

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

Karya Tulis Ilmiah

diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

**Suryo Agung Prabowo
NIM. 40902000087**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2023**

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

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Suryo Agung Prabowo

NIM. 40902000087

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

Semarang, 22 Mei 2023



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :
ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA TN. R DENGAN
***CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)* DI RUANG**
BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG

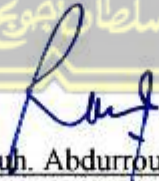
Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Suryo Agung Prabowo
NIM : 40902000087

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu
Tanggal : 24 Mei 2023

Pembimbing


Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep.
NIDN. 0605057902

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Rabu tanggal 24 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 19 Juni 2023

Penguji I,

Ns. Retno Isroviatiningrum, M.Kep.
NIDN. 0604038901



Penguji II,

Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, S.Kep., M.Kep.
NIDN. 0622078602



Penguji III,

Ns. Muh Abdurrouf, S.Kep., M.Kep.
NIDN. 0605057902



Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



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

MOTTO

Bukan hanya kecerdasan dan kepandaian yang kita butuhkan untuk mencapai kesuksesan, tetapi butuh tekad, keberanian, dan kemauan yang keras untuk mencapai kesuksesan yang sesungguhnya.

Tetaplah rendah hati seberapa tinggi pun kedudukan kita. Tetaplah percaya diri seberapa pun kekurangan kita. Tetaplah bersyukur apa pun keadaan kita.



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillahirobbil 'alamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. R dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Karya tulis ini disusun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan jenjang pendidikan ahli madya keperawatan Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang terhormat :

1. Prof. Dr. H. Gunarto S.H., M.Hum, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, S.K.M., M.Kep., selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep., selaku kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep., selaku dosen pembimbing.
5. Bapak dan ibu dosen serta staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
6. Orang tua tercinta, Bapak Sutrisno, Ibu Sri Nuryati, dan Kakak Sri Mentari Trisnayanti, atas doa dan dukungannya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Teman dekat, Ahmad Huzaifi, Gt. Aditya Syauby, Muhamad Irsan Jauhari, Muhamad Salim Ridha, dan Fahri Alfian Malik yang telah berjuang bersama serta memberikan semangat untuk dapat segera menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

8. Teman satu bimbingan, Tri Nur Windiamaryanti dan Susi Milanurfita yang telah berjuang bersama, serta saling mendoakan dan memberikan semangat.

Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, dan besar harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca dari semua pihak.

Tiada makhluk yang dapat menghasilkan karya sempurna, dengan segala keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi peningkatan pengetahuan dan perbaikan penulis dimasa mendatang.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Semarang, 22 Mei 2023

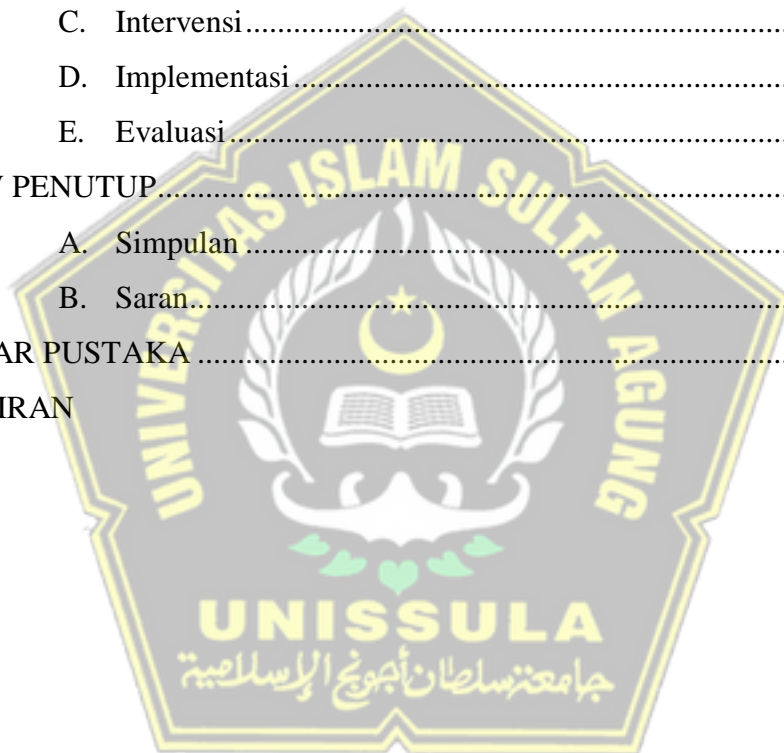
Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II KONSEP DASAR.....	6
A. Konsep Dasar Penyakit	6
1. Pengertian.....	6
2. Etiologi.....	6
3. Patofisiologi	7
4. Manifestasi Klinis	8
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	9
6. Komplikasi	10
7. Penatalaksanaan Medis	10
B. Konsep Dasar Keperawatan	12
1. Pengkajian Keperawatan.....	12
2. Diagnosis Keperawatan.....	17
3. Intervensi.....	17
C. Pathways	20
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	22
A. Pengkajian Keperawatan.....	22

B. Analisis Data	31
C. Diagnosa Keperawatan.....	32
D. Intervensi.....	32
E. Implementasi.....	33
F. Evaluasi.....	35
BAB IV PEMBAHASAN	38
A. Pengkajian Keperawatan.....	38
B. Diagnosis Keperawatan.....	40
C. Intervensi.....	42
D. Implementasi.....	43
E. Evaluasi.....	44
BAB V PENUTUP.....	46
A. Simpulan.....	46
B. Saran.....	47
DAFTAR PUSTAKA	49
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Pathways.....	21
---------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Kesediaan Membimbing
- Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi
- Lampiran 3. Form Bimbingan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 4. Berita Acara Ujian Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 5. Persetujuan perbaikan Ujian Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 6. Asuhan Keperawatan CKD



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Ginjal memiliki peranan penting bagi tubuh yang berfungsi sebagai penyaring darah dari sisa-sisa metabolisme sehingga menjadikan keberadaan ginjal tidak bisa tergantikan oleh organ tubuh lainnya. Di antara berbagai gangguan yang terjadi pada ginjal, *Chronic Kidney Disease* (CKD) menjadi salah satu penyakit yang masih sering terjadi (Pratama, 2020).

Septiwi (2020) menjelaskan bahwa CKD atau gagal ginjal kronis merupakan kerusakan fungsi ginjal secara progresif dimana tubuh tidak mampu mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit sehingga menyebabkan uremia. Uremia adalah penumpukan sampah nitrogen dalam darah dan retensi urea. Pada CKD terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus kurang dari 60 ml/menit atau $1,73 \text{ m}^2$ selama 3 bulan atau lebih yang *irreversibel*. Penyebab terjadinya CKD pada pasien hemodialisis kebanyakan disebabkan oleh penyakit hipertensi. Penyakit hipertensi dapat memperburuk penyakit ginjal kronis, karena darah yang disaring oleh ginjal dialirkan melalui pembuluh darah yang berada di sekitar ginjal sehingga banyak darah yang mengalir di pembuluh darah. Seiring berjalannya waktu, hipertensi yang tidak terkontrol akan menyebabkan arteri di sekitar ginjal menyempit, melemah, dan mengeras dimana kerusakan pada arteri ini dapat menghambat darah yang diperlukan oleh jaringan pada ginjal (Zaenurrohmah & Rachmayanti, 2019).

CKD dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti hipertensi akibat retensi cairan dan natrium, pleuritis, perikarditis, asidosis metabolisme, hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, anemia akibat penurunan eritropoetin, perdarahan usus dan gagal jantung. Komplikasi ini dapat dicegah atau dihambat dengan pembatasan asupan protein, suplemen besi, suplemen kalsium, agen pengikat fosfat, dan pemberian obat anti hipertensi yang dapat bermanfaat untuk memperkecil risiko kardiovaskuler,

memperlambat pemburukan kerusakan nefron dengan mengurangi hipertensi intraglomerulus, hipertrofi glomerulus, dan tindakan hemodialisa (Sujan, 2019).

Hasil penelitian Hill tahun 2016 dalam Sukandar (2021) menerangkan bahwa prevalensi global CKD sebesar 13,4% dimana 48% fungsi ginjalnya menurun dan tidak melakukan cuci darah, 96% mengalami kerusakan ginjal atau kurangnya fungsi ginjal dan pasien tidak menyadari bahwa menderita gagal ginjal kronik. Berdasarkan hasil Riskesdas 2018, prevalensi CKD di Indonesia sebesar 3,8% atau naik sebesar 1,8% dibandingkan pada tahun 2013. Berdasarkan hasil tersebut, mayoritas CKD disebabkan oleh beberapa penyakit seperti nefropati diabetikum (52%), hipertensi (24%), kelainan ginjal bawaan (6%), asam urat (1%), dan penyakit lupus (1%) dengan kelompok umur ≥ 75 tahun mempunyai prevalensi kejadian CKD tertinggi dibandingkan dengan kelompok umur lainnya yaitu 0,6%. Prevalensi menurut jenis kelamin, laki-laki lebih dominan menderita CKD dengan angka 0,3% sedangkan perempuan hanya 0,2%.

Prevalensi kejadian CKD di Provinsi Jawa Tengah yaitu 0,3%. Pasien dengan CKD dan menjalani hemodialisa juga terus meningkat salah satunya di kota Semarang yang menunjukkan jumlah selama satu tahun terakhir sebanyak 5.621 tindakan hemodialisa dengan rata-rata 18 pasien/hari. Penyebab CKD pada pasien hemodialisa mayoritas disebabkan karena ginjal hipertensi (37%), nefropati diabetika (27%), glomerulofati primer (10%), dan nefropati obstruktif (7%) (Sujan, 2019).

Penderita CKD memerlukan terapi yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yaitu terapi hemodialisis (HD) atau cangkok ginjal. Hemodialisis adalah suatu metode terapi dialisis yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dalam tubuh. Tujuan dilakukannya hemodialisis untuk membuang sisa-sisa metabolisme melalui membran semipermeable (*dializer*) dari peredaran darah berupa air, urea, asam urat, kalium, hidrogen, natrium, kreatinin, dan zat-zat lain. Hemodialisis menjadi rutinitas untuk pasien gagal ginjal kronis (Pratama,

2020). Hemodilisis umumnya diprogramkan dua hingga tiga kali seminggu. Hemodialisis lebih tepat untuk pasien dengan hemodinamis stabil yang dapat mentoleransi perpindahan cairan yang lebih agresif dalam 3-4 jam dengan 300 mL darah dalam filter pada suatu waktu tertentu.

Penderita CKD dengan terapi hemodialisis seumur hidup dapat memberikan dampak pada seluruh aspek kehidupan, tidak hanya pasien namun juga keluarga, masyarakat, dan mempengaruhi perekonomian negara. Penderita CKD akan mengalami penurunan produktivitas, mengalami disabilitas, dan meningkatkan beban bagi keluarga. Untuk itu, peran perawat sangat dibutuhkan dalam mengatasi masalah kesehatan pada pasien CKD. Peran tersebut diantaranya perawat sebagai edukator yaitu memberikan penyuluhan pada penderita CKD dan keluarga pasien, perawat juga dapat berperan sebagai *care giver* yaitu pemberi pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif, dan berperan sebagai konsultan, kolaborasi, advokat (pembela), serta pendidik.

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas, maka penulis tertarik untuk mengangkat judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. R dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk menjelaskan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

a. Menjelaskan konsep dasar penyakit pada pasien dengan *chronic kidney disease* (CKD) di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

- b. Menjelaskan konsep dasar keperawatan secara spesifik pengkajian pada pasien *chronic kidney disease* (CKD) yaitu Tn. R dengan mengumpulkan dan mengelompokkan data yang di peroleh.
- c. Menjelaskan analisis data pada Tn. R dengan *chronic kidney disease* (CKD) di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- d. Menjelaskan prioritas masalah pada pasien Tn. R dengan *chronic kidney disease* (CKD) di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- e. Menjelaskan diagnosis keperawatan pada pasien Tn. R dengan *chronic kidney disease* (CKD) di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- f. Menjelaskan intervensi keperawatan pada pasien Tn. R dengan *chronic kidney disease* (CKD) di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- g. Menjelaskan implementasi pada pasien Tn. R dengan *chronic kidney disease* (CKD) di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- h. Menjelaskan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. R dengan *chronic kidney disease* (CKD) di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis imiah ini disusun oleh penulis diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak terkait antara lain:

1. Institusi Pendidikan

Dapat memberikan tambahan referensi bagi mahasiswa tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD.

2. Rumah Sakit

Dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan mutu pelayanan optimal khususnya asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD.

3. Masyarakat

Dapat digunakan untuk menambah pengetahuan masyarakat tentang penyakit CKD sehingga masyarakat dapat mencegah penyebab penyakit dan mengetahui cara perawatan pasien dengan CKD.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Ginjal adalah salah satu organ utama sistem perkemihan atau urinari (*tractus urinarius*) yang berfungsi menyaring dan membuang cairan sampah metabolisme dari dalam tubuh. Ginjal merupakan salah satu organ terpenting bagi kelangsungan hidup manusia. Namun ginjal dapat mengalami masalah kesehatan seperti gagal ginjal. Gagal ginjal dikategorikan menjadi dua yaitu gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik atau *chronic kidney disease* (CKD).

Chronic kidney disease (CKD) merupakan penyakit renal tahap akhir atau *End Stage Renal Disease* (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan serta elektrolit sehingga menyebabkan uremia. Uremia adalah retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah. Masalah gagal ginjal kronik terjadi lebih dari 3 bulan dengan kata lain ginjal mengalami kelainan baik struktural maupun fungsional (Nuari & Widayati, 2017).

2. Etiologi

Menurut Muttaqin dan Sari (2014), kondisi klinis yang dapat menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronis disebabkan dari ginjal sendiri dan penyakit di luar ginjal. Akan tetapi apapun penyebabnya, respon yang terjadi adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Penyakit dari ginjal seperti penyakit pada saringan glomerulus (*glomerulonefritis*), batu ginjal (*nefrolitiasis*), trauma langsung pada ginjal, keganasan pada ginjal, sumbatan (batu, tumor, penyempitan atau struktur), infeksi kuman (*pyelonefritis* maupun *ureteritis*), kista di ginjal (*polycystis kidney*). Penyakit umum di luar ginjal seperti penyakit sistemik

(diabetes melitus, hipertensi, dan/atau kolesterol tinggi), infeksi di badan (TBC paru, sifilis, malaria, dan/atau hepatitis), dyslipidemia, SLE, preeklamsi, obat-obatan, kehilangan banyak cairan yang mendadak misalnya luka bakar.

3. Patofisiologi

Menurut Muttaqin dan Sari (2014), patofisiologi dari *chronic kidney disease* (CKD) dimulai pada fase awal gangguan keseimbangan cairan, penanganan garam, dan penimbunan zat-zat sisa hingga fungsi ginjal turun mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang rusak meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresi sehingga ginjal mengalami hipertrofi. Seiring dengan semakin banyaknya nefron yang rusak, maka nefron yang tersisa akan semakin berat menghadapi tugas. Sebagian dari siklus kerusakan ini berkaitan dengan tuntutan nefron untuk meningkatkan reabsorpsi protein.

Saat penyusutan progresif nefron terjadi pembentukan jaringan parut sehingga aliran darah ginjal akan berkurang. Pelepasan renin akan meningkat bersama dengan kelebihan beban cairan sehingga menyebabkan edema paru. Edema paru akan menyebabkan sesak napas karena oksigen yang berada dalam paru-paru berkurang. Selain penumpukan cairan pada paru juga terjadi penumpukan dalam perut yang menyebabkan asites, asites juga dapat memperburuk pola napas pasien karena mengalami pembesaran perut. Kondisi tersebut akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuknya jaringan parut sebagai respon dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan tanda penumpukan metabolit-metabolit sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak gejala pada organ tubuh.

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Nahas & Adeera (2020) sebagai berikut:

a. Gangguan kardiovaskuler

Hipertensi, nyeri dada, efusi perikardiak dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema. Edema terjadi pada bagian pergelangan kaki, tangan, wajah, dan betis. Kondisi ini disebabkan karena tubuh tidak dapat mengeluarkan cairan yang tertumpuk dalam tubuh. Gejala ini disertai rambut rontok dan penurunan berat badan.

b. Gangguan pulmoner

Napas dangkal, kusmaul, batuk dengan sputum. Perubahan pola napas terjadi karena adanya edema paru sehingga menyebabkan sesak napas.

c. Gangguan gastrointestinal

Anoreksia, mual dan vomitus berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, perdarahan mulut.

d. Gangguan muskuloskeletal

Pegal pada kaki, *burning feet syndrom* (rasa kesemutan dan terbakar, terutama ditelapak kaki), tremor, *miopati* (kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas).

e. Gangguan integumen

Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuningan, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis, dan rapuh.

f. Gangguan endokrin

Gangguan seksual yaitu libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan amenore. Gangguan metabolik yaitu glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin.

g. Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam basa

Retensi garam dan air menyebabkan kehilangan natrium dan dehidrasi, hipokalsemia, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia.

h. Sistem hematologi

Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin sehingga rangsangan eritopoesis pada sumsum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit, dan gangguan fungsi trombosis dan trombositopeni.

5. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Foto polos abdomen untuk menilai bentuk dan besar ginjal (adanya batu atau adanya suatu obstruksi). Dehidrasi akan memperburuk keadaan ginjal, untuk itu penderita diharapkan tidak puasa.
- b. Ultrasonografi atau USG untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, kepadatan parenkim ginjal, kandung kemih dan prostat, anatomi sistem pelviokalis, dan ureter proksimal. Umumnya didapatkan hasil terdapat hepatomegali, asites, dan efusi pleura.
- c. EKG untuk melihat kemungkinan: hipertropi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, aritmia, gangguan elektrolit (hiperkalaemia).
- d. Renogram untuk menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi dari gangguan (vaskular, parenkim, ekskresi), serta sisa fungsi ginjal.
- e. Intra Vena Pielografi (IVP) untuk menilai sistem pelviokalis dan ureter. Pemeriksaan ini mempunyai risiko penurunan faal ginjal pada keadaan tertentu, misalnya usia lanjut, diabetes melitus, dan nefropati asam urat.
- f. Pemeriksaan laboratorium umumnya didapatkan hasil ureum dan kreatinin meningkat, Hb menurun.

6. Komplikasi

Brunner & Suddarth (2016) komplikasi yang terjadi pada pasien CKD yaitu:

a. Gangguan kardiovaskular

Mempercepat proses gagal ginjal, hipertensi, hiperkalemia, perikarditis.

b. Gangguan pulmoner

Komplikasi pada paru yang sering muncul pada pasien CKD yaitu edema paru. Komplikasi ini sering terjadi karena kelebihan cairan, gagal jantung atau keduanya.

c. Gangguan gastrointestinal

Komplikasi yang sering muncul yaitu perdarahan pencernaan, anoreksia, mual, muntah, diare, konstipasi, gangguan rongga mulut seperti stomatitis.

d. Gangguan neuromuskuler

Gangguan neuromuskuler berupa gangguan tidur, gangguan proses kognitif, latergi, iritabilitas otot, dan neuropati perifer.

e. Gangguan sistem imun

Pasien dengan CKD berada pada daya tanggap imun rendah, gangguan ini disebabkan malnutrisi dan efek uremia pada leukosit.

f. Gangguan muskuloskeletal

Gangguan muskuloskeletal muncul pada pasien CKD dikarenakan terjadinya gangguan keseimbangan kalsium dan fosfat, hal ini menyebabkan berbagai komplikasi sistem muskuloskeletal seperti, nyeri tulang, fraktur, serta pruritus.

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis dilakukan dengan pemberian obat-obatan dilakukan untuk mengendalikan penyakit penyebab CKD dan gangguan

yang muncul akibat kerusakan ginjal yang terjadi. Jenis obat yang diberikan antara lain.

a. Obat hipertensi

Tekanan darah tinggi atau hipertensi dapat menurunkan fungsi ginjal menjadi lebih parah dan mengubah komposisi elektrolit dalam tubuh. Obat yang dapat diberikan untuk mencegah tekanan darah tinggi pada pasien CKD yaitu *ACE inhibitor* atau ARB, seperti captopril, candesartan, dan irbesartan.

b. Suplemen anemia

Suplemen anemia dapat diberikan dengan suntikan hormon eritropoietin, selain itu terkadang ditambah suplemen zat besi untuk mengatasi anemia pada penderita CKD.

c. Suplemen kalsium dan vitamin D

Suplemen kalsium dan vitamin D ini diberikan untuk mengatasi kekurangan kalsium dan vitamin D pada pasien CKD akibat kerusakan ginjal. Salah satu manfaatnya untuk mencegah pengeroposan tulang atau osteoporosis yang bisa meningkatkan risiko patah tulang pada pasien. Oleh karena itu, vitamin D yang diberikan bisa dalam bentuk calcitriol, yaitu bentuk vitamin D yang sudah aktif.

d. Obat diuretik

Obat diuretik berfungsi untuk mengurangi penumpukan cairan pada bagian tubuh pasien CKD, contoh obat diuretik adalah *furosemide*.

e. Obat kortikosteroid

Obat ini diberikan pada penderita CKD akibat glomerulonefritis atau penyakit lain yang menyebabkan peradangan pada ginjal.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Data Umum

- 1) Identitas Klien: meliputi nama, umur, pendidikan suku bangsa, pekerjaan, alamat, status perkawinan, nomor rekam medik, diagnosa medik, tanggal dan jam masuk.
- 2) Identitas penanggung jawab: meliputi nama, umur, pendidikan suku bangsa, pekerjaan, alamat, status perkawinan, nomor rekam medik, diagnosa medik, hubungan dengan klien.

b. Status Kesehatan Saat Ini

Hal utama yang dirasakan oleh klien sebelum masuk ke rumah sakit. Pada klien gagal ginjal kronik biasa didapatkan keluhan utama keluar urine sedikit sampai tidak bisa BAK, gelisah sampai penurunan kesadaran, tidak selera makan (anoreksia), mual, muntah, mulut terasa kering, rasa lelah, napas bau (ureum), dan gatal pada kulit.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya klien mengalami penurunan frekuensi urine, penurunan kesadaran, perubahan pola napas, kelemahan fisik, perubahan kulit, adanya napas berbau amoniak, rasa sakit kepala, nyeri panggul, penglihatan kabur, perasaan tak berdaya, dan perubahan nutrisi.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Kemungkinan dulu klien memiliki riwayat penyakit gagal ginjal akut, infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat-obat nefrotoksik, penyakit batu salur kemih, infeksi sistem perkemihan yang berulang, penyakit DM dan hipertensi. Pada masa sebelumnya menjadi predisposisi penyebab. Penting untuk dikaji mengenai pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat kemudian didokumentasikan.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya klien mempunyai anggota keluarga yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien yaitu gagal ginjal kronik, maupun penyakit diabetes millitus dan hipertensi yang bisa menjadi faktor pencetus terjadinya gagal ginjal kronik.

f. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan menggambarkan tentang pemahaman klien tentang pola kesehatan dan kesejahteraan pasien CKD, cara pencegahan penyakit yang lain, serta bagaimana penanganannya, selain itu juga perawatan dalam menjaga kebersihan sehingga tidak menimbulkan masalah dalam perawatan dirinya.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

a) Pola Makan

Biasanya klien mengalami peningkatan berat badan cepat atau edema, penurunan berat badan atau malnutrisi, gangguan makan atau anoreksia, nyeri ulu hati, mual dan muntah.

b) Pola Minum

Biasanya klien minum air putih yang cukup sesuai dengan kebutuhan tubuhnya, hal ini mengakibatkan rasa metalik tak sedap pada mulut atau pernapasan ammonia.

3) Pola Eliminasi

a) BAB (Buang Air Besar)

Biasanya klien mengalami kembung dibagian abdomen, diare atau konstipasi.

b) BAK (Buang Air Kecil)

Biasanya terjadi penurunan frekuensi urine \leq 400ml/hari sampai anuria, warna urine keruh atau coklat, merah dan kuning pekat.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri dan kebersihan diri tergantung dan membutuhkan pertolongan atau bantuan orang lain. Biasanya klien kesulitan menentukan kondisinya, seperti tidak mampu bekerja dan mempertahankan peran dalam keluarga.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Klien mengalami gangguan tidur, gelisah karena adanya nyeri panggul, sakit kepala, dan kram otot atau kaki. Kondisi tersebut dapat memburuk pada malam hari.

6) Pola Kognitif-Perseptual Sensori

Biasanya klien tingkat ansietas pasien mengalami penyakit gagal ginjal kronik ini pada tingkat sedang sampai berat.

7) Pola Peran Hubungan

Biasanya klien tidak bisa menjalankan peran atau tugasnya sehari-hari karena perawatan yang lama.

8) Pola Seksualitas atau Reproduksi

Biasanya terdapat masalah seksual berhubungan dengan penyakit yang diderita.

9) Pola Persepsi Diri atau Konsep Diri

a) Body image atau gambaran diri

Biasanya mengalami perubahan ukuran fisik, fungsi alat tubuh terganggu, keluhan karena kondisi tubuh, pernah operasi, kegagalan fungsi tubuh.

b) Role atau Peran

Mengalami perubahan peran karena penyakit yang diderita.

c) Identitas diri

Mengalami kurang percaya diri, merasa terkekang, tidak mampu menerima perubahan, merasa kurang memiliki potensi.

d) Harga diri

Biasanya mengalami rasa bersalah, menyangkal kepuasan diri, mengecilkan diri, dan keluhan fisik.

10) Pola Koping-Toleransi Stres

Biasanya klien mengalami faktor stres misalnya finansial, hubungan dan sebabnya, perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan.

11) Pola Keyakinan Nilai

Biasanya tidak terjadi gangguan pola tata nilai dan kepercayaan.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu cara untuk mendekteksi adanya perubahan tubuh dan tanda-tanda vital (TTV). Tanda vital meliputi tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, frekuensi pernafasan, suhu tubuh, berat badan, dan tinggi badan. Adanya perubahan tanda vital maka mempunyai arti sebagai indikasi adanya kegiatan organ-organ di dalam tubuh. Pada prinsipnya pemeriksaan tanda vital tidak selalu sama antara pasien satu dengan yang lainnya. Berikut adalah pemeriksaan fisik dan TTV pada pasien CKD (Tarwoto, 2015).

- 1) Keadaan umum: keadaan umum klien lemah, letih, dan terlihat sakit berat, tingkat kesadaran klien menurun sesuai dengan tingkat uremia dimana dapat mempengaruhi sistem saraf pusat
- 2) TTV: respirasi meningkat, tekanan darah didapati adanya hipertensi.
- 3) Kepala
 - a) Rambut: biasanya klien berambut tipis dan kasar, klien sering sakit kepala, kuku rapuh dan tipis.
 - b) Wajah: biasanya klien berwajah pucat.
 - c) Mata: biasanya mata klien memerah, penglihatan kabur, konjungtiva anemis, dan sklera putih.

- d) Hidung: biasanya tidak ada pembengkakan polip.
 - e) Bibir: biasanya terdapat peradangan mukosa mulut, gusi, peradangan gusi dan napas berbau.
 - f) Gigi: biasanya tidak terdapat karies pada gigi.
 - g) Lidah: biasanya tidak terjadi perdarahan.
 - h) Leher: biasanya tidak terjadi pembesaran kelenjar tyroid atau kelenjar getah bening.
- 4) Dada atau Thorak
- a) Inspeksi: biasanya klien dengan napas pendek, cepat/dalam.
 - b) Palpasi: biasanya fremitus kiri dan kanan.
 - c) Perkusi: sonor.
 - d) Auskultasi: vesicular.
- 5) Jantung
- a) Inspeksi: ictus cordis tidak terlihat.
 - b) Palpasi: ictus cordis teraba.
 - c) Perkusi: ada nyeri.
 - d) Auskultasi: terdapat irama jantung yang cepat.
- 6) Perut atau Abdomen
- a) Inspeksi: terjadi penumpukan cairan, klien tampak mual dan muntah.
 - b) Auskultasi: bising usus normal.
 - c) Palpasi: nyeri tekan pada bagian pinggang dan adanya pembesaran hepar pada stadium akhir.
 - d) Perkusi: terdengar pekak.
- 7) Genetalia
- Kebersihan daerah genital, adanya luka atau tidak tanda infeksi, bila terpasang kateter kaji kebersihan kateter.
- 8) Genitourinaria
- Biasanya terjadi penurunan frekuensi urine, perubahan warna urine menjadi kuning pekat, merah.

9) Ekstermitas

Biasanya didapatkan adanya nyeri panggul, odema pada ekstermitas.

10) Kulit

Kaji kebersihan, warna, kelembaban, tugor, adanya edema.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosis keperawatan pada penyakit CKD, adalah sebagai berikut.

- a. (D.0005) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis (gangguan kejang).
- b. (D.0056) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
- c. (D.0037) Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan faktor risiko kelebihan volume cairan.
- d. (D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mngabsorbsi nutrisi.
- e. (D.0129) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.

Sedangkan, menurut Brunner & Suddarth (2016) diagnosis keperawatan pada penyakit CKD, yaitu.

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
- c. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
- e. Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan neuropati perifer.

3. **Intervensi**

Berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) intervensi keperawatan pada pasien CKD, yaitu :

- a. (D.0005) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis (gangguan kejang).
- 1) Tujuan dan kriteria hasil adalah pola napas, yaitu. (L.01004)
 - a) Dispnea menurun.
 - b) Frekuensi napas membaik.
 - c) Kedalaman napas membaik.
 - 2) Intervensi dengan manajemen pola napas
 - a) Observasi dengan monitor pola napas.
 - b) Terapeutik, dengan.
 - (1) Memposisikan semi fowler atau fowler.
 - (2) Memberikan oksigen.
 - c) Edukasi dengan menjelaskan kepada pasien dan atau keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan napas buatan
 - d) Kolaborasi dengan pemberian bronkodilator.
- b. (D.0056) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
- 1) Tujuan dan kriteria hasil adalah toleransi aktivitas, yaitu. (L.05047)
 - a) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari cukup meningkat.
 - b) Keluhan lelah menurun.
 - c) Perasaan lemah menurun.
 - 2) Intervensi dengan manajemen energi
 - a) Observasi, dengan.
 - (1) Monitor kelelahan fisik.
 - (2) Monitor gangguan fungsi tubuh.
 - b) Terapeutik, dengan.
 - (1) Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif.
 - (2) Memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan.
 - c) Edukasi, dengan menganjurkan tirah baring yaitu menganjurkan pasien untuk beristirahat di tempat tidur dan membatasi aktivitas sehari-hari.

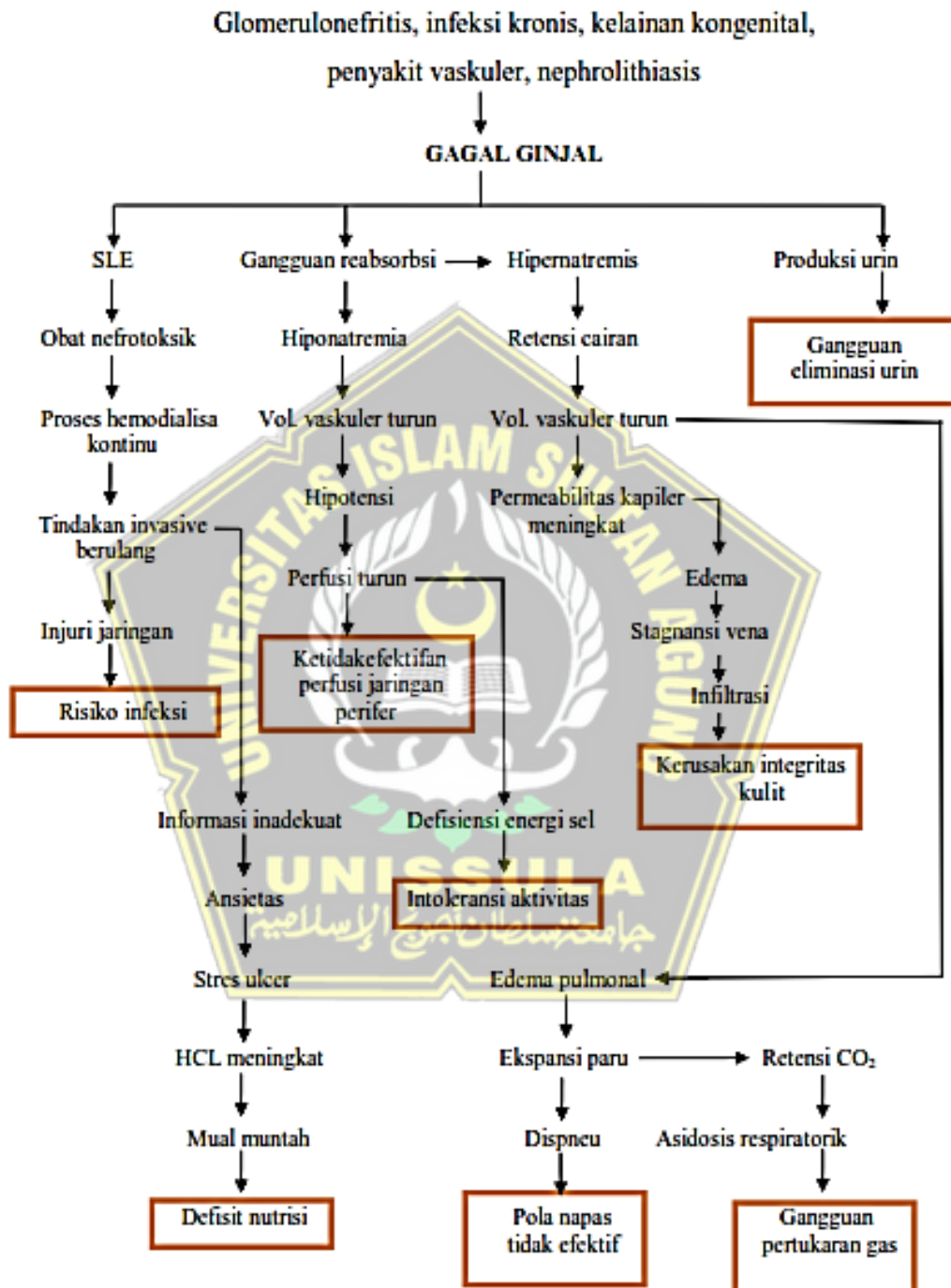
- d) Kolaborasi dengan tenaga medis lainnya (dokter dan atau fisioterapis).
- c. (D.0037) Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan faktor risiko kelebihan volume cairan.
- 1) Tujuan dan kriteria hasil adalah keseimbangan elektrolit, yaitu. (L.03021)
 - a) Serum natrium menurun.
 - b) Serum kalium menurun.
 - c) Serum klorida menurun.
 - 2) Intervensi dengan memantau elektrolit
 - a) Observasi, dengan.
 - (1) Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit.
 - (2) Monitor kadar elektrolit serum.
 - b) Terapeutik :
 - (1) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien.
 - (2) Dokumentasi hasil pemantauan.
 - c) Edukasi dengan menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
 - d) Kolaborasi dengan tenaga medis terkait.
- d. (D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mngabsorbsi nutrien.
- 1) Tujuan dan kriteria hasil adalah status nutrisi, yaitu. (L.03030)
 - a) Porsi makan meningkat.
 - b) Berat badan membaik.
 - c) Napas makan meningkat.
 - 2) Intervensi: Manajemen Nutrisi
 - a) Observasi, dengan.
 - (1) Identifikasi status nutrisi.
 - (2) Monitor berat badan.

- b) Terapeutik, dengan.
 - (1) Lakukan oral hygiene.
 - (2) Sajikan makanan sesuai selera dan kebutuhan.
- c) Edukasi
 - (1) Anjurkan posisi fowler.
 - (2) Ajarkan diet yang diprogramkan.
- d) Kolaborasi, dengan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori.
- e. (D.0129) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.
 - 1) Tujuan dan kriteria hasil adalah integritas kulit dan jaringan, yaitu. (L.14125)
 - a) Kerusakan jaringan menurun.
 - b) Kemerahan menurun.
 - c) Nyeri menurun.
 - d) Perdarahan menurun.
 - 2) Intervensi dengan perawatan integritas kulit.
 - a) Observasi dengan identifikasi penyebab gangguan integritas kulit.
 - b) Terapeutik, dengan.
 - (1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring.
 - (2) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit.
 - c) Edukasi, dengan.
 - (1) Menganjurkan menggunakan pelembab.
 - (2) Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim.
 - d) Kolaborasi dengan tenaga medis lainnya.

C. Pathways

Pathways atau jalur dalam keperawatan adalah suatu alur konsep perencanaan pelayanan terpadu kepada pasien yang spesifik dan merangkum setiap langkah yang diberikan berdasarkan standar pelayanan medis dan

asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu. *Pathways* pada pasien CKD adalah sebagai berikut.



Gambar 2.1. Pathways

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 Februari 2023 pukul 07.30 WIB di ruang Baitul Izzah I RSI Sultan Agung Semarang.

1. Data Umum

a. Identitas Klien

Klien bernama Tn. R dengan umur 46 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, pendidikan terakhir SLTA, klien bekerja sebagai karyawan swasta, suku/bangsa Jawa/WNI, alamat domisili di Ds. Tonosari Bedono Sayung, Demak. Klien di diagnosa medis CKD, Obs. Dipsnea, tanggal masuk di ruangan pada 28 Februari 2023 pukul 23.50 WIB.

b. Identitas Penanggung Jawab

Penanggung jawab klien bernama Tn. F dengan umur 20 tahun, jenis kelamin laki-laki, bergama Islam, pendidikan terakhir SLTA, bekerja sebagai karyawan swasta, bertempat tinggal di Ds. Tonosari Bedono Sayung, Demak, dan memiliki hubungan dengan klien sebagai anak.

2. Status Kesehatan Saat Ini

a. Keluhan Utama

Klien mengeluh sesak napas sejak tanggal 28 Februari 2023 pukul 23.00 disertai batuk. Batuk yang tidak kunjung berkurang sehingga klien dibawa ke rumah sakit.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Satu minggu lalu pasien merasa tidak enak badan, lalu 3 hari setelahnya timbul sesak, dan sesak memburuk. Pada tanggal 3/03/2023 pukul 23.50 pasien dibawa ke RSI Sultan Agung Semarang pasien memiliki riwayat DM. Hasil pemeriksaan fisik kesadaran compos mentis (CM); TD: 256/129 mmHg; HR: 129x/menit; RR: 36x/menit; T: 37,5°C; SpO₂ : 96%.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ibunya memiliki hipertensi seperti dirinya.

3. Riwayat Kesehatan Lalu

a. Penyakit yang Pernah Dialami

Pasien mengatakan sakitnya sekarang ada pada sakitnya yang pertama.

b. Kecelakaan

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat kecelakaan.

c. Pernah Dirawat

Pasien mengatakan tidak pernah operasi.

d. Alergi (Obat atau Lainnya)

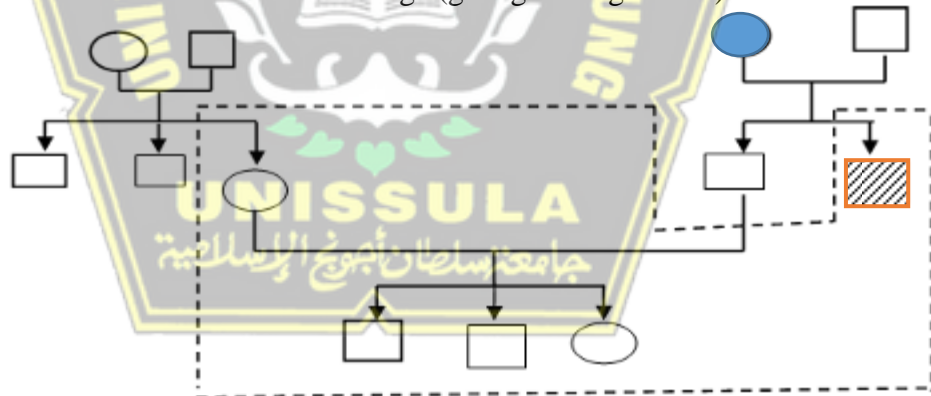
Pasien mengatakan tidak ada alergi.

e. Imunisasi

Pasien mengatakan lupa tentang imunisasinya.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Susunan Kesehatan Keluarga (genogram 3 generasi)



Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

○ - : Tinggal serumah

● - : Perempuan (Hipertensi)

▨ : Pasien

Dari genogram 3 generasi di atas dijelaskan bahwa Tn. R adalah anak kedua dari dua bersaudara. Tn. R menikah Ny. A Yang merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Tn. R dan Ny. A menikah dan mempunyai 3 orang anak, yaitu 2 laki-laki dan 1 perempuan, mereka semua tinggal bersama dalam satu rumah.

b. Penyakit yang Pernah Diderita Anggota Keluarga

Klien mengatakan ibunya memiliki hipertensi seperti dirinya.

c. Penyakit yang Sedang Diderita Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit seperti ini.

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

a. Kebersihan Rumah dan Lingkungan

Klien mengatakan rumahnya bersih, ventilasi udara bagus, dan lingkungannya bersih.

b. Kemungkinan Terjadinya Bahaya

Klien mengatakan di lingkungannya sering terjadi banjir jika musim hujan tiba.

6. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pada persepsi klien tentang kesehatan diri, klien mengatakan paham dengan penyakitnya namun tidak spesifik, klien melakukan cuci darah rutin dan optimis bahwa dirinya akan sembuh. Untuk pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya, klien memahami beberapa hal terkait dengan perawatan yang dilakukannya. Upaya yang biasa dilakukan klien dalam mempertahankan kesehatan berupa pemberian gizi atau makanan, pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, dan imunisasi), klien mengatakan bahwa klien rutin melakukan pemeriksaan kesehatan berkala serta memperhatikan makanan serta gizi yang ia peroleh.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pada pola nutrisi dan metabolik penulis memfokuskan pada pola makan dan minum pasien. Pola makan dan minum terdiri dari frekuensi, porsi makan, jenis makanan yang biasa dimakan dan diminum pasien, yaitu sebagai berikut. Untuk frekuensi makan sebelum sakit, klien mengatakan makan 3 kali sehari, dengan jenis makanan adalah nasi dan lauk pauk. Sebelum sakit, klien sering meminum kopi dan merokok setiap sesudah makan atau sebelum makan. Klien mengatakan jika ia sangat jarang meminum air putih. Klien mengatakan bahwa sebelum sakit berat badan 55 kg. Sedangkan frekuensi makan selama sakit, klien mengatakan agak menurun. Klien mengatakan diberi makanan bubur halus 3 kali sehari, namun klien hanya menghabiskan setengah porsi makanan dan hanya menghabiskan 1 gelas air teh hangat. Selain itu klien menolak air putih selama di rawat. Setelah sakit klien berhenti minum kopi, merokok dan mengurangi makanan serta minuman manis. Tidak ada pantangan makanan, tidak ada kebiasaan makan yang mengganggu selama dirawat. Klien mengatakan selama sakit diberi minuman pendamping makan berupa susu sekitar 250 cc sehari dan terpasang infus NaCl 10 tpm (tetes per menit). Untuk berat badan klien selama sakit mengalami penurunan sebanyak 1 kg dari berat badan sebelum sakit, berat badan klien selama sakit adalah 54 kg.

c. Pola Eliminasi

Eliminasi feses pada pasien sebelum sakit adalah keluarga klien mengatakan pasien buang air besar (BAB) 1-2 kali sehari, sedangkan selama sakit tidak mengalami perubahan BAB yaitu tetap 1-2 kali sehari. Untuk pola buang air kecil (BAK) keluarga klien mengatakan sebelum sakit dan selama sakit pasien BAK 3-4 kali sehari dengan keluaran urine sekitar 300 cc atau 300 ml.

d. Pola Aktifitas dan Latihan

Pola aktifitas dan latihan pada klien sebelum sakit, keluarga klien mengatakan pasien hanya melakukan aktivitas ringan dan pergerakan masih kuat. Sedangkan selama sakit, klien hanya berbaring dan tidur, sudah tidak melakukan aktivitas, badan lemas dan cepat lelah. Pola aktifitas dan latihan selama sakit pada pasien berdasarkan penilaian menggunakan skor pola aktivitas dan latihan diperoleh hasil aktivitas makan skor 2 yaitu pengawasan orang lain, aktivitas mandi diperoleh skor 4 yaitu ketergantungan, aktivitas toileting diperoleh skor 4 ketergantungan, aktivitas mobilisasi di kasur diperoleh skor 3 yaitu bantuan orang lain, dan aktivitas berpakaian diperoleh skor 3 yaitu bantuan orang lain. Dari semua pola aktifitas dan latihan selama sakit pada pasien tidak ada yang dilakukan secara mandiri.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Pola istirahat dan tidur pada klien sebelum sakit, keluarga klien mengatakan klien tidur siang 1 jam, pada malam hari tidur selama 5-6 jam, dan bangun untuk sholat. Sebelum sakit klien mempunyai tidur yang **nyenyak**. Sedangkan selama sakit, klien sulit untuk tidur karena mengalami nyeri, tidur hanya 3-4 jam per hari, dan sering terbangun karena merasa gelisah.

f. Pola Kognitif-Perseptual Sensori

Pola kognitif-perseptual sensori pada klien, sebelum sakit keluarga klien mengatakan pasien selalu memperhatikan kebersihan lingkungannya, menurutnya kesehatan itu penting. Sedangkan, selama sakit klien mengatakan hidupnya yang sekarang tidak berguna, merasa menjadi beban keluarga, dan kasihan terhadap anaknya yang sekarang jadi tulang punggung. Selama sakit klien juga merasakan nyeri dibagian dada sampai ke punggung saat bernapas, rasanya seperti tertimpa, dengan skala 5, dengan nyeri terasa hilang timbul.

g. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

Pola persepsi diri dan konsep diri pada klien sebelum sakit adalah.

- 1) Persepsi diri, klien mengatakan dirinya sebagai laki-laki dan orang tua yang bertanggung jawab.
- 2) Status emosi, klien mengatakan merasa senang saat sehat.
- 3) Konsep diri
 - a) Citra diri/*body image*: klien mengatakan merasa bersyukur karena diberi tubuh yang lengkap.
 - b) Identitas, klien merasa puas karena memiliki tubuh yang lengkap.
 - c) Peran, klien masih menjalani peran sebagai karyawan swasta
 - d) Ideal diri, klien mengatakan bersyukur dengan hidupnya.
 - e) Harga diri, klien mengatakan dirinya berharga.

Pola persepsi diri dan konsep diri pada klien selama sakit adalah.

- a) Persepsi diri, klien mengatakan berharap jika akan sembuh.
- b) Status emosi, klien mengatakan ingin segera pulang kerumah.

Konsep diri

- a) Citra diri/*body image*, klien berharap sakitnya tidak parah dan bisa sembuh seperti dulu.
- b) Identitas, klien merasa puas karena memiliki tubuh yang lengkap.
- c) Peran, klien masih menjalani peran sebagai karyawan swasta.
- d) Ideal diri, klien berharap bisa sembuh.
- e) Harga diri, klien mengatakan dirinya berharga dan ingin segera sembuh.

h. Pola Mekanisme Koping

Pola mekanisme koping pada klien sebelum sakit, keluarga klien mengatakan jika klien sakit meminum obat dari apotek yang sebelumnya sudah diberikan saat periksa. Pola mekanisme koping pada klien selama sakit, klien dibawa keluarganya ke dokter, sudah minum obat tapi belum ada perubahan pada kesehatan klien.

i. Pola Seksual-Reproduksi

Pola seksual-reproduksi pada klien sebelum sakit, klien mengatakan tidak memiliki masalah pada sistem reproduksi. Pola seksual-reproduksi selama sakit adalah klien mengatakan tidak terdapat masalah pada sistem reproduksi.

j. Pola Peran-Berhubungan Dengan Orang Lain

Pola peran-berhubungan dengan orang lain sebelum sakit, keluarga klien mengatakan pasien berperan besar dalam mengambil keputusan jika anaknya ada masalah. Sedangkan pola peran-berhubungan dengan orang lain selama sakit adalah klien hanya menuruti kata-kata istri, dan anaknya.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Pola nilai dan kepercayaan pada pasien sebelum sakit adalah keluarga klien mengatakan pasien sholat 5 waktu, sholat dhuha, dan sholat tahajud. Sedangkan selama sakit, klien hanya melaksanakan sholat 5 waktu, serta tidak ada kepercayaan lain yang mengganggu pengobatan pasien.

7. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu prosedur yang biasa dilakukan dokter untuk mendiagnosis suatu penyakit pada pasien. Bahkan jika tidak sakit, pemeriksaan ini perlu dilakukan rutin, agar risiko penyakit bisa diketahui lebih awal. Hasil dari pemeriksaan fisik ini kemudian digunakan untuk merencanakan perawatan lanjutan. Pemeriksaan fisik biasanya dilakukan secara sistematis. Mulai dari kepala hingga kaki (*head to toe*) yang dilakukan dengan empat cara,

yaitu inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Berikut adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan.

- a. Penampilan umum, meliputi kesadaran klien composmentis, penampilan lemah pucat, hasil tanda yaitu vital suhu tubuh 37,5°C; tekanan darah 256/129 mmHg; respirasi 36 kali per menit, regular, dan kuat; nadi 129 kali per menit, regular, dan kuat.
- b. Pemeriksaan *head to toe*, meliputi.
 - 1) Bentuk kepala *mesocephali*, simetris, nyeri kepala tidak ada.
 - 2) Wajah simetris, tidak oedema, tidak ada sianosis, tampak pucat, ekspresi tegang.
 - 3) Mata kelopak mata normal, konjungtiva anemis, isokor, sklera anikterik, reflex cahaya ada, tajam penglihatan normal.
 - 4) Telinga tidak ada serumen, membrane timpani normal, pendengaran normal.
 - 5) Mulut stomatitis tidak ditemukan, gigi sebagian berlubang, kelainan tidak ada.
 - 6) Hidung simetris, terdapat nyeri tekan, dan tidak mengalami ada sumbatan dihidung.
 - 7) Leher simetris, kaku kuduk tidak ada, tidak terdapat pembesaran vena jugularis.
 - 8) Kaki kanan pasien masih sepenuhnya utuh dan tidak ada bekas luka lecet atau bekas jatuh. Selain itu, kaki kiri pasien juga masih utuh tidak bekas luka lecet atau jatuh.
- c. Pemeriksaan thorax paru, meliputi.
 - 1) Inspeksi gerakan simetris, terlihat retraksi dinding dada, tidak ada lesi.
 - 2) Palpasi tidak teraba benjolan, tidak terdapat nyeri tekan.
 - 3) Perkusi hipersonor.
 - 4) Auskultasi gurgling.
- d. Pemeriksaan jantung, meliputi.
 - 1) Inspeksi bentuk dada simetris, ictus cordis terlihat.

- 2) Palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, denyut teraba kuat.
 - 3) Perkusi bunyi redup, tidak terkaji kardiomegali.
 - 4) Auskultasi bunyi jantung normal tidak terkaji adanya bunyi jantung tambahan.
- e. Pemeriksaan abdomen, meliputi.
- 1) Inspeksi perut buncit, tidak ada lesi, warna kulit sawo matang.
 - 2) Auskultasi bising usus 16 kali per menit.
 - 3) Palpasi asites, ada nyeri tekan, tidak terkaji pembesaran hepar.
 - 4) Perkusi bunyi timpani. Pemeriksaan genitalia terpasang kondom kateter. Pemeriksaan ekstremitas akral dingin, edema derajat 1, dan edema pada pasein kekuatan 3/4, tidak terdapat kelemahan ekstremitas, sering kesemutan.
8. Data Penunjang
- a. Hasil Pemeriksaan

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium diperoleh data sebagai berikut. Pemeriksaan hematologi terdiri dari pemeriksaan hemoglobin L, leukosit, dan trombosit. Pada pemeriksaan hemoglobin diperoleh 9,0 g/dL dimana nilai normal adalah 13,2–17,3 g/dL, sehingga diperoleh interpretasi hemoglobin pasien rendah. Pemeriksaan leukosit diperoleh 9,44 ribu/ul dimana nilai normal adalah 3,80-10,50 ribu/ul, sehingga diperoleh interpretasi leukosit normal. Pemeriksaan trombosit 264 ribu/ul dimana nilai normal adalah 150-440 ribu/ul, diperoleh interpretasi normal. Pemeriksaan kimia klinik terdiri dari pemeriksaan gula darah sewaktu, pemeriksaan ureum, dan pemeriksaan kreatinin. Pada pemeriksaan gula darah sewaktu diperoleh 262 mg/dL dimana nilai normal <200 mg/dL, sehingga diperoleh interpretasi tinggi. Pada pemeriksaan ureum diperoleh 155 mg/dL dimana nilai normal adalah 10-50 mg/dL, sehingga diperoleh interpretasi tinggi. Pada

pemeriksaan kreatinin diperoleh nilai 7,50 mg/dL dimana nilai normal adalah 0,70-1,30 mg/dL, sehingga diperoleh interpretasi tinggi. Pemeriksaan elektrolit terdiri dari pemeriksaan natrium, pemeriksaan kalium, dan pemeriksaan klorida. Pada pemeriksaan natrium diperoleh nilai H 148,0 mmol/L dimana nilai normal adalah 135-147 mmol/L sehingga diperoleh interpretasi tinggi. Pada pemeriksaan kalium diperoleh nilai 4,90 mmol/L dimana nilai normal adalah 3,5-5,0 mmol/L, sehingga diperoleh interpretasi normal. Pada pemeriksaan klorida diperoleh nilai 105,0 mmol/L dimana nilai normal adalah 95-105 mmol/L, sehingga diperoleh interpretasi normal.

b. Terapi Obat

Terapi obat yang diberikan pada Tn. R ada 4 jenis yaitu IV. Ketorolac, IV. Ketorolac, PO. Bisoprolol, PO. Curcuma, dan PO. Irbesartan. Terapi Obat IV. Ketorolac dengan dosis 3x3 mg yang berfungsi untuk meredakan peradangan dan rasa nyeri. Terapi obat PO. Bisoprolol dengan dosis 1x5mg yang digunakan untuk anti hipertensi. Terapi obat PO. Curcuma dengan dosis 2x1 mg yang berfungsi untuk penambah nafsu makan. Terapi obat PO. Irbesartan dengan dosis 1x150 mg yang berfungsi untuk mengatasi hipertensi.

B. Analisis Data

Pengkajian dilakukan tanggal 28 Februari 2023 pukul 23.50 WIB di ruang Baitul Izzah I RSI Sultan Agung Semarang pada Tn. R dengan diagnosa medis CKD. Pengkajian ini didapatkan tiga data fokus subjektif. Data fokus subjektif yang pertama yaitu klien mengatakan napasnya sesak sejak semalaman, klien mengeluh tubuhnya lemas, klien mengatakan memiliki penyakit gagal ginjal sudah lama. Ditemukan pula data fokus objektif yaitu hasil tanda vital suhu tubuh 37,5°C; tekanan darah 256/129 mmHg; respirasi 36x/menit, penggunaan otot bantu napas, napas cuping hidung, nadi 129x/menit, regular, cepat; dan klien juga terlihat gelisah. Data

fokus subjektif yang kedua yaitu klien mengatakan tubuhnya sangat lemah, dan tidak bisa digerakkan. Data fokus objektif yaitu klien *bed rest total*, aktivitas klien dibantu keluarga, dan klien tampak kesulitan saat ingin merubah posisi. Data fokus subjektif yang ketiga yaitu klien mengatakan terasa ada pembengkakan pada tubuhnya. Data objektif yaitu hasil vital *sign* tekanan darah 256/125 MmHg; nadi 129x/menit; respirasi 36x/menit; suhu 37,5°C; skala SpO₂ 96%; GDS (gula darah sewaktu): 188 mg/dl. Pemeriksaan elektrolit terdiri dari pemeriksaan natrium H 148,0 mmol/L, pemeriksaan kalium 4,90 mmol/L, pemeriksaan klorida 105,0 mmol/L.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis ditandai dengan klien mengatakan napasnya sesak sejak semalam, klien mengeluh tubuhnya lemas, respirasi 36x/menit, regular, cepat, klien terlihat gelisah.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai klien mengatakan tubuhnya sangat lemah, tidak bisa digerakkan, klien *bed rest total*, aktivitas klien dibantu keluarga, dan klien tampak kesulitan saat ingin merubah posisi.
3. Risiko ketidakseimbangan elektrolit dibuktikan dengan faktor risiko kelebihan volume cairan yang ditandai dengan klien merasakan pembengkakan pada tubuhnya, pemeriksaan elektrolit terdiri dari pemeriksaan natrium H 148,0 mmol/L, pemeriksaan kalium 4,90 mmol/L, dan pemeriksaan klorida 105,0 mmol/L.

D. Intervensi

Diagnosa keperawatan pertama yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pola napas membaik dengan kriteria hasil dispnea sedang, frekuensi napas cukup membaik, kedalaman napas membaik. Maka intervensi yang sesuai yaitu manajemen jalan napas dengan beberapa *planning* sebagai berikut observasi yaitu monitor pola napas (frekuensi,

kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), terapeutik yaitu pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (*jaw thrust* jika curiga trauma fraktur servikal), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

Diagnosis keperawatan kedua yaitu intoleransi aktivitas berkaitan dengan kelemahan, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil frekuensi nadi sedang, keluhan lelah menurun, saturasi oksigen sedang, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sedang. Intervensi yang sesuai yaitu manajemen energi dengan planning sebagai berikut observasi yaitu identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik, monitor pola dan jam tidur, terapeutik yaitu lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif.

Diagnosis keperawatan ketiga yaitu risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan faktor risiko kelebihan volume cairan, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam keseimbangan elektrolit membaik dengan kriteria hasil serum natrium, serum kalium, dan serum klorida menurun. Maka intervensi yang sesuai yaitu monitor hasil laboratorium, pemantauan kondisi pasien.

E. Implementasi

Implementasi keperawatan dari masalah keperawatan pertama yaitu pola napas tidak efektif, telah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 4 Maret 2023 pukul 08.00 WIB yaitu memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) dan memonitor bunyi napas tambahan, respon subjektif klien mengatakan napasnya sesak sejak malam, tubuhnya lemas, secara objektif diperoleh data hasil vital sign suhu tubuh 37,5°C, tekanan darah 170/98 mmHg, respirasi 26x/menit, regular, cepat, nadi 114x/menit, regular, cepat, SpO₂ 98%, klien terlihat gelisah. Implementasi pada pukul

08.30 WIB yaitu memberikan oksigen, respon subjektif klien mengatakan napasnya sudah lebih membaik setelah terpasang oksigen, secara objektif terlihat klien terpasang O₂ NRM 8 lpm, klien tampak lebih nyaman. Implementasi pada pukul 13.30 WIB yaitu memonitor keadaan umum dan pemeriksaan TTV, respon subjektif klien mengatakan kodisinya sudah lebih membaik, secara objektif keadaan umum membaik, hasil vital sign tekanan darah 186/105 mmHg, nadi 100x/menit, respirasi 26x/menit, suhu 37,5°C, SpO₂ 98%. Pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 08.00 WIB telah dilakukan implementasi keperawatan yaitu memposisikan semi-fowler, respon subjektif klien mengatakan sudah lebih nyaman, secara objektif klien terlihat lebih tenang. Pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 10.30 WIB implementasi keperawatan yang telah dilakukan yaitu berkolaborasi untuk pemberian ekspektoran, mukolitik, respon subjektif klien mengatakan tidak perlu diberikan obat karena merasa sudah lebih baik, secara objektif klien terlihat menolak.

Implementasi keperawatan dari masalah keperawatan kedua yaitu intoleransi aktivitas telah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 4 Maret 2023 pukul 11.00 WIB yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, respon subjektif klien mengatakan tubuh sulit untuk digerakkan, secara objektif klien tampak kesulitan saat ingin merubah posisi, klien *bed rest* total, segala aktivitas klien dibantu keluarga. Implementasi pada pukul 13.30 WIB yaitu memonitor keadaan umum dan pemeriksaan TTV, respon subjektif klien mengatakan kodisinya sudah lebih membaik, secara objektif keadaan umum membaik, hasil tanda vital tekanan darah 186/105 mmHg, nadi 100x/menit, respirasi 26x/menit, suhu 37,5°C, SpO₂ 98%. Pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 11.00 WIB implementasi keperawatan yang telah dilakukan yaitu memberikan kolaborasi terapi bisoprolol dan ketorolac. Respon subjektif klien mengatakan bersedia diberikan injeksi obat, secara objektif telah diberikan injeksi bisoprolol dan ketorolac. Implementasi pada pukul 11.30 WIB yaitu memonitor kelelahan fisik, respon subjektif klien mengatakan jika beraktivitas berat masih sesak

tetapi saat istirahat mereda, secara objektif klien tampak merubah posisinya secara mandiri. Pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 12.00 WIB telah dilakukan implementasi keperawatan yaitu melakukan latihan rentang gerak pasif/ aktif, respon subjektif keluarga klien mengatakan akan terus melatih pergerakan klien sesuai instruksi, secara objektif keluarga tampak membantu melatih rentang gerak klien.

Implementasi keperawatan dari masalah keperawatan ketiga yaitu risiko ketidakseimbangan elektrolit telah dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 4 Maret 2023 pukul 13.00 WIB yaitu mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit, respon subjektif klien mengatakan merasa ada pembengkakan pada bagian tubuhnya, secara objektif pemeriksaan elektrolit terdiri dari pemeriksaan natrium H 148.0 mmol/L, pemeriksaan kalium 4.90 mmol/L, pemeriksaan klorida 105.0 mmol/L. Implementasi pada pukul 13.30 WIB yaitu memonitor kadar elektrolit serum, hasil pemeriksaan laboratorium elektrolit terdiri dari pemeriksaan natrium H 148.0 mmol/L, pemeriksaan kalium 4.90 mmol/L, pemeriksaan klorida 105.0 mmol/L. Pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 11.00 WIB implementasi keperawatan yang telah dilakukan yaitu menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, setelah diberikan asuhan keperawatan klien dan keluarga mengatakan lebih mengetahui terhadap tujuan dan prosedur yang akan diberikan pada pasien. Pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 13.00 WIB telah dilakukan implementasi keperawatan yaitu pemantauan sesuai kondisi pasien.

F. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 4 Maret 2023 pukul 09.00 WIB dengan diagnosis keperawatan yang pertama yaitu, respon subjektif klien mengatakan napasnya masih sesak, secara objektif klien terlihat gelisah, SpO₂ 98%, analisa masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, rencana tindak lanjut yaitu berikan oksigen, beri posisi semi fowler, monitor keadaan umum. Evaluasi pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 13.30 WIB, respon subjektif klien mengatakan dirinya nyaman dengan posisi semi

fowler, secara objektif klien terlihat mengatur napasnya, klien terlihat nyaman dengan posisi semi fowler, analisa masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, rencana tindak lanjut yaitu monitor vital sign, kolaborasi pemberian ekspektoran dan mukolitik. Evaluasi pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 11.30 WIB, respon subjektif klien mengatakan kondisinya sudah lebih membaik, secara objektif terlihat klien terpasang O2 nasal 4 lpm, hasil vital sign tekanan darah 180/105 mmHg, nadi 109x/menit, respirasi 24x/menit, suhu 37,0°C SpO2 99%, analisa masalah pola napas tidak efektif teratasi, *planning* dihentikan.

Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 4 Maret 2023 pukul 10.00 WIB dengan diagnosis keperawatan yang kedua yaitu, respon subjektif klien mengatakan tubuhnya sangat lemah dan tidak bisa digerakkan, secara objektif klien tampak kesulitan saat ingin merubah posisi, aktivitas klien dibantu keluarga, analisa masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, rencana tindak lanjut yaitu monitor kelelahan fisik. Evaluasi pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 13.30 WIB, respon subjektif klien mengatakan jika beraktivitas berat masih sesak, secara objektif klien tampak masih lesu, analisa masalah intoleransi aktifitas belum teratasi, rencana tindak lanjut yaitu lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif. Evaluasi pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 12.30 WIB, respon subjektif keluarga klien mengatakan akan terus melatih pergerakan pasien sesuai instruksi, secara objektif keluarga tampak membantu melatih rentang gerak pasien, analisa masalah intoleransi aktivitas teratasi, *planning* dihentikan.

Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 4 Maret 2023 pukul 13.30 WIB dengan diagnosis keperawatan yang ketiga yaitu, respon subjektif klien mengatakan merasa ada pembengkakan pada bagian tubuhnya, analisa masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi, rencana tindak lanjut yaitu jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. Evaluasi pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 13.30 WIB, respon subjektif klien dan keluarga mengatakan sudah lebih mengetahui terkait tujuan dan prosedur pemantauan yang akan dilakukan, analisa masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit

belum teratasi, rencana tindak lanjut yaitu mengatur interval waktu pemantauan sesuai kondisi pasien. Evaluasi pada tanggal 6 Maret 2023 pukul 13.30 WIB, hasil pemeriksaan laboratorium elektrolit terdiri dari pemeriksaan natrium H 148.0 mmol/L, pemeriksaan kalium 4.90 mmol/L, pemeriksaan klorida 105.0 mmol/L, analisa masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit teratasi, planning dihentikan.



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus asuhan keperawatan pada Tn. R dengan diagnosa medis *chronic kidney disease* (CKD) yang dikelola selama 3 hari di ruang Baitul Izzah I Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Asuhan keperawatan ini dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian Keperawatan

Tahapan pertama dalam penyusunan asuhan keperawatan yaitu pengkajian. Pengkajian merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengumpulkan identitas atau data klien yang diperoleh dari beberapa sumber untuk mengetahui identitas dan kondisi klien pada saat sebelum sakit maupun selama sakit.

Penyusunan asuhan keperawatan ini penulis menggunakan metode observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik. Pada bagian pengkajian keperawatan, penulis akan membahas permasalahan yang belum muncul pada klien. Data-data yang diperoleh meliputi data dasar, data fokus, data subjektif, dan data objektif.

Hasil anamnesa pada tanggal 28 Februari 2023 didapatkan data pasien Tn. R usia 46 tahun berjenis kelamin laki-laki dengan diagnosa medis CKD. Pada pukul 23.00 WIB klien diantar ke RS oleh keluarganya dengan keluhan utama sesak napas disertai batuk. Sejak satu minggu sebelum klien diantar keluarga ke rumah sakit, klien merasa tidak enak badan dan sesak napas yang dialami semakin memburuk. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes melitus (DM) dan hipertensi. Hasil pemeriksaan fisik kesadaran composmentis, tekanan darah adalah 256/125 mmHg; nadi adalah 129x/menit; respirasi adalah 36x/menit; suhu adalah 37,5°C; dan SpO₂ adalah 96%. Dari hasil pengkajian tersebut, penulis tidak menanyakan durasi waktu klien menderita penyakit DM dan hipertensi. Namun dapat dilihat dari hasil pemeriksaan vital *sign* bahwa nilai tekanan darah klien cukup tinggi.

Hipertensi dapat memperburuk kondisi ginjal, hal ini terjadi karena darah yang disaring oleh ginjal dialirkan melalui pembuluh darah yang berada di sekitar ginjal sehingga banyak darah yang mengalir di pembuluh darah. Seiring berjalannya waktu, hipertensi yang tidak terkontrol akan menyebabkan arteri di sekitar ginjal menyempit, melemah, dan mengeras sehingga dapat menyebabkan penyakit CKD (Zaenurrohmah & Rachmayanti, 2019).

Pengkajian pola nutrisi dan metabolik, klien mengatakan sebelum sakit makan 3x sehari dengan nasi dan lauk pauk, minum air putih dan kopi, BB : 55 kg sedangkan selama sakit klien makanan bubur halus 3x sehari dan hanya menghabiskan 1/2 porsi makanan. Minum air putih sebanyak 1 gelas karena tidak diperbolehkan banyak minum. Sejak sakit klien berhenti minum kopi, merokok, dan mengurangi manis, BB : 54 kg. Klien diberi susu sekitar 250 cc sehari dan terpasang infus NaCl 10 tpm. Terapi diet rendah protein diketahui dapat melindungi ginjal dan menunda kerusakan ginjal dengan mengurangi akumulasi produk limbah yang tidak dapat dibersihkan oleh ginjal sehingga mengurangi gejala uremia dan proteinuria. Berhubung klien juga memiliki riwayat DM sehingga dapat dimodifikasi dengan pemberian diet DM B2 dengan sifat-sifat dietnya yaitu tinggi kalori (lebih dari 2000 kalori/hari), mengandung protein 0,6 gram per kg berat badan per hari, komposisi diet B2 (74% karbohidrat, 20% lemak, 6% protein).

Pengkajian pola eliminasi, keluarga klien mengatakan selama sakit klien BAB 1-2 x sehari dan BAK 3-4x sehari dengan keluaran urin 300 cc. Penderita CKD umumnya mengalami gangguan pola BAK yaitu pengeluaran urin yang sedikit, hal ini terjadi karena adanya kerusakan nefron pada ginjal sehingga fungsi ginjal menurun dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit.

Hasil laboratorium klien menunjukkan nilai ureum 155 mg/dL (normal: 10-50 mm/dl) dan kreatinin 7.50 mg/dL (nomal: 0.70-1.30 mg/dL). Hasil ini menunjukkan terjadinya peningkatan pada ureum dan kreatinin. Hal ini sesuai dengan pendapat Brunner dan Suddarth (2016) yang menyatakan

bahwa pada penderita CKD akan mengalami peningkatan pada hasil pemeriksaan urin (ureum dan kreatinin) dimana hal ini terjadi karena nefron pada ginjal mengalami penurunan kuantitas sehingga tidak mampu menyaring ureum dan kreatinin yang ada dalam ginjal.

B. Diagnosis Keperawatan

Tahapan kedua dalam penyusunan asuhan keperawatan yaitu menetapkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis respon klien baik secara aktual atau potensial terhadap masalah kesehatan. Diagnosis keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi sesuai kebutuhan klien untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosis keperawatan pada penyakit CKD, yaitu (1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis, (2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, (3) Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan faktor risiko kelebihan volume cairan, (4) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, (5) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.

Berdasarkan hasil pengkajian, penulis menetapkan tiga diagnosa utama yang menjadi prioritas sesuai dengan kondisi klien yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan faktor risiko kelebihan volume cairan.

Diagnosis keperawatan yang pertama yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis. Pola napas tidak efektif merupakan inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat, umumnya ditandai dengan gejala mayor yaitu dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal, dan fase ekspirasi memanjang, sedangkan gejala minor yaitu pernapasan cuping hidung, pernapasan pursed-lip, tekanan inspirasi dan ekspirasi menurun (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Data ini sesuai dengan permasalahan yang dialami klien yaitu dispnea

sejak semalam, respirasi 36x/menit, regular, cepat, klien terlihat gelisah. Diagnosis pola napas tidak efektif diprioritaskan menjadi diagnosis ke-1 karena permasalahan utama yang harus ditangani yaitu masalah pernapasan pada klien.

Diagnosis keperawatan yang kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intoleransi aktivitas yaitu ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari, umumnya ditandai dengan gejala mayor yaitu mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat, dan gejala minor yaitu dispnea, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, dan merasa lelah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Beberapa tanda tersebut juga dialami oleh klien yaitu klien merasa sangat lemah, tidak bisa menggerakkan badannya, klien bed rest total, aktivitas klien dibantu keluarga, klien tampak kesulitan saat ingin merubah posisi. Diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas diprioritaskan menjadi diagnosis ke-2 karena setelah mengatasi permasalahan pernapasan klien hal selanjutnya yang diperhatikan yaitu ketidakcukupan energi klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari supaya klien mampu melakukan aktivitas sesuai dengan kemampuannya secara mandiri.

Diagnosis keperawatan yang ketiga yaitu risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan faktor risiko kelebihan volume cairan. Risiko ketidakseimbangan elektrolit yaitu berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit dengan faktor risiko ketidakseimbangan cairan, kelebihan volume cairan, gangguan mekanisme regulasi, efek samping prosedur, diare, muntah, disfungsi ginjal, disfungsi regulasi endokrin dengan kondisi klinis terkait gagal ginjal, DM, kanker, luka bakar, anemia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Sesuai dengan yang dialami oleh klien yaitu adanya kelebihan volume cairan (pembengkakan pada tubuh) dan hasil pemeriksaan elektrolit terdiri dari pemeriksaan natrium H 148.0 mmol/L, pemeriksaan kalium 4.90 mmol/L, pemeriksaan klorida 105.0 mmol/L. Diagnosis keperawatan risiko ketidakseimbangan elektrolit diprioritaskan menjadi diagnosis ke-3 karena permasalahan ini masih bersifat risiko dan belum aktual sehingga diprioritaskan paling akhir.

C. Intervensi

Tahapan ketiga yaitu intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan merupakan rencana dalam menentukan tindakan yang akan diberikan pada pasien sesuai dengan kebutuhannya. Teori perencanaan keperawatan ditulis sesuai dengan rencana dan kriteria hasil (Suryanti, 2018).

Pemecahan masalah dilakukan dengan membuat intervensi keperawatan yang bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi atau keparahan pada pasien. Perencanaan yang penulis susun berdasarkan diagnosis yang sudah dirumuskan sebelumnya dan sesuai dengan kondisi Tn. R.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan pertama bertujuan agar pola napas dapat teratasi dengan monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) untuk memantau pernapasan klien, monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma) untuk mencegah ada atau tidaknya hambatan jalan napas, berikan minum hangat untuk melegakan tenggorokan dan melancarkan pernapasan, posisikan semi-fowler atau fowler untuk memberikan kenyamanan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Muzaki (2022) dimana pengaplikasian posisi semi fowler atau fowler yang dilakukan dalam waktu 1x8 jam dapat membantu menurunkan dispnea serta saturasi oksigen pada klien dalam batas normal, sehingga dapat mengatasi masalah ketidakefektifan pola napas.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan kedua bertujuan agar intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan beberapa indikator yaitu keluhan lelah menurun, saturasi oksigen sedang, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sedang. Maka intervensi yang sesuai yaitu identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik, monitor pola dan jam tidur, lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif. Melatih rentang gerak pasif bertujuan untuk mencegah pre-stroke dan meningkatkan pergerakan klien.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan ketiga bertujuan agar keseimbangan elektrolit membaik dengan kriteria hasil serum natrium, serum kalium, dan serum klorida menurun dengan merencanakan tindakan keperawatan yaitu identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit untuk mengetahui faktor penyebab ketidakseimbangan elektrolit, monitor kadar elektrolit serum untuk mengetahui perubahan kadar elektrolit serum pasien setiap dilakukan pemeriksaan.

D. Implementasi

Proses setelah menyusun rencana keperawatan yaitu implementasi. Implementasi menjelaskan bahwa proses implementasi merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun kemudian diterapkan untuk meningkatkan status kesehatan bagi pasien (Suryanti, 2018).

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang pertama yaitu hari ke-1 memonitor pola napas yang terdiri dari frekuensi, kedalaman, dan usaha napas, serta memonitor bunyi napas tambahan, memberikan oksigen, dan melatih pernapasan dengan *slow deep breathing exercise*. *Slow deep breathing exercise* adalah salah satu bagian dari latihan relaksasi dengan teknik latihan pernapasan yang dilakukan secara sadar untuk mengatur pernapasan secara lambat dan dalam sehingga menimbulkan efek relaksasi. Relaksasi dapat diaplikasikan sebagai terapi non farmakologi untuk mengatasi stres, mengurangi ketegangan otot, dan memberikan kenyamanan (Herawati, 2023). Hari ke-2 memosisikan semi-fowler untuk memberikan kenyamanan, hari ke-3 berkolaborasi untuk pemberian ekspektoran atau mukolitik.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang kedua yaitu hari ke-1 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, hari ke-2 memonitor kelelahan fisik, hari ke-3 melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif. *Range of motion (ROM)*

yaitu gerakan atau latihan yang dilakukan untuk mempertahankan maupun memperbaiki tingkat kemampuan anggota gerak, meningkatkan massa otot dan tonus otot, dan mencegah terjadinya kekakuan sendi. ROM dibedakan menjadi dua jenis yaitu ROM aktif dan ROM pasif. ROM aktif dilakukan jika klien mampu melakukan pergerakan secara mandiri seperti mengangkat tungkai dalam posisi lurus sedangkan ROM pasif dilakukan dengan bantuan orang lain (Ariyana, 2020).

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ketiga yaitu hari ke-1 mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit dan memonitor kadar elektrolit serum, pemantauan elektrolit dan cairan klien harus diawasi, asupan cairan yang terlalu sedikit dapat mengakibatkan dehidrasi, hipotensi, dan memperberat fungsi ginjal, penyokong terapi untuk mengatur cairan klien yaitu pembatasan asupan cairan dan garam. Pada penderita CKD penting dilakukan pembatasan asupan dan pengukuran haluaran cairan yang akurat, menimbang berat badan setiap hari dan memantau adanya komplikasi cairan. Bila tidak melakukan pengukuran asupan dan haluaran cairan akan mengakibatkan edema, hipertensi, edema paru, gagal jantung, dan distensi vena jugularis, kecuali akan dilakukan terapi dialisis (Nanda, 2020). Hari ke-2 menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, hari ke-3 mengatur interval waktu pemantauan sesuai kondisi pasien.

E. Evaluasi

Tahapan terakhir asuhan keperawatan yaitu evaluasi. Evaluasi keperawatan merupakan penilaian yang dilakukan untuk mengetahui keberhasilan tindakan yang sudah dilakukan. Evaluasi disusun sesuai metode SOAP dimana S (subjektif) merupakan hasil yang ditemukan secara langsung berdasarkan respon atau perasaan klien, O (objektif) merupakan hasil yang dilihat secara langsung setelah melakukan implementasi, A (assessment) yaitu pencapaian (teratasi atau belum teratasi) suatu diagnosis keperawatan, P

(perencanaan) yaitu rencana tindak lanjut setelah melihat respon klien terhadap evaluasi.

Dalam kasus ini evaluasi keperawatan dilakukan setelah implementasi keperawatan diberikan selama tiga hari. Pada diagnosis keperawatan pola napas tidak efektif diperoleh masalah keperawatan teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan kondisinya sudah lebih membaik, klien terlihat terpasang O₂ nasal 4 lpm, hasil vital sign tekanan darah 180/105 mmHg, nadi 109x/menit, respirasi 24x/menit, suhu 37,0°C SpO₂ 99%. Hasil ini sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan yaitu frekuensi napas membaik dan kedalaman napas membaik.

Pada diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas diperoleh masalah keperawatan teratasi ditunjukkan dengan keluarga klien mengatakan akan terus melatih pergerakan pasien sesuai instruksi, keluarga tampak membantu melatih rentang gerak pasien. Hasil ini sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan yaitu kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari menjadi lebih baik.

Pada diagnosis keperawatan risiko ketidakseimbangan elektrolit diperoleh masalah keperawatan juga teratasi yang ditunjukkan dengan klien mengatakan sudah lebih nyaman, secara objektif hasil pemeriksaan elektrolit yaitu kalium 4,90 mmol/L (nilai normal 3,5-5,0) interpretasi normal, pemeriksaan klorida 105,0 mmol/L (nilai normal 95-105) interpretasi normal. Hasil ini sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan yaitu serum kalium dan klorida menurun atau dalam rentang normal.

BAB V

PENUTUP

Pada bagian akhir dari karya tulis ini, penulis akan mengemukakan beberapa simpulan dan saran yang didasarkan pada hasil uraian pada bab-bab sebelumnya mengenai masalah yang dianalisis.

A. Simpulan

Berdasarkan hasil analisis pada Tn. R, dapat disimpulkan sebagai berikut.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian tanggal 28 Februari 2023 diperoleh data yang tidak jauh berbeda dengan manifestasi klinis dari penyakit CKD yaitu sesak napas disertai batuk, riwayat penyakit DM (GDS: 188 mg/dl) dan hipertensi (tekanan darah 256/125 mmHg), mudah lelah, badan tidak bisa digerakkan, mudah haus, BAK sedikit, kulit pucat, mukosa bibir kering, pemeriksaan natrium H 148,0 mmol/L, pemeriksaan kalium 4.90 mmol/L, pemeriksaan klorida 105,0 mmol/L.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang telah diperoleh, maka dirumuskan diagnosis keperawatan prioritas yaitu (1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis ditandai dengan klien mengatakan napasnya sesak sejak semalam, klien mengeluh tubuhnya lemas, respirasi 36x/menit, regular, cepat, klien terlihat gelisah, (2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai klien mengatakan tubuhnya sangat lemah, tidak bisa digerakkan, klien bed rest total, aktivitas klien dibantu keluarga, klien tampak kesulitan saat ingin merubah posisi, (3) Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan faktor risiko kelebihan volume cairan yang ditandai dengan klien merasakan pembengkakan pada tubuhnya, pemeriksaan elektrolit terdiri dari pemeriksaan natrium H 148,0 mmol/L, pemeriksaan kalium 4,90 mmol/L, pemeriksaan klorida 105,0 mmol/L.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan disusun sesuai diagnosa keperawatan yang ditegakkan dan merujuk pada SIKI dan SLKI yaitu manajemen pola napas, manajemen energi, dan pemantauan elektrolit.

4. Implementasi

Berdasarkan intervensi yang telah disusun, hampir keseluruhan implementasi sudah diberikan sesuai dengan kebutuhan klien yang dilakukan selama tiga hari.

5. Evaluasi

Evaluasi yang didapatkan pada hari ketiga untuk diagnosa pola napas tidak efektif, intoleransi aktivitas, dan hipovolemia tercapai secara keseluruhan. Masalah keperawatan teratasi dan tercapai sesuai tujuan. Klien menunjukkan perubahan yang positif atau mengarah pada kondisi yang semakin membaik.

B. Saran

Adapun saran yang penulis ajukan adalah sebagai berikut.

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Bagi RSI Sultan Agung Semarang untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dengan pengadaan fasilitas-fasilitas yang memadai berkaitan dengan pasien CKD khususnya.

2. Bagi Perawat

Diharapkan seorang perawat mampu menjalin hubungan kerja sama yang baik antara klien dan perawat, agar data yang diperoleh sesuai dengan kondisi nyata klien. Selain itu diharapkan perawat dapat memberikan edukasi kesehatan pada klien terkait hal-hal yang berhubungan dengan asuhan keperawatan CKD. Edukasi kesehatan yang dimaksud seperti tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif yaitu monitor pola napas berupa frekuensi, kedalaman, dan usaha napas; monitor bunyi napas tambahan; memberikan oksigen; latihan pernapasan dengan *slow deep breathing*

exercise; posisikan semi-fowler untuk memberikan kenyamanan; dan berkolaborasi untuk pemberian ekspektoran atau mukolitik.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi agar lebih membekali mahasiswa didiknya tentang pembuatan asuhan keperawatan medikal bedah khususnya penyakit CKD.

4. Bagi Klien dan Keluarga Klien

Diharapkan keterlibatan dan kerja sama antara klien dan keluarga klien dengan perawat dalam proses keperawatan sehingga didapatkan proses keperawatan yang berkesinambungan, cepat, dan tepat kepada klien.



DAFTAR PUSTAKA

- Ariyana. (2020). Pengaruh Terapi Range of Motion (ROM) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot. *Literature Review*.
- Brunner, & Suddarth. (2016). *Brunner & Suddarth's Canadian Textbook of Medical-Surgical Nursing*.
- Herawati. (2023). Edukasi Slow Deep Breathing Exercise untuk Mengatasi Hipertensi pada Posyandu Lansia Abadi 9. *Indonesian Journal of Community Services in Engineering & Education (IJOCSSE)*, 3 (suppl. 1), 9-16. <http://ejournal.upi.edu/index.php/IJOCSSE/>
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika.
- Muzaki, Ahmad. (2022). Penerapan Pemberian Terapi Oksigenasi dan Posisi Semi Fowler Dalam Mengatasi Masalah Pola Napas Tidak Efektif di IGD. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 3 (suppl. 2), 139-145. <https://www.journal.akperkabpurworejo.ac.id/index.php/nsj/article/view/143>.
- Nahas, M. E., & Adeera, L. (2020). *Chronic Kidney Disease: A Practical Guide to Understanding and Management*. Oxford University Press.
- Nanda. (2020). Monitor Kebutuhan Cairan pada Pasien CKD. Universitas Airlangga.
- Nuari, N. A., & Widayati, D. (2017). *Gangguan pada Sistem Perkemihan dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta. Deepublish.
- Pratama, A. (2020). Mekanisme Koping Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Unit Hemodialisa RSUD Bandung. *Jurnal SMART Keperawatan*, 7 (suppl. 1), 18-21. <http://stikesyahoedsmg.ac.id/ojs/index.php/sjpk>.
- Septiwi, C. (2020). Penerapan Model Adaptasi Roy pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan penyakit Ginjal Kronis. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 16 (suppl. 2), 101-111. <http://ejournal.stikesmuhgombong.ac.id>.
- Sujan, T. (2019). Survei Kejadian Hipertensi Dan Kesehatan Ginjal Pada Lansia Di Dusun Bagongan, Desa Tolokan, Kecamatan Getasan, Kabupaten Semarang. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 6 (suppl. 3), 684-689. <http://nursingjournal.respati.ac.id/index.php/JKRY/index>.

- Sukandar, D. (2021). Studi Kasus: Ansietas Pada Pasien Gagal Gijal Kronik. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 4 (suppl. 3), 437-446. <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj>.
- Suryanti. (2018). Aplikasi Teori Konsep Keperawatan Jean Watson. *Journal of Nursing and Public Health*.
- Tarwoto. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* (5th ed.). Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)* (2nd ed.). DPP PPNI.
- Zaenurrohmah, D. H., & Rachmayanti, R. D. (2019). Hubungan Pengetahuan Dan Riwayat Hipertensi dengan Tindakan Pengendalian Tekanan Darah Pada Lansia. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 5 (suppl. 2), 174-184. <https://pdfs.semanticscholar.org/924a/1be400b125f0676def31b1eefbb56afb5dc8.pdf>.

