

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.T DENGAN *CHRONIC  
KIDNEY DISEASE (CKD)* DAN ANEMIA DI RUANG  
BAITULIZZAH 1  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG”**

KARYA TULIS ILMIAH



Di Susun Oleh :

**MUHAMMAD FAISAL AQBAR GILANG SETYAWAN**

NIM : 40902000054

**PRODI STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**2023**

***KIDNEY DISEASE (CKD) DAN ANEMIA DI RUANG  
B“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.T DENGAN  
CHRONIC AITULIZZAH 1  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG”***

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep.) di Universitas Islam Sultan Agung Semarang



Di Susun Oleh :

**MUHAMMAD FAISAL AQBAR GILANG SETYAWAN**

NIM : 40902000054

**PRODI STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**2023**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi 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, 24 Mei 2023



(Muhammad Faisal Aqbar G S)

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.T DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)* DAN ANEMIA DI RUANG BAITULIZZAH 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

**Nama : M Faisal Aqbar Gilang Setyawan**

**NIM : 40902000054**

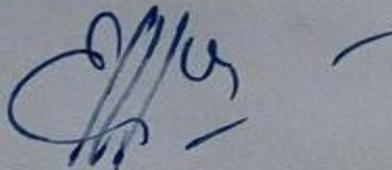
Karya Tulis Ilmiah ini telah di setujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula

Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 22 Mei 2023

Pembimbing



Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep

NIDP. 06-2005-7604

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipermudahkan di hadapan tim penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari Rabu Tanggal 24 Mei 2023 dan telah di perbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 24 Mei 2023

Penguji I,

Ns. Indah Sri W., M.Kep

NIDN. 06-1509-8802

Penguji II,

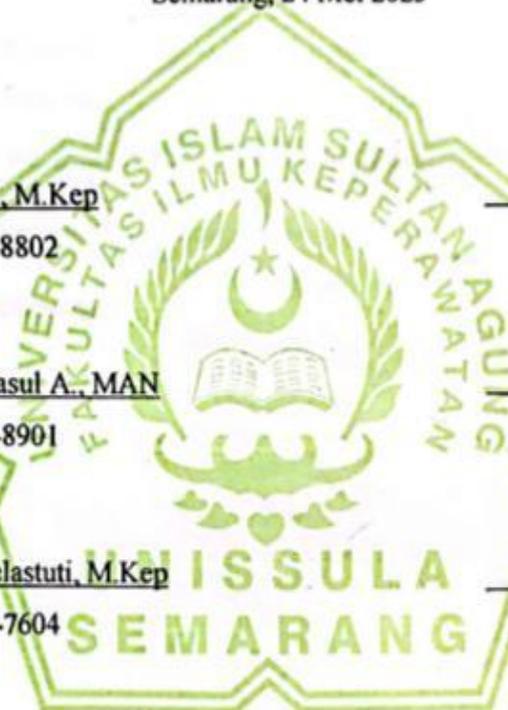
Ns. Ahmad Ikhlasul A., MAN

NIDN. 06-0510-8901

Penguji III,

Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep

NIDN. 06-2005-7604



Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN. 062.208.7403

## MOTTO

“ Kasih sayang yang tanpa mengharapkan balasan serta tak akan terbalas adalah kasih sayang seorang ibu, semua pencapaianku saat ini ku dedikasikan penuh untukmu ibu.”

( Anak Ibu)

“ Saat kamu lelah beristirahatlah, mengeluhlah sesekali namun tanpa melupakan tujuan awalmu. Berjuanglah untuk senyuman orang yang kamu sayangi, tak ada yang namanya sukses tanpa sebuah proses. Berproseslah. ”

( M F Aqbar G S)



## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Alhamdulillahirobbilalamin, puji syukur saya panjatkan kepada

Allah Subhanahu Wa Ta'ala. Atas kemudahan yang diberikan kepada saya dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.T DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)* DAN ANEMIA DI RUANG BAITULIZZAH 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG”** ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Penyusunan karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini melibatkan banyak pihak berupa pengarahannya, bimbingan, dan motivasi.

Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Muh. Abdurrouf, Ns., M.Kep selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep selaku Dosen Pembimbing yang telah memberikan ilmunya dalam membimbing penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan ibu dosen serta staf Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula yang telah memberikan ilmu kepada saya selama 3 tahun dan membantu segala aktivitas penulis dalam akademik.
6. Para perawat di RSI Sultan Agung Semarang yang telah membimbing praktek klinik penelitian Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kedua orang tua yang tercinta yang selalu mendukung dan tak henti mendo'akan putranya.

8. Keluarga besar saya keluarga H. Sayuti Asra yang selalu memberikan sumbangsih baik berupa semangat, pikiran, motivasi, dan materi.
9. Kepada teman-temanku semuanya yang sudah kebersamai baik suka maupun duka selama 3 tahun ini, kalian hebat. Semoga kebersamaan kita selama 3 tahun ini menjadi momen yang tidak dapat dilupakan. sukses terus dimanapun kalian berada.
10. Nona dengan NIM 30902200174 yang selalu mewarnai hari-hari saya selama ini, menjadi penyemangat di tengah keputus asaan, menjadi air yang meredam api, menjadi peraduan ternyaman selain rumah.
11. Untuk orang-orang baik sahabatku semuanya, panjang umur kalian semua.



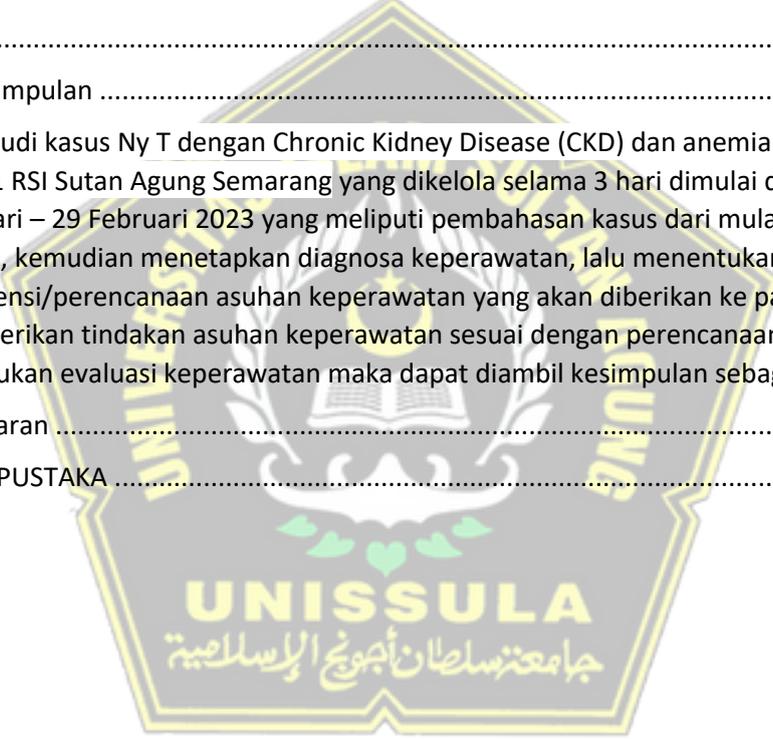
## Daftar Isi

MOTTO.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
Daftar Isi.....	ix
BAB I.....	1
A. PENGERTIAN .....	1
B. TUJUAN PENULISAN.....	3
C. MANFAAT PENULISAN .....	4
BAB II.....	5
A. KONSEP DASAR PENYAKIT.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi .....	5
3. Patofisiologi.....	6
4. Tanda dan gejala .....	7
5. Pemeriksaan penunjang.....	8
6. Komplikasi.....	10
7. Penatalaksanaan Medis .....	12
8. Penatalaksanaan keperawatan .....	12
B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN .....	14
C. PATHWAYS.....	21
BAB III.....	22
A. Pengkajian.....	22
B. Analisa Data .....	32
C. Diagnosa Keperawatan .....	33
D. Rencana Keperawatan .....	33
E. Implementasi .....	34
F. Evaluasi .....	38
BAB IV.....	41
A. Pengkajian.....	41
Dalam menyusun asuhan keperawatan tahapan yang pertama yaitu pengkajian yang melibatkan keterampilan berfikir kritis. Pengkajian ialah kegiatan mengumpulkan informasi atau data dari klien maupun keluarga atau orang terdekat pasien terkait	

kondisi persepsi masalah yang mereka hadapi/alami (Dwi Kartika Rukmi et al. 2022). .....	41
Penulis menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik dalam penyusunan asuhan keperawatan. Tidak ada kendala dalam melakukan penelitian karena pasien bersedia bekerja sama. Evaluasi Asuhan Keperawatan Ny T dengan Penyakit Ginjal Kronik (PGK) dan anemia di Ruang B izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang. Data yang didapat penulis antara lain data primer, data sekunder, data fokus, data subjektif dan data objektif. ....	41
B. Diagnosis keperawatan .....	41
C. INTERVENSI KEPERAWATAN .....	44
Perencanaan adalah tahap di mana intervensi diidentifikasi untuk mengurangi, menyelesaikan atau mencegah masalah pasien sambil mendukung kekuatan pasien dengan cara yang terarah pada tujuan yang terorganisir. Ada dua langkah dalam tahap perencanaan yaitu menetapkan tujuan dan mengidentifikasi tindakan yang akan dilakukan (Dwi Kartika Rukmi et al. 2022). ....	44
Penerapan dalam penulisan intervensi menggunakan prinsip SMART ialah <i>Specific</i> yang artinya memiliki tujuan harus secara spesifik/ tidak memiliki arti ganda berfokus pada respon dan perilaku klien sebagai hasil intervensi keperawatan. <i>Measurable</i> yang artinya mampu diukur, diraba, dilihat, dan dirasakan dalam respon klien. <i>Achievable</i> yang artinya tujuannya harus dicapai, ditulis kedalam istilah yang mampu diukur secara objektif. <i>Realistic</i> yang artinya yang mampu dipertanggungjawabkan. <i>Time</i> artinya waktu yang ditentukan sesuai yang telah ditentukan (Rina, 2019).....	44
D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN .....	46
E. EVALUASI.....	47
Bagian terpenting dari proses keperawatan setelah pengkajian berkelanjutan di tahap implementasi adalah mengevaluasi apakah asuhan keperawatan telah mencapai hasil yang diinginkan atau belum. Tahapan ini seharusnya tidak hanya dilakukan pada akhir pengobatan atau perawatan. Tetapi harus dilakukan terus-menerus saat asuhan keperawatan diimplementasikan. Evaluasi pada akhir perawatan/pengobatan melibatkan peninjauan rencana perawatan untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan tercapai dengan menentukan apakah penilaian yang diberikan akurat dan lengkap, apakah diagnosis yang dibuat benar, apakah tujuan yang ditetapkan realistis untuk dicapai, dan apakah tindakan yang ditentukan sudah tepat (Dwi Kartika Rukmi et al. 2022). ....	48
Komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER digunakan untuk memudahkan perawat menilai atau memonitor perkembangan klien. Definisi SOAPIER adalah sebagai berikut: S singkatan dari data subyektif. Perawat dapat mencatat keluhan pasien yang dapat dirasakan bahkan setelah perawatan. O adalah singkatan dari data objektif. Informasi obyektif, mis. informasi tentang klien dan apa yang klien rasakan setelah tindakan keperawatan, berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi langsung perawat. A singkatan dari analisis. Kurangnya informasi subjektif dan objektif. Analisis adalah	

masalah atau diagnosis keperawatan yang berlanjut atau dapat juga dituliskan sebagai masalah diagnostik baru yang muncul akibat perubahan status kesehatan klien yang diamati secara subjektif dan objektif. P singkatan dari perencanaan. Rencana asuhan yang dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau rencana ditambahkan pada rencana tindakan keperawatan yang telah diputuskan sebelumnya. I adalah implementasi. Eksekusi adalah tindakan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang diberikan dalam komponen P (perencanaan). E singkatan dari evaluasi. komponen ini berisi respon klien setelah prosedur pengobatan dilakukan. R adalah singkatan dari revaluasi. Evaluasi ulang adalah pengkajian ulang terhadap perencanaan setelah mengetahui hasil evaluasi sebelumnya (PURBA, 2012), Dalam melakukan evaluasi penulisan menggunakan komponen SOAP yang mana sudah diterapkan sesuai dengan keadaan klien..... 48

BAB V.....	50
A.    Simpulan .....	50
Dari studi kasus Ny T dengan Chronic Kidney Disease (CKD) dan anemia di Ruang B Izzah 1 RSI Sutan Agung Semarang yang dikelola selama 3 hari dimulai dari tanggal 27 Februari – 29 Februari 2023 yang meliputi pembahasan kasus dari mulai pengkajian ke pasien, kemudian menetapkan diagnosa keperawatan, lalu menentukan intervensi/perencanaan asuhan keperawatan yang akan diberikan ke pasien, memberikan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan, dan melakukan evaluasi keperawatan maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut: .	50
B.    Saran .....	52
DAFTAR PUSTAKA .....	53





# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. PENGERTIAN

Penyakit Ginjal Kronik ialah kondisi ginjal yang ditandai dengan kelainan pada struktur atau fungsi ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan. PGK juga ditandai dengan penurunan laju filtrasi glomerulus dan satu atau lebih tanda kerusakan ginjal, seperti albuminuria, kelainan sedimen urin, elektrolit, histologi, atau struktur ginjal. (Dajak et al., 2018).

Menurut WHO (2018), kejadian penyakit ginjal kronis merupakan masalah kesehatan. Dengan perkiraan 5 sampai 10 juta kematian pasien setiap tahun dan diperkirakan 1,7 juta kematian setiap tahun akibat penyakit ginjal, penyakit ginjal kronis mempengaruhi 1/10 populasi dunia. (Edriyan, 2022). Per 26 Oktober 2022, terdapat 269 kasus penyakit ginjal akut di Indonesia, menurut laporan Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Dibandingkan 23 Oktober 2022 yang tercatat 245 kasus, jumlah ini naik sebanyak 24 kasus. Korban gagal ginjal akut meningkat pada waktu yang sama, mencapai 157 kasus. Angka kematian sebelumnya dinyatakan sebanyak 143 kasus. 39 kasus berhasil diobati, 157 kasus meninggal dunia (sekitar 58% dari total kasus), dan 73 kasus mendapat pengobatan. (Annur, 2022). Sedangkan di Jawa Tengah mencapai angka 113.045 jiwa (Edriyan, 2022).

Cedera jaringan merupakan mekanisme penyebab yang mendasari PGK. Cedera pada beberapa jaringan ginjal menyebabkan pertumbuhan massa ginjal, yang kemudian mencegah terjadinya proses adaptif seperti hipertrofi dan hiperfiltrasi pada jaringan ginjal yang terjadi secara normal. Meskipun proses adaptasi tersebut hanya berlangsung sementara, pada akhirnya akan berubah menjadi proses maladaptasi, seperti nefron sklerosis yang ada saat ini. Kehilangan daya cadangan ginjal diamati di stadium PGK selama periode ketika tingkat dasar LFG normal atau tinggi

secara tidak normal. Meskipun secara tentatif, pada akhirnya akan terjadi perkembangan perkembangan fungsi nefron. (Dajak et al., 2018).

Pada saat di lakukan pengkajian keperawatan terhadap Ny.T pada tanggal 27 Februari 2023 keluhan utama pasien nyeri pinggang dengan Ds : pasien mengeluh nyeri di bagian pinggang kemudian Do : pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, *Provocatif* : nyeri ketika melakukan gerakan *Quality* : ditusuk-tusuk *Region* : pinggang *Scale* : 6 *Time* : hilang timbul kurang lebih 5 menit sekali Tekanan Darah = 130/90mmHg, Nadi = 140 kali per menit. Menurut kementrian kesehatan upaya yang bisa dilakukan dalam mengatasi nyeri yaitu manajemen nyeri yang bertujuan untuk mengurangi penderitaan pasien dan juga salah satu cara untuk mengatasi nyeri. Mengurangi ketidaknyamanan, meningkatkan fungsi bagian tubuh yang cedera, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawatan manajemen nyeri farmakologis meliputi (obat-obatan) dan non-farmakologis, seperti hipnosis, teknik relaksasi, dan stimulasi saraf listrik transkutan (TENS), keduanya dapat digunakan untuk mengobati nyeri, imajinasi terbimbing, napas dalam, kompres dingin / hangat (Faisol, 2022).

Manajemen nyeri yang diterapkan di rumah sakit lebih cenderung pada manajemen nyeri secara farmakologis yaitu dengan pemberian obat analgesik/obat anti nyeri. Walaupun manajemen nyeri non farmakologis seperti nafas dalam juga diterapkan, namun belum sampai kepada penerapan terapi Murotal untuk mengurangi nyeri. Terapi murrotal adalah salah satu bentuk terapi dengan mendengarkan qori membacakan ayat-ayat suci Alquran. (Suwardi & Desi, 2019) Menurut beberapa temuan penelitian, pasien yang menerima perawatan murotal setelah operasi mengatakan teknik ini efektif untuk penurunan nyeri. (Rahayu et al., 2022).

Penyakit kardiovaskular, hipertensi, anemia, kelainan mineral tulang, gangguan elektrolit, diabetes melitus, dan asidosis metabolik merupakan beberapa komplikasi yang dapat berkembang seiring

berkembangnya penyakit ginjal kronis. (Karinda et al., 2019). Sebagai seorang perawat, salah satu tanggung jawab utamanya adalah memberikan layanan keperawatan kepada pasien dengan memperhatikan kebutuhan mereka akan rasa hormat, kasih sayang, dan perhatian. Selain itu, perawat berperan sebagai konselor, membantu pasien membuat keputusan tentang kondisi atau masalah kesehatan yang sedang mereka hadapi. Penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. T dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang”, berdasarkan masalah kesehatan tersebut di atas.

## **B. TUJUAN PENULISAN**

1. Tujuan Umum  
mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan yang baik pada pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) di ruang B Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.
2. Tujuan Khusus
  - a. Memahami gagasan mendasar di balik Penyakit Ginjal Kronis (PGK), seperti deskripsi, etiologi, patofisiologi, gejala klinis, tes diagnostik, komplikasi, dan terapi medis.
  - b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien PGK di ruang B Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.
  - c. memutuskan tindakan keperawatan pada pasien PGK di ruang B Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.
  - d. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien PGK di ruang B Izzah 1 RSISA Semarang.
  - e. Menilai asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien PGK di ruang B Izzah 1 RSISA Semarang.
  - f. Melaksanakan evaluasi keperawatan PGK di Ruang Izzah B RSISA Semarang.

### C. MANFAAT PENULISAN

#### 1. Bagi Penulis

Hasil dari penulisan ini dapat menjadi panduan untuk penulisan berikutnya yang akan menangani studi kasus dengan tepat dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit ginjal kronis (CKD). Selain itu, penulis dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai sarana untuk menggunakan pengetahuan akademis.

#### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Temuan studi kasus ini menambah pengetahuan khususnya tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny. T yang didiagnosa Penyakit Ginjal Kronis (PGK) yang di rawat di ruang Baitul Izzah 1 RSISA Semarang.

#### 3. Bagi Profesi Keperawatan

Temuan dari penelitian ilmiah ini dapat menambah informasi yang tersedia untuk profesi keperawatan dan membantu dalam meningkatkan asuhan keperawatan.

#### 4. Bagi Masyarakat

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bisa menambah wawasan masyarakat dan pengetahuan tentang penyakit CKD dan bagaimana pencegahan, penyebab serta penanganan yang tepat terhadap CKD.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. KONSEP DASAR PENYAKIT**

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

Ginjal merupakan salah satu organ vital di dalam tubuh manusia yang berfungsi sebagai penyaring zat-zat yang sudah tidak dibutuhkan oleh tubuh yang berbentuk seperti kacang dan terletak di bagian belakang abdomen perut (Kemenkes, 2022).

Menurut kelainan patologis atau indikator kerusakan ginjal seperti proteinuria, kerusakan ginjal yang berlangsung lebih dari tiga bulan disebut penyakit ginjal kronis (CKD) atau gagal ginjal kronis (CKD) (Usman et al., 2021).

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) atau Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah penurunan fungsi ginjal secara bertahap dan tidak dapat diperbaiki yang mengakibatkan ketidakmampuan ginjal untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit serta membuang bahan-bahan sisa (Wahyuningsih, 2020).

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

Gliselda (2021) menyatakan bahwa Meskipun penyebab CKD bisa sulit untuk dibedakan, mereka sering dikategorikan berdasarkan lokasi kelainan anatomi dan ada tidaknya kondisi sistemik. Daftar etiologi Penyakit Ginjal Kronik (PGK) berikut ini meliputi:

###### **a. Diabetes melitus**

Diabetes melitus merupakan suatu kondisi kronis metabolisme gula darah. Dimana kadar gula darah tinggi yang disebabkan oleh gangguan produksi insulin, resistensi insulin, atau keduanya menentukan diabetes melitus.

###### **b. Hipertensi**

Hipertensi yaitu dimana Tekanan Darah sistolik kurang dari 140mmHg dan Tekanan Darah diastolik yang lebih dari 90mmHg, atau ketika pasien mengkonsumsi obat anti Hipertensi.

c. Penyakit glomerulus

Peradangan glomerulus, area ginjal yang bertanggung jawab untuk menyaring bahan limbah dan menghilangkan kelebihan cairan dan elektrolit dari tubuh, menyebabkan glomerulonefritis.

d. pielonefritis persisten

Pielonefritis ialah penyakit infeksi yang mempengaruhi saluran kemih bagian atas dan berlangsung lebih dari enam bulan, terutama di parenkim dan pelvis ginjal.

### 3. Patofisiologi

Handini & Hunaifi (2022) menyatakan bahwa patofisiologi CKD awalnya di sebabkan oleh adanya jejas pada jaringan. Yang dimana kondisi ini menjadikan massa ginjal berkurang, ini mengakibatkan sel beradaptasi membentuk hipertrofi dan hiperplasi jaringan yang tersisa.

Kenaikan aktivitas renin angiotensin aldosteron intrarenal, berkontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas tersebut. Pada aktivitas jangka panjang Aksis renin-angiotensin-aldosteron, sebagian dihubungkan oleh growth factor seperti transforming growth factor. Albuminuria, hipertensi, hiperglikemia dan dislipidemia sangat berperan penting terhadap terjadinya progresifitas penyakit gagal ginjal kronik. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstisial.

Laju filtrasi glomerulus (LFG) pada stadium awal CKD ini masih normal atau bisa saja mengalami peningkatan sedikit. Apabila kondisi ini tidak segera di tangani maka aktivitas penurunan fungsi nefron akan berlangsung progresif. Pengurangan masa ginjal terus-menerus akan mengakibatkan hiperfiltrasi, kondisi ini membuat tekanan darah glomerulus dan tekanan kapiler akan meningkat. Proses adaptasi ini relatif

singkat setelah nya akan terjadi proses maladaptasi berupa sisa sklerosis nefron. Pada kondisi ini mengalami penurunan nefron yang progresif, walaupun inang nya sudah tidak aktif lagi.

Di stadium awal CKD ginjal akan kehilangan daya cadang ginjal (*renal reserve*), di kondisi ini LFG bisa normal atau bahkan meningkat, perlahan tapi pasti fungsi nefron akan menurun secara progresif, dimana akan muncul tanda seperti peningkatan kadar kreatinin serum dan urea. Ketika LFG sudah 60% pun pasien masi saja belum merasakan keluhan (asimptomatik), tapi kadar kreatinin serum dan urea sudah meningkat.

Saat LFG sudah di 30%, maka pasien akan mulai muncul tanda gejala seperti, nafsu makan menurun, lemas saat beraktivitas, mual, penurunan berat badan, nokturia. Dan jika LFG sudah dibawah 30% maka pasien akan menunjukkan gejala yang pasti dan tanda-tanda uremia seperti, anemia, peningkatan TD, mual muntah dan sebagainya. Pada kondisi ini juga sistem imun pasien akan drop sehingga rentan terjadi komplikasi penyakit / infeksi seperti infeksi saluran pernafasan, infeksi saluran cerna, bahkan infeksi saluran kemih (ISK), keseimbangan air dalam tubuh juga akan terganggu seperti hipo atau hipervolemia, gangguan elektrolit natrium dan kalium.

Jika LFG sudah berada pada 15% kebawah maka pasien akan merasakan gejala dan komplikasi yang lebih serius dimana pasien sudah harus dilakukan tindakan medis seperti terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) baik itu hemodialisis atau cangkok ginjal. Kondisi ini biasa di sebut dengan stadium gagal ginjal.

#### **4. Tanda dan gejala**

CKD bisa dideteksi dengan pengecekan rutin dengan profil kimia serum dan urinalisis atau sebagai temuan insidental. Pasien juga dapat mengalami gejala seperti hematuria, "urin berbusa" (tanda albuminuria), nokturia, nyeri panggul, atau penurunan keluaran urin. Ketika CKD lanjut, pasien mungkin melaporkan kelelahan, kurang nafsu makan, mual,

muntah, rasa logam, penurunan berat badan yang tidak disengaja, gatal, perubahan status mental, sesak napas, atau edema perifer (Gliselda, 2021).

## 5. Pemeriksaan penunjang

Susanti dan Kardiyudiani (2019) menyatakan bahwa studi pendukung pada pasien CKD antara lain misalnya

- a. Urin: kuantitas, biasanya kurang dari 400 ml/24 jam (oliguria) atau tidak ada urin (anuria). Warna urin keruh yang tidak biasa disebabkan oleh nanah, bakteri, lemak, partikel koloid, fosfat atau urat. Berat jenis urin: kurang dari 1,015, kreatinin menurun. Natrium: lebih dari 40 mEq/L karena ginjal tidak dapat menyerap kembali natrium. Protein: proteinuria tinggi, terdapat edema<sup>3-4</sup>, sangat menunjukkan kerusakan glomerulus.
- b. Darah: BUN dan kreatinin serum digunakan untuk menilai fungsi ginjal dan perkembangan kerusakan ginjal. BUN 20-50 mg/dL menunjukkan azotemia ringan; lebih dari 100 mg/dl menunjukkan kerusakan ginjal yang parah; Kadar BUN lebih dari 200 mg/dL merupakan gejala uremia. Nilai kreatinin serum lebih dari 4 mg/dL menunjukkan kerusakan ginjal yang parah.

### 1) Rujukan Nilai Kadar Ureum

Spesimen	Nilai Rujukan	
Serum / plasma	6 sampai 20 mg/dl	2,1 sampai 7,1 mmol urea per hari
Urine 24 jam	12 sampai 20 g per hari	0,43 sampai 0,71mmol urea per hari

( sumber : Najikhah & Warsono, 2022)

2) Rujukan Nilai Kadar Kreatinin

Populasi	Sampel	Metode Jaffe	Metode Enzimatik
Laki-laki dewasa	Serum / plasma	0,9 sampai 1,3 mg/dL (80-115 µmol/L)	0,6 sampai 1,1 mg/dL (55-96 µmol/L)
Perempuan dewasa	Serum / plasma	0,6 sampai 1,1 mg/dL (53-97 µmol/L)	0,5 sampai 0,8 mg/dL (40-66 µmol/L)
Anak - anak	Serum / plasma	0,3 sampai 0,7 mg/dL (27-62 µmol/L)	0,0 sampai 0,6 mg/dL (0-52 µmol/L)
Laki - laki dewasa	Urin per 24 jam	800 sampai 2000 mg/hari (7,1- 17,7 mmol/hari)	
Perempuan dewasa	Urin per 24 jam	600 sampai 1.800 mg/hari (5,3- 15,9 mmol/hari)	

( sumber : Wajikhah, 2020)

- c. Hitung darah lengkap, kurangnya Hb karena anemia.
- d. Sel darah merah, defisiensi eritropoietin berkurang, mis. azotemia
- e. GDA, penurunan pH, asidosis metabolik (di bawah 7,2) disebabkan oleh hilangnya kemampuan ginjal untuk mengeluarkan hidrogen dan amonia, atau penurunan katabolisme protein, bikarbonat, penurunan PaCO<sub>2</sub>.
- f. potasium, karena retensi karena peningkatan migrasi sel (asidosis) atau kehilangan jaringan.
- g. penurunan kandungan kalsium.
- h. Protein (terutama albumin), penurunan kadar serum dapat

mengindikasikan hilangnya protein urin, perpindahan cairan, penurunan asupan atau kekurangan asam amino esensial akibat sintesis.

- i. Osmolaritas serum: lebih dari 285 mOsm/kg, seringkali sama dengan urin.

Pemeriksaan radiologi yang biasa dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik adalah ultrasonografi (USG). Tujuan USG ini adalah untuk mengidentifikasi kelainan struktural pada ginjal. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa USG tidak hanya berguna sebagai alat diagnostik CKD, tetapi juga berperan dalam pengobatan CKD. Pemeriksaan USG meliputi bentuk dan ukuran ginjal, ekogenisitas, saluran kemih, adanya massa dan pembuluh darah (Christy1 et al., 2020).

## **6. Komplikasi**

- a. Anemia

Pada pasien CKD anemia di sebabkan oleh multifaktorial dan meliputi penurunan produksi eritropoietin oleh ginjal, umur eritrosit yang lebih pendek, penyerapan usus besi dari hepcidin (pengatur sirkulasi zat besi yang penting), dan seringnya kehilangan darah pada pasien hemodialisis. Oleh karena itu, anemia PGK biasanya normositik (sel darah merah berukuran normal) dan normokromatik (kadar hemoglobin sel darah merah normal (Anders & Peired, 2022).

- b. Gangguan mineral tulang.

Penyakit ginjal kronis gangguan tulang mineral (CKD-MBD) melibatkan metabolisme mineral, struktur tulang dan kalsifikasi ekstraskeletal yang terjadi pada CKD progresif. Pada pasien dengan penyakit ginjal kronis ringan (CKD G2), kadar serum 25-hidroksivitamin D dan/atau 1,25-dihidroksivitamin D3 dapat menurun, dan kadar hormon paratiroid (PTH) dan faktor pertumbuhan fibroblast 23 (FGF23) dapat meningkat. hormon terpenting yang mengatur

integritas tulang. dan homeostasis mineral (kalsium dan fosfat). Pasien dengan CKD-MBD lanjut mungkin mengalami nyeri tulang, kesulitan berjalan dan/atau kelainan bentuk tulang dan peningkatan risiko patah tulang. Pada anak-anak, retardasi pertumbuhan merupakan manifestasi umum dari perubahan sistem hormonal yang terkait dengan MBD dan CKD (Anders, Peired, 2022).

c. Hiperkalemia

Pasien CKD memiliki peningkatan risiko hiperkalemia, yang meningkatkan risiko aritmia jantung dan henti jantung. Ginjal memainkan peran penting dalam mempertahankan homeostasis kalium. Asupan harian rata-rata kalium dalam diet Barat adalah 50-100 mEq. Karena 10% asupan ini diekskresikan dalam feses, ekskresi ginjal merupakan mekanisme utama untuk mempertahankan keseimbangan kalium. Dalam kondisi sehat, 80-90% beban kalium yang disaring diserap di tubulus proksimal dan ansa Henle, dan semua ekskresi kalium urin ditentukan terutama oleh sekresi luminal di nefron distal. Oleh karena itu, pasien dengan CKD dapat mempertahankan fungsi ekskresi kalium normal sampai perkiraan laju filtrasi glomerulus (eGFR) sangat terganggu. Namun, pasien dengan penyakit ginjal kronis lanjut, asidosis metabolik kompleks, dan pasien yang diobati dengan inhibitor sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) dapat mengalami penurunan ekskresi kalium akut dan/atau kronis, yang dapat menyebabkan hiperkalemia (Seliger, 2019).

d. Keasaman yang sangat berlebihan

Asidosis metabolik dikaitkan dengan penurunan ekskresi amonium ginjal total yang terjadi ketika GFR turun menjadi 300 mg/g dibandingkan dengan populasi kontrol tanpa penyakit ginjal. Meskipun CKD meningkatkan risiko kejadian kardiovaskular aterosklerotik tradisional, sebagian besar peningkatan risiko disebabkan oleh patologi non-aterosklerotik, seperti hipertrofi ventrikel kiri dengan disfungsi

diastolik dan sistolik, penyakit katup, dan kalsifikasi arteri (Schaller, 2022).

## **7. Penatalaksanaan Medis**

Pengobatan CKD meliputi: pengobatan spesifik penyakit yang mendasarinya, pencegahan dan pengobatan komorbiditas, memperlambat perkembangan fungsi ginjal, pencegahan dan pengobatan penyakit kardiovaskular, dan pencegahan dan pengobatan komplikasi terapi pengganti ginjal. Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal kronis stadium 5, yaitu bila GFR di bawah 15 ml/menit. Terapi pengganti dapat berupa hemodialisis, dialisis peritoneal atau transplantasi ginjal (yusika dan Ilsa, 2021).

## **8. Penatalaksanaan keperawatan**

### **a. Terapi napas dalam**

Parinduri (2020) menyatakan bahwa teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu terapi relaksasi yang dapat membuat tubuh menjadi lebih tenang dan harmonis serta memungkinkan tubuh mengatasi gangguan yang ditujukan terhadapnya, terapi ini efektif dilakukan berulang selama 10 menit atau pada saat nyeri timbul.

Prosedur Operasi/SOP Terapi Relaksasi Pernapasan Dalam:

- 1) Fase pra-interaksi
  - a) Mengidentifikasi klien dengan benar.
  - b) Cuci tangan.
  - c) Siapkan alat dan dekatkan dengan pasien.
- 2) Fase orientasi
  - a) Menyapa klien/mengucapkan salam.
  - b) Memperkenalkan diri.
  - c) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur.
  - d) Tanyakan tentang kesiapan klien dan keluarga.
- 3) Tahap kerja

- a) Beri pasien kesempatan untuk bertanya jika masih ada yang kurang jelas.
  - b) Tempatkan pasien pada posisi nyaman mungkin.
  - c) Instruksikan pasien untuk bernapas dalam-dalam melalui hidung sehingga rongga paru-paru terisi udara.
  - d) Anjurkan klien untuk menahan napas selama 2 sampai 3 detik.
  - e) Instruksikan klien untuk menghembuskan napas perlahan melalui mulut sambil meminta klien untuk fokus pada perasaan relaksasi.
  - f) Ajarkan pasien untuk menarik napas dalam-dalam, kemudian hembuskan perlahan dan rasakan aliran udara dari lengan, kaki ke paru-paru kemudian ke udara dan rasakan pergerakan udara melalui tubuh.
  - g) Latih dan instruksikan klien melakukan teknik relaksasi pernapasan 5 sampai 10 kali atau sampai nyeri berkurang atau hilang.
  - h) Saat pasien sudah merasa tenang, minta pasien untuk melakukan ini secara mandiri dan instruksikan pasien untuk mengulangi teknik ini jika nyeri kembali.
- 4) Fase akhir
- a) Lakukan evaluasi tindakan.
  - b) Mengucapkan hamdalah bersama-sama.
  - c) Memberitahu rencana tindak lanjut.
  - d) Berdoa untuk klien dan pamit.
  - e) Dokumentasi keperawatan.

b. Terapi murrotal

Terapi murrotal adalah terapi pengurang nyeri dengan memperdengarkan ayat suci Alquran yang di lantunkan oleh qori kepada pasien (Suwardi & Desi, 2019). Beberapa temuan penelitian menjelaskan bahwa pengobatan murotal yang di implementasikan ke pasien pasca operasi efektif dalam mengurangi nyeri pasien dengan

waktu pemberian minimal 15 menit untuk mendapatkan efek relaksasi (Rahayu et al., 2022).

Prosedur operasi/SOP penanganan fraktur:

- 1) Fase pra-interaksi
  - a) Mengidentifikasi klien dengan benar.
  - b) Cuci tangan.
  - c) Siapkan alat dan dekatkan dengan pasien.
- 2) Fase orientasi
  - a) Menyapa klien/mengucapkan salam.
  - b) Memperkenalkan diri.
  - c) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur.
  - d) Tanyakan tentang kesiapan klien dan keluarga.
- 3) Tahap kerja
  - a) Membaca basmalah.
  - b) Siapkan alat di dekat klien.
  - c) Buat klien nyaman mungkin dan pastikan ruangan tenang dan nyaman.
  - d) Lakukan penilaian tingkat nyeri (pre-test) dengan menggunakan skala penilaian nyeri deskriptif sederhana.
  - e) Minta pasien untuk rileks.
  - f) Memberikan terapi murrotal Quran Surah Ar-Rahman yang diulang-ulang di handphone, setelah itu klien diminta mendengarkan dengan khusyuk selama 20 sampai 30 menit.
  - g) Kaji tingkat nyeri (post test) setelah menghentikan pasien.
- 4) Fase akhir
  - a) Lakukan evaluasi.
  - b) Mengucapkan hamdalah bersama.
  - c) Memberitahu rencana asuhan keperawatan selanjutnya.
  - d) Dokumentasi keperawatan.

## **B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN**

## 1. Pengkajian

Harmilah (2020) menyatakan bahwa pengkajian pasien penyakit ginjal kronis 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 berkering, 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 mempengaruhi/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 coping adaptif yang tepat. Pada pasien ginjal kronis, perubahan psikososial biasanya terjadi ketika pasien mengalami perubahan struktur fungsi fisik dan menjalani proses dialisis. Pasien menjadi pendiam dan lebih mengurung diri. Selain itu, kondisi tersebut juga disebabkan oleh biaya yang dikeluarkan selama pasien menjalani pengobatan, sehingga pasien mengalami 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. Diagnosis Keperawatan dan Fokus Intervensi

### a. Diagnosa Keperawatan

Rukmi & Dewi (2022) menyatakan bahwa diagnosis keperawatan adalah hasil pengkajian yang telah di kumpulkan kemudian digunakan untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi pada pasien baik aktual, resiko, maupun potensial. Masalah yang terjadi pada pasien dirumuskan dalam bentuk diagnosis keperawatan.

Diagnosa Keperawatan (SDKI) menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

1) D.0057 Keletihan berhubungan dengan Kondisi fisiologis. Keletihan adalah Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat (SDKI, 2016).

2) D.0036 Risiko Ketidakseimbangan Cairan berhubungan dengan Penyakit ginjal dan kelenjar. Risiko Ketidakseimbangan Cairan adalah suatu keadaan dimana pasien berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstisial atau intraselular (SDKI, 2016).

3) D.0129 Gangguan Integritas Kulit Berhubungan dengan kondisi gangguan metabolik (peningkatan kadar ureum). Gangguan integritas kulit adalah suatu kondisi dimana kulit mengalami kerusakan (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran, mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligament.

### b. Intervensi Keperawatan

Intervensi/Perencanaan adalah tahap di mana intervensi diidentifikasi untuk mengurangi, menyelesaikan atau mencegah masalah pasien sambil mendukung kekuatan pasien dengan cara yang terarah pada tujuan yang terorganisir. Ada dua langkah dalam tahap perencanaan yaitu menetapkan tujuan dan mengidentifikasi tindakan yang akan dilakukan (Dwi Kartika Rukmi et al. 2022).

Intervensi Keperawatan (SIKI) menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), sebagai berikut:

- 1) D.0057 Keletihan berhubungan dengan Kondisi fisiologis.

**Tujuan dan Kriteria Hasil :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat keletihan membaik dengan kriteria hasil :

- a) Verbalisasi kepulihan energi meningkat.
- b) Kemampuan melakukan aktivitas rutin membaik.
- c) Pola istirahat membaik.
- d) Pola napas membaik.

**Intervensi Keperawatan: Edukasi Aktivitas / Istirahat**

**Observasi**

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

**Terapeutik**

- a) Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat.
- b) Jadwalkan Pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
- c) Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya.

**Edukasi**

- a) Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik.
  - b) Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok.
  - c) Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat.
  - d) Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan.
- 2) D.0036 Risiko Ketidakseimbangan Cairan berhubungan dengan Penyakit ginjal dan kelenjar.

### **Tujuan dan Kriteria Hasil :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan elektrolit meningkat dengan kriteria hasil:

- a) Output urin meningkat.
- b) Membrane mukosa lembab meningkat.
- c) Edema menurun.
- d) Dehidrasi menurun.
- e) Turgor kulit membaik.

### **Intervensi Keperawatan : Manajemen Cairan**

#### **Observasi**

- a) Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah).
- b) Monitor berat badan harian.
- c) Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis.
- d) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis: hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN).
- e) Monitor status hemodinamik (mis: MAP, CVP, PAP, PCWP, jika tersedia).

#### **Terapeutik**

- a) Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam.
- b) Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan.
- c) Berikan cairan intravena, jika perlu.

#### **Kolaborasi**

- a) Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu.
- 3) D.0129 Gangguan Integritas Kulit Berhubungan dengan kondisi gangguan metabolik (peningkatan kadar ureum).

### **Tujuan dan Kriteria Hasil :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil:

- a) Kerusakan jaringan menurun.

b) Kerusakan lapisan kulit menurun.

**Intervensi Keperawatan: Perawatan Integritas Kulit.**

**Observasi**

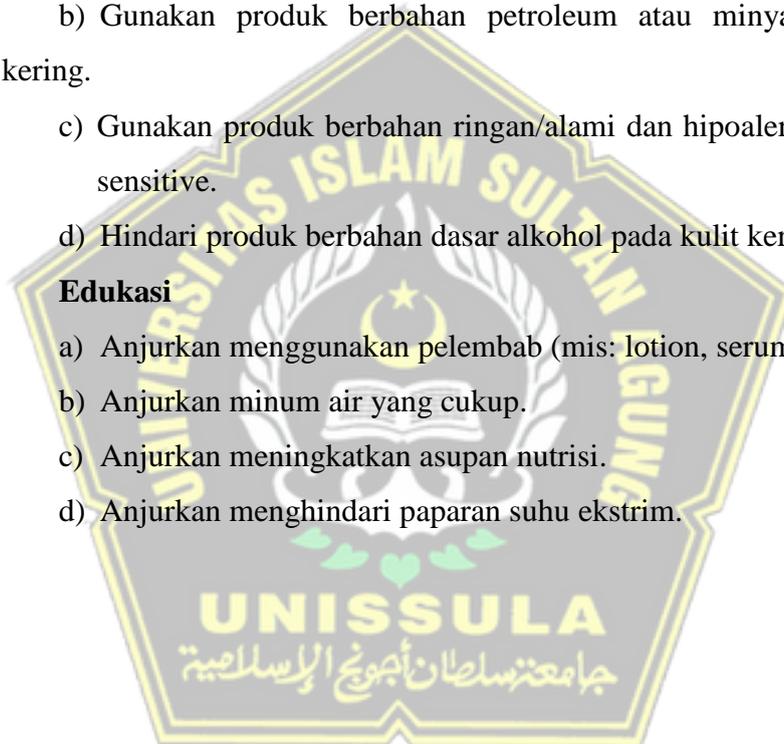
a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas).

**Terapeutik**

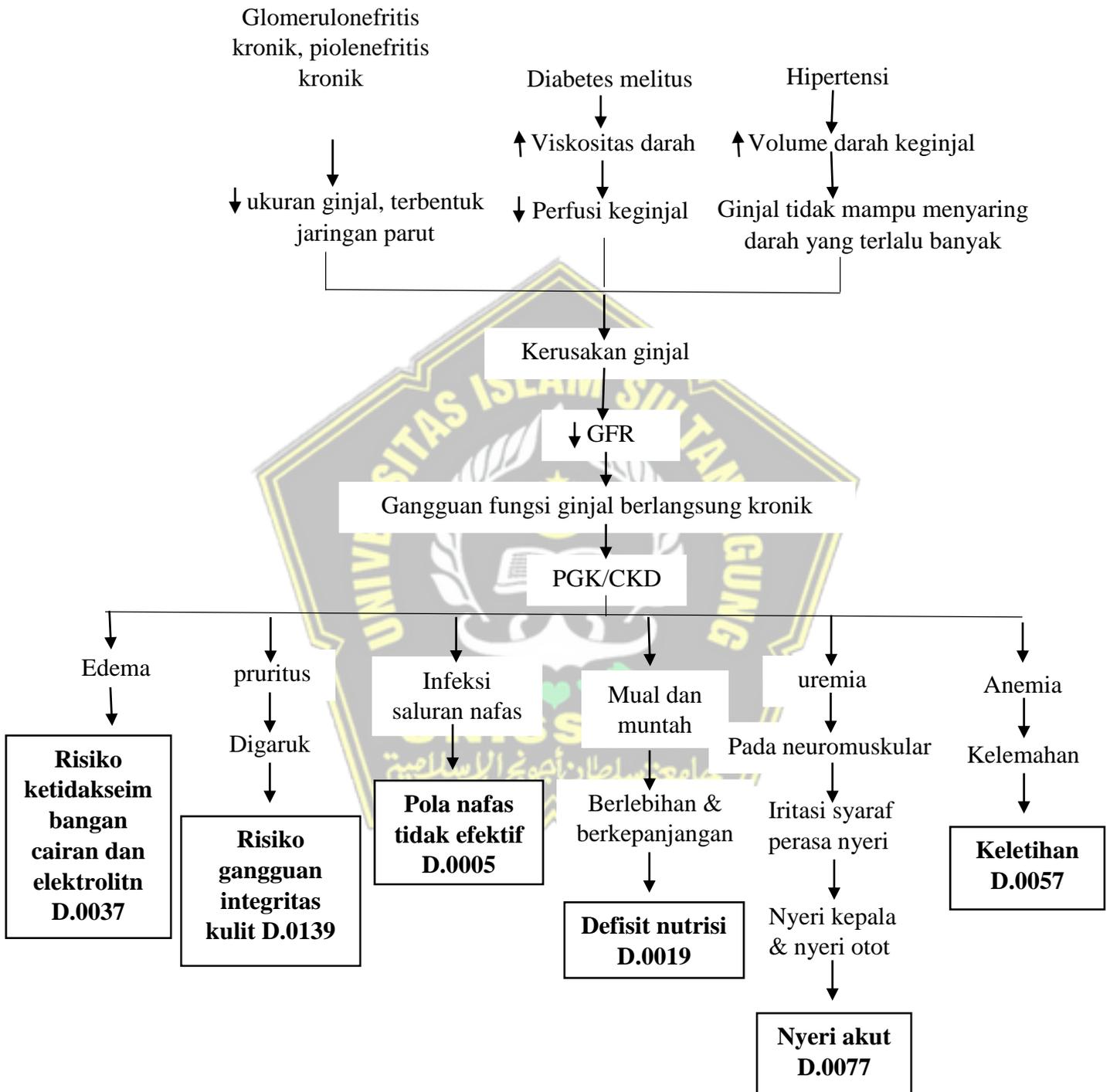
- a) Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring.
- b) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering.
- c) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive.
- d) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.

**Edukasi**

- a) Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum).
- b) Anjurkan minum air yang cukup.
- c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
- d) Anjurkan menghindari paparan suhu ekstrim.



### C. PATHWAYS



Sumber : (Handini & Hunaifi, 2022)

## BAB III

### LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 27 februari 2023 jam 15.00 WIB. Penulis mengelola kasus Ny.T dengan masalah *Chronic Kidney Disease* (CKD) dan Anemia di ruang Bizzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Diperoleh gambaran kasus sebagai berikut:

##### 1. Data umum

###### a. Identitas klien

Pasien bernama Ny.T berumur 57 tahun berjenis kelamin perempuan. Pasien beragama islam yang bertempat tinggal di limbangan kendal. Pasien berasal dari suku jawa bangsa Indonesia. Pasien adalah ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir SMA. Pasien masuk rumah sakit diantar oleh suami dan anaknya pada tanggal 24 februari jam 10.29 WIB dengan diagnosis medis yaitu *Chronic Kidney Disease* (CKD) dan Anemia.

###### b. Identitas penanggung jawab

Pasien selama dirawat di rumah sakit yang menemani sekaligus bertanggung jawab adalah suaminya yang bernama Tn.M yang berusia 59 tahun berjenis kelamin laki-laki dan beragama Islam. Tn.M berasal dari suku jawa bangsa Indonesia yang bertempat tinggal di limbangan kendal. Pekerjaan Tn.M sebagai pegawai swasta. Hubungan sebagai suami.

###### c. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri pada pinggang dan sesak nafas.

###### d. Status Kesehatan saat ini

Pasien mengatakan nyeri pada pinggang, nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 6, hilang timbul kurang lebih 5 menit. Nyeri sudah berlangsung kurang lebih 3 hari terakhir di sertai sesak nafas, dan badan lemas setelah beraktivitas, pada tanggal 24

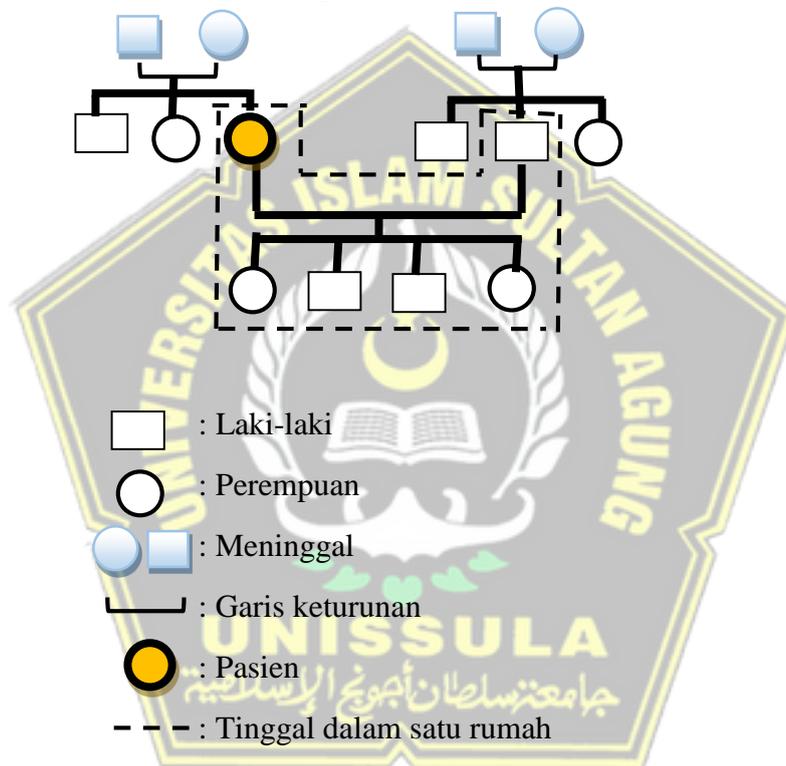
februari pasien di bawa ke RSI Sultan Agung Semarang lalu di ranap di bangsal Baitul Izzah 1.

e. Riwayat kesehatan lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Hipertensi. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan, tidak ada alergi pada obat-obatan, makanan, maupun minuman.

f. Riwayat kesehatan keluarga

1) Genogram 3 generasi



2) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan pasien, saat ini tidak ada anggota keluarga yang sedang menderita suatu penyakit.

g. Riwayat kesehatan lingkungan

Pasien mengatakan kebersihan rumah dan lingkungannya terjaga dan jauh dari bahaya. Rumah pasien di pedesaan sehingga tidak ada pabrik industri di sekitar rumah pasien, pasien mengatakan

untuk *personal hygiene* menggunakan air PAM, untuk air memasak dan minum menggunakan air galon isi ulang.

## 2. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

### a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

#### 1) Persepsi pasien tentang kesehatan diri

Sebelum sakit

Pasien mengatakan selalu memeriksakan kesehatannya ke puskesmas terdekat, pasien mengatakan jika dirinya tidak ada pantangan dalam makanan.

Setelah Sakit

Pasien mengatakan bahwa kesehatan dirinya sangat penting, pasien mengatakan akan bersedia mengikuti semua program pemeliharaan kesehatan atau diit yang di berikan rumah sakit.

#### 2) Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya namun tidak tahu cara melakukan perawatan dan cara mempertahankan kesehatannya.

Setelah sakit

Pasien mengatakan sudah mulai paham terkait penyakitnya dan cara mempertahankan kesehatannya seperti diet rendah protein, rajin berolahraga, dan meminum obat secara teratur.

#### 3) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

Sebelum sakit

Pasien mengatakan jika dirinya mengalami sakit maka dirinya akan segera memeriksakan kesehatannya ke puskesmas terdekat dan selalu rutin mengkonsumsi obat

Setelah sakit

Pasien mengatakan bersedia mengikuti semua perawatan dari rumah sakit.

4) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan

Sebelum sakit

Pasien mengatakan saat sakit ia hanya minum obat warung dan berobat ke puskesmas terdekat.

Setelah sakit

Pasien mengatakan saat sakit sudah tak tertahankan pasien langsung dibawa berobat ke rumah sakit oleh keluarganya.

5) Kebiasaan hidup

Sebelum sakit

Pasien mengatakan menjalani aktivitas layaknya ibu rumah tangga sehari-harinya, pasien tidak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol dan jarang melakukan olahraga.

Setelah sakit

Pasien mengatakan sudah tidak dapat melaksanakan tugasnya sebagai seorang ibu rumah tangga, pasien tidak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol dan jarang melakukan olahraga.

6) Faktor sosio-ekonomi

Sebelum sakit

Pasien mengatakan untuk kebutuhan hidupnya di tanggung suami dan di bantu oleh anak-anaknya.

Setelah sakit

Pasien mengatakan berobat menggunakan BPJS kelas III.

b. Pola eliminasi

1) Pola BAB

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB lancar 1 x sehari dengan konsistensi lembek.

Setelah sakit pasien mengatakan BAB tetap lancar 1 x sehari konsistensi lembek.

2) Pola BAK

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sehari 4 sampai 5 kali BAK, konsistensi cair berwarna kuning, tidak bercampur darah, tidak ada keluhan nyeri saat BAK, berbau khas *urine*.

Setelah sakit

Pasien terpasang kateter pada saat dilakukan pengkajian terdapat *urine* di dalam *urine bag* sebanyak 2000 ml dalam 24 jam warna kuning keruh tidak bercampur darah.

c. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sehari-hari kegiatannya adalah sebagai ibu rumah tangga, tidak mengalami hambatan atau masalah, tidak pernah melakukan olahraga, tidak ada keluhan saat beraktivitas, tidak mengalami kesulitan untuk merawat diri baik mandi maupun berhajat.

Setelah sakit

Pasien mengatakan sudah tidak dapat lagi menjalankan aktivitas seperti biasanya karena merasakan nyeri dan lemas, pasien hanya terbaring di tempat tidur, untuk semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat termasuk merawat diri dan berhajat. Pasien juga terpasang oksigen nasal kanul 3 liter per menit.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur cukup 2 x/hari siang dan malam dengan lamanya 1 jam tidur siang dan 7 jam tidur malam, tidak mengalami kesulitan tidur.

Setelah sakit

Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena lingkungan di bangsal yang berisik dan tidak nyaman, tidur sehari kurang lebih 7 jam, mudah terbangun ketika merasakan nyeri, tidur pada jam 23.00

terjaga pada jam 02.00 dan setelahnya dapat tidur kembali pada jam 03.00 dan bangun kembali pada jam 06.00.

e. Pola nutrisi dan metabolik

Sebelum sakit

Pasien mengatakan nafsu makan baik, makan 3-4 x/hari, 1 porsi habis, menyukai semua makanan, tidak ada keluhan dalam makan seperti mual atau muntah, minum sekitar 6-7 gelas/hari air putih.

Setelah sakit

Pasien mengatakan nafsu makan baik, makan 2 x/hari dari program diet rumah sakit dengan menu bubur TIM, sepori habis, tidak ada keluhan mual dan muntah, minum sekitar 8 gelas/hari.

f. Pola kognitif - persepsi dan sensori

Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam penglihatan maupun pendengaran, pasien mampu mengingat kejadian dalam hidupnya dan mampu mengambil keputusan sendiri, tidak mengalami kesulitan dalam beraktivitas.

Setelah sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam penglihatan maupun pendengaran, pasien mampu mengingat kejadian dalam hidupnya saat sakit keputusan yang diambil dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan nyeri pada pinggangnya.

Persepsi pasien terhadap nyeri adalah **P** : nyeri saat beraktivitas, **Q** : nyeri seperti tertusuk-tusuk, **R** : nyeri di bagian pinggang, **S** : skala nyeri yang dirasakan pasien 6, **T** : hilang timbul.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Sebelum sakit

Pasien mengatakan selalu menghargai dirinya dan selalu mempunyai harapan terhadap dirinya. Karena pasien meyakini akan semua takdir yang telah ditetapkan ALLAH SWT. Terhadap dirinya itu adalah baik. Pasien mengatakan selalu melakukan

ibadah shalat 5 waktu dan melaksanakan tugasnya sebagai ibu rumah tangga dengan baik.

Setelah sakit

Pasien mengatakan merasa sedih karena kondisinya saat ini dirinya tidak bisa menjalani aktivitas seperti biasanya sebagai ibu rumah tangga, pasien mengatakan menerima keadaanya sekarang, dan meyakini bahwa apa yang telah menimpanya sekarang merupakan kehendak dari ALLAH SWT. Dan pasti ada hikmah di balik semua ini. Pasien mengatakan tetap menunaikan kewajibannya yaitu shalat 5 waktu dengan duduk di tempat tidur.

h. Pola peran atau hubungan

Sebelum sakit

Pasien mengatakan melakukan hubungan dengan tetangga di lingkungan rumahnya, dapat berkomunikasi dengan baik, orang terdekat pasien adalah suami dan anak-anaknya, tidak ada masalah dalam hubungan keluarganya.

Setelah sakit

Pasien mengatakan tetap melakukan hubungan baik dengan pasien lainnya, mampu berkomunikasi dengan baik, pasien meminta bantuan kepada suami dan anaknya ketika mempunyai masalah, tidak ada masalah dalam hubungan keluarganya.

i. Pola seksual - reproduksi

Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam hubungan seksual.

Pasien memiliki 4 orang anak dan sudah menopause.

Setelah sakit

Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam hubungan seksual.

j. Pola coping – toleransi stress

Sebelum sakit

Pasien mengatakan selalu mengambil keputusan sendiri dan terkadang dibantu oleh suaminya, jika terdapat masalah pasien

selalu berserah diri kepada Allah SWT. dan berusaha menghadapi masalahnya dengan tegar.

Setelah sakit

Pasien mengatakan ketika mengambil keputusan selalu musyawarah dengan suami dan anaknya, upaya pasien dalam menghadapi masalahnya saat ini dengan terus berdoa dan mengikuti anjuran pengobatan dengan sabar. Pasien mengatakan perawat sudah membuatnya nyaman dengan memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan sesuai syariat islam.

k. Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit

Pasien mengatakan dirinya beragama Islam pasien mampu menjalankan ibadahnya dengan baik tanpa ada masalah atau hambatan, tidak ada pertentangan keyakinan dalam menjalankan ibadahnya.

Setelah sakit

Pasien mengatakan melakukan ibadah shalat dengan cara duduk di tempat tidur karena mengaku ada hambatan dalam gerakannya. Pasien mengatakan tidak ada nilai, keyakinan, dan kebudayaan yang bertentangan dengan kesehatan dan pengobatan yang sedang dijalani.

### 3. Pemeriksaan Fisik (*Head to Toe*)

Pasien dalam keadaan sadar penuh (*Composmentis*), penampilan lemah, hasil pemeriksaan tanda vital : TD = 130/90 mmHg, N = 140 x/menit, RR = 28 x/menit, S = 37,4 °C, SPO2 = 97%. bentuk kepala bulat, rambut berwarna putih uban, tidak ada lesi, pembengkakan dan bersih. Mata simetris kiri dan kanan, sklera ikterik, konjungtiva anemis, pupil bereaksi terhadap cahaya, kemampuan mata berfungsi dengan normal. Hidung bersih, tidak terdapat lesi maupun benjolan , tidak terdapat secret dan tidak ada pendarahan, pasien

terpasang oksigen nasal kanul 3 liter. Telinga simetris, bersih, terdapat serumen, kemampuan pendengaran baik, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar. Mulut tidak ada sariawan, mukosa bibir lembab, gigi tidak lengkap, gigi bersih, tidak bau mulut, tidak kesulitan berbicara, tidak ada kesulitan menelan dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

Pemeriksaan pada jantung, inspeksi : thorax simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi atau jejas, palpasi : teraba iktus kordis, tidak teraba benjolan, perkusi : bunyi pekak, auskultasi : terdengar suara bunyi jantung lup dup, tidak terdengar suara tambahan. Sementara pemeriksaan pada paru-paru yaitu, inspeksi : pengembangan dinding dada simetris saat inspirasi dan ekspirasi, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, palpasi : tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas, vocal fremitus kanan kiri sama, perkusi : suara sonor, auskultasi : vesikuler. Pemeriksaan abdomen, inspeksi : warna kulit di sekitar abdomen normal, perut tidak membuncit, tidak ada luka, jejas dan memar, auskultasi : suara bising usus (+) 11 x /menit, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan dan lepas, tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar dan limfa, perkusi : terdengar bunyi timpani.

Pemeriksaan nyeri pasien mengatakan nyeri pada pinggang **P** : nyeri saat beraktivitas, **Q** : nyeri seperti tertusuk-tusuk, **R** : nyeri di bagian pinggang, **S** : skala nyeri yang dirasakan pasien 6, **T** : hilang timbul. Pemeriksaan genitalia pasien terpasang kateter. Pada ekstermitas atas kuku pasien bersih, kulit sawo matang, turgor kulit menurun, tidak ada edema, terpasang infus Nacl 0,9% 6 tpm di tangan kanan, *capillary refill* kembali setelah 3 detik, tidak ada luka. Sementara pada ekstermitas bawah terdapat edema pada kaki kanan, kekuatan otot baik, koordinasi keseimbangan dan gerak, mobilitas kurang baik, memerlukan bantuan orang lain dan tidak terdapat bekas luka pada kulit.

#### 4. Data penunjang

Hasil dari data pemeriksaan uji laboratorium pada tanggal 27 Februari 2023 pemeriksaan hematologi, didapatkan hemoglobin hasil LL 5.5 dengan nilai rujukan 11.7 – 15.5 dengan satuan g/dl, hematokrit didapatkan hasil L 17.8 dengan nilai rujukan 35 – 47 dengan satuan %, leukosit didapatkan hasil 5.23 dengan nilai rujukan 3.60 – 11.00 dengan satuan mm<sup>3</sup>, trombosit didapatkan hasil 173 dengan nilai rujukan 150– 440 dengan satuan mm<sup>3</sup>, TIBC didapatkan hasil 295 dengan nilai rujukan 250-389 dengan satuan mm<sup>3</sup>, Golongan darah B dan RH positif.

Hasil pemeriksaan kimia klinik didapatkan hasil PO<sub>4</sub> organik H 8.3 dengan nilai rujukan 2.5-5.0 mg/dL, calcium dengan nilai L 6.5 dengan nilai rujukan 8.8 – 10.8, ureum di dapatkan hasil HH 232 dengan nilai rujukan 10 – 50 dengan satuan mg/dL, asam urat didapatkan hasil H 7.8 dengan nilai rujukan 2.6-5.7 dengan satuan mg/dL, kreatinin didapatkan hasil HH 14.23 dengan nilai rujukan 0.6 – 1.10 dengan satuan mg/dL.

Hasil pemeriksaan urinalisa pada tanggal 27 Februari 2023 didapatkan hasil warna di dapatkan hasil kuning, kejernihan di dapatkan hasil agak keruh dengan nilai rujukan jernih, protein didapatkan hasil 100 dengan nilai rujukan < 30 (negatif) dengan satuan mg/dL, reduksi didapatkan hasil neg dengan nilai rujukan < 15 (negatif) dengan satuan mg/dL, bilirubin didapatkan hasil neg dengan nilai rujukan < 1 (negatif) dengan satuan mg/dL, reaksi/pH didapatkan hasil 5.5 dengan nilai rujukan 4.8-7.4, urobilinogen didapatkan hasil 0.2 dengan nilai rujukan < 2 dengan satuan mg/dL, benda keton didapatkan hasil neg dengan nilai rujukan < 5 (negatif), nitrit didapatkan hasil neg dengan nilai rujukan negatif, berat jenis didapatkan hasil 1.015 dengan nilai rujukan 1.015-1.025, darah (*blood*) didapatkan hasil 25 dengan nilai rujukan <5 (negatif) dengan satuan Eri/uL, leukosit didapatkan hasil 15 dengan nilai rujukan <10 (negatif) dengan satuan Leu/uL

Pemeriksaan Mikroskopis, sel epitel didapatkan hasil 28-30 dengan nilai rujukan 5-15 dengan satuan /LPK, entrosit didapatkan hasil 10-12 dengan nilai rujukan <1/LBP dengan satuan /LBP, leukosit didapatkan hasil 6-8, silinder didapatkan nilai 0, parasit didapatkan hasil negatif dengan nilai rujukan negatif, bakteri didapatkan hasil positif 1(+) dengan nilai rujukan negatif, jamur didapatkan hasil negatif, kristal didapatkan nilai negatif, benang mukus didapatkan nilai negatif.

#### 5. Diit yang diperoleh

Bubur Tiim

#### 6. Terapi

Infus NaCl 6,8% 6 tpm	melalui IV
Tranfusi pre lasix 1 ampul	melalui IV
Transfusi PRC 2 kantong	melalui IV
Asam folat 1x 5 tab	melalui oral
Bicnat 1x5 tab	melalui oral
Vitamin K 3x1 tab	melalui oral
Oksigen 3 Liter per menit	nassal kanul

#### B. Analisa Data

Penulis melakukan analisa data pada tanggal 27 Februari 2023 pada pukul 15.00 WIB. Dari analisa data yang dilakukan didapatkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan data subjektif mengeluh nyeri pada pinggang, mengeluh sulit tidur, dengan hasil pengkajian PQRST sebagai berikut : **P** : pada saat beraktivitas, **Q** : nyeri seperti tertusuk-tusuk, **R** : nyeri di bagian pinggang, **S** : skala nyeri yang dirasakan pasien 6, **T** : hilang timbul. Sedangkan data objektifnya pasien tampak meringis menahan sakit, pasien tampak gelisah. TD = 130/80 mmHg, N = 140 x/menit, S = 37,4 °C.

Data fokus yang kedua didapatkan diagnosa keperawatan yaitu Pola nafas tidak efektif . Diagnosa keperawatan tersebut didukung dengan data subjektif pasien mengatakan sesak nafas, sesak meningkat saat beraktivitas dan data objektifnya yaitu pasien tampak sesak, SPO2 = 97% RR = 28 x/menit, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter per menit.

Sementara itu untuk data fokus yang ketiga didapatkan diagnosa keperawatan yaitu intoleransi aktivitas. Diagnosa ini didukung dengan data subjektif pasien mengatakan badan lemas dan cepat lelah dan didukung dengan kondisi klinis terkait yaitu anemia.

### **C. Diagnosa Keperawatan**

1. D.0077 Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis.
2. D.0005 Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi.
3. D.0056 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

### **D. Rencana Keperawatan**

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan ditetapkan pada tanggal 27 Februari 2023 pada pukul 16.00 WIB. Untuk mengatasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai dengan adanya keluhan nyeri pada pinggang, mengeluh sulit tidur, tampak gelisah dan meringis, penulis menetapkan intervensi sebagai berikut identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non-farmakologis untuk mengatasi nyeri (relaksasi tarik napas dalam dan terapi murottal), fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri. Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, skala nyeri menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, nadi membaik.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi. Intervensi keperawatan yang telah ditetapkan diantaranya monitor pola nafas, monitor bunyi nafas tambahan, posisikan semi fowler yang bertujuan untuk meningkatkan dorongan pada

otot diafragma sehingga ekspansi dada dan ventilasi paru meningkat memberikan kenyamanan pada pasien dan mengurangi resiko statis sekresi pulmonary, berikan minuman hangat, ajarkan teknik batuk efektif. Setelah dilakukan intervensi keperawatan dalam jangka waktu 3 x 24 jam diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil dispneu menurun, frekuensi nafas membaik, keluhan sesak menurun.

Kemudian untuk diagnosa yang ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, penulis menetapkan intervensi keperawatan sebagai berikut : anjurkan tirah baring, monitor pola dan jam tidur, bantu pasien untuk identifikasi aktivitas yang akan dilakukan, bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari yang teratur dan sesuai dengan kebutuhan (berpindah, bergerak, perawatan diri). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien dapat beraktivitas dengan baik/normal dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, *dispneu* saat aktivitas menurun.

#### **E. Implementasi**

Pada hari senin tanggal 27 Februari 2023 pukul 08.00 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri. Respon pasien dari data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada pinggang, nyeri seperti tertusuk-tusuk, waktu muncul nyeri hilang timbul +-5 menit, skala nyeri 6 dan mengeluh sulit tidur, dan di dapatkan data objektif pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah, TD = 130/80 mmHg, N = 140 x/menit, S = 37,4 °C,. Pada pukul 08.30 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, respon pasien dari data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang ketika pasien beristirahat, sedangkan data objektif yang ditemukan pasien tampak meringis. Pukul 08.40 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu memberikan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri (tarik napas dalam dan terapi murattal), respon pasien

dari data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri cukup mereda saat melakukan tarik napas dalam dan terasa nyaman ketika mendengarkan alunan ayat suci al-qur'an, dari data objektif pasien tampak melakukan terapi tarik napas dalam dan terapi murratal. Pada pukul 09.00 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu memfasilitasi istirahat dan tidur, respon pasien dari data subjektif yaitu pasien bersedia mengikuti anjuran dari perawat, sedangkan data objektifnya pasien kooperatif. Pada pukul 09.20 WIB dilakukan implementasi diagnosa kedua yaitu memonitor pola nafas respon pasien dari data subjektif ditemukan pasien mengeluh sesak nafas, dari data objektif didapatkan pasien tampak bernafas dengan cepat. Pada pukul 09.40 WIB dilakukan implementasi diagnosa kedua yaitu mengatur aliran oksigen 3 liter/ menit nassal kanul, respon pasien dari data subjektif yaitu pasien mengatakan masih sesak, sementara data objektif pasien tampak sesak  $SPO_2 = 97\%$   $RR=28$  x/menit. Kemudian pada pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu memonitor pola dan jam tidur, respon pasien dari data subjektif didapatkan pasien mengatakan pola tidurnya berubah kurang dari 8 tidur pada jam 22.00 dan bangun pada jam 04.00 sering terjaga pada malam hari karena nyeri yang dirasakan, secara objektif pasien tampak lesu, pada pukul 10.30 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan, respon pasien dari data subjektif pasien mengatakan untuk aktivitasnya selama sakit dibantu oleh keluarga dan perawat, didapatkan data objektif pasien tampak dibantu dalam berpindah, memakai baju, perawatan diri.

Pada hari kedua tanggal 28 Februari 2023 pukul 14.00 WIB dilakukan implementasi terhadap diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan masih nyeri pada pinggangnya, nyeri seperti tertusuk, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul  $\pm$  10 menit, didapatkan data objektif pasien masih tampak meringis menahan sakit dan masih gelisah. pada pukul 14.30 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa pertama TTV, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien

mengatakan bersedia untuk di periksa, didapatkan hasil pemeriksaan TD = 125/75mmHg, N = 130 x/menit, RR = 27 x/menit, S = 37 °C, SPO2 = 98%. Pada pukul 14.45 WIB dilakukan implementasi terhadap diagnosa pertama yaitu menanyakan kepada pasien apakah pasien menerapkan terapi yang sudah di sepakati bersama yaitu relaksasi napas dalam dan terapi relaksasi murratal qur'an ketika nyeri, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan saat nyeri kambuh pasien menerapkan terapi tarik napas dalam yang sudah di ajarkan perawat dan untuk terapi murattal pasien mengatakan selalu menyetel alunan ayat suci pada saat mau tidur untuk pengantar tidurnya, didapatkan data objektif pasien menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat. Pada pukul 15.00 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu menganjurkan pasien untuk selalu menerapkan terapi tarik napas dalam dan terapi murattal saat terasa nyeri, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan akan selalu menerapkan terapi relaksasi napas dalam dan terapi murattal ketika nyeri kambuh, sedangkan data objektifnya pasien tampak kooperatif. Pada pukul 15.20 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa kedua yaitu memonitor pola nafas, respon pasien berdasarkan data subjektif yaitu pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang, objektifnya pasien tampak tenang masih terpasang nassal kanul 3 lpm SPO2=98% RR=23c/menit. Pada pukul 15.35 WIB dilakukan implementasi diagnosa kedua yaitu memberikan posisi semi fowler, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisi yang diberikan oleh perawat, data objektifnya pasien tampak nyaman. Pada pukul 16.15 WIB dilakukan implementasi diagnosa yang ketiga yaitu memonitor pola dan jam tidur, subjektifnya pasien mengatakan pola tidurnya masih belum membaik pasien mengatakan tidurnya kurang, tidur pada jam 16.30 dan bangun pada jam 04.30 objektifnya pasien tampak lesu. Pada pukul 16.50 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu memberikan lingkungan yang nyaman, respon subjektifnya pasien mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan yang di berikan perawat, objektifnya pasien tampak nyaman. Pada pukul 17.05 WIB dilakukan implementasi diagnosa

yang ketiga yaitu mengatur suhu ruangan (AC) dan pencahayaan meminimalisir kebisingan, respon pasien berdasarkan data subjektifnya yaitu pasien mengatakan sudah nyaman dengan kondisi ruangan saat ini, objektifnya pasien tampak nyaman. Pada pukul 17.15 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu memfasilitasi istirahat dan tidur, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan bersedia menepati jam tidur yang telah di sepakati, didapatkan data objektif pasien tampak kooperatif dan bersedia dengan menganggukan kepalanya. Pada pukul 17.30 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu membantu pasien dalam melakukan aktivitas sesuai kebutuhan, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan untuk aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga dan perawat, objektifnya pasien tampak dibantu dalam melakukan aktivitas seperti berpindah dan perawatan diri.

Pada hari ketiga tanggal 29 Februari 2023 pukul 08.00 WIB dilakukan implementasi terhadap diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi skala nyeri dan keluhan lainnya, respon subjektif pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 3 , sudah bisa tidur namun mudah terbangun, berdasarkan data objektif pasien sedikit rileks. pada pukul 08.30 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa pertama yaitu mengukur TTV, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan, objektifnya pasien tampak sudah mulai segar hasil pengkajian suhu : 37 °C, TD : 128/85 mmHg, nadi : 94 x/menit, RR : 20 x/menit SPO2 : 99% .Pada pukul 08.45 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu menganjurkan kepada pasien untuk selalu menerapkan terapi relaksasi napas dalam dan terapi murratal yang telah diajarkan saat merasakan nyeri, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien ketika nyeri kambuh melakukan terapi yang telah diajarkan dan membuatnya tenang, data objektifnya pasien dapat melakukan terapi relaksasi tarik napas dalam dan terapi murratal secara mandiri. Pada pukul 08.55 WIB dilakukan implementasi terhadap diagnosa kedua yaitu memonitor pola nafas, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan sesaknya sudah

mulai berkurang, data objektifnya pasien tampak rileks masih terpasang nassal kanul 3 lpm SPO2=99% RR=19x permenit. Pada pukul 09.20 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu memonitor pola dan jam tidur, respon pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan tidurnya sudah cukup membaik tidur pada jam 21.00 dan bangun pada jam 05.15, sedangkan data objektifnya pasien tampak segar. Pada pukul 09.35 WIB dilakukan implementasi diagnosa ketiga yaitu membantu aktifitas sehari-hari pasien sesuai kebutuhan pasien, respon pasien sesuai data subjektif pasien mengatakan untuk aktivitasnya masih di bantu oleh keluarga dan perawat, data objektifnya pasien tampak dibantu untuk aktivitas seperti memakai baju berpindah dan perawatan diri.

#### **F. Evaluasi**

Pada tanggal 27 Februari 2023 pukul 10.30 WIB hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu S : pasien mengatakan nyeri pada pinggang dengan skala 6, O : pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, TD : 130/80 mmHg, N : 140 x/menit, RR : 28 x/menit, S : 37,4 °C SPO2 : 97%, A : masalah belum teratasi (skala nyeri), P : lanjutkan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien, berikan teknik relaksasi napas dalam dan terapi murratal al qur'an untuk mengurangi rasa nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Pukul 10.50 WIB dilakukan evaluasi pada diagnosa kedua yaitu S : pasien mengatakan nafasnya terasa sesak, O : pasien tampak bernafas dengan cepat SPO2 = 97% RR = 28, A : masalah belum teratasi (pola nafas), P : lanjutkan intervensi monitor pola nafas. Pada pukul 11.10 WIB dilakukan evaluasi pada diagnosa yang ketiga yaitu S : pasien mengatakan pola tidurnya berubah kurang dari 8 jam tidur pada jam 22.00 dan bangun pada jam 04.00 sering terjaga pada malam hari karena nyeri yang di rasakan, pasien mengatakan untuk aktivitasnya seperti berpindah dan perawatan diri masih dibantu oleh keluarga dan perawat, O : pasien tampak lesu, pasien tampak di bantu dalam berpindah, memakai baju

dan perawatan diri, A : masalah belum teratasi (mobilisasi aktivitas dan pola tidur), P : lanjutkan intervensi monitor pola tidur, bantu aktivitas sehari-hari pasien sesuai kebutuhan, berikan lingkungan yang nyaman, atur kondisi ruangan mis suhu dan pencahayaan, anjurkan pasien melakukan mobilisasi ringan seperti duduk di bed.

Pada tanggal 28 Februari 2023 pada pukul 17.40 WIB dilakukan evaluasi terhadap diagnosa pertama yaitu S : pasien mengatakan masih nyeri dengan skala 5, O : pasien tampak meringis dan sedikit gelisah, TD = 125/75mmHg, N = 130 x/menit, RR = 27 x/menit, S = 37 °C, SPO2 = 98%. A: masalah belum teratasi (skala nyeri), P : lanjutkan intervensi identifikasi skala nyeri, menganjurkan kepada pasien untuk tetap menerapkan terapi yang telah diajarkan (nafas dalam, murratal). Pada pukul 18.00 WIB dilakukan evaluasi terhadap diagnosa kedua yaitu S : pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang, O : pasien tampak tenang, masih terpasang nasal kanul 3 lpm SPO2=98% RR=23c/menit, A : masalah teratasi sebagian (pola nafas), P : lanjutkan intervensi monitor pola nafas. Pada pukul 18.40 WIB dilakukan evaluasi terhadap diagnosa ketiga yaitu S : pasien mengatakan pola tidurnya belum membaik tidur pada jam 21.00 dan bangun pada jam 04.30, pasien mengatakan untuk aktivitasnya masih dibantu keluarga dan perawat, O : pasien tampak lesu, pasien tampak di bantu aktivitasnya seperti berpindah dan perawatan diri, A : masalah belum teratasi (pola tidur dan mobilisasi), P : lanjutkan intervensi monitor pola tidur, bantu aktivitas sehari-hari pasien sesuai kebutuhan, berikan lingkungan yang nyaman, atur kondisi ruangan mis suhu dan pencahayaan.

Pada tanggal 29 Februari 2023 pukul 09.35 WIB dilakukan evaluasi terhadap diagnosa pertama yaitu S : pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3, O : pasien tampak lebih tenang, suhu : 37 °C, TD : 128/85 mmHg, nadi : 94 x/menit, RR : 20 x/menit SPO2 : 99%, A: masalah teratasi (nyeri akut), P : pertahankan intervensi anjurkan melakukan terapi relaksasi napas dalam dan terapi murratal al-qur'an secara mandiri ketika merasa nyeri. Pada pukul 10.00 WIB dilakukan evaluasi diagnosa kedua yaitu

S : pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang, O : pasien tampak rileks masih terpasang nassal kanul 3 lpm SPO2=99% RR=19x permenit. A : masalah teratasi, P : pertahankan intervensi monitor pola nafas. Pada pukul 10.20 WIB dilakukan evaluasi diagnosa ketiga yaitu S : pasien mengatakan pola tidurnya sudah membaik tidur pada jam 21.00 dan bangun pada jam 05.15, pasien mengatakan untuk aktivitasnya seperti berpindah dan perawatan diri masih dibantu keluarga dan perawat O : pasien tampak segar. A : masalah teratasi sebagian (pola tidur), P : lanjutkan intervensi bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan pasien, anjurkan pasien melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di bed.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini, penulis membahas hasil studi kasus, meliputi informasi umum dan informasi khusus pada Ny. T dengan penyakit ginjal kronis (CKD) dan anemia di ruang Baitul Izzah1 RSISA Semarang selama 3 hari dari 27 Februari hingga 29 Februari 2023. Dalam bab ini penulis juga membahas meliputi pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny.T, melakukan tindakan asuhan keperawatan hingga evaluasi dari tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan.

#### **A. Pengkajian**

Dalam menyusun asuhan keperawatan tahapan yang pertama yaitu pengkajian yang melibatkan keterampilan berfikir kritis. Pengkajian ialah kegiatan mengumpulkan informasi atau data dari klien maupun keluarga atau orang terdekat pasien terkait kondisi persepsi masalah yang mereka hadapi/alami (Dwi Kartika Rukmi et al. 2022).

Penulis menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik dalam penyusunan asuhan keperawatan. Tidak ada kendala dalam melakukan penelitian karena pasien bersedia bekerja sama. Evaluasi Asuhan Keperawatan Ny T dengan Penyakit Ginjal Kronik (PGK) dan anemia di Ruang B izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang. Data yang didapat penulis antara lain data primer, data sekunder, data fokus, data subjektif dan data objektif.

Saat pengkajian asuhan keperawatan ini penulis memiliki kekurangan dalam pengkajian balance cairan yang seharusnya dilakukan dalam kasus CKD, karena kurang telitinya penulis dalam melakukan pengkajian ini dan penulis kekurangan data tentang output dan input cairan pasien.

#### **B. Diagnosis keperawatan**

Tahapan yang kedua dalam penyusunan asuhan keperawatan yaitu diagnosis keperawatan. Secara teori diagnosis keperawatan adalah hasil pengkajian yang telah di kumpulkan kemudian digunakan untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi pada pasien baik aktual, resiko, maupun potensial. Masalah yang terjadi pada pasien dirumuskan dalam bentuk diagnosis keperawatan.

Untuk melaksanakan keperawatan sesuai UU No. 38 Tahun 2014, PPNI memerlukan upaya bertahap dan berkesinambungan untuk mengembangkan standar diagnosa yang digunakan oleh perawat Indonesia. Itu sebabnya PPNI menerbitkan Standar Diagnosa Keperawatan (SDKI) Indonesia pada Desember 2016, disusul Standar Asuhan Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Hasil Keperawatan Indonesia (SLKI) pada Maret 2018. SDKI, SLKI, dan SIKI, yang dikenal dengan 3S , banyak digunakan oleh perawat Indonesia saat ini untuk pengembangan keperawatan (Dwi Kartika Rukmi et al. 2022).

Pada pembahasan diagnosis ini terdapat perbedaan diagnosis secara teori dan diagnosis yang ditemukan penulis yaitu:

#### **1. Diagnosis yang ditemukan penulis**

Berdasarkan proses pengumpulan data ketika melakukan pengkajian tanggal 27 february 2023 pada pasien penulis menemukan 3 diagnosis yaitu Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis, Pola Nafas Tidak Efektif b.d hiperventilasi, dan Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan.

Diagnosis yang pertama kali di angkat oleh penulis ialah Nyeri Akut b.d Faktor Pencedera Fisiologis. Menurut SDKI (2018), nyeri akut adalah pengalaman nyata atau fungsional yang dimulai secara tiba-tiba atau perlahan dan ringan sampai berat dan berlangsung kurang dari 3 bulan. Penulis memunculkan masalah keperawatan ini karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data subyektif pada klien yang mengeluh nyeri di pinggang dan data obyektif yang diperoleh menunjukkan bahwa pasien tampak meringis, tampak gelisah dan sulit tidur pada PQRST sebagai berikut: *Provocatif* : saat bergerak, *Quality* : ditusuk-tusuk, *Region*

: pinggang, *Scale* : 6, *Time* : hilang-timbul sekitar 5 Tekanan Darah : 130/80mmHg, Nadi = 140x per menit, RR = 28x per menit, Suhu = 37,4 °C, SPO2 = 97%.

Diagnosis keperawatan selanjutnya adalah pola pernapasan tidak efektif yang berhubungan dengan hiperventilasi. Pola nafas yang tidak efektif adalah kondisi dimana pernafasan antara pasokan dan pengeluaran udara tidak memberikan ventilasi yang memadai (Tim Pokja PPNI DPP SDKI, 2016). Diagnosis ini penulis tegakkan karena pada pemeriksaan di tanggal 27-02-2023 pasien mengeluh sesak nafas, sesak meningkat saat beraktivitas dan data obyektifnya yaitu pasien tampak sesak, RR = 28 x/menit, SPO2 = 97%, terpasang 02 3 LPM nassal kanul.

Diagnosis keperawatan lainnya adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intoleransi aktivitas adalah energi yang tidak mencukupi untuk beraktivitas (Tim Pokja DPP PPNI SDKI, 2016). Penulis memunculkan diagnosis ini karena klien mengeluhkan kelelahan dan kondisi klinis yang berhubungan yaitu anemia.

## **2. Diagnosis lain yang seharusnya muncul tetapi tidak penulis munculkan**

Diagnosis lain yang mungkin muncul selama penyusunan penelitian ini adalah gangguan pola tidur. Menurut SDKI, gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur yang diakibatkan oleh faktor eksternal akibat: hambatan lingkungan (misalnya kelembaban lingkungan, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, dll). tidak bisa mengatur waktu tidur, Kurangnya privasi, Keterbatasan fisik, Tidak adanya teman tidur, Tidak terbiasa dengan perlengkapan tidur. Gejala dan tanda utama. Subyektif : Keluhan sulit tidur, Keluhan sering terbangun, Keluhan ketidakpuasan tidur, Keluhan perubahan kebiasaan tidur, Keluhan waktu istirahat yang tidak cukup. (Tim Pokja PPNI DPP SDKI, 2016). Diagnosa Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan faktor lingkungann ini seharusnya muncul dibuktikan dengan data subjektif pasien mengeluh

sulit tidur dan sering terjaga karena nyeri. Dan objektifnya pasien tampak lesu. Diagnosis ini tidak di angkat oleh penulis karena penulis lebih berfokus terhadap pengurangan nyerinya karena faktor pengganggu utamanya adalah nyeri. Penulis berfikir jika nyeri teratasi maka pola tidur akan membaik dan penulis juga telah melakukan implementasi memonitor pola dan jam tidur serta memberikan lingkungan yang nyaman seperti mengatur suhu, kebisingan, dan pencahayaan dalam. Serta diagnosis gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dibuktikan dengan adanya edema pada ekstermitas kaki bagian kanan pasien, terjadi peningkatan ureum pada pasien dengan hasil nilai HH 232 nilai rujukan 10-50 mg/dL, penurunan calsium dengan nilai L 6.5 nilai rujukan 8.8-10.8, peningkatan nilai kreatinin dengan hasil HH 14.23 nilai ruju kan 0.6-1.10 mg/dL. Diagnosis ini tidak diangkat karena kurangnya penulis dalam pengkajian asuhan keperawatan ini maka tidak ditetapkannya diagnosa gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang sering terjadi pada kasus CKD, serta penulis kekurangan data *input* dan *output* cairan pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

### C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Perencanaan adalah tahap di mana intervensi diidentifikasi untuk mengurangi, menyelesaikan atau mencegah masalah pasien sambil mendukung kekuatan pasien dengan cara yang terarah pada tujuan yang terorganisir. Ada dua langkah dalam tahap perencanaan yaitu menetapkan tujuan dan mengidentifikasi tindakan yang akan di lakukan (Dwi Kartika Rukmi et al. 2022).

Penerapan dalam penulisan intervensi menggunakan prinsip SMART ialah *Specific* yang artinya memiliki tujuan harus secara spesifik/ tidak memiliki arti ganda berfokus pada respon dan perilaku klien sebagai hasil intervensi keperawatan. *Measurable* yang artinya mampu diukur, diraba, dilihat, dan dirasakan dalam respon klien. *Achievable* yang artinya tujuannya harus dicapai, ditulis kedalam istilah yang mampu diukur secara objektif.

*Realistic* yang artinya yang mampu dipertanggungjawabkan. *Time* artinya waktu yang ditentukan sesuai yang telah ditentukan (Rina, 2019).

Tujuan pengobatan Ny. T yang memiliki diagnosis utama penyakit ginjal kronik (PGK) pada diagnosis yang pertama adalah untuk menurunkan tingkat nyeri setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan sesuai ekspektasi kriteria hasil : keluhan nyeri berkurang, seringai berkurang, kecemasan menurun. Membuat rencana perawatan dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skalanya nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meredakan nyeri, tujuannya untuk mengukur skala nyeri dan mengetahui bagaimana nyerinya. Berikan metode pengobatan menggunakan teknik mengatasi nyeri secara non-farmakologis (distraksi relaksasi, teknik napas dalam, dan terapi murrotal) diharapkan dengan teknik nonfarmakologis ini pasien dapat mendistraksi nyerinya sehingga nyeri bisa berkurang / hilang, fasilitasi istirahat dan tidur untuk pengalihan nyeri. Maka dengan begitu kriteria hasil tingkat nyeri dapat menurun.

Sasaran intervensi diagnostik kedua adalah Setelah tindakan asuhan keperawatan selama 3 hari diharapkan pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria dispneu menurun, frekuensi nafas membaik, kesulitan nafas berkurang. Dengan menetapkan intervensi antara lain monitor pola pernapasan untuk menentukan kecukupan pernapasan pasien, monitor suara napas tambahan adalah untuk menentukan apakah pasien mengambil napas tambahan, tujuan monitor sputum adalah untuk menentukan apakah pasien batuk . dan bila ada kesulitan dalam mengeluarkan sekret, maka posisi semi fowler ini diharapkan dapat mengurangi dispneu pada pasien dan posisi ini juga dapat meningkatkan tekanan pada diafragma, yang meningkatkan ekspansi dada dan ventilasi paru, serta dapat menjaga kenyamanan posisi pasien untuk mengurangi resiko stagnasi sekret paru, berikan minuman hangat untuk mengencerkan sekret bila pasien ada lendir, ajarkan teknik batuk yang efektif, cara mengeluarkan sekret pada pasien saat batuk.

Intervensi diagnosis yang ketiga bertujuan untuk pada saat di berikan asuhan keperawatan selama 3 hari penulis mengharapkan masalah intoleransi aktifitas pada klien dapat membaik, mengajurkan tirah baring klien karena klien merasa lelah dan mempunyai kondisi klinis anemia yang mampu menghindari resiko jatuh. Membantu pasien melakukan aktivitas sehari-hari sesuai yang dibutuhkan pasien karena pasien mengalami kendala dalam aktivitas seperti berpindah, memakai baju, dan perawatan diri. Kemudian menganjurkan pasien melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di bed tujuannya agar badan tidak pegel-pegel dan mempertahankan fungsi tubuh. Maka dengan begitu kriteria hasil klien mengeluh lelah dapat menurun.

#### **D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Setelah membuat rencana asuhan keperawatan kepada pasien di fase ini rencana keperawatan itu akan diberikan/diimplementasikan pada pasien. Implementasi keperawatan terjadi selama duapuluh empat jam karena perawat memiliki sistem sift kerja. Setiap pergantian sift, perawat perlu menilai kembali apakah asuhan keperawatan yang di berikan masih sesuai, apakah ada hal baru yang di kembangkan untuk mengubah rencana perawatan, dan bagaimanakah respon pasien terhadap asuhan yang di berikan. Pada tahap ini penilaian berkelanjutan pada pasien sangat penting dilakukan dan di catat/didokumentasikan (Dwi Kartika Rukmi et al. 2022).

Pada diagnosis yang pertama implementasi yang dilakukan yaitu memberikan teknik non farmakologi Tarik nafas dalam dan terapi murratal. Dalam penerapan implementasi dari tanggal 27 Februari 2023 sampai 28 Februari 2023 memberikan teknik non farmakologi tarik nafas dalam dan terapi murratal data subyektif klien menyampaikan sudah mulai nyaman namun nyeri sedikit terasa, obyektifnya klien mengikuti instruksi dari perawat. menurut penulis tarik nafas dalam membuat kondisi pasien menjadi lebih rileks maka akan mengurangi sensasi nyeri kemudian karena pasien beragama islam maka penulis memberikan terapi non farmakologis murratal al-qur'an menurut penulis selain sebagai terapi pengalihan nyeri terapi

murratal ini juga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien sebagai seorang muslimah. Menurut Suwardi & Desi, (2019) Terapi murrotal sendiri merupakan terapi yang melibatkan/mendengarkan lantunan ayat suci Qur'an yang dibacakan oleh qori. Beberapa temuan penelitian menjelaskan bahwa pengobatan murotal yang diberikan pada pasien pasca operasi efektif dalam mengurangi nyeri pasien (Rahayu et al., 2022).

Pada diagnosis yang kedua implementasi yang dilakukan yaitu memonitor pola nafas, mengatur posisi tubuh setengah duduk/semi fowler, mengalirkan O<sub>2</sub> nassal kanul 3 liter per menit. Dalam penerapan implementasi dari tanggal 27 Februari 2023 sampai 28 Februari 2023 respon subjektif pasien mengatakan sesak sudah mulai berkurang, kemudian pada tanggal 28 Feb 2023 pasien mengeluhkan batuk dan mengalami kesulitan dalam mengeluarkan sekret maka penulis mengajarkan terapi batuk efektif dan memberikan minum air hangat untuk mengencerkan sekret. Respon subjektif pasien mengatakan sudah bisa mengeluarkan sekretnya. Objektifnya pasien tampak batuk dan dapat mengeluarkan sekretnya.

Pada diagnosis ketiga ini implementasi yang dilakukan yaitu memonitor pola dan jam tidur pasien, kemudian membantu melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan pasien, lalu menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi sederhana seperti duduk di bed untuk mencegah kekakuan badan karena tirah baring, dan untuk mempertahankan fungsi tubuh. Dalam penerapan implementasi dari tanggal 27 Februari 2023 sampai 28 Februari 2023 respon subjektif pasien mengatakan pola tidurnya sudah membaik yang awalnya tidur nya mengalami kesulitan dan kurang dari kebiasaan tidur 8 jam setelah dilakukan implementasi keperawatan pada hari ketiga pasien mengatakan jika tidurnya sudah cukup, pasien mengatakan untuk aktivitasnya membutuhkan bantuan dari keluarga atau perawat. Data obyektif klien sudah terlihat lebih segar, pasien masih tampak di bantu dalam aktivitas seperti memakai baju dan perawatan diri.

## **E. EVALUASI**

Bagian terpenting dari proses keperawatan setelah pengkajian berkelanjutan di tahap implementasi adalah mengevaluasi apakah asuhan keperawatan telah mencapai hasil yang diinginkan atau belum. Tahapan ini seharusnya tidak hanya dilakukan pada akhir pengobatan atau perawatan. Tetapi harus dilakukan terus-menerus saat asuhan keperawatan diimplementasikan. Evaluasi pada akhir perawatan/pengobatan melibatkan peninjauan rencana perawatan untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan tercapai dengan menentukan apakah penilaian yang diberikan akurat dan lengkap, apakah diagnosis yang dibuat benar, apakah tujuan yang ditetapkan realistis untuk dicapai, dan apakah tindakan yang ditentukan sudah tepat (Dwi Kartika Rukmi et al. 2022).

Komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER digunakan untuk memudahkan perawat menilai atau memonitor perkembangan klien. Definisi SOAPIER adalah sebagai berikut: S singkatan dari data subjektif. Perawat dapat mencatat keluhan pasien yang dapat dirasakan bahkan setelah perawatan. O adalah singkatan dari data objektif. Informasi obyektif, mis. informasi tentang klien dan apa yang klien rasakan setelah tindakan keperawatan, berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi langsung perawat. A singkatan dari analisis. Kurangnya informasi subjektif dan objektif. Analisis adalah masalah atau diagnosis keperawatan yang berlanjut atau dapat juga dituliskan sebagai masalah diagnostik baru yang muncul akibat perubahan status kesehatan klien yang diamati secara subjektif dan objektif. P singkatan dari perencanaan. Rencana asuhan yang dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau rencana ditambahkan pada rencana tindakan keperawatan yang telah diputuskan sebelumnya. I adalah implementasi. Eksekusi adalah tindakan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang diberikan dalam komponen P (perencanaan). E singkatan dari evaluasi. komponen ini berisi respon klien setelah prosedur pengobatan dilakukan. R adalah singkatan dari revaluasi. Evaluasi ulang adalah pengkajian ulang terhadap perencanaan setelah mengetahui hasil evaluasi sebelumnya (PURBA, 2012), Dalam melakukan evaluasi penulis

menggunakan komponen SOAP yang mana sudah diterapkan sesuai dengan keadaan klien.

Pada diagnosis keperawatan yang pertama penulis telah melakukan tindakan asuhan keperawatan sepenuhnya, Alhamdulillah masalah nyeri akut dapat teratasi, karena pada respons subjektif pasien mengatakan nyeri membaik, *Provekes* : muncul saat melakukan pergerakan, *Quality* : hilang-timbul, *Regional*: pinggang, *Severity*: 3, *Time* : kurang lebih 20menit. Objektif klien tampak rileks dan tidak merintih kesakitan, maka dari itu penulis menghentikan intervensi namun tetap menganjurkan klien mengimplementasikan teknik yang telah diajarkan (teknik napas dalam, murratal Qur'an) jika sewaktu-waktu nyeri datang kembali.

Pada diagnosis keperawatan yang kedua pasien merasa membaik dari sebelumnya, dibuktikan dengan respon subjektif pasien mengatakan sesak nafasnya sudah menurun maka tahapan evaluasi 3 hari setelah diberikan perawatan teratasi / pola nafas membaik dan pertahankan planning intervensi monitor pola nafas.

Pada diagnosis keperawatan yang ketiga pasien tampak segar. Dibuktikan dengan respon subjektif pasien mengatakan pola tidurnya sudah membaik, hanya saja untuk aktivitas seperti mengenakan pakaian, berpindah dan perawatan diri masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Maka tahapan evaluasi yang dilakukan setelah 3 hari perawatan teratasi sebagian dan planning intervensi bantu pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari sesuai dengan kebutuhan dilanjutkan serta anjurkan klien melakukan aktivitas fisik sederhana. Penulis mengalami keterbatasan waktu dalam pemberian implementasi pada diagnosa intoleransi aktivitas sehingga kurang efektifnya hasil perawatan yang di harapkan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

Dari studi kasus Ny T dengan Chronic Kidney Disease (CKD) dan anemia di Ruang B Izzah 1 RSI Sutan Agung Semarang yang dikelola selama 3 hari dimulai dari tanggal 27 Februari – 29 Februari 2023 yang meliputi pembahasan kasus dari mulai pengkajian ke pasien, kemudian menetapkan diagnosa keperawatan, lalu menentukan intervensi/perencanaan asuhan keperawatan yang akan diberikan ke pasien, memberikan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan, dan melakukan evaluasi keperawatan maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penyakit ginjal kronis (CKD) atau gagal ginjal kronis (CKD) adalah kerusakan ginjal yang berlangsung lebih dari tiga bulan. ketika ginjal mengalami kerusakan yang lambat, progresif dan ireversibel, mengakibatkan ginjal tidak mampu mengeliminasi produk limbah dan menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit. Penyebab CKD bisa sulit untuk dibedakan, tetapi umumnya diklasifikasikan menurut ada atau tidak adanya penyakit sistemik dan lokasi kelainan anatomi. Berikut adalah beberapa penyakit yang dapat menyebabkan PGK, antara lain: Diabetes, hipertensi, pielonefritis kronis, keganasan/kanker, penyakit genetik dimana ginjal bukan satu-satunya organ yang terkena, penyakit glomerulus, nefritis interstisial.
2. Pengkajian

Pengkajian yang penulis lakukan meliputi identitas Ny.T, riwayat kesehatan lalu, riwayat kesehatan pada Ny.T sekarang, pemeriksaan pola kesehatan fungsional dan pemeriksaan fisik. Hasil dari pengkajian ditemukan keluhan nyeri pada pinggang, pasien mengatakan sulit tidur karena kondisi lingkungan yang tidak nyaman, pasien tampak meringis, gelisah, dan lemas. Klien mengeluh nafasnya sesak pada saat melakukan pergerakan/aktivitas seperti berpindah, pasien tampak bernafas dengan

cepat, terpasang nassal kanul 3 lpm. Pasien mengatakan mengalami perubahan pola dan jam tidur, pasien mengatakan mengalami kesulitan dalam beraktivitas seperti berpindah, memakai baju dan perawatan diri, pasien tampak lesu, pasien tampak dibantu oleh keluarga dalam aktivitas seperti mengenakan pakaian dan perawatan diri.

### 3. Diagnosa

Diagnosa keperawatan ditentukan berdasarkan dengan keluhan yang dirasakan pasien dan hasil dari pemeriksaan yang dilakukan oleh penulis pada saat dilakukan pengkajian. Pada saat melakukan asuhan keperawatan Ny.T dengan Penyakit Ginjal Kronis (CKD) dan Anemia, penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan, antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan adanya keluhan nyeri pada pinggang, mengeluh sulit tidur, nampak meringis dan gelisah.
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi dibuktikan dengan pasien mengeluh sesak, pasien tampak bernafas dengan cepat.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan penyakit penyerta yaitu anemia.

### 4. Intervensi

Rencana tindakan keperawatan atau intervensi dalam studi kasus Ny. T dengan Penyakit Ginjal Kronis (CKD) dan Anemia disesuaikan pada masalah yang muncul. Intervensi ini telah sesuai dengan SIKI(2018) dan SLKI (2018) di dalamnya meliputi observasi, terapeutik dan evaluasi.

### 5. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan 3 x 24 jam dan dilakukan sesuai dengan rencana perawatan yang ditentukan berdasarkan tanda dan gejala terpenting/minor pasien.

### 6. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses terakhir dalam rangkaian asuhan keperawatan yang bertujuan untuk melihat hasil dari tindakan keperawatan yang diberikan. Penilaian dilakukan 3 x 24 jam, ketika hasil masalah sebagian teratasi dan intervensi dipertahankan yaitu membantu aktivitas sehari-hari sesuai dengan kebutuhan pasien, menganjurkan mobilisasi sederhana seperti duduk di bed, kemudian memonitor sputum karena pasien mengatakan masih batuk berdahak. Lalu menganjurkan kepada pasien untuk melakukan terapi pengatasan nyeri yaitu nafas dalam dan terapi murratal al-qur'an jika sewaktu-waktu nyerinya kembali muncul.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Profesi**

Penulis berharap seluruh tenaga medis terutama perawat mampu mengedukasi lebih lanjut terhadap pasien tentang perawatan yang benar terhadap penyakit CKD.

### **2. Bagi Institusi Akademik**

Dengan bantuan penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat baik bagi perkembangan lembaga pendidikan, peningkatan mutu pendidikan maupun perkembangan ilmu pengetahuan.

### **3. Bagi Masyarakat**

Penulis berharap masyarakat terutama pasien dan keluarga mampu menambah wawasan mengenai gagal ginjal kronik. Serta mengetahui tindakan yang dapat dilakukan secara mandiri untuk mengurangi keluhan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anders, peired, & R. (2022). No Title. *NEPHROLOGY DIALYSIS TRANSPLANTATION*.
- Annur, C. M. (2022). Sebanyak 58% Pasien Gangguan Ginjal Akut Meninggal pada 26 Oktober 2022. *Databoks*, 26–27.
- Christy1, J., Martadiani, E., & Sitanggang, F. P. (2020). Gambaran Ultrasonografi Ginjal Pada penyakit Ginjal Kronis Berdasarkan Stadium Di RSUP SANGLAH Denpasar. *Jurnal Medika Udayana*, 9(7), 36–40.
- Dajak, M., Ignjatović, S., Stojimirović, B., Gajić, S., & Majkić-Singh, N. (2018). Evaluation of renal damage by urinary beta-trace protein in patients with chronic kidney disease. *Clinical Laboratory*, 57(1–2), 29–36.
- Dwi Kartika Rukmi, Siti Utami Dewi, Sumirah Budi Pertami, Ayuda Nia Agustina, Yunita Carolina, Hinin Wasilah, Janes Jainurakhma, Naya Ernawati, Upik Rahmi, S. L. (2022). *Metodologi Asuhan Keperawatan*. [https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=vz1vEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA8&dq=pengkajian+keperawatan+adalah&ots=4bd7cjTJ7c&sig=ktN9n1izwuQr12Wlug2pAbiGvnQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=pengkajian+keperawatan+adalah&f=false](https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=vz1vEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA8&dq=pengkajian+keperawatan+adalah&ots=4bd7cjTJ7c&sig=ktN9n1izwuQr12Wlug2pAbiGvnQ&redir_esc=y#v=onepage&q=pengkajian+keperawatan+adalah&f=false)
- Edriyan, D. (2022). Dukungan Keluarga Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4, 793–800. <https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/view/977>
- Faisol. (2022). [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/1052/manajemen-nyeri](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1052/manajemen-nyeri). In [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/1052/manajemen-nyeri](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1052/manajemen-nyeri). faisol.
- Gliselda, (2021). (2021). *Diagnosis dan Manajemen Penyakit Ginjal Kronis (PGK)*. 02(04), 1135–1142.
- Handini, Y., & Hunaifi. (2022). *Cognitive Impairment in Patient With Chronic Kidney Disease*. 10(4), 712–721. <https://doi.org/10.29303/jku.v10i4.586>
- Harmilah. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*.
- 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 Periode Januari 2017 – Desember 2018. *E-CliniC*, 7(2). <https://doi.org/10.35790/ecl.v7i2.26878>
- Kemenkes. (2022). Teknik Relaksasi Nafas Dalam. In [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/1054/teknik-relaksasi-nafas-dalam](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1054/teknik-relaksasi-nafas-dalam).
- Najikhah, U., & Warsono, W. (2020). Penurunan Rasa Haus Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Berkumur Air Matang. *Ners Muda*, 1(2),

108. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5655>

- Parinduri, J. S. (2020). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidangkal. *Indonesian Trust Health Journal*, 3(2), 374–380. <https://doi.org/10.37104/ithj.v3i2.63>
- PURBA, A. O. (2012). *Pelaksanaan Evaluasi Untuk Mengukur Pencapaian Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan*. file:///C:/Users/user/Downloads/PELAKSANAAN EVALUASI UNTUK MENGUKUR PENCAPAIAN DALAM PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN (1).pdf
- Rahayu, S., Fauziah, S., Fajarini, M., Setiyaningrum, W., Wahyu, M., Puspa, K., Tiana, D. A., Hadawiyah, E., & Sinta, A. (2022). *mendatangkan ketenangan bagi orang yang mendengarnya ( Yana , R ..* 6(4), 2903–2912.
- Rina, mardiani. (2019). *Komponen Diagnosa Keperawatan*. [https://www.researchgate.net/publication/338036069\\_Komponen\\_Diagnosa\\_Keperawatan](https://www.researchgate.net/publication/338036069_Komponen_Diagnosa_Keperawatan)
- Suwardi, A. R., & Desi, A. R. (2019). *Efektifitas terapi murottal terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien kanker*. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. Volume 7 No.1, Hal 27-32, Mei 2019. e-ISSN 2655-8106. p-ISSN 2338-2090.
- Usman, A., Rosdiana, & Misnawati, A. (2021). GAMBARAN KEBUTUHAN CAIRAN PADA PASIEN CKD YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ANDI MAKKASAU KOTA PAREPARE Martina. *Jurnal Kesehatan Lentera Acitya*, 8(2), 63–68.
- Wahyuningsih, S. A. (2020). Terapi Thought Stopping, Relaksasi Progresif dan Psikoedukasi terhadap Penurunan Ansietas Pasien GGK yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 648–660. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1094>