

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERKEMIHAN : CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI
RUANG BOUGENVILLE RS TK.IV GUNTUR GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

SAHLA AMSILA
NIM : KHGA22022



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN : CHRONIC KIDNEY
DISEASE (CKD) DI RUANG BOUGENVILLE RS TK.IV
GUNTUR GARUT**

Penulis : SAHLA AMSILA

NIM : KHGA22022

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Di Hadapan Tim Penguji
Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing



H. Engkus Kurnadi, S.Kep., M.Kes.

LEMBAR PENGESAHAN

**Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN : CHRONIC KIDNEY
DISEASE (CKD) DI RUANG BOUGENVILLE RS TK.IV
GUNTUR GARUT**

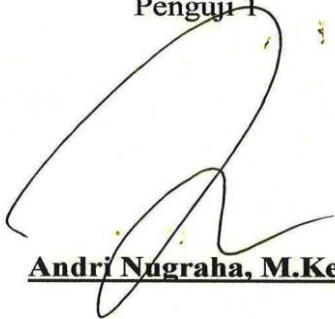
Penulis : SAHLA AMSILA

NIM : KHGA22022

Garut, Juli 2025

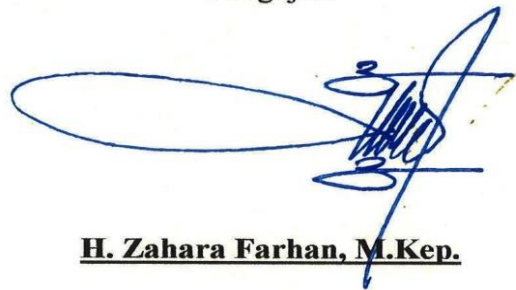
Menyetujui,

Penguji 1



Andri Nugraha, M.Kep.

Penguji 2



H. Zahara Farhan, M.Kep.

Mengetahui,

Ketua Program Studi D3 Keperawatan

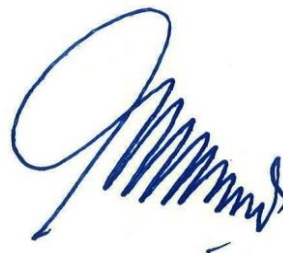
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Mengesahkan,

pembimbing



H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes.

ABSTRAK
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.D DENGAN GANGGUAN SISTEM
PERKEMIHAN : CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG
BOUGENVILLE RS TK.IV GUNTUR GARUT

Penulis : Sahla Amsila

Pembimbing : H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes.

IV Bab, 89 Halaman, 15 Tabel, 3 Lampiran

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang irreversible dan progresif dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia. Hemodialisis merupakan sebuah terapi dengan teknologi tinggi untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah seperti air, natrium, kalium. Berdasarkan data Rekam Medik RS TK.IV Guntur Garut, penyakit CKD dalam periode Januari 2024-Mei 2025 sebanyak 398 kasus. Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memperoleh pengalaman nyata dan mampu memahami dan melaksanakan berbagai kepentingan secara komprehensif meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan metode penulisan deskriptif dengan teknik studi kasus. Beberapa masalah yang ditemukan pada Tn.D yaitu Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Tindakan yang dilakukan berupa monitor pola nafas, memposisikan semi fowler atau fowler, membatasi asupan cairan dan garam, identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memberikan distraksi yang menenangkan.

Kata Kunci : CKD, Hemodialisa, Sistem Perkemihan

Daftar Pustaka : 18 Sumber (2015-2023)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT., yang telah mencurahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua.shalawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada nabi kita, Muhammad SAW beserta keluarga, para sahabatnya, dan kita selaku umatnya. Atas karunia dan izin-Nya penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.D DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN : CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG BOUGENVILLE RS TK.IV GUNTUR GARUT”**.

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, nasehat, dukungan, dan bantuan yang bersifat moril maupun materil yang sangat berharga, untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hidayat MA, Selaku Ketua Pimpinan Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE.,M.Si, Selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, Selaku Ketua Stikes Karsa Husada Garut.

4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., Selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., Selaku Pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang menyediakan waktu, banyak membantu dan memberi bimbingan, petunjuk serta dorongan kepada penulis dengan penuh kesabaran dan tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepada staff dan dosen STIKes Karsa Husada Garut khususnya prodi Diploma III Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Kepada pembimbing Rumah Sakit Ibu Ajeng Sri F, S.Kep.,Ners, selaku pembimbing Rumah Sakit, terimakasih telah menyediakan waktu, banyak membantu dan memberi bimbingan, petunjuk serta dorongan kepada penulis dengan penuh kesabaran dan tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepada klien Tn.D dan keluarga yang telah bekerja sama dan memberikan informasi pada saat penulis melaksanakan asuhan keperawatan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
9. Kepada kedua Orang Tua tercinta, terkasih, dan tersayang, Ayah Ade Hasanudin dan Ibu Erna Resnawati. Terima kasih penulis ucapkan atas segala pengorbanan dan ketulusan yang diberikan. Terima kasih selalu senantiasa memberikan yang terbaik, tak kenal lelah mendoakan, mengusahakan,

memberikan dukungan baik secara moral maupun finansial, serta memprioritaskan pendidikan dan kebahagiaan anak-anaknya. Semoga dengan adanya Karya Tulis Ilmiah ini dapat membuat Ayah dan Ibu bangga karena telah berhasil menjadikan anak perempuan pertamanya ini menyandang gelar seperti yang diharapkan. Besar harapan penulis semoga Ayah dan Ibu sehat selalu, Panjang umur, dan bisa menyaksikan keberhasilan lainnya yang akan penulis raih di masa yang akan datang.

10. Kepada kedua adik penulis, Ismail Hasan Ibrahim dan Afika Aprilia, yang telah membuat penulis termotivasi untuk bisa terus belajar menjadi sosok kakak yang dapat memberikan pengaruh positif, serta berusaha menjadi panutannya di masa yang akan datang kelak.
11. Kepada keluarga besar terima kasih selalu mendoakan, memberi semangat dan dukungan.
12. Kepada sahabat senadi saya, Nursifa terima kasih telah kebersamai penulis saat susah maupun senang, menjadi pendengar yang baik, selalu menjadi orang yang memberikan semangat, dan selalu meluangkan waktu untuk penulis.
13. Kepada seseorang yang tidak bisa penulis sebutkan Namanya, terimakasih telah kebersamai penulis dalam susah maupun senang, terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis. Berkontribusi banyak dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Walaupun jauh tapi sedia meluangkan waktu maupun materi kepada penulis. Telah bersedia menjadi pendamping dalam segala hal, mendukung dan menghibur dalam kesedihan, mendengar

keluh kesah serta memberi apresiasi dan semangat untuk pantang menyerah dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

14. Terakhir tidak lupa. Kepada diri saya sendiri. Meskipun tidak sempurna terima kasih “Sahla Amsila” sudah memilih untuk bertahan, mau berjuang untuk tetap ada hingga saat ini, serta menjadi perempuan yang kuat dan ikhlas atas segala perjalanan hidup yang mengecewakan dan menyakitkan. Dengan adanya Karya Tulis Ilmiah ini, telah berhasil membuktikan bahwa kamu bisa. Bagaimanapun kehidupan selanjutnya, hargai dirimu, rayakan dirimu, berbahagialah atas segala proses yang berhasil dilalui untuk masa depan yang lebih baik dan cerah.

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Metode Penulisan.....	5
D. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II	8
TINJAUAN KASUS.....	8
A. Konsep Teori CKD	8
1. Pengertian.....	8
2. Klasifikasi	9
3. Etiologi.....	10
4. Patofisiologi	11
5. Manifestasi Klinis.....	17
6. Penatalaksanaan Medis	19
7. Pemeriksaan Penunjang	20
8. Konsep Hemodialisis	21
9. Dampak dari CKD terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	23
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan Chronic Kidney Disease (CKD).....	23
1. Pengkajian Keperawatan.....	23
2. Analisa Data	28
3. Diagnosa Keperawatan	29
4. Intervensi Keperawatan	31
5. Implementasi	37

6. Evaluasi.....	37
7. Catatan Perkembangan	38
BAB III.....	39
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	39
A. TINJAUAN KASUS	39
1. Pengkajian Keperawatan.....	39
2. Diagnosa Keperawatan	49
3. Intervensi	51
4. Implementasi Dan Evaluasi	54
5. Catatan Perkembangan	56
B. Pembahasan	60
1. Pengkajian	60
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	63
3. Perencanaan	67
4. Implementasi	68
5. Evaluasi	70
BAB IV	73
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	73
A. Kesimpulan.....	73
B. Rekomendasi.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....	77

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data Penyakit di RS TK.IV Guntur	3
Tabel 2. 1 Klasifikasi penyakit gagal ginjal kronis.....	10
Tabel 2. 2 F terjadinya CKD menurut (PERNEFRI, 2020).....	11
Tabel 2. 3 Pathway CKD Menurut (Hunaifi, 2022)	14
Tabel 2. 4 Analisa Data	28
Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan	31
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	46
Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium.....	48
Tabel 3. 3 Terapi Medis	48
Tabel 3. 4 Analisa Data	48
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan	51
Tabel 3. 6 Implementasi & Evaluasi.....	54
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan Hari ke-1	56
Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan Hari ke-2	58
Tabel 3. 9 Catatan Perkembangan Hari ke-3	59

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran 2 Leaflet
Lampiran 3 Lembar Bimbingan
Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan kondisi kerusakan ginjal yang berlangsung dalam jangka waktu lama dan ditandai dengan penurunan kemampuan ginjal dalam menyaring darah, yang diukur melalui Laju Filtrasi Glomerulus (LFG). Saat ini, sekitar 10% populasi global mengalami penyakit ini, dengan jutaan kematian setiap tahunnya akibat keterbatasan akses terhadap pengobatan. Pada penderita CKD yang telah memasuki stadium akhir, diperlukan terapi dialysis karena ginjal tidak lagi mampu menjalankan fungsinya secara optimal. Proses hemodialis yang dijalni pasien kerap menimbulkan tekanan psikologis dan stres. (Dwi Astuti, Renindra, 2022)

CKD kini menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang serius, mengingat angka kejadian dan prevalensinya yang terus meningkat. Selain itu, terapi pengganti ginjal yang diperlukan juga tergolong mahal. Salah satu bentuk terapi untuk CKD stadium akhir adalah dialysis, yang berfungsi menggantikan sebagian fungsi ginjal. Tindakan ini mencakup dua metode utama, yaitu hemodialisis dan dialysis peritoneal. Diantara keduanya, hemodialisis menjadi pilihan paling umum dan banyak digunakan. (Permatasari, 2018)

Hemodialisa adalah salah satu metode pengobatan yang umum digunakan untuk mengelola gagal ginjal kronik. Prosedur ini bertujuan untuk membersihkan darah dari sisa-sisa dan zat-zat berbahaya yang biasanya disaring oleh ginjal yang sehat. Selama prosedur hemodialisa, darah dipompa keluar dari tubuh ke dalam mesin dialysis, yang mana darah dibersihkan dan kemudian kembali ke tubuh. Proses ini dapat menyebabkan sedikit pengenceran darah yang dapat mengurangi konsentrasi eritrosit, sehingga indikasinya adalah terdapat pengurangan jumlah eritrosit saat sesudah hemodialisa (Marweni dkk, 2022).

Menurut data dari *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2019 sekitar 15% populasi dunia menderita gagal ginjal kronis, yang mengakibatkan sekitar 1,2 juta kematian. Pada tahun 2020, tercatat sebanyak 254.028 kematian disebabkan oleh kondisi ini. Sementara itu, pada tahun 2021, jumlah penderita gagal ginjal kronis mencapai lebih dari 843,6 juta orang, dan diperkirakan angka kematian akibat penyakit ini akan meningkat hingga 41,5% pada tahun 2040. Tingginya angka tersebut menempatkan gagal ginjal kronis sebagai penyebab kematian ke-12 secara global. (WHO, 2021).

Menurut Riskesdas tahun 2018, prevalensi Gagal Ginjal Kronik (GGK) di Indonesia mencapai 2%, dan meningkat menjadi 3,8% pada tahun 2018. Data Riskesdas 2018 juga menunjukkan bahwa kelompok usia di atas 75 tahun memiliki prevalensi GGK tertinggi, yakni sebesar 0,6%, lebih tinggi dibandingkan kelompok usia lainnya. Berdasarkan jenis

kelamin, laki-laki menunjukkan prevalensi GGK sebesar 0,3%, angka ini lebih tinggi dibandingkan perempuan. Selain itu, prevalensi penyakit ginjal di Indonesia berada di angka sekitar 0,2%, dengan kecenderungan meningkat seiring bertambahnya usia. Kenaikan ini cukup signifikan pada kelompok usia 35-44 tahun (0,3%), 45-54 tahun (0,4%), dan 55-74 tahun (0,5%). Kalimantan Utara menjadi provinsi dengan prevalensi GGK tertinggi, yaitu 0,64%, sedangkan prevalensi terendah ditemukan di Sulawesi Barat dengan 0,18%. Meskipun belum tersedia data nasional yang lengkap terkait insidensi dan prevalensi GGK pada anak-anak, tercatat pada tahun 2017 terdapat 220 anak dengan GGK stadium akhir yang menjalani dialysis, serta 13 anak yang menjalani transplantasi ginjal di 16 rumah sakit pendidikan di Indonesia.

Berdasarkan data Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut
Periode : Januari 2024 – Mei 2025

Tabel 1. 1 Data Penyakit di RS TK.IV Guntur

No	Jenis Penyakit	Jumlah
1	Ileus Obstruktif	269 Jiwa
2	Chronic Kidney Disease	398 Jiwa
3	Hernia Inguinal	208 Jiwa
4	Appendicitis Akut	113 Jiwa
5	Tumor Mammae	425 Jiwa
6	Diabetes Mellitus	156 Jiwa
7	Ulkus Diabetikum	66 Jiwa
8	Penyakit Paru-Paru Obstruktif Kronik	155 Jiwa
9	Typhoid	961 Jiwa
10	Fraktur	391 Jiwa
11	hemorroid	236 Jiwa
12	Abdominal Pain	56 Jiwa
13	Dengue Hemoragic Fever	581 Jiwa
14	Stroke	936 Jiwa
15	Cholelithiasis	196 Jiwa

Berdasarkan data Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut penyakit CKD dalam kurun waktu 1 tahun terakhir dengan jumlah kasus 398 Jiwa dari seluruh kasus yang ada berdasarkan catatan medical record RS TK.IV Guntur Garut periode januari 2024 sampai 2025 (Sumber : Data Medical Record RS TK.IV Guntur Garut tahun 2025).

Dampak dari CKD terhadap kebutuhan dasar manusia seperti kelebihan volume cairan, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan, perubahan integritas kulit, intoleransi aktivitas, dan kurangnya pengetahuan tentang penyakit. Komplikasi gagal ginjal kronis meliputi retensi cairan, yang dapat menyebabkan pembengkakan di lengan dan kaki, tekanan darah tinggi atau cairan di paru-paru (edema paru). Peningkatan mendadak kadar kalium dalam darah (hiperkalemia), yang dapat mengganggu fungsi jantung dan dapat mengancam jiwa. (Smeltzer, c. Suzanne dan Bare, 2020)

Dalam proses keperawatan pasien dengan CKD, perawat memiliki peran penting dalam menjalankan fungsi dan tanggung jawab profesionalnya dalam memberikan pelayanan kesehatan. Salah satu peran utama perawat adalah melakukan pengkajian, yang menjadi bagian penting karena berfungsi sebagai dokumentasi atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan terhadap pasien.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual pada Tn.D dengan gangguan sistem perkemihan : (CKD) Chronic Kidney Disease di Ruang Bougenville RS TK.IV Guntur Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Tn.D dengan gangguan sistem perkemihan : chronic kidney disease
- b. Mampu merumuskan diagnose keperawatan pada Tn.D dengan gangguan sistem perkemihan : chronic kidney disease
- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan yang paling mendasar pada Tn.D dengan gangguan sistem perkemihan : chronic kidney disease
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun
- e. Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang sesuai dengan perencanaan dan pelaksanaan yang diberikan pada Tn.D dengan gangguan sistem perkemihan : chronic kidney disease.

C. Metode Penulisan

Penulisan karya tulis ini menggunakan metode berbentuk studi kasus atau pemecahan masalah, karya tulis ini memusatkan diri secara intensif pada suatu objek tertentu yang mempelajarinya sebagai suatu kasus. Data studi kasus dapat diperoleh dari semua pihak bersangkutan,

dengan kata lain dalam studi ini dikumpulkan dari berbagai sumber.
(Nawawi, 2018)

Pendekatan yang dilakukan dalam penulisan karya tulis ini adalah dengan pendekatan asuhan keperawatan. Adapun teknik dalam pengumpulan data menurut (Nawawi, 2018) adalah :

1. Wawancara

Pengumpulan data dengan cara langsung melakukan komunikasi lisan pada klien mengenai hal-hal yang berhubungan langsung dengan masalah klien.

2. Observasi

Penulis secara langsung memperhatikan keluhan dan masalah yang terjadi pada klien dengan (CKD) chronic kidney disease melalui pengkajian fisik.

3. Studi Kepustakaan

Penulis membaca berbagai literature untuk mendapatkan keterangan dan dasar tertulis yang berhubungan dengan kasus (CKD) chronic kidney disease

4. Dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status klien untuk melengkapi data yang diperlukan.

5. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada klien Tn.D dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi

pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

D. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari empat Bab dengan sistematika penulisan sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan terdiri dari latar belakang masalah, tujuan, metode telaahan dan teknik pengumpulan data serta sistematika penulisan. Bab II Tinjauan Teoritis mengemukakan tentang konsep dasar penyakit meliputi pengertian, psikodinamika, proses terjadinya gangguan, tanda dan gejala, serta tinjauan teoritis tentang Asuhan Keperawatan mulai dari Pengkajian sampai dengan Evaluasi.

Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan meliputi pengkajian dan diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan catatan perkembangan serta pembahasan kasus yang berisikan ulasan naratif dari setiap tahapan proses keperawatan. Bab IV Kesimpulan dan Rekomendasi berisi kesimpulan dan pelaksanaan Asuhan Keperawatan, serta rekomendasi yang operasi.

BAB II

TINJAUAN KASUS

A. Konsep Dasar CKD

1. Pengertian

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan kondisi kerusakan pada ginjal yang mengakibatkan organ ini tidak mampu mengeluarkan zat racun dan limbah dari dalam darah. Kondisi ini ditandai dengan adanya protein dalam urine dan penurunan laju filtrasi glomerulus yang berlangsung lebih dari 3 bulan (Kronis et al, 2021).

Gagal ginjal kronis terjadi ketika sebagian besar nefron di kedua ginjal tidak lagi berfungsi. Kondisi ini dikategorikan sebagai gagal ginjal jika laju filtrasi glomerulus (GFR) menurun secara tiba-tiba hingga 50% atau lebih, yang dapat menyebabkan oliguria maupun anuria serta penumpukan zat sisa metabolisme dalam darah (azotemia). (Mulyani, Novi, 2022)

Gagal ginjal dapat bersifat akut maupun kronis, gagal ginjal akut masih dapat disembuhkan apabila ditangani dengan tepat, sedangkan gagal ginjal kronis merupakan tahap akhir penyakit ginjal yang bersifat progresif dan tidak dapat dipulihkan. Pada tahap ini, tubuh kehilangan kemampuannya dalam mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit, sehingga menyebabkan terjadinya uremia (Novi Mulyani, 2022).

Gagal ginjal kronis merupakan kerusakan ginjal yang berlangsung secara progresif dan dapat mengancam jiwa, ditandai dengan kondisi uremia, yaitu penumpukan urea dan limbah nitrogen lainnya dalam darah, yang akan menimbulkan komplikasi serius apabila tidak ditangani melalui dialysis atau transplantasi ginjal (Nuari & Widayati, 2018). Berdasarkan beberapa definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronis adalah kondisi terganggunya fungsi ginjal secara bertahap, sehingga ginjal tidak lagi mampu menjaga keseimbangan metabolisme, cairan, dan elektrolit, yang pada akhirnya menyebabkan akumulasi limbah metabolik seperti ureum dan kreatinin dalam darah.

2. Klasifikasi

Klasifikasi atas dasar derajat penyakit, dibuat berdasarkan LFG, yang digunakan menggunakan rumus Kochkerft-Gault sebagai berikut :

Laki-laki

$$CCT = \frac{(140 - \text{umur}) \times BB \text{ (kg)}}{\text{kreatinin serum (mg/dl)}}$$

Wanita : $0,85 \times CCT$

Perhitungan terbaik LFG adalah dengan menentukan bersihan kreatinin

yaitu :

$$\text{Bersihan kreatinin} = \frac{\text{kreatinin urin } \left(\frac{\text{mg}}{\text{dl}}\right) \times \text{vol urin (ml. 24jam)}}{\text{kreatinin serum } \left(\frac{\text{mg}}{\text{dl}}\right) \times 1440 \text{ menit}}$$

Tabel 2. 1 Klasifikasi penyakit gagal ginjal kronis

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mnt/1,73m2)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat	≥ 90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun ringan	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun ringan	15-29
5	Gagal ginjal terminal	≤ 15 atau dialysis

3. Etiologi

Banyak kondisi klinis yang menyebabkan terjadinya Chronic Kidney Disease (CKD). Faktor penyebab ini dapat berasal langsung dari organ ginjal maupun dari sistem tubuh lainnya di luar ginjal (Harmilah, 2020) :

- 1) Penyakit yang berasal dari ginjal
 - a) Gangguan pada glomerulus
 - b) Infeksi bakteri, termasuk pielonefritis dan urethritis
 - c) Adanya batu ginjal (nephrolitiasis)
 - d) Kelainan struktural seperti kista ginjal (polycystic kidney)
 - e) Cedera langsung pada ginjal
 - f) Obstruksi pada saluran kemih akibat batu, tumor, atau penyempitan

2) Penyakit sistemik atau kondisi diluar ginjal

- a) Penyakit sistemik seperti diabetes mellitus, hipertensi, dan hiperkolesterolemia
- b) Dislipidemia
- c) Penyakit autoimun seperti Systemic Lupus Erythematosus (SLE)
- d) Infeksi sistemik seperti tuberkolosis paru, sifilis, malaria, dan hepatitis
- e) Komplikasi kehamilan seperti preeklamsia
- f) Penggunaan obat-obatan tertentu yang bersifat nefrotoksik
- g) Kehilangan cairan berlebihan, misalnya akibat luka bakar luas

Tabel 2. 2 Penyebab terjadinya CKD menurut (PERNEFRI, 2020)

Etologi	Insiden
Glomerulonefritis	46,39%
Diabetes Mellitus	18,65%
Obstruksi dan Infeksi	12,85%
Hipertensi	8,46%
Sebab lain	13,65%

4. Patofisiologi

Patofisiologi CKD awalnya disebabkan 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 angiotensis aldosterone intarenal, berkontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi. Sclerosis dan

progresifitas tersebut. Pada aktivitas jangka Panjang Aksis renin angiotensin, aldosterone, sebagian dihubungkan oleh growth factor seperti transforming growth factor. Albuminuria, hipertensi, hyperglikemia dan dyslipidemia sangat berperan penting terhadap terjadinya progresifitas penyakit gagal ginjal kronik. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sclerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstitial.

Laju filtrasi glomerulus (LFG) pada stadium awal CKD ini masih normal atau bisa saja mengalami peningkatan sedikit. Apabila kondisi ini tidak segera ditangani maka aktivitas penurunan fungsi nefron akan berlangsung progresif pengurangan masa ginjal terus menerus akan mengakibatkan hiperfentilasi, kondisi ini membuat tekanan darah glomerulus dan tekanan kapiler akan meningkat. Proses adaptasi ini relative singkat setelahnya akan terjadi proses maladaptasi berupa sisa sclerosis nefron. Pada kondisi ini mengalami penurunan nefron yang progresif, walaupun inangnya sudah tidak aktif lagi.

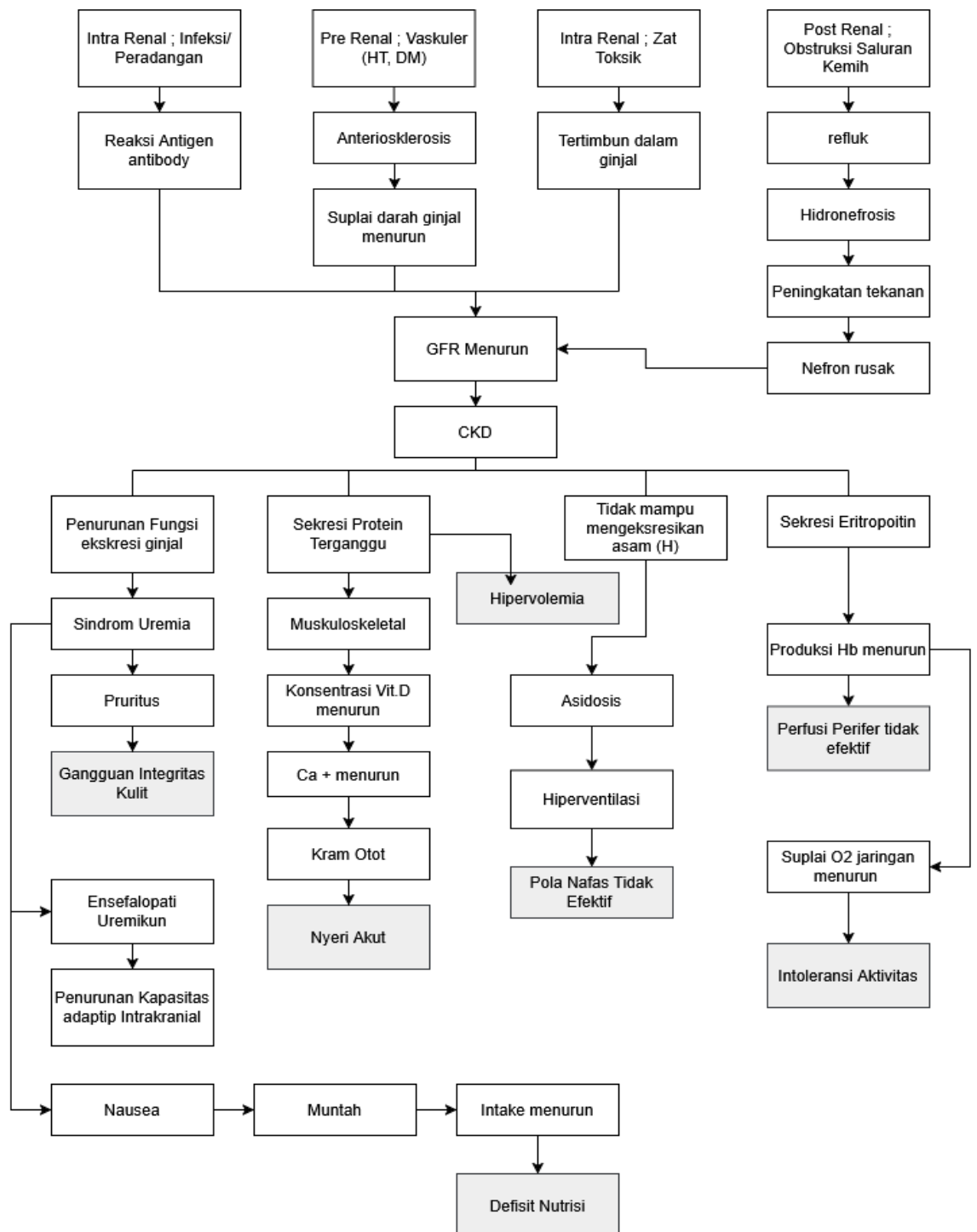
Di stadium awal CKD ginjal akan kehilangan daya cadang ginjal (renal reserve), di kondisi ini LFG bisa normal atau bahkan meningkat, perlahan tapi pasti fungsi nefron akan menurun secara progresif, dimana akan muncul tanda seperti peningkatan kadar kreatinin, serum dan urea. Ketika LFG sudah 60% pun pasien masih 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, nocturia. 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 hypovolemia atau hypervolemia, 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 disebut dengan stadium gagal ginjal. (Hunaifi, 2022).

Pathway

Bagan 2. 1 Pathway CKD Menurut (Hunaifi, 2022)



Proses terjadinya CKD umumnya diawali oleh penyakit-penyakit kronik seperti diabetes mellitus dan hipertensi, serta kondisi lain seperti glomerulonephritis, penyakit ginjal polikistik, atau obstruksi saluran kemih kronis. Faktor-faktor ini menyebabkan kerusakan pada unit fungsional ginjal, yaitu nefron. Ketika nefron-nefron mengalami kerusakan atau kematian, ginjal akan mencoba mengkompensasi kehilangan tersebut dengan memaksimalkan kerja nefron yang masih sehat melalui mekanisme hiperfiltrasi. Nefron yang tersisa menyaring lebih banyak darah dari kapasitas normalnya, menyebabkan peningkatan tekanan di dalam glomerulus.

Namun hiperfiltrasi ini justru mempercepat kerusakan nefron karena menimbulkan stress mekanis dan oksidatif pada struktur ginjal. Seiring waktu, tekanan intraglomerulus yang tinggi mengakibatkan proteinuria dan kerusakan membran filtrasi glomerulus, respon tubuh terhadap cedera ini adalah aktivasi sistem imun dan inflamasi kronis, yang menghasilkan sitokin pro-inflamasi. Sitokin ini memicu pembentukan jaringan parut atau fibrosis pada ginjal, menggantikan jaringan ginjal normal dengan jaringan non-fungsional. Selain itu, aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) sebagai respon terhadap penurunan perfusi ginjal akan memperparah hipertensi dan mempercepat kerusakan struktural ginjal.

Akibat penurunan jumlah nefron dan progresif fibrosis, kemampuan ginjal untuk menyaring darah, mengatur keseimbangan

elektrolit, cairan, serta asam-basa tubuh menjadi terganggu. Limbah metabolik seperti urea dan kreatinin mulai menumpuk dalam darah (uremia), disertai gangguan lain seperti hiperkalemia, asidosis metabolic, dan retensi cairan. Kerusakan ginjal kronis juga menimbulkan komplikasi sistemik, seperti anemia akibat berkurangnya produksi eritropoietin, gangguan metabolisme tulang dan mineral, serta peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler. Bila tidak ditangani dengan tepat, CKD akan berkembang hingga mencapai tahap akhir atau End Stage Renal Disease (ESRD), dimana pasien membutuhkan terapi pengganti ginjal seperti dialysis atau transplantasi ginjal untuk mempertahankan kelangsungan hidup.

5. Manifestasi Klinis

Menurut (Hamzah, 2021), manifestasi klinis pada pasien CKD dibedakan menjadi dua tahap yaitu pada stadium awal dan stadium akhir.

- a. Manifestasi stadium awal seperti kelemahan, mual, kehilangan gairah, perubahan urinasi, edema, hematuria, urine berwarna lebih gelap, hipertensi, kulit yang berwarna abu-abu.
- b. Manifestasi klinis pada stadium akhir :
 - 1) Manifestasi umum (kehilangan gairah, kelelahan, edema, hipertensi, fetor uremik)
 - 2) Sistem respirasi sesak, edema paru, krekels, kussmaul, efusi pleura. Depresi refleks batuk, nyeri pleuritik, nafas pendek,

takipnea, sputum kental, pneumonitis uremik. Penurunan ekskresi H^+ terjadi karena ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mengekskresi NH_3 (ammonia) dan menyerap HCO_3 (natrium bikarbonat), serta penurunan ekskresi asam-asam organik dan fosfat. Asidosis berkontribusi terhadap anoreksia, kelelahan, dan mual pada pasien uremik. Pernafsan kussmaul adalah nafas berat dan dalam, gejala yang jelas dari asidosis yang disebabkan oleh kebutuhan meningkatkan ekskresi karbon dioksida untuk mengurangi asidosis (Nurbadriyah, 2021).

- 3) Sistem kardiovaskuler : edema periorbital, pitting edema (kaki, tangan, sacrum), hipertensi, friction rub pericardial, ateroklerosis, distensi vena jugularis, gagal jantung, gangguan irama jantung, iskemia pada otot jantung, pericarditis uremia, dan hipertrofi ventrikel kiri, hiperkalemia, hiperlipidemia, tamponade pericardial.
- 4) Sistem integument : pruritus, purpura, kuku tipis dan rapuh, kulit berwarna abu-abu mengkilap, kulit kering, ekimosis, rambut tipis dan kasar, terjadi hiperpigmentasi dan pucat, lesi pada kulit.
- 5) Sistem pencernaan : anoreksia, mual, munta, diare, konstipasi, perdarahan pada mulut dan saluran cerna.

- 6) Sistem musculoskeletal : fraktur tulang, nyeri tulang, kekuatan otot menurun, kram otot, gangguan tumbuh kembang pada anak, footdrop.
- 7) Sistem pernafasan : kejang, penurunan tingkat kesadaran, ketidakmampuan berkonsentrasi, perubahan perilaku, stroke, ensefalopati, neuropati otonom dan perifer, disorientasi, kelelahan, kelemahan.
- 8) Sistem reproduksi : amenorea, atrofi testis, penurunan libido, infertilitas.
- 9) Sistem hematologi : anemia, trombositopenia.

6. 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 dibawah 15 ml/menit terapi pengganti dapat berupa hemodialisis. Dialysis peritoneal transplantasi ginjal. (Ilsa, 2021).

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (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 urine (anuria). Warna urine keruh yang tidak biasa disebabkan oleh nanah, bakteri, lemak, partikel koloid, fosfat atau urat. Berat jenis urine : kurang dari 1.015, kreatinin menurun. Natrium : lebih dari 40mEq/L karena ginjal tidak dapat menyerap kembali natrium. Protein proteinuria tinggi, terdapat edema 3-4, 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 100mg/dL menunjukkan kerusakan ginjal yang parah, kadar BUN lebih dari 200mg/dl merupakan gejala uremia. Nilai kreatinin serum lebih dari 4mg/dl menunjukkan kerusakan ginjal yang parah.
 - 1) Rujukkan nilai kadar ureum
 - 2) Rujukkan nilai kadar kreatinin (sumber Najikhah & Warsono, 2022)
- c. Hitung darah lengkap, kurangnya Hb karena anemia.
- d. Sel darah merah, defisiensi eritroprotein berkurang, misalnya azotemia

- e. GDA, penurunan pH asidosis metabolic (dibawah 7,2) disebabkan oleh hilangnya kemampuan ginjal untuk mengeluarkan hydrogen dan ammonia, atau penurunan katabolisme protein, bikarbonat, penurunan PaCO₂.
- f. Potassium, 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 urine perpindahan cairan, penurunan asupan atau kekurangan asam amino esensial akibat sintesis.
- i. Osmolaritas serum : lebih dari 285 mOsm/kg, seringkali sama dengan urine.

8. Konsep Dasar Hemodialisis

a. Pengertian Hemodialisis

Terapi hemodialisis merupakan sebuah terapi dengan teknologi tinggi untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat lain melalui membrane semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisa pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Smeltzer, C, Suzanne, dan Bare, 2020).

b. Konsep Fisiologi Hemodialisis

Pada dialysis, aliran darah yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh pasien ke dialyzer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dialihkan lagi ke tubuh pasien. Sebagian dialyzer merupakan lempengan rata atau serat artifisial berongga yang berisi ribuan tubulus selfan yang bekerja sebagai membran semi permeabel. Aliran darah akan melewati membran tersebut sementara cairan dialisa bersirkulasi di sekelilingnya. Pertukaran limbah dari darah ke dalam cairan dialisa akan terjadi melalui membran semi permeabel tubulus. (Smeltzer, C, Suzanne, dan Bare, 2020).

Ada tiga prinsip yang mendasari kerja dari hemodialisis yaitu difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah didalam darah dikeluarkan melalui proses difusi, dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi ke cairan dialysis yang konsentrasinya lebih rendah. Cairan dialisa tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi ekstrasel yang ideal. Kadar elektrolit darah dapat dikendalikan dengan mengatur rendaman dialisa (dialysis bath) secara tepat (pori pori kecil dalam membran semi permeabel tidak memungkinkan lolosnya sel darah merah dan protein.) (Brunner & Suddarth, 2014).

9. Dampak dari CKD terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Penyakit CKD mempengaruhi hampir seluruh kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan oksigenasi dapat terganggu akibat anemia karena produksi eritropoietin menurun. Fungsi eliminasi juga menurun sehingga terjadi retensi cairan, penumpukan racun, edema, dan gangguan buang air kecil. Kebutuhan nutrisi sering bermasalah akibat penurunan nafsu makan, mual, muntah, dan pembatasan asupan tertentu. Istirahat dan aktivitas terganggu karena kelelahan, kelemahan, serta gangguan tidur. Kenyamanan fisik menurun akibat nyeri, gatal, dan rasa tidak nyaman lainnya. Selain itu, aspek psikososial juga terdampak karena pasien sering mengalami stress, kecemasan, bahkan depresi akibat perubahan pola hidup dan ketergantungan pada terapi cuci darah. (Brunner & Suddarth, 2017; Smeltzer & Bare, 2013)

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem

Perkemihan Chronic Kidney Disease (CKD)

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses keperawatan dalam mengumpulkan data yang dilakukan melalui pendekatan secara sistematis yang nantinya akan di analisa. Tujuan dari pada pengkajian keperawatan adalah untuk mengidentifikasi, mengenali masalah, kebutuhan pasien, dan

keperawatan pada pasien baik secara fisik, mental, sosial, maupun lingkungan. (Oktaviani, 2020).

a. Pengumpulan Data

Menurut Anwar (2020) pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam lima tahap kegiatan yaitu meliputi, pengumpulan data, analisa data sistematis data, penentuan masalah, dan dokumentasi data. Pengkajian keperawatan bertujuan untuk mengumpulkan data pada pasien, diantaranya sebagai berikut :

1) Identitas Klien

Pada dasarnya pneyakit gagal ginjal akut terjadi pada segala usia, namun lebih sering terjadi pada orang dewasa dan pada jenis kelamin laki-laki. Di Indonesia data daari *Indonesian Renal Registry* (IRR) tahun 2014 menunjukkan kelompok usia terbanyak dengan CKD antara 45-54 tahun dan 55-64 tahun.

2) Identitas Penanggung jawab

Meliputi : nama, umur, jeis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, serta hubungan dengan pasien.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang ditemukan pada saat pengkajian yang dijabarkan dari keluhan utama dengan menggunakan PQRST

- a) *P (Provokativ/Paliatif)* hal-hal yang mengurangi atau memperberat, biasanya pasien mengeluh nyeri. Nyeri bertambah bila pasien bergerak dan nyeri berkurang bila pasien tidak banyak bergerak atau beristirahat dan setelah diberi obat.
 - b) *Q (Quality/Quantity)* yaitu bagaimana gejala dirasakan Nampak atau terdengar dan sejauh mana pasien merasakan keluhan utama. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala >5 (0-10) dan biasanya membuat pasien kesulitan untuk beraktivitas.
 - c) *R (Region)* yaitu dimana terasa gejala, apakah menyebar,
 - d) *S (Skala)* yaitu tingkat nyeri yang dirasakan pasien, biasanya dengan skala >5 (0-10)
 - e) *T (Time)* yaitu mulai muncul serangan nyeri dan berapa lama nyeri hilang selama periode akut.
- 4) Riwayat Penyakit Dahulu
- Biasanya pasien berkemungkinan mempunyai Riwayat penyakit gagal ginjal akut infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat-obat nefrotoksik, penyakit batu saluran kemih, infeksi saluran perkemihan yang berulang, penyakit diabetes mellitus dan penyakit hipertensi pada masa sebelumnya yang menjadi predisposisi penyebab.
- 5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit vaskuler, hipertensi, penyakit metabolic,
 Riwayat menderita penyakit gagal ginjal kronik.

6) Riwayat Psikososial dan Spiritual

Peranan pasien dalam keluarga status emosional meningkat, interaksi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas berlebihan, hubungan dengan tetangga tidak berlebihan, status dalam pekerjaan dan apakah pasien dalam beribadah.

7) Pemeriksaan Fisik

Menurut (Doengoes, 2014)

a) Keadaan Umum

Keadaan umum pasien lemah dan terlihat sakit berat. Tingkat kesadaran menurun sesuai dengan tingkat uremia dimana dapat mempengaruhi sistem syaraf pusat. Pada saat pemeriksaan vital sign, sering didapatkan adanya perubahan pernafasan yang meningkat, suhu tubuh meningkat, serta terjadi perubahan tekanan darah dan hipertensi ringan berat.

b) Pemeriksaan Persistem

1. Sistem penglihatan

Biasanya ditemukan konjungtiva yang anemis atau menurun, tidak ada kelainan dari sistem penglihatan.

2. Sistem Pendengaran

Pada pasien CKD biasanya tidak ada kelainan pada sistem pendengaran.

3. Sistem Penciuman

Bentuk hidung simetris antara kiri kanan, kebersihan hidung dan fungsi hidung sebagai alat indra penciuman.

4. Sistem Pernafasan Biasanya nafas pendek, dispnoe nocturnal paroxysmal, batuk dengan atau tanpa sputum kental dan banyak.

5. Sistem Kardiovaskuler

Pada pasien CKD biasanya ditemukan tanda-tanda syok seperti takikardi (denyut jantung cepat), berkeringat, pucat, hipotensi dan akral dingin.

6. Sistem Pencernaan

Biasanya ada peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), anoreksia, nyeri ulu hati, mual, muntah.

7. Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan biasanya terjadi penurunan keluaran urine dan warna urine menjadi pekat, terdapat distensi kemih, retensi urine.

8. Sistem Integumen

Pada sistem integumen biasanya terjadi peningkatan pada pasien yang mengalami suhu tubuh lebih rendah dari normal.

9. Sistem Muskuloskeletal

Kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak.

10. Data Penunjang Pemeriksaan hematologi ditemukan kadar hemoglobin menurun, leukosit menurun, dan LED meningkat.

2. Analisa Data

Tabel 2. 3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS : - Klien mengatakan sesak DO : - Hb : 9,6 mg/dl Terdapat edema di kedua ekstremitas bawah	Produksi meningkat akan renin lalu terjadi angiotensin, angiotensin lalu merujuk ke sekresi aldosterone dan Reab Na, air lalu cairan L menumpuk dalam jaringan terjadilah hypervolemia.	Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan.
2	DS : - Klien mengeluh sesak DO : - RR : 26x/menit - Terpasang O2 nasal kanul 4lt/menit - Klien tampak lemas	CKD akan mengakibatkan penimbunan asam tubuh dan menyebabkan Ph menurun dan akan menimbulkan asidosis metabolic, lalu Co2 menurun, pCo2 meningkat meujuk pada pernafasan kussmaul dan akan terjadi ketidakefektifan pola nafas.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
3	DS : Klien mengeluh lemas	Hematologi akan menyebabkan produksi eritroprotein menurun lalu akan terjadi produksi sel	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan

	• Klien mengeluh mudah lelah	darah merah menurun merujuk anemia lalu ke HbO ₂ menurun, O ₂ menurun, sel metabolisme menurun dan energi menurun dan akan terjadi intoleransi aktifitas.	antara suplai dan kebutuhan oksigen
	DO : • Aktivitas dibantu keluarga • Frekuensi nafas meningkat • RR : 26x/m • Klien tampak lelah		
4	DS : • Klien mengeluh nyeri DO : • Klien tampak meringis • Frekuensi nadi meningkat • Klien tampak gelisah	Vaskuler akan mengakibatkan arteriosclerosis dan akan merujuk pada suplai darah ke ginjal menurun lalu akan terjadi gangguan pada GFR dan akan mengakibatkan CKD yang nantinya akan membuat penumpukan toksik uremik yang mengakibatkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit sehingga sekresi cairan terganggu dan dapat menyebabkan sindroma uremia dan akan merujuk ke musculoskeletal dan menyebabkan konsentrasi Vit D menurun. Ca menurun dan kram otot lalu akan merasakan nyeri akut.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan, yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan

dengan Kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosa yang mungkin muncul meliputi :

- 1) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan **(D.0022)**
- 2) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ekspansi paru **(D.0005)**
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen **(D.0056)**
- 4) Nyeri akut berhubungan agen pencendera fisiologis **(D.0077)**
- 5) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan/kelebihan volume cairan **(D.0129)**
- 6) Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient **(D.0019)**

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	(D.0022) Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan DS : - Klien mengatakan sesak DO: - Klien tampak bengkak pada kedua ekstremitas bawah - Hb : 9,6mg/dl Terdapat edema	(L.03020) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : - Asupan cairan meningkat - Output urine meningkat - Membrane mukosa lembab meningkat - Edema meningkat - Tekanan darah membaik Frekuensi nadi membaik	(I.03114) Manajemen Hipervolemia Observasi : - Periksa tanda dan gejala hipervolemia - Monitor status hemodinamik Terapeutik : - Batasi asupan cairan dan garam - Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 Eduaksi : - Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi :	- Untuk mengetahui tanda gejala hipervolemia - Untuk mengetahui status hemodinamik - Agar pasien tidak kelebihan cairan - Agar pasien nyaman - Agar pasien tidak kelebihan cairan - Untuk membuang kelebihan air dan garam dalam tubuh

Kolaborasi pemberian diuretic				
2	(D.0005)	(L.01004)	(I.01011)	• Untuk mengetahui pola nafas • Untuk mengetahui bunyi nafas • Agar pasien nyaman • untuk mengurangi sesak • untuk mengurangi sesak
	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru DS : • Klien mengeluh sesak DO: • RR : 26x/menit • Terpasang O2 nasal kanul 4lt/menit Klien tampak lemas	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil : • Dispnea menurun • Penggunaan otot bantu nafas menurun • pemanjangan fase ekspirasi menurun • frekuensi nafas membaik • kedalaman nafas membaik	Manajemen jalan nafas Observasi : • monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) • monitor bunyi nafas tambahan Terapeutik : • Posisikan semifowler atau fowler • Berikan oksigen, jika perlu Kolaborasi : Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	
3	(D.0056)	(L.05047)	(I.05178)	• untuk mengetahui bagian tubuh yang terasa lelah • untuk mengetahui lokasi • agar pasien nyaman
	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas	Manajemen Energi Observasi : • identifikasi gangguan	

dan kebutuhan oksigen	meningkat dengan kriteria hasil	fungsi tubuh yang	• untuk kenyamanan
DS :	:	mengakibatkan kelelahan	pasien
• Klien mengeluh lemas	• keluhan lelah menurun	• monitor lokasi dan	• untuk kenyamanan
• Klien mengeluh mudah lelah	• dispnea saat aktivitas menurun	ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	pasien
DO:	• frekuensi nadi	Terapeutik :	• untuk melatih kekuatan otot pasien
• Aktivitas dibantu keluarga	membaik	• sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus	untuk memenuhi asupan nutrisi pada pasien
• Frekuensi nafas meningkat		• berikan aktivitas distraksi yang menenangkan	
• RR : 26x/m			
klien tampak lelah			
		Edukasi :	
		• anjurkan tirah baring	
		• anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	
		Kolaborasi :	
		kolaborasi dengan ahli gizi	
		tentang cara meningkatkan asupan makanan	
4 (D.0077)	(L.08066)	(I.08238)	• Untuk mengetahui

Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : • Keluhan nyeri menurun • Gelisah menurun • Tampak meringis menurun • Nadi membaik • TD menurun (90/60 mmHg – 120/80 mmHg)	Manajemen Nyeri Observasi: • Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, karakteristik, kualitas, intensitas nyeri. • Identifikasi skala nyeri Terapeutik : • Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam) • kontrol lingkungan yang memperberat nyeri Edukasi : • Ajarkan teknik nonfarmakologis Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan integritas nyeri. • Agar kita mengetahui tingkat cedera yang dirasakan pasien • agar pasien mau dan mampu memotivasi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan • untuk mengurangi factor yang memperberat rasa nyeri • agar pasien dapat mengetahui teknik nonfarmakologis untuk meredakan dan mengurangi rasa nyeri • untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien.
---	--	---	---

5	(D.0129) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan/kelebihan volume cairan	(L.14125) Integritas kulit/jaringan meningkat Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : • Kerusakan jaringan menurun • Kerusakan lapisan kulit menurun	(I.11353) Perawatan integritas kulit Observasi : • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik : • Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring • Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu. Edukasi : • Anjurkan menggunakan pelembab • Anjurkan minum air yang cukup • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	• Untuk mengetahui perubahan sirkulasi, nutrisi, penurunan kelembapan • untuk mencegah terjadinya lesi atau ulkus pada kulit • untuk mencegah terjadinya penonjolan pada tulang • untuk menjaga kelembapan kulit • untuk menjaga status hidrasi kulit • untuk menjaga kesehatan kulit tetap baik
6	(D.0019) Defisit Nutrisi Berhubungan dengan	(L.03030) Status nutrisi membaik Setelah dilakukan tindakan	(I.03119) Manajemen Nutrisi Observasi :	• Untuk mengetahui status nutrisi • Untuk mengetahui

ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : • porsi makan yang dihabiskan meningkat • berat badan meningkat	• identifikasi status nutrisi • identifikasi makanan yang disukai • monitor asupan makanan • monitor berat badan Terapeutik : • sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai • berikan makanan yang tinggi kalori dan protein Edukasi : • ajarkan diet yang di programkan Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan	makanan kesukaan pasien • Untuk mengetahui asupan makanan • Untuk mengetahui berat badan pasien • Agar pasien suka • Untuk memenuhi kebutuhan pasien • Agar berat badan pasien terkontrol • Agar pasien mau makan sesuai yang dianjurkan.
--------------------------------------	--	---	--

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tahap dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Perawat mengimplementasikan Tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan partisipasi klien dalam tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang diharapkan. (Tim Pokja DPP PPNI, 2018)

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat guna membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya, sehingga dapat mencapai kondisi kesehatan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditentukan. (Suwigjno et al.,2022).

Komponen tahap implementasi :

- a. Tindakan keperawatan mandiri
- b. Tindakan keperawatan edukatif
- c. Tindakan keperawatan kolaboratif
- d. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap asuhan keperawatan.

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan memberikan setiap aktivitas dan apakah hasil yang diharapkan telah tercapai. Menurut (Rubenfeld & Scheffer 2019). Tahap evaluasi pada teori dan kasus memiliki persamaan dalam pelaksanaannya yaitu bahwa pelaksanaan evaluasi berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang telah dirumuskan dalam

perencanaan sehingga hasil evaluasi terhadap beberapa diagnosis keperawatan dapat di klasifikasikan menjadi teratasi, teratasi sebagian, belum teratasi.

7. Catatan Perkembangan

Pada tahap ini dilakukan untuk mengetahui perkembangan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan menggunakan catatan.

SOAPIER

S : Subjektif	: Data keluhan dari pasien
O : Objektif	: Data hasil observasi
A : Analisis	: Menganalisa masalah
P : Planning	: Perencanaan
I : Implementasi	: Pelaksanaan
E : Evaluasi	: Evaluasi hasil tindakan
R : Reassessment	:

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengumpulan Data

a) Identitas Klien

Nama	: Tn. D
Umur	: 39 Tahun
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Buruh Harian
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Suku Bangsa	: Sunda
Agama	: Islam
Alamat	:Kp. Jati 06/01 Tarogong Kaler,Garut
Tanggal Masuk	: 20-04-2025
Tanggal Pengkajian	: 21-04-2025
No Rekam Medis	: 208221
Diagnose Medis	: Chronic Kidney Disease (CKD)

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. S
Umur	: 37 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan
 Pendidikan : SMA
 Agama : Islam
 Alamat : Kp. Jati 06/01 Tarogong Kaler, Garut
 Hubungan dengan Klien: Istri

b. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Sesak nafas

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 April 2025, klien ditemukan dalam keadaan umum tampak lemas, bibir tampak pucat dan kering, klien mengatakan sesak nafas, sesak semakin meningkat apabila klien terlalu banyak beraktivitas, pasien mengeluh badan terasa lemas dan mudah lelah, klien terpasang selang oksigen nasal kanul 4lt/menit, terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya pernah mengalami hal seperti ini sejak 3 bulan yang lalu, pasien juga tidak mempunyai Riwayat penyakit menular atau penyakit keturunan seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus, dan tidak memiliki Riwayat alergi obat atau makanan.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan dalam anggota keluarga tidak ada yang pernah mengalami penyakit seperti saat ini dan di keluarga tidak ada yang memiliki penyakit genetic seperti Diabetes Mellitus, TBC, Jantung Hipertensi, maupun penyakit menular lainnya.

c. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Penampilan	: Pasien tampak lemas
Kesadaran	: Composmentis
Respon Motorik	: 6 (mengikuti perintah)
Respon Bicara	: 5 (orientasi baik)
Respon Mata	: 4 (spontan dan membuka mata)
Jumlah	: 15 (normal)

2. Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah	: 165/82 mmHg
Respirasi	: 26x/menit
Nadi	: 85x/menit
Suhu	: 36,8°C

SpO₂ : 98% dengan O₂ nasal kanul

4lt/menit

BB : 60

TB : 170

3. Pemeriksaan Fisik Persistem

a) Sistem Pernafasan

Pada saat dilakukan pengkajian bentuk dada simetris, pasien tampak sesak, pengembangan dada simetris, terdapat suara nafas tambahan rales, dan pola nafas tidak teratur, pasien terpasang selang oksigen nasal kanul 4lt/menit, frekuensi nafas 26x/menit, bunyi nafas vesikuler dan tidak ada otot bantu nafas.

b) Sistem Kardiovaskuler

Pada saat dilakukan pengkajian nadi teraba kuat, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada nyeri dada, frekuensi nadi 88x/menit, irama jantung regular, tekanan darah 165/82 mmHg.

c) Sistem Pencernaan

1) Mulut

Pada saat dilakukan pengkajian keadaan mulut bersih, mukosa bibir lembab, gigi lengkap, fungsi pengecapan baik terbukti bisa membedakan rasa makanan.

2) Abdomen

Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, bising usus 12x/menit, terdapat nyeri tekan dibagian perut bawah.

d) Sistem Perkemihan

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan tidak ada keluhan nyeri, warna urine kuning, bau khas urine, tidak terpasang kateter, urin keluar hanya sedikit.

e) Sistem Integumen

Pada saat dilakukan pengkajian kulit klien tampak bersih, warna kulit pasien sawo matang, turgor kulit elastis kembali dalam 2 detik setelah dicubit,

f) Sistem Muskuloskeletal

a) Ekstremitas atas

Pada saat dilakukan pengkajian tangan kanan dan kiri pasien simetris, jumlah jari tangan sempurna, pergerakan bebas, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus asering pada tangan kiri 20tpm.

b) Ekstremitas bawah

Pada saat dilakukan pengkajian kaki kanan dan kiri pasien simetris, jumlah jari kaki sempurna,

pergerakan terbatas, terdapat edema di kedua kaki dan tidak terdapat nyeri tekan.

c) Kekuatan Otot

Pada pemeriksaan tangan kanan 5 dan kiri didapat kekuatan otot 4 karena terpasang infus serta pada pergerakan ekstremitas bawah terbatas dengan kaki kanan dan kiri didapatkan kekuatan otot 4.

Kekuatan otot

4	5
4	4

g) Sistem Pengindraan

1) Penglihatan

Pada saat dilakukan pengkajian bentuk mata simetris antara kiri dan kanan, keadaan mata bersih, konjungtiva anemis, pupil miosis saat diberi cahaya, kemampuan melihat baik, dan tidak ada nyeri tekan.

2) Pendengaran

Pada saat dilakukan pengkajian telinga simetris antara kiri dan kanan, keadaan telinga bersih, tidak ada nyeri tekan, fungsi pendengaran baik.

3) Penciuman

Pada saat dilakukan pengkajian keadaan hidung bersih, tidak ada sputum, penciuman berfungsi dengan baik terbukti pasien dapat membedakan bau minyak kayu putih.

d. Data Psikologis, Sosial, dan Spiritual

1. Aspek Psikologis

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan bahwa semua penyakit ada obatnya dan senantiasa akan selalu berikhtiar untuk kesembuhannya.

2. Aspek Sosial

Pada saat dilakukan pengkajian pasien dapat bersosialisasi dan berhubungan baik dengan tim medis, keluarga dan pasien lainnya. Pasien selalu didampingi oleh keluarganya. Pasien sangat baik, kooperatif saat berkomunikasi menjawab pertanyaan tidak ada gangguan konsep diri.

3. Aspek Spiritual

Pada saat dilakukan pengkajian pasien menganut agama islam, meskipun sedang sakit adanya keterbatasan selama dirawat pasien tetap berdoa untuk kesembuhannya. Sebelum sakit pasien taat beribadah maupun saat sakit pasien tidak beribadah.

e. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	Pola Nutrisi		
	Makan		
	Frekuensi	2-3 x/hari	3 x/hari
	Jenis	Nasi,lauk	Bubur, sayuran
	Porsi	pauk,sayuran	½ porsi
	Cara	1 porsi	Dibantu
	Keluhan	Mandiri	Tidak ada
	Minum	Tidak ada	
	Frekuensi	7-8 gelas /hari	3-4 gelas /hari
	Jenis	Air putih	Air putih
	Cara	Mandiri	Dibantu
	keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2	Pola Eliminasi		
	BAB		
	Frekuensi	1-2 x/hari	1-2 x/hari
	Konsistensi	Lunak	Lunak
	Warna	Kuning	Kuning
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	BAK		
	Frekuensi	1-2 x/hari	1-2 x/hari
	Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
	Bau	Khas urine	Khas urine
3	Pola Istirahat Tidur		
	Tidur siang	1-2 jam	1 jam
	Tidur malam	6-7 jam /hari	5-6 jam /hari
	Keluhan	Tidak ada	Sering terbangun saat tidur di malam hari
4	Personal Hygiene		
	Mandi	2 x/hari	Hanya washlap
	Ganti baju	2 x/hari	1x/hari(dibantu)
	Keramas	3-4 x/minggu	Belum pernah
	Gunting kuku	1 x/minggu	Belum pernah
	Gosok gigi		
	keluhan	2 x/hari	1 x/hari
		Tidak ada	Tidak ada
5	Aktivitas	Klien dapat melakukan aktivitasnya	Klien tidak bisa melakukan kegiatan seperti

sesuai peran dan fungsinya	biasanya, pasien hanya biasa berbaring di tempat tidur dan sering lelah.
----------------------------	--

f. Catatan Intake dan Output Cairan

Intake Cairan	Output Cairan	Balance Cairan
1. Cairan infus : 1000ml	1. Urine : 200ml	Balance cairan :
2. Minum : 700ml	2. Feses cair : 100ml	IC-OC-IWL
3. Makanan cair : 200ml		2000-300-900 = 800ml
4. Terapi injeksi : 100ml		Rumus menghitung IWL :
		$(15 \times \text{BB}) / 24 \text{ jam}$
		$(15 \times 60) / 24 \text{ jam}$
		$900 / 24 = 37,5$
		$37,5 \times 24 =$
		900cc/24jam
		Balance cairan Tn.D dalam 24jam adalah 800ml

g. Pemeriksaan Penunjang

Hasil Laboratorium

Nama : Tn. D

Tanggal lahir : 02-07-1986

Tanggal Pemeriksaan : 20-04-2025

No. Rekam Medis : 208221

Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Flag Satuan	Nilai Normal
Hematologi			
Hemoglobin	10,8	g/Dl	13-18
Hematokrit	39	%	35-47
Leukosit	7.076	/mm ³	3.800-10.600
Trombosit	214.000	/mm ³	150.000-440.000
Eritrosit	4.41	Juta/mm ³	4.5-6.5
Kimia Klinik			
GDS	104	mg/dl	<140
Ureum	178	mg/dl	20-40
Kreatinin	7,32	mg/dl	0,5-1.3

h. Terapi Medis

Tabel 3. 3 Terapi Medis

Nama Obat	Dosis	Manfaat
Farsix	40mg	Antibiotic untuk mengatasi penumpukan cairan/edema
Omeprazole	40mg	Untuk menurunkan asam lambung
Candesartan	10mg	Untuk menurunkan tekanan darah tinggi
Calos	500mg	Untuk membantu pencegahan gangguan metabolisme

2. Analisa Data**Tabel 3. 4 Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS : - Klien mengatakan sesak DO : - Hb : 9,6 mg/dl - Terdapat edema di kedua	Produksi meningkat akan renin lalu terjadi angiotensin, angiotensin lalu merujuk ke sekresi aldosterone dan Reab Na, air lalu cairan L menumpuk dalam jaringan terjadilah	Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan.

		ekstremitas bawah	hypervolemia.	
2	DS :	Klien mengeluh sesak	CKD akan mengakibatkan penimbunan asam tubuh dan menyebabkan Ph menurun dan akan menimbulkan asidosis metabolic, lalu Co2 menurun, pCo2 meningkat meujuk pada pernafasan kussmaul dan akan terjadi ketidakefektifan pola nafas.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
	DO :	- RR : 26x/menit - Terpasang O2 nasal kanul 4lt/menit - Klien tampak lemas		
3	DS :	- Klien mengeluh lemas - Klien mengeluh mudah lelah	Hematologi akan menyebabkan produksi eritroprotein menurun lalu akan terjadi produksi sel darah merah menurun merujuk anemia lalu ke HbO2 menurun, O2 menurun, sel metabolisme menurun dan energi menurun dan akan terjadi intoleransi aktifitas.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
	DO :	- Aktivitas dibantu keluarga - Frekuensi nafas meningkat - RR : 26x/m - Klien tampak lelah		

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas

- 1) Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan

DS :

- Klien mengatakan sesak

DO:

- Klien tampak bengkak pada kedua ekstremitas bawah
- Hb : 9,6 mg/dl
- Terdapat edema

2) Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru

DS :

- klien mengeluh sesak

DO :

- RR : 26x/menit
- Terpasang O2 nasal kanul 4lt/menit
- Klien tampak lemas

3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

DS :

- Klien mengeluh lemas
- Klien mengeluh mudah lelah

DO:

- Aktivitas dibantu keluarga
- Frekuensi nafas meningkat
- RR : 26x/menit
- Klien tampak lela

3. Intervensi

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan DS : - Klien mengatakan sesak DO: - Klien tampak bengkak pada kedua ekstremitas bawah - Hb : 9,6mg/dl - Terdapat edema	(L.03020) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : - Asupan cairan meningkat - Output urine meningkat - Membrane mukosa lembab meningkat - Edema meningkat - Tekanan darah membaik - Frekuensi nadi membaik	(I.03114) Manajemen Hipervolemia Observasi : - Periksa tanda dan gejala hipervolemia - Monitor status hemodinamik Terapeutik : - Batasi asupan cairan dan garam - Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 Eduaksi : - Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian diuretic	- Untuk mengetahui i tanda gejala hipervolemia - Untuk mengetahui i status hemodinamik - Agar pasien tidak kelebihan cairan - Agar pasien nyaman - Agar pasien tidak kelebihan cairan - Untuk membuang kelebihan air dan garam dalam

				tubuh
2	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru DS : • Klien mengeluh sesak DO: • RR : 26x/menit • Terpasang O2 nasal kanul 4lt/menit Klien tampak lemas	(L.01004) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil : • Dispnea menurun • Penggunaan otot bantu nafas menurun • pemanjangan fase ekspirasi menurun • frekuensi nafas membaik - kedalaman nafas membaik	(I.01011) Manajemen jalan nafas Observasi : • monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) • monitor bunyi nafas tambahan Terapeutik : • Posisikan semifowler atau fowler • Berikan oksigen, jika perlu Kolaborasi : Pemberian bronkodilator, eksptoran, mukolitik, jika perlu	• Untuk mengetahui pola nafas • Untuk mengetahui bunyi nafas • Agar pasien nyaman • untuk mengukur gi sesak • untuk mengukur gi sesak
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen DS :	(L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : • keluhan	(I.05178) Manajemen Energi Observasi : • identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • monitor lokasi	• untuk mengetahui bagian tubuh yang terasa lelah • untuk mengetahui lokasi

• Klien mengeluh lemas • Klien mengeluh mudah lelah	• dispnea saat aktivitas menurun • frekuensi nadi membaik	dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : • sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus • berikan aktivitas distraksi yang menenangkan	• agar pasien nyaman • untuk kenyamanan pasien • untuk kenyamanan pasien • untuk melatih kekuatan otot pasien • untuk memenuhi asupan nutrisi pada pasien
DO:			
• Aktivitas dibantu keluarga • Frekuensi nafas meningkat • RR : 26x/m • klien tampak lelah		Edukasi : • anjurkan tirah baring • anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	
		Kolaborasi : • kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	

4. Implementasi Dan Evaluasi

Tabel 3. 6 Implementasi & Evaluasi

Diagnosa	Waktu	Implementasi	Evaluasi
1	22-04-2025	Observasi : 1) Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2) memonitor status hemodinamik Terapeutik : 1) Membatasi asupan cairan dan garam 2) Meninggikan kepala tempat tidur 30-40 Edukasi : 1) Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi : 2) Berkolaborasi pemberian diuretic	S : Pasien mengatakan sesak O: • Edema di ekstremitas bawah • TD : 162/87 mmHg • N : 85x/m • RR : 26x/m A: Hipeervolemia P : Lanjutkan Intervensi I: • Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia • Memonitor status hemodinamik • Membatasi asupan cairan dan garam • Mengajarkan cara membatasi cairan • Berkolaborasi pemberian diuretic E: Masalah belum teratasi
2	22-04-2025	Observasi : 1) Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2) Memonitor bunyi nafas tambahan Terapeutik : 1) Memposisikan semifowler atau fowler	S : Pasien mengatakan sesak masih dirasakan O: • Pasien tampak sesak • RR : 23x/menit • Terpasang O2 nasal kanul 4lt/m • SpO2 : 98% dengan O2 A: Pola nafas tidak efektif P : Lanjutkan Intervensi

		2) Memberikan oksigen, jika perlu	I :
		Kolaborasi : Mengkolaborasi pemerian bronkodilator, ekspentoran, mukolitik, jika perlu.	• Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) • Memonitor bunyi nafas tambahan • Memposisikan semi fowler atau fowler • Memberikan oksigen jika perlu • Berkolaborasi memberikan bronkodilator ekspentoran mukolitik, jika perlu.
			E: Masalah belum teratasi
3	22-04-2025	Observasi :	S :
		1) Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	• Pasien mengeluh lelah • Pasien mengatakan tidak dapat beraktivitas seperti biasa
		2) Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas	O:
		Terapeutik :	• Pasien tampak lemas • Aktivitas dibantu keluarga • Frekuensi nafas meningkat 26x/m
		1) Menyediakan lingkungan nyaman	A: Intoleransi Aktivitas
		2) Menganjurkan tirah baring	P: Lanjutkan Intervensi
		3) Menganjurkan aktivitas secara bertahap	I :
		Kolaborasi :	• Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang
		1) Kolaborasi dengan	

ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	• mengakibatkan kelelahan • Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas • Menyediakan lingkungan nyaman • Menganjurkan tirah baring • Menganjurkan aktivitas secara bertahap
E: Masalah belum teratasi	

5. Catatan Perkembangan

Nama : Tn. D

Umur : 39 Tahun

Alamat : Kp. Jati Tarogong Kaler

Agama : Islam

Jenis kelamin : Laki-laki

Tanggal : 23-04-2025

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan Hari ke-1

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
23-04-2025	1	S : - O: • Edema di ekstremitas bawah • Pasien tampak lemas • TD : 157/82 mmhg • N : 85 x/m	

		A: Hipervolemia P: Lanjutkan Intervensi I : • mengajarkan cara membatasi cairan • memonitor status hemodinamik • membatasi asupan cairan dan garam • memberikan penkes diet CKD E: Masalah teratasi sebagian
23-04-2025	2	S : Pasien mengatakan masih sesak O: • Pasien tampak lemas • Terpasang O2 nasal kanul 4lt/menit • RR : 25x/m A: Pola nafas tidak efektif P: Lanjutkan Intervensi I : • Memonitor pola nafas • Memposisikan semifowler atau fowler E: Masalah teratasi sebagian
23-04-2025	3	S : Klien mengeluh lemas O: • Aktivitas masih dibantu keluarga • Frekuensi nafas meningkat A: Intoleransi Aktivitas P: Lanjutkan Intervensi I : • Menyediakan lingkungan yang nyaman • Menganjurkan tirah baring • Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap E: Masalah teratasi sebagian

Nama : Tn. D
 Umur : 39 Tahun
 Alamat : Kp. Jati Tarogong Kaler
 Agama : Islam
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Tanggal : 24-04-2025

Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan Hari ke-2

24-04- 2025	1	S : - O: • Edema di ekstremitas bawah • Pasien tampak lemas • TD : 157/82 mmhg • N : 85 x/m A: Hipervolemia P: Lanjutkan Intervensi I : • mengajarkan cara membatasi cairan • memonitor status hemodinamik • membatasi asupan cairan dan garam • memberikan penkes diet CKD E: Masalah teratasi sebagian
24-04- 2025	2	S : Pasien mengatakan sesak menurun O: • Pasien tampak rileks • RR : 23x/m A: Pola nafas tidak efektif P: Lanjutkan Intervensi I :

		• Memonitor pola nafas • Memposisikan semifowler atau fowler
		E: Masalah teratasi sebagian
24-04-2025	3	S : klien mulai dapat beraktivitas seperti biasa O: • Aktivitas meningkat • Frekuensi nafas meningkat • RR : 23x/m A: Intoleransi Aktivitas P: Lanjutkan Intervensi I : • Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap E: Masalah teratasi sebagian

Nama : Tn. D

Umur : 39 Tahun

Alamat : Kp. Jati Tarogong Kaler

Agama : Islam

Jenis kelamin : Laki-laki

Tanggal : 25-04-2025

Tabel 3. 9 Catatan Perkembangan Hari ke-3

25-04-2025	1	S : - O: • Edema di ekstremitas bawah • Pasisen tampak lemas • TD : 158/79mmHg • N : 85 x/m A: Masalah teratasi sebagian
------------	---	--

		P: Hentikan Intervensi
25-04- 2025	2	S : Pasien mengatakan sesak menurun
		O:
		• Pasien tampak rileks • RR : 22x/m
		A: Masalah Teratasi
		P: Hentikan Intervensi
25-04- 2025	3	S : Klien mulai dapat beraktivitas seperti biasa
		O: Aktivitas meningkat
		• Frekuensi nafas meningkat 22x/m
		A: Masalah Teratasi
		P: Hentikan Intervensi

B. Pembahasan

Pada bagian pembahasan ini, penulis akan menguraikan permasalahan yang ditemukan selama pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan gangguan sistem perkemihan : Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang Bougenville RS TK.IV Guntur Garut. Penulis memperoleh pengalaman dan keterampilan secara langsung melalui penerapan 5 tahapan proses asuhan keperawatan, yaitu : pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. 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 Tn. D dengan CKD di Ruang Bougenville RS TK.IV Guntur Garut.

Pengkajian merupakan tahap awal dari keperawatan yang dilakukan melalui pendekatan secara sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mendapatkan data klien data subjektif maupun objektif. Selama berlangsungnya tahap ini, komunikasi lancar tidak ada hambatan yang sangat berarti karena terjalin komunikasi dan kerja sama yang baik antara klien dan keluarga dalam melakukan asuhan keperawatan.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 april 2025 ditemukan data klien mengeluh sesak, menurut (Narsa et al, 2022) salah satu factor pencetus terjadinya sesak nafas adalah hipertensi. Hipertensi yang tidak terkontrol akan menyebabkan arteri di sekitar ginjal menyempit, melemah, dan mengeras. Kerusakan pada arteri ini akan menghambat darah yang diperlukan oleh jaringan sehingga menyebabkan nefron tidak bisa menerima oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan. Jika ginjal terganggu, maka proses pembentukan sel darah merah di sumsum tulang juga akan ikut terganggu yang dapat

menyebabkan jumlah oksigen yang bisa dihantarkan ke seluruh tubuh ikut berkurang. Sehingga penderita CKD tidak bisa bernafas secara normal dan mengalami sesak nafas.

Masalah utama yang sering terjadi adalah ketidakefektifan pola nafas. Ketidakefektifan pola nafas pada penderita CKD jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan berbagai masalah yaitu asidosis metabolic, pernafasan kussmaul dengan pola nafas cepat, kegagalan nafas, efusi pleura, dan kesadaran menurun. Berdasarkan keluhan Tn.D

Mengatakan sesak, terpasang selang oksigen nasal kanul 2lt/menit, hasil laboratorium ureum 178 mg/dl dan kreatinin 7,32 mg/dl.

Hypervolemia adalah kelebihan volume cairan (fluid volume excess, FVE) yang terjadi saat tubuh menahan air dan natrium dengan proporsi yang sama dengan CES (cairan ekstraseluler) normal. Karena air dan natrium ditahan dalam tubuh, konsentrasi natrium serum pada intinya tetap normal. FVE selalu menjadi akibat sekunder dari peningkatan kandungan natrium tubuh total (Kozier & Erb, 2010). Hypervolemia terjadi apabila tubuh menyimpan cairan dan elektrolit dalam kompartemen ekstraseluler dalam proporsi yang seimbang. Karena adanya retensi cairan isotonic, konsentrasi natrium dalam serum masih normal. Kelebihan cairan tubuh hamper selalu disebabkan oleh peningkatan jumlah natrium dalam serum. Kelebihan cairan terjadi akibat overload cairan / adanya gangguan mekanisme

homeostatis pada proses regulasi keseimbangan cairan. Berdasarkan pengkajian kedua kaki klien bengkak.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, tekanan darah meningkat, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis. Kondisi klinis intoleransi aktivitas adalah anemia, gagal jantung kongestif, penyakit jantung coroner, penyakit katup jantung, aritmia, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), gangguan metabolic, gangguan musculoskeletal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan pengkajian klien tampak lemas dan lelah dibantu keluarga dan klien juga mengatakan mudah lelah saat beraktivitas. 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.

2. Tahap Diagnosa 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 actual, 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 diagnose yang digunakan oleh perawat Indonesia. Pada pembahasan diagnosis ini terdapat perbedaan diagnosis secara teori dan diagnosis yang ditemukan penulis yaitu :

Diagnosis yang ditemukan penulis berdasarkan proses pengumpulan data ketika melakukan pengkajian ditanggal 21 April 2024 pada pasien penulis menemukan 3 diagnosa yaitu Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, dan Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosis yang pertama kali diangkat oleh penulis pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. Menurut SDKI (2018), pola nafas tidak efektif adalah kondisi dimana seseorang mengalami proses inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi yang adekuat bagi tubuh sehingga tubuh kekurangan gas. Penulisan memunculkan masalah keperawatan ini karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data subyektif pada klien yang

mengeluh sesak dan data obyektif yang diperoleh menunjukkan bahwa pasien tampak lemas, tampak gelisah pada PQRST sebagai berikut :

Provokatif : saat beraktifitas, Quality : nafas pendek, Rate : sepanjang waktu, Symptom : kelelahan, Time : hilang-timbul. Tekanan Darah : 162/105mmHg, Nadi = 88x/menit, RR = 26x/menit, Suhu = 36,6°C, SPO2 = 97% terpasang O2 4lpm nasal kanul.

Diagnosis keperawatan selanjutnya adalah hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan. Hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravakuler, intertesial dan intraseluler. (Tim Pokja PPNI DPP SDKI, 2016).
Diagnosis ini penulis tegakkan karena pada pemeriksaan di tanggal 21 April 2025.

Diagnosis keperawatan lainnya adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intoleransi aktivitas adalah energi yang tidak mencukupi untuk beraktivitas (Tim Pokja DPP PPNI SDKI, 2016).

Kemungkinan diagnose keperawatan dari orang dengan kegagalan ginjal kronis adalah sebagai berikut (PPNI, 2018) :

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Alasan penulis tidak menegakkan diagnosa ini pada Tn.D adalah karena saat pengkajian tidak ada bukti nyata yang memperkuat

adanya tanda-tanda perfusi perifer terganggu seperti sianosis, nadi perifer lemah, dan pengisian kapiler lambat. Meskipun pasien CKD sering mengalami anemia akibat penurunan produksi eritropoietin, perfusi perifer tidak selalu terganggu secara klinis.

b. Deficit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis

Alasan penulis tidak menegakkan diagnosa ini pada Tn.D adalah karena saat pengkajian tidak ada bukti nyata seperti penurunan berat badan signifikan, intake makanan yang tidak mencukupi kebutuhan, gejala anoreksia dan malnutrisi. Jika tidak ditemukan data objektif yang menunjukkan ketidakseimbangan asupan dan kebutuhan nutrisi, maka diagnose ini tidak dapat ditegakkan.

c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload

Alasan penulis tidak menegakkan diagnose ini pada Tn.D adalah karena saat pengkajian tidak ditemukan tanda-tanda klinis gagal jantung seperti tekanan darah sangat rendah, edema paru akut, takikardia kompensatorik. Selain itu, perubahan preload memang bisa terjadi pada CKD, tapi efeknya terhadap curah jantung belum tentu signifikan tanpa gejala klinis yang menyertainya.

d. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian

Alasan penulis tidak menegakkan diagnose ini pada Tn.D adalah karena saat pengkajian tidak ditemukan tanda dan gejala psikologis seperti gelisah, sulit tidur, peningkatan denyut jantung, wajah tegang dan ekspresi cemas. Bila pasien tampak adaptif

terhadap kondisinya, tenang, tidak menunjukkan kekhawatiran berlebihan, maka diagnose ini tidak relevan untuk ditegakkan.

3. Perencanaan

Analisis intervensi dengan masalah keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru pada pasien berdasarkan (SIKI,2018) adalah sebagai berikut :

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan pada asuhan keperawatan Tn. D intervensi utama yang diberikan penulis yaitu Manajemen Hipervolemia intervensi yang dilakukan periksa tanda dan gejala hypervolemia, monitor status hemodinamik, batasi asupan cairan, ajarkan cara membatasi cairan, kolaborasi pemberian diuretic. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil yang dicapai : edema menurun, membrane mukosa meningkat, tekanan darah membaik. (SIKI DPP PPNI, 2017).
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru pada asuhan keperawatan Tn. D intervensi utama yang diberikan penulis yaitu manajemen jalan nafas. Intervensi yang dilakukan terhadap pasien yaitu monitor pola nafas, monitor bunyi nafas tambahan, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen, kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik jika perlu. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24

jam diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil dyspnea menurun, penggunaan otot bantu nafas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi nafas membaik, kedalaman nafas membaik. Yang dicapai yaitu : keluhan sesak menurun, tampak lemas menurun dan frekuensi nadi membaik (60-100x/menit). (SIKI DPP PPNI, 2017).

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Pada asuhan keperawatan Tn. D intervensi utama yang diberikan penulis yaitu Manajemen energi dengan melakukan tindakan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, berikan distraksi yang menenangkan (relaksasi nafas dalam), anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasi ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, frekuensi nadi membaik. (SIKI DPP PPNI, 2017)

4. Implementasi

Pada implementasi, perawat melakukan tindakan yang telah ditetapkan pada rencana keperawatan untuk menanggulangi atau mengatasi masalah yang muncul untuk membantu pasien dari masalah

status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter, P. & Perry, 2014).

Pada intervensi diagnose pertama yaitu hypervolemia, penulis memberikan tindakan membatasi asupan garam, mengajarkan membatasi asupan cairan dan garam, memberikan penyuluhan diet pada pasien.

Pada diagnose kedua yaitu pola nafas tidak efektif, penulis telah memberikan tindakan menposisikan semi fowler, memberikan oksigen (nasal kanul 3-4lt/menit) dengan hasil sesak menurun.

Pada diagnose ketiga yaitu intoleransi aktivitas, penulis memberikan tindakan melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan dan menganjurkan melakukan mobilisasi dini sesuai dengan tahapan mobilisasi dengan hasil klien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap dengan dukungan dari keluarga.

a. Faktor Pendukung

Implementasi keperawatan berjalan cukup optimal berkat adanya beberapa factor pendukung. Salah satu factor pendukung utama adalah pasien menunjukkan sikap kooperatif dan memiliki kesadaran tinggi akan pentingnya menjalani terapi secara teratur.

Dukungan penuh dari keluarga, terutama istri yang turut mendampingi di setiap kondisi juga menjadi factor penting yang meningkatkan keberhasilan intervensi keperawatan. Lingkungan

rumah sakit yang mendukung, dengan ketersediaan alat dialysis yang cukup dan tim kesehatan yang terkoordinasi dengan baik, memperkuat pelaksanaan asuhan keperawatan yang holistic.

b. Faktor Penghambat

Dalam proses implementasi keperawatan, ditemukan beberapa factor penghambat. Salah satunya adalah kondisi tempat tinggal pasien yang jauh dari rumah sakit, dimana pasien mengeluhkan kesulitan transportasi menuju rumah sakit yang cukup jauh dari tempat tinggalnya. Hal ini menyebabkan pasien sempat beberapa kali absen dari jadwal hemodialisis.

Disamping itu, pasien mengalami gangguan kecemasan yang belum tertangani optimal karena keterbatasan waktu perawat untuk memberikan intervensi psikososial yang lebih mendalam. Kurangnya edukasi yang sistematis tentang pengelolaan diet rendah natrium dan kalium juga mengakibatkan pasien kesulitan menjaga pola makan yang tepat. Faktor-faktor ini menghambat proses pemulihan dan berpotensi memperburuk kondisi pasien apabila tidak segera ditangani.

5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap

asuhan keperawatan yang diberikan. Untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi atau muncul masalah baru adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dilakukan evaluasi keperawatan pada 25 April 2024 dan hasilnya dari ketiga diagnose keperawatan yang sudah penulis tetapkan, hanya 2 diagnosa keperawatan yang teratasi pasien tidak lagi mengalami sesak nafas saat beraktivitas atau berbaring. Penggunaan otot bantu nafas tidak terlihat, saturasi oksigen pasien bagus tanpa oksigen tambahan dan pasien mampu berjalan kaki sejauh beberapa meter tanpa istirahat, pasien mampu naik turun tangga tanpa sesak nafas. Pasien tidak mengalami kelemahan otot yang signifikan, pasien merasa lebih berenergi dan memiliki motivasi untuk beraktivitas. Sepenuhnya yaitu pola nafas tidak efektif dan intoleransi aktivitas. Sedangkan satu lagi Hipervolemia masih teratasi sebagian, hal ini dikarenakan diagnose keperawatan tersebut membutuhkan pemeriksaan laboratorium ureum kreatinin yang berkelanjutan sehingga rencana tindakan keperawatan selanjutnya tidak teratasi sepenuhnya karena tidak dilakukan pemeriksaan ulang.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan gangguan sistem perkemihan : Chronic Kidney Disease (CKD) yang dilaksanakan dari tanggal 21 April 2025 di ruang Bougenville RS TK.IV Guntur Garut, maka penulis dapat memperoleh kasimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada saat pengkajian kasus pasien dengan CKD ditemukan keluhan utama sesak nafas, RR : 26x/menit, terpasang nasal kanul 4lt/menit, klien tampak lemas.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan ditemukan tiga diagnose keperawatan yang muncul pada kasus Tn. D yaitu : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, Intoleransi aktivitas berhubungan dnegan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

3. Perencanaan

Penyusunan dan penetapan rencana tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi status kesehatan pasien dan sesuai dengan masalah atau manifestasi yang muncul pada Tn. D dimana rencana tindakan keperawatan yang dilakukan untuk hypervolemia dilakukan perencanaan manajemen Hipervolemia, manajemen jalan nafas, serta intoleransi aktivitas dilakukan manajemen energi. Dimana perencanaan dilakukan sesuai dengan panduan buku SIKI (PPNI, 2018).

4. Implementasi

Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan dapat dilaksanakan secara keseluruhan dengan melibatkan peran serta aktif pasien dan keluarga selama melakukan tindakan keperawatan. Selain itu juga didukung oleh adanya kerjasama antara dokter, perawat ruangan, dan penulis sendiri selama melaksanakan asuhan keperawatan. Pada tahap implementasi sesuai dengan rencana keperawatan dengan beberapa hal yang dikembangkan. Untuk implementasi pola nafas tidak efektif dilakukan pemberian oksigen. Pada gangguan Hipervolemia dilakukan implementasi membatasi asupan cairan dan garam. Dan pada Intoleransi aktivitas dilakukan perawatan memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan (relaksasi nafas dalam).

5. Evaluasi

Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Tn. D dengan gangguan sistem perkemihan : CKD dua dari tiga diagnose keperawatan yang ditetapkan, yaitu diagnose keperawatan Pola nafas tidak efektif dan intoleransi aktivitas sedangkan Hipervolemia teratasi sebagian.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberi asuhan keperawatan pada Tn. D secara sistematis dan komprehensif penulis akan mengemukakan beberapa saran yang tentunya bersifat membangun kearah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait. Saran-saran tersebut diantaranya ditunjukkan kepada :

1. Bagi perawat

Hasil asuhan keperawatan ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam meningkatkan keterampilan pengkajian, khususnya dalam mengenali tanda-tanda ketidakseimbangan cairan dan gangguan eliminasi. Perawat juga diharapkan mampu menerapkan intervensi berbasis bukti, seperti pemantauan tanda vital, pengaturan asupan cairan dan diet, serta pemberian edukasi yang berkelanjutan kepada pasien dan keluarga. Selain itu, penting untuk menjalin kolaborasi dengan tim kesehatan lain serta melakukan evaluasi dan dokumentasi secara

sistematis. komunikasi terapeutik juga perlu ditingkatkan agar pasien merasa didukung selama menjalani perawatan.

2. Bagi klien dan keluarga

Penulis berharap Tn. D dapat mengetahui pengetahuan yang telah diberikan oleh perawat dan terus melanjutkan perawatan di rumah, serta keluarga harus selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada klien agar semangat untuk sembuh dengan cara memahami lagi tentang penyakit CKD, membiasakan pola hidup sehat dan bersih agar menghindari klien dari komplikasi yang mungkin terjadi.

3. Bagi rumah sakit

Petugas kesehatan diharapkan dapat meningkatkan peran sertanya kepada pasien dalam memberikan asuhan keperawatan dan informasi kesehatan khususnya tentang CKD umumnya penyakit lain, sehingga pasien dapat memahami secara jelas tentang penyakit yang dideritanya dan cara pengobatan yang dapat dilakukan pasien secara mandiri.

4. Bagi institusi pendidikan

Dikarenakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini memerlukan buku sumber, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan mutu pendidikan diharapkan buku di perpustakaan dilengkapi sebagai bahan perbandingan di lapangan dan sebagai literature.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, T (2020). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Pencernaan 1. Jakarta Trans info media.
- dkk, H. (2020). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Tingkat Kepatuhan diet pembatasan cairan pada CKD. STIKES WDH.
- dkk, M. (2020). Volume 6 No 6. Jurnal penelitian perawat professional.
- Dwi Astuti, Rinendra, (2022). Definisi Chronic Kidney Disease
- Doengoes, M. E. 2015. Manual Diagnosis Keperawatan Rencana, Intervensi, & Dokumentasi Asuhan Keperawatan. (P. E. Karyuni, E. A. Mardella, E. Wahyuningsih, & M. Mulyaningrum, Eds.) (Edisi 3) Jakarta : EGC.
- Hamzah. (2021). Gambaran kualitas tidur pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Jurnal keperawatan Indonesia, 38-51.
- Hunaifi, H. &. (2022). Cognitive impairment in patient with CKD. Universitas Kusuma Husada Surakarta, 712-721.
- Ilsa, y. d. (2021). Gangguan fungsi kognitif pada pasien chronic kidney disease. Jurnal kedokteran umum
- Kardiyudianii, s. d. (2019). Hypervolemia pada pasien dengan CKD. Poltekkes kemenkes Denpasar jurusan, 89-109.
- Nursalam, (2015). Keperawatan medical bedah. Jurnal ilmiah kajian multidisipliner, EGC Jakarta.
- More, Y. K., & Prasetyo, W. (2016). STUDI KASUS PADA Ny. U DENGAN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO TINGGI TERHADAP PENURUNAN CURAH JANTUNG DI RUANG NILAM RS WILLIAM BOOTH SURABAYA. *Jurnal Keperawatan*, 5(1), 43-47.

Oktaviani. (2020). Metode penelitian kesehatan. jurnal berita kesehatan.
<https://jurnal.syedzasaintika.ac.id/index.php/meditory/article/viewFile/2535/1554>

Permatasari, A. d. (2018). ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWAT DARURATAN DENGAN DIAGNOSIS CKD. Jurnal ilmiah kajian multidisipliner.

RISKESDAS. (2018). ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWAT DARURATAN DENGAN DIAGNOSIS CKD. Jurnal Ilmiah Kajian Multidisipliner, Vol 8 No. 4 eISSN: 2118-7302.

Suddarth, B. a. (2018). Canadian Textbook of Medical-Surgical Nursing.

Sulystianingsih, B. &. (2018). ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWAT DARURATAN DENGAN DIAGNOSIS CKD. Jurnal ilmiah kajian multidisipliner, Vol 8 No. 4.

Tim pokja SDKI DPP PPNI, (2017). Standar diagnosa keperawatan Indonesia definisi dan indicator diagnostic, Jakarta: dewan pengurus PPNI

Tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018 Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

Tim pokja SLKI DPP PPNI, 2018 Standar Luaran Keperawatan Indonesia Edisi 1, Jakarta persetujuan perawat Indonesia.

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Diet untuk pasien CKD
Sub Pokok Bahasan	: Tujuan diet untuk pasien gagal ginjal akut/kronik, bahan makanan dianjurkan, bahan makanan tidak dianjurkan/dibatasi, hal-hal yang perlu diperhatikan
Sasaran	: Pasien dan keluarga Tn.D
Hari/Tanggal	: Kamis, 24 April 2025
Waktu	: 15-20 menit
Tempat	: Ruang Bougenville RS TK.IV Guntur Garut

A. Tujuan Penyuluhan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan selama 1 x 15 menit diharapkan pasien dan keluarga dapat mengetahui dan memahami tentang diet pada pasien dengan hemodialisa

2. Tujuan Khusus

Setelah mendapatkan penyuluhan, diharapkan pasien dan keluarga pasien dapat memahami tentang :

- a. Tujuan diet untuk pasien gagal ginjal akut/kronik
- b. Bahan makanan dianjurkan
- c. Bahan makanan tidak dianjurkan/dibatasi
- d. Hal-hal yang perlu diperhatikan

B. Metode Penyuluhan

Ceramah dan tanya jawab

C. Media Penyuluhan

Leaflet

D. Proses Pelaksanaan

No	Kegiatan penyuluhan	Respon peserta	waktu
1	Pendahuluan		
	a. Memberi salam	Menjawab salam	
	b. Menyampaikan pokok bahasan	Menyimak	3 menit
	c. Menyampaikan tujuan	menyimak	
2	Isi		
	Penyampaian materi tentang :		
	a. Tujuan diet untuk pasien gagal ginjal	Memperhatikan dan	
	b. Bahan makanan dianjurkan	mendengarkan	
	c. bahan makanan tidak dianjurkan/dibatasi	menyimak	10 menit
	d. hal-hal yang perlu dibatasi		
3	Penutup		
	a. diskusi	Menyampaikan	
	b. kesimpulan	jawaban	2 menit
	c. memberikan salam penutup	Mendengarkan	
		Menjawab salam	

A. Materi

1. Tujuan diet untuk pasien gagal ginjal
 - a. Mencukupi kebutuhan zat gizi sesuai kebutuhan perorangan agar status gizi optimal
 - b. Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit
 - c. Menjaga agar penumpukan produk sisa metabolisme protein tidak berlebihan
 - d. Pasien mampu melakukan aktivitas normal sehari-hari.
2. Syarat diet
 - a. Batasi garam terutama bila terjadi penimbunan bila terjadi penimbunan cairan didalam tubuh (edema) dan tekanan darah tinggi
 - b. Kalium dibatasi terutama jika urin keluar kurang dari 400ml/2jam
 - c. Jumlah asupan cairan = jumlah urin 24jam (500ml-750ml)
3. Makanan yang dianjurkan dan yang tidak dianjurkan pasien gagal ginjal
 - A. Bahan makanan dianjurkan
 - a. Bahan makanan sumber karbohidrat : nasi, roti putih, mie, lontong, makanan yang dibuat dari tepung-tepungan, gula, madu, sirup, permen.
 - b. Bahan makanan sumber protein : telur, ayam, daging, ikan, susu (dalam jumlah sesuai anjuran)
 - c. Sayur-sayuran : mentimun, terong, tauge, buncis, kacang Panjang, kol, kembang kol, wortel, jamur

- d. Buah-buahan : nanas, strawberry, papaya, jambu biji, sawo, apel hijau, anggur, jeruk manis.

B. Bahan makanan tidak dianjurkan/dibatasi

- a. Bahan makanan tinggi kalium bila hiperkalemia : singkong, kentang, ubi, kacang tanah, kacang kedelai, kacang hijau, daun papaya, bayam, kembang kol, daun singkong, kelapa, pisang, alpukat, apel merah, duku, durian, belimbing, coklat, Nangka, santan.
- b. Hindari atau batasi makanan tinggi natrium jika pasien hipertensi, edema, dan asites, bahan makanan tinggi natrium diantaranya adalah garam, vetsin, penyedap rasa/kaldu kering, makanan yang diawetkan, dikalengkan dan diasinkan, minuman bersoda.
- c. Air minum dan kuah sayur yang berlebihan, tips mengendalikan air minum : masukan air kedalam botol sesuai kebutuhan sehari, mengatasi rasa haus (cobalah permen 1 slice jeruk manis, air dingin/batu es, berkumur, atau mandi), kurangi garam

C. Hal-hal yang perlu diperhatikan

- a. Makanlah secara teratur, porsi kecil tapi sering
- b. Untuk membatasi banyaknya cairan, masakan lebih baik dibuat dalam bentuk tidak berkuah misalnya : ditumis, dikukus, dipanggang, dibakar, digoreng

- c. Bila ada edema, tekanan darah tinggi, perlu mengurangi garam dan menghindari bahan makanan sumber natrium lainnya
- d. Makanan tinggi kalori seperti sirup, madu, permen, dianjurkan sebagai penambah kalori, tetapi hendaknya tidak diberikan dekat waktu makan, karena mengurangi nafsu makan.
- e. Agar meningkatkan cita rasa, gunakanlah banyak bumbu-bumbu seperti bawang, jahe, kunyit, salam.
- f. Cara untuk mengurangi kalium dari bahan makanan : cucilah sayuran, buah, dan bahan makanan lain yang telah dikupas dan dipotong-potong kemudian rendamlah bahan makanan dalam air pada suhu 50-60°C (air hangat) selama 2 jam, banyaknya air 10x bahan makanan . air dibuang dan bahan makanan dicuci dalam air mengalir selama beberapa menit. Setelah itu masaklah. Lebih baik jika air yang digunakan untuk memasak banyaknya 5x bahan makanan. (Direktorat bina gizi subdit bina gizi klinik, 2011)

Lampiran 2

SUMBER PROTEIN

Pasien yang mengalami gagal ginjal dan melakukan dialisis dianjurkan untuk diet rendah protein, yang berarti bahwa pemasukan protein harus dibatasi.

Asupan protein diharapkan 1-1.2g/KgBB/hari

Dibatasi :
Daging kambing, ayam, ikan, hati, keju, udang, telur, tahu, tempe, oncom, kacang-kacangan



SUMBER SAYURAN & BUAH

Pembatasan kalium sangat dibutuhkan, oleh karena itu makanan tinggi kalium seperti buah dan sayuran tidak dianjurkan dikonsumsi

Dianjurkan :
Semua sayuran dan buah kecuali untuk pasien dengan hiperkalemia

Dibatasi :
Sayuran tinggi kalium (buncis, bayam, daun pepaya)
Buah tinggi kalium (apel, alpukat, jeruk, pisang, pepaya)

SUMBER LEMAK

Dianjurkan :
Minyak jagung, minyak kacang tanah, minyak kelapa dan margarin rendah garam

Dibatasi :
minyak kelapa sawit, santan, mentega, dan lemak hewan

makanan yang tepat bagi pasien gagal ginjal dengan hemodialisa adalah dengan mengontrol asupan makanan dengan baik, benar dan tepat. selain itu asupan natrium/garam juga harus dibatasi untuk mengendalikan makanan

DIET MAKANAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL

Sayangi Ginjalmu tiap hari



SAHLA AMSILA
KHGA22022

“
**Tahukah Anda
Apa itu
GAGAL GINJAL?**

Kondisi saat fungsi ginjal
mulai menurun secara
bertahap

Secara normal ginjal selalu
melakukan pekerjaannya
dengan sempurna yaitu
menyaring darah dari limbah
metabolisme yang bersifat
racun oleh tubuh

apakah diet yang
tepat bagi pasien
dengan gagal ginjal?



DIET RENDAH PROTEIN

Diet rendah protein diberikan
pada pasien dengan penyakit
gagal ginjal kronik

Tujuan Diet

1. Mencapai dan mempertahankan status gizi optimal dengan mempertimbangkan sisa fungsi ginjal, agar tidak memberatkan kerja ginjal
2. mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit
3. mencegah dan menurunkan kadar ureum darah yang tinggi (uremia)
4. mencegah dan mengurangi progresifitas gagal ginjal, dengan memperlambat turunnya laju filtrasi glomerulus

Makanan yang Dianjurkan & Tidak Dianjurkan

Sumber Karbohidrat :

Dianjurkan :

Gula, selai, sirup, madu,
permen, agar-agar, jelly

Dibatasi :

Nasi, bihun, jagung,
kentang, makaroni, mie,
tepung-tepungan,
singkong, ubi/talas



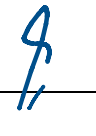
Lampiran 3

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Sahla Amsila

NIM : KHGA22022

Pembimbing : H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes.

No	Tannggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1		Pembahasan format KTI	- Buat Bab 1-4		
2	Rabu 11-06-25	Konsul BAB 1	- ACC BAB 1 - Lanjutkan BAB 2		
3	Selasa 17-06-25	Konsul BAB 2	- Tambahkan penjelasan pathway		
4	Kamis 19-06-25	Konsul revisi BAB 2	- ACC BAB 2 - Lanjutkan BAB 3		
5	Selasa 24-06-25	Konsul BAB 3	- Perbaiki kalimat singkatan - Tambahkan penjelasan diagnosa - Tambahkan faktor pendukung dan penghambat		
6	Rabu 25-06-25	Konsul revisi BAB 3	- ACC BAB 3 - Lanjutkan BAB 4		
7	Jumat 27-06-25	Konsul BAB 4	- Tambahkan saran berdasarkan kesimpulan dan pembahasan		
8	Sabtu 28-06-25	Konsul revisi BAB 4	- ACC BAB 4		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama	: Sahla Amsila
Tempat, tanggal lahir	: Garut, 07 Agustus 2004
Kewarganegaraan	: Indonesia
Agama	: Islam
Status	: Mahasiswa
Alamat	: Kp. Cihuni, Jatisari, Karangpawitan
Instagram	: @sahlaams_
Email	: sahlaamsila78@gmail.com

B. PENDIDIKAN

SDN 3 Jatisari	: 2010-2016
SMPN 3 Garut	: 2016-2019
SMAN 11 Garut	: 2019-2022
STIKes Karsa Husada Garut	: 2022-2015