

**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS PADA NY.R
DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN (CKD)
DI RUANGAN ICU RS. SANTA ELISABETH
MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

INDRA DERMAWAN LAOLI

052024017

**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS PADA NY.R
DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGE 5*
DI RUANGAN ICU RS. SANTA ELISABETH
MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Oleh:

INDRA DERMAWAN LAOLI
NIM. 052024017

**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 17 MEI 2025**

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc)



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 17 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Murni Sari D. Simanullang, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns., MAN

Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep



LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh:

INDRA DERMAWAN LAOLI

Medan, 17 Mei 2024

Menyetujui,
Ketua Penguji

(Murni Sari D. Simanullang, S.Kep., Ns., M.Kep)

Anggota I

Anggota II

(Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns., MAN)

(Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan kasihnya yang berlimpah sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Adapun judul karya ilmiah akhir yang saya buat adalah **“ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS PADA NY.R DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGE 5* DI RUANGAN ICU RS. SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2025”**. karya ilmiah akhir ini saya buat dan di susun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program Studi Sarjana Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini penulis telah banyak mendapatkan bantuan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Penulis tidak lupa untuk mengucapkan terimakasih kepada pihak yang telah membantu penulis dalam menyusun karya ilmiah akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih banyak kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
2. dr. Eddy Jefferson Ritonga, Sp.OT (K) Sport Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus kelolaan untuk karya ilmiah akhir di RS Elisabeth Medan.



3. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan sekaligus pembimbing akademik yang telah membantu saya dalam proses perkuliahan selama di STIKes Santa Elisabeth Medan.
4. Murni Sari Dewi Simanullang, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Seluruh staf dosen STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik dan membantu penulis selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
6. Teristimewa kepada orang tua saya Bapak Fatiwanolo Laoli dan ibu Nibenia Hia yang telah membesarkan saya dengan penuh cinta dan kasih sayang serta seluruh saudara kandung yang saya cintai yang telah memberikan dukungan kepada saya baik dari segi motivasi, doa dan materi untuk memenuhi segala kebutuhan yang saya perlukan selama pendidikan hingga saat ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata sempurna, baik dari isi maupun bahasa yang digunakan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis akan menerima kritikan dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah banyak membantu peneliti. Harapan penulis, semoga karya ilmiah akhir ini akan dapat bermanfaat nantinya, dalam pengembangan ilmu pengetahuan



hususnya bagi profesi keperawatan. semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas semua kebaikan dan bantuan dari semua yang berpartisipasi kepada penulis.

Medan, 17 Mei 2025

Penulis

(Indra Dermawan Laoli)



Indra Dermawan Laoli, 052024017

Asuhan Keperawatan Gadar Kritis Pada Ny.R Dengan Gangguan Sistem Perkemihan (CKD) Di Ruangan ICU RS. Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Gagal Ginjal Kronis.

Gagal ginjal kronis adalah kondisi medis di mana terjadi gangguan pada struktur atau fungsi ginjal yang berlangsung selama lebih dari tiga bulan. Gangguan ini dapat berupa penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) di bawah 60 mL/menit/1,73 m², adanya albumin dalam urin (albuminuria), kelainan pada pemeriksaan urin, pencitraan ginjal, atau hasil histologi yang menunjukkan kerusakan ginjal. Untuk itu, kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat dan menjadi pedoman dalam pencegahan penyakit tersebut. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan Gagal Ginjal Kronis di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Hasil: Manifestasi klinis yang muncul pada kasus Gagal Ginjal Kronis sesuai dengan literature buku dan data yang ada dilapangan. Penentuan diagnosa keperawatan juga disesuaikan dengan standar diagnosa keperawatan indonesia (SDKI). Penentuan rencana keperawatan yang diberikan pada pasien dengan gagal ginjal kronis berupa pengisapan lendir <15 detik, pemberian posisi semi fowler, pemantauan nilai AGDA, pemantuan pola napas dan pemantauan penggunaan otot bantu pernapasan, intake dan output cairan.



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
PERSYARATAN GELAR	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Identifikasi Masalah.....	4
1.3. Tujuan Karya Ilmiah	4
1.4. Manfaat	4
1.4.1 Manfaat teoritis	4
1.4.2 Manfaat praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Medis	7
2.1.1 Defenisi	7
2.1.2 Etiologi.....	7
2.1.3 Anatomi	8
2.1.4 Patofisiologi.....	9
2.1.5 Manifestasi Klinis	12
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik	13
2.1.7 Penatalaksanaan	14
2.1.8. Komplikasi	17
2.2. Konsep Dasar Keperawatan	18
2.2.1 Pengkajian keperawatan	18
2.2.2 Diagnosa keperawatan.....	18
2.2.3 Rencana keperawatan	19
2.2.4 Penatalaksanaan	24
2.2.5 Evaluasi keperawatan	24
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	26
3.1 Pengkajian keperawatan.....	26
3.2 Analisa Data	34
3.3 Diagnosa keperawatan	35
3.4 Intervensi keperawatan	37
3.5 Implementasi keperawatan.....	40
3.6 Evaluasi keperawatan.....	47
BAB 4 PEMBAHASAN	52
4.1 Pengkajian keperawatan	52



4.2 Diagnosa keperawatan	53
4.3 Intervensi keperawatan	55
4.4 Implementasi keperawatan	56
4.5 Evaluasi keperawatan	57
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	59
5.1 Simpulan	59
5.2 Saran	60
DAFTAR PUSTAKA	62



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Chronic Kidney Disease (CKD) atau disebut Gagal Ginjal Kronik yaitu suatu kondisi dimana organ ginjal sudah tidak mampu mengangkut sampah sisa metabolisme tubuh berupa bahan yang biasanya dieliminasi melalui urin dan menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit, serta asam basa. Gagal ginjal kronik biasanya akibat akhir dari kehilangan fungsi ginjal lanjut secara bertahap, penyebab glomerulonefritis, infeksi kronis, penyakit vaskuler (nefrosklerosis), proses obstruktif (kalkuli), penyakit kolagen (lupus sistemik), agen nefritik (aminoglikosida), dan penyakit endokrin (diabetes) (Septimar *et al.*, 2024).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2020) angka kejadian *Chronic Kidney Disease* di seluruh dunia mencapai 10% dari populasi, sementara itu pasien CKD yang menjalani hemodialisa diperkirakan mencapai 1,5 juta orang di seluruh dunia, angka kejadiannya meningkat 8% setiap tahunnya. Prevalensi gagal ginjal kronis secara global > 10% dari populasi umum di seluruh dunia, dengan jumlah penderita sekitar 843,6 juta jiwa (Wahyuni, Miro and Kurniawan, 2024). Angka kejadian CKD di Indonesia sebesar 0,38% (713.783 jiwa) dan 19,33% (2.850 jiwa) yang menjalani terapi hemodialisa (Riskesdas Nasional, 2018). Penyakit CKD di Indonesia menunjukkan karakteristik jenis kelamin laki-laki yang paling tinggi sebesar 4,17% dibanding dengan jenis kelamin perempuan.

sebesar 3,52% (Riskesdas, 2018). Prevalensi gagal ginjal kronis di Sumatera Utara sebanyak 36.410 orang (Riskesdas, 2018). Data prevalensi di Medan yang diperoleh di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan pada tahun 2018 diperoleh pasien gagal ginjal kronis sebanyak 368 orang (Anggraini, 2022).

Penyebab terjadinya *Chronic Kidney Disease* (gagal ginjal kronik) yang mengalami peningkatan disebabkan oleh kondisi klinis dari ginjal sendiri dan dari luar ginjal. Penyakit dari ginjal seperti penyakit pada saringan (glomerulus), infeksi kuman dan batu ginjal. Penyakit dari luar ginjal seperti penyakit diabetes melitus, hipertensi, hiperkolesterolemia dan infeksi yang berdampak pada menurunnya fungsi ginjal diikuti penurunan ekskresi Natrium (Na) menyebabkan retensi cairan sehingga volume overload dan diikuti edema paru. Penyakit gagal ginjal kronik menimbulkan berbagai kondisi patologi klinis pada tubuh. Salah satu kondisi patologis yang umum terjadi karena penyakit ini yaitu terjadinya edema paru. Edema paru merupakan komplikasi yang umum terjadi pada gagal ginjal kronik maupun akut yang memiliki tanda dan gejala yaitu sesak nafas akibat hipoksia yang disebabkan oleh penumpukan cairan di alveoli (edema paru) (Aprioningsih, Susanti and Muti, 2021).

Penumpukan cairan di alveoli atau jaringan paru disebabkan penurunan fungsi ginjal menyebabkan protein yang normalnya diekskresikan ke dalam urine tertimbun dalam darah dan dapat hilang melebihi produksinya atau yang biasa disebut sebagai hipoalbuminemia. Hipoalbuminemia merupakan karakteristik dari gagal ginjal kronik, menurunkan tekanan osmotik plasma dan mendorong pergerakan cairan dari kapiler paru, sehingga terjadi edema paru (Pradesya et al,

2016) dalam (Aprioningsih, Susanti and Muti, 2021). Akibatnya muncul masalah ketidakefektifan pola napas secara progresif yang menimbulkan sesak napas, napas tampak cepat dan dalam atau yang disebut pernafasan kussmaul yang dapat mengancam jiwa. Terapi yang digunakan pada pasien GJK berupa farmakologi dan nonfarmakologi. Terapi farmakologi berupa pemberian obat salah satunya seperti obat furosemide yang berfungsi untuk mengurangi penumpukan cairan pada bagian tubuh seperti tungkai. Sementara untuk penderita gagal ginjal kronik tahap akhir atau berada pada stadium 5, maka penanganan yang dapat dilakukan mengganti tugas ginjal dalam tubuh dengan terapi pengganti ginjal untuk dapat mempertahankan hidup dengan tindakan hemodialisis (HD).

Terapi hemodialisis merupakan suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa- sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat dan zat-zat lain melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisa pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Aini & Wahyuni, 2018). Pasien gagal ginjal menjalani proses hemodialisa 1-3 kali seminggu dan setiap kalinya memerlukan waktu 2-5 jam, kegiatan ini akan berlangsung terus 3-4 jam per kali terapi. Kegiatan ini akan berlangsung terus menerus sepanjang hidupnya (Rachmawati et al., 2019) dalam (Aprioningsih, Susanti and Muti, 2021).

1.2 Identifikasi Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* di ruang ICU RS.Santa Elisabeth Medan Tahun 2025?

1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi asuhan keperawatan kritis pada Ny.R dengan *Chronic Kidney Disease* di ruang ICU RS.Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*
3. Mampu menyusun perencanaan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*
4. Mampu melaksanakan implementasi asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*
5. Untuk mengevaluasi asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*.

1.4 Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi tentang asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* di ruang ICU RS. Elisabeth Medan tahun 2025.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Bagi penulis sendiri

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi dengan tepat untuk pasien dengan masalah keperawatan pada sistem pernapasan, khususnya dengan pasien dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease*.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*.

3. Bagi teknologi dan seni

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan meningkatnya kemajuan teknologi keperawatan untuk menghadapi permasalahan yang lebih kompleks dalam praktik keperawatan.

4. Bagi praktis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memecahkan masalah terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*.

5. Bagi ilmuwan lain

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu data untuk menindaklanjuti masalah masalah asuhan keperawatan yang lainnya pada pasien kelolaan.



6. Bagi masyarakat

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi bagi masyarakat untuk mengetahui terkait dengan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Defenisi

Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi renal (ginjal) progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia yakni adanya retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah (Bruner & Suddarth's 2018). Penyakit gagal ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Gagal ginjal merupakan suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel pada suatu derajat dimana memerlukan terapi ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Salah satu sindrom klinik yang terjadi pada gagal ginjal adalah uremia. Hal ini disebabkan karena menurunnya fungsi ginjal (Lewi's 2020).

2.1.2 Etiologi

Menurut Lewi's (2020), penyebab penyakit gagal ginjal kronik bermacam-macam, ada dua penyebab utama yang paling CKD memiliki banyak penyebab berbeda. Utama adalah diabetes (sebesar 50%) dan hipertensi sebesar (25%); penyebab lainnya yakni glomerulonefritis, penyakit kistik, dan urologis penyakit nefropati obstruksi, pielonefritis kronik, nefropati asam urat, nefropati lupus ginjal polikistik dan lain-lain.

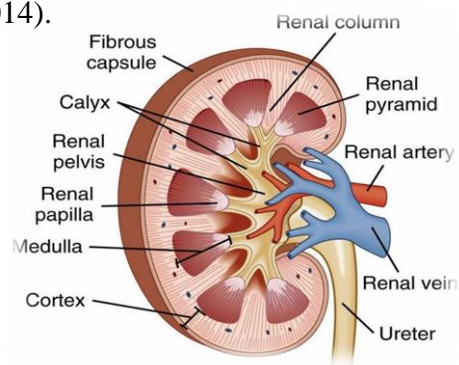
2.1.3 Anatomi dan fisiologi

1. anatomi

Ginjal (renal) merupakan organ yang berada di rongga abdomen, lebih tepatnya dibelakang peritoneum yang berjumlah sepasang. Ginjal terletak di kanan dan di kiri kolumna vertebralis, tepatnya dari vertebrata thoracal 12 (VT12) hingga vertebrata lumbal 3 (VL3). Ukuran ginjal pada orang dewasa sangat bervariasi, tetapi rerata ukuran ginjal orang dewasa dengan panjang kurang lebih 11-12 cm, lebar kurang lebih 5-7 cm, dan tebal 2,3-3 cm (Lewis, 2014).

Bagian atas ureter memasuki ginjal dan membentuk pelvis ginjal, yang dibagi menjadi dua atau tiga tabung yang disebut calyces utama. *Calyces* utama ini dibagi lagi menjadi *calyces* minor (Lewis, 2014).

Bersama dengan pelvis ginjal, ginjal berisi dua divisi utama lain. Salah satunya adalah medula ginjal, yang memegang piramida ginjal. bagian-bagian dari ginjal adalah kumpulan jaringan berbentuk kerucut, yang memiliki tubulus. Tubulus ini bekerja menggerakkan urine dari bagian terluar dalam anatomi ginjal ke bagian dalam dari calyces. Struktur utama lain dari anatomi ginjal adalah korteks ginjal. sebuah korteks ginjal membungkus medulla ginjal, dan mengisi ruang antara piramida ginjal, daerah ini dikenal sebagai kolom ginjal. korteks ini juga memegang bagian dari nefron (Lewis, 2014).



2. fisiologi

Ginjal memiliki fungsi yang vital untuk mengatur komposisi kimia darah dan volume cairan yang masuk dengan yang keluar. Ginjal berfungsi mengekskresikan cairan dan zat terlarut yang ada dengan selektif. Ginjal pun memiliki salah satu fungsi yang penting yaitu membersihkan tubuh dari zat-zat yang tidak dibutuhkan dengan kecepatan yang bervariasi, tergantung dari kebutuhan tubuh sendiri. Zat-zat yang tidak dibutuhkan yang dimaksud seperti kreatinin (yang berasal dari keratin otot), ureum (yang berasal dari metabolisme asam amino), asam urat (yang berasal dari asam nukleat), dan bilirubin yang merupakan hasil akhir dari pemecahan hemoglobin (Lewis, 2014).

2.1.4 Patofisiologi

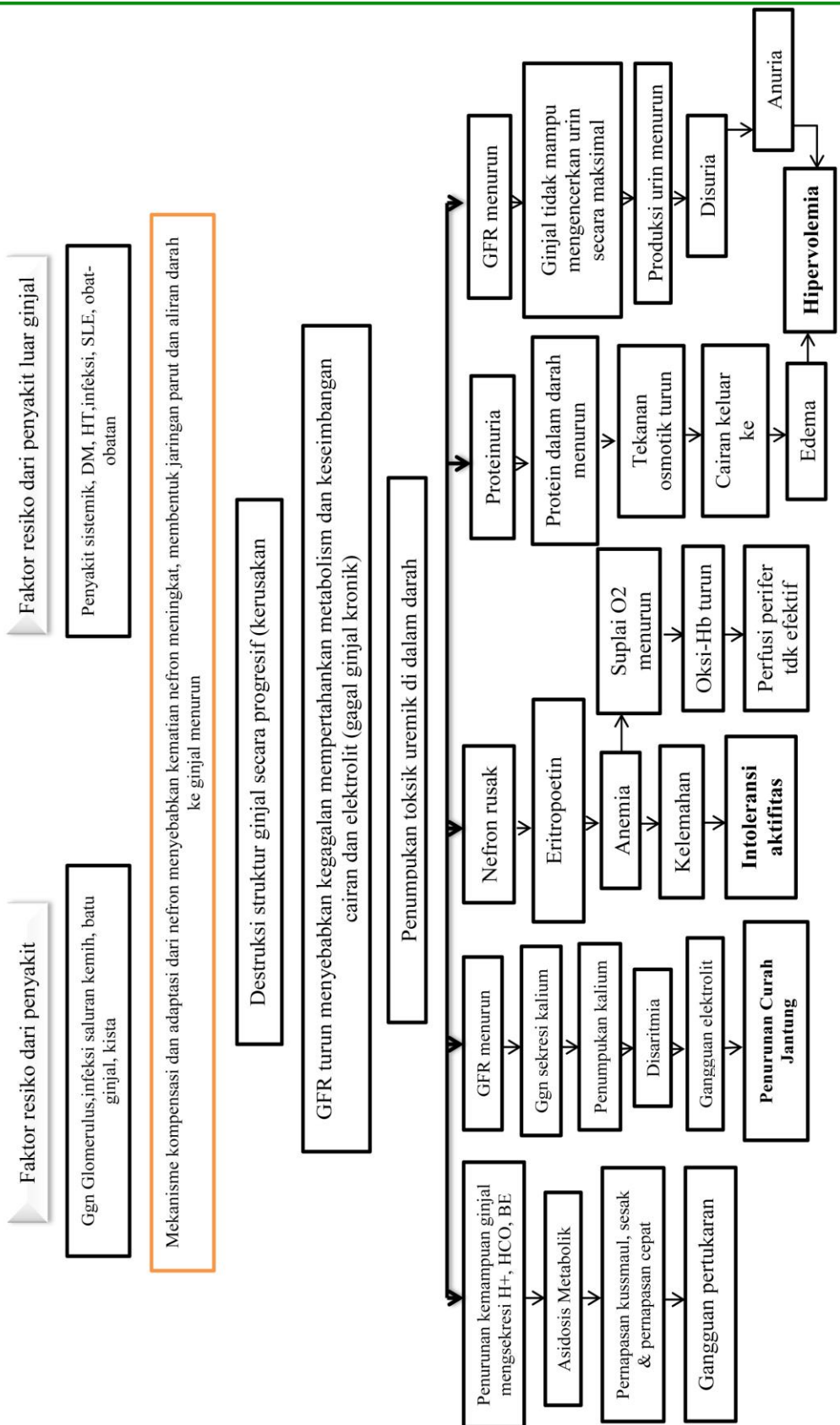
Menurut Lewi's (2020), komplikasi potensial gagal ginjal kronik yang memerlukan pendekatan kolaboratif dan perawatan mencakup:

1. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme, dan memasukan diet berlebih.
2. Perikarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
3. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem renin-angiotensin-aldosteron.
4. Anemia akibat eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin, dan kehilangan darah selama hemodialisa.



5. Penyakit tulang serta klasifikasi metastatik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal, dan peningkatan kadar kalsium.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



2.1.5 Manifestasi klinis

Saat fungsi ginjal memburuk setiap sistem tubuh menjadi terpengaruh. Manifestasi klinis adalah hasil dari retensi substansi, termasuk urea, kreatinin, fenol, hormon, *elektrolit lytes*, dan air. Uremia adalah sindrom dimana fungsi ginjal menurun ke titik dimana gejala dapat berkembang pada banyak sistem tubuh (Lewis, 2014).

Manifestasi uremia bervariasi di antara pasien sesuai dengan penyebab penyakit ginjal, usia, kondisi komorbid, dan tingkat kepatuhan terhadap rejimen medis yang ditentukan. Banyak pasien toleran terhadap perubahan karena terjadi secara bertahap. Peningkatan BUN yang signifikan berkontribusi pada demam, mual, muntah, lesu, kelelahan, gangguan meskipun proses, dan sakit kepala (Lewis, 2014).

Tanda gejala umum yang sering muncul dapat meliputi:

1. Darah ditemukan dalam urine, sehingga urine berwarna gelap seperti teh (hematuria)
2. Urin seperti berbusa
3. Urin keruh
4. Nyeri yang dirasakan saat buang air kecil
5. Merasa sulit saat berkemih
6. Ditemukan pasir/batu di dalam urine
7. Terjadi penambahan dan pengurangan produksi urin secara signifikan.
8. Nokturia (sering buang air pada malam hari)
9. Terasa nyeri di bagian perut/punggung (Lewis, 2014).

2.1.6 Pemeriksaan diagnostik

Menurut (Anggraini, 2022) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik sebagai berikut:

1. Urinalisis

Pada pemeriksaan urinalisis yang dinilai adalah warna urin, bau urin yang khas, turbiditas, volume, dan osmolalitas urin serta pH, hemoglobin (Hb), glukosa dan protein yang terdapat di urin. Kelainan urinalisis yang terdapat pada gambaran laboratoris penyakit ginjal kronik meliputi proteinuria, hematuria, leukosuria, cast serta isostenuria.

2. Pemeriksaan Fungsi Ginjal

Parameter untuk mengetahui fungsi ginjal dan progresifitas penyakit adalah Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) dan kemampuan eksresi ginjal. Kemampuan eksresi ginjal dilakukan dengan mengukur zat sisa metabolisme tubuh melalui urin seperti ureum dan kreatinin. Peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum merupakan indikasi terjadinya penurunan fungsi ginjal.

3. Pemeriksaan Radiologis

Pemeriksaan ini sangat bermanfaat untuk menentukan diagnosis. Beberapa gambaran radiologis yang tampak pada pasien PGK, meliputi:

- Pada foto polos abdomen tampak batu radio- opak
- Pielografi intravena jarang digunakan karena zat kontras sering tidak bisa melewati filter glomerulus dan khawatir terjadinya efek

toksik oleh zat kontras terhadap ginjal yang sudah mengalami kerusakan.

- Ultrasonografi (USG)
- Pemeriksaan renografi atau pemindaian

4. Biopsi Ginjal dan Pemeriksaan Histopatologi Ginjal

Biopsi dan pemeriksaan histopatologi ginjal dilakukan pada pasien dengan ukuran ginjal yang masih mendekati normal, dimana diagnosis secara noninvasif tidak bisa ditegakkan. Pemeriksaan histopatologi bertujuan untuk mengetahui etiologi, menetapkan terapi, prognosis, dan mengevaluasi hasil terapi yang telah diberikan. Biopsi ginjal dapat memberikan gambaran dasar klasifikasi dan kontraindikasi bila dilakukan pada keadaan ukuran ginjal sudah mengecil (contracted kidney), ginjal polikistik, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi perinefrik, gangguan pembekuan darah, gagal nafas, dan obesitas.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Bruner & Suddarth's (2018), komplikasi dapat dicegah atau dihindari dengan pemberian antipertensif, eritropoietin, suplemen agens pengikat fosfat, dan suplemen kalsium. Pasien juga perlu mendapat penanganan dialisis yang adekuat untuk menurunkan kadar produk sampah uremik dalam darah. Pengobatan gagal ginjal kronik dibagi dalam dua tahap yaitu penanganan konservatif dan terapi pengganti ginjal dengan cara dialisis atau transplantasi ginjal.

Menurut Bruner & Suddarth's (2018), penanganan gagal ginjal kronik secara konservatif terdiri dari tindakan untuk menghambat berkembangnya gagal ginjal, menstabilkan keadaan pasien, dan mengobati setiap faktor yang *reversible*. Ketika tindakan konservatif tidak lagi efektif dalam mempertahankan kehidupan pasien pada hal ini terjadi penyakit gagal ginjal stadium akhir satu-satunya pengobatan yang efektif adalah dialisis intermiten atau transplantasi ginjal. Tujuan terapi konservatif adalah untuk mencegah bertambah buruknya fungsi ginjal secara progresif, meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin azotemia, memperbaiki metabolisme secara optimal dan memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit. Beberapa tindakan konservatif yang dapat dilakukan sebagai berikut.

1. Diet protein

Pasien gagal ginjal kronik harus dilakukan pembatasan asupan protein. Pembatasan asupan protein telah terbukti dapat menormalkan kembali dan memperlambat terjadinya gagal ginjal. Asupan rendah protein mengurangi beban ekskresi sehingga menurunkan hiperfiltrasi glomerulus, tekanan intraglomerulus dan cedera sekunder pada nefron intake. Asupan protein yang berlebihan dapat mengakibatkan perubahan hemodinamik gagal ginjal berupa peningkatan aliran darah dan tekanan intraglomerulus yang akan meningkatkan progresifitas perburukan ginjal.

2. Diet kalium

Pembatasan kalium juga harus dilakukan dengan pasien gagal ginjal kronik dengan cara diet rendah kalium dan tidak mengonsumsi obat-

obatan yang mengandung kalium tinggi. Pemberian kalium yang berlebihan akan menyebabkan hiperkalemia yang berbahaya bagi tubuh. Jumlah yang diperbolehkan dalam diet adalah 40 hingga 80 mEq/hari. Makanan yang mengandung kalium seperti sup, pisang, dan jus buah murni.

3. Diet kalori

Kebutuhan jumlah kalori gagal ginjal kronik harus adekuat dengan tujuan utama yaitu mempertahankan keseimbangan positif nitrogen, memelihara status nutrisi dan memelihara status gizi.

4. Kebutuhan cairan

Asupan cairan membutuhkan regulasi yang hati-hati gagal ginjal kronik. Asupan yang terlalu bebas dapat menyebabkan kelebihan beban sirkulasi, edem dan intoksikasi cairan. Asupan yang kurang dapat menyebabkan dehidrasi, hipotensi, dan pemburukan fungsi ginjal (Bruner & Sauddart 2018).

Terapi ginjal dapat dilakukan ketika terapi konservatif yang berupa diet, pembatasan minum obat-obatan dan lain-lain tidak bisa memperbaiki keadaan pasien. Terapi pengganti ginjal tersebut berupa (Lewi's 2020).

1. Hemodialisa

Hemodialisa adalah suatu cara dengan mengalirkan darah ke dalam *dialyzer* (tabung ginjal buatan) yang terdiri dari 2 kompartemen yang terpisah yaitu kompartemen darah dan kompartemen dialisat yang dipisahkan membrane semipermeable untuk membuang sisa-sisa metabolisme.

2. Dialisi peritoneal

Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) adalah dialisis yang dilakukan melalui rongga peritonium (rongga perut) dengan selaput atau membrane peritonium yang berfungsi sebagai filter.

3. Tranplantasi ginjal

Tranplantasi ginjal merupakan prosedur menempatkan ginjal yang sehat berasal dari orang lain kedalam tubuh pasien gagal ginjal. ginjal yang dicangkokkan berasal dari dua sumber yaitu donor hidup atau donor yang baru saja meninggal. Tranplantasi ginjal atau cangkok ginjal adalah terapi yang paling ideal mengatasi gagal ginjal terminal dan menimbulkan perasaan sehat seperti orang normal.

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi terapi obat banyak obat sebagian diekskresikan seluruhnya oleh ginjal. Eliminasi yang tertunda dan menurun menyebabkan akumulasi obat dan potensi toksisitas obat. Dosis obat dan frekuensi lebih disesuaikan berdasarkan tingkat keparahan penyakit ginjal. Sensivitas yang meningkat dapat terjadi karena kadar obat yang menjadi perhatian khusus termasuk digoksin, agen *diabec* (*metformin glyburide*), antibiotik (misalnya *vancomycin gentamicin*), dan obat-obatan opioid (Lewis, 2014).

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut Lewis (2020), pengkajian keperawatan sangat penting dalam mendeteksi CKD. Temuan subjektif berupa riwayat lengkap penyakit ginjal yang ada atau riwayat penyakit ginjal dalam keluarga, kaji gangguan ginjal yang dapat menyebabkan CKD adalah diabetes, hipertensi, dan SLE, kaji kebiasaan makan pasien dan diskusikan masalah yang berhubungan dengan asupan makanan, ukuran tinggi dan berat badan pasien dan evaluasi perubahan berat badan terkini, kaji kronisitas penyakit ginjal dan pengobatan jangka panjang memengaruhi hampir setiap aspek kehidupan seseorang, termasuk hubungan keluarga, aktivitas sosial dan pekerjaan, citra diri, dan kondisi emosional, kaji sistem pendukung pasien. Pilihan modalitas pengobatan terkait dengan sistem pendukung yang tersedia, kaji peningkatan haus pada pasien CKD, kaji buang air kecil pada malam hari, dapat juga dilihat dari hasil pemeriksaan fisik pada pasien yaitu mengenai perubahan berat badan.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

diagnosa keperawatan pada pasien CKD adalah yaitu:

- 1 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi - perfusi (SDKI D. 0003 Hal 22).
- 2 Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (SDKI D.0005 Hal 26).
- 3 Resiko penurunan curah jantung ditandai dengan resiko perubahan irama jantung (aritmia) (SDKI D.0013 Hal 41).
- 4 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan otot (SDKI D. 0056 Hal 128).

- 5 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan hiperglikemia (SDKI D. 0009 Hal 37).
- 6 Resiko perfusi renal tidak efektif ditandai dengan disfungsi ginjal, asidosis metabolik (SDKI D. 0016 Hal 49).
- 7 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (SDKI D. 0022 Hal. 62).
- 8 Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih (anuria, oliguri) (SDKI D. 0040 Hal 96).
- 9 Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi (SDKI D. 0019 Hal 56).
- 10 Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan kelebihan/kekurangan volume jaringan (SDKI D. 0129 Hal 282).

2.2.3 Rencana keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: Pola napas (SLKI L.01004) <ol style="list-style-type: none"> 1 Tekanan ekspirasi dan inspirasi meningkat 2 Dispnea menurun 3 Penggunaan otot bantu napas dan pernapasan cuping hidung menurun 4 Frekuensi 	Manajemen jalan napas (SIKI I.01011) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2 Monitor bunyi napas tambahan mis, wheezing, ronchim gurgling) 3 Monitor adanya sputum (jumlah dan warna) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan napas • Posisikan semi fowler atau fowler

		napas dan kedalaman napas membaik	<ul style="list-style-type: none"> Berikan minum hangat Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan teknik batuk efektif, jika terdapat sputum
2	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (SDKI D. 0022)	<p>tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Keseimbangan cairan (SLKI L.03020 Hal 41)</p> <ol style="list-style-type: none"> Asupan cairan meningkat Haluaran urine meningkat Kelembaban membran mukosa meningkat Edema, dehidrasi, asites menurun Tekanan darah, turgor kulit, frekuensi nadi, berat badan membaik 	<p>Manajemen hipervolemia (SIKI I.03114)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa tanda gejala hipervolemia Identifikasi penyebab hipervolemia Monitor intake dan output cairan Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, pH urine) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: Peningkatan kadar protein dan albumin) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama Batasi asupan cairan dan garam <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan melapor atau mencatat haluaran urine setiap 24 jam Anjurkan mencatat berat badan setiap

			<p>harinya</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian diuretik
3	Intoleransi aktivitas (SDKI D. 0056)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Toleransi aktivitas (SLKI L. 05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> Frekuensi nadi dan saturasi oksigen meningkat Kemudahan dalam aktivitas sehari-hari meningkat Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat Keluhan lelah dan dispnea saat beraktivitas menurun Aritmia saat beraktivitas menurun Warna kulit, frekuensi napas, tekanan darah membaik. 	<p>Manajemen energi (SIKI I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Monitor kelelahan fisik dan emosional Monitor pola dan jam tidur Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kebisingan) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
4	Perfusi Perifer Tidak Efektif (SDKI D. 0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan	<p>Perawatan Sirkulasi (SIKI I. 02079)</p> <p>Observasi</p>

		<p>perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : Perfusi perifer(SLKI L. 02011 Hal 84)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Denyut nadi perifer meningkat 2 Penyembuhan luka meningkat 3 Edema perifer menurun 4 Nyeri, kelemahan otot, nekrosis, kram otot menurun 5 Akral, turgor kulit, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, suhu) 2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. DM, HT, kolestrol tinggi) 3 Monitor nyeri dan edema pada ekstremitas 4 Hindari pemasangan infus/pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, penurun kolestrol (jika perlu) 7 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 8 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kaki yang kering) 9 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis.
--	--	--	--

			Rendah lemak, mengandung minyak ikan omega).
5	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membrane alveolus-kapiler (D.0003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Pertukaran Gas (L.01003) meningkat dengan Kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Dispnea menurun 3. Bunyi napas tambahan menurun 4. Pusing menurun 5. Penglihatan kabur menurun 6. Diaforesis menurun 7. Gelisah menurun 8. Napas cuping hidung menurun 9. PCO2 membaik 10. PO2 membaik 11. Takikardia membaik 12. pH arteri membaik 13. Sianosis membaik 14. Pola napas membaik 15. Warna kulit membaik 	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, CheyneStokes, Biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

2.2.4 Penatalaksanaan

Menurut (Lewis, 2014) promosi kesehatan merupakan salah satu yang dapat dilakukan. identifikasi individu yang berisiko CKD Ini termasuk orang yang telah didiagnosis menderita diabetes atau hipertensi dan orang dengan riwayat (atau riwayat keluarga) penyakit ginjal dan infeksi saluran kemih berulang. Orang-orang ini harus melakukan pemeriksaan rutin bersama dengan perhitungan estimasi GFR dan urinalisis rutin.

Orang dengan diabetes perlu memeriksakan urin mereka untuk mikroalbuminuria jika urinalisis rutin negatif untuk protein. Anjurkan pasien dengan diabetes untuk melaporkan setiap perubahan penampilan urin (warna, bau), frekuensi, atau volume ke penyedia layanan kesehatan. Jika pasien membutuhkan obat yang berpotensi nefrotoksik, penting untuk memantau fungsi ginjal dengan serum kreatinemia dan BUN (Lewis, 2014).

Individu yang diidentifikasi berisiko perlu mengambil tindakan untuk mencegah atau menunda perkembangan CKD. Yang paling penting adalah langkah-langkah untuk mengurangi risiko atau perkembangan penyakit. Ini termasuk kontrol glikemik untuk pasien diabetes, kontrol tekanan darah; dan modifikasi gaya hidup, termasuk merokok (Lewis, 2014).

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Hasil yang diharapkan pasien dengan CKD mampu mempertahankan tingkat cairan dan elektrolit dalam kisaran normal berat badan yang diterima dengan penurunan berat badan tidak lebih dari 10%.

Dialisis adalah perpindahan cairan dan molekul melintasi membran semipermeabel dari satu kompartemen ke kompartemen lain. Secara klinis, dialisis adalah teknik di mana zat-zat bergerak dari darah melalui membran semipermeabel dan masuk ke dalam larutan dialisis (dialisat). Dialisis memperbaiki ketidakseimbangan cairan dan elektrolit serta membuang produk-produk limbah pada gagal ginjal. Dialisis juga dapat digunakan untuk mengobati overdosis obat.

Metode dialisis yang tersedia adalah dialisis peritoneal (DP) dan hemodialisis (HD). Pada HD, membran peritoneal bertindak sebagai membran semipermeabel. Pada HD, membran buatan (biasanya terbuat dari bahan berbasis selulosa atau sintetis) digunakan sebagai membran semipermeabel dan bersentuhan dengan darah pasien. Dialisis dimulai ketika uremia pasien tidak dapat lagi diobati secara memadai dengan manajemen medis konservatif. Umumnya, ini terjadi ketika GFR kurang dari 15 mL/menit/1,73 m². Kriteria ini dapat sangat bervariasi dalam situasi klinis yang berbeda. Nefrologis menentukan kapan harus memulai dialisis berdasarkan status klinis pasien. Komplikasi uremik tertentu, termasuk ensefalopati, neuropati, hiperkalemia yang tidak terkontrol, perikarditis, dan hipertensi yang dipercepat, menunjukkan perlunya dialisis segera.

Sebagian besar pasien ESRD diobati dengan dialisis karena (1) kurangnya organ yang didonorkan, (2) beberapa pasien secara fisik atau mental tidak cocok untuk transplantasi, atau (3) beberapa pasien tidak menginginkan transplantasi. Semakin banyak orang, termasuk orang dewasa yang lebih tua dan mereka yang memiliki masalah medis yang kompleks, menerima dialisis.

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN GADAR KRITIS PADA NY.R DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGE 5* DI RUANGAN ICU RS. SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2025

Nama Mahasiswa : Indra Dermawan Laoli
NPM : 052024017

PENGKAJIAN :

Tanggal Pengkajian : 24 Februari 2025 (Pukul 10:00 Wib)

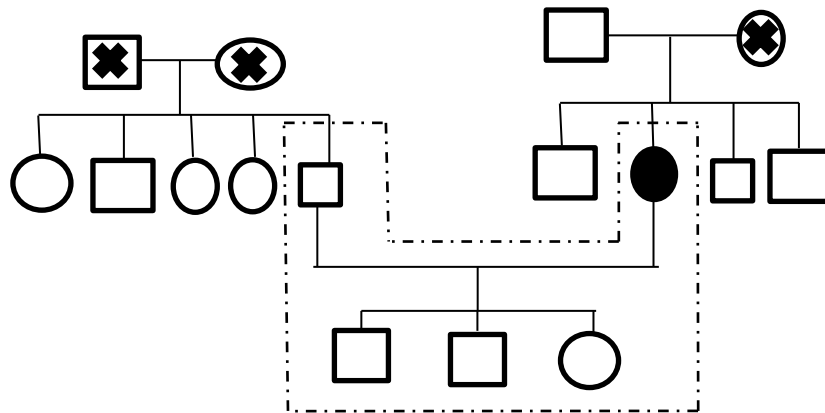
1. IDENTIFIKASI KLIEN

Nama Initial : Ny. R
Tempat/Tgl Lahir (umur Tahun) : Ronggur Nihuta/ 5 Desember 1972 (52 Tahun)
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Perkawinan : Menikah
Jumlah Anak : 3
Agama/Suku : Katolik / Batak Toba
Pendidikan terakhir : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Pangururan
Diagnosa Medis : Gagal Nafas + CKD Stage V
Nomor Medical Record : 00486462
Tanggal Masuk Rumah Sakit : 23 Februari 2025
Keluarga terdekat yang dapat segera dihubungi (suami)
Nama : Tn.H
Pendidikan Terakhir : SMA
Pekerjaan : Bertani
Alamat : Pangururan

II. RIWAYAT KESEHATAN

- a. Keluhan Utama : **Penurunan Kesadaran**
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Ny.R mengalami penurunan kesadaran, hipotensi dan CKD on Hd
- c. Riwayat Kesehatan Dahulu : Batu ginjal tahun 2018 dan sudah operasi
- d. Riwayat Kesehatan Keluarga : keluarga tidak memiliki riwayat penyakit keturunan
- e. Riwayat Alergi : Tidak ada riwayat alergi obat atau makanan

Genogram



Keterangan:

- ☐ : Laki-laki
 : Perempuan
☒ : Pasien
 - - - : Tinggal serumah

III. PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan Umum

Sakit/nyeri : **berat** ✓ sedang ☐ ringan ☐

Alasan: nyeri (skala nyeri 7) Keadaan umum pasien berat, kesadaran somnolen, terpasang ETT on ventilator 50%, RR 12 x/i on ventilator, terpasang NGT dan selang catheter.

Status gizi : **gemuk** ✓ normal ☐ kurus ☐

Sikap : tenang ☐ **gelisah** ✓ menahan nyeri ☐

Personal Hygiene : **bersih** ✓ kotor ☐ lain-lain ☐

2. Data Sistemik

a. Sistem persepsi Sensori

Pendengaran : normal ☐ kerusakan ka/ki ☐ tuli ka/ki ☐

Alat bantu dengar ☐ tinitus ☐

Penglihatan : normal ☐ kaca mata ☐ lensa kontak ☐

kerusakan ka/ki ☐ kebutaan ka/ki ☐ katarak ka/ki ☐

Pengecap, penghirup : normal ☐ gangguan indera pengecap ☐

gangguan indera penghirup ☐

Peraba : normal ☐ gangguan indera peraba ☐

Lain-lain (Tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran).

a. Sistem Pernafasan

Frekuensi : 12 x/mnt, kualitas : normal ☐ **dangkal** ✓ cepat ☐

Alasan : Klien menggunakan otot bantu pernafasan

Batuk : tidak ☐ Suara Nafas : Bersih ☐ **Gurgling** ✓

Wheezing

Sumbatan jalan nafas : **sputum** ✓ lendir ☐ darah ☐

ludah ☐ lain-lain -

b. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah : 70/40 mmHg (MAP : 50 mmHg)

Denyut nadi : 133 x/menit, Irama : teratur ☐ **tidak teratur** ✓

Kekuatan : kuat ☐ **lemah** ✓ Akral : hangat ☐ dingin ☐

Pengisian kapiler : < 3 detik ☐ **>3 detik** ✓

Edema : **ada** ✓ tidak ada ☐

Terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah grade 2

c. Sistem Saraf Pusat

Kesadaran : CM ☐ Apatis ☐ **Somnolen** ✓

Soporosis ☐ GCS = E2M5VT

Bicara : normal ☐ tak jelas ☐ kacau ☐ afasia ☐

Pupil : **isokor** ✓ anisokor ☐

Orientasi waktu : baik ☐ buruk ☐

Orientasi tempat : baik ☐ buruk ☐

Orientasi orang : baik ☐ buruk ☐

Tidak dapat dikaji

d. Sistem Gastrointestinal (Terpasang NGT)

Nafsu makan : normal ☐ meningkat ☐ menurun ☐mual ☐ muntah ☐

Alasan : nafsu makan pasien tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran dan saat memberikan sonde tidak ada reaksi muntah

Mulut dan tenggorokan : normal ☐ lesi ☐Kemampuan Mengunyah : normal ☐ kurang ☐ kesulitan ☐Kemampuan Menelan : normal ☐ nyeri telan ☐

Alasan : kemampuan mengunyah dan menelan klien tidak dapat dikaji karena klien mengalami penurunan kesadaran dan terpasang ventilator

Perut : normal ☒ hiperperistaltik ☐ tidak ada bising usus ☐Kembung ☐ nyeri tekan kuadran - /bagian -Colon dan rectum : BAB : normal ☐ konstipasihariDiare x/....jam Inkontinensia ☐Menelan ☐ Hematemesis ☐

e. Sistem Muskuloskeletal

Tidak dapat dikaji { Rentang gerak : Penuh ☐ Terbatas ☐
Keseimbangan dan cara jalan : Tegap ☐ Tidak tegap ☐
Kemampuan memenuhi aktifitas sehari-hari : Mandiri ☐
Dibantu sebagian ☐ Dibantu sepenuhnya ☒

alasan : ekstermitas atas dan bawah mengalami edema grade 2

f. Sistem Integumen

Warna kulit : normal ☐ pucat ☒ sianosis ☐Ikterik ☐ Lain-lain -Turgor : baik ☐ buruk ☒

Luka : Tidak ada ✓ Ada ☐

Memar : Tidak ada ✓ Ada pada ☐

Kemerahan : Tidak ada ✓ Ada pada ☐

g. Sistem Reproduksi

Infertil: Ada ☐ **Tidak ada** ✓

Masalah Reproduksi : Ada ☐ **Tidak ada** ✓

Skrotum : Edema ☐ Ulkus ☐ Nyeri tekan ☐

Testis : Edema ☐ Massa ☐

Prostat : Massa ☐ Nyeri tekan ☐

Payudara : Kontur ☐ **Simetris** ✓ Inflamasi ☐

Jaringan parut ☐ Lain-lain -

h. Sistem perkemihan (Terpasang catheter urine)

Vesica Urinaria :

BAK /hari Disuria ☐ Nokturia ☐ Retensi ☐

Hematuria ☐ Nyeri tak terkontrol ☐

(UOP : 100ml/24 jam BC : +609ml/24 jam)

IV. DATA PENUNJANG

1. Hasil AGDA (23 Februari 2025)

Item Name	Result Value	Unit	Reference Range
pH	7.214		7.350-7.450
pCO ₂	29.3	mmHg	35.0-45.0
pO ₂	63.0	mmHg	85.0-100.0
HCO ₃	11.9	mmol/L	21.0-29.0
TCO ₂	12.8	mmol/L	21.0-27.0
BE _{ecf}	-16.1	Mmol/L	(-2.5)-(+2.5)
SO ₂	87.0	%	96-100

2. Hasil SGOT (23 Februari 2025)

Item Name	Result Value	Unit	Reference Range
SGOT (AST)	65	u/L	15-37

3. Hasil Ureum (23 Februari 2025)

Item Name	Result Value	Unit	Reference Range
Ureum (BUN)	145	mg/dL	15-39

4. Hasil Kreatinin (23 Februari 2025)

Item Name	Result Value	Unit	Reference Range
Kreatinin	6.75	mg/dL	0.60-1.00

5. Hasil albumin (23 Februari 2025)

Item Name	Result Value	Unit	Reference Range
albumin	1.8	g/dL	3.4-5.4

6. Hasil Hemoglobin (23 Februari 2025)

Item name	Result Value	Unit	Reference Range
Hemoglobin	13.5	g/dL	11.7 – 15.5

V. TERAPI YANG DIBERIKAN

OBAT/ TINDAKAN	GOLONGAN	Dosis PEMBERIAN	TUJUAN/MANFA AT
IVFD NS 0.9%	Obat Keras	12 tts/mnt	Mencegah hipovolemia (Mengembalikan keseimbangan elektrolit)
Kidmin	Obat Keras	1x1	Memenuhi kebutuhan asam amino untuk pasien gangguan ginjal
Dobutamin	Inotropik	250mg/ns 50cc	Meningkatkan kekuatan otot jantung
Norephineprine	Vasokonstriktor	4mg/ns 50cc	Mengatasi hipotensi
Meropenem	Carbapenem B laktam	3x1 gr	Antibiotik penanganan infeksi
Omeprazole	Proton Pump Inhibitor	2x40mg	Mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung
Moxifloxacin	Kuinolon	1x400mg	Menghambat perkembangan bakteri
Bicnat	Generik	3x2 tablet	Menurunkan kadar asam berlebih dalam darah
Kalitake	Obat keras	2x1	Mengobati hiperkalemia (kelebihan ion kalium di dalam tubuh) pada penderita gagal ginjal

VI. PENGKAJIAN MASALAH PSIKOSOSIOL BUDAYA DAN SPIRITUAL**PSIKOLOGIS**

Perasaan klien setelah mengalami masalah ini adalah

Cara mengatasi perasaan tersebut

Rencana klien setelah masalahnya terselesaikan

Jika rencana ini tidak dapat dilaksanakan

Pengetahuan klien tentang masalah/penyakit yang ada

SOSIAL

Aktifitas atau peran klien masyarakat adalah

Kebiasaan lingkungan yang tidak disukai adalah

Cara mengatasinya

Pandangan klien tentang aktifitas sosial di lingkungannya

Tidak
dapat
dikaji**BUDAYA**Budaya yang diikuti klien adalah budayayang aktifitasnya
adalah

Keberatannya dalam mengikuti budaya tersebut adalah

Cara mengatasi beratannya tersebut adalah

SPIRITUAL

Aktifitas ibadah yang bisa lakukan sehari-hari adalah

Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan adalah

Aktifitas ibadah yang sekarang tidak dapat dilaksanakan adalah

Perasaan klien akibat tidak dapat melaksanakan hal tersebut

Upaya klien mengatasi perasaan tersebut

Apa keyakinan tentang peristiwa/masalah kesehatan yang
sekarang sedang dialami



VII. ANALISA DATA

Tgl/Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan	Penyebab	TT
24/02/2025	DS : - DO : 1. Dispnea 2. PCO ₂ menurun (29,3mmHG) 3. PO ₂ menurun (63,0mmHg) 4. Takikardi (133x/menit) 5. pH arteri menurun (7.214) 6. Warna kulit pucat 7. Kesadaran Menurun (Somnolen GCS 7)	Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	INDRA
24/02/2025	DS:- DO: 1. Terpasang ventilator mode Simv 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Suara nafas tambahan (gurgling) 5. Dispnea 6. Gelisah DS : -	Bersihan Jalan napas tidak efektif (SDKI D.0001)	Adanya jalan napas buatan	INDRA



24/02/ 2025	DO : 1. Dispnea 2. Tampak edema perifer dengan grade 2 3. Balance cairan +609ml/24 jam 4. Oliguria = 100cc/24jam	Hipervolemia (SDKI D. 0022)	Gangguan mekanisme regulasi	
----------------	--	--------------------------------	-----------------------------------	--

VIII. PRIORITAS MASALAH

1. Gangguan perukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya jalan napas buatan
3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan sistem regulasi

IX. Daftar Masalah

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	TT
1	24/02/2025	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan dispnea, PCO ₂ menurun, PO ₂ menurun, Takikardia, pH arteri menurun, warna kulit pucat, dan kesadaran Menurun.		I N D R A
2	24/02/2025	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya jalan napas buatan ditandai dengan terpasang ventilator, pasien tidak mampu batuk, sputum berlebih, suara nafas tambahan (Gurgling), dispnea dan pasien tampak gelisah.		
3	24/02/2025	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan sistem regulasi ditandai dengan dispnea, edema perifer grade 2, oliguria 100ml/24 jam dan balance cairan +609ml/24jam.		

X.Rencana Asuhan Keperawatan

Tgl/ Jam	No Dp	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	Rasionalisasi	TT
24/02 /2025	1	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat (GCS 15) 2. Dispnea menurun 3. PCO₂ membaik 4. PO₂ membaik 5. Takikardi membaik 6. pH arteri membaik 7. pola napas membaik 8. warna kulit membaik 	<p>Manajemen Asam-Basa</p> <p>Asidosis Metabolik</p> <p>(SIKI 1.03096)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi penyebab terjadinya asidosis metabolik 2. monitor pola napas 3. monitor intake dan output cairan 4. Monitor hasil analisa gas darah <p>Teraupeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Berikan posisi semi fowler untuk memfasilitasi ventilasi yang adekuat 3. Pertahankan akses intravena 4. Pertahankan hidrasi sesuai dengan kebutuhan 5. Berikan oksigen <p>Edukasi</p>		

24/02 /2025	2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Bersihan jalan napas meningkat (L.01001) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum menurun 2. Dispnea menurun 3. Suara napas tambahan berkurang 4. Frekuensi napas membaik 5. Pola napas membaik 	<p>- Kolaborasi pemberian bikarbonat</p> <p>Intervensi Utama</p> <p>Manajemen Jalan Napas Buatan (SIKI I.01012)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor posisi selang ETT (<i>Endotracheal Tube</i>), terutama setelah mengubah posisi 2. Monitor tekanan ETT setiap 4-8 jam <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Cegah ETT terlipat (kinking) 4. Berikan pre-oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6 ventilasi) sebelum dan setelah penghisapan 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik jika diperlukan 		
----------------	---	---	---	--	--

24/02 /2025	3	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat (L. 03020) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. edema menurun 2. intake cairan membaik 3. output urine membaik 4. tekanan darah membaik 5. kekuatan nadi membaik 6. turgor kulit membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Ganti fiksasi ETT setiap 24 jam 7. Lakukan perawatan mulut <p>Manajemen hipervolemia (SIKI I.14507)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Dispnea, edema, suara napas tambahan) 2. monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP) 3. monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat 	
----------------	---	--	--	--

XI. Tindakan Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	Implementasi	TT
24/02/2025 07:00 08:30	1.2.3	Melakukan pengkajian pada Ny.R dengan diagnosa Gagal napas + CKD stage v Hasil: Pasien terpasang ETT on ventilator, menggunakan otot bantu napas, kesadaran somnolen. Terpasang Ring-AS 12 tpm, terpasang Norepineprine 1 amp/Ns 50 cc dengan syringe pump 15 cc/ jam, terpasang NGT dan Catheter dengan baik, pupil isokor, turgor kulit buruk, CRT > 3 detik,	
10:00	3	Melakukan observasi Vital Sign: TD: 70/40 mmHg, MAP: 55 mmHg T:38.0 C, HR:133 x/mnt, k/u: berat, kes:som, ETT on Ventilator SIMV 12, TV 450, PEEP 5, PS 10, FiO2 100%, SO2:100%, RR : 12 x/menit	
11:50	1.2.3	Memberikan Posisi semi fowler dan melakukan suction	
12:00	1.2.3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 60/40 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 36.8C, HR: 147 x/mnt, RR : 18 x/menit -Memberikan sonde 150 cc melalui selang NGT dan obat bicnat 2 tab+kalitake 1 bks	
	3	Balance cairan : 500-50 = + 450 cc	
13:00	3	Mengitung Urine Output pada shift pagi Hasil: 50 cc	
14:00	1.2.3	Melakukan observasi vital Sign: TD: 60/40 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 37.0 C, HR: 146 x/mnt, RR : 12x/menit	
15:00	3	Memandikan pasien diatas tempat tidur dan mengganti laken dengan memonitor posisi ETT selama pergerakan dengan mencegah selang ETT untuk terlipat	

16:00	1.2.3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 70/60 mmHg, MAP: 65 mmHg, T: 36.5C, HR: 150 x/mnt, RR : 12 x/menit -Memberikan sonde 150 cc melalui selang NGT dan obat bicnat 2 tab
18:00	1.2.3	-Memberikan injeksi Meropenem 1 gr setelah melakukan skin test dan tidak ada reaksi alergi - Melakukan observasi vital Sign: TD: 60/40 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 36.6C, HR: 143 x/mnt 3 Balance cairan : 643-50 = +593 cc
20:00	1.2.3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 60/40 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 36.6C, HR: 139 x/mnt, RR : 12 x/menit -Melakukan suction dengan jumlah secret yang disedot sebanyak 10 cc dan memberikan sonde 150 cc melalui selang NGT
22:00	1.2.3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 60/40 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 36.6C, HR: 139 x/mnt, RR : 12x/menit -Memberikan Injeksi Omeprazole 1 vial
24:00	1.2.3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 60/40 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 36.6C, HR: 139 x/mnt, RR : 12 x/menit -Menghitung urine: 50 cc
02:00	1.2.3	-Memberikan injeksi Meropenem 1 gr - Melakukan observasi vital Sign: TD: 80/50 mmHg, MAP: 65 mmHg, T: 36C, HR: 123 x/mnt, RR : 12 x/menit
04:00	1.2.3	Melakukan observasi vital Sign: TD: 90/60 mmHg, MAP: 65 mmHg, T: 36.7C, HR: 120 x/mnt, 12x/menit
05:00	3	Memandikan pasien diatas tempat tidur dan mengganti laken dengan memonitor posisi ETT selama pergerakan dengan mencegah selang ETT untuk terlipat dan memberikan minyak parafin di punggung

06:00	1.2.3	- Melakukan Suction dengan banyaknya secret 7 cc - Melakukan observasi vital Sign: TD: 60/40 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 36.4C, HR: 120 x/mnt, 12 x/menit Balance cairan : 1209-600 = +609 cc	
06:20	3	Menghitung haluaran urine selama 24 jam yaitu 100cc	
25-02-2025 08:00	1.2.3	-Melakukan suction dengan jumlah secret yang disedot sebanyak 12 cc dan oral hygiene kepada Ny.R menggunakan aseptic liquid dan mengganti fiksasi ETT dengan hipafix	
	1.2.3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 80/60 mmHg, MAP: 70 mmHg, T: 36.0C, HR: 123 x/mnt, RR : 12 x/menit	
	1.2.3	- Memberikan sonde 150 cc melalui selang NGT dan obat oral bicnat 2 tab + kalitake 1 sachet	
		Memberikan obat fortanes 15mg/Ns 50cc dengan syringe pump 2cc/jam	
09:00		-Melakukan observasi Vital Sign:	
	1.2.3	TD: 100/60 mmHg, MAP: 80 mmHg T:36.2 C, HR:124 x/mnt, k/u: berat, kes:som, ETT on Ventilator 60 % SIMV RR: 12 x/menit, TV 450,	
10:00	3	PEEP 5, PS 10, FiO2 100%, SO2:100% -Memberikan Inj. Meropenem 1 gr	
		-Melakukan observasi vital Sign:	
12:00	1.2.3	TD: 90/60 mmHg, MAP: 75 mmHg, T: 36.0C, HR: 137 x/mnt, RR : 12 x/menit -Memberikan sonde 150 cc melalui selang NGT dan obat bicnat 2 tab+kalitake 1 bks -Memberikan Kidmin 200 menggunakan infus pump	
13:00	3	Balance cairan : 676-100 = +576 cc	
		Mengitung Urine Output pada shift pagi	
	1.2.3	Hasil: 100 cc	
14:00	1.2.3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 80/60 mmHg, MAP: 70 mmHg, T: 36.2 C, HR: 139 x/mnt, 12 x/menit	

		-Memberikan Norepineprine /Ns 50cc menggunakan syringe pump	
15:00	1.2.3	Memandikan pasien diatas tempat tidur dan mengganti laken dengan memonitor posisi ETT selama pergerakan dengan mencegah selang ETT untuk terlipat	
16:00	1.2.3		
18:00	1.2.3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 60/40 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 36.5C, HR: 150 x/mnt, RR : 12 x/menit -Memberikan sonde 150 cc melalui selang NGT dan obat bicnat 2 tab	
20:00	1.2.3	-Memberikan inj. Meropenem 1 gr - Melakukan observasi vital Sign: TD: 70/50 mmHg, MAP: 60 mmHg, T: 36.1C, HR: 150 x/mnt, RR: 12x/menit -Memberikan Dobutamin 250mg/ Ns 50cc -Menghitung urine: 150 cc	
22:00	1.2.3	Balance cairan = 996-150 = +846cc -Melakukan observasi vital Sign: TD: 80/60 mmHg, MAP: 70 mmHg, T: 36.5C, HR: 140x/mnt, RR : 12 x/menit - Memberikan sonde 150 cc melalui selang NGT	
24:00	1.2.3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 60/40 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 36.7C, HR: 139 x/mnt, 12x/menit -Memberikan Injeksi Omeprazole 1 vial	
02:00	3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 80/60 mmHg, MAP: 70 mmHg, T: 36.5C, HR: 138 x/mnt, RR : 12 x/menit Balance cairan : 518 – 0 =+ 518 cc	
04:00	1,2,3		
05:30	1,2,3	-Memberikan injeksi Meropenem 1 gr - Melakukan observasi vital Sign: TD: 80/60 mmHg, MAP: 70 mmHg, T: 36.5C, HR: 129 x/mnt, RR : 12 x/menit -Melakukan observasi vital Sign: TD: 80/60 mmHg, MAP:70 mmHg, T: 37.5 C, HR: 131 x/mnt, 12x/menit	

06:00	1,2,3	-Memberikan Sonde susu 150 cc melalui selang NGT	
07:00	1,2,3	-Melakukan Suction dengan banyak nya secret yang disedot 10 cc -Memandikan pasien diatas tempat tidur dan mengganti laken dengan memonitor posisi ETT selama pergerakan dengan mencegah selang ETT untuk terlipat dan memberikan minyak parafin di punggung	
	1,2,3	- Melakukan observasi vital Sign: TD: 70/40 mmHg, MAP: 55 mmHg, T: 36.5C, HR: 135 x/mnt, 12x/menit Balance cairan :1791-750 =+ 1041 cc Mengitung haluaran urine dalam 24 jam yaitu 250cc	
26-02-2025			
07:30	1,2,3	Melakukan suction dengan banyak nya secret yang disedot sebanyak 15 cc dan oral hygiene kepada Ny.R menggunakan aseptic liquid dan mengganti fiksasi ETT dengan hipafix	
08:00	1,2,3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 100/80 mmHg, MAP: 90 mmHg, T: 36.5C, HR: 134 x/mnt, RR : 12x/meit - Memberikan sonde 150 cc melalui selang NGT dan obat oral bicnat 2 tab + kalitake 1 sachet	
10:00	1,2,3	-Melakukan observasi Vital Sign: TD: 80/60 mmHg, MAP: 70 mmHg T:37.2 C, HR:140 x/mnt, k/u: berat, kes:som, ETT on Ventilator SIMV 12, TV 450, PEEP 5, PS 10, FiO2 100%, SO2:100% -Memberikan inj. Meropenem 1 gr, omeprazole 40 mg, dan Moxifloxacin 400 mg	
12:00	1,2,3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 80/50 mmHg, MAP: 65 mmHg, T: 37.4C, HR: 147 x/mnt, RR : 12x/menit Balance cairan : 530-100 = +430 cc	
13:00	3	Mengitung Urine Output pada shift pagi	

		Hasil: 100 cc	
14:00	1,2,3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 90/60 mmHg, MAP: 75 mmHg, T: 37.5 C, HR: 146 x/mnt, RR : 12x/menit -Memberikan Kidmin 200 cc dalam pump	
15:00	3	Memandikan pasien diatas tempat tidur dan mengganti laken dengan memonitor posisi ETT selama pergerakan dengan mencegah selang ETT untuk terlipat	
16:00	1,2,3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 80/60 mmHg, MAP: 70 mmHg, T: 37.6C, HR: 146 x/mnt, RR : 12x/menit -Memberikan sonde 150 cc melalui selang NGT dan obat bicnat 2 tab	
18:00	1,2,3	-Memberikan inj. Meropenem 1 gr - Melakukan observasi vital Sign: TD: 80/50 mmHg, MAP: 65 mmHg, T: 37.6C, HR: 134 x/mnt, 12x/menit -Menghitung urine: 500 cc	
18.00	3	Balance cairan = 512-400 = + 112 cc	
20:00	1,2,3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 100/80 mmHg, MAP: 90 mmHg, T: 37.5C, HR: 140x/mnt, RR : 12x/menit - Memberikan sonde 150 cc melalui selang NGT	
21:00	1,2,3	Memberikan Dobutamin 2 amp / Ns 50cc	
22:00	1,2,3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 110/70 mmHg, MAP: 90 mmHg, T: 36.6C, HR: 150 x/mnt, RR : 12x/menit -Memberikan Injeksi Omeprazole 1 vial	
24:00	1,2,3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 80/50 mmHg, MAP: 65 mmHg, T: 37.6C, HR: 135 x/mnt, RR: 12x/menit	
	3	Balance cairan : 691-100 = +591 cc	



02:00	1,2,3	-Memberikan injeksi Meropenem 1 gr - Melakukan observasi vital Sign: TD: 110/70 mmHg, MAP: 90 mmHg, T: 36.9C, HR: 130 x/mnt
04:00	1,2,3	-Melakukan observasi vital Sign: TD: 110/80 mmHg, MAP:95 mmHg, T: 36.8 C, HR: 130 x/mnt, RR : 12x/menit -Memberikan Sonde susu 150 cc melalui selang NGT
05:30	3	-Melakukan Suction sebanyak 10 cc secret yang disedot -Memandikan pasien diatas tempat tidur dan mengganti laken dengan memonitor posisi ETT selama pergerakan dengan mencegah selang ETT untuk terlipat dan memberikan minyak parafin di punggung
06:00	1,2,3	- Melakukan observasi vital Sign: TD: 110/70 mmHg, MAP: 80 mmHg, T: 36.9C, HR: 133 x/mnt, RR : 12x/menit
07:00	3	Balance cairan = 2014-1250 = + 764 cc Mengitung haluaran urine dalam 24 jam yaitu 750cc

XII. Evaluasi Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dp	EVAUASI (SOAP)	TT
24/03/ 2025	1	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kes: Somnolen Ku: Berat - Hasil AGDA pH= 7.214, pCO₂ = 29.3 mmHg, pO₂= 63.0 mmHg, SaO₂=99 % - Terpasang ventilator dengan mode SIMV - Balance cairan : 1209-600 = +609 - Warna kulit tampak pucat <p>A:</p> <p>Gangguan pertukaran gas</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bikarbonat - Monitor hasil AGDA - Pantau intake dan output cairan - Pertahankan hidrasi sesuai dengan kebutuhan 	<p>I</p> <p>N</p> <p>D</p> <p>R</p> <p>A</p>
24/03/ 2025	2	<p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang ETT on Ventilator SIMV 12, TV 450, PEEP 5, PS 10, FiO₂ 100%, SO₂:100% - Terdengar suara napas tambahan (Gurgling) - Terdapat sputum yang dikeluarkan dengan suction sebanyak 8 cc secret yang disedot <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihan jalan napas tidak efektif <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengisapan lendir <15 detik - Berikan pre-oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6ventilasi) sebelum dan setelah pengisapan - Pantau pola nafas pasien - Pantau suara nafas tambahan 	<p>I</p> <p>N</p> <p>D</p> <p>R</p> <p>A</p>

24/03/ 2025	3	<p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital TD: 60/40 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 36.4C, HR: 133 x/mnt, RR : 12 x/menit on ventilator - Edema diekstremitas atas dan bawah dengan grade 2 - Turgor kulit buruk, Kulit tampak pucat - Haluaran urine dalam 24 jam 100cc <p>A: Hipervolemi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda dan gejala hipervolemia 2. Monitor status hemodinamik 3. Pantau intake dan output cairan 	I N D R A
25/03/ 2025	1	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kes: Somnolen Ku: Berat - Terpasang ventilator dengan mode SIMV - Balance cairan : 1791-750 = +1041 - Warna kulit tampak pucat <p>A: Gangguan pertukaran gas</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bikarbonat - Monitor hasil AGDA - Pantau intake dan output cairan - Pertahankan hidrasi sesuai dengan kebutuhan 	I N D R A
	2	<p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang ETT on Ventilator SIMV 12, TV 450, PEEP 5, PS 10, FiO2 100%, SO2:100% - Terdengar suara napas tambahan (Gurgling) - Terdapat sputum yang dikeluarkan dengan suction sebanyak 12 cc secret yang disedot <p>A :</p>	I N D R A

		<ul style="list-style-type: none"> - Bersihan jalan napas belum adekuat <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengisapan lendir <15 detik - Berikan pre-oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6ventilasi) sebelum dan setelah pengisapan - Pantau pola nafas pasien - Pantau suara nafas tambahan 	
	3	<p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital TD: 100/600 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 36.4C, HR: 123 x/mnt, RR : 12 x/menit on ventilator - Edema diekstremitas atas dan bawah dengan grade 2 - Turgor kulit buruk, Kulit tampak pucat - Haluaran urine dalam 24 jam 250cc <p>A:</p> <p>Hipervolemi belum teratasi edema diekstremitas masih ditemukan.</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Pantau tanda dan gejala hipervolemia 1. Monitor status hemodinamik 2. Pantau intake dan output cairan 	I N D R A
26/02/2025	1.	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kes: Somnolen Ku: Berat - Terpasang ventilator dengan mode SIMV - Balance cairan : 2014-764 = +609 - Warna kulit tampak pucat <p>A:</p>	I N D R A

		<p>Gangguan pertukaran gas</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bikarbonat - Monitor hasil AGDA - Pantau intake dan output cairan - Pertahankan hidrasi sesuai dengan kebutuhan 	
	2	<p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang ETT on Ventilator SIMV ,RR :12, TV 450, PEEP 5, PS 10, FiO2 100%, SO2:100% - Terdengar suara napas tambahan (Gurgling) - Terdapat sputum yang dikeluarkan dengan suction sebanyak 15 cc secret yang disedot <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihan jalan napas belum adekuat <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengisapan lendir <15 detik - Berikan pre-oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6ventilasi) sebelum dan setelah pengisapan - Pantau pola napas pasien - Pantau suara napas tambahan 	INDRA
	3	<p>S:-</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital TD: 100/600 mmHg, MAP: 50 mmHg, T: 36.4C, HR: 120 x/mnt, RR : 12 x/menit on ventilator - Edema diekstremitas atas dan bawah dengan grade 2 	INDRA



		<ul style="list-style-type: none">- Turgor kulit buruk, Kulit tampak pucat- Haluaran urine dalam 24 jam 750cc <p>A: Hipervolemi belum teratasi edema diekstremitas masih ditemukan.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none">3. Pantau tanda dan gejala hipervolemia4. Monitor status hemodinamik5. Pantau intake dan output cairan	
--	--	---	--

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Menurut Lewis (2020), pengkajian keperawatan sangat penting dalam mendeteksi CKD. Pengkajian yang dilakukan meliputi riwayat penyakit ginjal pribadi dan keluarga, serta faktor risiko seperti diabetes, hipertensi, dan SLE. Kaji pola makan, ukur tinggi dan berat badan, serta evaluasi perubahan berat badan. Perhatikan dampak penyakit dan pengobatan jangka panjang terhadap kehidupan pasien, termasuk aspek emosional, sosial, dan dukungan yang dimiliki.

Penulis berasumsi dalam pengkajian keperawatan ditemukan kondisi klinis pasien Ny. R (52 tahun) masuk rumah sakit dengan diagnosis gagal napas dan CKD stadium V menunjukkan keadaan kritis yang memerlukan penanganan intensif. Pengkajian dilakukan berdasarkan data objektif dari rekam medis dan informasi subjektif dari keluarga pasien. Kondisi pasien yang terpasang ventilator dengan kesadaran somnolen, tekanan darah rendah, frekuensi napas rendah, serta hasil laboratorium yang tidak normal menunjukkan adanya gangguan sistem pernapasan, sirkulasi, dan metabolik yang kompleks, yang berkaitan erat dengan riwayat penyakit ginjal sebelumnya.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Aef Eka Saputra, dkk, 2024) didapatkan hasil bahwa Pengkajian keperawatan pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan seperti bersihan jalan napas tidak efektif, hiperlovenemia, dan risiko defisit nutrisi dimana hasil dari pengkajian menunjukkan adanya edema pada ekstremitas bawah, tekanan darah 150/95

mmHg, saturasi oksigen 98%, dan data laboratorium dengan hemoglobin 8.0 mg/dl.

Penulis berasumsi berdasarkan hasil darah Ny.R tingkat hemoglobin masih dalam batas normal dimana nilai HB 13.5g/dL. Hasil tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus yang ditemukan. Dalam teori menyatakan: Pada pasien GJK, kadar hemoglobin cenderung rendah akibat kerusakan ginjal yang mengurangi produksi eritropoietin, sehingga semakin tinggi kadar kreatinin menunjukkan kerusakan ginjal yang semakin berat dan diikuti oleh penurunan kadar hemoglobin secara signifikan (M.Hilmi, et al, 2024).

4.2 Diagnosa keperawatan

Menurut Brunner (2009), diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentanan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.

Dalam diagnosa keperawatan pada kasus Ny.R penulis mendapatkan diagnosa keperawatan ada 3 yaitu:

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan dispnea, PCO_2 menurun, PO_2 menurun, Takikardia, pH arteri menurun, gelisah, warna kulit pucat, dan kesadaran Menurun.

- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya jalan napas buatan ditandai dengan pasien tidak mampu batuk, sputum berlebih, suara nafas tambahan (Gurgling), pola napas dispea dan pasien tampak gelisah.
- c. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan sistem regulasi ditandai dengan dispnea, edema perifer grade 2, oliguria 100ml/24 jam dan balance cairan +609ml/24jam.

Penulis berasumsi berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan maka diangkatlah masalah Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. Yang menyebabkan dispnea (sesak napas), penurunan tekanan parsial oksigen (PO_2) dan karbon dioksida (PCO_2) dalam darah arteri, penurunan pH arteri yang mengarah pada asidosis metabolik, serta manifestasi sistemik berupa takikardia, kulit tampak pucat, gelisah, dan penurunan kesadaran.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Susilawati, Dwi and Norontoko, 2023) menyebutkan bahwa Pada pasien gagal ginjal kronis, gangguan pertukaran gas menjadi salah satu masalah keperawatan yang umum terjadi dalam studi ini pasien mengalami tanda dan gejala seperti dispnea (frekuensi napas $>30x$ /menit), edema pulmonum (terkonfirmasi X-ray), hipoksemia ($PO_2 <60$ mmHg), asidosis respiratorik terkompensasi (pH 7.15-7.25; PCO_2 50-60 mmHg), takikardia kompensasi (nadi 125x/menit), serta faktor risiko hipervolemia dan hipoalbuminemia yang memicu gangguan difusi alveolus-kapiler.

Penulis berasumsi berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan maka diangkatlah masalah

keperawatan Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya jalan napas buatan ditandai dengan pasien tidak mampu batuk, sputum berlebih, suara nafas tambahan (Gurgling), dispea dan pasien tampak gelisah.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Wijonarko and Jaya Putra, 2023) mengemukakan Pada pasien gagal ginjal kronis, salah satu masalah keperawatan yang dapat muncul adalah bersihan jalan napas tidak efektif, yang disebabkan hipersekresi jalan napas yang ditandai dengan keluhan sesak napas, peningkatan frekuensi napas (RR: 28x/menit), suara napas tambahan (ronkhi), dan kesulitan mengeluarkan dahak, sehingga intervensi keperawatan difokuskan pada pemantauan pola napas, pemberian posisi semi-fowler, kolaborasi pemberian oksigen, serta edukasi teknik batuk efektif untuk meningkatkan kemampuan eliminasi sekret dan mempertahankan jalan napas tetap paten.

Penulis berasumsi berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan maka diangkatlah masalah keperawatan Hipervolemia berhubungan dengan gangguan sistem regulasi ditandai dengan dispnea, edema perifer grade 2, oliguria 100ml/24 jam dan balance cairan +609ml/24jam.

Sejalan dengan penelitian (Idramsyah and Adhi Nugraha, 2023) mengemukakan bahwa Pada pasien gagal ginjal kronis, hipervolemia menjadi salah satu masalah keperawatan utama yang terjadi akibat adanya gangguan mekanisme regulasi cairan akibat penurunan fungsi ginjal yang irreversible, sehingga terjadi retensi natrium dan air yang secara klinis ditandai dengan peningkatan berat badan dalam waktu singkat, penurunan jumlah urin, edema

derajat 3 pada ekstremitas, serta tekanan darah tinggi (150/80 mmHg), yang selanjutnya memerlukan intervensi manajemen hipervolemia.

4.3 Intervensi keperawatan

Perencanaan Keperawatan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan (Brunner, 2009).

Dalam kasus pasien dengan chronic kidney disease ini penulis sudah membuat intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI dan salah satu diagnosa yang diangkat seperti diagnosa gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dengan intervensi manajemen asam-basa asidosis metabolik yang bertujuan agar pertukaran gas meningkat meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, dispnea menurun, gelisah menurun, Pco₂ membaik, Po₂ membaik, SaO₂ membaik. Kemudian pertahankan kepatenan jalan napas, berikan posisi semi fowler untuk memfasilitasi ventilasi yang adekuat.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Amri, Syarif and Aklima, 2022) penatalaksanaan gangguan pertukaran gas pada pasien chronic kidney disease (CKD) didasarkan pada prinsip bahwa optimalisasi pertukaran gas dapat dicapai melalui pemantauan ketat analisa gas darah, manajemen ventilasi mekanik yang disesuaikan dengan kondisi asam basa dan status respirasi pasien, pemberian oksigenasi adekuat dengan pengaturan FiO₂ dan PEEP yang tepat, serta kolaborasi dalam pemberian bronkodilator (ventolin nebulisasi) dan tindakan suction untuk mengeliminasi sekret, sehingga diharapkan terjadi perbaikan

oksigenasi, normalisasi pola napas, penurunan kelemahan otot pernapasan, serta perbaikan parameter gas darah dan keseimbangan asam basa.

4.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan (Patricia, 2009). Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan chronic kidney disease sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah di laksanakan selama 3 x 24 jam. Dilaksanakan pada tanggal 24 februari - 27 februari 2024. Untuk diagnosa gangguan ventilasi spontan penulis sudah melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan intervensi yang disusun dan hasil yang diharapkan. Penulis melakukan implementasi seperti penghisapan lendir (suction) untuk mengurangi sekret yang tertahan, memberikan terapi nebulizer untuk mengurangi sesak napas , memantau hasil TTV, AGDA, melakukan fisioterapi dada untuk membantu pengeluaran sekret agar mudah di suction, dan memberikan posisi semi-fowler agar sesak berkurang.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Amri, Syarif and Aklima, 2022). Implementasi pencegahan gangguan pertukaran gas pada pasien CKD dalam dilakukan melalui pemantauan analisa gas darah secara berkala, pengaturan ventilasi mekanik dengan penyesuaian FiO_2 dan PEEP sesuai kebutuhan oksigenasi pasien, pemberian oksigenasi adekuat, serta kolaborasi dalam pemberian bronkodilator dan tindakan suction untuk menjaga patensi jalan napas dan mengoptimalkan proses difusi gas di membran alveolus-kapiler.

4.5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi.

Pada diagnosa gangguan pertukaran gas penulis tidak dapat melakukan evaluasi keperawatan dalam monitoring hasil agda, diakrenakan pemeriksaan hasil agda pada kasus harus menunggu instruksi dokter dalam melakukan pemeriksaan. Hal ini menyebabkan adanya kesenjangan antara teori dan juga kasus yang ditemukan, dalam penelitian (Chandran *et al.*, 2021) analisa gas darah sering dilakukan di icu yang mana dilakukan jika hasilnya diperlukan atau kemungkinan berpengaruh pada manajemen pengobatan pasien. Indikasi ummnya dilakukan untuk mengevaluasi kecukupan/keadekuatan ventilasi pasien, melihat respon terhadap intervensi, pemantauan tingkat keperahan dan pengembangan proses penyakit pasien dan melakukan penilaian status asam-basa. diruangan icu pemeriksaan AGDA dilakukan sekali di pagi hari dan juga pada interval tertentu.

Pada evaluasi yang di lakukan 3 hari pada tanggal 24 s/d 27 Januari 2024 di dapatkan pada pasien Ny.R tujuan yang di tentukan belum tercapai, masalah belum teratasi. Diagnosa gangguan gangguan pertukaran belum teratasi dimana tujuan 1,2,3 belum tercapai sampai pada hari ketiga. Sama juga dengan diagnosa berishan jalan napas tidak efektif dan hipervolemia belum teratasi dengan tujuan yang belum tercapai.

Sehingga perlu pemantauan lebih lanjut terhadap kasus pasien dengan chronic kidney disease terkait dengan diagnosa keperawatan yang masih belum teratasi. Perlu dilakukan nya kembali intervensi-intervensi keperawatan yang



penulis buat seperti mengevaluasi kepatenan jalan nafas pasien (ETT), pola nafas, penurunan produksi sputum, suara napas yang abnormal, dan intake dan output cairan pasien.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

BAB V

PENUTUP

5.1.Kesimpulan

Berdasarkan hasil kasus dari asuhan keperawatan kritis pada Ny. R dengan Chronic kidney disease di Ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian keperawatan pada kasus Chronic kidney disease didapatkan bahwa yang perlu dikaji adalah pola napas, produksi sputum, suara napas tambahan, penggunaan otot bantu pernapasan, tanda tanda vital, tingkat kesadaran, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, balance cairan.
2. Diagnosa keperawatan pada kasus Chronic kidney disease didapatkan ada 3 diagnosa keperawatan yang penulis angkat yaitu: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya jalan napas buatan, Hipervolemia berhubungan dengan gangguan sistem regulasi.
3. Intervensi keperawatan pada kasus Chronic kidney disease yang penulis susun diambil dari buku SIKI seperti diagnosa gangguan pertukaran gas dilakukan dengan manajemen asam-basa asidosis metabolik, diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif dilakukan dengan manajemen jalan napas buatan, diagnosa hipervolemia dilakukan dengan manajemen hipervolemia.

4. Implementasi keperawatan pada kasus Chronic kidney disease yang dilakukan penulis seperti monitoring kepatenan jalan nafas, melakukan penghisapan lendir (suction), memberikan terapi nebulizer, melakukan perawatan mulut, memonitoring hasil AGDA, TTV pasien, monitoring intake dan output cairan, dan berikan posisi yang nyaman pada pasien untuk mengurangi sesaknya yaitu semi fowler.
5. Evaluasi keperawatan dengan kasus Chronic kidney disease ini adalah perlu nya pemantauan pola napas pasien, suara napas tambahan, tingkat kesadaran, penggunaan otot bantu pernapasan, produksi sputum dan memantau intake dan output cairan pasien.

5.2. Saran

Dalam rangka meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif pada kasus kelolaan pasien maka penulis dapat menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap penyakit, serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan dan keluarga.

2. Bagi perawat di Ruang ICU RS. Santa Elisabeth Medan

Diharapkan agar melanjutkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Ny.R sehingga perawatannya tercapai tujuan yang optimal dan tetap melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan SOAP yang ada.



3. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan kepada penulis selanjutnya bisa menjadikan KIA (karya ilmiah akhir) ini sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- SDKI, Tim Pokja. 2017. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. 3rd ed. Vol. 3. Jakarta: Dewan PP PPNI.
- Setiadi. 2012. Konsep&Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori Dan Praktik. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- SIKI, Tim Pokja. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. 2nd ed. Jakarta: Dewan PP PPNI.
- SLKI, Tim Pokja. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan PP PPNI.
- Suddarth, Brunner and. 2017. Medical Surgical Nursing. 8E ed. Jakarta: EGC.
- Aef Eka Saputra, Zahrah Maulidia Septimar and Andi Setiyawan (2024) 'Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Chronic Kidney Disease CKD Dengan Intervensi Inovasi Memberikan Nutrisi Enteral Menggunakan Metode Intermitten Feeding Untuk Mengurangi Produksi Residu Lambung di Ruang ICU RSUD Kabupaten Tangerang', *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 3(1), pp. 70–77. doi: 10.55606/jurrikes.v3i1.2676.
- Amri, U., Syarif, H. and Aklima (2022) 'Manajemen Acute Respiratory Failure Et Causa Chronic Kidney Disease Di Intensive Care Unit', *JIM FKep*, 1, pp. 1–7.
- Anggraini, D. (2022) 'Aspek Klinis Dan Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Ginjal Kronik', *An-Nadaa Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(2), p. 236. doi: 10.31602/ann.v9i2.9229.
- Aprioningsih, E., Susanti, I. H. and Muti, R. T. (2021) 'Studi Kasus Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Ny . A Dengan Ketidakefektifan Pola Napas di Bancar Purbalingga', *Seminar Nasional Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM) Purwokerto*, pp. 448–455.
- Chandran, J. *et al.* (2021) 'Clinical utility of arterial blood gas (ABG) test in an intensive care unit: An observational study', *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 25(2), pp. 172–175. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23719.
- Idramsyah, I. and Adhi Nugraha, B. (2023) 'Pengembangan Intervensi Manajemen Hemodialisa Untuk Mengatasi Hipervolemia pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD)', *Madago Nursing Journal*, 4(2), pp. 133–139. doi: 10.33860/mnj.v4i2.2607.
- Muhammad Hilmi Falah1, Tri Setyawati, Ryka Marina Walanda, I. R. P. (2024)

‘Medika Tadulako (’, 9(1), pp. 40–46.

Septimar, Z. M. *et al.* (2024) ‘Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Nafas Dengan CKD Dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan Di RSUD Kabupaten Tangerang’, *Gudang Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2, pp. 1–5.

Susilawati, D., Dwi, A. and Norontoko, S. (2023) ‘Nursing Care of Gas Exchange Disorders in Chronic Kidney Disease (Ckd) Patients At Igd Rspal Dr. Ramelan Surabaya’, 17(2), pp. 83–91. Available at: <https://nersbaya.poltekkesdepkes-sby.ac.id/index.php/nersbaya>.

Wahyuni, P., Miro, S. and Kurniawan, E. (2024) ‘Hubungan Lama Menjalani Hemodialisa Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronik’, *Kesehatan Andalas*, 4. doi: 10.35568/senal.v2i1.5221.

Wijonarko and Jaya Putra, H. (2023) ‘PENERAPAN PROSES KEPERAWATAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG KENANGA DI RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG’, *Jurnal Keperawatan Bunda Delima*, 5(2), pp. 30–39. doi: 10.59030/jkbd.v5i2.82.