ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk

memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Disusun Oleh :

Alfina Damayanti

NIM. 40901900005

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2022

HALAMAN JUDUL

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Karya Tulis Ilmiah

Disusun Oleh :

Alfina Damayanti

NIM. 40901900005

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 20 April 2022

(Alfina Damayanti)

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية

ii

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Alfina Damayanti

NIM : 40901900005

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang Pada :

Hari : Senin

Tanggal : 30 Mei 2022

Pembimbing

Ns. Retno Setyawati M.Kep., Sp.KMB

NIDN. 0613067403

iii

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 6 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji.

Semarang, 6 Juni 2022

Penguji I
Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN .....
NIDN. 0613067403

Penguji II
Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep .....
NIDN. 0604038901

Penguji III
Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB .....
NIDN. 0613067403

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM., M.Kep.
NIDN. 0622087403

iv

HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayang Mu telah memberi kekuatan, membekaliku dengan ilmu. Atas karunia serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Shalawat serta salam selalu terlimpahkan kepada nabi Muhammad SAW.

Ku persembahkan karya tulis ilmiah ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi

Ayahanda dan Ibunda Tercinta

Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya tulis ilmiah ini kepada Ayah saya (Muhayar) dan ibu saya (Siti Makiyah) yang telah memberikan kasih sayang, secara dukungan moril maupun materi, ridho dan cinta kasih yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat ayah dan ibu bahagia karena kusadar, selama ini belum bisa berbuat lebih. Terima kasih Ayah.Terima kasih Ibu.

Adik Tersayang

Sebagai tanda terima kasih, ku persembahkan karya tulis ilmiah ini untuk adikku (Intan Nur Aini) terima kasih telah memberi semangat dan inspirasi dalam menyelesaikan tugas akhir.

Dosen Pembimbing Tugas Akhir

Ibu Ns. Retno Setyawati, M.Kep, Sp.KMB selaku dosem pembimbing karya tulis ilmiah, terima kasih banyak ibu sudah membantu selama ini, sudah dinasihati, sudah diajari, dan mengarahkan saya untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan baik.

Teman-teman

Teman-temanku seperjuangan karya tulis ilmiah yang selalu memberikan motivasi, nasihat, dukungan dan selalu mendoakan satu sama lain serta semua sahabat seperjuanganku D III 2019 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, kuatkan tekadmu tuk hadapi rintangan, karena sesungguhnya Allah bersama kita.

HALAMAN MOTTO

"La yukallifullahu nafsan illa wus'aha"

Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya

" Allah tidak berjanji bahwa langit akan selalu biru, tetapi Allah berjanji bersama kesulitan ada kemudahan"

"Barangsiapa menginginkan kebahagiaan dunia, maka tuntutlah ilmu, dan barangsiapa yang ingin kebahagiaan akhirat tuntutlah ilmu, dan barangsiapa yang menginginkan keduanya tuntutlah ilmu pengetahuan"

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahi rabbil,,alamin. Segala puji syukur senantiasa penulis panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat, hidayah, dan karunia-Nya yang telah dilimpahkan sehingga penulis dapat menyeselesaian Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan C*hronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang". Sholawat serta salam tak lupa penulis haturkan kepada Baginda Rasulullah Muhammad SAW serta kepada keluarga, sahabat dan para pengikutnya yang tetap berpegang teguh pada manhaj beliau.

Karya tulis ilmiah ini merupakan tugas akhir yang disusun oleh penulis untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi DII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dukungan, dan pengarahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan, kemampuan, dan kemudahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Gunanto, SH., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ibu Ns. Retno Setyawati, M. Kep., Sp. KMB selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu dan telah membimbing, mengarahkan, dan memotivasi, serta memberikan saran-saran kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Seluruh dosen dan staff yang sangat sabar dalam memberikan ilmu dan membimbing penulis selama kurang lebih tiga tahun ini.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melaksanakan praktek disana sehingga saya dapat memperoleh studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah dan mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama pembelajaran di kampus.
8. Kedua orang tuaku tercinta, Bapak Muhayar, Ibu Siti Makiyah, serta saudara kandungku Intan Nur Aini yang senantiasa mendoakan, memberi motivasi, semangat, serta dukungan baik moril maupun materi, dan semua yang telah dicurahkan kepadaku dengan segenap kasih dan sayangnya sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan dengan baik.
9. Teman-temanku seperjuangan yang selalu mendoakan satu sama lain, memberikan motivasi, nasihat, dan saling menguatkan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna dan bermanfaat bagi penulis dan pembaca sehingga dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan dimasa mendatang.

Semarang, 20 April 2022

Penulis

(Alfina Damayanti)
NIM.40901900005

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME ii

HALAMAN PERSETUJUAN iii

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI iv

HALAMAN PERSEMBAHAN v

HALAMAN MOTTO vii

KATA PENGANTAR viii

DAFTAR ISI x

DAFTAR TABEL xiii

DAFTAR LAMPIRAN xiv

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 4

1. Tujuan Umum 4

2. Tujuan Khusus 4

C. Manfaat 5

1. Institusi Pendidikan 5

2. Lahan Praktik 5

3. Masyarakat 5

4. Profesi Keperawatan 5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 6

A. Konsep Dasar Penyakit 6

1. Definisi 6

2. Etiologi 7
3. Patofisiologi 8
4. Manifestasi Klinis 10
5. Pemeriksaan Penunjang 11
6. Komplikasi 13
7. Penatalaksanaan Medis 13
B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN 14
1. Pengkajian keperawatan 14
2. Diagnosa Keperawatan dan Intervensi 16
C. PATHWAYS 19
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN 20
A. PENGKAJIAN 20
1. Identitas 20
2. Keluhan Utama 20
3. Riwayat Penyakit Sekarang 20
4. Riwayat Kesehatan Lalu 20
5. Riwayat Kesehatan Keluarga 21
6. Riwayat Kesehatan Lingkungan 21
7. Pola Kesehatan Fungsional 22
8. Pemeriksaan Fisik 24
9. Data Penunjang 25
B. ANALISA DATA 26
C. DIAGNOSA KEPERAWATAN 27
D. INTERVENSI KEPERAWATAN 27
E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN 28
F. EVALUASI 32

BAB IVPEMBAHASAN 34
A. PENGKAJIAN 34
B. DIAGNOSA KEPERAWATAN 35
C. INTERVENSI KEPERAWATAN 38
D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN 39
E. EVALUASI 39
BAB V PENUTUP 41
A. Kesimpulan 41
B. Saran 42
DAFTAR PUSTAKA 43
LAMPIRAN 48

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium 25

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Kesediaan Membimbing 48

Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi..... 49

Lampiran 3 Lembar Bimbingan Konsultasi 50

Lampiran 4 Lembar Berita Acara..... 51

Lampiran 5 Tulis Tangan Asuhan Keperawatan 52

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Ginjal Kronis (PGK) adalah kelainan pada struktur dan fungsi ginjal yang menetap lebih dari 3 bulan menyebabkan masalah kesehatan. Masalah kesehatan ini merupakan indikasi kerusakan ginjal, termasuk albuminuria > 30 mg/24 jam, kelainan saliviasi urin (hematuria, silinder eritrosit dll), gangguan elektrolit dan tubulus (asidosis tubulus ginjal, diabetes insipidus nefrotik, eksresi ginjal, kalium dan magnesium, sindrom fanconi, albuminuria, cystinuria), kelainan ginjal yang diamati pada studi histologis dan pencitraan, riwayat pencangkokan ginjal, dan nilai GFR kurang dari 60 ml/menit/1,73 m^2 (KDIGO, 2013). Di banyak negara berkembang, diabetes dan hipertensi adalah penyebab utama penyakit ginjal kronis, tetapi di Asia dan negara-negara Afrika sub-Sahara, glomerulonefritis dan faktor lainnya umumnya tidak diketahui (Gliselda, 2021).

Menurut sumber data di Amerika Serikat prevalensi penyakit ginjal kronis pada tahun 2021 berdasarkan kalangan kelompok usia 65 tahun atau lebih sebanyak (38%), usia 45-64 tahun sebesar (12%), usia 18-44 tahun sebesar (6%) (Departemen of Health and Centers for Disease Control and Prevention, 2021). Berdasarkan data WHO di tahun 2015 penyakit ginjal kronis di seluruh dunia angka kejadiannya 10%, oleh karena itu penderita penyakit ginjal kronis yang melaksanakan cuci darah sekitar 1,5 juta di seluruh dunia(World Health Organization, 2015). Sedangkan menurut rekapan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 di provinsi Jawa Tengah mencapai 0,42% sejumlah 96.794 orang dengan prevalensi tertinggi di provinsi Jawa Barat mencapai 0,48% sejumlah 131.846 orang (Kemenkes, 2018). Prevalensi penyakit ginjal kronis jika dilihat dari kalangan umur >75 tahun (0,6%), kalangan umur 55-74 tahun (0,5%), umur 45-54 tahun (0,4%),

dan umur 35-44 tahun (0,3%). Tercatat presentase laki-laki sebesar 0,3% lebih tinggi daripada perempuan 0,2% (Kemenkes, 2013).

Gambaran pada pasien Tn.s dengan penyakit ginjal kronis ditandai dengan kadar ureum dan kreatinin yang tinggi yaitu 180 dan 8.90. Ureum adalah komponen utama yang dihasilkan oleh proses pemecahan protein dan senyawa yang lain yang mengandung nitrogen. Ureum dan produk limbah kaya nitrogen lainnya biasanya dieksresikan melalui pembuluh darah melalui ginjal, sehingga peningkatan kadar ureum dapat mengindikasikan gangguan fungsi ginjal. Kreatinin adalah limbah kimia yang dihasilkan dari metabolisme otot (Arjani, 2017). Kadar ureum dan kreatinin darah sebagai patokan yang menunjukkan keseimbangan antara produksi ekskresi oleh ginjal. Jika fungsi ginjal mengalami penurunan, maka kadar ureum dan kreatinin darah meningkat. Salah satu alasan naiknya ureum dan kreatinin dalam darah ialah hipertensi yang tidak terkontrol. Peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan penurunan kemampuan fungsional ginjal, sehingga ekskresi garam dan kreatinin oleh ginjal terganggu yang mengakibatkan peningkatan kadar ureum dan peningkatan kreatinin dalam darah (Nurhayati et al., 2021). Tingkat ureum dan kreatinin yang tinggi menyebabkan komplikasi tambahan yaitu syok uremik bahkan bisa menyebabkan kematian. Tentunya upaya menurunkan kadar kreatinin serum dengan memperbaiki fungsi ginjal. Untuk meningkatkan fungsi ginjal, diperlukan hemodialisis untuk membersihkan darah dari sisa metabolisme tubuh di dalam darah (Heriansyah et al., 2019).

Beberapa komplikasi yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit ginjal kronis adalah penyakit jantung, tekanan darah tinggi, anemia, kelainan tulang mineral, gangguan elektrolit, diabetes dan asidosis metabolik (Karinda et al., 2019). Komplikasi yang ditakuti ialah penyakit jantung koroner. Penyakit jantung arteri koroner adalah penyakit yang disebabkan oleh proses pengendapan plak aterosklerotik dan stenosis progresif dari arteri yang mensuplai darah ke otot saat jantung dan aliran darah mengalirarteri koroner

tidak lagi cukup. Oleh karena itu, dinding miokard oksigen miokardium tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme seluler (Sagita et al., 2018).

Penatalaksanaan pada kasus penyakit ginjal kronis dilakukan dengan dua cara yaitu terapi konservatif dan terapi pengganti ginjal. Terapi konservatif bertujuan untuk kontinuitas keseimbangan cairan dan elektrolit, mengatasi keluhan yang timbul akibat toksin azotemia dan mencegah penurunan progresif fungsi ginjal. Pada pasien penyakit ginjal kronis terapi konservatif yang dapat dilakukan salah satunya yaitu manajemen diet. Manfaat diet rendah protein yaitu untuk mencegah atau mengurangi racun azotemia, akantetapi untuk jangka panjang berbahaya terutama pada keseimbangan nitrogen negatif. Membatasi asupan rendah diet protein untuk penyakit ginjal kronis dapat mengurangi kehilangan nafsu makan, mual dan muntah. Sedangkan terapi pengganti ginjal dapat dilakukan untuk pasien stadium 5 contohnya seperti hemodialisis (cuci darah), dialysis peritoneal rawat jalan (CAPD), dan transplantasi ginjal (Haryanti & Nisa, 2015).

Terapi yang paling sering dilakukan ialah terapi pengganti ginjal yaitu cuci darah atau hemodialisis. Bagi masyarakat awam tindakan yang harus dijalani untuk penyakit gagal ginjal mereka menyebutnya dengan sebutan cuci darah. Hemodialisis adalah prosedur akut sementara yang dilakukan sesuai kebutuhan, atau jangka panjang 2-4 kali seminggu, 3-5 jam setiap kali proses. Dalam hemodialisis, darah diambil melalui pembuluh darah khusus akses, heparinisasi, pemompaan melalui ginjal buatan (dialyzer) kemudian kembali ke sirkulasi pasien (Swearingen, 2016). Setelah dilakukan terapi hemodialisis gambaran klinis juga mempengaruhi kondisi penderita gagal ginjal kronis diantaranya darah tinggi, mual muntah, kekurangan darah, insomnia, pigmentasi, pruritus, dan kelainan psikis (Aisara et al., 2018).

Pasien Tn.S memiliki keluhan utama yaitu sesak nafas dengan frekuensi napas 26 x/menit. Sesak nafas dapat terjadi disebabkan adanya penimbunan cairan pada paru-paru atau gangguan dalam rongga dada, gangguan pada ginjal akibatnya kadar albumin menurun. Hasil pemeriksaan laboratorium pada Tn.S menunjukkan bahwa kadar hemoglobin yang rendah

yaitu (7,5). Selain disebabkan oleh penimbunan cairan sesak nafas juga bisa disebabkan akibat penurunan pH darah, perubahan dan kehilangan elektrolit bikarbonat dalam darah. Selain itu, rasa mual, lelah dan mulut kering juga sering dialami oleh pasien pada penyakit ginjal kronis (Nurjanah & Yuniartika, 2020).

Peran perawat dalam menangani pasien penyakit ginjal kronis meliputi perawat sebagai konselor adalah memberikan pelayanan konseling kepada pasien dan keluarganya tentang masalah yang dialaminya dan memberikan rencana sesuai metode pelayanan keperawatan. Perawat sebagai edukator yaitu membantu pasien untuk meningkatkan tingkat pengetahuan mengenai kesehatan, penyakit yang dialami, serta tindakan yang dilakukan, sehingga menghasilkan perubahan perilaku diri pasien setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Perawat sebagai advokat yaitu menciptakan lingkungan yang aman, melindungi pasien dari efek pengobatan dan tindakan diagnostic yang tidak diinginkan, dan mencegah kecelakaan (Wahyudi, 2020).

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan oleh penulis diatas, maka penulis tertarik untuk menulis karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan *Chronic Kidney Disease* di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini untuk menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* secara komprehensif di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

a) Mengetahui dan melaksanakan pengkajian pada pasien CKD
b) Menyusun analisa data-data pada pasien Tn.S dengan CKD
c) Menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul sesuai data yang dilakukan pada pasien Tn.S dengan CKD

d) Menentukan intervensi keperawatan pada pasien Tn.S dengan CKD
e) Melaksanakan implementasi keperawatan secara komprehensif pada pasien Tn.S dengan CKD
f) Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien Tn.S dengan CKD

C. Manfaat

1. Institusi Pendidikan

   Untuk mengembangkan ilmu dan kemampuan mahasiswa serta menambah referensi dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien CKD.

2. Lahan Praktik **:**

   Untuk meningkatkan pengetahuan dan mutu pelayanan serta acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien CKD.

3. Masyarakat

   Sebagai sumber informasi tambahan dan pengetahuan penyakit CKD dan mengetahui tanda dan gejalanya

4. Profesi Keperawatan

   Untuk menambah wawasan khususnya mengenai asuhan keperawatan pasien CKD.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Ginjal adalah sepasang organ berbentuk kacang panjang 4-5 inci di belakang rongga perut (antara rongga perut dan otot punggung), tepat di atas garis punggung di kedua sisi tulang belakang. Ginjal memiliki peranan fungsi meliputi menjaga keseimbangan air dalam tubuh, mempertahankan tekanan osmotik cairan tubuh yang tepat terutama dengan mengatur keseimbangan air, membantu menjaga keseimbangan asam basa yang tepat dalam tubuh, dan menghasilkan eritropoietin yang merangsang produksi sel darah merah (Sherwood, 2014).

Penyakit ginjal kronis yaitu 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 (Mayilannthi, 2016). Penyakit ginjal kronis adalah penyakit yang fungsi ginjalnya mengalami penurunan irreversibel. Pada awalnya hanya muncul sebagai anomali biokimia akhirnya kehilangan fungsi ekskresi, metabolisme ginjal dan endokrin (Salgiya, 2017). Penyakit ginjal kronis juga didefinisikan sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan, penyakit ginjal kronis terkenal karena morbiditas daripada mortalitasnya. Sejak munculnya berbagai perawatan medis dan pengobatan invasif seperti hemodialisis dan dialysis peritoneal keparahan penyakit ginjal kronis mengalami sesuatu hal yang luar tidak biasa atau hal yang luar biasa. Penyakit arteri koroner adalah yang paling penting dan penyebab paling umum dari morbiditas dan mortalitas pasien dengan penyakit ginjal kronis (Pathak et al., 2019). Penyakit ginjal kronis merupakan penyakit ginjal kronis yang ditandai dengan perubahan struktur dan fungsional pada ginjal karena berbagai penyebab. Penyakit ginjal kronis juga didefinisikan sebagai fungsi ginjal perkiraan laju filtrasi

glomerulus (eGFR) kurang dari 60 ml/menit/1,73 m^2, atau penanda kerusakan ginjal seperti hematuriadan albuminuria atau kelainan yang terdeteksi melalui hasil laboratorium (Kalantar-Zadeh et al., 2021).

Jadi dapat disimpulkan penyakit ginjal kronis merupakan penyakit ginjal kronis yang berlangsung > 3 bulan dengan penurunan fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel, sehingga ginjal tidak mampu untuk menjaga keseimbangan antara metabolisme dan cairan dan elektolit dan haluaran urin dengan nilai GFR kurang dari 60 ml/menit/1,73 m^2.

2. Etiologi

Menurut LeMone et al., (2016) etiologi dari penyakit ginjal kronis diantaranya :

a) Penyakit infeksi tubulointerstitial

Penyakit infeksi tubulointerstitial merupakan suatu kondisi yang berhubungan dengan interstitium dan tubulus. Penyakit ini dapat disebabkan oleh obstruksi (batu stenosis, kelainan anatomi, benign prostatic hyperplasia), infeksi saluran kemih, efek obat-obatan dan minuman energi.

b) Penyakit vaskular hipertensi

Penyakit ginjal kronis yang fungsi ginjalnya mengalami kerusakan sehingga terjadi peningkatan tekanan darah.

c) Gangguan jaringan ikat

Suatu kondisi penyakit yang mengalami penurunan kekebalan tubuh seseorang atau lebih dikenal penyakit autoimun contohnya lupus eritomatosus sistemik

d) Gangguan kongenital dan herediter

Seperti penyakit polikistik, yang merupakan kondisi bawaan yang ditandai dengan munculnya kista atau kantung berisi cairan di ginjal dan organ laintidak terdapat adanya jaringan

e) Penyakit metabolik

Seperti diabetes mellitus yang menyebabkan peningkatan mobilisasi lemak yang mengarah pada penebalan membran kapiler dan di ginjal

berkembang menjadi disfungsi endotel yang mengarah ke nefropati amiloidosis yang ditandai dengan pengendapan zat proteinemik abnormal pada dinding pembuluh darah yang merusak membrane glomerulus secara serius

f) Nefropati toksik

Penyalahgunaan penggunaan analgesik dan nefropati timah.

g) Nefropati obstruksi

Fungsi ginjal yang mengalami gangguan di saluran kemih bagian atas contohnya batu neoplasma, fibrosis, dan retroperitoneum. Sedangkan di saluran kemih bagian bawah contohnya hipertrofi prostat, striktura uretra dan kelainan bawaan

3. Patofisiologi

Pada awalnya *Chronic Kidney Disease* tergantung pada penyebab yang mendasari. Penurunan massa ginjal menghasilkan hipertrofi struktural dan fungsional dari nefron yang tersisa (nefron yang bertahan) sebagai upaya kompensasi yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan faktor pertumbuhan yang mengakibatkan hiperventilasi dan kapiler meningkatkan tekanan dan aliran darah glomerulus. Proses adaptif ini berlangsung dalam waktu yang sangat singkat diikuti dengan proses maladaptasi berupa sirosis pada sisa nefron dan penurunan fungsi nefron yang progresif meskipun penyakit yang sudah tidak aktif lagi. Ketika aktivitas aksis renin angiotensin aldosteron meningkat, sebagian diperantarai oleh faktor pertumbuhan (TGF β). Ada beberapa yang dianggap terlibat dalam terjadinya penyakit ginjal kronis yaitu proteinuria, dislipidemia, hiperglikemia dan hipertensi. Ada juga variabilitas interindividual terjadinya perkembangan fibrosis glomerulus dan sklerosis maupun tubulointerstitial.

Pada tahap awal penyakit ginjal kronis terjadi cadangan daya ginjal yang hilang, ketika fungsi ginjal menurun, metabolisme yaitu protein yang biasanya dieksresikan dalam urin menumpuk di dalam darah hal ini menyebabkan uremia dan mempengaruhi sistem dalam tubuh karena

banyaknya sampah metabolisme sehingga ginjal harus bekerja lebih keras. Dalam situasi ini laju filtrasi glomerulus atau (GFR) masih normal atau dapat meningkat lebih lanjut. Setelah itu, fungsi nefron secara perlahan menurun hal ini ditandai dengan peningkatan serum kreatinin dan urea. Nilai GFR sampai 60% pasien belum mengeluh (asimptomatik), tetapi ureum kreatinin dan serum meningkat. Dengan nilai GFR 30%, pasien mengeluh lemas, kehilangan nafsu makan, mual dan nokturia. Dengan nilai GFR kurang dari 30% pasien mulai menunjukkan gejala uremia seperti gangguan metabolisme kalsium dan fosfor, tekanan darah tinggi, anemia, pruritus, mual dan muntah. Dalam hal ini pasien rentan terhadap terhadap infeksi saluran pernapasan, hipervolemia , hipovolemia, infeksi saluran kemih dan saluran cerna serta ketidakseimbangan elektrolit cairan seperti natrium dan kalium. Pasien penyakit ginjal kronis dengan niai GFR kurang dari 15% memerlukan terapi pengganti ginjal seperti cuci darah atau transplantasi ginjal karena sudah menimbulkan gejala dan komplikasi yang serius. Pada kondisi ini, pasien dikatakan dalam stadium gagal ginjal (Sudoyo, 2010).

Menurut *Kidney Disease Improving Global Outcome Quality* pembagian penyakit ginjal kronisberdasarkan tahap penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR) yaitu :

a) Stadium 1 : kelainan ginjal ditandai dengan nilai GFR normal (>90 ml/ menit/1,73 m^2)
b) Stadium 2 : kelainan ginjal dengan nilai GFR antara (60-89 ml/menit/1,73 m^2)
c) Stadium 3 dibagi menjadi 3a dan 3b. Stadium 3a kelainan ginjal dengan nilai GFR antara (45-89 ml/menit/1,73 m^2), sedangkan untuk stadium 3b kelainan ginjal dengan nilai GFR antara (30-44 ml/menit/1,73 m^2)
d) Stadium 4 : kelainan ginjal dengan nilai GFR antara (15-29 ml/menit/1,73 m^2)

e) Stadium 5 : kelainan ginjal dengan nilai GFR (< 15 ml/menit/1,73 m^2) disfungsi ginjal atau gagal ginjal akhir (KDIGO, 2021).

4. Manifestasi Klinis

Menurut Ignatavicious et al., (2018) manifestasi klinis penyakit ginjal kronis antara lain :

1) Gastrointestinal

Akibat dari hiponatremia maka terjadi hipotensi, mulut kekeringan, penurunan tekanan turgor kulit, kelemahan, malaise dan mual. Perubahan gastrointestinal uremia juga mempengaruhi seluruh sistem pencernaan. Tukak lambung sering terjadi pada pasien dengan uremia, tetapi penyebab pastinya belum diketahui.

2) Kardiovaskuler

Gejala kardiovaskuler penyakit ginjal kronis meliputi kardiomiopati, tekanan darah tinggi, edema perifer, gagal jantung, dan sindrom kardiorenal.

3) Sistem pernapasan

Gejala pernapasan pasien penyakit ginjal kronis juga bervariasi misalnya takipnea, pernapasan yang dalam, napas berbau urin, sesak napas, edema paru dan efusi pleura. Takipnea dan peningkatan kedalaman pernapasan terjadi karena asidosis metabolik. Pada asidosis metabolik yang parah kecepatan kedalaman pernapasan sangat meningkat (kussmaul) juga dapat terjadi.

4) Integument

Gejala kulit pasien penyakit ginjal kronis terjadi sebagai akibat uremia. Pigmen menumpuk di kulit menyebabkan warna kekuningan, atau lebih gelap jika kulitnya berwarna coklat. Penurunan turgor kulit pada pasien dengan masalah uremia. Masalah uremia yang paling sering ialah kulit kering dan gatal-gatal parah.

5) Neurologis

Gejala neurologi ditandai dengan adanya neuropati perifer, kantuk di siang hari, konsentrasi yang buruk. Selain itu, kelesuan hingga kejang

dan koma dapat mengindikasikan ensefalopati uremik. Gejala ensefalopati dapat diobati dengan dialisis. Depresi juga dapat menambah masalah kognitif dan neurologis.

6) Muskuloskeletal

Gejala muskuloskeletal meliputi kelemahan dan kram, nyeri tulang, patah tulang, dan osteodistrofi ginjal. Gejala penyakit ginjal kronis berhubungan dengan osteodistrofi karena penurunan penyerapan kalsium, kehilangan kalsium tulang secara terus menerus. Orang dewasa dengan osteodistrofi berisiko mengalami tulang yang tipis dan rapuh bahkan dengan fraktur traumatis kecil.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan pada darah

1) BUN/kreatinin : Meningkat, biasanya proporsional. Kadar kreatinin 10 mg/dL dicurigai terlambat (mungkin rendah yaitu 5)
2) Hitung darah lengkap : Ht. berkurang adanya anemia, Hb : biasanya kurang dari 7-8 g/dL
3) GDA : pH. Penurunan asidosis metabolik (<7,2) disebabkan oleh hilangnya kemampuan ginjal untuk mengeluarkan hidrogen dan amonia, atau produk akhir katabolisme protein. Bikarbonat berkurang. PCO_2 berkurang
4) Natrium serum: mungkin rendah (jika ginjal "depleted sodium" atau normal (menunjukkan keadaan hipernatremia yang encer)
5) Kalium : meningkat karena migrasi sel (asidosis) atau retensi sebagai respon terhadap eksresi 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 urine
   1) Karena terjadi anuria / oliguria maka volume urine < 400 ml / 24 jam.
   2) Warna
      a) Urine berwarna keruh dapat disebabkan oleh nanah, lemak, bakteri, fosfat lunak, sodium kotor, dan partikel koloid.
      b) Urine berwarna coklat menunjukkan adanya darah, mioglobulin, forforin dan Hb.
   3) Protein : Proteinuria tinggi (3-4) berbentuk bulat dan menunjukkan kerusakan glomerulus.
   4) Berat jenis < 1,051 (tetap pada angka 0,010 menunjukkan kerusakanginjal yang parah)
   5) Klirens kreatinin : mungkin sedikit menurun(Doenges et al., 2019)

c. Ultrasonografi ginjal

   Tes noninvasif dilakukan untuk mendeteksi ginjal atau massa perirenal, mengidentifikasi obstruksi, dan mendiagnosis kista ginjal dan massa padat. Ultrasonografi ginjal dilakukan dengan mengoleskan gel konduktif ke kulit dan menempatkan probe ultrasound eksternal kecil pada kulit pasien. Gelombang suara direkam di komputer diarahkan ke jaringan.

d. Sistouretrogram berkemih

   Tes ini dilakukan untuk menilai penyebab kapasitas kandung kemih dan fungsi neuromuscular kandung kemih, tekanan uretra, dan disfungsi kandung kemih. Beberapa cairan dimasukkan ke dalam kandung kemih dan kapasitas pengisian dan tekanan buang air kecil diukur.

   Nilai normal: aliran urin yang kuat dan tidak terputus, pola pengisian normal dan perasaan penuh, kapasitas kandung kemih : 300-600 mL, keinginan untuk buang air kecil: > 150mL, kepenuhan: 300 mL

e. Pielogram intravena

Tes radiasi dilakukan untuk memvisualisasikan seluruh saluran ginjal untuk mengidentifikasi ukuran, bentuk, dan fungsi ginjal yang abnormal, serta untuk mendeteksi adanya batu ginjal, tumor dan kista. Serangkaian pemeriksaan sinar X dilakukan dengan menyuntikkan zat yang kedap radiasi secara intravena. Pielogram retrograde adalah tes radiasi yang dilakukan untuk mengevaluasi struktur ureter dan pielogram. Pielogram intravena dapat dilakukan secara individual atau dalam kombinasi dengan sistoskopi.

f. Arteriogram atau angiogram ginjal

Pemeriksaan radiologi ini dilakukan untuk memvisualisaikan arteri ginjal untuk mendeteksi stenosis arteri ginjal, trombosis, atau emboli ginjal, tumor, kista, atau aneurisma, mengidentifikasi faktor penyebab hipertensi, dan mengevaluasi peningkatan sirkulasi ginjal. Kontras disuntikkan ke dalam arteri femoralis (Williams & Hopper, 2015).

6. Komplikasi

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

a) Anemia
b) Perikarditis
c) Hipertensi
d) Hiperkalemia
e) Dislipidemia
f) Penyakit mineral dan gangguan tulang

7. Penatalaksanaan Medis

1) Menstabilkan keseimbangan antara cairan dan elektrolit.
   a) Berikan cairan sesuai kebutuhan untuk menjaga sirkulasi yang tepat
   b) Berikan diuretik untuk mengurangi kelebihan air
   c) Memperbaiki keseimbangan elektrolit

2) Mendukung fungsi kardiovaskular
   a) Batasi kelebihan air
   b) Mengontrol tekanan darah tinggi (obat antihipertensi)
   c) Menjaga sirkulasi
3) Mencegah infeksi (antibiotik, hindari prosedur invasif)
4) Memperbaiki status gizi (protein yang tepat, nutrisi enteral sesuai kebutuhan, multivitamin)
5) Mengontrol perdarahan dan anemia (produk darah, eritopoietin rekombinan)
6) Lakukan dialysis
7) Lakukan transplantasi ginjal jika perlu (Betz & Sowden, 2009).

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengkajian keperawatan

Menurut Harmilah, (2020) pengkajian pasien penyakit ginjal kronis dengan penyakit ginjal akut, tetapi dengan dengan penekanan pada sistem pendukung untuk menjaga keseimbangan dalam tubuh. Jika fungsi ginjal suboptimal atau tidak berhasil, tubuh berusaha untuk mengkompensasi saat berada dalam ambang batas yang wajar. Namun, jika kondisi ini berlanjut, menyebabkan berbagai gejala klinis yang menunjukkan kegagalan sistem.

a) Identitas

   Penyakit ginjal menyerang semua kelompok umur tidak ada spesifikasi khusus mengenai usia pasien penyakit ginjal kronis. Penyakit ginjal kronis merupakan masa lanjut kejadian penyakit ginjal akut.

b) Keluhan utama

   Keluhan sangat beragam, terutama jika ada penyakit sekunder yang menyertainya. Keluhan meliputi penurunan haluaran urin anuria (oliguria), penurunan kesadaran akibat komplikasi sistem ventilasi dan peredaran darah, kehilangan nafsu makan, mual dan muntah berkeringat, kelelahan, pernapasan berbau urea, dan gatal-gatal.

Kondisi ini disebabkan oleh akumulasi sisa metabolisme/toksin di dalam tubuh saat ginjal menyaring.

c) Riwayat penyakit sekarang

Pasien dengan penyakit ginjal kronis biasanya mengalami penurunan output urin, penurunan kesadaran, perubahan pola pernapasan akibat komplikasi akibat gangguan ventilasi, malaise, perubahan fisiologis kulit, dan bau urea saat bernafas. Ini juga mempengaruhi proses metabolisme (sekunder keracunan), mengakibatkan hilangnya nafsu makan, mual dan muntah, dan risiko kekurangan gizi.

d) 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. Selain itu, ada beberapa penyakit yang secara langsung memepengaruhi/menyebabkan penyakit ginjal seperti diabetes, hipertensi, batu saluran kemih.

e) 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. Pola kesehatan keluarga yang berlaku saat keluarga sakit yaitu minum jamu ketika sedang sakit.

f) Riwayat psikososial

Kondisi ini tidak selalu menjadi masalah jika pasien memiliki strategi koping 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, sehingga pasien engalami kecemasan.

g) Pemeriksaan fisik

Kondisi umum : Kelemahan, kebingungan dan kehilangan arah

Tekanan darah : Peningkatan tekanan darah (hipertensi).

h) Sistem pernapasan

Ada peningkatan laju pernapasan dan bau napas urea. Jika terjadi asidosis / alkalosis respiratorik, maka kondisi respiratori mengalami gangguan patologis. Meningkatkan pola napas (kussmaul).

i) Sistem neurologi

Akumulasi zat beracun menyebabkan sensasi terbakar pada telapak kaki.

j) Sistem kardiovaskular

Tekanan darah tinggi adalah penyakit yang berhubungan langsung dengan CKD, yang mempengaruhi volume pembuluh darah yang menyebabkan retensi natrium dan air, sehingga sulit bagi jantung untuk bekerja.

2. Diagnosa Keperawatan dan Intervensi

a. Diagnosa Keperawatan

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

1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
2) Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
5) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

b. Fokus Intervensi

Menurut PPNI, (2018) berdasarkan SIKI intervensi keperawatan pada pasien CKD antara lain :

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

   Tujuan dan Kriteria Hasil :

   a) Penggunaan otot bantu napas menurun
   b) Dispnea menurun
   c) Frekuensi napas membaik

   Intervensi :

   a) Memonitor pola napas
   b) Posisikan semi fowler atau fowler
   c) Berikan oksigen
   d) Kolaborasi pemberian bronkodilator

2) Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan (D.0022)

   Tujuan dan Kriteria Hasil:

   a) Tekanan darah menurun
   b) Edema menurun
   c) Turgor kulit membaik
   d) Asupan cairan meningkat

   Intervensi :

   a) Periksa tanda dan gejala hipervolemia
   b) Identifikasi penyebab hipervolemia
   c) Monitor status hemodinamik
   d) Monitor intake dan output cairan
   e) Batasi asupan cairan dan garam
   f) Ajarkan cara membatasi cairan

3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

   Tujuan dan Kriteria Hasil :

   a) Keluhan nyeri menurun
   b) Meringis menurun
   c) Kesulitan tidur menurun
   d) Tekanan darah sedang

Intervensi :

a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
b) Identifikasi skala nyeri
c) Identifikasi respons nyeri non verbal
d) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

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

Tujuan dan Kriteria Hasil :

a) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
b) Keluhan lelah menurun
c) Tekanan darah sedang

Intervensi :

a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
b) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur
c) Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
d) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

5) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0192)

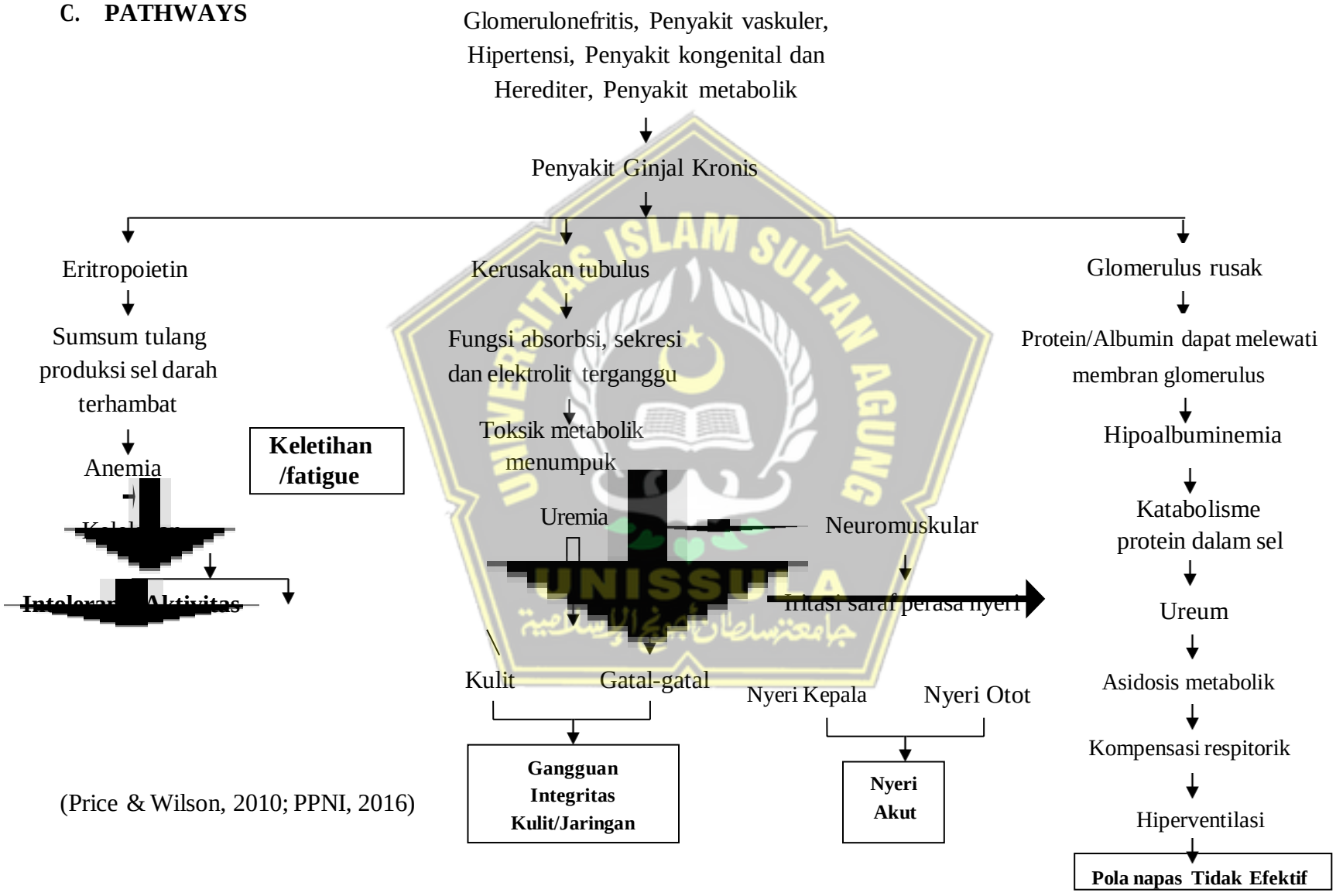
Tujuan dan Kriteria Hasil :

a. Kerusakan jaringan menurun
b. Nyeri menurun
c. Kemerahan menurun
d. Perdarahan menurun

Intervensi :

a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
b) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
c) Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering
d) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

C. PATHWAYS



(Price & Wilson, 2010; PPNI, 2016)

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan oleh penulis pada hari Selasa 8 Maret 2022 pukul 11.00 WIB pada pasien Tn.S dengan masalah *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Gambaran kasus sebagai berikut :

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. S dengan umur 51 tahun beragama islam bekerja sebagai wiraswasta tinggal di Lembono, Grobogan. Pasien masuk rumah sakit pada hari Selasa 8 Maret 2022 dan di diagnosa medis *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan nomor rekam medik 1390654.

b. Identitas Penanggung Jawab

Selama dirawat yang bertanggung jawab atas perawatan Tn.S adalah Ny.S yaitu istrinya beragama islam dan tidak bekerja. Pendidikan terakhir SMA tinggal di Lembono, Grobogan suku Jawa Bangsa Indonesia.

2. Keluhan Utama

Tn.S mengatakan sesak napas

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke rumah sakit tanggal 8 Maret 2022 dengan keluhan sesak nafas 2 hari, nyeri perut bagian tengah dan batuk kering. Pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit tindakan yang dilakukan yaitu minum air putih hangat, tetapi karena sesak napas belum berkurang akhirnya keluarga membawa pasien ke RSISA.

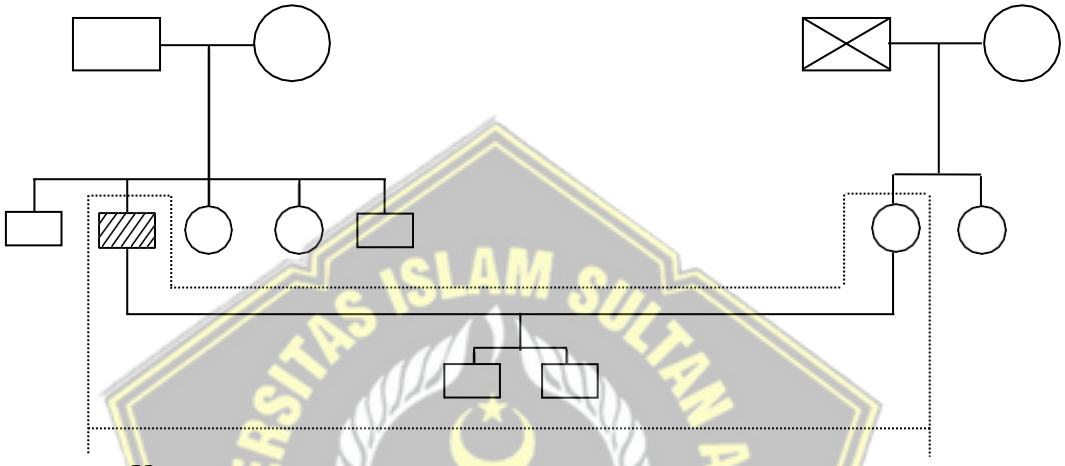
4. Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien mengatakan pernah dirawat di Rumah Sakit Purwodadi dengan penyakit ginjal kronis. Pasien mengatakan sejak 2 tahun yang lalu

sudah menderita penyakit ginjal kronis dan sejak saat itu pasien rutin cuci darah seminggu 2 kali yaitu hari rabu dan sabtu. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Susunan Genogram



Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: Pasien Tn-s

: Meninggal

: Menikah

: Garis keturunan

b. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga

Pasien mengatakan ayahnya mempunyai riwayat hipertensi

c. Penyakit yang sedang diderita anggota keluarga

Pasien mengatakan anaknya sedang sakit tipes

6. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan rumahnya dipelosok pedesaan, rumahnya terdapat ventilasi udara, menggunakan air bersih PDAM. Pasien mengatakan disekitar rumahnya terkena banjir namun tidak sampai masuk rumah. Pasien mengatakan kemungkinan bahaya yang terjadi kecil karena rumahnya jauh dari jalan raya.

7. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Persepsi Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan sebelum pertama kali dirawat di rumah sakit ia tidak begitu mengetahui tentang penyakitnya, dan tidak begitu memperhatikan status kesehatannya. Pasien juga sering mengonsumsi rokok, namun setelah mengetahui penyakitnya yaitu penyakit ginjal kronis sekarang pasien lebih memperhatikan kesehatannya dengan memakan makanan yang bergizi dan membatasi air minum yang dikonsumsi. Saat ini, pasien dan istri pasien lebih memperhatikan kesehatan pasien yaitu Tn.S.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit makan 2-3 kali sehari dengan porsi 1 piring. Jenis makanan yang dikonsumsi terdiri nasi, sayur, dan lauk. Minum kurang lebih 600ml karena air minum harus dibatasi. Selama dirawat pasien mengatakan hanya habis 3-4 sendok makan nasi, istrinya mengatakan kalau nafsu makan pasien kurang, mulut terasa pahit dan tidak enak merasa mual namun tidak sampai muntah. Berat badan pasien mengalami penurunan sebelum dirawat 59 kg selama dirawat menjadi 57 kg.

c. Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 2 kali sehari pagi dan sore hari dengan konsistensi lembek, warna kuning, dan bau khas.Selama dirawat pasien mengatakan BAB 1 hari sekali dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau khas, terkadang juga merasa kesulitan untuk BAB. Untuk BAK pasien mengatakan sebelum sakit 6-7 kali perhari, dan selama sakit hanya 2-3 kali sehari. Pasien tidak terpasang kolostomi. Balance cairan ±170 cc meliputi intake makan 170 x 3 = 510 cc, minum 600 cc, infuse RL 1000 cc, Injeksi omeprazole 2 x 1 gr = 20 cc, air metabolisme 5 x 57 = 295 cc, ouput urin = 1.400 cc, IWL = 15 x 57 = 855 cc. Balance cairan = intake-output = 2.425 – 2.255 = ±170 cc.

d. Pola Aktifitas dan Latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit pekerjaanya sebagai wiraswasta ia membuka usaha mebel, namun pasien mudah lelah dan terkadang mengalami sesak nafas. Selama dirawat pasien tidak dapat bekerja, tubuh pasien terasa lemah saat berjalan di ruangan dan kepala terasa pusing.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada gangguan untuk pola tidurnya, pasien tidur malam kurang lebih 6 jam dari pukul 22.00-04.00 WIB. Selama dirawat pasien mengalami kesulitan tidur karena sesak nafas, nyeri perut dibagian tengah bawah dada dan batuk kering. Pasien tidur malam pukul 22.00-01.00 WIB kemudian terjaga di malam hari.

f. Pola Kognitif-Perseptual Sensori

Pasien mengatakan masih bisa mendengar dan melihat dnegan normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Pasien mampu berkomunikasi baik, mengingat dengan baik. Selama dirawat pasien mengatakan nyeri di perut bagian tengah.

P : pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas dan berjalan di ruangan

Q: pasien mengatakn nyeri seperti tertusuk-tusuk

R: pasien mengeluh nyeri pada perut bagian tengah

S: pasien mengatakn skala nyeri 5

T: pasien mengatakan nyeri terus menerus

g. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

Pasien mengatakan akan lebih bersabar ketika menghadapi ujian dan pasrah terhadap Allah SWT. Pasien berharap ingin cepat sembuh agar dapat berkumpul lagi dengan anggota keluarganya. Pasien juga tidak merasa kurang puas atas apa yang diberikan Allah kepada dirinya.

h. Pola Mekanisme Koping

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien mengambil keputusan sendiri dengan mempertimbangkan pendapat istri dan anak-anaknya dengan

musyawarah. Selama dirawat pasien mengambil keputusan dengan melibatkan istri dan anggota keluarganya.

i. Pola Seksual-Reproduksi

Pasien dan istrinya mengatakan paham akan fungsi seksualnya, sistem reproduksi pasien dan istrinya tidak ada keluhan dan tidak mengalami gangguan.

j. Pola Peran-Berhubungan Dengan Orang Lain

Istrinya mengatakan hubungan dengan anggota keluarganya baik terbukti dengan bergantian menjenguk pasien. Pasien mengatakan hubungan dengan orang lain baik-baik saja. Orang terdekat pasien yaitu istri dan kedua anaknya.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Agama pasien adalah islam beliau rajin melakasanakan sholat lima waktu di masjid. Namun selama sakit dan dirawat di rumah sakit ia menjalankan sholat di tempat tidur.

8. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran pasien composmentis, pasien terlihat lemah, pucat dan lesu. Tanda-tanda vital pasien tekanan darah 190/100 mmHg, Suhu 36,9^0 C, Nadi 90 x/menit, Respirasi 26 x/menit.

Kepala berbentuk mesochepal, rambut berwarna hitam, terdapat ketombe, terdapat uban, tidak ada lesi.Pada mata berbentuk simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pasien mampu melihat tanpa menggunakan alat. Pada hidung tidak ada polip, hidung bersih, tidak ada nyeri tekan, pasien menggunakan alat bantu kanul oksigen 6liter / menit. Pada telinga simetris antara telinga kanan dan telinga kiri, tidak ada infeksi, mampu mendengarkan dengan baik tanpa menggunakan alat bantu pendengaran. Pada mulut dan tenggorokan pasien tidak mengalami gangguan bicara, mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, mulut bersih, tenggorkan terasa gatal karena batuk kering, tidak ada kesulitan untuk mengunyah, tidak ada pembesaran tonsil dan tidak nyeri tekan pada leher.

Pada pemeriksaan jantung pasien inspeksi ictus cordis tidak tampak, palpasi teraba ictus cordis interkosta 5, perkusi terdengar pekak, auskultasi regular, bunyi jantung terdengar lup dup. Pemeriksaan paru-paru inspeksi pergerakan diafragma simetris, palpasi pengembangan diafragma simetris tidak ada benjolan, perkusi sonor, auskultasi bunyi paru vesikuler. Pemeriksaan abdomen inspeksi tidak ada lesi, auskultasi bunyi pergerakan usus peristaltik 12 x/menit, perkusi timpani, palpasi terdapat nyeri tekan pada perut bagian tengah di bawah dada.

Pada pemeriksaan genetalia kebersihan terjaga, tidak terpasang kateter, tidak ada hemoroid, tidak terdapat lesi maupun infeksi. Pada pemeriksaan ekstermitas atas yaitu pasien terpasang infuse ditangan kanan, tidak terdapat nyeri tekan, turgor elastis. Pada ekstermitas bawah kedua telapak kaki tidak bengkak, tidak ada luka, dan dapat digerakkan. Pada pemeriksaan kulit pasien bersih, warna sawo matang, dan kulit kering.

9. Data Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : Tn.S
No.RM 1390654
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Lembono, Grobogan
Umur : 51 tahun
Waktu : 8 Maret 2022 Pukul 09.08 WIB

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin I				
Hemoglobin	L 7.5	13.2 – 17.3	g/dL	Sesuai SAD
Hematokrit	L 24.3	33.0 – 45.0	%	Sesuai SAD
Leukosit	8.62	3.80 – 10.60	ribu/uL	Sesuai SAD
Trombosit	306	150 – 440	ribu/uL	Sesuai SAD
Kimia Klinik				
Ureum	H 187	10 – 50	mg/dL	Duplo
Creatinin	HH 8.90	0.70 – 1.30	mg/dL	Duplo

b. Pemeriksaan Thorax tanggal pemeriksaan 8 Maret 2022 pukul 10.15 WIB x-foto thorax cor apeks bergeser ke laterocakdal, pinggang jantung mendatar, elongation aorta. Pulmo corakan bronchovaskuler normal, tak tampak bercak pada kedua paru. Kesan cardiomegaly (LVH, LAH) disertai elongation aorta, pulmo tak tampak infiltras saat ini.

c. Pemeriksaan EKG tanggal pemeriksaan 8 Maret 2022 pukul 10.15 WIB R-R 640 ms, QRS 117 ms, AXIS odeg, P-R 181 ms, QT 389 ms, QTC 486 ms.

d. Diit

Pasien diprogramkan TIM RG Uremi

e. Therapy

a) Omeprazole : 2x1
b) Folac : 1x1 mg
c) Curcuma F : 3x1 mg
d) Amplodipin : 1x10 mg
e) Irbesartan : 1x300 mg
f) Ambroxol : 3x1 mg
g) Infuse RL : (12 tpm)

B. ANALISA DATA

Pada hari Selasa tanggal 8 Maret 2022 pukul 11.00 WIB, didapatkan data fokus subyektif pertama yaitu pasien mengatakan sesak napas. Kemudian data obyektif didapatkan napas terlihat cepat, pasien terpasang kanul oksigen 6 liter / menit dengan tanda-tanda vital tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi 90 x / menit, Suhu 36,9^{0}C, dan respirasi 26 x / menit. Berdasarkan data yang didapatkan, maka penulis mengangkat diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dispnea.

Data fokus subyektif yang kedua yaitu pasien mengatakan nyeri pada perut bagian tengah, P: pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas, saat

berbaring, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri pada perut bagian tengah, S: pasien mengatakan skala nyeri 5, T: pasien mengatakan nyeri terus menerus. Kemudian data obyektif didapatkan pasien terlihat lemah, pasien tampak meringis merasakan nyeri dengan tanda-tanda vital tekanan darah 190/100 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu $36,9^0$ C, dan respirasi 26 x/menit. Berdasarkan data yang didapatkan penulis mengangkat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan mengeluh nyeri dan tampak meringis.

Data fokus subyektif yang ketiga yaitu pasien mengatakan saat berjalan didalam ruangan terasa lemah dan pusing. Kemudian data obyektif didapatkan pasien terlihat lemah dengan tanda tanda vital tekanan darah 190/100 mmHg, nadi 90 x / menit, suhu $36,9^0$ C, dan respirasi 26 x / menit. Berdasarkan data yang didapatkan penulis mengangkat diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lemah.

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Berdasarkan analisa data, penulis menegakkan tiga masalah keperawatan yaitu :

1. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d dispnea
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri dan tampak meringis
3. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan d.d mengeluh lemah

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Pada hari Selasa tanggal 8 Maret 2022 penulis menyusun intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa yang muncul.

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dispnea. Tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, dan frekuensi napas membaik dari 26 x/menit menjadi 19 x/menit. Intervensi

keperawatan yang ditetapkan meliputi monitor pola napas, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen dan kolaborasi pemberikan bronkodilator, ekspektoran dan mukolitik.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan mengeluh nyeri. Tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dari skala 5 menjadi skala 2, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, tekanan darah sedang dari 190/100 mmHg menjadi 180/90 mmHg. Intervensi keperawatan yang ditetapkan meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, berikan teknik non farmakologis.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lemah. Tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari meningkat, keluhan lelah menurun dan tekanan darah sedang dari 190/100 mmHg menjadi 180/90 mmHg. Intervensi keperawatan yang ditetapkan meliputi identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, fasilitasi duduk disisi tempat tidur, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, dan anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Pada hari Selasa tanggal 8 Maret 2022 pukul 13.00 WIB implementasi pertama yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu memonitor pola napas. Respon pada data subyektif pasien mengatakan sesak napas. Sedangkan data obyektif pasien tampak lemah dengan tanda-tanda vital tekanan darah 190/100 mmHg, nadi 90 x/menit, respirasi 26 x/menit, dan suhu $36,9^0$ C. Pukul 13.10 WIB implementasi kedua yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu memposisikan semi fowler atau fowler. Respon pasien pada data subyektif pasien mengatakan bersedia diposisikan semi fowler. Sedangkan

data obyektif pasien kooperatif. Pukul 13.20 WIB implementasi ketiga yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu memberikan oksigen.Respon pada data subyektif pasien mengatakan bersedia. Respon pada data obyektif pasien terlihat terpasang kanul oksigen 6 liter/menit dengan respirasi 26 x/menit. Kemudian pukul 13.45 WIB implementasi keempatpada diagnosa pertama yaitu mengkolaborasikan pemberian bronkodilator, ekspektoran dan mukolitik. Respon pada data subyektif pasien mengatakan bersedia. Respon pada data obyektif pasien kooperatif, pasien terlihat meminum obat ambroxol.

Pada hari Selasa tanggal 8 Maret 2022 pukul 14.00 WIB implementasi pertama yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Respon data subyektif pasien mengatakan nyeri pada perut bagian tengah, P: pasien mengatakannyeri saat beraktivitas, saat berbaring, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri pada perut bagian tengah di bawah dada, S: pasien mengatakan skala nyeri 5, T: pasien mengatakan nyeri terus menerus. Respon data obyektif pasien tampak lemah, pasien meringis merasakan nyeri dengan tanda-tanda vital tekanan darah 190/100 mmHg, suhu 36,9^0 C, nadi 90 x/menit, respirasi 26 x/menit. Pukul 14.10 WIB implementasi kedua yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu mengdentifikasi skala nyeri. Respon data subyektif pada pasien didapatkan pasien mengatakan nyeri dengan skala 5. Respon data obyektif didapatkan pasien tampak lemah dan pasien tampak meringis kesakitan merasakan nyeri. Pukul 14.20 WIB implementasi ketiga yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi respons nyeri non verbal.Respon data subyektif pada pasien didapatkan raut wajah pasien menahan sakit, meringis dan tampak pucat. Respon data obyektif pada pasien didapatkan pasien tampak meringis dan menahan sakit. Pukul 14.30 WIB implementasi keempat yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (latihan tarik napas dalam / relaksasi). Respon data subyektif pasien didapatkan pasien mengatakan bersedia melakukan latihan tarik napas dalam yang diberikan.

Respon data obyektif didapatkan pasien kooperatif dan mengikuti latihan yang diberikan.

Pada hari Selasa tanggal 8 Maret 2022 pukul 14.40 WIB implementasi pertama yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Respon pasien pada data subyektif pasien mengatakan saat berjalan di ruangan terasa lemah dan kepala pusing. Respon pada data obyektif pasien tampak lemah dengan tanda-tanda vital tekanan darah 190/100 mmHg, suhu $36,9^0$ C, nadi 90 x/menit, dan respirasi 26 x/menit. Pukul 14.50 WIB implementasi kedua yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu memfasilitasi duduk disisi tempat tidur. Respon pasien pada data subyektif pasien mengatakan bersedia jika duduk disisi tempat tidur. Respon pasien pada data obyektif pasien tampak mengikuti instruksi dari perawat, pasien kooperatif. Pukul 15.00 WIB implementasi ketiga yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu menganjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. Respon data subyektif pasien didapatkan pasien mengatakan bersedia menerima edukasi yang diberikan. Respon pada data obyektif pasien tampak mendengarkan penjelasan dari perawat. Pukul 15.10 WIB implementasi keempat yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Respon data subyektif pasien mengatakan bersedia jika latihan berjalan di dalam ruangan, makan sendiri dengan posisi duduk dan ke kamar mandi sendiri. Respon data obyektif pasien mendengarkan arahan dari perawat.

Pada hari Rabu tanggal 9 Maret 2022 pukul 07.45 WIB implementasi pertama yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu memonitor pola napas. Respon data subyektif pasien mengatakan sesak napas sedikit berkurang. Respon data obyektif pasien tampak lemah dengan tanda tanda vital tekanan darah 187/90 mmHg, nadi 88 x/menit, respirasi 24 x/menit, dan suhu 36^0 C. Pukul 09.10 WIB implementasi kedua yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu memposisikan semi fowler atau fowler. Respon data subyektif pasien mengatakan bersedia diposisikan semi fowler. Respon data obyektif pasien tampak lebih baik, pasien kooperatif. Pukul 07.50 WIB implementasi ketiga

yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu memberikan oksigen. Respon data subyektif pasien mengatakan bersedia. Respon data obyektif pasien terlihat terpasang kanul oksigen 3 liter/menit. Pukul 08.10 WIB implementasi keempat yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu mengkolaborasikan pemberian mukolitik. Respon data subyektif pasien mengatakan bersedia. Respon data obyektif pasien kooperatif dan pasien terlihat meminum obat ambroxol.

Pada hari Rabu tanggal 9 Maret 2022 pukul 08.30 WIB implementasi pertama yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi skala nyeri. Respon data subyektif pasien mengatakan skala nyeri 3. Respon data obyektif pasien didapatkan pasien tampak lemah dan pasien tampak meringis merasakan nyeri. Pukul 08.40 WIB implementasi kedua yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (latihan tarik napas dalam / relaksasi). Respon data subyektif pasien didapatkan yaitu pasien mengatakan bersedia melakukan latihan tarik napas dalam dan pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang. Respon data obyektif pasien didapatkan pasien kooperatif dan mengikuti arahan tarik napas dalam.

Pada hari Rabu tanggal 9 Maret 2022 pukul 08.55 WIB implementasi pertama yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu memfasilitasi duduk disisi tempat tidur. Respon data subyektif pasien mengatakan tadi saya latih untuk makan dan minum dengan duduk mbak. Respon data obyektif pasien kooperatif. Pukul 09.05 WIB implementasi kedua yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Respon data subyektif pasien mengatakan saya tadi berjalan-jalan di dalam ruangan mbak tapi masih merasakan lemas. Respon data obyektif pasien tampak mendengarkan instruksi dari perawat dan pasien kooperatif.

Pada hari Kamis tanggal 10 Maret 2022 pukul 08.00 WIB implementasi pertama yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu memonitor pola napas. Respon data subyektif pasien mengatakan sudah tidak sesak napas. Respon data obyektif pasien tampak lebih sehat dengan tanda tanda vital tekanan darah 180/70 mmHg, suhu $36{,}2^0$ C, respirasi 19 x/menit,

dan nadi 89 x/menit. Pukul 08.10 WIB implementasi kedua yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu mengkolaborasikan pemberian mukolitik. Respon data subyektif pasien mengatakan bersedia. Respon data obyektif pasien kooperatif dan terlihat meminum obat ambroxol.

Pada hari Kamis tanggal 10 Maret 2022 pukul 08.15 WIB implementasi pertama yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu mengidentifikasi skala nyeri. Respon data subyektif yang didapatkan pasien mengatakan nyeri yang saya rasakan berkurang mbak menjadi skala 2. Respon data obyektif yang didapatkan yaitu pasien tampak lebih sehat.

Pada hari Kamis tanggal 10 Maret 2022 pukul 08.30 WIB implementasi pertama yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Respon data subyektif pasien mengatakan hari saya latih berjalan di dalam ruangan dan sudah tidak lemas lagi saat jalan. Respon data obyektif pasien tampak sehat dan pasien terlihat tersenyum.

F. EVALUASI

Pada hari Selasa tanggal 8 Maret 2022 pukul 15.25 WIB hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu S : pasien mengatakan sesak napas, O : pasien tampak lemah, pasien terlihat terpasang kanul oksigen 6 liter/menit, tekanan darah 190/100 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu $36,9^0$ C, respirasi 26 x/menit, A: masalah belum teratasi tujuan belum tercapai, P : Lanjutkan intervensi 1,2,3 dan 4. Pukul 15.35 WIB hasil evaluasi pada diagnosa kedua yaitu mengeluh nyeri pada perut bagian tengah, P : pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas, saat berbaring, Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri perut bagian tengah, S : pasien mengatakan skala nyeri 5, T : pasien mengatakan nyeri terus menerus dengan tekanan darah 190/100 mmHg, suhu $36,9^0$ C, respirasi 26 x/menit, nadi 90 x/menit, O : pasien tampak lemah dan meringis merasakan nyeri, A: masalah belum teratasi tujuan belum tercapai, P : lanjutkan intervensi 2 dan 4. Pukul 15.40 WIB hasil evaluasi pada diagnosa ketiga yaitu S : pasien mengatakan tubuh saya merasa

lemah mbak saat jalan di ruangan, kepala saya pusing, O : pasien tampak lemah, pasien tampak lesu dan pucat, tekanan darah 190/100 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu $36,9^0$ C, respirasi 26 x/menit, A : masalah belum teratasi tujuan belum tercapai, P : lanjutkan intervensi 2 dan 4.

Pada hari Rabu tanggal 9 Maret 2022 pukul 10.00 WIB hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu S : pasien mengatakan sesak napas berkurang, O: pasien tampak lemah, pasien terlihat terpasang kanul oksigen 3 liter/menit, tekanan darah 187/90 mmHg, nadi 88 x/menit, suhu 36^0 C, respirasi 24 x/menit, A : masalah belum teratasi tujuan belum tercapai, P : lanjutkan intervensi 1 dan 4. Pukul 10.10 WIB hasil evaluasi yang pada diagnosa kedua yaitu S : pasien mengeluh nyeri pada perut bagian tengah, P : pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas, saat berbaring, Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : pasien mengatakan nyeri perut pada bagian tengah, S : pasien mengatakan skala nyeri 3, T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan tanda-tanda vital tekanan darah 187/90 mmHg, suhu 36^0 C, respirasi 24 x/menit, nadi 88 x/menit, O : pasien tampak lemah, A: masalah belum teratasi tujuan tercapai, P: lanjutkan intervensi 2. Pukul 10.20 WIB hasil evaluasi pada diagnosa ketiga yaitu S: pasien mengatakan masih merasa lemah, pasien sudah berjalan-jalan di dalam ruangan pusing sedikit berkurang, O : pasien tampak lemah, tekanan darah 187/90 mmHg, nadi 88 x/menit, suhu 36^0 C, respirasi 24 x/menit, A : masalah belum teratasi tujuan tercapai sebagian, P: lanjutkan intervensi 4.

Pada hari Kamis tanggal 10 Maret 2022 pukul 09.00 WIB hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu S : pasien mengatakan sudah tidak sesak napas, O : pasien tampak lebih sehat, tekanan darah 180/70 mmHg, respirasi 19 x/menit, suhu $36,2^0$ C, nadi 89 x/menit, A : masalah teratasi tujuan tercapai, P : hentikan intervensi. Pukul 09.10 WIB hasil evaluasi diagnosa kedua yaitu S : pasien mengeluh nyeri pada perut bagian tengah berkurang, P : pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas, saat berbaring. Q: pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut, R : pasien mengatakan nyeri perut bagian tengah, S : pasien mengatakan skala nyeri 2, T : pasien

mengatakan nyeri hilang timbul dengan tekanan darah 180/70 mmHg, respirasi 19 x/menit, nadi 89 x/menit, suhu 36,2^0 C, O : pasien tampak lebih sehat, A : masalah teratasi tujuan tercapai, P : hentikan intervensi. Pukul 09.15 WIB hasil evaluasi pada diagnosa ketiga yaitu S : pasien mengatakan sudah tidak lemah, pasien berjalan-jalan di dalam ruangan, O : pasien terlihat tersenyum, tekanana darah: 180/70 mmHg, nadi 89 x/menit, respirasi 19 x/menit, suhu 36,2^0 C, A : masalah teratasi tujuan tercapai, P : hentikan intervensi.

BAB IV
PEMBAHASAN

Penulis pada bab IV akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Tn.S dengan masalah *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang dikelola selama 3 hari pada tanggal 8 maret 2022 sampai tanggal 10 Maret 2022 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang ruangan Baitul Izzah 1. Bab pembahasan ini penulis akan menyelesaikan permasalahan terkait asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. PENGKAJIAN

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan dan proses sistematis pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk menilai dan mengidentifikasi kondisi kesehatan pasien (Budiono, 2016).

Pengkajian ini penulis akan membahas tentang permasalahan yang belum dibahas atau yang belum muncul pada asuhan keperawatan Tn.S dengan masalah *chronic kidney disease* (CKD). Pada riwayat kesehatan lalu pasien memiliki riwayat hipertensi namun penulis tidak menanyakan sudah berapa lama pasien memiliki riwayat hipertensi. Pada pengkajian riwayat kesehatan lalu dituliskan bahwa ayah dari pasien memiliki riwayat hipertensi.

Pengkajian pola nutrisi dan metabolik penulis tidak mencantumkan tentang bagaimana pola makan yang seharusnya dibatasi oleh pasien. Terapi diet rendah protein untuk penyakit ginjal kronis diketahui dapat mengurangi akumulasi produk limbah yang tidak dapat dibersihkan oleh ginjal, sehingga mengurangi gejala uremia dan proteinuria. Modifikasi diet protein penyakit ginjal kronis dapat dikategorikan yang pertama protein sangat rendah kurang dari 0,3 g/kg BB, yang kedua diet rendah protein yaitu 0,6-0,8 g/kg BB, dan terakhir diet protein normal yaitu 1-1,2 g/kg BB. Saat pasien melakukan diet rendah protein, kepatuhan pasien dan status gizi harus dipertimbangkan dengan cermat untuk menghindari malnutrisi. Pasien dengan penyakit ginjal kronis cenderung kurang gizi sehingga pemantauan harus dimulai ketika GFR kurang dari 60 ml/menit. Jika mengonsumsi makanan rendah protein perlu

pemantauan lebih sering artinya harus melakukannya sebulan sekali pada awal pengobatan dan setiap dua sampai tiga bulan setelahnya (Kandarini, 2018).

Pengkajian pola aktifitas dan latihan pasien mengatakan mudah lelah saat berjalan di ruangan dan terasa lemah serta pusing, namun penulis belum menuliskan bahwa pasien mendapatkan pemberian PRC 2 kolf.

Pengkajian pola kognitif perseptual sensori pasien mengatakan mengeluh nyeri pada perut di bagian tengah, namun penulis belum menuliskan nyeri perut di bagian tengah kuadran I dan II. Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional akibat dari kerusakan jaringan aktual atau potensial (Mayasari, 2016). Terdapat pula kesalahan penulisan pada bagian time yaitu pasien mengatakan nyeri terus menerus seharusnya dituliskan nyeri muncul saat aktivitas

Pengkajian pola eliminasi pola BAK penampungan urin tidak dilakukan saat berkemih, tetapi data diperoleh dari perkiraan pasien saat berkemih. Pasien CKD biasanya mengalami gangguan pola BAK seperti pengeluaran urin yang sedikit dan buang air kecil berlebih di malam hari yang disebabkan oleh kerusakan nefron, sehingga fungsi ginjal dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit menurun dan tekanan hidrostatik meningkat. Ketika peristiwa ini terjadi ginjal tidak dapat mengeluarkan urin secara normal, sehingga cairan yang akan dikeluarkan menumpuk di dalam cairan (Ikatan Ahli Urologi Indonesia (IAUI) & (INAS-FFU), 2020).

Pemeriksaan fisik pasien pada bagian tanda-tanda vital dan bagian analisa data dituliskan tekanan darah 190/100 mmHg, nadi 90 x/menit dan respirasi 26 x/menit, akan tetapi penulis tidak mencantumkan spo_2 pasien seharusnya penulis mencantumkan spo_2 pasien yaitu 92%.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

a) Pola Napas Tidak Efektif

Diagnosa keperawatan adalah tahap kedua dari proses keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah reaksi manusia (kesehatan atau perubahan pola interaksi aktual / potensial individu atau kelompok) (Budiono, 2016).

Menurut PPNI, (2016) pola napas tidak efektif adalah tekanan inspirasi atau ekspirasi ventilasi tidak adekuat. Batasan karakteristik pola napas tidak efektif yaitu dispnea dan pasien menggunakan otot bantu pernapasan. Diagnosa ini diangkat karena pasien mengatakan sesak napas dengan tekanan darah 190/100 mmHg, respirasi 26 x/menit, nadi 90 x/menit, suhu $36,9^0$ C dan pasien menggunakan kanul oksigen 6 liter/menit. Penulis mengangkat diagnosaini karena pasien mengeluh sesak napas dengan frekuensi napas 26 x/menit. Diagnosa pola napas tidak efektif menjadi diagnosa prioritas utama karena berdasarkan hierarki Maslow dalam menentukan prioritas ada lima tingkatan, yaitu tingkatan dasar manusia ketika mengutamakan kebutuhan manusia menurut kebutuhan fisiologisnya yaitu kebutuhan primer merupakan kebutuhan dasar bagi kelangsungan hidup manusia untuk mempertahankan homeostasis tubuh. Kebutuhan fisiologis ini harus benar-benar terpenuhi karena akan berpengaruh dengan yang lain.

Manusia memiliki setidaknya delapan kebutuhan fisiologis yang harus dipenuhi antara lain udara, cairan tubuh, makan, suhu, eksresi, papan, istirahat, seksual dan lain-lain. Tingkatan yang kedua adalah kebutuhan akan keselamatan dan keamanan. Kebutuhan akan rasa aman ialah keinginan untuk melindungi diri dari bahaya kerusakan fisik dan mental. Tingkatan yang ketiga adalah kebutuhan cinta dan rasa memiliki. Keinginan untuk dicintai atau dimiliki ialah keinginan untuk menjadi teman, atau bekerja sama. Tingkatan yang keempat adalah kebutuhan akan harga diri dan tingkatan yang kelima adalah kebutuhan aktualisasi diri.

Menurut Nurjanah &Yuniartika, (2020) sesak napas pada pasien penyakit ginjal kronis disebabkan adanya penimbunan cairan dijaringan paru-paru atau rongga dada, kadar albumin yang menurun berakibat ginjalnya bermasalah. Sesak napas juga disebabkan akibat penurunan pH darah, perubahan dan kehilangan elektrolit bikarbonat dalam darah. Menurut Muttaqin & Sari, (2014) jika tidak segera ditangani sesak napas

dapat menyebabkan berbagai masalah yaitu pernapasan kussmaul dengan pola pernapasan yang cepat, asidosis metabolik, gagal napas, efusi pleura, edema sel otak, disfungsi otak dan neuropati perifer.

b) Nyeri Akut

Menurut PPNI, (2016) nyeri merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan tiba-tiba intensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Batasan karakteristik nyeri akut meliputi pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis dan gelisah, tekanan darah pasien meningkat, pasien sulit tidur dan nafsu makan pasien berubah. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengeluh nyeri pada perut bagian tengah. Penulis belum mengetahui sumber nyeri dari pasien.

c) Intoleransi Aktivitas

Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan lemah dan kepala terasa pusing terbukti bahwa Hb pasien rendah yaitu 7,5 dengan nilai rujukan 13.2-17.3 g/dL. Seringkali pada beberapa pasien penyakit ginjal kronis mengalami anemia. Anemia adalah status hemoglobin dalam darah menurun. Anemia dapat terjadi pada 80 hingga 90% kasus pasien dengan penyakit ginjal kronis terutama mencapai tahap 3. Pasien penyakit ginjal kronis stadium 4 dan 5 disarankan untuk dilakukan pengecekan hemoglobin secara teratur setiap 3 bulan sekali yang mengalami anemia (KDIGO, 2012).

Menurut PPNI, (2016) intoleransi aktivitas merupakan kurangnya energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Batasan karakteristik intoleransi aktivitas meliputi pasien mengeluh lelah, pasien merasa lemah, dispnea setelah aktivitas, dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan saat berjalan di dalam ruangan terasa lemah dan pusing. Jika dilihat dari pemeriksaan laboratorium Hb pasien dalam kategori rendah yaitu 7.5 dengan nilai rujukan 13.2-17.3 g/dL.

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan ialah setiap pengobatan yang dilakukan untuk mencapai hasil yang diharapkan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis (PPNI, 2018).

Rencana asuhan keperawatan pola napas tidak efektif dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam menurut PPNI, (2018) maka, penggunaan otot bantu napas menurun, dispnea menurun, frekuensi napas membaik. Intervensi yang dilakukan yaitu monitor pola napas, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen, kolaborasi pemberian bronkodilaror, ekspektoran, mukolitik(PPNI, 2018).

Menurut Aziz, (2008) posisi semi fowler sangat efektif untuk pasien sesak nafas. Posisi semi fowler adalah posisi setengah duduk (30-45)° dengan kepala tempat tidur lebih tinggi. Posisi ini dimaksudkan untuk menjaga kenyamanan dan memperlancar fungsi pernafasan pasien.

Menurut PPNI, (2018) rencana asuhan keperawatan pada diagnosa nyeri akut setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 maka meringis menurun, keluhan nyeri menurun, kesulitan tidur menurun, tekanan darah sedang. Intervensi yang dilakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (PPNI, 2018).

Menurut PPNI, (2018) rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa intoleransi aktivitas setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari cukup meningkat, keluhan lelah menurun, dan tekanan darah sedang. Intervensi keperawatan yang ditetapkan yaitu identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, fasilitasi duduk disisi tempat tidur, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, dan anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (PPNI, 2018).

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Menurut Lyer (dalam Nursalam, 2013) implementasi keperawatan ialah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Fase tindakan dimulai setelah rencana tindakan disiapkan dan menargetkan arahan keperawatan untuk mencapai tujuan yang diharapkan klien.

Implementasi keperawatan pola napas tidak efektif dilakukan selama 3 hari dari tanggal 8 Maret 2022-10 Maret 2022. Penulis tidak mencantumkan spo_2 pasien yang seharusnya dicantumkan pada hari pertama yaitu 92%, hari kedua 95% dan hari ketiga 98%.

Implementasi keperawatan nyeri akut yang diberikan salah satunya terapi non farmakologi (latihan tarik napas dalam). Teknik relaksasi napas dalam dapat meningkatkan pelebaran paru sehingga perkembangan menjadi optimal dan relaksasi otot. Latihan pernapasan dalam dapat memaksimalkan jumlah oksigen yang mengalir dan memasok jaringan, memungkinkan tubuh menghasilkan energi dan mengurangi kelelahan serta nyeri (Nurjanah & Yuniartika, 2020).

Implementasi dilakukan selama 3 hari dimulai tanggal 8 Maret 2022-10 Maret 2022 dalam pelaksanaannya penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien kooperatif. Salah satu tindakan keperawatan dari diagnosa ini yaitu melakukan aktivitas secara bertahap. Data subyektif yang didapatkan pasien mengatakan sudah berlatih berjalan-jalan di dalam ruangan, memakan makanan sendiri dengan posisi duduk, dan ke kamar sendiri. Data obyektif yang didapatkan pasien tampak lebih sehat dan tidak mengeluh lemah.

E. EVALUASI

Menurut Ignatavicius & Bayne (dalam Nursalam, 2013) evaluasi merupakan tindakan intelektual untuk menyelesaikan proses keperawatan yang sejauh mana diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan implementasi yang telah dicapai.

Hasil evaluasi data subyektif yang didapatkan pasien mengatakan sudah tidak sesak napas, data obyektif yang didapatkan pasien mengatakan

sudah tidak merasakan sesak napas dengan respirasi pasien 19 x/menit, pasien sudah tidak terpasang kanul oksigen. Kesimpulan hasil evaluasi diagnose pola napas tidak efektif yaitu masalah teratasi tujuan tercapai.

Hasil evaluasi diagnosa nyeri akut data subyektif yang dilakukan selama 3 hari pada pasien didapatkan pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 5 menjadi skala 2. Data obyektif pasien didapatkan pasien tampak lebih sehat.

Hasil evaluasi yang didapatkan selama 3 hari data subyektif yang didapatkan pasien mengatakan kepala sudah tidak terasa pusing dan tubuh tidak merasa lemah karena pasien mengikuti arahan dari perawat yaitu untuk melakukan aktivitas secara bertahap seperti halnya berjalan-jalan di dalam ruangan, makan dengan posisi duduk, dan ke kamar mandi sendiri. Data obyektif yang didapatkan pasien tampak lebih sehat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil yang telah dilakukan oleh penulis dengan asuhan keperawatan pada pasien *chronic kidney disease* (CKD) di ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tanggal 8 Maret 2022-10 Maret 2022. Oleh karena itu, penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Penyakit ginjal kronis merupakan penyakit yang berlangsung > 3 bulan, dimana fungsi ginjalnya mengalami penurunan sehingga tidak mampu mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi penurunan uremia.
2. Pengkajian pada Tn.S dikelola selama 3 hari dimulai tanggal 8 Maret 2022-10 Maret 2022 dengan keluhan sesak napas, perut terasa nyeri dibagian tengah dan batuk kering.
3. Masalah keperawatan yang muncul pada Tn.S adalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dyspnea, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan mengeluh nyeri, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lemah. Diagnosa prioritas yaitu pola napas tidak efektif.
4. Intervensi yang ditetapkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Fokus intervensi dengan diagnosa prioritas pola napas tidak efektif yaitu monitor pola napas dan berikan oksigen.
5. Implementasi keperawatan dilakukan 3 hari sesuai intervensi pada diagnosa masing-masing .
6. Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa pertama yaitu masalah teratasi tujuan tercapai, diagnosa kedua yaitu masalah teratasi tujuan tercapai dan diagnosa ketiga yaitu masalah teratasi tujuan tercapai.

B. Saran

1. Bagi Lahan Praktek

   Diharapkan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan agar dapat mengikuti perkembangan ilmu sesuai bidang kesehatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Menambah referensi karya tulis ilmiah asuhan keperawatan dengan kasus *chronic kidney disease* (CKD).

3. Bagi Masyarakat

   Pengetahuan tentang CKD perlu ditingkatkan supaya dapat mencegah terjadinya CKD pada masyarakat itu sendiri.

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية

DAFTAR PUSTAKA

Aisara, S., Azmi, S., & Yanni, M. (2018). Gambaran Klinis Penderita Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, *7*(1), 42. https://doi.org/10.25077/jka.v7i1.778

Arjani, I. (2017). Gambaran Kadar Ureum Dan Kreatinin Serum Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis (Ggk) Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Rsud Sanjiwani Gianyar. *Meditory : The Journal of Medical Laboratory*, *4*(2), 145–153. https://doi.org/10.33992/m.v4i2.64

Betz, C. L., & Sowden, L. A. (2009). *Buku Saku Keperawatan Pediatri* (5th ed.). EGC.

Brunner, & Suddarth. (2016). Brunner & Sudarth"s Canadian Textbook of Medical-Surgical Nursing. In *Brunner & Sudarth's Canadian Textbook of Medical-Surgical Nursing*.

Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Pusdik SDM Kesehatan.

Departemen of Health and Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Chronic Kidney Disease in the United States, 2021. *Cdc*, *1*, 1–6. https://www.cdc.gov/kidneydisease/publications-resources/ckd-national-facts.html%0Ahttps://www.cdc.gov/kidneydisease/publications-resources/2019-national-facts.html

Doenges, Marilynn E. ; Moor house, Mary Frances ; Murr, A. C. (2019). Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span 10 th Edition. In *Usa*.

Gliselda, V. K. (2021). Diagnosis dan Manajemen Penyakit Ginjal Kronis (PGK). *Jurnal Medika Hutama*, *2*(04 Juli), 1135–1141.

Harmilah. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem*

Perkemihan. Pustaka Baru Press.

Haryanti, I. A. P., & Nisa, K. (2015). Terapi Konservatif dan Terapi Pengganti Ginjal sebagai Penatalaksanaan pada Gagal Ginjal Kronik. *Majority*, *4*, 49–54.

Heriansyah, Aji Humaedi, N. W. (2019). Gambaran Ureum Dan Kreatinin Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Rsud Karawang. *Binawan Student Journal*, *01*(01), 8–14.

Ignatavicious, D. D., Workman, M. L., Rebar, C., & Heimgartner, N. M. (2018). *Medical Surgical Nursing: Concepts for Interprofessional Collaborative Care*.

Ikatan Ahli Urologi Indonesia (IAUI), & (INAS-FFU), I. S. of F. and F. U. (2020). *Panduan Diagnosis dan Tatalaksana Nokturia*. https://www.iaui.or.id/guidelines/[2020] Panduan Diagnosis dan Tatalaksana Nokturia.pdf

Kalantar-Zadeh, K., Jafar, T. H., Nitsch, D., Neuen, B. L., & Perkovic, V. (2021). Chronic kidney disease. *The Lancet*, *398*(10302), 786–802. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00519-5

Kandarini, Y. (2018). Penatalaksanaan Nutrisi pada Penyakit Ginjal Kronik Fokus Pada Diet Rendah Protein. *Jurnal Kesehatan*, *2*(4), 1–7. https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_dir/c79f978ea9cf8074706ebd6237fae79d.pdf

Karinda, T. U. S., Sugeng, C. E. C., & Moeis, E. S. (2019). Gambaran Komplikasi Penyakit Ginjal Kronik Non Dialisis di Poliklinik Ginjal-Hipertensi RSUP Prof . Dr . R . D . Kandou. *Jurnal E-Clinic (ECl)*, *7*(2), 169–175.

KDIGO. (2012). Diagnosis and Evaluation of Anemia in CKD. *Kidney International Supplements*, 288–291.

KDIGO. (2013). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management

of Chronic Kidney Disease. *Journal of Kidney Disease*, 120–131.

KDIGO. (2021). Clinical Practice Guideline For The Management Of Blood Pressure In Chronic Kidney Disease. *Journal Of The International Society Of Nephrology*, *3*, 5–9.

Kemenkes. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. 306. http://www.depkes.go.id/resources/download/general

Kemenkes. (2018). Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Riset Kesehatan Dasar*, *1*(1), 1. https://www.kemkes.go.id/article/view/19093000001/penyakit-jantung-penyebab-kematian-terbanyak-ke-2-di-indonesia.html

LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medika Bedah* (Edisi 5). EGC.

Mayasari, C. D. (2016). The Importance of Understanding Non-Pharmacological Pain Management for a Nurse. *Jurnal Wawasan Kesehatan*, *1*(1), 35–42.

Mayilannthi, D. (2016). Correlating the Severity of Chronic Kidney Disease with Oral Health: A Prospective Observational Study. *Journal of Medical Science And Clinical Research*, *04*(07), 11507–11514. https://doi.org/10.18535/jmscr/v4i7.53

Muttaqin, A., & Sari, K. (2014). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika.

Nurhayati, Safira, R., Dani, H., Fandianta, & Handayani. (2021). Profil Ureum dan Kreatinin Darah Serta Faktor Karakteristik Hipertensi di RS Bhayangkara Palembang. *Journal of Medical Laboratory and Science (JMLS)*, *1*(2), 21–31. https://doi.org/10.36086/medlabscience.v1i2

Nurjanah, D. A., & Yuniartika, W. (2020). Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Gagal Ginjal. *Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (SEMNASKEP)*, 62–71.

https://publikasiilmiah.ums.ac.id/handle/11617/12261

Nursalam. (2013). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Salemba Medika.

Pathak, A. ., Parappanavar, N. U., & Chauhan, P. S. (2019). *Hypertriglyceridemia in Reference to Chronic Kidney Disease JMSCR Vol || 07 || Issue || 12 || Page 829-835 || December*. *07*(12), 829–835.

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan indonesia. In *Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1 Ce, pp. 1–325). Dewan Pengurus Pusat.

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. In *Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1 Ce, pp. 1–523). Dewan pengurus Pusat.

PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat.

Price, S. A., & Wilson, L. (2012). *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Buku Kedokteran EGC.

Sagita, T. C., Setiawan, A. A., & Hardian. (2018). Hubungan Derajat Keparahan Gagal Ginjal Kronik Dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, *7*(2), 472–484.

Salgiya, D. N. (2017). Correlation of Serum T3, T4, TSH with Chronic Kidney Disease. *Journal of Medical Science And Clinical Research*, *05*(06), 23229–23229. https://doi.org/10.18535/jmscr/v5i6.71

Sherwood, L. (2014). *Fisiologi Manusia Dari Sel Ke Sistem* (8th ed.). Buku Kedokteran EGC.

Sudoyo, A. W. (2010). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* (Edisi V). Interna Publishing.

Swearingen, P. L. (2016). *All in One Nursing Care Planning Resource Medical*

Surgical, Pediatric, Maternity and Psychiatric (4th ed). Elsevier.

Wahyudi, I. (2020). Pengalaman Perawat Menjalani Peran Dan Fungsi Perawat Di Puskesmas Kabupaten Garut. *Jurnal Sahabat Keperawatan*, *2*(01), 36–43. https://doi.org/10.32938/jsk.v2i01.459

Williams, L. S., & Hopper, P. D. (2015). *Understanding Medical Surgical Nursing* (5th ed). F.A Davis Company.

World Health Organization. (2015). *World Health Statistics*.

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية