inspeksi : Membrane mukosa pucat

Leher

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak pembesaran kelenjar tyroid

Thorax

Inspeksi : Dada simetris

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : Terdengar suara napas vesikuler

Abdomen

Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : Peristaltic usus 9x/menit

Ekstremitas atas

Inspeksi : Tidak ada edema

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 0,9%,  
8 tpm di tangan kiri, CRT > 3 detik

Ekstremitas bawah

Inspeksi : Terdapat edema pada kaki kiri

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

e. Pemeriksaan penunjang

1) Darah rutin

Tabel 4.1 Pemeriksaan Hasil Laboratorium Darah Rutin

<b>Flags</b>	<b>Result</b>	<b>Unit</b>	<b>Expected</b>
WBC	12.42+	[10 <sup>3</sup> /μl]	(3.60-11.00)
MONO#	1.15+	[10 <sup>3</sup> / μl]	(0.00-0.70)
EO#	0.51+	[10 <sup>3</sup> / μl]	(0.00-0.4)
EUT#	8.99+	[10 <sup>3</sup> / μl]	(1.50-7.00)
MONO%	9.3+	[%]	(2.0-8.0)
EO%	4.1+	[%]	(2.0-4.0)
NEUT%	72.4+	[%]	(50.0-70.0)
RBC	2.84-	[10 <sup>6</sup> / μL]	(3.80-5.20)
HGB	6.9-	[g/dL]	(11.7-15.7)
HCT	22.1-	[%]	(35.0-47.0)

Data primer 2024

2) Kimia darah

Gulkosa sewaktu :192 (Nilai Normalnya 70-140mg/dl)

SGOT/AST : 25.1 (Nilai Normalnya 0-35u/L)

SGPT/ALT : 26.6 (Nilai Normalnya 4-36 u/L)

UREUM : 110.6 (Nilai Normalnya 10- 50mg/dl)

CREATININ : 3.08 (Nilai Normalnya 0.6-1.2mg/dl)

HbsAg + Positif

3) Thorax

Hasil : Cor tampak membesar, pulma broncovasculer kasar pada prahiler kanan, kedua sinus tajam dan disimpulkan Cardiomegali, kesan bronchitis

f. Tabulasi Data

Pasien mengatakan lemas, sesak napas, mual muntah dan gatal-gatal terpasang infus Nacl 0,9%, 20 tpm, BB: 60 kg, peristaltik usus 9x /menit GCS: 15 (E4 V5, M6) TD: 120/80, N: 87x/menit, RR: 24x/menit, S: 36,7°C, WBC: 12.42, HGB: 6.9 gl/dl HCT: 22.1, thoraks: cor tampak membesar, pulma broncovasculer kasar pada parahiler kanan, kedua sinus tajam. HbsAg (+) Positif, Ureum: 110.6 mg/dl, Creatinin: 3.08 mg/dl mukosa bibir kering, terdapat edema pada kaki bagian kiri

g. Klasifikasi Data

DS : Pasien mengatakan lemas, sesak napas, mual- muntah kulit gatal-gatal muntahnya 3 kali konsistensinya berair

DO: Keadaan umum lemas kesadaran komposmetis, pasien pucat, mukosa bibir kering, terdapat edem pada kaki bagian kiri, terpasang infus NaCL 0,9%, 20 tpm, terpasang O<sub>2</sub> 3 lpm, peristaltik usus, 9x/m, GCS: 15(E:4, V:5, M:6) TD: 120/80 mmHg, N:87x/m, RR: 24x/m,S: 36, 7°C, SPO<sub>2</sub>: 98%, WBC: 12.

420, HGB: 6.9, HCT: 22.1, thoraks: cor tampak membesar, pulma broncovascular kasar, pada parahiler kanan kedua sinus tajam, HbsAg (+), positif ureum: 110.6 mg/dl Creatinin: 3.08 mg/dl.

h. Analisa Data

Tanda dan gejala (Sign/symptom) yang didapatkan pada data subjektif yaitu: Pasien mengatakan ia merasa lemah dan lelah. Kemudian data objektif yaitu: Klien tampak lemah, lelah, pucat, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis HB:6.9, ureum: 110.6, creatinin: 3.08, TD:120/80mmHg, N:87x/menit, SPO<sub>2</sub>:98%, RR: 24x/menit S: 36,7°C. Data tersebut menunjukkan etiologi yaitu disfungsi ginjal. Sehingga problem yang muncul adalah Perfusi perifer

Tanda dan gejala (Sign/symptom) yang didapatkan pada data subjektif yaitu: DS: Pasien mengatakan sesak napas. Kemudian data objektif: Pasien sesak terpasang oksigen Nasal Kanul 3 lpm TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S:36,7°C Thorax: Cor tampak membesar, Pulmo broncovascular kasar pada parahiler kanan, kedua sinus tajam. Data tersebut menunjukkan etiologi hambatan Upaya napas (kelemahan otot pernapasan). Sehingga problem yang muncul adalah pola napas tidak efektif.

Tanda dan gejala (Sign/symptom) data yang didapatkan pada data subjektif yaitu : Pasien mengatakan Mual muntah. Data objektif : Pasien mual muntah, tampak pucat frekuensi muntah 3 kali, konsistensi berair TD: 128/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR:

24x/menit, S: 36,7°C, ureum: 110.6 mg/dl, Creatinin: 3.08 mg/dl. Data tersebut menunjukkan etiologi: Gangguan biokimia (uremia 110,6 mg/dl) sehingga muncul problem Nausea

Tanda dan gejala (Sign/symptom) Data subjektif: Pasien mengatakan ia merasa kulitnya gatal- gatal Riwayat luka DM 5 tahun yang lalu. Data objektif: Trugor kulit pasien jelek, kehitam -hitaman terdapat bekas luka DM pada kaki bagian kiri luka kering, GDS: 170 g/dL, TD; 120/80 mmHg. N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, S: 36,7°C. Data tersebut menunjukkan etiologi neuropati perifer sehingga muncul problem gangguan integritas kulit/ jaringan

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Resiko perfusi perifer renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal ditandai dengan

DS : Pasien mengatakan Lemah dan lelah

DO: Klien tampak Lemah, Lelah pucat, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, HB: 6.9, ureum: 110.6 mg/dl, creatinin: 3.08 mg/dl TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas (kelemahan otot pernapasan) ditandai dengan

DS : Pasien mengatakan sesak napas

DO : Pasien sesak terpasang oksigen Nasal Kanul 3 lpm, TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C.

c. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia ditandai dengan

DS : Pasien mengatakan mual- muntah

DO : Pasien mual-muntah, pucat, frekuensi 3 kali, konsistensi berair, uremia:110,6 TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C.

d. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer ditandai dengan

DS: Mengatakan ia merasa kulitnya gatal-gatal, Riwayat luka DM, 5tahun yang lalu.

DO: Turgor kulit pasien jelek, kehitam-hitaman sekitar tangan dan badan, terdapat bekas luka DM pada kaki bagian kiri, luka kering, GDS: 170g/d/L, TD: 120/80mmHg, N:87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, S: 36,7°C ,RR:24x/menit

#### Prioritas Masalah

1. Risiko Perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
3. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi (mis uremia)
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer

### 3. Intervensi Keperawatan

1. Resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal ditandai dengan DS: Pasien mengatakan ia merasa lemah dan lelah  
DO: Pasien tampak lemah dan lelah, pucat, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, terdapat udem pada kaki bagian kiri HB: 6.9, Ureum: 110.6 mg/dl Creatinin: 3.08 mg/dl TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>:98%, S:36,RR:24x/menit

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan Masalah resiko perfusi renal tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil:

1. Mual menurun (5)
2. Muntah menurun (5)
3. Kadar urea nitrogen darah membaik (5)
4. HB meningkat (5)
5. Kadar kreatinin plasma membaik (5)
6. Tekanan darah sistolik membaik (5)

Intervensi: Pencegahan Syok

- 1) Obsevrasi
  - a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD)
  - b) Monitor status oksigenasi .
  - c) Monitor status cairan (masukan dan halauran, trugor kulit, CRT)



- d) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil
  - e) Periksa riwayat alergi
  - 2) Terapeutik
    - a) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen
    - b) Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi
  - 3) Edukasi
  - 4) Kolaborasi
    - a) Kolaborasi pemberian IV
    - b) Kolaborasi pemberian transfusi darah
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) ditandai dengan DS: Pasien mengatakan sesak napas. DO: Pasien sesak terpasang oksigen Nasal Kanul 3 lpm, TD: 120/80mmHg, N:87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil:

1. Frekuensi napas membaik (5)
2. Kedalaman napas membaik (5)
3. Ekskrusi dada membaik (5)

**Intervensi : Manajemen jalan napas**

- 1) Observasi
  - a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

- b) Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi, kering)
  - c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
- 2) Terapeutik
- a) Posisikan semi –fowler atau fowler
  - b) Berikan minum hangat
  - c) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
  - d) Berikan oksigen
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan asupan caian 2000ml/hari jika tidak kontraindikasi
  - b) Anjurkan teknik batuk efektif
3. Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakarnial ditandai dengan DS: Pasien mengatakan mual-muntah. DO: Pasien mual-muntah, tampak pucat, frekuensi 3 kali, konsistensi berair. TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, S: 36,7°C, RR: 24x/menit
- Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Nausea dapat teratasi dengan kriteria hasil:
- Tingkat nausea
- 1) Nafsu makan meningkat (5)
  - 2) Keluhan mual menurun (5)
  - 3) Perasaan ingin muntah menurun (5)
  - 4) Pucat membaik (5)

## **Intervensi : Manajemen Muntah**

### 1) Observasi

- a) Identifikasi karakteristik muntah (mis, warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi)
- b) Periksa volume muntah
- c) Identifikasi riwayat diet (mis, makanan yang disukai, tidak disukai, dan budaya)
- d) Identifikasi faktor penyebab muntah (mis, pengobatan dan prosedur)

### 2) Terapeutik

- a) Kontrol lingkungan penyebab muntah (mis, bau tidak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan)
- b) Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis, kecemasan, ketakutan)
- c) Atur posisi untuk mencegah aspirasi
- d) Bersihkan mulut dan hidung
- e) Berikan dukungan fisik saat muntah (mis, membantu membungkuk atau menundukan kepala)

### 3) Edukasi

- a) Anjurkan membuang kantong plastik untuk menampung muntah
- b) Anjurkan memperbanyak istirahat

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian antiametik jika perlu
- b) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic

4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan neuropati perifer ditandai dengan DS: Pasien mengatakan ia merasa kulitnya gatal-gatal riwayat luka DM 5 tahun yang lalu. DO: Trugor kulit pasien jelek, kehitam –hitaman, terdapat bekas luka DM pada kaki bagian kiri, luka kering, GDS: 170 g/dL, TD: 120/80 mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, S: 36,7°C

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan masalah integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil:

Perawatan luka

- 1) Kerusakan jaringan menurun (5)
- 2) Kerusakan lapisan kulit menurun (5)
- 3) Nyeri menurun (5)

**Intervensi: Perawatan luka**

- 1) Observasi
  - a) Monitor karakteristik luka(mis, drainase, warna, ukuran, bau).
  - b) Monitor tanda –tanda infeksi
- 2) Terapeutik
  - a) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
  - b) Bersihkan denga cairan NaCl
  - c) Bersihkan jaringan nekrotik

- d) Pasang balutan sesuai luka
  - e) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
  - f) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
  - b) Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
  - c) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
- 4) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi pada Ny.T.C.S dilakukan selama 3 hari pada tanggal 21- 23 Mei 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing- masing diagnose keperawatan.

##### a. Implementasi hari pertama pada tanggal 21 Mei 2024

1. Resiko Perfusi perifer renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan DS : Pasien mengatakan ia merasa lemah dan lelah. DO: Klien tampak lemah, lelah, pucat, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, terdapat udem pada kaki bagian kiri HB:6.9, ureum: 110.6 mg/dl creatinin:3.08 mg/dl TD: 120/80mmHg, N:87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C

- Jam 08.00 : Melakukan vital sign TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit S: 36,7°C, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit.
- Jam 09.00 : Memeriksa sirkulasi perifer (terdapat udem pada bagian kaki kiri dan kanan)
- Jam 09.05 : Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (pasien mengatakan dirinya ada riwayat luka DM 5 tahun yang lalu)
- Jam 09.10 : Memonitor panas kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas (Terdapat bengkak pada ekstremitas bawah bagian kaki)
- Jam 10.00 : Melakukan perawatan kaki dan kuku
- Jam 11.00 : Melayani terapi injeksi ceftiaxon 1gr/IV
- Jam 12.00 : Melayani makanan diet lunak dan terapi oral CPG 0,75 mg 1 tablet
- Jam 13.00 : Melayani terapi injeksi ondansentron 4 mg/Iv
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan ditandai dengan DS: Pasien mengatakan Pasien mengatakan sesak napas. DO: Pasien sesak terpasang oksigen Nasal Kanul 3 lpm, TD: 120/80mmhg, N: 87x/menit, RR: 24x/menit SPO<sub>2</sub>: 98%, S: 36,7°C, Thorax: Cor tampak membesar, pulma broncovasculer kasar pada prahiler kanan kedua sinus tajam.

Jam 08.00 : Melakukan vital sign TD: 120/80mmHg,  
N:87x/menit, RR: 24x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98% S: 36,7°C

Jam 09.00 : Melakukan pemberian Nebulezer menggunakan obat  
ventolin

Jam 09.30 : Memposisikan pasien semi fowler

Jam 10.00 : Memonitor bunyi napas tambahan (bunyi napas  
vesikuler)

Jam 11.00 : Mengajarkan pasien untuk melatih teknik batuk  
efektif

Jam 12.00 : Memonitor saturasi oksigen ( SPO<sub>2</sub>: 97%)

Jam 13.00 : Menganjurkan pasien untuk minum air hangat

3. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia ditandai dengan  
DS: Pasien mengatakan Mual-muntah DO: Pasien mual-muntah,  
tampak pucat, frekuensi muntah 3 kali, konsistensi berair,  
ureum:110,6 TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, S:  
36,7°C

Jam 08.00: Melakukan vital sign TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit,  
SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C

Jam 08.15: Mengidentifikasi karakteristik muntah (warna putih,  
berair sedikit berlendir, tidak ada darah, frekuensi 3  
kali

Jam 08.20: Periksa frekuensi muntah hasil: 300ml

Jam 08.25: Mengontrol lingkungan penyebab muntah (menutup pintu wc agar pasien merasa lebih nyaman)

Jam 08.30: Memberikan dukungan fisik saat muntah (membantu pasien untuk membungkukan badan saat muntah)

Jam 08.40: Menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk membersihkan mulut agar mencegah terjadinya muntah

Jam 08.45: Menganjurkan kepada keluarga untuk langsung membuang muntah pasien

Jam 08.50: Menganjurkan kepada pasien untuk memperbanyak istirahat

4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan DS: Pasien mengatakan ia merasa kulitnya gatal-gatal, riwayat luka DM 5 tahun yang lalu. DO: Trugor kulit pasien jelek, kehitam-hitaman di sekitar badan dan tangan, terdapat bekas luka DM pada kaki bagian kiri, luka kering, GDS: 170g/dL, TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C.

Jam 08.00 : Melakukan vital sign TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C

Jam 09.00 : Memonitor karakteristik luka warna luka coklat sudah kering, tidak bau, ukuran 2 cm,



Jam 09.05 : Memonitor tanda-tanda infeksi (tidak ada tanda – tanda infeksi)

Jam09.06 : Melepaskan balutan plester secara perlahan

Jam 09.12 : Membersihkan luka dengan cairan NaCl

Jam 09.20 : Pasang balutan sesuai jenis luka

Jam09.25 : Menganjurkan kepada pasien untuk banyak mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein (09.27 Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan perawatan luka secara mandiri pada saat di rumah nanti sesuai dengan cara yang sudah dilakukan

Implementasi hari kedua pada tanggal 22 Mei 2024

1. Resiko Perfusi perifer renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal ditandai dengan DS: Pasien mengatakan ia merasa lemah dan lelah DO : Klien tampak lemah, lelah, pucat, terdapat udem pada kaki bagian kiri mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, HB:6.9, ureum: 110.6 mg/dl Creatinin: 3.08 mg/dl TD:120/80mmHg, N:87x/menit, SPO<sub>2</sub>:98%, S: 36,5°C, RR:20x/menit.

Jam 08.00: Melakukan vital sign TD:120/60mmHg, N: 67x/menit, SPO<sub>2</sub>: 97%, RR: 20x/menit S: 36,60  
menganjurkan beraktivitas 09.00 Melakukan perawatan kaki dan kuku

Jam 09.20: Melayani injeksi parasetamol

Jam 12.00: Pemberian oksigen

Jam 13.00: Melayani terapi injeksi ondansentron 4 mg/IV

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) ditandai dengan DS: Pasien mengatakan sesak sudah berkurang DO: Pasien sesak terpasang terpasang oksigen Nasal Kanul 3 lpm, TD:120/60mmHg, N: 67x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C, SPO<sub>2</sub>: 97% Thorax Cor tampak membesar, Pulmo broncovascular kasar pada parahiler kanan, kedua sinus tajam.

Jam 08.00 : Melakukan vital sign TD:120/60mmHg, N: 67x/menit, S: 36, 5°C, RR; 20x/menit, SOP<sub>2</sub>:97%

Jam 08.10 : Melakukan Nebulezer

Jam 08.40 : Memposisikan pasien semi fowler (pasien merasa lebih nyaman)

Jam 09.00 : Menganjurkan kepada pasien untuk banyak minum air hangat

Jam 09.20 : Mengajarkan pasien melatih teknik batuk efektif

Jam 10.02 : Memonitor bunyi napas tambahan (Tidak ada bunyi napas tambahan)

3. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia ditandai dengan DS: Pasien mengatakan Mual-muntah. DO: Pasien mual muntah, tampak pucat, frekuensi 3kali, Konsistensi

berair, ureum:110,6 TD: 120/80mmHg, N:87x/menit,  
SPO<sub>2</sub>:98%, S: 36,7°C, RR:20x/menit

Jam 08.00: Melakukan vital sign TD:120/60mmHg, N:  
67x/menit, RR: 20x/menit, SPO<sub>2</sub>: 97%, S: 36,5°C

Jam 08.15: Identifikasi karakteristik muntah (warna putih,  
konsistensi ampas, tidak ada darah, frekuensi  
1kali)

Jam 08.20: Menganjurkan kepada pasien untuk selalu  
membersihkan mulut apabila habis muntah.

Jam 08.25: Menganjurkan kepada pasien untuk memperbanyak  
istirahat.

4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Neuropati  
perifer ditandai dengan DS: Pasien mengatakan Ia merasa  
kulitnya gatal-gatal, riwayat luka DM 5 tahun yang lalu. DO:  
Trugor kulit pasien jelek, kehitam-hitaman, terdapat bekas luka  
DM pada kaki bagian kiri luka kering, GDS: 170g/dL, TD:  
120/80mmHg, N:87x/menit, RR: 20x/menit S: 36,7°C,

Jam 08.00: Melakukan pengukuran vital sign TD: 100/70  
mmHg, S: 36<sup>0</sup>C, N: 84 x/menit, RR: 20 x/menit,  
SPO<sub>2</sub>: 100%.

Jam 07.00: Membaca buku status pasien

Jam 08.00: Melakukan vital sign TD: 120/60mmHg, N:  
67x/menit, SPO<sub>2</sub>: 97x/menit, S: 36,5°C

Jam 09.00: Membersihkan bekas luka kering menggunakan NaCl

Jam 12.00: Menganjurkan kepada pasien untuk banyak mengonsumsi buah dan sayuran  
-Menganjurkan kepada pasien untuk meningkatkan

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari pertama pada : 21 Mei 2024

Diagnosa 1

S : Pasien mengatakan masih merasa lemah

O: Klien masih lemah, dan cepat lelah, pucat, mukosa bibir kering, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD:120/80 mmHg, S:36,7 °C, N: 87 x/menit, RR:20 x/menit, SPO<sub>2</sub>:98%. HB: 6.9

A: Masalah resiko perfusi renal perifer tidak efektif belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa 2

S: Pasien mengatakan masih merasa sesak.

O: Pasien masih sesak terpasang oksigen Nasal Kanul 3lpm, TD: 120/80mmHg, S:36,7°C, N:87x/m, RR:20x/m, SPO<sub>2</sub>:98%.

A: Masalah Pola Napas tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan.

### Diagnosa 3

S: Pasien mengatakan Masi merasa mual-muntah.

O: Pasien masi mual muntah, frekuensi 1 kali, konsistensiberair dan berlendir TD: 120/80mmHg, S:36,7<sup>0</sup>C, N:87x/m, RR:20x/m, SPO<sub>2</sub>:98%.

A: Masalah Nausea sebageian teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

### Diagnosa 4

S: Pasien mengatakan kulitnya masi gatal-gatal.

O: Trugor kulit masi jelek, terdapat bekas luka kering DM pada kaki kiri, TD: 120/80mmHg, S:36,7<sup>0</sup>C, N:87x/m, RR:20x/m, SPO<sub>2</sub>:98%.

A: Masalah Gangguan integritas kulit belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua pada tanggal: 22 Mei 2024

### Diagnosa 1

S: Pasien mengatakan masi merasa lelah

O: Pasien masi lemah, masi tampak pucat, konjungtiva masi anemis mukosa bibir masi tampak kering TD: 120/60mmHg, N: 67x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5%, SPO<sub>2</sub>: 97%

A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

#### Diagnosa 2

S: Pasien mengatakan tidak merasa sesak lagi

O: Pasien tampak rileks RR: 20x/menit, TD: 120/60mmHg, N: 67x/menit, S: 36,5°C, SPO<sub>2</sub>: 97%

A: Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

#### Diagnosa 3

S: Pasien mengatakan masih merasa mual- mual muntah

O: Pasien masih mual- muntah, frekuensi muntah 1 kali muntahnya berair dan berlendir TD: 120/60mmHg, N: 67x/menit, SPO<sub>2</sub>: 97%, S: 36,5°C, RR: 20x/menit

A: Masalah Nausea belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

#### Diagnosa 4

S: Pasien mengatakan ia masih merasa gatal- gatal pada area badan dan kaki

O: Trugor kulit jelek terdapat luka kering, pada area badan kaki, dan juga terdapat bekas luka DM, luka kering pada bagian kaki kiri

A: Masalah gangguan integritas kulit sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan.

#### 6. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan dilakukan pada tanggal 23 Mei 2024.

Pada diagnose 1

Jam 09.00 S: Pasien mengatakan rasa lelah berkurang dan lemah berkurang. O: Ku: baik, kes: composmentis, TD: 130/70 mmHg, S:36,5<sup>0</sup>C, N:87x/m, RR: 20x/m, SPO<sub>2</sub>: 98%. A: Masala Resiko perfusi perifer renal tidak efektif sebgaiian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan

Jam 09.10 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak, pada ekstremitas (tidak ada kemerahan, tidak panas, hanya terdapat bengkak pada ekstremitas bawah bagian kaki kiri dan kanan). Jam 09.20

.Melakukan perawatan kaki dan kuku Jam 09.40 Menganjurkan pasien

untuk melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering yang luka). E: Jam 13.00 Ku: baik, kes: composmentis, pasien

mengatakan tidak lagi merasa leleah dan lemah. TD: 130/70 mmHg, S:36,5<sup>0</sup>C, N:87x/m, RR: 20x/m, SPO<sub>2</sub>: 98%, masalah sebgaiian

teratasi, intervensi dipertahankan. Pada diagnose ke-2, S: Pasien

mengatakan tidak sesak lagi. O: Ku: baik, kes: composmentis, pasien tanpa rileks TD: 120/80 mmHg, S:36,5<sup>0</sup>C, N:87x/m, RR: 20x/m, SPO<sub>2</sub>:

98%, A: Masalah pola napas tidak efektif sudah teratasi teratasi. P:

Intervensi dilanjutkan. I: Jam 19.00 Melakukan nebulezer E: Jam

13.00 Ku: baik, kes: composmntis, pasien mengatakan tidak lagi sesak.

Pada diagnose ke-3, S: Pasien mengatakan sudah tidak lagi mual

muntah O:Ku: baik, kes: composmentis, pasien tampak rileks TD:

130/80 mmHg, S:36,5<sup>0</sup>C, N:87x/m, RR: 20x/m, SPO<sub>2</sub>: 98%. A:

Masalah Nausea sudah teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 09.00

Menganjurkan kepada pasien untuk tetap membersihkan mulut (pasien mengatakan bahwa sudah menyikat gigi pagi tadi)

Jam 09.03 Menganjurkan pada pasien untuk memperbanyak istirahat

E: Jam 13.00 Ku: baik, kes: composmentis, pasien tidak muntah masalah Nausea sudah teratasi intervensi dipertahankan. Pada diagnose ke-4, S: pasien mengatakan masih merasa gatal di sekitar badan dan kaki. O: ku: baik, kes: composmentis, terdapat bekas luka kering di sekitar badan dan kaki dan terdapat bekas luka kering DM, pada kaki bagian kiri TD: 130/70 mmHg, S:36,5<sup>0</sup>C, N:87x/m, RR: 20x/m, SPO<sub>2</sub>: 98%. A: Masalah gangguan integritas kulit/jaringan sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 10.11 Membersihkan luka menggunakan NaCl (luka kering tidak bau tidak terdapat nekrotik, Jam 11.00 Menganjurkan keda pasien untuk banyak minum air putih Jam 12.00 Menganjurkan kepada pasien untuk banyak mengonsumsi buah dan sayur E: Jam 13.00 Ku: baik, kes: composmentis, pasien mengatakan masi merasa gatal gatal di sekitar badanya intervensi dilanjutkan.

## **B. Pembahasan**

Pemberian asuhan keperawatan pada Ny.T.C.S dengan masalah *Chronic Kidney Disease* (CKD) menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan



antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada klien Ny. T.C.S di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di Ruang Penyakit Dalam (RPD III )

#### 1. Pengkajian Keperawatan

Klien mengatakan lemas, sesak napas, mual muntah dan kulit terasa gatal-gatal. Pasien tampak lemas, tampak sesak frekuensi napas 24 x/menit, terpasang oksigen Nasal Kanul 3 lpm frekuensi muntah 3 kali HB: 6.9, ureum: 110.6 mg/dl Creatinin:3.08 mg/dl turgor kulit jelek kehitam-hitaman pada bagian badan dan tangan terpasang infus NaCl 0,9%, 20 tetes/menit,TD:120mmHg, N: 87x/menit, S: 36,7°C, RR:20x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%

Gejala lemas pada pasien dengan gagal ginjal kronis bisa disebabkan oleh anemia (Hb: 6,9 gr/dl), dimana tubuh kekurangan sel darah merah yang cukup untuk mengangkut oksigen ke seluruh tubuh (Sitifa etc, (2018).

Novitasari (2014) menjelaskan bahwa gejala sesak napas disebabkan oleh beberapa faktor. Salah satunya adalah penumpukan cairan dalam tubuh yang tidak dapat dikeluarkan dengan baik oleh ginjal, sehingga menyebabkan edema (pembengkakan) di paru-paru. Hal ini ditunjukkan oleh foto thoraks yaitu ada cardiomegaly.

Gejala mual-muntah disebabkan ginjal yang rusak tidak mampu membuang limbah metabolik dari darah, sehingga zat-zat ini menumpuk dalam tubuh dan menyebabkan berbagai masalah termasuk mual dan muntah. Ratnasari (2020). Ureum:110.6 mg/dl Creatinin: 3.08 mg/dl

Gejala gatal-gatal disebabkan oleh penumpukan racun dan limbah dalam tubuh yang seharusnya disaring oleh ginjal salah satu zat yang dapat menyebabkan gatal adalah fostat, yang tidak dapat dikeluarkan dengan baik oleh ginjal yang rusak. selain itu, perubahan kadar hormon dan ketidakseimbangan elektrolit juga dapat berkontribusi terhadap sensasi gatal. Tidak semua pasien gagal ginjal kronik mendapat gejala yang sama seperti pada teroi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Amalina, Ibrahim, & Emliyawati (2018) menyatakan bahwa pasien merasakan lemas, mual muntah, pusing. Pada pasien gagal ginjal kronik salah satunya berkaitan dengan tingginya kadar ureum yang tinggi dalam darah menimbulkan mual dan muntah.

Ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana tanda dan gejala yang muncul pada kasus nyata hanya lemas, sesak napas, mual muntah, dan kulit gatal-gatal. Sedangkan pada teori tanda dan gejala pada pasien dengan CKD meliputi: hematuria, adanya darah atau protein dalam urine yang dideteksi saat tes, mengalami kram otot, kehilangan berat badan, nafsu makan menurun, nyeri dada, kejang pada otot, gangguan tidur. Namun tidak semua penderita CKD akan mengalami gejala-gejala ini. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Juwita & meliani 2022)

Pada riwayat penyakit keluarga pasien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit Chronic Kidney Disease (CKD), hipertensi DM, dan lainnya. Untuk kebiasaan sebelum pasien terdiagnosa

penyakit DM, pasien senang makan makanan yang manis, seperti kue-kue yang manis, minuman seperti teh yang gulanya harus tinggi.

Pada teori pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien CKD yaitu pemeriksaan BUN/kreatinin meningkat biasanya proposional kadar kreatinin  $10\text{mg/dL}$  dicurigai terlambat (mungkin rendah yaitu 5), hitung darah lengkap Hb biasanya kurang dari  $7\text{-}8\text{g/dL}$ , GDA yang dimana hilangnya kemampuan ginjal untuk mengeluarkan hidrogen dan amonia, atau produk akhir metabolisme protein, Natrium serum mungkin rendah jika ginjal “depleted sodium” atau normal (menunjukkan keadaan yang encer), kalium meningkat karena migrasi sel (asidosis) atau retensi sebagai respon terhadap ekskresi jaringan kalsium turun, penurunan kadar protein

Pemeriksaan pada urin, Ultrasonografi ginjal untuk mendeteksi ginjal atau masa perirenal, mengidentifikasi obstruksi, dan mengidentifikasi kista ginjal dan masa padat, Sistoureterogram berkemih tes ini dilakukan untuk menilai penyebab kapasitas kandung kemih, tekanan uretra dan disfungsi kandung kemih, Arteriogram atau angiogram ginjal pemeriksaan ini dilakukan untuk memvisualisasikan arteri ginjal, untuk mendeteksi stenosis arteri ginjal, trombosis, atau emboli ginjal, tumor, kista, atau aneurisma. Sedangkan pada kasus hanya didapatkan 2 pemeriksaan yaitu pemeriksaan foto thorax, dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 19 Mei 2024 dengan hasil: SGOT/AST:25.1, SGPT/ALT: 26.5, Ureum: 110.6 mg/dl

Creatinin: 3.08 mg/dl HbsAg: + positif, WBC:1 2.42, MONO: 1.15, EO#: 0.51,EUT #:8.99, MONO%: 9.3, EO%:4.1, NEUT: 72.4, RBC: 2.84, HGB: 6.9, RDW-SD: 57.0, RDW-CV:20.1

## 2. Diagnosa Keperawatan

Pada klien Ny. T.C.S ditemukan diagnosa keperawatan Resiko perifer renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Nausea berhubungan dengan tekanan intrakarnial gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. Sedangkan diagnosa yang ada pada teori fokus pada pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) yaitu resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan penyakit ginjal dan kelenjar, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer penyakit ginjal dan kelenjar, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, ke lebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana pada tinjauan kasus tidak ditemukan masalah resiko ketidakseimbangan cairan,

kelebihan volume cairan, hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami gangguan pada BAK, dan tidak mengalami BAK bercampur darah

### 3. Intervensi Keperawatan.

Berdasarkan 4 diagnosa yang ditegakan pada kasus Ny. T.C.S maka tujuan intervensi antara lain mengatasi resiko perfusi renal tidak efektif, pola napas tidak efektif, mual, dan gangguan integritas kulit. Untuk mencapai tujuan tersebut maka tindakan yang dilakukan mengatasi perfusi perifer renal tidak efektif adalah monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT), hal ini sesuai dengan teori (Smeltzer & Bare 2015) intervensi utama yang harus dilakukan yaitu memonitor status hidrasi, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, monitor tingkat kesadaran dan respon pupil, berikan oksigen, lakukan skin test, untuk pemberian transfusi darah tidak dilakukan karena keterbatasan waktu studi kasus

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk pola napas tidak efektif adalah memberikan oksigen, melakukan nebulizer, selanjutnya mengatur posisi semi fowler agar konsentrasi oksigen akan lebih kepada daerah vital dan memungkinkan ekspansi dada lebih luas dengan tindakan seperti ini maka pola napas bisa efektif. Tindakan yang dilakukan untuk mual adalah memberikan dukungan fisik saat muntah (membantu pasien membungkukan dan menundukan kepala di saat

muntah), mengatur posisi pasien untuk mencegah aspirasi, menganjurkan kepada keluarga dan pasien untuk membersihkan mulut.

Tindakan yang dilakukan untuk gangguan integritas kulit adalah melakukan perawatan luka menggunakan NaCl menggosokan luka pasien pada daerah tubuh dan sekitarnya dengan minyak. Hal ini sejalan dengan penelitian (Ariyani & Bharudin 2020). Pembersihan luka menggunakan NaCl 0,9% dengan memperhatikan teknik aseptik, dilanjutkan dengan pemasangan softratule, dan perawatan integritas kulit pada pruritus dilakukan pemberian salep gentamicin, menganjurkan penggunaan minyak untuk melembapkan kulit kering dan mempercepat penyembuhan luka serta mengedukasi keluarga tanda dan gejala infeksi

#### 4. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan rencana tindakan yang ditetapkan, tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ada beberapa yakni melakukan vital sign, melakukan skin tes, memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi frekuensi napas), melakukan transfusi darah namaun saat melakukan studi kasus pasien ini belum mendapatkan transfusi darah. Dalam penelitian (Meriyani 2020) diberikan transfusi darah dan asam folat, hal ini bertujuan untuk meningkatkan kadar hemoglobin sehingga dapat menjaga ketersediaan oksigen yang pada akhirnya dapat mengurangi kelemahan yang dirasakan. Penggunaan asam folat juga bermanfaat bagi pasien CKD karena dapat meningkatkan kadar hemoglobin dan meningkatkan pembentukan sel darah merah (Alvionita

2016). memonitor status cairan (masukan dan halauran, trugor kulit, CRT), memasang oksigen 3 Lpm, melakukan nebulezer, memposisikan pasien semi fowler, mengajarkan pasien melakukan relaksasi napas dalam.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa posisi semi fowler pada pasien dengan CKD dengan sesak napas dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien. Pemberian posisi semi fowler efektif dalam mengurangi sesak karena pada posisi semi fowler otot diafragma tertarik ke bawah sehingga ek spansi paru lebih optimal dan oksigen lebih mudah masuk ke dalam paru-paru (Putrantu et al.,2021) mambantu pasien membungkuk dan menunduk kepala saat mau muntah, dan melakukan perawatan luka DM. Berdasarkan rencana tindakan yang ditetapkan maka implementasi pada kasus Ny. T.C.S dilakukan sesuai kondisi pasien dan rekomendasi Dokter.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan melalui catatan perkembangan, pada Ny.T.C.S dapat dievaluasi bahwa masalah perfusi perifer renal tidak efektif hari pertama belum teratasi dengan hasil klien masi lemah, pucat, mukosa bibir kering. Evaluasi hari kedua belum teratasi dengan hasil pasien masi lemah, masi tampak pucat, mukosa bibir masi kering, evaluasi hari ketiga sebagian teratasi dengan hasil klien mengatakan rasa lelah sudah berkurang, mukosa bibir lembab.

Masalah pola napas tidak efektif hari pertama belum teratasi dengan hasil klien masi sesak terpasang oksigen Nasal Kanul 3 Lpm, RR:20 x/m, untuk hari kedua masalah sudah teratasi dengan hasil klien tidak sesak lagi RR: 20x/m. Penelitian ini sejalan dengan (Ramadhani 2020) yang menunjukkan bahwa masalah pola napas tidak efektif teratasi di hari kedua. Hari ketiga masalah sudah teratasi dengan hasil klien tidak sesak lagi dengan hasil klien tampak rileks, RR: 19x/m.

Untuk nausea hari pertama masalah belum teratasi dengan hasil klien masi mual muntah, frekuensi 1 kali, konsistensi berair dan berlendir. Untuk hari kedua masalah belum teratasi dengan hasil klien masi mual muntah, frekuensi muntah 1 kali muntahnya berair, hari ketiga masalah sudah teratasi dengan hasil klien sudah tidak muntah lagi.

Untuk masalah gangguan integritas kulit hari pertama masalah belum teratasi dengan hasil klien masi merasa gatal-gatal, trugor kulit masi jelek, hari kedua masalah belum teratasi dengan hasil klien mengatakan masi merasa gatal-gatal pada area badan dan kaki, tugor kulit masih jelek, untuk hari ketiga masalah sebagian teratasi dengan hasil luka kering tidak bau, tidak terdapat nekrotik, klien masi merasa gatal- gatal pada daerah badan dan kaki.

### **C. Keterbatasan Kasus**

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu faktor waktu pelaksanaan studi kasus yang hanya 3 hari dilakukan sehingga masalah keperawatan yang dialami pasien tidak diatasi secara



menyeluruh dan tuntas selain itu faktor orang atau manusia, dalam hal ini pasien sebagai responden yang hanya berfokus pada satu pasien saja, membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah– masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya.

#### **D. Implikasi untuk Keperawatan**

Terdapat beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini antara lain:

1. Sebagai pendidik

Pada studi kasus ditemukan peran perawat sebagai pendidik adalah memberikan edukasi dan pendidikan terkait penyakit yang dialami, dalam hal ini perawat menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai dampak dari Gagal ginjal

2. Sebagai Advokad

Pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokad yakni menjadi penghubung antara pasien dan tim kesehatan lain dimana perawat selalu melakukan kolaborasi dengan tim medis lainnya bertujuan untuk mempercepat proses kesembuhan pasien.

3. Sebagai Pemberian Perawatan

Peran perawat sebagai pemberi perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok. Pada studi kasus ini ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada klien Ny. T.C.S. Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) selain

itu juga sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pelayanan pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Penyakit Dalam (RP D III) di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Chronic Kidney Disiase (CKD) di Ruangan Penyakit Dalam III pada tanggal 21-23 Mei 2024 (3 hari) maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

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

Pengkajian pada kasus ditemukan data pasien berinisial Ny. T.C.S usia 52 tahun, pasien beragama katolik satatus pasien sudah menikah, prndidikan terakhir pasien SD,pekerjaan ibu rumah tangga, pasien tinggal di Jln RW Mongonsidi, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 19 mei 2024, dengan diagnosa medis Chronic Kidn ey Disease (CKD). Pasien mengatakan lemah, sesak napas, mual-muntah, kulit gatal-gatal

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

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien Ny. T.C. S adalah Perfusi perifer tidak efektif, pola napas tidak efektif, nausea, gangguan integritas kulit/jaringan

##### **3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Ny. T.C.S dengan diagnosa medis Chronic Kidney Disease ditetapkan sesuai dengan 4 masalah keperawatan yang ditemukan dengan tujuan akhir agar masalah keperawatan dapat diatasi**

4. Implementasi merupakan realisasi, kegiatan dari perencanaan yang sudah ditetapkan sebelumnya berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. T.C.S dengan diagnosa medis Chronic Kidney Disease di Ruang Penyakit Dalam III (RPD III) RSUD Ende yang dilaksanakan selama 3 hari dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah- masalah yang ditemukan
5. Kegiatan evaluasi dilaksanakan selama 3 hari hasil evaluasi menunjukkan bahwa pada hari ketiga diagnosa yang sudah teratasi yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, mual berhubungan dengan gangguan biokimia sedangkan untuk diagnosa yang sebagian teratasi yaitu resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.
6. Ada kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan keperawatan, melaksanakan implementasi keperawatan, melakukan evaluasi keperawatan.

.....

## **B. Saran**

### **1. Bagi perawat**

Diharapkan hasil dari studi kasus ini dapat digunakan informasi tentang kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Chronic Kidney Disease (CKD)

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan dari hasil studi kasus ini rumah sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kesehatan.

3. Bagi institusi pendidikan

Agar informasi dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan dan meningkatkan kualitas Pendidikan

4. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan untuk mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah

## DAFTAR PUSTAKA

- (Brunner & Suddarth 2018). (2022). Dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa. Jurnal penelitian perawat profesional 793-800.
- Andra (2018), y. D. Asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien dengan diagnosa medis chronic kidney disease(ckd). 9.
- Azmi, S. (2019) Asuhan keperawatan pada laki-laki dewasa dengan diagnosa (chronic kidney disease (ckd). Jurnal ilmiah cerebral medikal vol. 1. No 2, 2. <https://jurnal.akperkesdam-padang.ac.id/index.php/JICM/article/view/71>
- Ema suriani 2. D. (2023). Perawatan holistik dan efektif pada anak dengan prnyakit kronis (gagal ginjal kronis). Jl. Kristal blok h2 pabean udik indramayu jawa barat:cv.Adanuabimata. [https://books.google.co.id/books?id=8HjCEAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs\\_summary\\_r&cad=0](https://books.google.co.id/books?id=8HjCEAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_summary_r&cad=0)
- Brunner & Suddarth, (2001) dalam Nuari & Widayati, 2017. (2023) Perawatan Holistik Dan Efektik Pada Anak Dengan Penyakit Kronis (Gagal Ginjal Kronik). Udik indramayu Jawa Barat: CV. Adanu Abimata.
- Efendi Zulfan, M. I. (2022). Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa. Jurnal penelitian perawat profesional, 793-800.
- Hidayati dalam Suharyanto, 2. (2021). Asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien dengan diagnosa medis chronic kidney disease. 11.
- Kemenkes (2019). (2023). Perawatan holistik dan efektif pada anak dengan penyakit kronis gagal ginjal kronik. Jl kristal blok h2 pabean udik indramayu jawa barat: cv. Adanu Abimata.
- Kemenkes, (2022). Dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang mnjalani terapi hemodialisa. Jurnal penelitian perawat profesional, 793-800.
- Meita (2021). Asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien dengan diagnosa medis chronickidney disease(ckd).11. <http://repository.stikstellamarismks.ac.id/306/1/BAHRUM%20MANSYUR%20%28NS2114901021%29%20%26%20CHRISTIAN%20DELCKHY%20YOUFANS%20%28NS2114901027%29%20.pdf>
- PPNI. (2016). Standar diagnosa keperawatan Indonesia Jakarta:DPP PPNI

- PPNI. (2018). Standar intervensi keperawatan indonesia. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar luaran keperawatan indonesia. Jakarta: DPP PPNI.
- Profil RSUD Ende (2023). Diambil pada tanggal 16 November 2023
- Riset Kesehatan Dasar (2018). Laporan Provinsi Nusa Tenggara Timur. Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan 2019
- Suddarth & Brunner, (2021). Asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien dengan diagnosa medis chronic kidney disease. 11.
- Suddarth & Brunner, 2. D. (2023). Asuhan keperawatan pada anak dengan gagal ginjal kronis. Jl. Kristal blok h2 pabean udik indramayu jawa barat: cv. Adamu abimata.
- Suharyanto dalam Hidayati (2012). Asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien dengan diagnosa medis chronic kidney disease(ckd). 11.
- Syamsir (2017). Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa chronic kidney disease (ckd). Karya tulis ilmiah, 8. <https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/2225/1/KTI-Annisa%20Nurbaiti.pdf>
- luluk mamluatul Ulumliy (2022). Edukasi kesehatan pasien dengan hemodialisasi. Penerbit lembaga cahkra brahmana lantera. [https://books.google.com/books/about/Edukasi\\_Kesehatan\\_Pasien\\_Dengan\\_Hemodial.html?hl=id&id=faWnEAAAQBAJ](https://books.google.com/books/about/Edukasi_Kesehatan_Pasien_Dengan_Hemodial.html?hl=id&id=faWnEAAAQBAJ)
- WHO (2018). Dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa. *Jurnal penelitian perawat profesional*, 793-800.
- E Syahputra (2021). Dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa. *Jurnal penelitian perawat profesional*, 793-800. <https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/view/977>
- Amalani, R., Ibrahim, K., & Emliyawati, E, (2018). Gambaran Status Fungsional pada Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal keperawatan Sriwijaya*, 5(1), 12-18. [https://ejournal.unsri.ac.id/index.php/jk\\_sriwijaya/article/download/5097/2776](https://ejournal.unsri.ac.id/index.php/jk_sriwijaya/article/download/5097/2776)
- Smeltzer, S.C, & Bare, B.G. (2015). Buku ajar keperawatan medikal bedah jakarta :EGCh <https://onesearch.id/Author/Home?author=Suzanne+C.Smeltzer+%26+Brenda+G.Bare>

- Narsa, A. C., Maulidya, V., Reggina, D., Andriani, W., & Rijai, H.R. (2022), Studi Kasus Pasien Gagal Ginjal Kronis (Stage V) dengan Edema Paru dan ketidakseimbangan Cairan Elektrolit . *Jurnal Sains Dan Kesehatan* 4(SE-1), 17-22 <https://doi.org/10.25026/jsk.v4ise-1.1685>
- Meriyani, H., Sartikawati, N. K. A., & Putra I.M.A. S (2020) Pengaruh penggunaan Antianemia Terhadap Kadar Hemoglobin Pasien Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Ilmiah Medicamento* 5 (2),105-110 <https://doi.org/10.36733/medicomento>.  
<https://www.neliti.com/id/publications/329027/pengaruh-penggunaan-antianemia-terhadap-kadar-hemoglobin-pasien-gagal-ginjal-kronis>
- Juwita, D.A., Fitri, R., Rahmad A., & Meliani.(2022). Drugs related problems (DRPs) pada pasien penyakit ginjal kronis (PGK) di RSUP Dr. M. Djamil *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 9, 184-189 <https://jsfk.ffarmasi.unand.ac.id/index.php/jsfk/article/view/1347>
- Nugraha, B.A (2018). Kelelahan Pada Pasien Dengan Penyakit Ginjal Kronis *In Prosiding Seminar Nasional Dan Penelitian Kesehatan*, (1) [https://ejournal.universitaskbh.ac.id/index.php/P3M\\_PSNDPK/article/download/336/294](https://ejournal.universitaskbh.ac.id/index.php/P3M_PSNDPK/article/download/336/294)
- Putrantu, T., Murhayati, A., Saetan (2021) *Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler 45 Terhadap Frekuensi Napas Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidoharjo Sragen. Universitas Kusuma Husada Surakarta*
- Alvianto, Ayu, W.D., Masruhim, M, A (2016) Pengaruh Penggunaan Asama Folat Terhadap Kadar Hemoglobin Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani. *J. Trop Pharm. Chem.* 2016, 3(3), 179-184
- Meriyani, H., Sartikawati N. K. A., Putra I.M. A. (2020) Pengaruh Penggunaan Hemoglobin Pasien Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Ilmiah Medicamento*, 5(2) 105-110. <https://www.semanticscholar.org/paper/PENGARUH-PENGGUNAAN-ANTIANEMIA-TERHADAP-KADAR-GAGAL-Meriyani-Sartikawati/19211c94c6f9f4a34d1f8709b5e4195ced9fb950>
- Novitasari, A.C D. (2014) Kepatuhan Pembatasan Cairan Terhadap Lama Menjalani. *Jurnal Pordi Keperawatan Universitas Aisyayah Yogyakarta*, 8(1), 104-112 <https://www.neliti.com/id/publications/170202/kepatuhan-pembatasan-asupan-cairan-terhadap-lama-menjalani-hemodialisa>





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. S.D. DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS CHRONIC KIDNEY DISEASE DI RPD III RSUD ENDE**

**A. Pengkajian**

1. Pengumpulan data

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama : Ny. T. C.S  
Umur : 52 Tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
Alamat : RW Mongonsidi  
Agama : Katolik  
Pendidikan : SD  
Diagnosa medik : Chronic kidney disease

b. Status Kesehatan

Status kesehatan saat ini

1. Keluhan utama: Klien mengatakan sesak napas
2. Riwayat keluhan utama

Pada tanggal 19 Mei 2024 klien mengatakan 30 menit sebelum masuk rumah sakit klien datang dengan keluhan sesak napas, lemas dan mual muntah. Penyebab sampai sesak awalnya klien habis mengisi air tampungan di bak mandi dan setelah habis mengisi air, klien langsung mandi. Setelah habis dari mandi klien merasa menggigil, disertai sesak napas dan pasien pun dibawa keluarganya ke rumah sakit dengan keluhan yang sama sesak napas

3. Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Klien mengatakan awalnya setelah ia habis mandi sore klien merasakan demam menggigil kemudian disertakan dengan sesak napas. Klien pernah mengalami penyakit DM sebelumnya dan pernah di rawat di rumah sakit umum daerah Ende dan saat ini klien masi mengalami penyakit yang sama diderita sebelumnya, karena pasien tidak melakukan pengobatan secara rutin, dan tidak pantang terhadap makan makanan yang sudah dilarang.

4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya.

Klien mengatakan tidak melakukan apa-apa. Keluarganya langsung membawa ke rumah sakit

- a) Status kesehatan masa lalu
    - 1. Penyakit yang pernah dialami  
Klien mengatakan sebelumnya pernah mengalami penyakit DM lima tahun yang lalu
    - 2. Pernah Dirawat  
Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RSUD Ende dilakukan debriment luka DM
    - 3. Alergi  
Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan.
    - 4. Kebiasaan (merokok/minum kopi/alcohol)  
Klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan minum teh, begadang, merokok.
  - b) Riwayat penyakit keluarga  
Klien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) ataupun hipertensi, DM, dll.
  - c) Diagnosa medis dan therapy yang didapat sebelumnya  
Klien mengatakan pernah terdiagnosa penyakit DM dan mendapatkan terapi insulin novorapid
- c. Pola kebutuhan dasar
- 1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan  
Klien mengatakan bahwa kesehatan sangat penting, ketika sakit klien mengonsumsi obat DM dan rutin memeriksanya di Rumah
  - 2) Pola nutrisi dan metabolik  
Sebelum sakit klien mengatakan ia makan 3x sehari dengan porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah nasi, sayur, ubi, dan ikan, klien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengonsumsi makanan dan klien biasa minum kurang lebih 2000 cc air. Namun saat sakit klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi makan tidak dihabiskan karena klien merasa mulutnya pahit dan merasa mual muntah, jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah nasi yang disediakan oleh rumah sakit (nasi, ikan, sayur, telur)
  - 3) Pola Eliminasi  
Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa BAB kurang lebih 1x sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning, bau khas feses, klien biasa BAK kurang lebih 4-5x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin. Saat sakit klien mengatakan belum BAB untuk BAK 4x sehari, berwarna kuning, aroma khas urin dan tidak ada keluhan selama BAK.
  - 4) Pola Aktivitas dan Latihan  
Klien mengatakan untuk makan dan minum klien dapat melakukannya sendiri, untuk mandi, berpakaian dan berpindah ke tempat lain klien dibantu oleh anaknya, sedangkan untuk ke toilet pasien menggunakan pispot

5) Pola kognitif dan persepsi

Pasien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat Gambaran Diri Pasien menunjukkan bahwa dia menerima kondisinya saat ini.

Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga seraf melakukan kembali aktivitas sehari-hari.

Peran diri : Pasien mengatakan ia berperan sebagai Ibu Rumah Tangga.

Identitas diri : Pasien mengatakan ia adalah seorang Perempuan berumur 52 tahun, dan merupakan seorang istri dari anak dan suaminya.

6) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sebelum sakit untuk pola tidurnya baik, tidur malam seperti biasa 7-8 jam dan untuk tidur siang 1-2 jam.

Saat Sakit : Pasien mengatakan saat sakit pola tidurnya sedikit terganggu karena tidur di rumah sakit

7) Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama katolik dan rajin beribadah setiap hari minggu tapi semenjak pasien sakit pasien sudah tidak pernah ke gereja untuk beribadah.

d. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Baik

Tingkat kesadaran: Composmentis

GCS: 15 (E: 4, V:5, M:6).

2. Tanda – tanda Vital

Nadi : 87 x/menit

Suhu : 36<sup>0</sup> C

Pernapasan : 24 x/menit

Tekanan Darah : 120/80 mmHg

SPO<sub>2</sub> : 98%

3. Berat Badan saat ini : 60 Kg

Berat badan sebelum sakit : 65 Kg

Tinggi Badan : 156 cm

IMT : 25 (BB Ideal)

4. Pemeriksaan head to toe

Kepala:

Inspeksi: Kulit kepala tampak kotor, tidak ada benjolan ataupun luka,

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan

Wajah

Inspeksi : Wajah klien tampak pucat palpasi tidak ada nyeri tekan

Mata : inspeksi konjungtiva anemis, sclera ikterik

Hidung

Inspeksi : Tampak simetris

Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Mulut

Inspeksi : Membrane mukosa pucat

Leher

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak pembesaran kelenjar tyroid

Thorax

Inspeksi : Dada simetris

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi: Terdengar suara napas vesikuler

Abdomen

Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

e. Pemeriksaan penunjang

1) Darah rutin

Tabel 4.1 Pemeriksaan Hasil Laboratorium Darah Rutin

Flags	Result	Unit	Expected
WBC	12.42+	[10 <sup>3</sup> /μl	(3.60-11.00)
MONO#	1.15+	[10 <sup>3</sup> / μl]	(0.00-0.70)
EO#	0.51+	[10 <sup>3</sup> / μl]	(0.00-0.4)
EUT#	8.99+	[10 <sup>3</sup> / μl]	(1.50-7.00)
MONO%	9.3+	[%]	(2.0-8.0)
EO%	4.1+	[%]	(2.0-4.0)
NEUT%	72.4+	[%]	(50.0-70.0)
RBC	2.84-	[10 <sup>6</sup> / μL]	(3.80-5.20)
HGB	6.9-	[g/dL]	(11.7-15.7)
HCT	22.1-	[%]	(35.0-47.0)

Data primer 2024

2) Kimia darah

Gulkosa sewaktu :192 (Nilai Normalnya 70-140mg/dl)

SGOT/AST : 25.1 (Nilai Normalnya 0-35u/L)

SGPT/ALT : 26.6 (Nilai Normalnya 4-36 u/L)

UREUM : 110.6 (Nilai Normalnya 10- 50mg/dl)

CREATININ : 3.08 (Nilai Normalnya 0.6-1.2mg/dl)

HbsAg + Positif

3) Thorax

Hasil : Cor tampak membesar, pulma broncovasculer kasar pada parahiler kanan, kedua sinus tajam dan disimpulkan Cardiomegali, kesan bronchitis

f. Tabulasi Data

Pasien mengatakan lemas, sesak napas, mual muntah dan gatal-gatal terpasang infus Nacl 0,9%, 20 tpm, BB: 60 kg, peristaltik usus 9x /menit GCS: 15 (E4 V5, M6) TD: 120/80, N: 87x/menit, RR: 24x/menit, S: 36,7°C, WBC: 12.42, HGB: 6.9 gl/dl HCT: 22.1, thoraks: cor tampak membesar, pulma broncovasculer kasar pada parahiler kanan, kedua sinus tajam. HbsAg (+) Positif, Ureum: 110.6 mg/dl, Creatinin: 3.08 mg/dl mukosa bibir kering, terdapat udema pada kaki bagian kiri

g. Klasifikasi Data

DS : Pasien mengatakan lemas, sesak napas, mual- muntah kulit gatal-gatal muntahnya 3 kali konsistensinya berair

DO: Keadaan umum lemas kesadaran komposmetis, pasien pucat, mukosa bibir kering, terdapat udem pada kaki bagian kiri, terpasang infus Nacl 0,9%, 20 tpm, terpasang O<sub>2</sub>, 3 lpm, peristaltik usus, 9x/m, GCS: 15(E:4, V:5, M:6) TD: 120/80 mmHg, N:87x/m, RR: 24x/m,S: 36, 7°C, SPO<sub>2</sub>: 98%, WBC: 12. 420, HGB: 6.9, HCT: 22.1, thoraks: cor tampak membesar, pulma broncovlasculer kasar, pada parahiler kanan kedua sinus tajam, HbsAg (+), positif ureum: 110.6 mg/dl Creatinin: 3.08 mg/dl.

h. Analisa Data

Tanda dan gejala (Sign/symptom) yang didapatkan pada data subjektif yaitu: Pasien mengatakan ia merasa lemah dan lelah. Kemudian data obejektif yaitu: Klien tampak lemah, lelah, pucat, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis HB:6.9, ureum: 110.6, creatinin: 3.08, TD:120/80mmHg, N:87x/menit, SPO<sub>2</sub>:98%, RR: Tanda dan gejala (Sign/symptom) yang didapatkan pada data subjektif yaitu: Pasien mengatakan ia merasa lemah dan lelah. Kemudian data obejektif yaitu: Klien tampak lemah, lelah, pucat, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis HB:6.9, ureum: 110.6, creatinin: 3.08, TD:120/80mmHg, N:87x/menit, SPO<sub>2</sub>:98%, RR: 24x/menit S: 36,7°C. Data tersebut menunjukkan etiologi yaitu disfungsi ginjal. Sehingga problem yang muncul adalah Perfusi perifer

Tanda dan gejala (Sign/symptom) yang didapatkan pada data subjektif yaitu: DS: Pasien mengatakan sesak napas. Kemudian data objektif: Pasien sesak terpasang oksigen Nasal Kanul 3 lpm TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S:36,7°C Thorax: Cor tampak membesar, Pulmo broncovasculer kasar pada parahiler kanan, kedua sinus tajam. Data tersebut menunjukkan etiologi hambatan Upaya napas (kelemahan otot pernapasan). Sehingga problem yang muncul adalah pola napas tidak efektif.

Tanda dan gejala (Sign/symptom) data yang didapatkan pada data subjektif yaitu : Pasien mengatakan Mual muntah. Data objektif : Pasien

mual muntah, tampak pucat frekuensi muntah 3 kali, konsistensi berair TD: 128/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C, ureum: 110.6 mg/dl, Creatinin: 3.08 mg/dl. Data tersebut menunjukkan etiologi: Gangguan biokimia (uremia 110,6 mg/dl) sehingga muncul problem Nausea

Tanda dan gejala (Sign/symptom) Data subjektif: Pasien mengatakan ia merasa kulitnya gatal- gatal Riwayat luka DM 5 tahun yang lalu. Data objektif: Trugor kulit pasien jelek, kehitam -hitaman terdapat bekas luka DM pada kaki bagian kiri luka kering, GDS: 170 g/dL, TD; 120/80 mmHg. N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, S: 36,7°C. Data tersebut menunjukkan etiologi neuropati perifer sehingga muncul problem gangguan integritas kulit/ jaringan

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Resiko perfusi perifer renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal ditandai dengan

DS : Pasien mengatakan Lemah dan lelah

DO: Klien tampak Lemah, Lelah pucat, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, HB: 6.9, ureum: 110.6 mg/dl, creatinin: 3.08 mg/dl TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas (kelemahan otot pernapasan) ditandai dengan

DS : Pasien mengatakan sesak napas

DO : Pasien sesak terpasang oksigen Nasal Kanul 3 lpm, TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C.

- c. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia DO : Pasien mual-muntah, pucat, frekuensi 3 kali, konsistensi berair, uremia:110,6 TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C.

- d. Gangguan intragritas kulit/jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer ditandai dengan

DS: Mengatakan ia merasa kulitnya gatal-gatal, Riwayat luka DM, 5tahun yang lalu.

DO: Turgor kulit pasien jelek, kehitam-hitaman sekitar tangan dan badan, terdapat bekas luka DM pada kaki bagian kiri, luka kering, GDS: 170g/d/L, TD: 120/80mmHg, N:87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, S: 36,7°C ,RR:24x/menit

### Prioritas Masalah

1. Risiko Perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
3. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi (mis uremia)

5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer  
Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan.
1	Resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal ditandai dengan DS: Pasien mengatakan ia merasa lemah dan lelah DO: Pasien tampak lemah dan lelah, pucat, mukosa bibir kering, conjungtiva anemis, terdapat udem pada kaki bagian kiri HB: 6.9, Ureum: 110.6 mg/dl Creatinin: 3.08 mg/dl TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO <sub>2</sub> :98%, RR:36,RR:24x/menit	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan masalah resiko perfusi renal tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Mual menurun (5) 2. Muntah menurun (5) 3. Kadar urea nitrogen darah membaik (5) 4. HB meningkat (5) 5. Kadar kreatinin plasma membaik 6. Tekanan darah sistolik membaik (5)	<b>Intervensi: Pencegahan Syok</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD) 2. Monitor status oksigenasi 3. Monitor status cairan (masukan dan halauran, turgor kulit, CRT) 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa Riwayat alergi <b>Terapeutik</b> 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen 2. Lakukan skin tes untuk mencegah reaksi alergi <b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi pemberian IV 2. Kolaborasi pemberian transfusi darah

2	<p>.Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) ditandai dengan DS: Pasien mengatakan sesak napas. DO: Pasien sesak terpasang oksigen Nasal Kanul 3 lpm, TD: 120/80mmHg, N:87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C.</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, dihapkan pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi napas membaik (5)</li> <li>2. Kedalaman napas membaik</li> <li>3. Ekskrusi dada membaik (5)</li> </ol>	<p><b>Intervensi : Manajemen jalan napas</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi, kering)</li> <li>3. Monit or sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan semi –fowler atau fowler</li> <li>2. Berikan minum hangat</li> <li>3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>4. Berikan oksigen</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari jika tidak kontraindikasi</li> <li>2. Anjurkan teknik batuk efektif</li> </ol>
---	--	---	---

3	<p>Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakarnial ditandai dengan DS: Pasien mengatakan mual-muntah. DO: Pasien mual-muntah, tampak pucat, frekuensi 3 kali, konsistensi berair. TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, S: 36,7°C, RR:</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, dihapkan nausea dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan</li> </ol>	<p><b>Intervensi manajemen muntah</b></p> <p>Identifikasi karakteristik muntah (mis, warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa volume muntah</li> <li>2. Identifikasi riwayat diet (mis, makanan yang disukai, tidak disukai, dan budaya)</li> <li>3. Identifikasi faktor penyebab muntah (mis, pengobatan dan prosedur)</li> </ol>
---	---	---	--



	24x/menit	<p>meningkat (5)</p> <p>2. Keluhan mual muntah menurun</p> <p>3. Perasaan ingin muntah menurun (5)</p> <p>4. Pucat membaik (5)</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol lingkungan penyebab muntah (mis, bau tidak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan)</li> <li>2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis, kecemasan, ketakutan)</li> <li>3. Atur posisi untuk mencegah aspirasi</li> <li>4. Bersihkan mulut dan hidung</li> <li>5. Berikan dukungan fisik saat muntah (mis, membantu membungkuk atau menundukan kepala)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan membuang kantong plastik untuk menampung muntah</li> <li>2. Anjurkan memperbanyak istirahat</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antiemetik jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic</li> </ol>
--	-----------	--	--

4	<p>.Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan neuropati perifer ditandai dengan DS: Pasien mengatakan ia merasa kulitnya gatal-gatal riwayat luka DM 5 tahun yang lalu. DO: Trugor kulit</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, dihapkan nausua dapat teratasi dengan kriteria hasil 1 Kerusakan jaringan</p>	<p><b>Intervensi: Perawatan luka</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau).</li> <li>2. Monitor tanda –tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>1. Bersihkan dengan cairan NaCl</li> <li>2. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>3. Pasang balutan sesuai luka</li> </ol>
---	---	---	---

<p>pasien jelek, kehitam –hitaman, terdapat bekas luka DM pada kaki bagian kiri, luka kering, GDS: 170 g/dL, TD: 120/80 mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, S: 36,7°C</p>	<p>menurun (5) 2.Kerusakan lapisan kulit menurun (5) 3. Nyeri menurun (5)</p>	<p>4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi 1.Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi 1.Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
---	---	--

#### Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Ny T.C. S dilakukan selama 3 hari pada tanggal 21-23 Mei 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing- masing diagnosa keperawatan.

Implementasi hari pertama pada tanggal 21 Mei 2024

1. Menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C

Jam 08.00: Melakukan vital sign TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit S: 36,7°C, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit.

Jam 09.00: Memeriksa sirkulasi perifer (terdapat udem pada bagian kaki kiri dan kanan)

Jam 09.05: Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (pasien mengatakan dirinya ada riwayat luka DM 5 tahun yang lalu)

Jam 09.10: Memonitor panas kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas (Terdapat bengkak pada ekstremitas bawah bagian kaki)

Jam 10.00: Melakukan perawatan kaki dan kuku

Jam 11.00: Melayani terapi injeksi ceftiaxon 1gr/IV

Jam 12.00: Melayani makanan diet lunak dan terapi oral CPG 0,75 mg 1 tablet

Jam13.00: Melayani terapi injeksi ondansetron 4 mg/Iv

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan ditandai dengan DS: Pasien mengatakan Pasien mengatakan sesak napas. DO: Pasien sesak terpasang oksigen Nasal Kanul 3 lpm, TD: 120/80mmhG, N: 87x/menit, RR: 24x/menit SPO<sub>2</sub>: 98%, S: 36,7°C, Thorax: Cor tampak membesar, pulma broncovascular kasar pada prahiler kanan kedua sinus tajam.

Jam 08.00: Melakukan vital sign TD: 120/80mmHg, N:87x/menit, RR: 24x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98% S: 36,7°C

Jam 09.00: Melakukan pemberian Nebulezer menggunakan obat ventolin

Jam 09.30: Memposisikan pasien semi fowler

Jam 10.00: Memonitor bunyi napas tambahan (bunyi napas vesikuler)

Jam 11.00: Mengajarkan pasien untuk melatih teknik batuk efektif

Jam 12.00: Memonitor saturasi oksigen ( SPO<sub>2</sub>: 97%)

Jam13.00 : Menganjurkan pasien untuk minum air hangat

3. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia ditandai dengan DS: Pasien mengatakan Mual-muntah DO: Pasien mual-muntah, tampak pucat, frekuensi muntah 3 kali, konsistensi berair, ureum:110,6 TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, S: 36,7°C

Jam 08.00: Melakukan vital sign TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C

Jam 08.15: Mengidentifikasi karakteristik muntah (warna putih, berair sedikit berlendir, tidak ada darah, frekuensi 3 kali

Jam 08.20: Periksa frekuensi muntah hasil: 300ml

Jam 08.25: Mengontrol lingkungan penyebab muntah (menutup pintu wc agar pasien merasa lebih nyaman)

Jam 08.30: Memberikan dukungan fisik saat muntah (membantu pasien untuk membungkukan badan saat muntah)

Jam 08.40: Menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk membersihkan mulut agar mencegah terjadinya muntah

Jam 08.45: Menganjurkan kepada keluarga untuk langsung membuang muntah pasien

Jam 08.50: Menganjurkan kepada pasien untuk memperbanyak istirahat

4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan DS: Pasien mengatakan ia merasa kulitnya gatal-gatal, riwayat luka DM 5 tahun yang lalu. DO: Trugor kulit pasien jelek, kehitam-hitaman di sekitar badan dan tangan, terdapat bekas luka DM pada kaki bagian kiri, luka kering, GDS: 170g/dL, TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C.

Jam 08.00: Melakukan vital sign TD: 120/80mmHg, N: 87x/menit, SPO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24x/menit, S: 36,7°C

Jam 09.00: Memonitor karakteristik luka warna luka coklat sudah kering, tidak bau, ukuran 2 cm,

Jam 09.05: Memonitor tanda-tanda infeksi (tidak ada tanda –tanda infeksi)

Jam09.06: Melepaskan balutan plester secara perlahan

Jam 09.12: Membersihkan luka dengan cairan NaCl

Jam 09.20: Pasang balutan sesuai jenis luka

Jam09.25: Menganjurkan kepada pasien untuk banyak mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein (09. 27 Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan perawatan luka secara mandiri pada saat di rumah nanti sesuai dengan cara yang sudah dilakukan

Implementasi hari kedua pada tanggal 22 Mei 2024

1. Resiko Perfusi perifer renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal ditandai dengan DS: Pasien mengatakan ia merasa lemah dan lelah  
DO : Klien tampak lemah, lelah, pucat, terdapat udem pada kaki bagian kiri mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, HB:6.9, ureum: 110.6 mg/dl Creatinin: 3.08 mg/dl TD:120/80mmHg, N:87x/menit, SPO<sub>2</sub>:98%, S: 36,5°C, RR:20x/menit.  
Jam 08.00: Melakukan vital sign TD:120/60mmHg, N: 67x/menit, SPO<sub>2</sub>: 97%, RR: 20x/menit S: 36,60 menganjurkan beraktivitas  
09.00 Melakukan perawatan kaki dan kuku  
Jam 09.20: Melayani injeksi parasetamol  
Jam 12.00: Pemberian oksigen  
Jam 13.00: Melayani terapi injeksi ondansentron 4 mg/IV
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) ditandai dengan DS: Pasien mengatakan sesak sudah berkurang DO: Pasien sesak terpasang terpasang oksigen Nasal Kanul 3 lpm, TD:120/60mmHg, N: 67x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C, SPO<sub>2</sub>: 97% Thorax Cor tampak membesar, Pulmo broncovasculer kasar pada parahiler kanan, kedua sinus tajam.  
Jam 08.00: Melakukan vital sign TD:120/60mmHg, N: 67x/menit, S: 36, 5°C, RR; 20x/menit, SOP<sub>2</sub>:97%  
Jam 08.10: Melakukan Nebulezer  
Jam 08.40: Memposisikan pasien semi fowler (pasien merasa lebih nyaman)  
Jam 09.00: Menganjurkan kepada pasien untuk banyak minum air hangat  
Jam 09.20: Mengajarkan pasien melatih teknik batuk efektif  
Jam10.02: Memonitor bunyi napas tambahan (Tidak ada bunyi napas tambahan)
3. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia ditandai dengan DS: Pasien mengatakan Mual-muntah. DO: Pasien mual muntah, tampak pucat, frekuensi 3kali, Konsistensi berair, ureum:110,6 TD: 120/80mmHg, N:87x/menit, SPO<sub>2</sub>:98%, S: 36,7°C, RR:20x/menit  
Jam 08.00: Melakukan vital sign TD:120/60mmHg, N: 67x/menit, RR: 20x/menit, SPO<sub>2</sub>: 97%, S: 36,5°C  
Jam 08.15: Identifikasi karakteristik muntah (warna putih, konsistensi ampas, tidak ada darah, frekuensi 1kali)  
Jam 08.20: Menganjurkan kepada pasien untuk selalu membersihkan mulut apabila habis muntah.  
Jam 08.25: Menganjurkan kepada pasien untuk memperbanyak istirahat.
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Neuropati perifer ditandai dengan DS: Pasien mengatakan Ia merasa kulitnya gatal-gatal,riwayat luka DM 5 tahun yang lalu. DO: Trugor kulit pasien jelek, kehitam-hitaman, terdapat bekas luka DM pada kaki bagian kiri luka kering, GDS: 170g/dL, TD: 120/80mmHg, N:87x/menit, RR: 20x/menit S: 36,7°C,  
Jam 08.00: Melakukan pengukuran vital sign TD: 100/70 mmHg, S: 36<sup>0</sup>C, N: 84 x/menit, RR: 20 x/menit, SPO<sub>2</sub>: 100%.  
Jam 07.00: Membaca buku status pasien

Jam 08.00: Melakukan vital sign TD: 120/60mmHg, N: 67x/menit, SPO<sub>2</sub>: 97x/menit, S: 36,5°C

Jam 09.00: Membersihkan bekas luka kering menggunakan NaCl

Jam 12.00: Menganjurkan kepada pasien untuk banyak mengonsumsi buah dan sayur-sayuran nutrisi  
-Menganjurkan kepada pasien untuk meningkatkan

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari pertama pada : 21 Mei 2024

diagnosa 1

S: Pasien mengatakan masih merasa lemah

O: Klien masih lemah, dan cepat lelah, pucat, mukosa bibir kering, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD:120/80 mmHg, S:36,7°C, N: 87 x/menit, RR:20 x/menit, SPO<sub>2</sub>:98%. HB: 6.9

A: Masalah resiko perfusi renal perifer tidak efektif belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa 2

S: Pasien mengatakan masih merasa sesak.

O: Pasien masi sesak terpasang oksigen Nasal Kanul 3lpm, TD: 120/80mmHg, S:36,7°C, N:87x/m, RR:20x/m, SPO<sub>2</sub>:98%.

A: Masalah Pola Napas tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa 3

S: Pasien mengatakan Masi merasa mual-muntah.

O: Pasien masi mual muntah, frekuensi 1 kali, konsistensiberair dan berlendir TD: 120/80mmHg, S:36,7°C, N:87x/m, RR:20x/m, SPO<sub>2</sub>:98%.

A: Masalah Nausea sebagian teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa 4

S: Pasien mengatakan kulitnya masi gatal-gatal.

O: Trugor kulit masi jelek, terdapat bekas luka kering DM pada kaki kiri, TD: 120/80mmHg, S:36,7°C, N:87x/m, RR:20x/m, SPO<sub>2</sub>:98%.

A: Masalah Gangguan integritas kulit belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua pada tanggal: 22 Mei 2024

Diagnosa 1

S: Pasien mengatakan masi merasa lelah

O: Pasien masi lemah, masi tampak pucat, konjungtiva masi anemis mukosa bibir masi tampak kering TD: 120/60mmHg, N: 67x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5%, SPO<sub>2</sub>: 97%

A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa 2

S: Pasien mengatakan tidak merasa sesak lagi

O: Pasien tampak rileks RR: 20x/menit, TD: 120/60mmHg, N: 67x/menit, S: 36,5°C, SPO<sub>2</sub>: 97%

A: Masalah pola napas tidak efektif sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa 3

S: Pasien mengatakan mual- mual muntah

O: Pasien masih mual- muntah, frekuensi muntah 1 kali muntahnya berair dan berlendir TD: 120/60mmHg, N: 67x/menit, SPO<sub>2</sub>: 97%, S: 36,5°C, RR: 20x/menit

A: Masalah Nausea belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Diagnosa 4

S: Pasien mengatakan ia mual- gatal- gatal pada area badan dan kaki

O: Trugor kulit jelek terdapat luka kering, pada area badan kaki, dan juga terdapat bekas luka DM, luka kering pada bagian kaki kiri

A: Masalah gangguan integritas kulit sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan.

#### 7. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan dilakukan pada tanggal 23 Mei 2024.

Pada diagnose 1

Jam 09.00

S: Pasien mengatakan rasa lelah berkurang dan lemah berkurang

O: Ku: baik, kes: composmentis, TD: 130/70 mmHg, S:36,5°C, N:87x/m, RR: 20x/m, SPO<sub>2</sub>: 98%. A: Masala Resiko perfusi perifer renal tidak efektif sebageian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan Jam 09.10 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak, pada ekstremitas (tidak ada kemerahan, tidak panas, hanya terdapat bengkak pada ekstremitas bawah bagian kaki kiri dan kanan). Jam 09.20 .Melakukan perawatan kaki dan kuku Jam 09.40 Menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering yang luka). E: Jam 13.00 Ku: baik, kes: composmentis, pasien mengatakan tidak lagi merasa lelah dan lemah. TD: 130/70 mmHg, S:36,5°C, N:87x/m, RR: 20x/m, SPO<sub>2</sub>: 98%, masalah sebageian teratasi, intervensi dipertahankan.

Pada diagnose ke-2:

S: Pasien mengatakan tidak sesak lagi. O: Ku: baik, kes: composmentis, pasien tanpa rileks

O: Ku: baik, kes: composmentis, TD: 130/70 mmHg, S:36,5°C, N:87x/m, RR: 20x/m, SPO<sub>2</sub>: 98%.: Pasien mengatakan tidak sesak lagi. O: Ku: baik, kes: composmentis, pasien tanpa rileks TD: 120/80 mmHg, S:36,5°C, N:87x/m, RR: 20x/m, SPO<sub>2</sub>: 98%, A: Masalah pola napas tidak efektif sudah teratasi teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 19.00 Melakukan nebulezer E: Jam 13.00 Ku: baik, kes: composmntis, pasien mengatakan tidak lagi sesak

Pada diagnose ke-3,

S: Pasien mengatakan sudah tidak lagi mual muntah

O :Ku: baik, kes: composmentis, pasien tampak rileks TD: 130/80 mmHg, S:36,5°C, N:87x/m, RR: 20x/m, SPO<sub>2</sub>: 98%. A: Masalah Nausea sudah

teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 09.00 Menganjurkan kepada pasien untuk tetap membersihkan mulut (pasien mengatakan bahwa sudah menyikat gigi pagi tadi)

Jam 09.03 Menganjurkan pada pasien untuk memperbanyak istirahat

E: Jam 13.00 Ku: baik, kes: composmentis, pasien tidak muntah masalah Nausea sudah teratasi intervensi dipertahankan.

Pada diagnose ke-4

S: pasien mengatakan masih merasa gatal di sekitar badan dan kaki

O: ku: baik, kes: composmentis, terdapat bekas luka kering di sekitar badan dan kaki dan terdapat bekas luka kering DM, pada kaki bagian kiri TD: 130/70 mmHg, S:36,5<sup>0</sup>C, N:87x/m, RR: 20x/m, SPO<sub>2</sub>: 98%

A: Masalah gangguan integritas kulit/jaringan sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 10.11 Membersihkan luka menggunakan NaCl (luka kering tidak bau tidak terdapat nekrotik, Jam 11.00 Menganjurkan kepada pasien untuk banyak minum air putih Jam 12.00 Menganjurkan kepada pasien untuk banyak mengonsumsi buah dan sayur E: Jam 13.00 Kuluhan : baik, kes: composmentis, pasien mengatakan masi merasa gatal gatal di sekitar badanya intervensi dilanjutkan.



LEMBAR KONSUL KTI

Nama : Viberti Priska Ere  
NIM : PO.5303202210057  
Pembimbing Utama : Ri'atunnisa, S. Kep., Ns., M. Kep  
Pembimbing Pendukung : Try Ayu Patmawati, S. Kep., Ns., M. Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Selasa, 29 Agustus 2023	- Pengajuan judul proposal (CKD)	- ACC judul proposal - Datang Kembali dan membawa referensi minimal 10 referensi	
2.	Kamis, 31 Agustus 2023	- Konsultasi Referensi Proposal	- ACC referensi lanjut BAB 1	
3.	Senin 18, September 2023	- Konsultasi BAB 1	- Perbaiki cara pengetikan sesuai buku panduan - Lengkapi data- data yang harus ditambahkan	
4.	Jumad, 29 September 2023	Konsultasi BAB 1	- Perbaiki cara pengetikan - Perbaiki cover depan - Rumusan Masalah diperbaiki	
5.	Jumad, 16 November	Konsultasi BAB 1	- Perbaiki Kembali pengetikan - Perbaiki Rumusan Masalah	



	6. Rabu, 22 November 2023	Konsultasi BAB 1 dan BAB 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki setiap judul pembahasan</li> <li>- Perbaiki penulisan kata menurut digantikan</li> <li>- Perbaikan Pengertian</li> <li>- Perbaiki Kembali rumusan masalah</li> <li>- Tambahkan refrensi yang dari jurnal</li> <li>- Kata gagal ginjal di ganti dengan kata Chronic Kidney Dislase</li> <li>- Perhatikan setiap paragraf mengenai titik koma dan spasi</li> </ul>	<i>Pmud</i>
	7. Rabu, 10 Januari	.BABILatar Belakang- BAB 3	<p>Pengerti Chronic Kidney Dislase di tambahkan di bagian latar belakang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Penulisan Gagal ginjal diganti dengan Chronic Kidney Dislase (CKD)</li> <li>- Provinsi dan negara apa yang paling banyak terkena penyakit CKD</li> <li>- Data WHO yang paling banyak terkena penyakit CKD</li> <li>- Tidak boleh ada kata menurut</li> <li>- Tambahkan artikel / jurnal</li> <li>- Tambahkan defenisi CKD</li> <li>- Dalam satu paragraf harus memenuhi dua kalimat</li> </ul>	<i>Pmud</i>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kata memberikan di ganti dengan melaksanakan</li> <li>- Tambahkan peran perawat</li> <li>- Tambahkan dampak apa yang dialami oleh pasien dengan CKD</li> <li>- Tambahkan suber pathway</li> </ul> <p>Kata menurut dihapus di bagian manifestasi klinis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tambahkan penjelasan bagian komplikasi</li> <li>- Tambahkan stadium gagal ginjal</li> <li>- Peran perawat ditambahkan</li> <li>- Dampak yang dialami oleh pasien CKD</li> <li>- Tambahkan pemeriksaan fisik</li> </ul>	<i>Pmay</i>
8.	Jumad, 26 Januari	Konsultasi BAB 1-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penulisan di BAB 2</li> <li>- Perbaiki bagian pathway</li> <li>- Perbaiki rumusan masalah jangan pake kata berdasarkan</li> <li>- Perbaiki BAB 3</li> </ul>	<i>Pmay</i>
9.	Senin, 12 Februari	Konsultasi BAB 1-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabel intervensi dibuat table terbuka</li> <li>- Tambahkan data subjektif dan objektif di bagian intervensi</li> <li>- Perbaiki cara penulisan nama pengarang</li> <li>- Sesuaikan nama-nama di daftar pustaka</li> </ul>	<i>Pmay</i>



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Viberti Priska Erz  
NIM : PG. 5503202210037  
Pembimbing Utama : Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
Pembimbing Pendamping: Try Ayu Purnawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf
1.	Selasa, 30 April	BAB I BAB II BAB III	1. Tambahkan data rumah sakit secara keseluruhan 2. Tambahkan data Riskesdas tahun 2021 dan 2022 3. Tambahkan data penelitian menurut Peneliti 4. Perbaiki tanda titik, koma 5. Tambahkan referensi 6. Tambahkan referensi menurut siapa pada bagian pengkajian 7. Perbaiki Bab 3 pada bagian prosedur penelitian	A <sub>1</sub>
2.	senin, 6 mei 2024	BAB I BAB II BAB III	1. Perbaiki tanda titik, koma 2. Perbaiki bagian prosedur penelitian 3. Ganti Logo baru	A <sub>1</sub>
3.	Selasa, 7 mei 2024	BAB I BAB II Daftar Pustaka	ACC	A <sub>1</sub>

Ende, 19 Maret 2024

Ketua Program Studi Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
  
Ayu Widyawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Kom  
NIP. 19650601141991021001



LEMBAR KONSULTI

Nama : Viberti Priska Eru  
NIM : PG. 5303202210037  
Pembimbing Utama : Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
Pembimbing Pendamping: Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	Jumad, 28 Juni 2024	BAB IV	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Perbaiki status kesehatan mengenai keluhan utama</li><li>2. Tambahkan diagnosa medis dan terapi yang didapat sebelumnya mengenai penyakit DM</li><li>3. Tambahkan data status kesehatan masa lalu penyakit yang diderita berupa tabung dan berobat teratur atau tidak</li><li>4. Tambahkan data pola eliminasi mengenai volume BAB</li><li>5. Lengkapi data pemeriksaan fisik pada dada</li><li>6. Tambahkan tanggal pemeriksaan pada pemeriksaan penunjang</li><li>7. Lengkapi data- data pada tabulasi data yang didapat pada pemeriksaan penunjang</li><li>8. Lengkapi data objektif pada bagian klasifikasi data</li><li>9. Tambahkan data HB pada diagnosa resiko perfusi renal tidak efektif</li><li>10. Tambahkan data thorax pada diagnosa pola napas tidak efektif</li><li>11. Ubahkan etiologi dari diagnosa Nausea</li><li>12. Tambahkan data HB pada tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa resiko perfusi renal tidak efektif</li><li>13. Sesuaikan intervensi dengan diagnosa yang diambil</li><li>14. Implementasi sesuaikan dengan apa yang dikerjakan</li></ol>	



LEMBAR KONSUL KTI

Nama : Viberti Priska Ero  
NIM : PG.5303202210037  
Pembimbing : Try Ayu Patmawati S.Kep.Ns., M.Kep  
Rifatunnisa, S. Kep\_Ns., M. Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Jumat, 28 Juni 2024	Bab IV	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Perbaiki status kesehatan mengenai keluhan utama</li><li>2. Tambahkan diagnosa medis dan terapi yang didapat sebelumnya mengenai penyakit DM</li><li>3. Tambahkan data status kesehatan masa lalu penyakit yang diderita berapa tahun dan berobat teratur atau tidak</li><li>4. Tambahkan data pola eliminasi mengenai volume BAB</li><li>5. Lengkapi data pemeriksaan fisik pada dada</li><li>6. Tambahkan tanggal pemeriksaan pada pemeriksaan penunjang</li><li>7. Lengkapi data- data pada tubulasi data yang didapat pada pemeriksaan penunjang</li><li>8. Lengkapi data objektif pada bagian klasifikasi data</li><li>9. Tambahkan data HB pada diagnosa resiko perfusi renal tidak efektif</li><li>10. Tambahkan data thorax pada diagnosa pola napas tidak efektif</li><li>11. Ubahkan etiologi dari diagnosa Nausea</li><li>12. Tambahkan data HB pada tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa resiko perfusi renal tidak efektif</li><li>13. Sesuaikan intervensi dengan diagnosa yang diambil</li><li>14. Implementasi sesuaikan dengan apa yang dikerjakan</li></ol>	

	15 juli 2024	BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosa perfusi perifer tidak efektif diganti dengan resiko perfusi renal tidak efektif</li> <li>2. Tambahkan data subjektif dan data objektif pada semua diagnosa yang diangkat</li> <li>3. Tambahkan udem derajat berapa yang dialami pasien</li> <li>4. Tambahkan referensi menurut siapa pada bagian pembahasan yang dibahas</li> <li>5. Pada diagnosa gangguan integritas kulit dan jaringan tidak diangkat hanya diangkat kulit saja</li> <li>6. Tambahkan data ureum dan kreatinin pada diagnosa nausea dan gangguan integritas kulit</li> <li>7. Menjelaskan kenapa pasien mengalami gejala-gejala yang dirasakan</li> <li>8. Lengkapi semua data- data yang ada pada pemeriksaan penunjang sesuai diagnosa yang diangkat</li> <li>9. Perbaiki intervensi sesuai apa yang dikerjakan</li> </ol>	Pmmak
	Selasa, 19 juli 2024	BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada pengkajian diperbaiki lagi</li> <li>2. Tambahkan periksaan fisik pada berat badan ditambahkan IMT nya</li> <li>3. Pada bagian ekstremitas tambahkan ada edema atau tidak</li> <li>4. Pada pemeriksaan penunjang masukan cukup data yang bermasalah</li> <li>5. Tambahkan satuan pada data penunjang</li> <li>6. Lengkapi data pada tabulasi data</li> <li>7. Tambahkan data thorax pada diagnosa pola napas tidak efektif</li> <li>8. Tambahkan data ureum dan creatinin pada diagnosa gangguan integritas kulit</li> <li>9. Tambahkan manajemen apa yang diangkat pada intervensi yang diambil</li> <li>10. Tambahkan pembahasan mengenai penyakit yang dialami pasien disebabkan karena apa</li> <li>11. Tambahkan penelitian menurut siapa sesuai pembahasan yang dibahas</li> <li>12. Pada pembahasan tambahkan data ureum pada pembahasan mengenai gejala pada gangguan integritas kulit</li> <li>13. Pada intervensi tambahkan kegunaannya untuk apa sesuai intervensi yang akan dikerjakan</li> </ol>	Pmmak

	Rabu, 24 Juli 2024		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki penulisan setiap paragraf</li> <li>Perhatikan titik koma pada setiap paragraf</li> <li>3. Pada pemeriksaan fisik diganti dengan pemeriksaan head to toe</li> <li>4. Ubah tanda cara tulis satuan pada data penunjang</li> <li>5. Klasifikasi data dilengkapi sesuai data yang lengkap</li> <li>6. Perbaiki penulisan pada kalimat mukosa bibir</li> <li>7. Perbaiki tulisan kalimat diharapkan</li> <li>8. Pada diagnosa resiko perfusi renal tidak efektif, edukasi untuk anjurkan memperbanyak asupan cairan oral dibatasi</li> <li>9. Pada pembahasan perbaiki kalimat kata target kulit dan ketuban-hirsutan</li> <li>10. Perbaiki lagi bagian pembahasan</li> </ol>	<i>Penny</i>
5	Selasa, 6 Agustus 2024		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki lagi penulisan yang baik</li> <li>2. Perbaiki lagi pada pemeriksaan fisik</li> <li>3. Rapiakan penulisan yang rapi</li> </ol>	<i>Penny</i>
6	Rabu, 7 Agustus 2024		ACC	<i>Penny</i>

Ende, 19 Maret 2024

Ketua Program Studi Keperawatan Ende  
 Pendidikan Kesehatan Kemenkes Kupang



**Aris Wawonko, M. Kes, Ns., Sp. Keperawatan**  
 NIDN. 106601141991021001

**LEMBAR KONSUL REVISI KTI**

Nama : Viberti Priska ere  
 NIM : PG-5303202210037  
 Pembimbing : Tty Ayu Pitrawati S.Kep.Ns., M.Kep  
 Rifatunnisa, S. Kep. Ns., M. Kep

No	Tanggal	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	Rabu, 21 Agustus 2024	1. Perbaiki keluhan utama 2. Perbaiki riwayat keluhan utama 3. Perbaiki bagian pola persepsi dan konsep diri 4. Pada pemeriksaan fisik jangan dikani narasi di pisahkan saja 5. Pada pemeriksaan penunjang cukup dimasukkan data-data yang penting 6. Lengkapi penulisan huruf yang kurang 7. Rapiakan lagi cara penulisan 8. Pada pembahasan keluhan utama diganti 9. Perbaiki cara penulisan CKD	
2	Senin, 2 September 2024	1. Tambahkan kata pengantar nama De. 2. Tambahkan daftar tabel pada bagian pemeriksaan penunjang darah rutin 3. Rapiakan penulisan jam pada bagian implementasi 4. Lengkapi bagian diagnosa bertubungan dengan apa 5. Pada diagnosa yang diangkat ditambahkan penelitian menurut siapa yang sama dengan diagnosa yang diangkat pada kasus tersebut	
3	Senin, 9 September 2024	1. Lengkapi pembahasan pada bagian diagnose 2. Tambahkan data yang ada pada teori yang sesuai dengan kasus 3. Perbaiki penulisan kata	



4	Senin, 17 September, 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>Lengkapi Kembali penulisan pada bagian diagnosa</li> <li>Pada bagian citatan perkembangan ditambahkan pada setiap evaluasi masalah sudah teratasi atau belum</li> <li>Tambahkan penelitian menurut siapa yang sejalan dengan diagnosa yang sama dengan kasus</li> <li>Lengkapi Kembali penulisan pada Bab V bagian intrvensi</li> <li>Tambahkan penulisan pada bagian kegiatan evaluasi dijabarkan masalah yang sudah teratasi dan belum teratasi</li> <li>Tambahkan penulisan pada kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan pada pengkajian sampai implementasi</li> </ol>	
5	Senin, 23, September, 2024	ACC	
6	14 Oktober 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>Perbaiki penulisan nama orang pada bagian latar belakang</li> <li>Perbaiki daftar Pustaka</li> <li>Perbaiki penulisan lampiran</li> </ol>	<i>Pompa</i>
7	Senin, 11 November 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>Perbaiki abstrak</li> <li>Tambahkan Bahasa Inggris</li> <li>Masukan link pada bagian daftar pustaka</li> </ol>	<i>Pompa</i>
8	Jumad, 22 November 2024	ACC	<i>Pompa</i>

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

Aris Wamoney, M. Kep., Ns., Sp. Kep., Kom  
NIP. 19660114 199102 1 001

JADWAL KEGIATAN

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024															
	BULAN															
	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November
Pengajuan Judul Studi Kasus	■															
Penyusunan Bab I, II, III	■	■		■												
Studi Kasus										■						
Penyusunan Bab IV dan V										■	■	■				
Ujian Studi Kasus												■				
Revisi Studi Kasus												■	■			
Penyerahan Studi Kasus																■

**PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Chronic Kidney Disease (CKD) Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Medis Chronic Kidney Disease (CKD) Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan Asma Bronkial. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara/i.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara/i peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara/i mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara/i membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 08778268911

Ende, 07 Agustus 2024

Peneliti



**Viberti Priska Ere**  
**PO. 5303202210037**

**INFORMED CONSET**  
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh :

VIBERTI PRISKA ERE dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Ende, 21 Mei 2024

Saksi

Yang memberikan Persetujuan



Yulius A.S. Bai



Peneliti,



**VIBERTI PRISKA ERE**  
**PO.5303202210037**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Viberti Priska Ere  
Tempat/Tanggal lahir : Koponio, 5 juni 2002  
Alamat : Jl. Sam Ratulangi  
Jenias Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik

### B. Riwayat Pendidikan

1. SD Inpres Wolowona 1
2. SMP NEGRI 1 NDONA
3. SMAN 2 ENDE
4. Prodi DIII Keperawatan Ende

### MOTTO

“YAKINKAN PADA TUHAN’  
BERMIMPILAH YANG BESAR KERJAKERASLAH MAKA  
KESUKSESAN AKAN DATANG KEPADAMU